TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées aux Périodiques, la Direction scientifique de La Presse Médicale *a dû fixer à 4 colonnes maximum l'étendue des mémoires originaux. Tout manuscrit dépassant cette étendue sera retourné à son auteur.*

L'HYPERERGIE CUTANÉE HISTAMINIQUE ACQUISE DANS L'URTICAIRE

PAR MM.
N. FIESSINGER et **A. GAJDOS**
(Paris)

L'introduction récente des médicaments antihistaminiques de synthèse dans la thérapeutique des urticaires et les résultats obtenus avec leur emploi ont attiré l'attention sur la nature histaminique de l'urticaire.

La part de l'histamine. — Actuellement, l'unanimité des opinions se fait sur le rôle de l'histamine dans le déterminisme de l'urticaire et apporte une confirmation à notre manière de voir de 1935 [1]. On en a réuni deux preuves : l'une thérapeutique, l'action extinctive des substances dites antihistaminiques, l'autre chimique, l'élévation de l'histaminémie au cours de l'urticaire.

1° *L'action extinctive des substances dites antihistaminiques (surtout 2.339 R. P.).* — Il n'est pas douteux que l'ingestion des antihistaminiques éteint le plus souvent une urticaire en évolution, de même qu'expérimentalement ces médicaments augmentent considérablement la résistance du cobaye au choc histaminique. La plus belle expérience à ce sujet, parce qu'elle appartient à l'homme, est due à H. Gougerot et Courtenay [2].

Il s'agit d'un sujet atteint de névralgie intercostale gauche ; pour traiter cette névralgie, on injecte IV gouttes d'histamine à 1/2.000 à 10 h. 40. En dix minutes, la névralgie disparaît, mais on voit survenir de la céphalée et une poussée d'urticaire en larges placards à la face et aux membres. A 11 heures, le malade ingère 0,40 de 2339 R.P., les urticaires des jambes disparaissent à 11 h. 10, puis celles de la face à 11 h. 25, puis celles des bras à 11 h. 35, en même temps que disparaissent la céphalée, le prurit et l'état anxieux.

Dans la circonstance, on possède à l'évidence les deux arguments, le rôle de l'histamine comme agent déterminant de l'urticaire et le rôle des antihistaminiques comme agents curateurs.

Seulement, la médication antihistaminique est dirigée uniquement contre la vague histaminique, dont elle neutralise l'action. Elle est donc uniquement *symptomatique* et *passagère*. Dès que son action cesse, les mêmes poussées d'urticaire peuvent survenir comme auparavant. Dans la très grande majorité des cas, *la médication antihistaminique guérit la poussée d'urticaire, elle ne guérit pas la maladie urticarienne*. La durée d'action, d'après Ph. Decourt, n'excède pas deux à quatre heures.

Les succès sont enregistrés successivement par Cailleret, Gaté, Thiess, Cailleret et Pellerat à Lyon, Ph. Decourt, Jean Celice, Marcel Perrault et Pierre Durel à Paris, et par de nombreux médecins. Ces succès sont surtout évidents quand l'urticaire est d'origine alimentaire.

Par ailleurs, il existe cependant des insuccès dans des cas identiques à ceux qui curent des succès (Gaté, Thiers, Cailleret et Pellerat).

Ph. Decourt fait remarquer que, comme pour l'asthme et les migraines, la dose minima active paraît d'autant plus faible que l'affection paraît plus étroitement de nature allergique.

Enfin, les antihistaminiques peuvent, parfois, être mal supportés : douleur gastrique, intolérance gastrique, nausées, vomissements, vertiges. Ph. Decourt propose, pour atténuer ces troubles, l'ingestion de sucre, mais, et en cela le fait prend un grand intérêt, excellents médicaments de l'urticaire, les antihistaminiques peuvent, dans certaines circonstances, engendrer de l'urticaire. Ainsi Jacques Decourt et R. Gorin signalent, au cours d'un asthme traité par les antihistaminiques de synthèse, l'apparition au neuvième jour d'un érythème scarlatiniforme et même urticarien et ajoutent que, chez deux asthmatiques, ils ont vu apparaître de l'urticaire après ce même traitement. Harvier, Ph. Decourt, F. Coste, J. Boyer et M. Morin observent ces mêmes érythèmes avec fièvre, soit au troisième jour, soit même immédiatement après l'ingestion du médicament. Ces accidents, pour exceptionnels qu'ils soient, n'en constituent pas moins un inconvénient de cette thérapeutique.

Comme conclusion de ces constatations, nous ne pouvons mieux faire que de citer l'opinion de médecins particulièrement expérimentés sur ce sujet.

« Ces substances antihistaminiques de synthèse, d'après Thiers, Vachon, Cailleret et Dechavanne (de Lyon), jouissent d'une efficacité évidente dans les syndromes d'origine allergique. Mais deux restrictions sont à signaler : ces corps semblent surtout avoir la valeur d'un traitement symptomatique, ils empêchent l'apparition du symtôme pathologique, mais sont sans influence sur le processus morbide dont il est l'expression clinique. Par ailleurs, à côté de succès brillants, nous avons enregistré des échecs complets ; c'est l'avenir qui nous montrera comment il faut les interpréter à la lumière des dosages d'histamine dans le sang et les urines. »

2° *L'histaminémie est élevée dans l'urticaire.* — Nous avons, en 1938, signalé l'élévation de l'histaminémie dans l'urticaire en utilisant la méthode de dosage basée sur l'adsorption à la permutite (silicate d'aluminium), proposée par Schwartz et Reigert (de Strasbourg). Cette méthode possède une sensibilité de 1 γ 6 par centimètre cube tandis que, par la méthode biologique de Barsoum et Gaddum sur l'intestin de cobaye suspendu dans du liquide de Tyrode, Ungar, Parrot et Poconle montrent que l'histaminémie normale ne dépasse pas 0 γ 065 par centimètre cube. C'était une garantie certaine pour l'exactitude de nos constatations, Or, dans l'urticaire, nous découvrons des doses de 2 γ 5 à 8 γ par centimètre cube. Avant nous, S. Cerqua avait montré que l'histaminémie s'élève dans l'invasion de l'urticaire pour s'abaisser en six heures. Après nous, Desaux et Privet, Coste, Durel et Pignet trouvent, de même, une histaminémie élevée par la méthode biologique de l'intestin de cobaye.

Il semble donc incontestable que, dans l'urticaire, comme dans d'autres maladies hyperergiques, comme l'asthme, le coryza spasmodique, par exemple, il existe une élévation de l'histaminémie. Comme d'autre part on connaît la triade réactionnelle de Lewis, qui reproduit par l'introduction dermique d'histamine la plaque d'urticaire dont Roussy et Mosinger ont étudié les facteurs spéciaux suivant la répartition régionale, on peut admettre *que l'urticaire constitue l'expression cutanée d'une histaminémie anormale.*

Mais il y a, dans l'urticaire, plus qu'une surcharge sanguine en histamine. La meilleure preuve c'est que l'histaminémie se retrouve dans d'autres affections hyperergiques, comme l'asthme, le coryza spasmodique, les migraines, sans que ces maladies puissent forcément s'accompagner d'urticaire. Il faut un terrain réactionnel spécial préparé par l'acquisition d'une hyperergie. C'est la méconnaissance de ce terrain nécessaire qui a compliqué toute la thérapeutique de l'urticaire par les antihistaminiques.

La part du terrain. — Prenons un exemple des plus simples et courant dans l'observation journalière. Voilà un sujet normal qui a consommé toute sa vie sans inconvénient des fraises, du poisson, des crustacés. Il n'a jamais présenté d'urticaire. A la suite d'une injection de sérum thérapeutique ou bien à la suite d'un repas toxique quelconque, coquillages, crustacés, etc., il fait brusquement une poussée d'urticaire. Cette première poussée peut coïncider ou suivre des manifestations digestives (nausées, vomissements) ou hépatiques (subictère ou ictère) et ce dernier retentissement explique que, si souvent, l'urticaire soit attribué à une insuffisance hépatique. Il est possible qu'à ce premier assaut une atteinte hépatique soit en cause. Ultérieurement, cette lésion hépatique se répare, l'insuffisance hépatique s'efface et, cependant, ce sujet reste urticarien. A la moindre ingestion d'un réactogène, fraises, coquillages, poisson, analogue au premier réactogène ou plus ou moins différent, ce qui enlève à cette maladie toute analogie avec l'anaphylaxie, enfin plus tard encore sans cause décelable, l'urticaire apparaît généralisé ou parfois localisé. C'est que la peau de ce sujet, ou seulement une région de sa peau, a acquis une sensibilité spéciale. Que l'histamine soit en cause, c'est certain ; mais l'histamine ne suffit pas, il faut cette sensibilité spéciale, cette *habitude cutanée* pourrait-on dire. Or cette peau finit par acquérir une telle faculté réactionnelle pour n'importe quelle raison, même minime, ayant libéré une trace d'histamine que le foie normal laisse passer parce qu'elle est négligeable, qu'elle réagit par la triade urticarienne de Lewis.

C'est pour associer ces différents éléments du déterminisme urticarien que nous avons attribué l'urticaire à une *hyperergie cutanée histaminique acquise*. Quand le traitement des urticaires par les corps antihistaminiques de synthèse et, en particulier, par le 2339 R.P., est apparu dans la pratique, nous avions prévu par avance l'étendue de son activité. Par les principes de son action, elle ne pouvait être que symptomatique. Ce qu'il faut obtenir, c'est à notre avis moins la neutralisation passagère de l'histamine que la disparition du mode réactionnel spécial de la peau et du malade à l'égard de l'histamine.

C'est justement pour cette raison qu'il y a des échecs dans le traitement avec les corps antihistaminiques, comme il y en a avec toutes les autres méthodes de traitement de l'urticaire, et l'on pourrait en dire autant des autres maladies dues à l'hyperergie réactionnelle. Point ne suffit de traiter la maladie, il faut empêcher le malade de réagir. Pour obtenir cet empêchement, la méthode qui consiste à « vacciner » en quelque sorte le sujet contre l'histamine doit prendre encore et toujours place à côté de la médication symptomatique. Les cuti-réactions à la condition qu'elles soient nombreuses pour établir une grande surface réactionnelle, l'ionisation à l'histamine qui permet, plus que les scarifications, d'obtenir de larges surfaces réactionnelles permettent de s'approcher du but à atteindre. Nous avons, avec l'ionisation, obtenu des guérisons prolongées et même définitives de l'urticaire. Le principe de cette thérapeutique apparaît diamétralement opposé à celui de l'antihistaminothérapie puisqu'il s'agit, en réalité,

1. N. Fiessinger et A. Gajdos : La réactogénothérapie de l'urticaire récidivant par l'ionisation à l'histamine. *La Presse Médicale*, 1935, n° 93 et *Urticaire et Histamine*, Vigot, éditeur, 1937.

2. H. Gougerot et Courtenay : Action rapide de l'antihistamine 2339 dans une urticaire diffuse produite par des injections antinévralgiques d'histamine. *Soc. Derm. Syphil.*, séance du 8 Octobre 1942.

l'histaminothérapie. Les deux méthodes, cependant, ne s'opposent pas, elles prennent leur place ı deux temps différents, comme avec des buts différents.

Avec cette communauté d'effet, d'ailleurs, que es deux méthodes peuvent rencontrer les mêmes obstacles et aboutir aux mêmes échecs, tant la vie le l'urticaire résulte de phénomènes complexes, lont les recherches modernes n'ont fait découvrir ju'un des chaînons intermédiaires.

C'est un des grands mérites de Loeper et de ses élèves d'avoir découvert cette pathologie des intermédiaires morbides que sont les amines toxiques, histamine, tyramine, dérivés eux-mêmes par décarboxylation de l'histidine pour la première, de la tyrosine pour la seconde. Cette pathologie des intermédiaires chimiques reproduit ce qu'en physiologie les transmetteurs chimiques ont établi d'une manière expérimentale. Entre la cause et l'effet s'insère la spécificité de l'intermédiaire, mais, en plus, pour les maladies hyperergiques, il faut tenir compte du terrain réactionnel. Point ne suffit de couper le relais, faut-il encore corriger l'anomalie de la réponse facile, cette « hyperesthésie » si curieuse du terrain morbide qui apporte la signature même de la maladie.

DEUX OBSERVATIONS DE TRACTOTOMIE BULBOSPINALE POUR NÉVRALGIE FACIALE

Par **P. WERTHEIMER**
(Lyon)

La valeur thérapeutique de la neurotomie rétrogassérienne dans les névralgies essentielles du trijumeau se passe actuellement de démonstration. Elle satisfait à la plupart des indications ; elle fournit au prix d'une intervention dépourvue de risque opératoire une guérison de bon aloi et durable. Mon expérience personnelle se trouve sur ces points en parfait accord avec l'opinion de tous les chirurgiens qui se sont penchés sur cette question. Je conserve toutes mes préférences à la neurotomie par voie temporale, procédé simple, exempt de dangers, applicable à tous les âges et à tous les sujets, n'admettant ni contre-indications ni obligations particulières. Je reconnais fort bien qu'il n'assure pas toujours la sauvegarde de la racine motrice, mais la gêne apportée par cette mutilation est minime en dehors du cas rare de névralgie bilatérale. J'admets également qu'une névralgie faciale d'apparence essentielle peut être symptomatique d'une petite tumeur méconnue de la région ponto-cérébelleuse, que fera découvrir l'usage de la voie postérieure ; je crois cette erreur possible, mais exceptionnelle ; sans en tirer la moindre vanité, je peux affirmer qu'aucun de mes malades traités pour névralgie faciale par voie temporale n'a été réopéré par la suite par un de mes collègues ou par moi-même pour une tumeur dont j'avais antérieurement méconnu l'existence. J'avoue cependant qu'un petit nombre de névralgies dites essentielles sont en réalité symptomatiques soit d'une tumeur de la fosse cérébrale postérieure, soit d'une tumeur de la fosse cérébrale moyenne. Je reconnais avoir commis quelques erreurs de ce genre ; je me suis efforcé d'y apporter dans un second temps le correctif thérapeutique convenable. Enfin, tout en exprimant ma prédilection pour la voie temporale, j'ai utilisé dans un certain nombre de cas, pour des raisons bien définies, la voie postérieure de Dandy et me réserve d'en apporter le bilan ainsi que les arguments qui me décidèrent à en faire usage.

Mon dessein n'est pas, du reste, de mettre en opposition deux méthodes qui ne représentent en réalité que deux techniques également efficientes dans le traitement des névralgies faciales essentielles, mais seulement de revenir après d'autres sur le fait qu'un certain nombre de malades ne sont pas soulagés par la neurotomie. Le pourcentage en est peu élevé ; il semble ne pas dépasser 5 pour 100. Encore conviendrait-il d'en distraire un certain nombre de cas qui ne sont peut-être pas authentiques et relèvent soit du cadre des psychalgies, soit même du pithiatisme, encore qu'il convienne d'apporter beaucoup de prudence à de telles classifications qui souvent dissimulent l'imperfection actuelle de nos procédés d'analyse des phénomènes douloureux. Si même on fait abstraction de ces cas litigieux il n'en reste pas moins que l'expérience enseigne l'inefficacité de la neurotomie rétrogassérienne dans certaines manifestations douloureuses affectant le territoire trigéminal et en dehors de toute étiologie tumorale. Je ne retiendrai que deux catégories de névralgies dont l'individualité nosologique ne saurait être discutée : les névralgies postzostériennes et les névralgies faciales de la sclérose en plaques.

En ce qui concerne les premières il est généralement admis que la neurotomie rétrogassérienne ne soulage pas les malades. Nous avons tenu à vérifier l'exactitude de cette affirmation et après d'autres nous avons renoncé à cette thérapeutique. Déjà en 1925[1], à propos de trois observations, j'avais enregistré les échecs aussi bien de l'alcoolisation tronculaire que de la neurotomie radiculaire, échecs déjà signalés par Sicard et Robineau. M'inspirant des considérations émises par Cl. Vincent et des caractères cliniques de la névralgie faciale postzostérienne, j'avais préconisé l'infiltration ou l'alcoolisation du ganglion ophtalmique. Depuis lors, j'ai utilisé quelquefois cette méthode, mais je n'en ai obtenu qu'une sédation temporaire des phénomènes douloureux et jamais leur disparition. Il en fut de même dans diverses tentatives d'infiltration du ganglion cervical supérieur du sympathique. Or, la névralgie faciale postzostérienne, réputée spontanément curable dans un délai maximum de douze à dix-huit mois (Baudouin), persiste parfois bien au delà de ce terme et représente pour le malade qui en est atteint une infirmité redoutable. Il me paraît utile de signaler que les névralgies persistantes sont généralement associées à des séquelles trophiques particulièrement accentuées ; je connais une malade chez laquelle il existe une véritable mutilation de l'aile du nez et une cicatrice rétractile attirant la lèvre supérieure ; elle souffre d'une névralgie rebelle que diverses infiltrations n'ont pas soulagée. Instruit par ces diverses observations, je fus donc tenté d'utiliser chez un malade souffrant depuis cinq ans d'une névralgie faciale postzostérienne le procédé décrit par Sjökwist sous le nom de tractotomie trigéminale. Dans un mémoire consacré à cette intervention et à l'étude des voies trigéminales centrales de la sensibilité douloureuse à travers le mésocéphale, Henri Schaefer fournit une description précise des conducteurs sensibles de la face d'après les travaux les plus récents. En conclusion de cette étude il suggère l'intérêt de la tractotomie bulbospinale dans les cas de névralgies faciales ne relevant pas de la neurotomie radiculaire et dans ceux où cette dernière a échoué. A vrai dire la tractotomie de Sjökwist du point de vue physiologique n'apparaît pas comme supérieure à la section de la racine ; au même titre que celle-ci elle affecte le neurone sensitif périphérique. L'atteinte du neurone central exigerait la section hétérolatérale et intraprotubérantielle du faisceau quintothalamique — sensiblement en avant et en dedans des origines apparentes du trijumeau. J'avoue avoir utilisé chez mon malade la tractotomie bulbospinale à la façon de Sjökwist. Voici son observation :

C..., Julien, 65 ans. M'est adressé par M. Paufique pour « névralgie faciale ». Il s'agit en réalité de névralgies affectant électivement le territoire de l'ophtalmique gauche et consécutives à un zona survenu cinq ans auparavant. Les phénomènes douloureux ont résisté à toutes les thérapeutiques médicamenteuses, à l'homéopathie, la radiothérapie, les injections d'alcool, d'algipan, etc.

L'état du malade est, par ailleurs, satisfaisant. La tension artérielle est de 15,5/8. Le taux de l'urée sanguine est de 0 g. 29. Les urines ne renferment ni sucre ni albumine.

On relève seulement une légère dilatation du ventricule gauche et un peu de subictère des conjonctives. L'examen ophtalmologique (M. le Prof. Bonnet) est le suivant :

O D V = 1/2, sans correction.
O G V = 1/2, sans correction.

Argyrose de la conjonctive gauche. Infiltration de la cornée (couches profondes). Pupille ovalaire réagissant faiblement à la lumière.

Fond d'œil normal des deux côtés.

Les douleurs sont presque constantes ; elles ne débordent pas le territoire de l'ophtalmique ; elles s'exagèrent dans certains mouvements de la tête ou dans les efforts de mastication. Le malade est disposé à accepter toute intervention susceptible de les soulager.

Le 8 Mai 1941, sous anesthésie locale, avec l'assistance de MM. Mansuy et Pugeat, je découvre la fosse cérébrale postérieure du côté gauche. En raison de la brièveté de la nuque et de son épaisseur, la moitié gauche de l'arc postérieur de l'atlas est réséquée. La grande citerne postérieure est incisée et vidée. Le pôle inférieur de l'hémisphère cérébelleux gauche est libéré, puis récliné vers le haut. Cette manœuvre est un peu gênée par les flexuosités de l'artère cérébelleuse postérieure et inférieure. Les origines du nerf pneumogastrique sont découvertes. Incision oblique du noyau bulbospinal. Avant l'incision, le malade est soumis à une brève anesthésie générale au Schleich. Suture de la dure-mère et des parties molles

Les suites locales ont été extrêmement simples. Le malade paraît soulagé de ses douleurs névralgiques. Mais l'appréciation en est difficile en raison des troubles de l'état général. Il semble que l'intervention ait réveillé un processus infectieux ancien et mal éteint. Le malade est fébrile; il est prostré, adynamique; il présente une poussée d'herpès facial. On le traite par des injections intraveineuses de septicémie.

Cet état fébrile persiste encore un mois plus tard. Une ponction lombaire ramène un liquide très légèrement ambré dans lequel on compte 10 lymphocytes par millimètre cube et où l'on dose 0 g. 90 d'albumine. Le malade se lève un peu, mais se plaint de céphalées et se montre sans entrain ; l'examen neurologique est négatif.

Il quitte le service le 22 Juin.

Ce malade serait décédé fin Septembre 1941. Il a été impossible d'obtenir le moindre renseignement sur la dernière phase de la maladie.

De cette observation on peut retenir la sédation enregistrée par le malade dans le territoire douloureux, mais également la notion importante que l'acte opératoire paraît avoir réveillé un processus infectieux latent. Ce réveil se manifesta par un état fébrile prolongé, l'apparition d'herpès, des céphalées, une petite réaction méningée. Ces constatations expliquent peut-être pourquoi dans certains cas persistent les douleurs du zona ; ces cas correspondraient à une permanence du processus infectieux initial.

La névralgie faciale associée à la sclérose en plaques est réputée rebelle à la neurotomie radiculaire. Ce jugement dans sa forme absolue n'est pas sans appel. Plusieurs auteurs ont signalé la possibilité de guérisons durables en pareil cas. L'observation que nous rapportons en est du reste un exemple. Il semble pourtant que le soulagement ne soit pas définitif, mais la disparition des douleurs pendant plusieurs années mérite d'être prise en considération et justifierait peut-être l'emploi d'une intervention dépourvue de gravité. Je n'ai observé que deux malades atteints de sclérose en plaques compliquée de névralgie du trijumeau.

Chez le premier, j'ai obtenu par l'alcoolisation associée à la radiothérapie des sédations prolongées qui se sont renouvelées pendant plusieurs années (sept à huit ans). Il s'agissait d'un homme âgé en mauvaises conditions physiques et pour lequel Dechaume déconseillait toute intervention.

Le second fut soulagé pendant trois ans par une neurotomie rétrogassérienne et fut soumis malgré son âge (72 ans) à une tractotomie.

B..., Amédée, 65 ans, entre dans le service le 13 Septembre 1934 pour « névralgie faciale droite ».

Le malade souffre depuis 15 ans environ de douleurs névralgiques affectant l'hémiface droite, plus particulièrement les territoires des nerfs maxillaires supérieur et inférieur. Les douleurs surviennent par crises et présentent tous les caractères de la névralgie essentielle du trijumeau. Le malade a été soumis à plusieurs alcoolisations et à la névrotomie du nerf lingual (?). Ces diverses thérapeutiques l'ont soulagé temporairement.

Par ailleurs ce malade présente les signes d'une paraplégie spasmodique en même temps que des signes cérébelleux du côté gauche (dysmétrie, adiadococynésie). M. Dechaume examine le malade et porte le diagnostic de sclérose en plaques tout en faisant quelques réserves en raison de l'âge du malade et de l'évolution de la maladie.

Ponction lombaire : liquide clair; tension au Claude, 11 ; Queckenstedt libre ; quelques éléments blancs par champ ; glucose, 0 g. 45 pour 100; urée sanguine, 0 g. 39 ; B. W., négatif.

Le 28 Septembre : neurotomie rétrogassérienne par voie temporale.

Le malade est entièrement soulagé et quitte le service le 13 Octobre.

Il est revu le 7 Décembre 1937. Pendant trois ans le malade n'a pas souffert. Depuis Octobre les crises douloureuses sont réapparues, d'abord légères, puis plus violentes.

La paraplégie spasmodique s'est aggravée, sans accentuation des signes cérébelleux.

Examen ophtalmologique : O D V, 1/50; O G V, 1/2. Réflectivité oculaire abolie aux deux modes.

Hypoesthésie de la cornée droite. Rien au champ visuel. Pas de diplopie.

F. O. : papilles un peu pâles des deux côtés sans décoloration vraie ; vaisseaux normaux.

On fait une alcoolisation des nerfs maxillaires supérieur et inférieur qui soulage le malade.

Il revient dans le service le 24 Août 1939. Il a été soulagé pendant plus d'un an, mais souffre à nouveau. On refait une alcoolisation.

Il est ramené dans le service le 15 Mars 1941.

Depuis le début de l'année il souffre de crises extrêmement violentes qui l'empêchent de s'alimenter et de parler. Ces crises sont actuellement quotidiennes et durent plusieurs heures.

L'impotence a beaucoup augmenté; le malade ne peut quitter le lit. Malgré l'état du malade et son âge (72 ans) on décide de tenter une tractotomie bulbospinale.

1. L'algie faciale postzostérienne. Considérations pathologiques et chirurgicales. *Journal de Médecine de Lyon*, 5 Août 1925.

Le 20 Mars, avec l'aide de M. Mansuy, j'interviens sous anesthésie locale. Trépanation de la fosse cérébrale postérieure du côté droit. Résection de l'arc postérieur de l'atlas et libération du trou occipital. Ouverture de la dure-mère; évacuation de la grande citerne. On soulève l'amygdale droite de façon à libérer la partie inférieure du 4e ventricule et la face postérieure du bulbe. Au cours de cette manœuvre le seul temps délicat est la libération de l'artère cérébelleuse inférieure qui masque le champ opératoire. On dégage ainsi très nettement toute la face postérieure du bulbe du côté droit jusqu'aux racines du pneumogastrique. Tractotomie sur 2 mm. de long environ aboutissant en dehors à l'union du 1/3 inférieur et des 2/3 supérieurs de la zone d'émergence du pneumogastrique. Ce dernier temps est pratiqué sous anesthésie générale au Shleich. Suture de la dure-mère et du lambeau.

Les suites opératoires ont été très simples. Les phénomènes douloureux ont entièrement disparu. Les seuls troubles accusés par le malade ont été des nausées avec quelques vomissements ainsi qu'une légère dysphonie pendant les premiers jours et des vertiges, qui furent plus durables. Le malade quitte le service dix jours plus tard.

Il donne de ses nouvelles le 6 Juillet; il est enchanté du résultat opératoire; il a repris du poids et des forces et se déclare soulagé de ses douleurs.

Cette observation est intéressante à divers titres. Elle enseigne tout d'abord que si la neurotomie radiculaire ne guérit pas la névralgie faciale de la sclérose en plaques elle est cependant susceptible de la soulager de façon durable. Pareille constatation a été récemment rapportée.

Elle montre en outre qu'après une neurotomie correcte et vraisemblablement totale, qu'atteste dans une certaine mesure la persistance de l'anesthésie cornéenne, les phénomènes douloureux sont susceptibles de réapparaître dans le territoire préalablement énervé et de conserver une topographie identique. M. Leriche a signalé des faits de ce genre. Bien plus, l'alcoolisation tronculaire a procuré à notre malade un soulagement équivalent à celui que fournit habituellement cette méthode dans le traitement de la névralgie faciale essentielle. Notons que ce résultat fut acquis en dépit de la neurotomie antérieurement pratiquée.

Sur ce point également M. Leriche a rapporté des constatations du même ordre. A trois reprises la section du nerf sous-orbitaire a soulagé des malades chez lesquels la neurotomie rétrogassérienne avait été pratiquée correctement. Dans deux cas du reste l'exploration renouvelée du cavum avait permis de vérifier que la section radiculaire était effective. Ce sont là des faits dont l'authenticité ne saurait être niée et qui méritent d'être retenus; ce n'est pas à dire que leur interprétation soit facile.

Enfin, cette observation atteste que la tractotomie bulbospinale apporte à de tels malades un soulagement au moins temporaire, le résultat chez notre malade datant seulement de six mois. Or, nous avons déjà rappelé que cette intervention n'a que la valeur d'une section affectant le neurone sensitif périphérique tout comme la radicotomie.

Tous ces faits sont troublants ; ils enseignent une fois de plus, ainsi que l'a si souvent signalé M. Leriche, avec quelle prudence il convient d'interpréter les phénomènes douloureux.

Ajoutons enfin que ces divers résultats thérapeutiques montrent que les douleurs faciales de la sclérose en plaques sont susceptibles de bénéficier des divers procédés éprouvés dans le traitement de la névralgie faciale essentielle. Je m'étais rallié à la décision de tenter chez mon malade une tractotomie bulbospinale dans l'idée que peut-être il existait des lésions de sclérose au niveau du noyau inférieur du trijumeau, cette topographie particulière expliquant la séméiologie. J'ignore du reste la part de vérité que contient cette hypothèse.

L'intervention est simple, bénigne, peu traumatisante ; elle fut supportée parfaitement par mon malade, en dépit de son âge.

L'HYPERTENSION PASSAGÈRE EN PATHOLOGIE RÉNALE

Par L. ELAUT

Les hypertensions d'origine rénale se sont enrichies d'une nouvelle entité. Celle-ci se dégage chaque jour plus nettement, grâce aux observations cliniques minutieuses qui nous autorisent à établir l'individualité. Les travaux de Goldblatt permettent d'en pénétrer la pathogénie et d'en scruter quelques détails. L'hypertension passagère mérite sa place à part dans le chapitre des néphropathies.

Déjà en 1928 nous avons attiré l'attention sur les caractères de l'hypertension que présentent certains malades atteints d'hypertrophie prostatique. L'hypertension des prostatiques ne se rencontre que chez les malades en rétention incomplète avec distension vésicale. Elle évolue indépendamment de l'urémie, bien que les deux syndromes puissent coexister chez le même malade. Elle baisse rapidement à la suite d'un traitement adéquat, consistant dans l'évacuation de la vessie ; son caractère essentiel est d'être temporaire, et de se ressentir très rapidement de l'état vésical du malade. Il suffit, en effet, d'une récidive de rétention pour voir se reproduire une hypertension intéressant à la fois la minima et la maxima (mais surtout cette dernière) et, cédant de nouveau dès que le cathétérisme ou la cystostomie lève l'obstruction au niveau du col vésical. Cette hypertension passagère se retrouve avec les mêmes caractères chez les rétrécis urétraux en rétention incomplète avec distension. L'hypertension passagère se produit également chez les prostatiques et les rétrécis en rétention incomplète sans distension appréciable de la vessie, qui font brusquement une rétention aiguë. Chez eux, également, la pression baisse rapidement à la suite du déblocage des voies urinaires basses.

Nous avons, à maintes reprises, essayé de donner une explication de cette forme d'hypertension artérielle. Nous croyons qu'il faut en chercher la cause dans le rein.

L'état vésical a, sans contredit, une répercussion sur les uretères. Il en résulte une stase urinaire et une augmentation de la tension à l'intérieur des cavités rénales. Peu à peu le parenchyme en pâtit. C'est à ce moment qu'entre en jeu le mécanisme déclencheur de l'hypertension, comparable à celui qui produit l'hypertension du type Goldblatt. Plusieurs auteurs ont décrit dans le rein des cellules d'allure endocrinienne, lesquelles à la suite du pincement de l'artère rénale sécréteraient le principe hypertenseur. Goormaghtigh, en particulier, a observé un cycle sécrétoire de ces cellules, situées dans la tunique musculaire des artères intralobulaires et des artères afférentes glomérulaires. Ce seraient, d'après cet auteur, des cellules lisses ayant perdu leurs myofibrilles et devenues de ce chef globuleuses. Elles seraient également le point de départ, dans la suite, des processus de sclérose qui caractérisent si bien le rein artériolosciéreux des hypertendus chroniques de longue date.

Nous avons signalé, en 1939, la présence des mêmes cellules dans les parois des artères hélicoïdales et des anastomoses artério-veineuses qui encerclent, en si grand nombre, les calices au niveau du sinus rénal, et émis l'hypothèse que ces cellules afibrillaires sécrétaient, conjointement à leurs congénères dans les vaisseaux du parenchyme, le principe hypertenseur à la suite d'une stimulation surgissant dans les parois des calices. Le stimulus consisterait dans la distension, exercée sur le bassinet par la stase urinaire.

Toutes les recherches expérimentales des dernières années sur la nature exacte de l'agent causal de l'hypertension tendent à lui conférer une entité chimique ; des principes hypertensifs en effet ont été extraits des reins d'animaux hypertendus. Il est, dès lors, peu probable que ce soit un facteur nerveux.

A la lumière de ces différentes données, il est aisé de comprendre le mécanisme des hypertensions passagères que l'on rencontre chez les malades atteints de prostatisme. L'avenir dira si elles s'avèrent exactes. Elles peuvent être le point de départ de recherches en ce sens. Toujours est-il qu'elles s'accordent, jusqu'à présent, très bien avec les données de la clinique, de la morphologie et de l'expérimentation.

*
* *

A côté de l'hypertension passagère des prostatiques et des rétrécis, il convient d'en citer une autre qui a exactement les mêmes caractères cliniques, mais dont le point de départ siège dans les voies urinaires hautes, et dont le mécanisme peut être envisagé du même angle. Cette hypertension passagère a, en outre, certains aspects d'ordre anatomique et pathologique, qui la rattachent plus directement encore à l'hypertension expérimentale de Goldblatt. Il s'agit en l'occurrence de l'hypertension des néphropathies unilatérales.

Nombreuses déjà sont les observations cliniques fouillées qui en citent des exemples. Pyélonéphrites chroniques, lithiases rénales, périnéphrites scléro-lipomateuses, tuberculoses et tumeurs rénales peuvent s'accompagner d'hypertension artérielle. L'origine lésionnelle rénale de cette hypertension est démontrée par le fait que le traitement de la lésion rénale ramène la tension artérielle au niveau normal. Mais il n'en est pas toujours ainsi. La raison en est que l'hypertension de ces néphropathies unilatérales est, à son début, une affection passagère entretenue par le foyer rénal, mais tendant, à brève échéance, à envahir tout le système artériolaire. Après un certain temps, variable selon les cas individuels, tout l'organisme avec ses centres vasomoteurs et son système nerveux autonome, s'adapte à l'augmentation de la tension artérielle. Celle-ci s'installe et devient permanente. Ce stade atteint, elle ne peut régresser, ni spontanément, ni sous l'effet de la thérapeutique instituée.

La pathogénie de cette hypertension passagère se réclame des mêmes causes que l'hypertension passagère des rétentionnistes distendus. Mais le stimulant des cellules endocrines vasculaires, tant pyéliques que parenchymateuses, n'est pas toujours, cette fois, une distension des cavités rénales, mais un processus mécanique ou inflammatoire sclérogène, influençant ces dernières.

Parmi les causes pouvant déclencher une hypertension passagère, il faut citer en premier lieu l'hydronéphrose. Toutefois il s'agit encore de bien distinguer entre les formes cliniques de l'hydronéphrose. Une uronéphrose latente, qui évolue sans guère donner de symptômes, ne s'accompagne pas d'hypertension artérielle. Ce n'est qu'au moment où surgit la rétention pyélique aiguë, qui met les cavités rénales sous tension, que se manifeste l'hypertension passagère. Celle-ci rétrocède par la thérapeutique adéquate, et dans les vingt-quatre ou quarante-huit heures, cette thérapeutique doit être le déblocage du rein. On peut, pour expliquer cette hypertension, faire appel aux mêmes cellules afibrillaires endocriniennes des vaisseaux péripyéliques du sinus rénal et des artères intrarénales. Un autre exemple d'hypertension passagère est celle qui accompagne la rétention pyélique par calcul enclavé dans l'uretère. Si l'urine passe à côté du calcul, il n'y a pas d'hypertension. C'est la tension intrapyélique qui la déclenche. Son mécanisme est en tout point comparable à celui de l'hydronéphrose hypertensive.

Seulement dans les cas où le processus se localise dans ou au voisinage direct des calices et du bassinet, l'hypertension passagère peut se manifester. L'histoire clinique suivante le prouve.

Femme de 35 ans : mariée à 22 ans, en 1930 : 3 enfants, en 1930, 1932 et 1934. Pendant la troisième grossesse, pyélite gravidique sur base de lithiase bilatérale. Pyélotomie sur rein droit en 1934. En Avril 1937 néphrostomie à droite ; en Octobre néphrostomie à gauche (Prof. Debaisieux), suivies d'une amélioration notable de l'état général. Urée sanguine, 0 g. 26 le 27 Juin 1935 ; 0 g. 40 le 7 Octobre 1939. Suit un régime cétogène qui la met à l'abri de complications. Contrôle régulier de la tension : oscille aux environs de 130 mm. (la malade est la belle-fille d'un médecin particulièrement consciencieux). Le 25 Juillet 1943, vertiges ; la tension artérielle est de 250-260 mm., l'urémie de 0 g. 50. Repos et régime font baisser la tension en dix jours à 210, 180, 160, 130 mm. Pendant tout ce temps ni température, ni fièvre. Début d'Août 1943, fièvre allant jusqu'à 39°, accompagnée de douleurs sourdes dans le rein droit. Tout rentre dans l'ordre par repos et antiseptiques. Début Septembre 1943, la tension est de 130 mm. La pyurie persiste. Depuis le mois d'Avril 1940 la néphrostomie droite s'est fermée spontanément ; la néphrostomie gauche reste ouverte ; radiographie le 14 Octobre 1943 montre une lithiase rénale bilatérale qui n'a guère augmenté depuis 1937.

L'hypertension passagère chez cette malade est de toute évidence d'origine rénale. Elle n'est pas encore arrivée au stade de permanence. Rien ne dit qu'elle n'y arrivera un jour. La lésion causale siège dans les cavités rénales : stase urinaire par calcul dans le rein droit où la néphrostomie s'est fermée spontanément.

Force nous est de réduire la longueur de cet article. D'autres observations cliniques montreraient

de toute évidence, qu'on peut découvrir dans chacune d'elles l'étiologie très nette et décisive de ces hypertensions passagères des néphropathies unilatérales.

CONCLUSION.

Il y a lieu de mentionner dorénavant les hypertensions passagères dans le chapitre de la symptomatologie des néphropathies. Cette hypertension d'allure aiguë, le plus souvent, se rencontre chez les prostatiques et chez les malades atteints de néphropathie unilatérale. Elle va de pair avec certaines lésions au niveau des calices et du bassinet, s'accompagnant de rétention et de distension pyéliques. Elle a son point de départ dans l'une et dans l'autre de ces affections dans les voies excrétoires du système urinaire. Jusqu'à plus ample informé on peut envisager le système endocrinien vasculaire du rein comme l'étincelle qui la déclenche. Ce n'est que dans un stade ultérieur que l'hypertension a tendance à devenir permanente. Certains facteurs congénitaux favorisent probablement la stabilité de ces hypertensions. On peut apparenter l'hypertension passagère à l'hypertension expérimentale de Goldblatt obtenue par le pincement de l'artère rénale.

(*Clinique urologique. Université de Gand [Belgique].*)

BIBLIOGRAPHIE

L. ELAUT : La tension artérielle chez les malades urinaires. *Journ. d'Urol.*, 1930, **29**, 441 ; *Verh. Kon. Vla. Acad. Geneesk. v. Belg.*, 1940, **2**, 192. — N. GOORMAGHTIGH : *Arch. de Biol.*, 1940, **51**, 293.

SOCIÉTÉS DE PARIS

ACADÉMIE DE MÉDECINE

5 Décembre 1944.

Décès de M. Hervieu. — Allocution de M. Brouardel.

Notice nécrologique sur M. Gosset. — M. Mathieu.

Rapport sur les travaux concernant le service de la vaccine. — M. Bénard.

Vœu concernant la réglementation future du taux d'extraction des farines. — M. **Lapicque**, rapporteur, au nom de la Commission du rationnement alimentaire, propose l'adoption du vœu suivant :

« L'Académie signale l'intérêt hygiénique qu'il y aurait à fixer durablement pour le temps de paix un taux d'extraction choisi de manière à assurer un pain satisfaisant à la fois le goût du public et les besoins physiologiques.

Le taux de 80 est capable de réaliser l'accord de ces deux points de vue si son emploi succède sans intermédiaire au régime actuel.

L'Académie émet le vœu que soit prévue dès maintenant une réglementation en ce sens. »

— Ces conclusions sont adoptées.

Vœu concernant le blé. — M. **Delbet** propose à l'Académie d'émettre un vœu tendant à ce que :

1° La loi sur les engrais soit révisée ;

2° L'attention soit attirée sur les dangers qu'entraîne pour la santé l'excès des engrais potassiques ;

3° La culture des variétés de blé qui donnent une farine noire ou difficilement panifiable soit proscrite et d'une manière générale les semences surveillées.

— Ces conclusions sont adoptées.

Les îlots insalubres d'habitation dans la région parisienne et la tuberculose. — MM. **F. Bezançon, P. Boulenger** et **A.-C. Maclouf**. Alors que la mortalité par tuberculose pulmonaire pour l'ensemble de la Ville de Paris, dans la période 1931-1938, était de 142 pour 100.000 habitants, et n'atteignait dans le quartier des Champs-Elysées que le chiffre de 33, elle était encore au taux très élevé de 326 dans l'îlot insalubre n° 2 (Mouffetard), de 467 dans l'îlot n° 3 (Saint-Julien-le-Pauvre), de 330 dans l'îlot n° 16 (Saint-Gervais) et de 877, 942, 691 dans les hôtels meublés ou garnis de ces mêmes îlots.

Le fléchissement de la courbe de mortalité par tuberculose qui est la règle depuis près d'un demi-siècle s'observe aussi bien dans les îlots insalubres que dans les quartiers fortunés. Alors que dans le quartier des Champs-Elysées elle est passée de 68 pour la période 1894-1903 à 33, dans l'îlot insalubre n° 2 précité (pour s'en tenir à celui-là), elle est tombée de 785 à 326 pour l'ensemble de l'îlot et de 1.613 à 877 pour les hôtels garnis de ces mêmes îlots.

La mortalité toujours très élevée observée dans les îlots insalubres et surtout dans les hôtels meublés tient non seulement aux conditions d'insalubrité de ces îlots, mais au fait que là, attirés par les bas-loyers, sont groupés les « économiquement faibles » qui ont un standard de vie très médiocre et paient un lourd tribut à la tuberculose.

La démolition des îlots insalubres ne pourra donner de fruits que si l'on se préoccupe en même temps de l'amélioration du logement des expropriés et que si, d'autre part, ceux-ci sont l'objet d'un relèvement général de leur standard de vie et d'un effort considérable d'éducation sanitaire.

L'Œuvre de surveillance et d'assistance des dispensaires de l'O.P.H.S. et du Comité d'assistance aux tuberculeux de la Seine doit porter d'une façon particulière sur les habitants des îlots insalubres.

Dix années d'application de l'anatoxine staphylococcique à la thérapeutique des affections dues au staphylocoque en médecine humaine et vétérinaire. — MM. **G. Ramon, Richou, Mercier** et **Holstein** rappellent que cette méthode a été préconisée il y a 10 ans : les résultats d'ensemble qu'ils apportent et qui reposent sur plus de 3.000 observations personnelles, joints à ceux encore plus nombreux obtenus en dehors d'eux, affirment l'efficacité de ce traitement des affections staphylococciques chez l'homme ; depuis quelques années, l'anatoxine staphylococcique est également employée avec succès chez les animaux domestiques. Dans les staphylococcies graves, l'anatoxine peut être associée au sérum antistaphylococcique selon la méthode de la séro-anatoxithérapie ou aux sulfamides ou à la pénicilline. Quoi qu'il en soit de ces associations et de leur efficacité, il n'en demeure pas moins que depuis 10 ans l'anatoxine staphylococcique employée seule a fait incontestablement ses preuves.

Diminution du nombre des cirrhoses alcooliques en ces dernières années. — MM. **Pasteur Vallery-Radot, J. Loeper** et **Cl. Laroche** ont relevé le nombre des cirrhoses alcooliques admises dans leur service de Bichat depuis 1938, alors que la consommation du vin et des boissons alcooliques n'était pas restreinte, jusqu'en 1944 : la diminution a été considérable et progressive : 22 cas en 1938, 3 en 1944, soit une baisse de 87 pour 100. C'est un exemple des dangers que l'alcoolisme fait courir à la santé publique, d'où la nécessité d'une réglementation rigoureuse dans la consommation des boissons alcoolisées.

L'hygiène des établissements de natation. — M. **Dienert** rappelle que si dans les piscines, soumises à un règlement sanitaire très complet, l'eau doit être stérile, il suffit dans les baignades et les bassins que l'eau soit saine et propre ; les baignades doivent être établies là où l'eau s'est suffisamment auto-épurée, une eau assez auto-épurée présente les propriétés suivantes : rapport du phytoplankton au zooplankton supérieur à 2, teneur en colibacilles inférieure à 1.000, recherche du bactériophage en surface et en profondeur négative dans 20 cm^3 d'eau.

Election de 2 correspondants nationaux dans la 1re division (médecine). — M. **Ledoux** (Besançon) est élu au premier scrutin par 39 voix contre 9 à M. Doumer (Lille), 3 à MM. de Léobardy (Limoges) et Pellé (Rennes), 1 à MM. Françon (Aix-les-Bains), Glénard (Vichy), Mattei (Marseille) et Rimbaud (Montpellier).

M. **Rimbaud** est élu au deuxième scrutin par 42 voix contre 8 à M. Pellé, 3 à M. Doumer, 1 à MM. Françon, Glénard, Lebon (Alger), Mattei et Paillard (Clermont-Ferrand).

12 Décembre.

Allocution de M. G. Brouardel, vice-président.

Proclamation des prix. — M. Pagniez, secrétaire annuel.

Eloge de Claude Bernard. — M. G. Roussy, secrétaire général.

Activité de l'Académie pendant la période des restrictions alimentaires. — M. Le Noir.

19 Décembre.

Décès de MM. Sigalas, Sacquépée et Cunéo. — Allocution de M. **Brouardel**.

Notice nécrologique sur M. Arloing. — M. **Ameuille**.

Rapport sur les actes médicaux. — M. **Baumgartner**, rapporteur, au nom de la Commission des actes médicaux, estime que les ponctions veineuses, les injections intraveineuses et la prise de la tension artérielle sont des actes essentiellement médicaux qui doivent être réservés aux seuls médecins.

— Ces conclusions sont adoptées.

Proposition de la Commission de l'alimentation au sujet du ravitaillement en matières grasses. — M. **Tanon**, rapporteur, rappelle que malgré certaines améliorations, le taux des graisses de la ration reste très inférieur à celui qui est nécessaire à l'organisme ; les quantités actuellement distribuées sont de plus de moitié inférieures au minimum considéré par les Allemands en 1917 comme la limite au-dessous de laquelle il était dangereux de descendre ; cette situation a ses conséquences aggravées par le manque de chauffage ; cependant, dans diverses régions, il y a beaucoup de beurre qui, faute de transports, ne peut parvenir dans les villes. L'Académie pense qu'on pourrait, sinon remédier complètement à cet état de choses, du moins en diminuer les effets par une application moins rigoureuse des mesures encore actuellement en vigueur, c'est-à-dire par le rétablissement du ravitaillement familial.

— Ces conclusions sont adoptées.

Action thérapeutique de la pénicilline dans la syphilis cliniquement inapparente et la maladie de Nicolas-Favre chez la souris. — MM. **Levaditi** et **Vaisman** montrent que la pénicilline injectée par voie sous-cutanée à la dose de 250.000 unités O par kilogramme, à des souris atteintes de tréponémose cliniquement inapparente, détermine la disparition totale ou presque totale des tréponèmes en 24 heures. Administrée par voie sous-cutanée, à la dose de 1.000.000 unités O par kilogramme à des souris inoculées dans l'encéphale avec le virus lymphogranulomateux, la pénicilline met à l'abri de l'infection 60 pour 100 des animaux, alors qu'on note 100 pour 100 de résultats positifs chez les témoins.

Influence des restrictions alimentaires sur les internés ou les vieillards des hospices ; rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie des psychopathies. — M. **Lhermitte** montre que l'influence des restrictions a été considérable dans les asiles d'aliénés ; elle s'y est manifestée surtout à partir de Mars 1941 par l'amaigrissement, l'hypotension, l'hypothermie ; puis apparurent les œdèmes, les infiltrations séreuses et la polyurie ; la période la plus néfaste s'étendit d'Octobre 1941 à Mars 1942, dans un asile, les décès mensuels passèrent de 1 à 11, beaucoup par tuberculose à marche rapide, puis les manifestations du déséquilibre et de la carence alimentaires devinrent plus rares et moins éclatantes : ce sont les sujets atteints de manie aiguë et de mélancolie qui ont le plus mal supporté les restrictions. Dans les hospices de vieillards, les mêmes faits ont été observés, mais les désordres organiques ont été plus tardifs et on a noté des cas de coma hypoglycémique. L'influence de l'alcoolisme dans la genèse des psychopathies a été mise en évidence de façon frappante par diverses statistiques.

Les poumons de fœtus humains et les mouvements respiratoires au cours de la gestation. — MM. **Debeyre** et **Muller**.

Sur l'attaque du lactose par les bacilles paradysentériques. — MM. **Sartory** et **Wurtz**.

Elections. — M. **Brouardel** est élu président pour 1945 ; M. **Rouvillois**, vice-président ; M. **H. Bénard**, secrétaire annuel ; MM. **Tiffeneau** et **Le Noir**, membres du Conseil.

LUCIEN ROUQUÈS.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

6 Décembre 1944.

Endométriose ovarienne et endométriose appendiculaire. — Les rapports de ces deux localisations et leur traitement endocrinien ou chirurgical sont discutés par M. **Braine** à propos d'une observation.

Syphilis gastrique localisée à l'antre ; gastrectomie. — Cette observation de M. **Moiroud** (Marseille) concerne une femme présentant les signes d'un ulcère pylorique, moins les hématémèses. Les essais thérapeutiques médicamenteux furent sans résultat. L'opération aboutit à une gastrectomie et l'examen de la pièce montra des signes classiques de la syphilis gastrique au niveau de l'antre.

Les formes habituelles de la syphilis sont au niveau de l'estomac, la forme ulcéro-gommeuse, la forme infiltrante, et très rarement on peut y mettre en évidence la présence de spirochètes.

Le diagnostic repose sur l'exacerbation nocturne des douleurs jointe à une déformation constante de l'antre, et aux signes donnés par le tubage : hypoacidité du liquide gastrique, absence de sang.

L'examen histologique permet seul d'affirmer le diagnostic. Le traitement d'épreuve est souvent sans action et les formes anciennes relèvent d'un acte opératoire.

Volumineuse adénite mésentérique aiguë. — Cette observation de MM. **Caby** et **Duperrat** concerne un malade se présentant avec l'aspect d'une appendicite : douleurs dans la fosse iliaque droite, température à 39°, peu de défense mais comme une tuméfaction iliaque faisant penser à un abcès appendiculaire. L'intervention montra qu'il s'agissait d'une très grosse adénite mésentérique avec infiltration œdémateuse étendue au cæcum et à l'iléon terminal. Pensant que cette adénite était suppurée et allait se rompre, les auteurs firent une résection iléo-cæcale avec anastomose iléo-colique termino-latérale. L'examen de la pièce montra que les ganglions n'étaient pas suppurés mais que la fin de l'iléon était farcie de trichocéphales.

— M. **Sénèque**, rapporteur, rappelle la fréquence des adénopathies mésentériques chez l'enfant où elles simulent volontiers l'appendicite. Mais il est rare qu'elles atteignent un pareil volume et imposent une opération aussi sévère.

— M. **Sorrel** a vu des péritonites prendre naissance à partir d'une adénite mésentérique suppurée.

Résultats de 7 cas d'arthroplastie du coude. — M. **Charry** (Toulouse). M. **Mathieu**, rapporteur. L'auteur a traité une ankylose blennorragique chez la femme et des ankyloses ou raideurs post-traumatiques par le procédé suivant : résection économique portant sur l'humérus et les deux os anti-brachiaux, interposition aponévrotique de *fascia lata*. Lorsque le triceps ne peut être allongé, interposition entre son tendon terminal et l'olécrâne d'un lambeau prélevé sur le tendon du quadriceps et sur le surtout rotulien.

Les résultats se sont montrés excellents grâce à de la mobilisation précoce.

M. Mathieu insiste sur l'excellence de ces résultats bien meilleurs que ceux donnés par l'habituelle résection.

Dans la discussion qui suit, certains disent que la résection peut donner, si elle est bien exécutée, de très bons résultats. D'autres reprochent à l'auteur de ne pas présenter d'ankyloses post-infectieuses, les plus difficiles à traiter avec succès.

Autoclave à fonctionnement automatique. — Cet appareil ingénieux est dû à M. **Barraya** (Nice). M. **J. Rosset,** rapporteur.

Présentation de pièce. — M. **Louis Michon.**

13 Décembre.

Décès du Prof. B. Cunéo. — M. le **Président,** faisant part à la Compagnie de la mort du Prof. Cunéo, prolonge l'éloge du défunt.

De l'anesthésie à l'armée. — M. **Curtillet,** médecin consultant de la 1re armée, fait une très importante communication sur l'emploi de l'anesthésie en chirurgie de guerre.

Il montre d'abord les anesthésies couramment employées : pendant la campagne d'Italie, l'hôpital d'évacuation 401 a fait par exemple, sur 592 anesthésies, 490 pentothal intraveineux, 29 éthers, 30 anesthésies en circuit fermé protoxyde-éther. Plus récemment, dans une deuxième période, sur 1.748 narcoses, 1.489 ont été effectuées avec le pentothal, 154 avec le protoxyde-éther en circuit fermé, pour quelques autres à l'éther, au kélène, à la rachianesthésie.

En somme, dans les hôpitaux d'évacuation primaire, deux modes d'anesthésie sont presque exclusivement utilisés : le pentothal intraveineux et l'anesthésie protoxyde-éther en circuit fermé.

Il a fallu dresser à ces anesthésies des médecins, pharmaciens, infirmiers ou infirmières car elles demandent de l'expérience et une technique nuancée. Grâce à l'organisation de véritables centres d'éducation anesthésique, l'ensemble des services sanitaires de l'armée française a pu recevoir des anesthésistes parfaitement au courant.

L'auteur envisage ensuite les deux anesthésies à la lumière de leurs indications.

Le pentothal, le plus employé, est un barbiturique proche parent de l'évipan. Il a la même présentation, nécessite la même préparation. Son mode d'emploi et les doses sont équivalents, ses effets physiologiques très voisins. Cependant il représente un progrès incontestable sur l'évipan : les râles sont exceptionnels, l'agitation du réveil est très peu marquée, l'anesthésie n'entraîne que des contractions musculaires si modérées qu'il est inutile d'attacher l'opéré sur la table opératoire. C'est l'anesthésique de choix. La technique de son emploi est actuellement bien réglée, pas d'injection massive à dose unique, une dose initiale variable, d'environ 60 à 70 *cg*. On règle ensuite la dose en envoyant dans la circulation environ 10 *cg*. du produit chaque fois que l'opéré ébauche un mouvement. On peut prolonger l'anesthésie pendant 1 ou 2 heures sans employer en tout plus de 1 *g*. 50 à 2 *g*.

Les inconvénients sont à connaître : d'abord par stimulation de l'irritabilité vagale un spasme laryngé possible ; puis souvent par abaissement de l'excitabilité du centre respiratoire bulbaire, un arrêt respiratoire de quelques secondes qui cède presque toujours spontanément, ou dont on vient à bout par l'oxygène sous pression. Les syncopes graves sont dues à un surdosage que l'emploi à doses fractionnées permet toujours d'éviter.

Mais il existe des contre-indications à respecter scrupuleusement : l'emploi du pentothal est à éviter absolument dans toutes les interventions sur la face, le cou, le carrefour aéro-digestif.

On ne doit pas l'utiliser chez les blessés maxillo-faciaux, les grands shockés, hémorragiques ou infectés, les thoraciques shockés et anoxiques, les abdominaux. En revanche, son emploi est parfait pour les crâniens ou les blessés des membres qui constituent le recrutement ordinaire des formations sanitaires de deuxième urgence.

L'anesthésiste qui emploie le pentothal doit avoir à sa portée : la coramine, antidote spécifique, l'atropine contre les accidents de spasme, enfin l'oxygène sous pression.

L'anesthésie en circuit fermé au protoxyde-éther-oxygène a pris à l'armée la place des autres anesthésies par inhalation. Précédée d'une narcose de base, par exemple de morphine intraveineuse, elle permet un exact dosage de l'éther, de l'oxygène, évitant en outre le surdosage en CO^2 habituel aux masques classiques.

Cette narcose est spécialement indiquée chez les shockés, les thoraciques (elle permet l'emploi de l'hyperpression), les maxillo-faciaux (on l'emploie alors avec intubation trachéale). D'où l'intérêt d'avoir le dispositif qu'elle exige, même s'il est un peu compliqué.

Cette communication soulève les applaudissements de la Compagnie qui, par la voix de M. le Président, demande au médecin-commandant Curtillet de féliciter les organisateurs du Service de Santé de la nouvelle armée française.

— M. **Robert Monod** rapporte d'un voyage d'enquête dans la zone des armées des conclusions très enthousiastes sur cet emploi des anesthésiques, sur l'usage de la pénicilline et sur les remarquables centres de réanimation. Ces questions feront l'objet de communications ultérieures de la part des médecins de l'armée.

Deux cas de kystes hydatiques du foie à évolution thoracique, opérés par thoracotomie large en plèvre libre. — MM. **Sauvage** et **Mathey** présentent deux remarquables observations. La première concerne un kyste du foie donnant lieu à de curieuses images radiologiques en double dôme. L'abord thoracique par résection de deux côtes, incision du diaphragme sous protection formolée, permit l'ablation des vésicules, et curettage du kyste qui fut ensuite marsupialisé et vidé par aspiration continue après suture de la brèche diaphragmatique à la brèche pariétale. Les suites furent simples et l'assèchement de la cavité obtenu en 2 mois et demi.

Le deuxième cas est celui d'un malade deux fois opéré par voie abdominale pour kyste hydatique et qui revient avec une pleurésie purulente. La pleuroscopie montra la réalité de cette pleurésie et un orifice diaphragmatique. Une thoracotomie large et basse montra qu'il s'agissait d'un hydatidothorax par échinococcose secondaire de la plèvre, variété très rare selon Dévé.

Les auteurs se félicitent de la voie thoracique, pensant que les précautions formolées évitent les risques d'inoculation opératoire, et soulignent le rôle important de l'opération.

— M. **Monod** rapporte deux exemples d'association kyste hydatique du foie et kyste hydatique du poumon.

— M. **Moulonguet** cite un cas complexe de kyste hydatique infecté du foie avec, à l'autopsie, découverte d'un kyste pulmonaire qui n'avait donné jusque-là aucune image radiologique caractéristique.

Présentation de malade. — M. **Garcin** présente une femme opérée pour hypoglycémie chronique spontanée, chez laquelle le Prof. **Brocq** enleva un adénome végétant langerhansien de 175 *g*.

Election du Bureau pour 1945. — M. **Cadenat** est élu président : M. **Basset,** vice-président ; MM. **Gatellier** et **Quénu,** secrétaires annuels ; M. **Redon,** archiviste ; M. **Toupet,** trésorier.

20 Décembre.

Exclusion complète de la moitié droite du côlon tolérée 22 mois. — Curieuse observation de M. **Simon.** M. **Hepp,** rapporteur.

Un cas de genou à ressaut. — M. **Simon.** M. **Hepp,** rapporteur. L'auteur rapproche ce cas, rare au genou, de ceux qui ont été publiés à la hanche et en discute le mécanisme.

Thrombophlébite de la paroi thoracique. — Ce cas concernait l'apparition chez une femme opérée de cancer du sein, d'une élévation dure, saillante sous la peau, allant du pôle inférieur de la glande jusque vers l'ombilic où elle se déployait et se perdait en pinceau. M. **Calvet** pense qu'il s'agit d'une atteinte des veines qui joignent le confluent axillaire et le confluent péri-ombilical.

— M. **Mondor,** rapporteur, rappelle que certaines de ces phlébites ont pu être affirmées par un examen histologique.

Un nouveau cas de sténose traumatique de l'intestin grêle. — MM. **Oberthür** et **Moreau.** Le caractère exceptionnel de cette lésion, cependant classique, est signalé par M. **Sorrel.** Dans la discussion qui s'engage, MM. **Rudler** et **Gatellier** signalent des désinsertions mésentériques d'origine traumatique, certaines suivies de sténose ultérieure.

Diverticule sus-diaphragmatique de l'œsophage ouvert dans les bronches et compliqué d'abcès du poumon. — M. **R. Monod** a abordé cette lésion par voie transpleurale et a pu en effectuer la cure chirurgicale.

Œsophagoplastie pré-thoracique. — M. **Gueullette** présente un résultat fonctionnel parfait de cette intervention effectuée en plusieurs temps. Il s'agissait d'un rétrécissement de l'œsophage. Une discussion naît de cette présentation et permet à un certain nombre de chirurgiens d'étudier les variantes de la technique et les difficultés des différents temps.

— M. **Aurousseau** est élu membre titulaire de l'Académie.

Jean Calvet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

18 Août 1944.

Bains de Seine et fièvre typhoïde. — M. **René Bénard,** se fondant sur les résultats d'enquêtes soigneuses, conteste le rôle que l'on a souvent attribué aux bains de Seine dans l'épidémiologie de la fièvre typhoïde.

Recherches sur l'absorption digestive de l'insuline. — MM. **M. Dérot** et **P.-M. de Traverse,** se basant sur leurs recherches, qui n'ont pas dépassé la période expérimentale, concluent que l'on peut, semble-t-il, en associant l'insuline à un modificateur de la tension superficielle (saponines, brécolane) et à des colorants de type acide (rouge Congo) ou de type alcalin (vert malachite), obtenir l'absorption digestive de cette hormone.

Résultats et mode d'action de la sulfaguanidine (2275 RP) et de son dérivé aminé (2413 RP) dans le traitement des infections intestinales aiguës non spécifiques (syndromes diarrhéiques aiguës MM. **Marcel Perrault, J. Vignalou** et **J.-B. Bouvier** exposent les remarquables résultats qu'ils ont obtenus avec la sulfaguanidine et son dérivé aminé dans les infections intestinales aiguës non spécifiques que l'on voit se développer à l'occasion d'intoxications alimentaires variées ou sans causes déclenchantes apparentes (diarrhées saisonnières). Ces composés sulfamidés ont pour caractéristique de n'être que lentement et faiblement résorbés par l'intestin, ce qui permet de réaliser de fortes concentrations dans ce dernier. La dose employée chez l'adulte a été de 6 à 8 *g*. par jour pour la sulfaguanidine et de 4 à 6 *g*. pour le 2413 RP. La dose quotidienne doit être administrée en deux prises à deux heures d'intervalle afin d'obtenir la haute concentration intestinale nécessaire.

Sulfaguanidine et sulfonylaminoguanidine dans les infections intestinales et les syndromes entéro-rénaux. — MM. **J. Célice, P. Durel, A. Grossiord** et **E. Louveau** soulignent les succès que leur ont donnés ces deux dérivés sulfamidés dans la plupart des infections intestinales, celles à bacilles d'Eberth et à paratyphiques A et B exceptées. Les doses employées ont été de 2 *g*. par prise, renouvelée 2 à 4 fois par jour chez l'adulte, sans dépasser 8 jours de cure.

Les bons résultats notés dans le syndrome entéro-rénal montrent qu'en neutralisant la pullulation des germes dans l'intestin on obtient la disparition des symptômes urinaires, argument de plus en faveur de la pathogénie d'infection descendante à l'origine de ce syndrome.

1er Septembre.

Séance consacrée à une allocution du ***Président*** à propos de la libération de Paris. Adresse au Général de Gaulle et réponse du Général.

15 Septembre.

Compte rendu déjà publié. Voir *La Presse Médicale*, n° 20, p. 305.

6 Octobre.

Cirrhose pigmentaire avec troubles endocriniens. Action de la testostérone. — MM. **L. de Gennes, D. Mahoudeau** et **Bricaire.** Il s'agit d'un homme de 43 ans chez lequel se sont manifestés tout d'abord pendant un an des troubles génitaux caractérisés par de l'impuissance avec de l'asthénie croissante ; puis se montrèrent les signes d'une cirrhose bronzée : gros foie, pigmentation de la peau et de la muqueuse buccale, amaigrissement considérable et asthénie intense sans diabète, sans ascite et sans troubles cardiaques. Le syndrome humoral ne rappelait en rien celui de la maladie d'Addison. Etant donné la préséance des troubles génitaux, on fit des injections de testostérone : 25 *mg*. tous les 2 jours pendant 34 jours. Dès la 4e on nota du bien-être, la diminution de l'asthénie et la disparition de l'impuissance. Ce bienfait se maintint 40 jours après cessation du traitement, puis les troubles tendirent à se reproduire, bien que l'hépatomégalie ait régressé et la pigmentation diminué. Une nouvelle série de testostérone eut encore un résultat appréciable, mais moins net que la première.

Cette observation tire son intérêt moins de l'association d'une cirrhose pigmentaire et de signes endocriniens, maintenant bien connus, que de l'action apparemment bienfaisante de la testostérone sur l'ensemble du syndrome. La précession de l'impuissance semble confirmer la théorie endocrinienne possible de certaines cirrhoses pigmentaires.

8 Décembre 1944.

Tumeurs polypoïdes bronchiques. Etude anatomique sur pièces de pneumectomie. — MM. **Santy, Noël, M. Bérard** et **Galy** (Lyon). Certaines tumeurs bronchiques se présentent sous un aspect clinique particulier. Tumeurs des grosses bronches, régulières, lisses, arrondies, non bourgeonnantes, non infiltrantes, elles ont l'aspect d'un polype pédiculé ou sessile.

Ces tumeurs sont souvent désignées sous le terme d'adénomes, considérées comme endobronchiques et curables par morcellement bronchoscopique. En réalité, le volume exact de la tumeur ne peut être apprécié que sur les pièces anatomiques, en l'espèce de pneumectomie. En effet, ces tumeurs sont rarement exclusivement endobronchiques ou intramurales. Elles présentent le plus souvent un prolongement exobronchique volumineux en iceberg. Ce prolongement est impossible à diagnostiquer cliniquement.

Ces tumeurs sont assez polymorphes. En dehors de cas rares dans une statistique de 13 observations, où ces tumeurs sont assez nettement bénignes, vraiment encapsulées, à type d'adénome vrai ou de tumeur mixte, la plupart (11 cas) ont un aspect de carcinome polymorphe indifférencié ou glandulaire. L'architecture de la tumeur est nettement de type malin, mais la cytologie, par la discrétion des mitoses, des monstruosités nucléaires et de la stroma-réaction, évoque une malignité atténuée (épithélioma bronchique à évolution lente de J.-F. Martin, Noël et Vignon).

Contrairement à leur limitation macroscopique, ces tumeurs sont localement envahissantes. Bien que d'évolution lente, elles sont susceptibles d'essaimer à distance. Elles ne sont pas à différencier d'une façon absolue de certains types de tumeurs bronchiques malignes, dont elles ne sont peut-être qu'un stade de début. Le terme d'adénome qui leur fut attribué insiste trop sur une bénignité qui n'est que relative.

Le polymorphisme de ces tumeurs est tel qu'une biopsie forcément limitée ne renseigne que mal sur l'architecture générale de la néoformation et surtout sur son extension vraie.

Ces diverses considérations : prolongement exobronchique, métastase possible, impossibilité d'un diagnostic histologique précis par biopsie, sont en faveur, dans la majorité des cas, d'une exérèse chirurgicale par pneumectomie, malgré les risques opératoires.

— M. **Ameuille** souligne les dangers de la pneumectomie et déclare que ces tumeurs posent souvent un problème thérapeutique difficile à résoudre ; il semble en tout cas y en avoir un grand nombre où l'exérèse peut être évitée.

Anurie au cours d'un traitement sulfamidé ; heureux résultats du cathétérisme urétéral. —

MM. **P. Castaigne** et **Lanvin** relatent l'observation d'une femme qui fit un érysipèle post-traumatique pour lequel elle reçut 12 *g.* de sulfathiazol qui amenèrent la guérison, mais déterminèrent une anurie avec crise douloureuse du type colique néphrétique. Un sondage vésical ne permit de retirer que 2 cm^3 d'urine. On pratiqua alors une cystoscopie qui fit voir les deux orifices urétéraux oblitérés par des cristaux nacrés. Le cathétérisme urétéral, facile à droite, malaisé à gauche, fut suivi de l'écoulement d'une urine ne renfermant pas de cylindres, mais contenant des cristaux de sulfamide. La diurèse se rétablit lentement, et, au cours de ce rétablissement, on vit s'élever l'urée sanguine jusqu'à 1 *g.* Guérison au bout de 8 jours.

Il s'agit là, indiscutablement, d'une anurie d'origine mécanique, mais un facteur sécrétoire intervient aussi, puisque l'urée sanguine continua à monter malgré l'établissement de la diurèse.

Colique néphrétique, hématurie et anurie transitoire par obstruction urétérale cristalline au cours d'un traitement sulfamdé. — MM. **P. Nicaud, A. Lafitte, R. Périer**, et **P. Castaigne** rapportent l'observation d'une jeune femme traitée par les sulfamides pour une arthrite blennorragique. La malade, après absorption de 52 *g.* de thiazomide, a présenté au 7e jour de son traitement une colique néphrétique gauche avec oligurie, hématurie et anurie transitoire. Les accidents ont été brusquement résolus après un cathétérisme urétéral qui a permis de libérer l'obstruction urétérale réalisée par des précipitations cristallines sulfamidées. La diurèse a été ainsi rapidement rétablie.

Les auteurs insistent sur la qualité chimique des précipitations cristallines ainsi retrouvées. Il s'agit de cristaux sulfamidés reconnaissables à leur point de fusion. Mais ce sont des cristaux de sulfamides modifiés sous forme de dérivés acétylés. Ces cristaux prismatiques isolés, ou arborisations cristallines de plus grandes dimensions, ont une morphologie différente des cristaux sulfamidés obtenus *in vitro*. On peut penser que la qualité du *pH* ait une action capitale sur ces modifications, et sans doute sur les précipitations cristallines elles-mêmes.

Amaurose barbiturique. — MM. **P. Nicaud, A. Lafitte, R. Périer** et **M. Ardouin.** Les observations d'amaurose barbiturique restent relativement exceptionnelles. Les auteurs signalent une amaurose barbiturique survenue après l'absorption de 3 *g.* de gardénal, ayant provoqué une somnolence avec obnubilation sans coma, et traitée dès le 1er jour par la strychnine. L'amaurose est apparue 48 heures après. L'amblyopie a précédé l'amaurose installée complètement le 4e jour, et s'est améliorée très rapidement les jours suivants, pour disparaître progressivement et complètement après 6 jours d'évolution. Le traitement strychnique, commencé dès l'entrée de la malade à l'hôpital, a été poursuivi pendant 12 jours.

L'examen ophtalmoscopique n'a pas montré, comme dans les observations déjà publiées, de spasme des artères rétiniennes avec élévation de la pression de l'artère rétinienne, mais a permis au contraire de noter une hypotension sans aucun spasme de l'artère centrale de la rétine.

On a invoqué pour expliquer l'amaurose barbiturique une imprégnation toxique des voies visuelles centrales corticales ou pédonculaires. L'association d'hallucinations visuelles dans quelques observations, de ptosis, de diplopie, ou d'un syndrome pédonculaire dans d'autres observations plaiderait en faveur de la prédilection des barbituriques pour les voies visuelles centrales au niveau du cortex, ou au niveau du méso-diencéphale. Cependant les constatations ophtalmoscopiques permettent aussi de penser que certains troubles vasculaires (spasme avec hypertension, ou hypotension) pourraient avoir une action sur les éléments visuels périphériques. On peut corriger partiellement ces troubles par l'injection rétro-bulbaire de novocaïne-acétylcholine.

15 Décembre.

Traitement du botulisme aigu expérimental par la sérothérapie et le poumon d'acier. — MM. **R. Legroux, C. Jéramec** et **J.-L. Levaditi.** L'observation de plusieurs cas mortels de botulisme humain, où la mort survient par arrêt respiratoire et non pas par arrêt cardiaque, le cœur continuant au contraire à battre plusieurs heures encore après la syncope respiratoire, et l'étude de la maladie expérimentale chez le lapin et le cobaye, ont amené les auteurs à envisager le traitement du botulisme par la respiration artificielle continue, telle que la réalise le « poumon d'acier ». L'action conjuguée de la sérothérapie spécifique et la respiration dans le poumon d'acier permet des survies importantes, de beaucoup supérieures à celles obtenues par l'une ou l'autre de ces thérapeutiques agissant séparément.

Cette double thérapeutique semble indiquée chez l'homme dans tous les cas graves, mais à condition qu'elle puisse être mise en œuvre de façon très précoce.

Un cas de guérison de botulisme aigu grave traité par la respiration artificielle (poumon d'acier). — MM. **Mouquin, Bastin** et **Lefèvre** ont traité avec succès un cas de botulisme grave par la double thérapeutique poumon d'acier et sérothérapie, suivant les suggestions de M. Legroux et de ses collaborateurs. Il est vraisemblable que ce cas aurait évolué vers la mort s'il n'avait pas été traité, car il présentait des éléments de haute gravité : courte incubation, ptosis et mydriase apparus en moins de 30 heures, pâleur de la face. Après un séjour de 12 jours dans le poumon d'acier, le malade a pu respirer spontanément, et, après disparition complète des troubles oculaires et des troubles de la déglutition et de la phonation vers le 20e jour de la maladie, la guérison complète est survenue.

Ce succès thérapeutique constitue un encouragement à traiter tous les cas graves de botulisme par cette méthode. Il est trop tôt cependant pour porter sur la valeur de celle-ci un jugement définitif : on doit se rappeler, en effet, que l'expérimentation avec le poumon d'acier chez l'animal a entraîné des survies notables, mais jamais de guérisons.

Sarcome intrathoracique muet à dissémination terminale suraiguë. — MM. **M. Bariéty, O. Monod, A. Hanaut, Ch. Coury** et **J.-R. Gosset.** Chez une femme de 39 ans ne présentant aucun symptôme médiastinal ou pulmonaire, le hasard d'un examen radiologique fait découvrir, à la partie moyenne de chaque hémithorax, une grosse opacité circulaire juxta-médiastinale.

Une première opération faite à gauche retire une grosse tumeur siégeant à la partie postérieure de l'interlobe, mesurant 10 *cm.* sur 8 *cm.*, pesant 185 *g.* et 3 tumeurs plus petites.

Trois semaines plus tard apparaît un épanchement séro-fibrineux à droite, puis, en 10 jours, les clichés révèlent, de ce côté, sous la tumeur principale, dont l'aspect n'a pas varié, 3 nouvelles ombres rigoureusement circulaires, témoignant d'un essaimage métastatique. Il s'agissait d'une tumeur mésenchymateuse maligne. Les auteurs soulignent le silence clinique de ce sarcome et la poussée aiguë terminale véritablement explosive.

Etude anatomique d'une tumeur mésenchymateuse intra-thoracique (réticulo-angiome embryonnaire). — MM. **R. Leroux, M. Bariéty, O. Monod** et **Ch. Coury.** Le diagnostic histologique des tumeurs intra-thoraciques est parfois fort difficile quand la tumeur développée depuis un certain temps a subi des remaniements structuraux assez complexes. Chez la malade, dont l'observation a été relatée plus haut, la tumeur extirpée lors de la première opération pouvait être considérée comme une tumeur nerveuse développée aux dépens de la gaine de Schwann. Trois mois plus tard, l'examen histologique d'une métastase dans l'autre hémithorax montra qu'il s'agissait d'une tumeur mésenchymateuse maligne à cellules indifférenciées (mésenchymome à structure réticulo-angiomateuse embryonnaire).

Les tumeurs de ce type sont extrêmement rares dans la région médiastinale et l'on doit souligner le caractère d'explosion qu'a affecté la généralisation de cette tumeur jusque-là relativement torpide.

Hypoglycémie chronique spontanée avec accidents comateux répétés. Ablation chirurgicale d'un adénome pancréatique. Guérison immédiate et définitive. — MM. **P. Brocq, R. Garcin, P. Feyel** et **S. Godlewski** présentent une malade atteinte depuis 3 ans d'accidents d'hypoglycémie spontanée, évoluant sous les traits de comas de plus en plus rapprochés malgré un régime hypersucré. L'ablation d'un adénome langerhansien particulièrement volumineux (175 *g.*) à l'union du corps et de la queue du pancréas fut suivie d'une guérison immédiate, avec retour à la normale de la glycémie, que l'on a tout lieu de croire définitive.

Les auteurs, qui viennent de présenter l'observation complète à l'Académie de Chirurgie, insistent sur le syndrome clinique d'accompagnement, en particulier sueurs, bâillement, refroidissement marqué qui leur permit devant un coma hémiplégique de soupçonner un accident d'hypoglycémie.

— M. **Brulé** remarque qu'il est souvent difficile de distinguer entre hypoglycémie par adénome et hypoglycémie spontanée curable. Une longue observation est souvent nécessaire. S'il ne survient aucune amélioration, on est autorisé à opérer. Il cite deux exemples d'hypoglycémie non liés à un adénome langerhansien qui ont très bien guéri par le régime hypersucré et les petits repas répétés.

— M. **Fiessinger** dit qu'il faut également faire une place, à côté de ces hypoglycémies, aux hypoglycémies de carence.

Comportement de la soif au cours de l'épreuve de restriction des boissons dans le diabète insipide. — M. **R. Kourilsky**, Mlle **Lucienne Corre** et M. **André Mignot** ont étudié chez 14 malades atteints de diabète insipide les variations de la soif pendant et après l'épreuve de restriction vraie.

Ils constatent que les réactions ne sont pas univoques, ce qui laisse supposer l'existence de plusieurs types de diabète insipide ; que les réactions d'un même malade à deux épreuves consécutives ne sont pas constantes, qu'il n'existe pas de parallélisme entre l'importance de la polydipsie et la façon dont le sujet supporte la restriction des boissons ; et surtout que l'action la plus fréquente de l'épreuve de restriction sur la soif est non pas l'exacerbation (5 cas) mais la réduction (8 fois) de celle-ci, le plus souvent transitoire, mais parfois (3 cas) définitive. L'exacerbation elle-même n'est pas instantanée, mais retardée et prolongée.

Ces conclusions conduisent à reviser la conception même de la polydipsie dans le diabète insipide. Elles ne sont pas compatibles avec la conception classique qui veut que la soif soit compensatrice d'une déshydratation. Sans rejeter la possibilité d'une telle pathogénie dans un certain nombre de cas, il est certain qu'elle ne correspond pas à la majorité des faits dans lesquels la soif se comporte comme une variable indépendante. Ainsi se trouve confirmée la conception des auteurs suivant lesquels la soif résulte d'un stimulus central organique et non d'un besoin de compensation aqueuse — conception déduite de l'observation des cas de diabète insipide dans lesquels l'apparition ou la disparition instantanées de la soif ont pu être constatées lors d'intervention chirurgicale avant toute apparition de déshydratation ou de polyurie.

Il existe d'autre part un facteur psychique particulier, jusqu'ici méconnu, démontré par la discordance constatée dans cerains cas entre la quantité d'eau ingérée (importante) et la vivacité des besoins (modérée) : ces sujets supportent alors très bien la restriction, et surtout pour les cas de suppression presque complète de la polydipsie après la cure de restriction chez des sujets atteints non de potomanie, mais de diabète insipide authentique (syphilis infundibulaire, lésions vasculaires, lésions inflammatoires intracraniennes secondaires à une sinusite). Ce facteur psychique dépend du terrain psychique antérieur du sujet et probablement de l'aptitude à contracter les réflexes conditionnels.

Enfin l'épreuve de soif permet une classification provisoire des diabètes insipides en 3 variétés : polydipsies irréductibles ; momentanément réductibles sans difficulté et définitivement réductibles.

22 Décembre.

Rapport annuel. — M. **J. Huber** donne lecture du rapport annuel et des notices nécrologiques de MM. Comte, Michel, Macaigne, Monier-Vinard, Jacquet, Achard et P. Lereboullet, décédés au cours de l'année.

Election du bureau. — M. **Clovis Vincent** devient président et M. **Halbron** vice-président. Secrétaire général : M. **J. Huber.**

Election de membres correspondants. — Sont nommés : M. **Olmer** (Marseille) et M. **Izon-Bennett** (Londres).

P.-L. Marie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

9 Décembre 1944.

Vitamine B 2 et température au cours de la poliomyélite expérimentale chez le singe. — Mme **B. Kolochine-Erber** et Mlle **A. Raffy.** La poliomyélite expérimentale du singe, après injection intracérébrale, s'accompagne de perturbations de la thermorégulation, mais l'hypothermie terminale ne peut être rattachée, chez les singes inoculés, à un abaissement de la réserve de vitamine B 2 : elle est seulement la conséquence du processus infectieux.

A propos du dosage de l'acide ascorbique dans les tissus. — MM. **Poumeau-Delille** et **Fabiani.**

Anoxie et aptitude à la différenciation des couleurs. — MM. **J. Malméjac** et **R. Ruffieux.**

Présentation d'une capsule oscillographique à inscription optique. — M. **Beyne.**

Action renforçatrice des protéines sur le pouvoir gonadotrope des extraits hypophysaires. — MM. **Simonnet** et **Michel.**

Action de l'épiphysectomie sur le poids corporel et la puberté précoce chez le rat et le chien. — M. **Thiéblot.**

16 Décembre.

L'acide para-aminobenzoïque antagoniste de l'action inhibitrice du 1162 F sur la germination et le développement de la graine de lin. — M. **R. Hazard.** Le 1162 F (para-aminophénylsulfamide) empêche le développement normal de la graine de lin; l'acide para-aminobenzoïque combat cette action inhibitrice du sulfamide et permet à la plantule issue de la graine de se développer presque normalement.

Sur les propriétés de l'huile de vaseline ayant été en contact avec des bacilles tuberculeux morts. — MM. **H. Brocard** et **A. Mangeot** ont constaté qu'une huile de vaseline ayant subi un tel contact a une couleur jaune et une fluorescence violette spéciales, mais n'a acquis aucune propriété biologique nouvelle. Au contraire, les bacilles, malgré plusieurs épuisements par l'huile, gardent entièrement leur pouvoir pathogène et allergisant. La cause de l'action exaltante de l'huile minérale sur les bacilles morts ne provient donc pas de la dissolution d'un antigène par cette huile.

Sur l'action biologique respective des graisses du bacille tuberculeux et des bacilles dégraissés. — MM. **H. Brocard** et **J.-V. Harispe** ont injecté au cobaye en émulsion dans de l'huile de vaseline les graisses extraites du bacille par l'alcool-éther et par le chloroforme et d'autre part les bacilles ainsi dégraissés. Tandis que ces derniers avaient toujours leur action caséifiante et allergisante, les graisses se sont montrées dépourvues de toute activité locale ou générale.

Election. — M. **Heim** est élu membre titulaire.

A. Escalier.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

16 Mai 1944.

Entérokystome du grêle ayant déterminé une occlusion aiguë chez un nourrisson. — MM. **J. Leveuf, Chevalley** et **Laurence.** Un kyste pariéto-intestinal de la terminaison du grêle détermina chez un nourrisson de 4 mois une occlusion intestinale par obstruction de la lumière. L'extériorisation avec simple fistulisation fut suivie de mort dans la nuit de l'intervention. La simple ponction du kyste permettrait peut-être de supprimer l'occlusion et l'exérèse dans un deuxième temps.

Erythrodermie arsenicale grave guérie par sulamidothérapie. — M. **L. Tixier** apporte une nouvelle observation de guérison par les sulfamides d'une érythrodermie survenue au cours du traitement arsenical d'un nourrisson arriéré hérédo-syphilitique.

— M. **Genevrier** : cette thérapeutique est-elle valable dans les autres érythrodermies, par exemple celles par les sels d'or ? Dans un cas de Huriez, l'hémoculture positive donna

— M. **L. Tixier** : la sulfamidothérapie est efficace dans les érythrodermies par intoxication alimentaire, au streptocoque.

Nouveau cas de syndrome hémolytique ; transfusion, guérison. — M. **L. Tixier** a observé chez un garçon de 8 ans le syndrome caractérisé par une anémie intense, de l'ictère, de l'hémoglobinurie, de la fièvre et un sérum couleur cerise. Malgré l'urée sanguine 0 *g.* 42), la transfusion a été suivie de guérison. On peut estimer qu'il s'agit d'azotémie extra-rénale. Il est cependant préférable de choisir un transfuseur du même groupe que le malade.

— M. **J. Cathala** a eu l'occasion de voir 2 fois ce malade. Il a déconseillé la transfusion en raison des réserves formelles faites par Brulé dans des cas analogues et des enfants qu'il a vus évoluer vers une azotémie progressive. A l'autopsie de l'un d'eux, il y avait les lésions marquées de néphrite. Dans aucun cas, il n'a pu faire la preuve du favisme ; une fois, il a cru pouvoir incriminer un vermifuge pris pendant 6 semaines auparavant. Un des enfants avait été opéré pour appendicite probablement en raison des douleurs abdominales qui font partie du syndrome.

—M. **J. Huber** estime que l'on peut faire la transfusion lorsque la diurèse est suffisante.

— M. **G. Paissau** considère le syndrome comme très rare. Un sujet ayant fait une récidive à la suite d'une injection de sérum antitétanique, on peut se demander s'il ne s'agit pas de phénomènes de sensibilisation.

— M. **M. Lamy.** Il est difficile d'affirmer que ces sujets n'ont pas absorbé de farine de fèves, il y en a souvent dans la farine panifiable. Nous ne savons en réalité rien sur l'étiologie du syndrome ni sur sa thérapeutique. Il n'est pas prouvé que la transfusion soit efficace et toujours bien tolérée. Il est préférable d'employer un donneur du même groupe.

— M. **L. Tixier.** La plupart des malades étaient des étrangers : Arméniens, Algériens, Turcs.

— M. **J. Huber.** Dans le cas que j'ai publié, le malade avait absorbé 48 heures auparavant de la farine de févettes, mais le reste de la famille en avait mangé sans accident.

— M. **J. Levesque.** Quelle est la cause des douleurs abdominales ?

— M. **J. Cathala.** Elle est sans doute analogue à celle des douleurs des purpuras.

— M. **J. Liège.** Le choix d'un donneur de même groupe ne suffit pas à éviter tout choc. Il est bon de faire précéder la transfusion d'hyposulfite de soude et de morphine.

— M. **R. Marquézy.** Y a-t-il du méléna ?

— M. **L. Tixier.** Jamais.

A propos du pithiatisme infantile. — M. **J. L'hirondel** (Caen). Chez 3 enfants de 2 à 4 ans, 1 cas de boiterie avec chute, une astasie-abasie, une anorexie mentale sont considérés comme pithiatiques. Il faut noter la constance d'un facteur affectif.

Début d'enquête sur les familles de débiles mentaux. — M. **Cl. Launay** et Mlle **Doumic.** En opposition aux cas individuels d'arriération mentale due à un traumatisme obstétrical, on peut considérer comme familiaux ceux où au moins 2 enfants ont un retard intellectuel global. Une enquête portant sur 90 familles a montré comme facteurs étiologiques : la syphilis certaine dans 2 cas, probable dans 2 autres ; l'alcoolisme dans une douzaine de cas au moins ; la faiblesse mentale de la mère dans 10 cas, celle du père dans 2 cas ; 5 fois il s'agit de familles misérables où le niveau mental des parents est difficile à connaître. Les sujets débiles se marient, mènent une vie conjugale et même professionnelle que leur niveau mental ferait mal soupçonner.

Au-dessous de 5 ans, il existe une certaine arriération par abandon affectif, au-dessus de 5 ans, ces enfants rattrapent leur retard.

—M. **M. Lamy.** Le nombre des débiles mentaux tend à s'accroître sans cesse, les bien-doués se reproduisant infiniment moins que les débiles ; la guerre aggrave encore cet état de choses.

—M. **J. Hallé.** Les gens sensés n'ont-ils pas dans leurs ancêtres un certain nombre de débiles, d'alcooliques et de syphilitiques ?

— M. **R. Marquézy.** La diminution de l'alcoolisme a-t-elle déjà un effet sur l'arriération psychique des enfants ?

— M. **Cl. Launay.** Dans 90 pour 100 les alcooliques ont des débiles mentaux.

Remarques cliniques et thérapeutiques sur deux suppurations pulmonaires prolongées consécutives à l'amygdalectomie. — MM. **Julien Marie, Ph. Seringe, R. Umdenstock** et Mlle **Cousin,** chez deux enfants atteints de suppuration torpide et sévère après amygdalectomie, ont appliqué, 2 et 4 mois après le début des accidents un traitement médical dont les principes furent posés par J. Marie et M. Iselin. Après pneumothorax explorateur pour topographier les zones d'adhérence et réinjection d'une forte dose de sulfamide soluble (2.255 R. P.).

Les idées directrices justifiant cette technique sont : 1° Nécessité d'introduire l'aiguille en plèvre symphysée, de façon à éviter le risque d'infection de la cavité pleurale et d'associer à la suppuration pulmonaire un pyopneumothorax dont on sait la gravité. Or on court le risque lors de toute ponction aveugle d'un abcès du poumon. 2° L'expérience montre que les adhérences se produisent rapidement dans l'abcès du poumon et que le pus se trouve toujours dans le voisinage même de la zone adhérentielle. Il est donc indispensable de bien connaître le siège des adhérences puisqu'il suffira d'introduire l'aiguille dans cette région pour avoir le maximum de chances de rencontrer le pus.

Cette technique a entraîné la guérison rapide de ces suppurations pulmonaires datant de plusieurs mois et a évité une intervention sanglante. Etant donnée la curabilité spontanée de nombreux abcès pulmonaires chez l'enfant, les auteurs réservent cette technique aux abcès chroniques évoluant depuis plusieurs mois.

Abcès pulmonaire chronique secondaire à l'amygdalectomie. Guérison avec séquelles bronchectasiques après sulfamidothérapie transpleurale en position déclive. — MM. **Julien Marie, M. Derome, Ph. Seringe** et Mlle **Cousin.** Au cours d'une suppuration pulmonaire d'évolution torpide et chronique après amygdalectomie, le pneumothorax explorateur révéla le siège postéro-supérieur de la principale adhérence. La ponction ne pouvant se faire qu'à travers la cavité pleurale avec risques d'infection de la plèvre, on entretint le pneumothorax explorateur pendant 3 semaines pendant lesquelles on injecta en 9 fois dans la cavité pleurale, 60 *g.* de 2.255 R. P. soluble, l'enfant étant maintenu en position déclive jour et nuit de façon que la sulfamide vint régulièrement baigner la région de l'abcès. Ce traitement fut suivi : 1° de la disparition de l'ombre pathologique, occupant les territoires de la bronche ventrale supérieure et de la première parabronche externe droites, 2° de la reperméabilité de ces bronches à l'huile iodée, 3° de la guérison clinique complète. Cependant la bronchographie lipiodolée révéla dans les régions antérieurement opaques, de volumineuses bronchectasies cylindriques, probablement conséquence de la suppuration chronique de ces territoires dont les bronches initialement imperméables au lipiodol, furent pendant longtemps plus ou moins obturées.

ROBERT CLÉMENT.

SOCIÉTÉS DE PROVINCE

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE LYON

8 Juin 1944.

Résultats éloignés de l'arthrodèse dans la coxalgie. — M. **Tavernier.** Documents radiographiques concernant 7 observations d'enfants et d'adultes jeunes suivis plus de 5 ans. Chez tous, excellents résultats anatomiques avec ankylose osseuse. L'arrêt de l'aggravation des lésions, la recalcification, s'observent très rapidement après l'arthrodèse, la guérison par ankylose se fait, chez l'enfant, au rythme de la maladie non opérée, mais, entre la guérison apparente et la guérison par ankylose, les opérés ont mené une vie normale.

Deux cas de rupture sous-cutanée traumatique de la paroi abdominale. — MM. **Bertrand** et **Soustelle.** Dans une observation, en l'absence de signes péritonéaux, abstention opératoire, puis réfection secondaire de la paroi. Dans l'autre, intervention d'urgence en raison de la contracture péritonéale due à une désinsertion mésentérique ayant nécessité une résection du grêle. Dans les 2 cas, suture facile du péritoine et de la paroi musculaire (muscles larges de l'abdomen) qui avaient été déchirés par le traumatisme ; lorsqu'il y a éclatement et perte de substance musculaire, la cure peut en être difficile. Le diagnostic repose sur la perception d'une brèche sous-cutanée et sur l'ecchymose.

Rupture sous-cutanée de la paroi abdominale par brancard. — MM. **Desjacques** et **Barrié.** Avant d'intervenir, le diagnostic fut fait sur l'existence d'une déhiscence sous-cutanée de la paroi de l'hypocondre droit, des dimensions d'une paume de main. Hémato-péritoine dû à l'hémorragie pariétale. Reconstitution de la paroi. Guérison. On doit toujours intervenir d'urgence en raison d'une part, de l'épanchement de sang dans la cavité abdominale et, d'autre part, de la fréquence des lésions associées.

La conservation de l'utérus seul dans le traitement chirurgical des affections annexielles. — MM. **Cotte** et **Jeanjean.** 70 observations, soit 10 pour 100 des interventions pratiquées pour annexite. La conservation de l'utérus seul est une excellente opération, ménageant la statistique pelvienne ; n'entraînant ni troubles vaginaux, ni dyspareunie, contrairement à ce qui est observé après hytérectomie. 52 pour 100 des opérées sont restées réglées ; la persistance des règles étant expliquée par la présence de débris ovariens.

On en peut tirer de ces résultats un argument en faveur de l'existence d'une hormone utérine, qui reste dans le domaine de l'hypothèse.

A propos des kystes de l'utérus. — M. **Pollosson.** A côté de formations pseudo-kystiques (nécrobiose aseptique, kyste d'origine endométriale, kyste lymphangiectasique) il existe des vrais kystes de l'utérus. La musculature de l'utérus ne participe pas au kyste, le diamètre atteint généralement plusieurs centimètres, le contenu est clair, l'origine embryonnaire. Deux pièces après hystérectomie : un kyste du fond de l'utérus, qui se présentait à l'examen comme un kyste de l'ovaire ; un kyste siégeant sur le col, à développement intravaginal, qui posait le diagnostic d'une tumeur du col. Le traitement conservateur devrait être la règle lorsque le diagnostic est fait.

22 Juin 1944.

Conservation de l'utérus seul. — M. **Labry.** La menstruation persiste 1 fois sur 3, les troubles de la ménopause sont rarement importants (3 cas avec troubles marqués sur 35 opérées). La conservation des connexions lymphatiques et nerveuses utéro-vaginales explique l'absence de troubles de la muqueuse vaginale, lesquels sont fréquents après hystérectomie. La statique pelvienne reste normale. La conservation de l'utérus dans les annexites n'est pas dangereuse, il n'y a jamais d'infection et les lésions de métrite, lorsqu'elles existent, régressent généralement. L'utérus conservé ne s'atrophie pas.

Ce type d'opération représente 10 pour 100 des cas des interventions conservatrices pour annexites pratiquées par l'auteur.

Echinococcose alvéolaire du foie. — M. **Meneault.** M. **Mallet-Guy,** rapporteur. Nouveau cas Jurassien chez un homme de 57 ans. Hépatomégalie fébrile, sans ictère, état cachectique. Radio : Poche hydro-aérique dans le foie. Intervention, aspect de néoplasme localisé au lobe gauche. Ponction : gaz et liquide fétides. Drainage. Biopsie : lésions typiques d'échinococcose alvéolaire du foie. Décès 23 jours après. Le lobe gauche était réduit à une coque fibreuse entourant une vaste cavité. Au niveau du hile, innombrables petits kystes. Le lobe droit était sain.

Dix observations de diverticules de l'œsophage cervical traités chirurgicalement. — MM. **Santy, Bérard** et **Clert.** La cachexie était extrême dans 3 cas d'énormes diverticules à migration thoracique. Les phénomènes syncopaux par compression carotidienne (1 cas), les complications pulmonaires sans dysphagie (une bronchectasie, un abcès du poumon) sont causes d'erreur de diagnostic. Parfois, le diverticule est symptomatique d'une tumeur sous-jacente (1 cas de cancer du cardio-œsophage) sans signe radiologique.

La gastrostomie préalable n'a raison d'être faite que chez le cachectique ; dans tous les autres cas, elle est inutile, pouvant être avantageusement remplacée par la sonde de Léwine. 7 exérèses en un temps du diverticule. 7 guérisons. L'aspiration locale fait tarir rapidement les fistules. Une seule diverticulopexie avec guérison chez une femme de 84 ans, présentant un anévrisme de l'aorte.

Occlusion du grêle dans une brèche péritonéale du Douglas. — M. **Bard.** M. **Clavel,** rapporteur. Deux fossettes symétriques de part et d'autre de la ligne médiane au niveau des ligaments utéro-sacrés, sur la paroi antérieure du Douglas, chez une femme de 42 ans ; dans l'une d'elles s'était engagée une anse grêle et l'occlusion complétée par un volvulus. Libération. Guérison.

Réveil grave d'une infection péritonéale après libération simple des anses grêles pour occlusion secondaire post-opératoire. — M. **Stérin.** M. **Desjacques,** rapporteur. Enfant de 13 ans, appendice sphacélé, liquide louche, appendicectomie, mèches. Au 11e jour péritonite par rupture d'un abcès collecté dans la fosse iliaque gauche, Mikulicz, guérison. Au 38e jour incident abdominal brutal, réintervention : anses agglutinées par des magmas fibrineux sans consistance, libération des anses. Mort en hyperthermie 10 heures après. Pour l'auteur, la mort est survenue malgré et non à cause de l'intervention.

Occlusion secondaire du grêle hystérectomie. Libération simple. Guérison. — M. **Desjacques.** Hystérectomie sub-totale, péritonisation basse. Phénomènes sub-occlusifs dès le 7e jour. Le 17e jour, libération de la dernière anse iléale fixée et coudée sur la péritonisation. Guérison sans incident, l'intervention ayant permis d'éviter les inconvénients d'une iléostomie.

PIERRE MARION.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

PUBLIÉES PAR LES SOINS DE A. RAVINA

Traitement de l'intoxication diphtérique par la vitamine C

Depuis que MM. Mouriquand, Sédallian et Cœur ont montré que l'imprégnation de la cortico-surrénale en acide ascorbique est très fortement diminuée dans l'intoxication diphtérique expérimentale, et que l'on peut y remédier par l'introduction dans l'organisme de fortes doses de vitamine C, de très nombreuses recherches ont été entreprises sur l'action préventive et curative de cette vitamine dans l'intoxication diphtérique.

Ni les recherches expérimentales, ni les constatations cliniques n'ont cependant permis jusqu'à présent l'établissement d'une doctrine précise. Du point de vue expérimental, la majorité des auteurs admet que la vitamine C confère au cobaye une résistance particulière à l'intoxication, mais certains, parmi lesquels Zilva, nient cette action protectrice. De même, les opinions varient sur l'interprétation des résultats cliniques. Bamberger et Wendt les déclarent favorables, mais Werner fait une critique sévère de la méthode. Il a comparé 13 enfants atteints de diphtérie maligne traités par des extraits de cortico-surrénal et par la vitamine C à 17 autres enfants traités sans recevoir ces médications. 8 enfants du premier groupe ont succombé tandis que le second cas il n'y eut que 7 décès.

Il n'est pas certain cependant que l'on doive considérer le rôle de la vitamine C comme entièrement négatif dans la diphtérie toxique. M. Jeune est revenu sur cette question dans *le Journal de Médecine de Lyon* du 5 Octobre 1943. Il a étudié à nouveau le problème du point de vue expérimental et clinique. Il a injecté de la toxine diphtérique à des cobayes témoins et à des cobayes préparés depuis huit jours par une injection quotidienne de 25 *mg.* d'acide ascorbique. La proportion des morts a été de la moitié environ dans chaque lot, mais sur 3 cobayes préparés et ayant succombé, 2 ont survécu environ un mois. La vitamine C, donnée préventivement, a donc augmenté sensiblement leur capacité de résistance à l'intoxication diphtérique. Dans une autre expérience, le même auteur a montré que l'acide ascorbique ne protège pas le cobaye contre une forte dose de toxine.

Du point de vue clinique, Jeune a cherché à préciser si l'organisme de sujets atteints de diphtérie était ou non saturé en vitamine C. Il a pu ainsi constater que sur 25 angines diphtériques bénignes, 5 fois seulement la saturation de l'organisme en acide ascorbique a demandé plus de trois jours pour se produire. Sur 10 angines diphtériques sévères, la saturation ne se produisit tardivement que dans 4 cas. Enfin, dans 4 angines malignes, l'épreuve attesta 2 fois un défaut de saturation de l'organisme en vitamine C. Dans l'ensemble, l'épreuve s'est montrée positive dans le sens d'une carence ou d'un besoin en vitamine C dans 28 pour 100 des cas. Ce taux atteint 52 pour 100, s'il s'agit de sujets de plus de 15 ans.

On peut expliquer cette situation en invoquant un état de carence occulte de l'organisme en vitamine C antérieur à la diphtérie ou une augmentation massive des besoins de l'organisme en vitamine C du fait de l'intoxication diphtérique. Ces deux interprétations ne s'excluent d'ailleurs pas et l'on voit sans doute s'associer la carence vraie et la carence relative par besoins accrus.

Jeune considère que l'administration de vitamine C joue un rôle parfois remarquable et qu'on doit faire absorber de fortes doses quotidiennes : 150 *mg.* chez l'enfant au-dessous de 3 ans, 500 *mg.* chez l'adulte et l'adolescent.

Ce traitement doit être continué assez longtemps, au moins vingt à vingt-cinq jours dans les diphtéries sévères et malignes.

Enfin, il est fréquent d'associer à la vitamine C, dans les formes graves, l'usage du désoxycorticostérone : l'association de la cortine de synthèse et de l'acide ascorbique pourrait présenter quelque danger chez des sujets à fonctionnement cardiaque et rénal souvent insuffisant. Jeune admet qu'il serait utile d'ajouter quotidiennement, suivant l'âge du malade et la gravité de l'infection, de 2 à 10 *mg.* de désoxycorticostérone.

Il est difficile de juger les résultats d'une thérapeutique aussi complexe que celle mise en œuvre actuellement dans la diphtérie maligne. Elle comporte en général l'absorption de doses importantes de vitamine C, une sérothérapie, puis une strychninothérapie intensives. Il semble toutefois que cette méthode ait nettement amélioré le pronostic de cette grave affection. Toutefois les statistiques faites jusqu'à présent ne sont pas encore assez étendues pour permettre de se prononcer avec certitude.

A. Ravina.

Alcoolisation des racines rachidiennes par voie sous-arachnoïdienne

SA VALEUR DANS LE TRAITEMENT ANTIALGIQUE DES CANCERS INOPÉRABLES

Dogliotti avait proposé dans *La Presse Médicale* du 22 Août 1931 de remplacer, dans certains cas, la radicotomie postérieure par l'alcoolisation des fibres sensitives dans leur trajet sous-arachnoïdien. La technique qu'il emploie est la suivante : l'espace intervertébral est choisi selon le siège de la douleur. Lorsqu'elles se situent au niveau du plexus sacré, on pratique la ponction entre Lv et S1 ; lorsqu'elles siègent au plexus lombaire, entre LIII, LIV, LV ; pour les douleurs du fémoro-cutané, entre LII, LIII et LIV et par celles de l'abdomen entre DI2 et LI ou entre LI et LII. Les douleurs intercostales sont traitées par l'injection dans l'espace intervertébral correspondant. Enfin, pour les douleurs cervicales, on choisit le 4e ou le 5e espace intervertébral dorsal, en faisant ensuite relever le tronc du malade.

Pour pratiquer l'anesthésie, on introduit une aiguille à ponction lombaire sur la ligne médiane, suivant la technique habituelle. Ensuite on fait coucher le malade sur le côté opposé à celui de la névralgie. En soulevant de quelques degrés le bassin ou les épaules, on pourra faire remonter l'alcool vers les racines sacrées ou cervicales.

Une fois que quelques gouttes de liquide céphalo-rachidien sont sorties par le pavillon de l'aiguille, on injecte de 0,2 à 0,8 cm^3 d'alcool absolu.

L'injection doit être exécutée très lentement, goutte à goutte. Il est bon de se servir d'une seringue graduée au 1/10e de centimètre cube comme celles qui servent aux injections de tuberculine. L'alcool, en pénétrant dans le liquide céphalo-rachidien, s'élève rapidement sans se mélanger à lui et se tient au niveau de la ligne de sortie des racines spinales. En plaçant le malade en position légèrement ventrale, l'alcool se porte surtout au voisinage des racines postérieures.

Au début de l'injection, lorsque l'alcool commence à entrer dans l'espace sous-arachnoïdien, le malade perçoit de la chaleur et parfois une brûlure dans le territoire dépendant des racines intéressées. Après dix à quinze minutes il se forme des zones d'hypoesthésie et quelques zones d'analgésie totale. En même temps apparaissent de légers troubles moteurs qui, selon Dogliotti, disparaissent en quelques jours.

Les symptômes douloureux se dissipent habituellement en dix à quinze minutes. Dans la moitié des cas, survient après quelques heures une période de réaction avec réveil des douleurs radiculaires et parfois rachialgie et céphalée. Cette période dure de douze heures à quelques jours. Elle peut nécessiter l'usage d'analgésiques et le repos au lit, la tête en bas. A leur suite survient, soit une guérison complète, soit une amélioration très notable. Dans certains cas, il convient de répéter l'injection après quinze à vingt jours, un peu plus haut ou un peu plus bas, selon le siège des douleurs.

En aucun cas, Dogliotti n'a observé de troubles appréciables de la sensibilité, de la motilité, des fonctions intestinales ou vésicales.

Dogliotti avait traité 45 malades atteints de douleurs d'origine nerveuse, sciatiques ou radiculites, névralgie paresthésique, douleurs de moignons d'amputation, névralgies diverses et douleurs tabétiques. Il a obtenu de très nombreux succès et fait observer qu'on pourrait soumettre à ce traitement les douleurs par cancer inopérable de la prostate, de l'utérus, du sein.

C'est ce que vient de faire Frithiof Truelsen qui publie, à ce sujet, une intéressante statistique dans le *Nordisk Medicin* du 6 Novembre 1943. Il a employé des doses d'alcool un peu plus fortes que Dogliotti : 0,5 à 1,5 cm^3, les modifiant suivant la localisation des douleurs et la tolérance du malade. Pour le reste, il a suivi exactement sa technique. Il a obtenu de très bons résultats dans 61 pour 100 et une amélioration appréciable des douleurs dans 25 pour 100 des cas. 14 pour 100 des malades seulement n'ont pas été améliorés.

Les meilleurs résultats sont obtenus quand les voies de conduction de la douleur sont les racines cervicales, thoraciques et lombaires supérieures, tandis que l'influence sur les racines lombaires inférieures et sacrées est moins facile à obtenir. L'effet thérapeutique est d'autant meilleur que le nombre des racines à influencer est plus petit. Même dans les cas où il existe de très violentes douleurs viscérales, il est possible d'en obtenir une grande amélioration.

Dans 27 pour 100 des cas, apparurent des complications qui, il est vrai, demeurèrent légères ou disparurent spontanément. 10 malades présentèrent un certain degré de paralysie des extrémités. Dans 3 cas, ces accidents persistèrent plus de deux mois Il y eut également 8 cas de paralysie vésicale dont la plus longue dura six semaines.

Mais l'effet de cette médication n'est que temporaire et doit être renouvelé. D'autre part, en raison des moyens moins brutaux dont nous disposons maintenant contre les névrites, et des complications temporaires, mais assez désagréables que peut comporter la méthode, Truelsen considère qu'il faut la réserver aux névralgies des affections malignes dont le pronostic paraît extrêmement sévère.

A. Ravina.

NÉCROLOGIE

Pierre Wilmoth

(1890-1944)

C'est pour moi un bien triste devoir que de rappeler ici le souvenir d'un être d'élite, du plus cher de mes élèves, qui fut pendant de longues années mon collaborateur le plus dévoué et mon ami le plus fidèle et le plus sûr, de celui que je regardais vraiment comme un fils par l'esprit et dont, après avoir suivi avec joie et fierté l'ascension, j'ai eu la douleur de voir la fin inattendue et prématurée.

Pierre Wilmoth est né en Avril 1890 à Sarreguemines, d'une vieille famille lorraine, ardemment attachée à la France (son père était un grand ami de l'abbé Wetterlé, du député Pfleger, du peintre Hansi). Après avoir fait ses études classiques au Lycée Michelet, il s'orienta vers la médecine dont il parcourut brillamment les étapes. Externe des hôpitaux en 1910, il est nommé interne au concours de 1912-1913 ; mais presque aussitôt la guerre l'empêche de commencer son internat ; il la fait, d'abord comme médecin auxiliaire dans un régiment d'infanterie à l'ordre du jour duquel il fut cité, puis comme aide-major à l'ambulance 14/2 où il recueillit les matériaux de sa thèse inaugurale sur le « Traitement des plaies de poitrine ». La guerre finie — où ses deux frères plus jeunes étaient tombés au champ d'honneur —, il arrive, en Février 1919, comme interne, dans mon service de Saint-Louis et dès lors s'établissent entre nous des liens d'affection et de confiance réciproques qui ne devaient finir qu'avec sa mort. Il passe presque aussitôt sa thèse (1919) et poursuit son internat chez Broca, chez Cunéo et chez Gosset, qui tous sont séduits par ses remarquables qualités ; en même temps, il poursuit avec succès la carrière des concours : il est aide d'anatomie en 1921, prosecteur en 1924. En 1923, il est chef de clinique d'Auguste Broca, puis, après la mort de celui-ci, il reste en place auprès de Mathieu, qui s'attache à lui et l'associe à ses travaux, puis auprès d'Ombrédanne. Enfin en 1926, lorsque je prends le service de la Pitié, il revient auprès de moi comme assistant et le restera douze ans, jusqu'à ce qu'il devienne lui-même chef de service en 1942. Je ne saurais dire ce que fut pour moi cette collaboration intime, quotidienne, sans nuage : j'y apportais mes conseils amicaux et mon expérience qu'il acceptait avec déférence, mais en gardant toute son indépendance ; lui, y apportait sa curiosité d'esprit, sa juvénile ardeur, des idées personnelles, son sens critique aiguisé, et aussi sa ténacité douce et ferme de Lorrain, ses habitudes de méthode et d'organisation et, pendant ces douze années, il n'y eut jamais entre nous le moindre désaccord : toujours une confiance absolue.

Cependant Wilmoth achevait de gravir les derniers échelons de la carrière : chirurgien des hôpitaux en 1929, il fut nommé agrégé en 1933, avec ses amis Petit-Dutaillis et Sénèque. Il fit à la Faculté et à l'hôpital un enseignement très clair, très direct, fortement documenté, qu'appréciaient beaucoup les élèves ; et tous savaient que la Faculté n'attendait qu'une vacance de chaire pour l'accueillir comme elle venait d'accueillir ses deux collègues d'agrégation.

La guerre vint de nouveau, en 1939, interrompre l'activité de Wilmoth, ou plutôt l'orienter dans d'autres directions : d'un patriotisme héréditaire et éprouvé, il était resté dans les cadres du Service de Santé et fut mobilisé à la Section de chirurgie du Grand Quartier Général où il retrouva bientôt Louis Bazy et où moi-même, alors chef de la Section de chirurgie au ministère de la Guerre, j'eus plusieurs fois l'occasion de le rencontrer ; il s'y occupa avec compétence et dévouement de l'organisation du Service de Santé et nous fut d'un précieux secours lorsqu'à la demande de l'Académie de Chirurgie fut instituée la pratique de la sulfamidothérapie des plaies dans les formations de l'avant. Démobilisé après l'armistice, Wilmoth vint reprendre auprès de moi sa place à Cochin et la garda jusqu'au jour où il fut titularisé comme chef de service à Bichat.

*
* *

L'œuvre scientifique de Wilmoth, trop tôt interrompue, est néanmoins importante et touche aux sujets les plus divers ; ses principaux travaux ont été apportés à l'Académie de Chirurgie, dont il était membre titulaire depuis 1933, ou publiés dans le *Journal de Chirurgie*. Je ne puis citer ici que



(*Photo Lutétia.*)

P. Wilmoth.

les plus importants : en chirurgie abdominale, il a étudié avec Patel et Ivan Bertrand les ganglioneuromes abdominaux ; il a donné la première description en France de la péritonite encapsulante et publié l'une des premières observations françaises d'échinococcose alvéolaire du foie ; il a étudié les perforations tuberculeuses de l'intestin grêle et, dans un rapport au Congrès de Chirurgie de 1933, les grandes hémorragies gastro-duodénales d'origine ulcéreuse ; en chirurgie des membres, il a mis au point avec Mathieu la technique de l'arthrodèse extra-articulaire dans la coxalgie ; il a étudié avec moi la résection tibio-tarsienne totale, la vieille opération de son compatriote Moreau (de Bar-le-Duc), et le traitement sanglant des fractures du calcanéum, et c'est à lui et à Lecœur qu'appartient l'idée de combler la perte de substance persistant après réduction des fractures sous-thalamiques au moyen d'un greffon osseux ; épris de nouveautés, il a pratiqué la surrénalectomie dans un cas d'hypertension artérielle et consacré, avec Léger, un petit volume rempli de faits à la physiopathologie et à la chirurgie du sinus carotidien.

A ces mémoires et à beaucoup d'autres, il faut encore ajouter de nombreux articles didactiques dans la 2e édition du *Traité* de Le Dentu, Delbet et Schwartz, dans la *Pratique médico-chirurgicale*, dans l'*Encyclopédie médico-chirurgicale*, et les chapitres consacrés aux affections de la tête, du cou et du rachis dans le *Précis de diagnostic chirurgical*.

A cette œuvre écrite s'ajoute encore le rôle de Wilmoth comme journaliste médical : je l'avais amené à *La Presse Médicale* pour me seconder, et il y devint secrétaire de la rédaction, s'occupant plus spécialement de la partie chirurgicale ; avec lui, chaque lundi et chaque vendredi, nous dépouillions les journaux venus de tous les pays pour y choisir les articles à analyser, pour y découvrir les sujets des mouvements chirurgicaux que Wilmoth rédigeait lui-même et que nos lecteurs ont pu apprécier comme ils le méritaient, et aussi pour examiner avant le Comité directeur les mémoires adressés au journal ; et là encore je pus apprécier toute la sagacité de son jugement, sa rapidité de compréhension, son érudition et son bon sens.

Après le chirurgien, l'enseigneur, le publiciste, il me reste à parler de l'homme : mais sur ce point je serai bref, parce qu'il y aurait trop à dire et surtout parce que Wilmoth n'aimait pas beaucoup que l'on parlât de lui ; un des traits dominants de son caractère était une excessive modestie, bien qu'il eût conscience de sa haute valeur intellectuelle et morale, et une grande réserve. D'une courtoisie toujours parfaite, il pouvait paraître à ceux qui ne le connaissaient pas, d'abord un peu froid et fermé, mais ses amis, ceux à qui il avait donné son affection et sa confiance, avaient vite fait de découvrir en lui les plus belles qualités de l'esprit et du cœur : une haute culture, beaucoup de finesse et de bon sens, une délicatesse charmante qui se traduisait par les attentions infinies qu'il avait pour ceux qu'il aimait, une sensibilité exquise, une douceur que tempérait une fermeté patiente et, par-dessus tout, une grande bonté, discrète et agissante, que connaissaient bien ses amis, ses élèves, ses malades et son personnel, et une droiture, une probité rigoureuse qui était si bien le fond de sa nature qu'il ne pouvait supposer, ni admettre qu'elle manquât chez les autres. Artiste et lettré, il aimait les belles choses et les bons livres ; il aimait aussi, en bon Lorrain, la campagne, les forêts et la chasse et, discrètement épicurien, il ne dédaignait pas la fine cuisine et les vins de qualité, surtout quand il réunissait à sa table quelques amis selon son cœur.

*
* *

Pierre Wilmoth était en pleine activité, il organisait son service de Bichat, multipliait ses travaux, préparait sa candidature à la Faculté lorsque, brusquement, à Pâques, apparurent chez lui des troubles qui inquiétèrent son entourage et ses amis ; par une singulière ironie du sort, cet être tout d'intelligence et de sensibilité fut frappé au cerveau, et par le mal le plus inexorable et le plus cruel. Tout de suite la maladie prit une marche quasi-foudroyante. Son ami Garcin, puis Clovis Vincent ne purent que confirmer le diagnostic que nous redoutions et lui proposer la seule chance de salut : l'intervention ; il l'accepta sans hésiter. Mais ni l'habileté, ni l'affectueux dévouement du chirurgien ne purent enrayer le développement fatal du mal et nous assistâmes impuissants à la catastrophe. Wilmoth, qui avait tant souffert de notre défaite — j'étais auprès de lui au moment de l'armistice — n'eut même pas la joie suprême de réaliser la glorieuse libération de son pays. Il s'éteignit le 6 Octobre.

Mais ce n'est pas le souvenir de Wilmoth affaibli par la maladie, diminué par l'opération, à peine conscient, que garderont de lui ceux qui l'aimaient, mais celui de l'être plein de vie et d'activité, au regard clair, à la physionomie un peu mélancolique, mais si douce et parfois si tendre, à l'intelligence si vive et si ouverte, au grand cœur, qui fut un parfait « honnête homme » et un grand chirurgien.

Ch. Lenormant.

Société française d'Histoire de la Médecine

9 Octobre 1944.

M. Laignel-Lavastine offre de la part du Dr T. C. Merrill la photographie de la statue de Crawford W. Long qui découvrit l'anesthésie par l'éther en chirurgie le 30 Mars 1842. Cette statue fut inaugurée au Capitole des Etats-Unis, à Washington, le 30 Mars 1926.

Dans un mémoire très documenté M. A. Herpin étudie les *Propos de Francis Bacon sur la Médecine*.

Francis Bacon fut l'initiateur de la méthode des sciences naturelles et tout un chapitre du *de Augmentis* est consacré à la médecine.

Dans cette branche, comme dans les autres, son génie lui valait le pressentiment exact de ce qu'il fallait faire. La médecine aurait gagné à suivre ses conseils, à tenir compte de ses remarques si judicieuses et cela non seulement au XVIe siècle, mais aussi par la suite : à travers les faits, c'est la nature humaine qui est en cause et les uns et les autres s'appliquent à tous les temps. Aussi convient-il peut-être de les rappeler parfois à la mémoire des hommes qui n'ont que trop tendance à les oublier.

— M. Mousson-Lanauze remarque que les idées de Bacon sont déjà dans *Celse*.

— M. Laignel-Lavastine en rapproche aussi certaines idées de Montaigne sur la clinique médicale.

M. Laignel-Lavastine présente de Raymond Charmet *l'Enigme de Rabelais et les origines du rationalisme*, travail publié dans le n° 4 des *Cahiers de la Restauration Française*, édition de la Nouvelle France.

A propos du livre de Lucien Febvre, *Le problème de l'incroyance au XVIe siècle, la religion de Rabelais*, publié dans l'Evolution de l'Humanité, dirigée par Henri Berr, Raymond Charmet fait une critique exhaustive des positions antithétiques d'Abel Lefranc et de Lucien Febvre relatives à la spiritualité de Rabelais : révolte contre le christianisme traditionnel, et idéalisme indéniable fait de spiritualisme évangélique, platonisant et érasmien.

Cette double attitude mentale d'un rationaliste trouve sa synthèse dans un approfondissement tel que M. Brémier considère Rabelais avec Montaigne comme créateurs « d'une conscience intellectuelle scrupuleuse ». D'un mot, l'originalité de la pensée rabelaisienne est la transposition de la ferveur religieuse au travail de la connaissance intellectuelle.

Laignel-Lavastine.

Correspondance

L'Histamine et le Zona.

Les faits que J. Sigwald relate dans un intéressant article sur le « Traitement du zona et des algies zostériennes par les anti-histaminiques de synthèse »[1] posent un important problème de physiologie ; quelles relations existe-t-il entre l'histamine et certaines fibres des racines postérieures de la moelle, et, plus précisément, quel rôle cette substance joue-t-elle dans le mécanisme périphérique des sensations douloureuses ? En 1937, G. Ungar a publié une monographie sur l'histaminergie normale et pathologique[2] : les recherches qu'il avait poursuivies dans le laboratoire de notre Maître, M. J. Tinel, l'amenaient à la conception suivante : l'intermédiaire chimique que libèrent certaines fibres des racines postérieures, ne serait autre que l'histamine. Récemment encore Kwiatkowski[3] faisait connaître des faits nouveaux qui sont en faveur de cette hypothèse.

Avec Ungar, nous avons caractérisé la présence de l'histamine à haute concentration dans les vésicules mêmes du zona (2, voir p. 49). D'ailleurs sir Thomas Lewis avait déjà montré, en collaboration avec H.-M. Marvin[4], qu'une « substance H » pouvait intervenir dans le mécanisme de l'éruption zostérienne. Plus récemment, à la suite de Rosenthal et Minard, nous avons étudié le mécanisme périphérique de la sensation douloureuse, et nous avons apporté des faits expérimentaux qui permettent de faire l'hypothèse suivante : l'histamine jouerait un rôle dans le mécanisme périphérique de la sensation de brûlure ; nous signalions à ce propos qu'un antagoniste de l'histamine calme la brûlure du zona[5]. Nous rappelions en outre l'action thérapeutique que l'histamine elle-même exerce sur le zona et quelques autres syndromes douloureux, lorsqu'elle est injectée à petites doses répétées, et nous montrions qu'il s'agit peut-être là d'une accoutumance. Ces divers faits expérimentaux et cliniques, dont l'interprétation est quelquefois difficile, constituent un ensemble, et cet ensemble est conforme aux nouvelles observations que J. Sigwald réunit dans son importante étude.

Jean-Louis Parrot (Paris).

1. *La Presse Médicale*, 1944, n° 18, 270.
2. Paris, Hermann.
3. *Journ. of Physiol.*, 1943, **102**, 32-41.
4. Heart, 1927, **14**, 27.
5. *C. R. de la Soc. de Biol.*, 1943, **137**, 620.

INFORMATIONS

Entr'aide française

Le *Journal officiel* du 21 Décembre 1944 publie (p. 2001) le texte des statuts de L'Entr'aide française pour la Libération.

L'Entr'aide française est administrée par un Comité central de 15 membres un président et un vice-président, et est placée sous le patronage d'un Comité d'honneur composé de hautes personnalités françaises.

Un décret du 29 Décembre 1944 a nommé président de l'Entr'aide française M. Justin Godart, sénateur, ancien ministre, membre de l'Académie de médecine.

Pour les F. F. I.

« Victoire », organisme national d'aide aux combattants les plus déshérités, les F. F. I. du front de l'Atlantique, des Vosges et des Alpes, adresse aujourd'hui un pressant appel aux médecins parisiens pour leur demander instamment les médicaments de première nécessité dont ils n'ont pas un indispensable emploi : sulfamides (poudre et comprimés), opiacés, toni-cardiaques, hormone cortico-surrénale, sérums, opothérapie hépatique, ainsi que pansements individuels anesthésiques, antiseptiques.

Les dons seront reçus avec reconnaissance au nom de « Victoire », avec mention « Médicaments », soit au Conseil des Médecins de la Seine, 242, boulevard Saint-Germain, soit au siège de « Victoire », 22, avenue Foch, Paris (16e).

Équipes de secours de haute montagne de la Croix-Rouge française

La Croix-Rouge française organise avec le concours de la Fédération Française de Ski, de la Fédération Française de la Montagne et du Club Alpin Français, des équipes de secours de haute montagne qui fonctionneront pendant l'hiver sur le front de la division alpine.

Elles comprennent, en principe, un médecin chef de groupe, quelques infirmiers et des brancardiers ayant une bonne pratique du ski alpin.

Les inscriptions sont prises au siège de la F. F. S., 119, rue de Courcelles, au siège de la F. F. M., 7, rue de la Boétie, et aux sièges régionaux de ces associations, où tous renseignements complémentaires peuvent être donnés.

Les équipes exerceront pendant une durée minimum de trente jours dans les postes de secours qui leur seront assignés et seront relevés au bout de ce délai par l'équipe suivante.

Les associations précédentes lancent un appel aux médecins et aux étudiants en médecine afin de pouvoir en assurer la relève. Elles seraient par ailleurs très reconnaissantes aux personnes qui voudraient bien leur envoyer les vêtements, chaussures, accessoires de ski et de montagne, et même produits alimentaires qui permettraient aux organisations de secours d'aider les combattants à supporter les rigueurs de l'hiver en haute montagne.

Contrôles médicaux

L'article 5 de l'arrêté provisoirement applicable du 6 Janvier 1944, relatif aux contrôles médicaux, est abrogé et remplacé par le texte suivant :

« Il est attribué aux médecins contrôleurs, compte tenu des titres et services de chacun d'eux, une allocation mensuelle dans la limite d'un maximum de 8.000 francs, sans toutefois que l'allocation moyenne puisse excéder 7.000 francs. »

Cette allocation n'est pas soumise aux retenues et est exclusive de toutes indemnités.

(*J. O.* du 20 Décembre 1944.)

Prix de l'Académie de Médecine décernés en 1944

Prix Alvarenga de Piauhy, à Mme Husset-Bierry (d'Avallon).

Prix Amussat, partagé entre : M. Germain (Paris) et M. Renard (Issy-les-Moulineaux).

Prix du marquis d'Argenteuil, à M. Wolfromm (Paris).

Prix Argut, à M. Dupuy (Paris).

Prix Audiffred, arrérages à M. Laporte (Paris) et M. Van der Stegen (Paris).

Prix du baron Barbier, partagé entre : M. Royer (Nancy) et M. Nick (Paris).

Prix Bouchet-Renault, partagé entre : Mme Gautier (Paris) et Mme Brosset (Eaubonne).

Prix Charles Boullard, à M. Menut (Clermont-Ferrand).

Prix Boulongne, à M. Sohier (Lyon).

Prix Mathieu Bourceret, à Mlle Rist (Paris).

Prix Jules Brault, partagé entre : MM. Giacardy et Turon (Tarbes), Piguet (Paris), Dias (Rio-de-Janeiro), Delzant (Paris).

Prix Buignet, à M. J. Cheymol (Paris).

Prix Burgkly, à Mlle Dormignies (Paris).

Prix Caillerel, à M. Léveillé (Challans).

Prix Capuron, à M. Quarante (Coutances).

Prix Clarens, à MM. Des Cilleuls et Moynier (Paris).

Prix Combe, à Mme Salomon-Balssa (Charenton).

Prix Demarle, à MM. Lesure et Lavagne (Paris).

Prix Desnos, à M. de Graciansky (Paris).

Prix Desportes, partagé entre : MM. R. Franquet (Reims), Travassos (Rio-de-Janeiro), Martinez Baez (Mexico) et Mlle Magallon-Graineau (Paris).

Prix Dieulafoy, à M. Fauvert (Paris).

Fondation Dreyfous, arrérages à M. Richet (Paris).

Prix Gustave Durante, à M. Pierre Cazal (Montpellier).

Prix Fournier, partagé entre : MM. Sorel, Lasserre et Salvador (Toulouse), Albahary (Paris), Mans et Mlle Odette Pougeoise (Amiens).

Prix Ernest Gaucher, à M. Vernier (Versailles).

Prix Ernest Godard, à M. Ivaldy (La Ferté-Bernard).

Prix Guzman, arrérages à M. Dailheu-Geoffroy (Le Mans).

Prix Guérétin, à M. Lamy (Paris).

Prix Guillaumel, à M. Robert Broca (Montpellier)

Prix Théodore Guinchard, à M. Poulain (Lyon).

Prix Catherine Hadot, partagé entre : MM. Mazet (Nice), Paillasse (Lyon) et Barcan (Paris).

Prix Herpin (de Genève), à M. Milliez (Paris).

Fondation Jansen, 10 parts à MM. Swynghedauw (Lille), Boquet (Garches), Delaunay (Garches), Grabar (Paris), Messimy (Paris), Chaussé (Paris), Mentzer et Meunier (Paris), Boudnelle (Paris), Pochon (Saint-Cloud) et Jost (Paris).

Prix Léon Labbé, à M Léger (Paris).

Prix Laborie, à MM. Blondin et Rouvillois (Paris).

Prix Larrey, partagé entre : MM. Le Gall (Paris) et Marot (Montpellier).

Fondation Laval, à M. Herrault (Paris).

Prix Lefèvre, à Mme Pécher (Paris).

Prix Leveau, à M. Wolfromm (Paris).

Prix Lorquet, à M. Velluz (Paris).

Prix Magitot, à M. Rachet (Paris).

Prix A.-J. Martin, à MM. Velu (Entrains-sur-Nohain) et Guillot (Paris).

Prix Merzbach, à MM. Jacob et Brocard (Paris).

Prix Meynot, à M. Bouché (Paris).

Prix Monbinne, à M. Mazzoti (Mexico).)

Prix Nativelle, à M. Paris (Paris).

Prix Orfila, à M. Fabre (Paris).

Prix Otterbourg, à M. Briquel (Lunéville).

Prix Oulmont, à M. René Kuss (Paris).

Prix Pannetier, à M. Gougerot (Paris).

Prix Berthe Péan, à Mlle Faure (Paris).

Prix Portal, à Mlles Tissier et Mélik-Ogandjanoff (Paris).

Prix Ricaux (tuberculose), partagé entre : MM. Avertain (Plonay) et Tulou (Ecouen).

Prix Robin, à M. Geslin (Paris).

Prix Roussilhe (dermatologie), à M. Fernet (Paris).

Prix Roussilhe (vénéréologie), à M. Cavaillon (Paris).

Prix Sabatier, à M. Rogué (Châtillon-sous-Bagneux).

Prix Saintour, à Mme Fiessinger (Paris).

Prix Stanski, à Mlle Corre (Vanves).

Prix Tarnier, à M. Grislain (Paris).

Prix Vernois, à M. Hombourg (Limoges).

Université de Paris

Vacance de chaire. — Par arrêté en date du 19 Décembre 1944, la *chaire de clinique urologique* est déclarée vacante.

Un délai de 20 jours à dater du 28 Décembre 1944 est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

Chaire de thérapeutique **(Prof. : M. Ch. Aubertin).** — Un Cours complémentaire sur les Actualités thérapeutiques aura lieu en Janvier, le mercredi à 17 h., au Petit Amphithéâtre :

10 Janvier : La Pénicilline, par M. Nitti. — 17 Janvier : La médication antihistaminique, par M. Decourt. — 24 Janvier : Physiothérapie de la douleur, par M. Marcel Joly. — 31 Janvier : L'Hormone mâle en thérapeutique gynécologique, par M. Guy Laroche.

Un cours de perfectionnement sur la tuberculose est organisé avec le concours du Comité National de Défense contre la Tuberculose par MM. E. Rist et P. Ameuille, avec la collaboration de MM. les Professeurs F. Bezançon et J. Troisier, de MM. J.-E. Evrol, P. Pruvost et P. Jacob, de Mme Dubois-Verlière et de MM. C. Kudelski, V. Hinault, H. Milhiet, J.-M. Lemoine, J. Fauvet et G. Canetti.

Ce cours, d'une durée de 4 semaines, commencera le lundi 26 Février 1945, à 9 h. 30, à l'hôpital Cochin (Pavillon Claude-Bernard). Il se composera d'exercices

pratiques et de leçons magistrales sur les techniques de diagnostic et de traitement en phtisiologie.

Le Comité National de Défense contre la Tuberculose met à la disposition des médecins de dispensaire ou de candidats aux postes de médecin de dispensaire désireux de suivre ce cours un certain nombre de bourses. S'adresser à M. Evrot, directeur du Comité National, 66, boulevard Saint-Michel, Paris-6e. Les droits à verser sont de 250 francs.

Inscriptions reçues au Secrétariat de la Faculté de Médecine les lundis, mercredis et vendredis, de 14 h. à 16 h. (guichet 4).

Universités de Province

Institut régional de Puériculture et d'Hygiène scolaire de Bordeaux et du Sud-Ouest. — L'ENSEIGNEMENT 1945, réservé aux docteurs en médecine et aux étudiants en fin de scolarité, comprend deux sections : Puériculture anténatale (Janvier-Février-Mars) ; Puériculture post-natale (Avril-Mai-Juin-Juillet).

Il comporte des cours théoriques, des travaux pratiques, des stages dans des services hospitaliers d'accouchement et de puériculture ainsi que dans des consultations privées anté- et post-natales, des visites dans différentes œuvres sociales de protection maternelle et infantile.

A l'issue de ces deux séries de cours, sera délivré un certificat. Inscription (chaque série : 100 fr). Centre de Protection de l'Enfance, Hôpital des Enfants, 168, cours de l'Argonne, Bordeaux.

Hôpitaux et Hospices

Mutations des Chefs de Services

Médecins (*suite*).

— *Aux Ménages* : M. LAVAN.

Concours et places vacantes

Hôpital chirurgical de la Croix-Rouge française de Juvisy-sur-Orge. — Un concours pour 3 places d'interne sera ouvert à la Direction des Formations Sanitaires de la Croix-Rouge française, 16, boulevard Raspail, Paris-7e, le mardi 20 Mars 1945.

Hôpital psychiatrique de Pulet-Agen. — Un interne en médecine est demandé. Conditions : être Français, célibataire et avoir 16 inscriptions validées. — 1.000 fr. par mois, logé, chauffé, éclairé, nourri, blanchi. S'adresser au Médecin-chef de l'Hôpital.

Hôpital de Périgueux. — Un poste d'interne est vacant. Avantages : traitement mensuel 1.091 fr. avec nourriture et logement.

Hôpital psychiatrique, Lannemezan (Htes-Pyrénées). — Deux places d'internes en médecine sont vacantes (16 inscriptions préférence). Ecrire au médecin directeur.

Hôpital d'Auxerre. — Un poste d'interne (16 inscriptions) est vacant ; nourri et logé.

Un poste de préparateur en pharmacie vient d'être créé et doit être pourvu d'un titulaire.

Ecrire avec références à M. le maire d'Auxerre, président de la Commission administrative de l'Hôpital.

Inspection de la Santé

— Mme le docteur JACQUELINE BERTRAND a été nommée médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé du *Rhône*.

— M. CAVAILLON, chef du service de l'inspection générale est détaché en qualité de secrétaire général du ministre de la Santé publique.

— M. CAYET, directeur régional de la santé et de l'assistance à Dijon, est affecté en la même qualité à *Strasbourg*.

— M. LEMOYNE a été nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la santé dans la *Drôme*.

— M. FOURNIER, médecin inspecteur adjoint de la santé de l'Indre est affecté en la même qualité dans le *Calvados*.

— Mlle le docteur MANGIN est nommée médecin inspecteur adjoint intérimaire de *Meurthe-et-Moselle*.

SANATORIUMS PUBLICS

— M. WEIGERT, médecin adjoint *au sanatorium départemental du Rhône, à Saint-Hilaire-du-Touvent*, est réintégré dans ses fonctions, à compter du 22 Août 1940.

— Mme le docteur POIVET-SARTHOU, médecin adjoint au sanatorium du Rhône, à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère), est nommée médecin directeur du *sanatorium de Camiers (Pas-de-Calais)*, en remplacement de M. Wibeaux.

— M. HUBERT, médecin directeur du sanatorium de La Chapelle-des-Pots (Charente-Maritime), a été nommé médecin directeur du *sanatorium de Villers-le-Lac* (Doubs).

M. CALVET, médecin-directeur des sanatoriums publics, en disponibilité, est réintégré dans ses fonctions et nommé médecin-directeur du *sanatorium du Pouteils* (Gard).

— M. AMAT, médecin adjoint du sanatorium de La Chapelle-des-Pots (Charente-Maritime), est nommé en la même qualité au *sanatorium du Pouteils (Gard)*.

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

— M. BARGUES, ancien médecin-chef du *quartier d'aliénés de l'hospice d'Agen*, est réintégré dans ses fonctions.

— M. SENGES, médecin-chef de service à *l'hôpital psychiatrique de Perray-Vaucluse* (Seine), est nommé médecin-chef de service à *l'hôpital psychiatrique Sainte-Anne*.

— M. CAZES est nommé, à titre provisoire, directeur administratif de *l'hôpital psychiatrique de Pierrefeu* (Var).

— M. DESHAIES est nommé médecin directeur de *l'hôpital psychiatrique départemental de Châlons-sur-Marne*.

Nouvelles diverses

Ministère de la Santé publique. — Un décret du 26 Décembre 1944 fixe les attributions du Ministre de la Santé publique lequel est chargé de la sauvegarde de la santé de la population dans la métropole et les départements algériens. (*J. O.* du 27 Décembre 1944.)

A la mémoire des Morts du Service de Santé. — Une émouvante cérémonie s'est déroulée dimanche matin 10 Décembre à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux à la mémoire des Morts du Service de Santé, sous la présidence de M. Cusin, Commissaire de la République.

C'est le docteur BAHUET qui prit le premier la parole et réunit dans un même hommage les médecins de 1914-1918 et ceux qui pendant ces quatre dernières années sont morts pour la France, médecins du maquis, médecins de la défense passive qui sans défaillance, malgré les coups reçus, ont lutté contre la mort.

M. le Professeur DUPÉRIÉ lui succéda et évoqua notamment avec ferveur la mémoire de ceux qui sont tombés victimes de la barbarie allemande : Marc Poitevin, Jean Auriac, Nancel-Pénard, Zozol, Dinoyat. Il associa à cet hommage les noms de Gans, Soulié, Roulin et Judic, morts en service commandé, et celui du Prof. SANNAZIÈS, résistant de la première heure.

M. le Commissaire de la République prononça une allocution qui fit le point de la pensée française. Il souligna la noblesse du sacerdoce médical et il convia tous les Français à une mission dégagée de toute mesquinerie pour le plus grand bien de notre pays.

Enfin, une gerbe fut déposée devant le monument aux Morts de Landowsky.

La Société française de Gynécologie organise une séance spéciale le lundi 15 Janvier 1945, à 17 heures, à la Faculté de Médecine, salle de Thèses n° 2. A l'ordre du jour : *Le métabolisme des hormones ovariennes*, par M. le Prof. Max Jayle.

Au cours de la même séance, M. le major Rieser, du Service de Santé de l'armée des U. S. A., parlera de la *Pénicilline dans le traitement des maladies vénériennes*. Tous les médecins français et alliés sont cordialement invités.

Société des Médecins-inspecteurs des Ecoles de la Ville de Paris et de la Seine. — Le bureau est constitué de la manière suivante :

Président : M. KERVAREC. — *Vice-présidents* : Mme ARDOIN, MM. CONY, LONGEPIERRE. — *Secrétaires généraux* : MM. LAUNAY, BOULANGER-PILET. — *Trésoriers* : MM. MATHÉ, BAILLET. — *Secrétaires des séances* : Mme LAROCHE, MM. Pierre BOULENGER, FAUVERT, FONTIER.

La Maison de la Médecine (15, avenue de l'Observatoire, tél.: Odéon 23-77) a repris ses activités avec une direction et un esprit nouveaux. Elle offre aux étudiants des moyens de travail (bibliothèque ouverte de 14 à 22 heures), des salles de travail et de conférences, des microscopes, boîtes de coupes, boîtes d'ostéologie. Un service d'entr'aide fonctionne (secours, aide aux étudiants malades, prisonniers et déportés) ainsi qu'un centre culturel. Des équipes sportives sont également constituées, ouvertes à tous les étudiants régulièrement inscrits.

Prix de journée dans les hôpitaux et hospices publics. — Une ordonnance du 18 Décembre 1944 détermine, à titre transitoire, les règles de fixation du prix de journée dans les hôpitaux et hospices publics. (*J. O.* du 19 Décembre 1944).

Médecins auxiliaires de la marine. — Deux ordonnances prises à Alger le 27 Juillet 1944 portent modification des conditions à remplir pour être nommé médecin de 2e classe auxiliaire de la marine et médecin de 3e classe auxiliaire de la marine.

(*J. O.* du 5 Août 1944.)

Médecins musulmans rappelés sous les drapeaux. — Un décret du 22 Juin 1944 porte promotion au grade de sous-lieutenant des médecins, pharmaciens ou dentistes français musulmans diplômés antérieurement au 7 Mars 1944, rappelés sous les drapeaux par ordres d'appel individuels.

Distinctions honorifiques

LÉGION D'HONNEUR

Chevalier. — Médecin capitaine LÉON-RAOUL MARTIN, ne R.T.A.

CITATION A L'ORDRE DE L'ARMÉE

Méd. cap. BRUGE, goums marocains.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES

Médaille d'or. — Méd. comm. RISROUCELLI (à titre posthume).

Nos Échos

Naissances.

— Marie-France LATAIX a la joie de faire part de la naissance de sa petite sœur *Chantal*. (Docteur et Madame PIERRE LATAIX, Angoulême, 18 Décembre 1944.)

— Le docteur et Madame CHARLES RŒMMIG sont heureux de faire part de la naissance de leur second enfant *Jacques* (Duras [Lot-et-Garonne], le 18 Décembre 1944).

— Jean-Jacques est heureux de faire part de la naissance de sa petite sœur *Evelyne*. (Docteur et Madame JACQUES CHAUVIN, Paris, 25 Décembre 1944.)

— Le médecin sous-lieutenant et Madame JACQUES MOULIN sont heureux de faire part de la naissance de leur fils *Patrice* (Paris, 1er Janvier 1945).

— Françoise, Geneviève et Andrée CHAUCHARD sont heureuses de faire part de la naissance de leur petite sœur *Marie-France*. (Châtillon-sous-Bagneux, 1er Janvier 1945.)

— Monique FELLER a la joie d'annoncer la naissance de sa petite sœur *Evelyne Geneviève*, 22 Décembre 1944. (De la part du Docteur FELLER, La Valentine, Marseille.)

Décès.

— On annonce le décès, à Paris, du docteur GOUGUET DE GIRAC, ancien interne des Hôpitaux de Paris, ex-chirurgien de l'Hôpital de Montmorency.

— On nous prie d'annoncer le décès du docteur GEORGES BOILEAU (de Paris).

— Mme le Docteur M. R. TOYE fait part du décès de son mari le Docteur TOYE, médecin chef des hôpitaux psychiatriques, chargé de cours à l'école de médecine d'Angers.

Soutenance de Thèses

Paris

THÈSES DE MÉDECINE.

MARDI 6 JUIN 1944. — Mme Petit-Muaux : *Extraits testiculaires en gynécologie.*

MARDI 19 DÉCEMBRE 1944. — M. Jacob : *Tuberculose pulmonaire et maternité.* — M. Fourous : *L'aspiration endocavitaire. Technique opératoire. Conduite du traitement.* — M. Guibert : *Sur certains états hypochondriaques réactionnels à la captivité.* — M. Arnaud : *De la diffusion dans le tissu conjonctif.* — M. Favreau : *Physio-psychologie et examen médical.* — M. Poli : *Considération sur la pathologie et le traitement du nanisme rénal.* — M. Anger : *Sur les manifestations nerveuses de l'anaphylaxie alimentaire.* — Mlle Lécrivain : *La protection de la maternité dans l'industrie.* — M. Bastien : *Les rhinites chroniques.* — M. Martin : *L'éclampsie convulsive à la clinique Tarnier au cours de l'année 1943-1944.*

MERCREDI 20 DÉCEMBRE. — M. Duminil : *Quelques cas de néphrographies.* — M. Caragcorgiades : *Physiologie et technique de l'aspiration médicale.* — M. Seguinot : *De la maladie cœliaque des enfants.* — M. Girardin : *L'aveugle né. Interprétation de sa vie instinctuelle et de l'esprit par la poésie stimulation.* — Mlle Belaceanu : *La pleurésie sérofibrineuse tuberculeuse et la primoinfection chez l'enfant.* — M. Zeyer : *De quelques épidémies d'intoxication alimentaire par le triorthocresylphosphate.* — M. Hoffmann : *L'énurésie infantile.* — M. Pausini : *La silicose pulmonaire.* — M. Marcacci: *Contribution à l'étude des endométriomes pelviens.* — M. Baudon : *L'anesthésie en obstétrique.* — M. Roumeguère : *Les leptospiroses bénignes. Etude clinique bactériologique et épidémiologique.* — M. Andreanu : *Considérations à propos de 6 cas d'appendicite tumorale.*

JEUDI 21 DÉCEMBRE. — M. Clin : *Contribution à l'étude de laryngite chronique à forme pseudo-myxomateuse.* — M. Cauvin : *Des polypes primitifs et bénins de l'uretère.* — M. Lucas : *Zimmermann et le traité de*

l'expérience dans l'art de guérir. — M. Etienne : *Néphrectomie partielle pour syndrome douloureux sur rein présentant un dédoublement pyélo-uretéral.* — M. Basset : *Tuberculose pulmonaire expérimentale de la souris.*

Vendredi 22 Décembre. — M. Bonkine : *Fréquence et rôle associé du rhumatisme articulaire aigu et de la syphilis dans la genèse des cardiopathies.* — M. Lemerre : *Fièvre prolongée post-vaccinale d'origine encéphalitique. Guérison par ponction lombaire.* — M. Vincenti : *Des névroses tachycardiques.* — M. Martinet : *Incontinences d'urines par anomalies urétrales* — M. Jardel : *Technique et résultats de l'enclouage du col du fémur par voie extra-articulaire.* — M. de Larrard : *Les membres fantômes des amputés.* — M. Feltmann : *Les métastases cutanées de la linite plastique.*

Thèses vétérinaires.

Mardi 19 Décembre 1944. — M. Pagis : *Etude comparée de la paralysie radiale chez le cheval et le chien.* — M. Muller : *Les délais des actions en garantie ou en nullité dans les ventes ou échanges d'animaux domestiques.* — M. Viant : *L'entérite paratuberculeuse (maladie de Johne). Epidémiologie et étiologie. Mise en œuvre d'une méthode de prophylaxie.* — M. Binet : *La colchicine en biologie. Application au traitement des papillomes du cheval.* — M. Tanguy : *Les coliques du cheval. Leur traitement par un dérivé de la choline : la lentine.*

Mercredi 20 Décembre. — M. Balagny : *Du traitement du tétanos. Contribution à l'étude de la séro-anatoxithérapie.*

Marseille

Doctorat en Médecine.

Année scolaire 1943-1944. — M. Georges Angelou : *Contribution à l'étude clinique et histologique du nodule rhumatismal de Meynet.* — M. Mohamed Aouchiche : *Sur le traitement du diabète sucré à propos des restrictions actuelles « d'insuline ».* — M. Maurice Armaingaud : *Contribution à l'étude de l'influence du milieu familial à la production des anomalies psychiques chez l'enfant.* — M. Jean Arnoux : *Contribution à l'étude de la thérapeutique chirurgicale des hernies lombaires.* — M. Marcel Basso : *De l'influence des restrictions alimentaires sur le développement et le poids des nourrissons.* — M. Michel Benoit : *Le diagnostic sérologique du cancer par la réaction d'Iron.* — M. Pierre Blanchard : *Quelques résultats très favorables pour une opothérapie hépatique dans l'anémie de Biermer.* — M. Louis Bourdoncle : *Avantages de la temporisation raisonnée dans la délivrance normale.* — M. Léon Bourret : *Troubles vaso-moteurs rétiniens tardifs d'origine traumatique.* — M. Paul Bourret : *La perfusion nerveuse en chirurgie infantile.* — M. Robert Bousquet : *Contribution à l'étude de l'angine de poitrine traumatique.* — M. Jean Brissy : *Contribution à l'étude du raccourcissement permanent de l'espace P.R. de l'électrocardiogramme.* — M. Pierre Buis : *Contribution à l'étude de la diarrhée dans les anémies graves et les états carentiels* — M. René Caitucoli : *Résultats éloignés des fractures du col du fémur.* — M. Lucien Carlotto : *Contribution à l'étude de l'azotémie des prostatiques et, en particulier, de l'azotémie extra-rénale d'origine mécanique.* — M. Jean Ceccaldi : *La fonction de la chambre antérieure dans le traitement de l'ulcère serpigineux.* — Mlle Angèle Cerisola : *Contribution à l'étude de la réaction de la blennorragie féminine par le tartrate d'ergotamine.* — M. François Cervetti : *Contribution à l'étude de la pneumatose kystique de l'intestin grêle ; à propos d'un cas.* — M. Louis Chauveau : *Traitement préventif du prolapsus irien pour la double iridectomie périphérique au cours de l'extraction totale de la cataracte.* — M. François Chauvin : *Traitement chirurgical de la stérilité masculine par la réimplantation épididymaire.* — M. Serge Chiron : *Contribution à l'étude des migraines accompagnées.* — M. Francis Ciais : *Contribution sur un cas de sténose duodénale congénitale par bride avec défaut d'accolement péritonéal et volvulus total du grêle chez un enfant de 11 ans.* — M. Jacques Ciamborani : *Contribution à l'étude de la perfusion veineuse.* — Mme Cristofari : *Contribution à l'étude des anévrismes intracraniens.* — M. André Davin : *Pigmentation solaire. Rôle physiologique de la pigmentation cutanée.* — M. Louis Devaux : *Constatation électro-cardiographique au cours d'une épidémie marseillaise de typhus des prisons.* — M. Robert Esmenard : *Contribution à l'étude de la parturition chez les femmes ayant subi une ligamentopexie du type Doléris.* — M. Paul Fabre : *Contribution à l'étude de la maladie gélatineuse du péritoine d'origine ovarienne.* — M. Edmond Fabrègue : *Contribution à l'étude de l'évolution des suppurations pulmonaires et pleurales après l'exploration lipiodolée.* — M. Michel Faivre-d'Arcier : *L'anesthésie épidurale pour les césariennes.* — M. Emile Faure-Brac. — *Quelques remarques sur la péritonisation pelvienne après les interventions gynécologiques.* — Mlle Juliette Fourmon : *Ombre radiologique triangulaire paracardiaque et ombre en équerre, signe habituel des bronchectasies du pédicule bronchique inférieur.* — M. Ludo Fournier-Laroque : *Contribution à l'étude de persistance du canal artériel.* — M. Maurice Laugier : *Les endocardites rhumatismales chez les très jeunes enfants.* — M. Jean Gassin : *Les hématomies intracraniennes.* — M. Albert Geyer : *Contribution à l'étude du déséquilibre ionique dans l'organisme et de ses formes actuelles.* — M. Fernand Giacomino : *Etienne Villeneuve, professeur d'accouchement à l'Ecole de Médecine de Marseille.* — M. Roger Goiraud : *Des circulaires du cordon ombilical.* — M. Paul Griffoni : *Réflexions sur des formes classiques de « résistance » de la tuberculose du vieillard.* — M. Jérôme Guérin : *Jean-Jacques Rousseau, instable thyroïdien.* — M. André Gyori : *Intérêt de la mesure de la tension veineuse au cours du choc.* — M. Jean Jacquinet : *Contribution à l'étude de l'hémiplégie tabétique.* — M. Antoine Jullian : *Dystocie par tumeur de la région sacro-coccygienne.* — Mlle Andrée Lafforet : *Contribution à l'étude de la méningite tuberculeuse du nourrisson.* — M. Joseph Lembo : *La résection subtotale de l'utérus dans le traitement du fibrome utérin.* — M. Jean Leschi : *Contribution à l'étude de la morbidité tuberculeuse d'après le fonctionnement d'un dispensaire urbain* (Mai 1940-Mai 1943). — M. Jean Lesto : *Contribution à l'étude de la tuberculose génitale de la femme propagée à la vessie.* — M. Pierre Lombard : *Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire chez le vieillard.* — M. François Luciani : *Note sur le traitement préventif de la luxation congénitale de la hanche chez le nourrisson.* — M. Paul Maestraggi : *Essai de classification des anémies hémolytiques de l'enfance ; à propos d'une observation.* — M. René Marsang : *Contribution à l'étude du syndrome de Mœlias* — M. Gilbert Martin : *De quelques cas du maxillaire supérieur.* — M. Jules Martin : *Contribution à l'étude des anévrismes poplités compliqués de gangrène et leur traitement.* — M. Jean Ménard : *Etude clinique de l'épidémie de typhus exanthématique de Marseille* (Mars-Avril 1942). — M. Alfred Menasse : *L'opération de Pozzi dans les stérilités féminines par sténose cervico-utérine.* — M. Louis Michelangeli : *Anomalie de torsion de l'anse ombilicale et gastrectomie.* — M. René Muracciole : *Dégénérescence maculaire et rétinite pigmentaire.* — M. Léon Pamard : *Contribution à l'étude des occlusions du grêle. Causes. Etude clinique. Thérapeutique.* — Mme Pancrazi, née Garrouste : *L'insensibilisation des plaies opératoires en chirurgie infantile et orthopédique.* — M. Roger Passeron : *Sur le cas de volvulus de l'S iliaque au cours de la grossesse.* — M. Jacques Peragut : *Contribution à l'étude de la primo-infection de l'adulte jeune.* — M. Jean-Noël Petit : *Contribution à l'étude de l'utilisation des méthodes physico-chimiques pour le repérage des phénomènes pathologiques.* — M. Victor Pons : *Contribution à l'étude de l'invagination iléo-iléale chez l'adulte. Considération étiologique, clinique et thérapeutique.* — M. Frantz Pierre-Charles : *Considération sur quelques cas de constriction permanente des mâchoires.* — M. Marius Poyet : *Prothèse auriculaire.* — M. Antoine Ramel : *Contribution à l'étude des diarrhées chez les cirrhotiques* — M. Georges Reboul : *Contribution à l'étude du radiodiagnostic de l'occlusion intestinale.* — Mlle Jeanne Reybaud : *La tuberculose pulmonaire infantile dans les hôpitaux de Marseille depuis la guerre* (période 1939-1945). — M. Félix Rigaud : *Contribution à l'étude du traitement des suppurations mammaires aiguës par la radiothérapie.* — M. René Rocchiccioli : *La lutte antitrachomateuse à Marseille et dans la région marseillaise, projet de réorganisation.* — M. André Roche : *Considérations sur certaines opacités non évolutives du cristallin.* — M. Léon Rolin : *Les phénomènes vaso-moteurs périphériques au cours des aortites.* — M. Albert Rosanoff : *Contribution à l'étude de traitement hydrominéral de Vichy chez les affections de l'enfance.* — M. Emmanuel Roure : *Traitement de la maladie de Basedow par les eaux d'Ussat-les-Bains.* — M. R. Sanguinetti : *La percuti-réaction à la tuberculine en milieu scolaire.*

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

Le gérant : F. Thomas.

Imprimé par l'Ancne Imprimerie de la Cour d'Appel,
1, rue Cassette, à Paris (France).

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées aux Périodiques, la Direction scientifique de La Presse Médicale *a dû fixer à 4 colonnes maximum l'étendue des mémoires originaux. Tout manuscrit dépassant cette étendue sera retourné à son auteur.*

TUBERCULINES ET RÉACTIONS TUBERCULINIQUES

Par **Paul HAUDUROY**
Professeur de Bactériologie et d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Lausanne.

M. E. Arnould a très justement attiré l'attention, dans l'un des numéros de ce journal [1] sur la signification des réactions tuberculiniques et a fait remarquer avant toute chose « que le caractère positif ou négatif des réactions cutanées à la tuber-

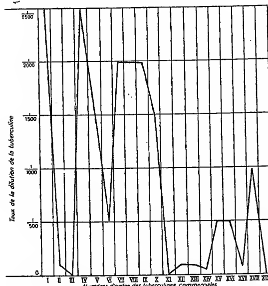


Fig. — Valeur comparée de dix-neuf tuberculines étudiées par Calmette.

culine dépend en partie du mode d'emploi de la tuberculine, de sa dose surtout et de l'appréciation correcte de son action ».

Trois facteurs primordiaux, en effet, auxquels j'en ajouterai un quatrième : la *valeur* de la tuberculine utilisée.

Des travaux modernes ont montré que ces quatre facteurs ont acquis une telle importance que s'ils ne sont pas *parfaitement connus et précisés il est absolument inutile* de procéder à une enquête épidémique logique quelconque. Les outils pouvant être mauvais, la manière de travailler défectueuse, on risquera d'obtenir seulement de mauvais résultats.

Ce sont ces travaux récents que je voudrais résumer ici, complétant ainsi la documentation apportée par M. Arnould.

Le Comité d'Hygiène de la S.D.N., préoccupé des variations possibles dans la fabrication de la « vieille tuberculine » de Koch (O. T. des auteurs anglais), confia en 1924 au Prof. Calmette le soin d'effectuer une étude sur les techniques utilisées et sur les valeurs respectives des différents produits.

Trente-quatre laboratoires furent interrogés dans le monde entier. Trente-quatre réponses différentes — ou à peu près — parvinrent aux enquêteurs.

Ces faits étaient troublants, mais pouvaient ne pas avoir d'importance, si tous les produits connus sous la dénomination unique de « tuberculine » donnaient chez l'homme ou chez l'animal infecté des réactions semblables à des dilutions égales. Calmette et son collaborateur de Potter se procurèrent 19 tuberculines différentes et cherchèrent pour chacune d'elles le taux de dilution maximum, provoquant encore une réaction intra-dermique chez le cobaye tuberculeux. Les résultats de leurs essais sont à peine croyables : une « tuberculine » ne donne aucune réaction ; pour les autres, les taux de dilution encore actifs oscillent entre les limites vraiment très lointaines de 1/10 et de 1/2.500 (Fig. I).

Reprenant leurs titrations sur l'homme tuberculeux par le même procédé (dilution maxima donnant une cutiréaction positive) les enquêteurs obtinrent les résultats suivants : 6 tuberculines — sur les 19 essayées — donnèrent non diluées ou diluées au 1/10 des résultats nettement positifs, 2 tuberculines donnèrent des réactions « faibles », 9 tuberculines donnèrent des réactions telles que Calmette et de Potter conclurent qu'elles n'avaient « aucune valeur pour la cuti-réaction chez l'homme ».

Et si maintenant, transposant ces résultats expérimentaux dans le domaine pratique (et ne le sont-ils pas chaque jour ?), nous pouvons affirmer que des phtisiologues ou des hygiénistes pourront en toute bonne foi déclarer tuberculeux ou non tuberculeux des malades véritablement infectés suivant qu'ils se serviront de telle tuberculine ou de telle autre.

Quelles sont donc dans ces conditions les valeurs de certaines enquêtes épidémiologiques ? Comment comparer des cuti-réactions faites par tel expérimentateur avec de la tuberculine brute avec telles autres faites avec des tuberculines diluées ? Toute une partie de nos connaissances si péniblement acquises ne risque-t-elle pas de s'effondrer en face de ces révélations ? Que sont donc ces produits biologiques dans lesquels nous croyons et dont certains se révèlent médiocres ou même, disons-le franchement, mauvais après à une étude attentive ?

Améliorer les fabrications, essayer de rendre « bons » tous les produits devenait évidemment une nécessité. Un seul espoir subsistait pour corriger tous les défauts et les insuffisances révélées par l'enquête : tenter de titrer les diverses tuberculines par rapport à une tuberculine connue, dite tuberculine-étalon.

A l'heure actuelle, l'Institut sérologique d'Etat de Copenhague, faisant office de laboratoire central, prépare une telle tuberculine et en assure la distribution.

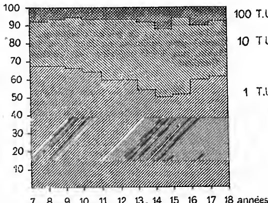


Fig. 2. — Sensibilité à la tuberculine de 1.755 écoliers suivant l'âge.

On a introduit la notion très précise « d'Unité » de tuberculine. Cette unité n'est plus un volume, dont la mesure est toujours sujette à des causes d'erreurs, mais un poids.

Elle correspond à 1/100 de milligramme de « vieille tuberculine » délivrée par l'Institut de Copenhague ; 10 unités (10 T.U.) à 1/10 de milligramme ; 100 unités (100 T.U.) à un mg.

Nous voici donc loin des errements d'autrefois. La tuberculine n'est plus une substance aux effets irréguliers. Une base solide, le « mètre » est défini. Grâce à lui, des mesures précises vont pouvoir être tentées et les résultats de différents essais comparés entre eux.

*
* *

Avec une réserve toutefois. L'unité de mesure étant définie, il est nécessaire que tous les expérimentateurs s'en servent de la même façon. Il est non moins nécessaire de savoir quel est le

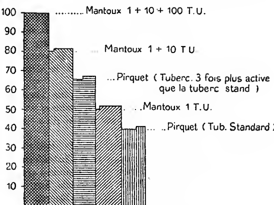


Fig. 3. — Comparaison entre la réaction de Pirquet et la réaction de Mantoux (Exp. faite sur 549 sujets).

meilleur des procédés pour dépister la sensibilité à la tuberculine des individus. C'est même par ce point particulier qu'il nous faut commencer notre étude. Deux procédés pratiques [2] existent à l'heure actuelle pour savoir si un homme réagit ou ne réagit pas à la tuberculine : la cuti-réaction de Pirquet, l'intradermo-réaction de Mantoux.

Les savants danois Madsen, J. Holm et K.-A. Jensen, aux travaux desquels nous allons emprunter tout ce que nous allons maintenant exposer, ont pensé qu'on pouvait mesurer d'une façon précise l'intensité de la cuti ou de l'intradermo-réaction. Pour eux, *il ne doit plus y avoir de réactions douteuses* et de lectures que j'appellerai « sentimentales ». Au-dessous d'une certaine dimension, la réaction est négative, au-dessus elle est positive.

L'infiltration, disent-ils, doit être non seulement palpable mais aussi « visible et mesurable ». Voici les mesures qui ont servi de bases dans leurs recherches :

	Temps de lecture	
	48 heures	72 heures
Mantoux	10 mm.	8 mm.
Pirquet	5 mm.	5 mm.

1. *La Presse Médicale*, 18 Mars 1944, n° 6.

2. Trois méthodes en réalité. Mais je laisse volontairement de côté la réaction transcutanée de Moro dont l'usage est restreint.

*
* *

Voyons maintenant si les deux réactions sont comparables, aussi sensibles l'une que l'autre, si toutes deux permettent de dépister le même nombre de sujets réagissant à la tuberculine.

Les recherches de Madsen, de Holm et de Jensen [3] ont porté sur plus de 10.000 sujets. Elles ont donc subi l'épreuve cruciale du nombre et leurs conclusions peuvent, semble-t-il, être tenues pour définitives. Indiquons-les tout de suite :

L'intradermo-réaction de Mantoux est de beaucoup supérieure aux autres méthodes, à condition qu'elle soit pratiquée avec la technique suivante :

1° Injection intra-cutanée de 1 unité de tuberculine Standard (1/100 de mg.).

2° Trois jours après, lecture des réactions. Chez les sujets où elles sont négatives, injection intra-cutanée de 10 unités de tuberculine Standard (1/10 de mg.).

3° Trois jours après, lecture des résultats. Chez les sujets où ils sont négatifs, injection intra-cutanée de 100 unités de tuberculine Standard (1 mg.).

4° Trois jours après, lecture des réactions.

On doit observer immédiatement que la technique comprend une répétition des injections et l'emploi de doses croissantes de tuberculine. Notions nouvelles et dont les résultats, nous allons le voir par des chiffres, semblent remarquables.

La fig. 2 indique les résultats obtenus sur 1.755 écoliers et étudiants d'âges divers.

Regardons d'un peu près les chiffres. Nous voyons que sur 366 enfants de 7 à 8 ans examinés, 92 seulement répondent positivement à la première intradermo-réaction. 33 répondent positivement à la seconde, 10 positivement à la troisième. Mêmes résultats pour d'autres catégories d'âge.

Si, prenant maintenant 100 sujets infectés, on calcule le pourcentage des réactions positives à chacune des 3 épreuves, on constate qu'entre 7 et 17 ans, 50 à 68 pour 100 réagissent à la première (1/100 de mg.), 89 à 97 pour 100 à la seconde (1/10 de mg.), le reste exigeant 1 mg.

Il est inutile, je crois, d'insister plus longuement sur l'importance des faits apportés par les savants danois. Il est facile et simple d'en tirer toutes les conséquences.

Comment se comporte maintenant la cuti-réaction de Pirquet si on la compare à l'intradermo-réaction de Mantoux pratiquée comme nous l'avons dit. M. Helsted a pratiqué des essais sur les enfants des écoles de la ville de Ronne. Sur 549 sujets à tuberculino-réactions positives, 42 pour 100 seulement ont réagi à l'épreuve de Pirquet contre 53 pour 100 à l'épreuve de Mantoux (1/100 de mg.). N'était-il pas possible d'obtenir mieux avec le Pirquet ? Peut-être, en employant une tuberculine plus active (et c'est ici qu'apparaît l'importance des titrages). Utilisant alors une tuberculine trois fois plus forte que la tuberculine étalon internationale, l'auteur a fait monter le pourcentage des réactions positives à 65 pour 100. Mais le second Mantoux donnait alors 80 pour 100 de résultats.

Les possibilités de la réaction de Pirquet se trouvaient épuisées et seules les 3 réactions de Mantoux successives révélaient les 100 sujets sensibles (fig. 3). Des essais semblables ont été faits en Angleterre (d'Arcy Hart), aux Etats-Unis, en Allemagne, en Suède.

Et Madsen conclut le travail auquel j'emprunte ces chiffres par cette affirmation : « Pour les recherches portant sur un grand nombre de sujets, seule une épreuve intra-dermique complète, c'est-à-dire se terminant par l'emploi de 1 mg., peut être considérée comme méthode type. »

Les savants danois ont largement exploité les techniques qu'ils avaient mises au point, mais je ne peux, dans le cadre de ce travail, apporter tous leurs résultats. Je dirai simplement que ces techniques, de par les bases sur lesquelles elles reposent, de par les confirmations qu'elles ont reçues de divers côtés constituent certainement un des plus grands progrès réalisés depuis longtemps dans les études épidémiologiques sur la tuberculose.

3. MADSEN, HOLM et JENSEN : Studies on the epidemiology of Tuberculosis in Denmark. Copenhague. 1942.

HÉMORRAGIES GASTRO-DUODÉNALES GRAVES D'ORIGINE ULCÉREUSE

TRAITÉES CHIRURGICALEMENT

PAR MM.

A. AMELINE et Th. GIBERT

(Paris)

En matière d'hémorragies ulcéreuses, le rapport de Papin et Wilmoth au Congrès de Chirurgie de 1933 apporte une mise au point si parfaite et des suggestions si riches qu'il n'y a rien à lui ajouter que des faits. La bien modeste série que nous apportons a le seul mérite d'être homogène, elle représente la totalité des cas graves observés par nous en douze mois. Voici les observations résumées.

1. Sav... (Henri), 60 ans. Passé gastrique. Hématémèses importantes. 3 transfusions. Gastrectomie large (locale) le 22 Juin 1942. Ulcère calleux de la face postérieure du duodénum, ouvert dans le pancréas. En son centre, une artériole ouverte. Polya. Histologie : ulcère très infecté dont les bords sont extrêmement scléreux avec hémorragies interstitielles associées. Guérison.

2. Bar... (Robert), 43 ans. Passé gastrique, ulcère de la petite courbure connu. Hémorragie intestinale prolongée (quinze jours), puis reprise. 2 transfusions. Gastrectomie (locale) le 26 Décembre 1942. Ulcère à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur de la petite courbure, perforé dans le petit épiploon. Guérison après une courte complication pulmonaire à type d'atélectasie

3. Pla... (Pierre), 35 ans. Soigné depuis trois ans pour ulcère duodénal. Hémorragies incoercibles (hématémèses et mélæna) ayant nécessité 4 transfusions dont une per-opératoire. Gl. rouges : 900.000. Gastro-duodénectomie (locale) le 30 Janvier 1943. Guérison. Sur la pièce on a la surprise de trouver 3 ulcères, 2 du duodénum, 1 de la petite courbure avec un caillot friable. Histologie : ce large ulcère très anfractueux et plein de vestiges hémorragiques a un fond cicatriciel répondant presque à la séreuse puisque la musculeuse est largement mutilée. Dans ce fond, on voit une artère serpenter irrégulièrement. Elle est de gros calibre, partiellement oblitérée par des lésions d'endartérite chronique. Elle s'ouvre à la surface de l'ulcération très largement et est sûrement la cause du saignement.

4. Mme Pro... (Louise), 59 ans. Ulcère géant de la petite courbure connu radiologiquement. Hémorragie gastrique grave, passée d'urgence de médecine après 2 transfusions. Gastrectomie d'urgence (locale) le 26 Mai 1943. L'ulcère est perforé dans le pancréas ; le fond à 3 cm. sur 2 cm. 5. Il est centré par une dépression cupuliforme de 5 mm., centrée à son tour par un point hémorragique Coagulation de cet ulcère. Guérison. Histologie : ulcère calleux avec sclérose considérable de la paroi.

5. Dos... (André), 25 ans. Passé gastrique « aigu » (trois mois). Hémorragies incoercibles en médecine malgré 3 transfusions. Température à 38°2 ; légère contracture du grand droit. Globules rouges : 1.750.000. Opéré le 11 Juin 1943. Enorme ulcère à l'angle des 1re et 2e portions du duodénum formant bloc avec la face inférieure du foie et la tige du pédicule hépatique. Gastrectomie (locale) pour exclusion en liant deux fois la gastro-duodénale, aux bords supérieur et inférieur du duodénum. Guérison.

6. Bl... (Louis), 38 ans. Pas de passé gastrique net, mais une syncope inexpliquée il y a un an chez ce malade très robuste. Hématémèse et mélæna persistants (sept jours) malgré 6 transfusions. Proche parent de l'un de nous, il est opéré d'urgence après la sixième transfusion le 27 Juin 1943 à la locale. La numération est à 800.000 globules rouges. Opérateur : Th. Gibert ; aides : M. Lucien Gont (de Carcassonne) et M. Adam (de Limoux). Dépression sur la face antérieure du bulbe duodénal, et signe de la « rosée sanglante » à ce niveau. Polya. Guérison après 2 transfusions post-opératoires. Sur la pièce, lésion ulcériforme peu creusante en partie détruite par le clamp placé sur le duodénum. Histologie : la pièce reçue a été coupée en 3 fragments étendus dont aucun ne montre l'ulcère proprement dit. On y voit cependant des lésions importantes qui appartiennent toutes à la maladie ulcéreuse : congestion vive des vaisseaux et nappes de suffusion sanguine ; inflammation en petits foyers de la muqueuse, sclérose de la sous-muqueuse, oblitération partielle des artères.

Les 6 malades observés par nous étaient dans un état très grave ; aucun n'avait plus de 1.750.000 gl. rouges ; 3 d'entre eux (obs. 3, 5, 6) étaient littéralement préagoniques et ne se sont pratiquement pas aperçus qu'ils étaient opérés. Tous ont été opérés d'urgence, sans qu'ait pu se poser le problème de l'heure, du choix de l'intervention et de sa préparation. La gastro-duodénectomie (polya à la locale) a toujours été parfaitement supportée, sans perte de sang, grâce à l'hémostase préventive des vaisseaux de la sous-muqueuse, sans shock malgré la pâleur impressionnante des viscères et le sang fluide, sans aucune viscosité, de couleur laque carminée, si caractéristique chez ces malades.

Une seule fois le problème délicat de l'origine ulcéreuse de l'hémorragie pouvait se discuter (obs. 6) : l'expérience a montré qu'il s'agissait bien d'un ulcère duodénal.

L'hémostase a été réalisée par la gastrectomie 4 fois ; une fois par coagulation (obs. 4) ; une seule fois a été réalisée l'hémostase indirecte (obs. 5) ; le malade n'a plus saigné et reste guéri par la gastrectomie avec exclusion.

Dans l'observation 3, la multiplicité des ulcères, la découverte inattendue d'un ulcère de la petite courbure responsable de l'hémorragie, alors que nous connaissions depuis trois ans l'existence d'un ulcère du duodénum, nous paraît être un argument très solide en faveur de la gastrectomie.

Les examens histologiques (que nous devons à l'obligeance du Prof. agrégé Paulette Gauthier-Villars) nous ont montré de beaux ulcères angio-térébrants (1, 2, 3, 4), dont Papin et Wilmoth ont montré tout l'intérêt. Peut-être le cas 6 rentre-t-il dans le cadre de ces hémorragies ulcéro-muqueuses à répétition qu'ils ont individualisées. Il suffit d'avoir observé une seule fois un de ces ulcères angio-térébrants, cupuliformes, avec un caillot fragile et une artériole béante, pour n'admettre à leur égard, à l'égard de ces fistules artérielles comme on l'a dit, qu'une hémostase directe, chirurgicale, réalisée par la gastro-duodénectomie.

Les faits que nous avons observés sont trop peu nombreux pour nous permettre d'avoir une opinion définitive ; ils ne nous autorisent peut-être pas à avoir « une règle mécanique de conduite ». De plus, le hasard a fait que sur 6 observations 5 au moins nous apportaient la certitude absolue (clinique et radiologique) de l'origine ulcéreuse de l'hémorragie. Ainsi était supprimée une bonne partie — la plus ardue — du problème diagnostique. Aussi pensons-nous que les progrès à faire ne sont peut-être plus du domaine technique (transfusions pré-, per- et post-opératoires, sérums divers antishock, technique de la gastrectomie, etc.). Ils sont essentiellement du domaine clinique. En particulier l'ingénieuse individualisation des ulcères angio-térébrants, des hémorragies ulcéro-muqueuses à répétition, etc., reste encore plus anatomique que clinique.

Pour notre part, les 6 guérisons (peut-être heureuses) que nous avons observées nous ferons persévérer dans la ligne de conduite un peu systématique que nous nous étions tracée : intervenir d'urgence par gastro-duodénectomie large dans toutes les hémorragies ulcéreuses graves, si la clinique permet de dire qu'elles ne sont pas arrêtées de façon évidente et relativement rapide par le traitement médical. C'est une question à laquelle il nous paraît facile de répondre dans la plupart des cas.

Bien plus difficile, par contre, nous apparaît le problème (que nous n'abordons pas dans cette note) des hémorragies dont l'origine ulcéreuse n'est pas évidente. Tant qu'il ne sera pas résolu, les interventionnistes, dont nous sommes, feront probablement de temps en temps une opération inutile, ou même nuisible.

LE TRAITEMENT DES ULCÈRES DE LA CORNÉE PAR L'ACTION COMBINÉE DE L'INJECTION RÉTRO-BULBAIRE DE NOVOCAÏNE ET DE L'APPLICATION DE TEINTURE D'IODE

Par **A. VAN LINT**

(Bruxelles)

Parmi les médications efficientes, en thérapeutique oculaire, il en est dont l'action est manifeste, dont la relation de cause à effet est indiscutable : devant une iritis aiguë qui se présente le lendemain d'une injection de lait, avec une belle mydriase, la rupture des synéchies postérieures, la diminution de l'injection périkératique et la disparition des douleurs, on ne peut nier l'efficacité de l'intervention thérapeutique. Il en est d'autres où l'action de la médication est contestable : les affections guéries après 15 ou 20 injections hebdomadaires d'auto-sang sont-elles redevables de la guérison à l'autohémothérapie ? Aucune certitude. Le facteur temps, avec ses inconnues, vient brouiller les liens qui rattachent la guérison au traitement.

L'injection rétrobulbaire de novocaïne, jointe à l'application de teinture d'iode dans le traitement des ulcères de la cornée, entre dans la catégorie des thérapeutiques dont les effets sont constants, réguliers et attendus. Comme disait un confrère, « si j'avais un ulcère de la cornée, j'en demanderais l'application ».

Dans une affection aussi grave que l'ulcère de la cornée, l'intervention médicale doit être active. Il faut empêcher la progression de l'ulcère qui peut aboutir à la perte de l'œil, et le traiter rapidement pour éviter les taies de la cornée qui diminuent la vision par l'écran qu'elles dressent au devant les rayons lumineux, déforment la perception des objets par l'astigmatisme qu'elles produisent et éblouissent par la photophobie qu'elles entraînent.

De nombreuses médications sont employées jusqu'à ce jour, collyres antiseptiques multiples, compresses chaudes, injections de lait, cautérisation au thermocautère, au galvanocautère (*in loco* ou à proximité), diathermie, sulfate de zinc en solution concentrée, teinture d'iode. Celle-ci en attouchements, après instillation de cocaïne, est très douloureuse et donne des résultats inconstants.

J'ai employé la méthode que je préconise dans les ulcères infectieux, traumatiques, à hypopyon, lymphatiques, trachomateux, herpétiques, en un mot dans toutes les infections des couches superficielles de la cornée, sans tenir compte de la nature de l'agent infectant.

Instrumentation. — Une seringue de 2 *cm*³ ; une aiguille de 4 *cm.*, fine et à biseau court. Deux porte-pommade en verre, dont une extrémité doit être garnie d'ouate serrée, quelques centimètres cubes de teinture d'iode ; j'utilise celle de la Pharmacopée Belge, dont voici la formule : iode 65, iodure de potassium 25, alcool (à 90°) 910 ; une ampoule de 2 *cm*³ d'une solution de novocaïne adrénalinée à 2 pour 100.

Technique. Injection rétrobulbaire. — Faire cette injection selon la technique pour l'obtention de l'anesthésie dans les opérations de glaucome ou de cataracte intracapsulaire : enfoncer l'aiguille à l'angle inféro-externe du rebord orbitaire, la diriger en haut et en dedans, vers le fond de la cavité orbitaire. Lorsqu'elle a pénétré de 3 *cm*. 5 (l'aiguille ayant 4 *cm.*, 5 *mm.* restent hors de l'orbite et sont une garantie pour une extraction facile en cas de rupture éventuelle de l'aiguille qui se fait toujours à son point de soudure), injecter les 2 *cm*³ de la solution anesthésiante, en mobilisant légèrement la pointe dans tous les sens. L'aiguille retirée, instiller, pendant dix minutes, quelques gouttes de chlorhydrate de cocaïne à 2 pour 100.

Application de la teinture d'iode. — Tremper le tampon d'ouate de l'un des deux porte-pommade dans la teinture d'iode et le retirer en exprimant contre le goulot du flacon l'excès de la teinture. Cette précaution est indispensable, sinon, pendant l'application, la teinture d'iode dégouline, au moins inutilement, sur la conjonctive.

Appliquer le tampon sur l'ulcère en exerçant une certaine pression et en s'y prenant à plusieurs fois selon l'étendue de l'ulcère. La teinture d'iode doit déborder les limites de l'ulcère de 2 à 3 *mm.* dans tous les sens, comme si la cornée était un papier buvard. Recommencer la même application avec le second porte-pommade. La partie de la surface cornéenne ainsi traitée (parfois les 2/3 de la cornée) présente un aspect misérable ; elle ressemble à une vieille semelle de botte et l'on craint un désastre.

Avant et après l'opération. — Les observations sur lesquelles je me base pour préconiser ce traitement concernent des cas graves qui ont été soignés antérieurement par d'autres traitements. Mais que l'ulcère ait été ou non traité, je prescris pendant un ou deux jours une instillation, matin et soir, d'une solution de cocaïne-atropine, suivie d'application de pommade au précipité jaune à 2 pour 100. Port de verres fumés.

Après l'application de la teinture d'iode, les malades retournent chez eux, accompagnés, pour qu'ils soient rassurés si la sensation de vertige ou le léger malaise qui accompagne l'injection rétrobulbaire se produit et si des douleurs surviennent. On peut hospitaliser pendant un jour les sujets très affaiblis ou hypersensibles.

Quelques heures après l'application, des douleurs oculaires plus ou moins fortes peuvent survenir. Prescrire 3 cachets calmants (p. e. : chlorhydrate d'héroïne 5 *mg.*, pyramidon 10 *cg.*, aspirine 50 *cg.*). Généralement un cachet suffit pour calmer les douleurs ; parfois un deuxième cachet pris la nuit assure un bon sommeil. Quant au troisième, il est rarement utilisé. C'est plutôt un cachet moral. Le malade continue matin et soir, l'atropine-cocaïne et le précipité jaune. Quand il revient à la consultation, généralement deux jours après, il se présente souriant, joyeux, tout redressé, faisant un contraste frappant avec l'inquiétude, la tristesse et la pose en flexion qu'amenaient la douleur et la photophobie. Le médecin partage rapidement sa satisfaction : selon la grandeur de l'ulcère, il le voit cicatrisé totalement ou partiellement. La cornée toujours légèrement trouble par infiltration s'est éclaircie et apparaît brillante. La teinture d'iode est vraiment l'amie de la cornée. Les collyres sont encore employés quelques jours, puis graduellement abandonnés. Les grands ulcères et les pannus qui les accompagnent, guérissent en quelques jours. Si parfois une minime ulcération persiste, grande comme une tête d'épingle, quelques légers attouchements à la teinture d'iode, après instillation de cocaïne, en ont rapidement raison.

Les quelques observations qui suivent (par manque de place une seule est décrite par catégorie d'ulcère) sont la relation de cas graves, traités antérieurement par d'autres méthodes. S'ils avaient été soignés uniquement par les injections rétrobulbaires et les applications de teinture d'iode, on aurait objecté que d'autres médications les eussent également guéris.

1° Ulcères inflammatoires (8 cas). — Mlle B... (Nelly), 32 ans, soignée depuis plus de trois ans.

Le 26 Février 1942 : A l'œil gauche, pannus de la moitié inférieure de la cornée avec nombreux petits ulcères. La vision = 0,2.

Le 24 Avril 1942 : Après l'emploi, sans succès, de plusieurs pommades antiseptiques et de rubiazol, injection rétrobulbaire et application de teinture d'iode. Après quelques jours, la guérison des ulcères est obtenue et le pannus a disparu.

Le 29 Janvier 1943 : La malade craignant une récidive vient consulter. Il n'existe qu'un léger catarrhe conjonctival qui cédera rapidement au nitrate d'argent. La cornée est intacte et la vision égale à l'unité.

2° Ulcères traumatiques et ulcères a hypopyon (4 cas). — Dec... (René), 55 ans.

Le 5 Août 1943 : Maçon blessé le 2 Août 1943 et soigné pour ulcère central de la cornée droite avec hypopyon, dacryocystite chronique.

Le 6 Août 1943 : Après un jour d'instillations de cocaïne, atropine et précipité jaune, injection rétrobulbaire et teinture d'iode.

Le 7 Août 1943 : L'hypopyon s'est résorbé ; l'ulcère ne se colore plus par la fluorescéine. Lavages quotidiens du sac.

Le 12 Août 1943 : Au centre de la cicatrice une petite plage se colore par le rouge de Röhmer mais non par la fluorescéine. Léger attouchement par la teinture d'iode après instillation de cocaïne.

Le 16 Août 1943 : L'ulcère est complètement guéri. Extirpation du sac lacrymal pour éviter les récidives.

3° Herpés cornéen (5 cas). — L... (André), 34 ans, soigné en 1930 pour herpès de la cornée droite, en 1935 pour irido-cyclite.

Le 20 Mars 1943 : Herpès de la cornée droite ; pommade au bleu de méthylène.

Le 26 Mars 1943 : Injection rétrobulbaire et teinture d'iode.

Le 29 Mars 1943 : Les ulcères sont cicatrisés. Depuis lors, par de rechute ; le malade reste guéri.

Dans toutes les observations la rapidité de la guérison est frappante : quelques jours au lieu de plusieurs semaines.

4° Acné rosacée de la cornée (1 cas). Th... (Laure), 54 ans, acné rosacée de la face.

Le 18 Mars 1943 : Œil gauche : petite ulcération sur infiltration profonde dans la partie externe de la cornée ; synéchies postérieures (atropine, optochine, précipité jaune, colorants composés).

Le 30 Mars 1943 : Bonne mydriase.

Le 3 Avril 1943 : L'ulcération gagne en profondeur. Injection rétrobulbaire et teinture d'iode.

Le 5 Avril 1943 : Grande amélioration.

Le 19 Avril 1943 : L'ulcère n'étant pas totalement cicatrisé, attouchement à la teinture d'iode après instillation de cocaïne et injection intraveineuse de gluconate de chaux.

Le 27 Avril 1943 : L'ulcère est guéri.

Le 9 Juillet 1943 : La cornée droite présente une ulcération semblable à celle qui a existé à gauche. La malade craint une nouvelle injection rétrobulbaire mais supporte par la suite de nombreuses et profondes applications de teinture d'iode sans injection rétrobulbaire. La guérison ne survient que fin Septembre.

5° Ulcères trachomateux (2 cas). — G... (Arthur), 45 ans.

Le 18 Juin 1943 : Trachome aux deux yeux ; à la partie supéro-interne de la cornée, ulcération profonde concentrique au limbe vers laquelle se dirige un pannus très épais (cibazol, argyrol, pyoktanin, etc...).

Le 23 Juin 1943 : Injection rétrobulbaire et teinture d'iode.

Le 26 Juin 1943 : L'ulcère est cicatrisé et le pannus a diminué des deux tiers.

Dans le second cas, beaucoup plus grave, les ulcérations ont également cédé au traitement. Il n'y a pas lieu d'en conclure à une action efficace de la teinture d'iode dans le trachome ; il est probable que ces ulcères existent chez des trachomateux, mais sont d'origine infectieuse banale, tout en présentant certaines particularités dues à l'existence du trachome.

Ces quelques observations montrent l'efficacité du traitement des ulcères de la cornée par l'action combinée de l'injection rétrobulbaire de novocaïne et de l'application de teinture d'iode.

C'est une idée théorique, développée dans mon étude « La maladie hyper-réaction de l'organisme » qui m'a incité à ajouter l'injection rétrobulbaire de novocaïne à l'application de la teinture d'iode : ajouter à une action antiseptique une action modératrice de la réaction des tissus. Il est vrai que l'anesthésie absolue que donne l'injection rétrobulbaire facilite l'application de la teinture d'iode, permet une action plus profonde et augmente ainsi son efficacité. L'exemple de l'acné rosacée fait néanmoins ressortir l'action favorable de l'anesthésie prolongée et plus intense due à l'injection rétrobulbaire : l'œil du côté ainsi traité a été guéri en trois semaines alors qu'il a fallu plus de deux mois pour guérir l'autre œil où l'injection n'a pas été faite. Peu importe. L'idée a dirigé l'action. L'étoile qui guida les rois mages disparut à l'aurore. Elle avait rempli sa mission.

QUESTIONS D'ACTUALITÉ

NOUVELLES DONNÉES SUR LES GROUPES SANGUINS

LE FACTEUR RHESUS

La classification habituelle des sangs en 4 groupes (A, B, AB et O) s'est complétée ces dernières années par l'individualisation de sous-groupes et de groupes nouveaux.

En premier lieu, Dungern et Hirszfeld, Landsteiner et Thomsen, à la suite d'épreuves d'absorption ou de saturation des agglutinines, ont pu subdiviser le groupe A en deux sous-groupes, A_1 et A_2. La méthode consiste à mettre en contact du sérum B contenant l'agglutinine α (anti B) avec les hématies de certaines personnes du groupe A jusqu'à complet épuisement de l'agglutinine α. Le sérum de B ainsi traité s'avère capable encore d'agglutiner les hématies de certaines autres personnes du groupe A. Il existerait donc 2 types d'hématies du groupe A, celles qui sont agglutinées après absorption et celles qui ne le sont pas, donc 2 agglutinogènes A_1 et A_2, et partant 2 sous-groupes AB, à savoir A_1B et A_2B. Fischer et Hahn, Friedenreich ont rapporté l'existence d'un sous-groupe A_3 (1 pour 2.000 personnes). Gammelgaard et Marcussen ont récemment individualisé un groupe A_4 détecté dans la proportion de 1 sur 60.000 examens.

La liste des agglutinogènes ne se borne pas là. Il existe dans le sang des agglutinogènes spéciaux, mais on ne peut trouver les agglutinines correspondantes dans les sérums des individus qui ne possèdent pas ces agglutinogènes. Ces agglutinines ont cependant pu être préparées artificiellement en injectant des hématies (jouant le rôle d'antigène) à des animaux qui réagissent par la formation d'anticorps sous forme d'agglutinines correspondantes dans le sérum. On a pu ainsi créer 3 nouveaux groupes : M, N et MN, à agglutinogènes différents de A et B, mais pouvant donner des combinaisons de groupes. On obtient de cette façon pour chaque groupe des combinaisons mentionnées, par exemple, pour B : BM, BN, BMN.

Plus récemment sont venus s'ajouter à cette liste d'autres groupes. Le groupe P' dont les agglutinines se trouvent dans le sérum de certains animaux (Lapin, Porc, Chat et bétail en général) ; mais la présence de réactions intermédiaires entre + et — et d'autres considérations font penser qu'il ne s'agit pas là d'une entité simple, bien définie, mais d'un groupe d'agglutinogènes voisins.

Les autres facteurs actuellement connus sont résumés dans le tableau suivant :

FACTEURS	INDIVIDUALISÉS PAR	DÉMONSTRATION PAR	PROPRIÉTÉ PRINCIPALE
G.	Schiff (F.)	Sérum de lapin immunisé.	Surtout chez A et B. O peut absorber mais n'agglutine pas.
H	Schiff (F.)	Sérum de mouton immunisé.	En relation avec P ?
Q.	Furuhata et Imamura.	Sérum de porc.	Voisin de P ou identique à P ?
E.	Sugishita.	Sérum d'anguille.	?

Mais l'attention est plus spécialement attirée sur la découverte faite en 1940 par Landsteiner et son école, du facteur Rhesus (Rh). Ces auteurs, injectant des Lapins avec des hématies de Macaques Rhesus ont, en effet, constaté que le sérum de ces Lapins agglutine, en plus des hématies du Macaque Rhesus comme on peut s'y attendre, les hématies de 85 pour 100 des êtres humains classés pour cela Rh +, les hématies des 15 pour 100 qui restent échappant à ce phénomène.

Les auteurs ont conclu qu'il existe un facteur antigénique commun dans le sang du Rhesus et dans celui de 85 pour 100 des individus. Ce facteur Rh est en lui-même une substance inoffensive mais, si le sang contenant ce facteur est mélangé avec un autre ne le renfermant pas, des phénomènes d'agglutination suivis d'hémolyse peuvent s'ensuivre. Ces notions permettent d'envisager sous un angle nouveau un certain nombre de faits relevant de la pathologie obstétricale et infantile d'une part, et des accidents au cours des transfusions d'autre part.

En effet, le facteur Rh est intéressant en ce sens qu'il se comporte comme un caractère mendellien dominant et qu'il se transmet du père au fœtus. Or, si le père est Rh+ et la mère Rh— (éventualité qui, selon les statistiques, existerait dans 13 pour 100 des mariages), il semble prouvé que les échanges placentaires permettent le passage d'abord du facteur Rh du fœtus vers la mère et ensuite des anticorps réactionnels maternels vers le fœtus. Si ce double passage ne semble pas avoir habituellement pendant la grossesse des conséquences trop néfastes pour la mère qui acquiert ainsi cette immunité un peu spéciale, il n'en est pas de même, dans beaucoup de cas, pour le produit de la conception. Il se réaliserait chez celui-ci des phénomènes d'agglutination suivis d'hémolyse responsables d'un certain nombre de maladies du fœtus *in utero* et du nouveau-né. Les auteurs américains signalent, en premier lieu, l'érythroblastose infantile qui, comme on le sait, se caractérise hématologiquement par la présence en quantité anormalement exagérée des hématies nucléées (normoblastes) habituellement présentes mais en petite quantité dans le sang du nouveau-né, et plus particulièrement d'érythroblastes et de proérythroblastes, forme plus jeune de la lignée rouge. Ces éléments proviendraient d'une réaction de défense de la moelle osseuse devant l'anémie provoquée par l'hémolyse continuelle des hématies fœtales. Les nombreux types cliniques de maladies infantiles accompagnées d'érythroblastose ne paraissent toutefois pas pouvoir relever de cette pathogénie. Il semble qu'il faille éliminer celles qui n'existent pas à la naissance, telles la maladie de Cooley et la maladie de Von Jacksch-Hayem qui frappent habituellement des enfants ayant dépassé 2 ans. Il ne faudrait retenir que les individualités cliniques de l'érythroblastose familiale, l'anasarque fœto-placentaire ou maladie de Schridde et l'ictère grave du nouveau-né ou maladie de Pfannenstiel.

En tout état de cause, l'ictère s'expliquerait évidemment par la destruction importante de l'hémoglobine et sa transformation en bilirubine suivant les schémas classiques. Cependant l'habituelle rareté, d'ailleurs contestée, de ces maladies, s'accommode mal de la fréquence facile à prévoir de l'antagonisme des Rh de la mère et du fœtus. A notre avis, beaucoup plus intéressant devrait être l'ictère idiopathique du nouveau-né, rapporté justement à une destruction importante des hématies pendant les premiers jours de la vie. Sa durée, d'une dizaine de jours, pourrait trouver une explication dans le fait de l'existence dans le sang du nouveau-né des anticorps maternels qui cesseraient d'agir après une véritable saturation demandant ce laps de temps pour se réaliser. La cyanose, rattachée également par les auteurs américains au facteur Rh, relèverait naturellement de l'anoxémie secondaire à la diminution de l'hématose créée par l'anémie. Mais beaucoup de troubles constatés au cours de la grossesse et rattachés en attendant mieux à la toxémie gravidique ne pourraient-ils aussi être étudiés à la lumière de ces nouvelles données ? L'éclampsie elle-même et les avortements à répétition ne seraient-ils pas à réexaminer dans ce sens ? Comme par ailleurs il est reconnu que le facteur Rh passe dans le lait, on saisit l'importance du champ d'investigation que cette notion ouvre.

La question des transfusions ne semble pas moins intéressante à certains égards. Il serait logique de penser qu'un très grand nombre d'accidents dussent être notés au cours des transfusions, même en tenant compte des groupes classiques. Or, il faut reconnaître que l'expérience ne vérifie pas entièrement ces conceptions théoriques. Cependant, en dépit de toutes les précautions habituelles (hormis celles relatives au Rh), des accidents sévères et même mortels ont pu être relevés. La plupart de ceux-ci arriveraient, suivant les auteurs américains, chez des récepteurs ayant déjà subi une ou plusieurs transfusions sans réactions notables, ou suivies seulement de réactions légères, la dernière étant accompagnée le plus souvent de graves phénomènes d'hémolyse. Un plus petit nombre de cas relèveraient d'une première transfusion suivie d'accidents graves d'hémolyse avec terminaison parfois fatale. Il semble que pour chercher une explication satisfaisante, il faille plutôt porter son attention du côté des anticorps Rh développés dans le sens du récepteur avec la production d'une véritable sensibilisation. En effet, un grand nombre de réactions semblables ont été notées au cours de transfusions effectuées chez des femmes soit pendant l'accouchement, soit après la naissance ou l'avortement. La sensibilisation due au fœtus semble alors évidente. De fait, s'il arrive qu'une femme qui n'a jamais eu l'occasion d'élaborer des anticorps Rh après une transfusion ou après une grossesse puisse mettre au monde un enfant (de Rh différent du sien) avec un ictère, cet enfant naîtrait le plus souvent à terme et vivant. Par contre, dans des circonstances opposées, l'enfant risquerait de ne pas naître à terme ou de mourir. C'est ainsi que pourraient peut-être s'expliquer certains avortements d'étiologie inconnue et en particulier certains avortements à répétition, de même que quelques caractères un peu particuliers de l'érythroblastose familiale, l'aîné des enfants étant souvent indemne alors que la gravité de la maladie croît, en général, avec le nombre des grossesses. Le problème est évidemment assez complexe ; le double courant d'échange des anticorps maternel et fœtal est conditionné par les modalités de la perméabilité placentaire qui ne doit pas être rigoureusement la même à chaque grossesse ; il faut tenir compte également du terrain sur lequel évolue chacune d'elles, celui-ci conditionnant les mécanismes de défense maternelle, et enfin de la susceptibilité toujours variable d'un fœtus à l'autre. Quoi qu'il en soit, la notion du Rh fait apparaître l'importance des précautions spéciales à prendre pour les transfusions répétées et la légitime prudence qu'il conviendrait d'observer dans le cas où, une femme ayant besoin d'une transfusion sanguine, on fait habituellement appel au mari s'il est du même groupe qu'elle ou donneur universel. Le mari peut être, en effet, par suite des anticorps développés par la mère au cours de la grossesse, le plus dangereux des donneurs. Pour ce qui est du nouveau-né atteint d'érythroblastose, la thérapeutique d'une transfusion sanguine est susceptible de mener à des catastrophes. En effet, dans la période qui suit immédiatement la naissance, le processus hémolytique serait encore très actif, les anticorps fœtaux développés au cours de la vie intra-utérine étant fixés dans le système réticulo-endothélial. En n'envisageant que le facteur Rh, c'est peut-être au sang du père et non à celui de la mère qu'il conviendrait de s'adresser.

L'application pratique de toutes ces notions est attachée à la détermination du Rh des individus. Cette détermination a donné lieu à de nombreux travaux de Landsteiner et de son école. Nous les résumerons ici brièvement. Les animaux utilisés pour la production des sérums agglutinants sont le Lapin ou le Cobaye. Les injections de sang humain au Lapin n'ont pas toujours été suivies de succès. Les résultats les meilleurs ont été obtenus par injection d'hématies lavées de Macaque Rhesus au Cobaye. L'animal reçoit 2 injections intrapéritonéales de 2 cm^3, espacées de cinq jours, et il est saigné une semaine après. Tous les animaux ne donnent pas un sérum d'égale valeur et certains même ont une activité nulle. En utilisant le Lapin, les auteurs n'employaient primitivement

son sérum qu'après avoir pratiqué une saturation des agglutinines avec des hématies humaines Rh-. Celle technique d'absorption ayant révélé une diminution non spécifique du taux des agglutinines, ils préfèrent diluer simplement le sang à examiner. Cette saturation demeure cependant nécessaire si le sérum de l'animal contient de petites quantités d'agglutinines anti-A ou anti-B ; on pratique alors une absorption avec des hématies contenant les agglutinogènes correspondants.

La technique de la détermination du Rh est alors la suivante : l'épreuve doit être faite de suite après la prise de sang ; II gouttes de sérum de lapin (0 cm³ 1) sont mélangées avec I goutte d'une suspension récemment préparée d'hématies à essayer, lavées avec une solution isotonique ; le mélange se fait dans un tube étroit de 7 mm. de diamètre intérieur et est laissé à la température ordinaire. La lecture est faite après sédimentation (trente à soixante minutes) par examen direct à la loupe. Les sangs à Rh négatif montrent un dépôt circulaire à bords réguliers. Les sangs à Rh positif montrent un sédiment plissé, irrégulier, à bords en dents de scie ou un dépôt granuleux. Ensuite, les tubes sont agités et examinés après nouvelle sédimentation, soit environ deux heures après. Pour cela, les tubes sont agités légèrement et la suspension est examinée au microscope. Les sangs négatifs sont homogènes. Les sangs positifs montrent des degrés variables d'agglutination d'ailleurs souvent visible à l'œil nu. Un contrôle avec des sangs positif et négatif doit toujours être fait pour chaque série d'essais.

Avant une transfusion, il peut être nécessaire de faire une recherche des iso-agglutinines anti-Rh qui se développent soit après des transfusions avec un sang de Rh différent de celui du récepteur ou chez des mères ayant édifié au cours de grossesses antérieures ces anticorps d'iso-immunisation.

Levine, Katzin, Vogel et Burnham recommandent de mélanger le sérum du patient et la suspension d'hématies du donneur, de mettre le tube à 37° pendant quinze à trente minutes et de centrifuger une minute à 500 tours par minute ; on examine ensuite le sédiment au microscope après l'avoir remis en suspension.

Wiener et Peters procèdent ainsi :

II gouttes de sérum du patient, de préférence séparées du caillot par séjour à la glacière, sont mélangées avec I goutte de la suspension d'hématies du donneur dans un premier tube. Dans un deuxième tube, on introduit un mélange fait dans les mêmes proportions du sérum et d'une suspension des hématies du patient. On met les tubes dans l'eau glacée cinq minutes et on centrifuge pendant qu'ils sont encore froids. On agite légèrement. Les réactions sont lues macroscopiquement et microscopiquement :

Si aucun tube ne donne une réaction positive, la transfusion peut être effectuée sans danger.

Si les deux tubes sont positifs, il existe une auto-agglutinine et le donneur peut vraisemblablement être utilisé (?).

Si le tube I agglutine et le tube II pas, le donneur est incompatible.

Peut-on se permettre, en conclusion, de porter un jugement d'après cet ensemble de faits ?

L'ignorance expérimentale dans laquelle nous sommes, en France, de cette question doit nous inciter plus à la prudence de l'expectative qu'aux conclusions théoriques.

Il semble néanmoins, en ayant foi dans les travaux de Landsteiner, que nous soyons en présence d'un phénomène d'une importance physiologique considérable. Sorti du domaine du laboratoire depuis déjà quatre ans, il a d'ailleurs reçu en Amérique une vaste application pratique.

P. Lantuéjoul, R. Fabre, M. Piette et M. Denier (Paris).

SOCIÉTÉS DE PARIS

ASSOCIATION DES MICROBIOLOGISTES DE LANGUE FRANÇAISE

8 Juin 1944

Recherches sur l'antigène provoquant la réaction d'agglutination de Paul et Bunnell. — MM. **R. Sohier, Ch. Jaulmes** et **M. Tissier** étudiant le comportement du lapin après injection d'hématies de bœuf chauffées à différentes températures, admettent que tout se passe comme si l'on obtenait, sous l'influence de la chaleur, la transformation dans les hématies d'une substance antigène en haptène.

Nature chimique de quelques facteurs antisulfamides des peptones (méthionine, leucine, éléments extractibles du muscle). — MM. **J. Tabone, F. Nitti** et **H. Mousset.** 1° Certains de ces facteurs seraient responsables de la création du pouvoir antisulfamide ; ils se divisent en deux groupes, l'un renfermant la leucine et la méthionine, l'autre les éléments du suc aqueux de muscle déprotéiné ; c'est à la présence simultanée de deux de ces facteurs pris dans chacun des deux groupes que les peptones doivent leur action antisulfamide.

2° Les autres facteurs ne joueraient qu'un rôle secondaire.

Rapport entre le pouvoir antisulfamide d'un milieu et son action favorisante vis-à-vis de la multiplication microbienne. — MM. **F. Nitti, J. Tabone** et **H. Mousset.** L'activité favorisante d'une substance sur la croissance microbienne n'est pas nécessairement liée à l'activité antisulfamide. Le mécanisme de cette activité pour des corps autres que l'acide *p*-aminobenzoïque est encore assez difficile à expliquer.

Mode de division du bacille paratuberculeux de la fléole. — MM. **J. Bretey** et **J. Browaeys.** La multiplication semble se faire par scissiparité vraie et par bourgeonnement. Aucun des faits observés ne vient à l'appui de l'existence d'un cycle évolutif.

Recherches immunochimiques sur le vibrion cholérique. IV. Essai de purification de la substance hypothermique de la toxine cholérique. — MM. **P. Grabar** et **J. Gallut,** par une technique chimique, ont extrait de la toxine cholérique la substance hypothermisante précédemment isolée par ultrafiltration et en ont abaissé d'environ 30 fois la dose minima mortelle.

La spore botulique dans la mouche Piophila casei. — MM. **R. Legroux** et **L. Second.** *Piophila casei* a un rôle vecteur très certain de la spore botulique. Elle peut transporter des spores sur d'autres aliments sains, aussi bien à l'état d'insecte ailé, dont le contenu intestinal est riche en spores, qu'à l'état larvaire, ses larves faisant des sauts de 20 à 30 cm.

Sur les propriétés antivenimeuses du sérum de Viperia aspis. — M. **P. Boquet.**

Recherches immunochimiques sur la Bactéridie charbonneuse. IV. Etude quantitative des précipitations observées avec certains extraits du B. anthracis et un sérum anticharbonneux de cheval. — M. **P. Grabar** et Mlle **A.-M. Staub.**

Technique d'hémoculture aéro-anaérobie. — M. **R. Legroux** et Mme **C. Jéramec.**

P. Lépine.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

16 Juin 1944.

Un cas d'arthropathie syringomyélique. — M. **Rœderer** relate un cas de cette affection connue mais assez rare qui présentait trois caractères un peu exceptionnels : bilatéralité des douleurs au début ; révélation de la syringomyélie à l'occasion de l'arthropathie. Par la suite, bilatéralité des lésions affectant les deux épaules.

Hanche à ressaut intra-articulaire. — M. **Lamy** rapporte le quatorzième cas connu de cette affection due, semble-t-il, chez une fillette de 14 ans, à un défaut de sphéricité de la tête accompagnée, peut-être, d'une certaine laxité des ligaments.

Résection traumatique du nerf cubital sur 3 centimètres suivie de double suture. Fonctionnement post-opératoire immédiat de tous les muscles innervés par ce nerf. — M. **Masmonteil** a déjà observé plusieurs fois cette reprise fonctionnelle immédiate anormale qu'il attribue à des phénomènes de suppléance anastomotique.

Epiploïte primitive suppurée. — M. **Séjournet.**

21 Juillet.

Reconstitution totale des lèvres et de l'orifice buccal. — M. **Ginestet.** M. **Dufourmentel,** rapporteur. Une technique de réfection d'une grande mutilation de la face dont la lèvre supérieure, en particulier, fut reconstituée par un lambeau tubulé pris sur l'abdomen et amené progressivement en place par passage sur l'avant-bras.

Traumatisme fermé des bourses avec éclatement de l'albuginée et hernie partielle du testicule. — M. **Séjournet** présente et discute ce cas qui dut être traité par castration.

Diagnostic tardif et difficile d'un gros kyste de l'ovaire. — M. **Auclair** apporte le cas d'une femme de 30 ans traitée médicalement depuis des années pour ascite bacillaire et chez laquelle il posa le diagnostic réel de kyste grâce à la recherche de la folliculine et de la progestérone dans le liquide de ponction.

A propos de la pathogénie de la « coxa vara ». — M. **Masmonteil,** se basant sur des études radio-cliniques appuyées sur la pathologie comparée, rattache cette affection à la pérose aviaire, maladie de carence vitamino-manganésique, dont la localisation est réglée par un trouble circulatoire consécutif à la lésion d'un centre végétatif médullaire.

Maladie de Paget et syndrome de Duplay-Madelung. — MM. **Masmonteil** et **Rescanières** présentent une radiographie de radius gigantique d'origine pagétique reproduisant un syndrome typique de Duplay-Madelung et en discutent les conséquences mécaniques.

G. Luquet.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

8 Juin 1944

Prurigo, signe précurseur d'une pseudo-leucémie monocytique (leucémie myéloïde et facteur létal dans la famille). — M. **Touraine.** Chez un homme de 64 ans, le prurigo de la face a précédé de 2 ans une polyadénopathie générale avec splénomégalie et formule sanguine monocytique. Un frère est mort à 45 ans, en 1921, d'une leucémie myéloïde ; 4 frères sont morts en très bas âge.

Mal perforant plantaire familial et dysraphie. — MM. **Touraine** et **de Graciansky.** Chez un garçon de 15 ans, le début s'est fait à 13 ans ; il n'existe aucune autre anomalie qu'un large *spina bifida occulta* de la Ire vertèbre sacrée. Une tante, atteinte d'une grosse hernie ombilicale, a 4 fils tous atteints de maux perforants plantaires, bilatéraux et ayant nécessité l'amputation chez les deux aînés.

Acrocéphalo-syndactylie (syndrome d'Apert). — MM. **Touraine** et **Gosset.** Dans ce cas, conforme au schéma classique, chez une fille de 2 ans, il existe une forte arriération mentale.

Syndactylie et polydactylie familiales. — MM. **Touraine** et **Ruel.** La mère, 4 enfants sur 12 à la première génération, 5 sur 12 à la deuxième ont une syndactylie des mains ou des pieds. Deux sœurs ont, en plus, une ébauche de 6e doigt cubital.

Syndrome de Romberg et sclérodermie. — MM. **Touraine** et **Ruel.** Outre une forte hémiatrophie faciale droite, chez un garçon de 6 ans, il existe une large plaque de sclérodermie sur la joue, une bande en coup de sabre sur le front, deux plaques sur le vertex du même côté, un retard physique et psychique important.

Parapsoriasis en gouttes à tendance atrophiante. — MM. **Touraine** et **Ruel.** L'éruption est entretenue depuis 6 ans par des éléments caractéristiques mais qui laissent, en guérissant, une minime cicatrice atrophique.

Arséno- et bismutho-résistance. — M. **Mandel.** Une roséole apparaît après 4 g. 50 de novar et s'étend au cours du traitement bismuthique.

Lichen plan et poïkilodermie. — MM. **Gougerot, Burnier** et **Duperrat** présentent un homme atteint de mélanose de Riehl (poïkilodermie) de la face et d'un lichen plan de la peau du thorax et des membres et de la muqueuse jugale.

Acrosarcome de Kaposi. — MM. **Gougerot, Burnier** et **François** ont observé une maladie de Kaposi des mains et des pieds, dans ce cas, la bévitine n'amena aucune amélioration des douleurs ni des lésions.

Complexe balano-préputial scléreux. — MM. **Gougerot** et **de Graciansky** présentent un ancien diabétique atteint de sclérose balano-préputiale avec dilatation des capillaires sanguins et lymphatiques du gland.

Erythème noueux post-sulfamidique. — MM. **Gougerot** et **Lescat** présentent une femme traitée par des sulfamides pour un érythème induré de Bazin ; un érythème noueux apparut au cours du traitement ; intradermo-réaction négative à la tuberculine.

— MM. **Fernet, Durel** et **Degos** ont observé des cas semblables.

Balanite de Stunmer. — MM. **Durel** et **Guillemin** présentent un homme de 32 ans atteint de *balanitis xerotica obliterans,* mais sans circoncision préalable ; cette lésion a entraîné une déformation de la fosse naviculaire et un rétrécissement avec écoulement banal.

Mélanodermite de Hoffman et Habermann. — MM. **Solente, Golf** et **Ruel** présentent un homme atteint de placards érythémato-pigmentés de l'avant-bras avec pigmentation diffuse du visage, cou et dos des mains ; ces lésions apparurent brusquement après un bombardement.

Cancer des ramoneurs. — MM. **Weissenbach, Fernet** et **Bastard** présentent un ancien ramoneur atteint d'un épithélioma ulcéré, spino-cellulaire, des bourses ; amélioration par le radium.

Maladie de Duhring avec kystes épidermiques. — MM. **Weis, Senbach, Civatte** et **Raquin** présentent une femme de 24 ans atteinte de maladie de Duhring avec signe de Nikolsky ; la cicatrisation des lésions entraîne la formation de kystes épidermiques.

Glossite dépapillante. — MM. **Degos, Lion** et **Ancelin** rapportent un nouveau cas de glossite dépapillante avec glossodynie et diminution des sécrétions salivaire et sudorale par vitaminose C. Guérison par la vitamine C.

Les phénomènes bio-électriques de la peau. — M. **Denier** a mesuré avec le microvoltmètre de Bürr les potentiels de la peau dans les dermatoses et les ulcérations cutanées en même temps que l'inversion de leur polarité : dans l'eczéma, les charges électriques de

1 peau sont parfois 5 à 15 fois supérieures à la normale.

Syndrome de Senear-Usher. — MM. **Sézary, Le ourd, Sénécal** et **Chapuis** présentent le second cas rançais de ce syndrome, caractérisé par des placards u des taches humides disséminés sur le visage (en espertilio) et sur le tronc, brûlants ou prurigineux, on pemphigoïdes, mais avec signe de Nicolski. L'affecion évolue depuis 2 ans, résistant aux divers traitements, avec un très bon état général. Histologiquement, s lésions rappellent en partie celles d'un lupus érythémateux très œdémateux.

Mycosis fungoïde. — MM. **Sézary, Bolgert** et **Durand** présentent un cas de mycosis fungoïde, cliniquement typique aujourd'hui, mais remarquable par on début sur le prépuce (ce qui a provoqué une erreur e diagnostic), par ses lésions histologiques qui sont noins différenciées que celles décrites classiquement. ar sa résistance aux rayons X. Les auteurs le considèrent comme un paramycosis.

Lupus érythémateux. — MM. **Gougerot, Carteaud** t **Lesourd** ont observé 2 cas, chez un homme et une emme, de lupus érythémateux à *forme myasthénique.*

Trois cas de maladie de Darier. — MM. **Joulia** t **Le Coulant** rapportent 3 cas de maladie de Darier ; lans un cas la localisation était uniquement palatine. lans un autre cas, l'affection était généralisée, une ction favorable fut obtenue par la radiothérapie supericielle non filtrée.

Du chloasma à la mélanose de Riehl. — MM. **Jausion, Cailliau** et **Carlier** rapportent, à propos d'une nalade, que les chloasmas gravidiques sont susceptibles l'en imposer pour des mélanoses de guerre, tandis que ertaines pigmentations cervico-faciales, du type histopathologique de Riehl, reconnaissent un début et une évolution chloasmiques et réalisent ainsi une transition ntre les deux dyschromies.

Cellulolyse et pigmentation. — M. **Jausion** et Mlle **Boissard** ont pu déceler, dans les produits de la ligestion cellulosique par les microbes stercoraux, des ubstances photodynamiques. Différemment, l'indol ormé par les microbes intestinaux est, lui aussi, phoocatalyseur. Les deux phénomènes paraissent plus accentués pour les pigmentés ethniques et les dyschroniques.

Action tardive de la vitamine PP sur les pigmentations cervico-faciales. — MM. **Jausion, Caop** et **Carlier** constatent que 6 de leurs patientes, atteintes de mélanose de Riehl, accusent, un an après e début d'un traitement nicotinique intensif, une amélioration considérable, sinon même un blanchiment otal.

Dermites par mélanges d'antiseptiques sullamiliques et de composés halogénés. — MM. **Coste, Marceron** et **Boyer.**

Erythème pigmentaire fixe provoqué par les sullamides. — MM. **Bazex** et **Dambrin.**

Valeur comparée de la réaction de Wassermann sur sang desséché et sur sérum. — MM. **Gadrat** et **Pécastaing.**

Favus disséminé très étendu. — M. **Robert.**

R. Burmen.

SOCIÉTÉ D'ENDOCRINOLOGIE

29 Juin 1944.

Les modifications gravidiques de la glande pituitaire chez le cobaye. — M. **C. Bimes.** Pendant la plus grande partie de la gestation le virage éosinophile du lobe antérieur paraît correspondre à une inhibition de l'activité gonadotrope. La chromophobie du obe intermédiaire et l'imprégnation colloïde de la neuro-hypophyse traduiraient une exaltation de l'activité non gonadotrope. Tous ces phénomènes dépendraient l'un contrôle exercé par la folliculine placentaire.

Inclusion de propionate d'œstradiol chez deux femmes de 72 et 78 ans. — M. **G. Cotte** a obtenu lans ces conditions, par inclusions de 45 et 50 mg., le retour des règles pendant quelques mois. Il discute le caractère cyclique de l'hémorragie et l'attribue au taux de concentration de la folliculine au niveau de l'endomètre, ce taux s'abaisse lors de l'hémorragie pour se relever progressivement ensuite

Troubles du métabolisme des hydrates de carbone dans la maladie de Basedow. — M. **H. Welti.** L'auteur les a observés dans 1,58 pour 100 des cas. Chez 0,96 pour 100 des malades il ne s'agissait que de glycosuries peu importantes qui disparurent après thyroïdectomie. Les autres (0,62 pour 100) étaient atteints de véritables diabètes et la guérison en fut obtenue dans 55 pour 100 des cas après résection subtotale du corps thyroïde. Ainsi l'existence d'un diabète chez un basedowien n'est pas une contre-indication opératoire mais une raison de plus pour intervenir.

Neurectomie sinu-carotidienne dans la maladie d'Addison. — M. **R. Leriche** rapporte un troisième cas personnel de cette méthode inaugurée par lui en 1935. La tension fut ramenée de 8/4 à 13/7 et tout traitement put être supprimé, mais il y eut récidive partielle nécessitant de petites doses de cortine.

Fréquence de la ptose rénale et des coudures de l'uretère dans l'hypertension sans signes rénaux. — M. **R. Leriche.** Par pyélographie ascendante, 5 cas de ptose prononcée avec des coudures. Vérification opératoire de l'état de l'artère. Trois fois elle était allongée et de très petit calibre, d'où possibilité d'ischémie et 2 fois allongée mais de fort calibre.

Ostéose parathyroïdienne. Etude biologique comparée des deux phases pré- et post-opératoires. — MM. **Jacques Decourt, Ch.-O. Guillaumin** et **R. Gorin.** Il s'agissait d'une ostéose parathyroïdienne à un stade peu avancé, mais dont le diagnostic put être établi par la présence d'une tumeur parathyroïdienne cliniquement perceptible, et par l'existence d'un syndrome biologique typique : hypercalcémie, hypophosphorémie, augmentation de l'activité phosphatasique du sang, excrétion exagérée du calcium et du phosphore par l'urine. L'ablation de l'adénome fut suivie d'une phase d'hypoparathyroïdie avec spasmophilie et hypocalcémie, sans hyperphosphorémie. Les variations comparées de l'équilibre phosphocalcique du sang et des urines aux deux phases successives d'hyper- et d'hypoparathyroïdie conduisent les auteurs à discuter les conceptions en cours sur le mode d'action intime de l'hormone parathyroïdienne.

Manifestations cardiaques et manifestations osseuses chez une malade porteuse d'un adénome thyroïdien. Discussion de l'origine des manifestations osseuses. Ostéose thyroïdienne. — MM. **G. Mauric, J.-J. Welti** et **Claude Laroche** rapportent l'observation d'une femme de 64 ans, porteuse d'un adénome thyroïdien (adénome de Langhans) et présentant des troubles cardiaques et des manifestations osseuses (douleurs osseuses particulièrement rachidiennes, cyphose dorsale, incurvation des fémurs, décalcification généralisée du squelette, image lacunaire au niveau d'un fémur, fracture du cubitus gauche et du fémur droit).

Les auteurs discutent l'origine des troubles osseux ; ostéopathie de carence, maladie de Recklinghausen, métastases d'un adénome de Langhans, et concluent à l'étiologie thyroïdienne de l'ostéopathie (évolution parallèle et lente de l'adénome et des troubles osseux, syndrome clinique et images radiologiques déjà rapportés par d'autres auteurs à l'ostéose thyroïdienne, disparition des douleurs osseuses après ablation de l'adénome thyroïdien).

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE

15 Mai 1944.

Brides vulvaires, retentissements psychopathiques, traitement. — M. **Chagavat.** Observations de malades chez qui la présence de brides vulvaires ignorées a profondément troublé la vie sexuelle et causé des troubles psychiques sérieux.

Péritonite d'origine génitale avec colibacilles. Péritonite aiguë à entérocoques d'origine mal précisée. — MM. **Courtois** et **Roue** montrent que dans les péritonites il est nécessaire d'opérer précocement, de drainer largement et d'instituer un traitement sulfamidé intensif suffisamment prolongé, localement et par voie parentérale.

Césariennes basses et sullamides. — MM. **Courtois, Philippe, Roue** et **Béziaud.** Dans ce travail de la Maternité de Saint-Germain-en-Laye, on insiste sur les bons résultats obtenus par l'abandon de 50 g. de poudre de sulfamide au devant du segment inférieur dans les césariennes basses, à l'exclusion de tout autre procédé.

Un cas de grossesse ectopique intra-murale. — MM. **H. Payer** et **D. Cuche.**

19 Juin.

L'enzymologie dans le diagnostic des affections gynécologiques. — M. **J.-A. Huet** rappelle ses travaux précédents sur l'intérêt de l'enzymologie. Il précise que la technique qu'il emploie — technique de Suche — n'a aucun point de commun avec l'interférométrie dont on a déjà signalé les imperfections.

L'auteur publie une série d'observations de troubles menstruels, de troubles fonctionnels de la ménopause et de la pré-ménopause, de troubles fonctionnels au cours d'ovarites, et enfin un certain nombre de cas où les réactions enzymologiques ont été négatives chez des malades qui, cliniquement, pouvaient en imposer pour être des dysfonctionnelles endocriniennes d'origine ovarienne.

En pratique, l'examen se fait sur des urines du matin et la technique est extrêmement simple. Il semble que cette méthode chimique permette le diagnostic d'une affection organique des ovaires bien avant que l'examen clinique, ou salpingographique ou sanguin, ait pu déceler la moindre anomalie.

L'auteur rappelle que certaines de ses observations ont déjà un recul de plus de 2 ans.

Kyste parovarien 7 ans après curiethérapie pour épithélioma du col. — MM. **J.-E. Marcel** et **Et. Boyer** rapportent l'observation d'une malade qui, péniblement mais complètement guérie d'un épithélioma du col au stade III, par l'association curie-télécuriethérapie, est opérée 7 ans après d'un volumineux kyste parovarien adhérent ayant entraîné des troubles urinaires importants et une destruction fonctionnelle du rein droit. Malgré des suites compliquées la malade guérit, tous les troubles disparurent et le rein récupéra ses fonctions.

Métrorragie rebelle chez une fillette. — MM. **J.-E. Marcel, C. Sorrel** et **J. Bosche** présentent le cas d'une fillette de 14 ans atteinte de métrorragies « fonctionnelles » prolongées et graves résistant à toutes les thérapeutiques antihémorragiques et hormonales habituelles. La malade, qui fut soumise à de nombreux examens (sang, biopsie endométriale, hystérographies, dosages hormonaux, etc.), guérit alors qu'elle était sur le point d'être opérée après une injection de cyanure de mercure et en dehors de toute spécificité décelable.

Quelques éléments nouveaux pour le diagnostic et le pronostic de la stérilité masculine. — M. **R. Palmer.**

Maurice Fabre.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HÉMATOLOGIE

5 Mai 1944.

Vœu concernant les modifications à apporter au décret réglementant la prévention hématologique du benzolisme. — Le chiffre minimum des globules devrait — demande la Société — être porté de 3.500.000 à 4.000.000.

Erythroblastose décalcifiante diffuse primitive de l'adulte. — MM. **N. Fiessinger, J. Carlotti** et **C.-M. Laur.** Erythroblastose primitive pure sans gros foie, ni grosse rate avec syndrome douloureux de décalcification osseuse sans stéatorrhée. Discussion de ses rapports avec les érythroblastoses connues.

Mononucléose infectieuse à début inguinal avec ulcération génitale. — MM. **P. Chassagne** et **A. Forgeois.** Observation remarquable par l'existence non signalée encore à ce jour d'une ulcération génitale. Réaction de Paul et Bunnel positive.

La translusion médullaire. — M. **Mallarmé** qui emploie cette méthode depuis 1939 n'en a jamais obtenu de résultats heureux.

L'estomac dans la maladie ictéro-hémolytique. — MM. **Paul Chevallier** et **F. Moutier.** Atrophie gastrique en plaques très voisine de celle de la maladie de Biermer.

Diagnostic par l'endoscopie des angiomes gastriques dans l'angiomatose essentielle hémorragique de Rendu-Osler. — MM. **Paul Chevallier, F. Moutier** et **Jean Bernard.** Découverte à la gastroscopie d'angiomes rutilants ressemblant beaucoup à des taches de purpura gastrique essentiel.

Maladie de Kahler avec lésions radiographiques très limitées et participation splénique. — MM. **G. Marchal** et **L. Mallet.** Lésions osseuses cantonnées aux extrémités vertébrales de deux côtes. Prolifération plasmocytaire dans la rate. Nouvel exemple de forme intermédiaire entre leucoses et myélomes.

Vérification de l'adsorption d'hémoglobine de différents sangs. — MM. **Paul Chevallier** et **A. Fiehrer.** Les différences de lecture obtenues avec la méthode de Dognon paraissent dues surtout à des modifications de pu, l'adsorption de l'hémoglobine restant la même

Réticulose histio-monocytaire subaiguë à forme hépato-splénique débutant par une paraplégie spasmodique. — MM. **J. Chaptal, E. Mourrat** et **P. Cazal.** Début par une paraplégie spasmodique. Présence dans la rate de monocytes à noyaux bourgeonnants et de grandes cellules à pseudopodes.

Sur l'influence de deux grossesses successives dans la producton d'hémoglobine au cours d'une splénomégalie chronique. — MM. **Muller** et **Micheland.** Splénomégalie type Banti. Deux grossesses successives sont suivies toutes deux d'hémathémèses au 7e mois. En dehors des grossesses aucune hémorragie.

Sur la signification des valeurs basses d'haptoglobine. — M. **Polonowski.** Les valeurs basses d'haptoglobine paraissent liées au blocage de l'haptoglobine par la globine. Il y a peut-être là un moyen indirect d'étude de la globine.

Précisions sur la numération des globules rouges chez les sujets soumis à l'intoxication benzolique. — M. **A. Basset.**

Jean Bernard.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE DE FRANCE

8 Mai 1944.

Cure de désintoxication à domicile. — MM. **X. Abély** et **J. Rondepierre** ont présenté un vœu, voté à l'unanimité, demandant l'interdiction de la cure de désintoxication à domicile en interdisant aux médecins la rédaction d'ordonnances d'opiacés destinés à des toxicomanes dans un but de prétendue désintoxication.

Pourquoi l'enlant vole. — M. **G. D'Heucqueville,** sur quelques observations, montre que l'hérédité suffit à rendre compte de la plupart des cas innombrables de vols d'enfants.

Il faut accueillir avec réserve les explications « sociales » de l'enfant ou des siens par la disette, la rue, le cinéma ou celles de la psychologie subjective selon Freud et Adler, ou même les accidents et maladies allégués.

L'imprégnation alcoolique ou tuberculeuse des parents lors de la conception, leur fâcheuse éducation, accentuent les tares héréditaires.

Mais, pour héréditaire, la tare vol n'est pas moins curable : ces faits sont à retenir dans les mesures conseillées.

Les sous-produits de la vigne dans le problème de l'antialcoolisme. — MM. **L. Desclaux, R. Cibert** et **P.-L. Desclaux** observent que le rendement de la

vigne en alcool est très inférieur à celui d'autres plantes, tels que le maïs et la betterave. L'utilisation industrielle d'une partie du vin ne paraît pas facile. De même, on peut difficilement envisager de transformer d'une façon suffisante, en jus de raisin, le surplus de la production.

Aussi doit-on envisager une limitation de celle-ci, une politique agricole et économique de remplacement de la vigne et une amélioration de la qualité du cru de consommation courante, au détriment de sa quantité.

Un cas de migration d'une balle de revolver et orifices multiples par balle unique. — M. **J. Trillot** a observé un projectile intra-ventriculaire gauche après un trajet irrégulier au cours duquel il y a eu plusieurs ricochets. La pénétration s'est faite par l'artère pulmonaire et la migration s'est effectuée par pesanteur.

Intoxication aiguë par la strychnine et la brucine. — MM. **J. Trillot** et **Valatx**, chez une jeune femme ayant absorbé volontairement un flacon de Taupigit, ont constaté de l'œdème pulmonaire, des lésions légères d'hépatite, une néphrite épithéliale intense, de la dégénérescence de la cortico-surrénale.

L'expertise contradictoire. — M. **Rey**.

L. Dérobert.

SOCIÉTÉS DE PROVINCE

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON

29 Juin 1944.

Rétrécissement cicatriciel du cholédoque après cholécystectomie. — MM. **Peycelon** et **Clert**. 15 jours après une cholécystectomie, ictère puis fistule biliaire avec angiocholite. Réintervention, résection du rétrécissement, plastie cholédocienne sur drain de Kehr. Guérison opératoire. La voie principale ayant été parfaitement disséquée au cours de la cholécystectomie et la ligature du cystique ayant été faite loin du carrefour, ce rétrécissement pourrait être expliqué par des phénomènes inflammatoires.

Ostéite tuberculeuse juxtagonale révélée à la suite d'un curage inguinal. — MM. **Dargent** et **Papillon**. Epithélioma malpighien du scrotum. Curage inguinal bilatéral, ganglions envahis. Excision de la tumeur scrotale. 200 jours après le curage, ostéite juxta-articulaire de l'extrémité supérieure du tibia, présence de B. K. ; puis, autres manifestations tuberculeuses. Le blocage ganglionnaire et lymphatique pourrait être invoqué dans la pathogénie de cette manifestation tuberculeuse, chez un sujet porteur de lésions anciennes fibreuses du poumon.

Kyste hydatique de la rate. — MM. **Mallet-Guy**, **Marion** et **Coudert**. Volumineux kyste hydatique de la rate à développement abdominal, adhérent au mésocôlon et à l'angle gauche. Splénectomie, sans ouverture de la poche kystique. La vascularisation du kyste se faisant en partie aux dépens des vaisseaux du mésocôlon, ceux-ci durent être liés au cours de la splénectomie, et, de ce fait, une extériorisation de l'angle gauche fut nécessaire. Guérison.

La vascularisation artérielle du tube gastrique réalisée par la technique de Jianu. — MM. **Santy**, **Latarjet** et **Duroux**. Les vaisseaux courts doivent être respectés afin que le tube de grande courbure destiné à une œsophagoplastie soit à l'abri de la nécrose. La ligature de la gastro-épiploïque gauche, permettant une meilleure mobilisation du lambeau est sans inconvénient.

Kyste du mésentère. — M. **Badolle**. Fillette de 5 ans et demi, douleurs abdominales, augmentation progressive du volume de l'abdomen. Ablation du kyste qui adhère à une anse grêle, laquelle est réséquée sur 20 cm. Guérison.

A propos des arthrodèses sacro-iliaques. — MM. **Ricard** et **Francillon**. La résection arthrodèse trans-iliaque (Smith Petersen) doit être réservée aux sacro-coxalgies tuberculeuses parcellaires et aux arthrites infectieuses. Le verrouillage bi-iliaque (Massart) est indiqué dans les sacro-coxalgies tuberculeuses étendues et abcédées et dans les arthrites mécaniques qui sont souvent bilatérales. L'une ou l'autre méthode pourrait être employée dans les sacro-coxalgies à lésions radiographiques importantes mais restées au stade intra-articulaire. 16 arthrodèses : 13 par verrouillage, dont 10 très bons résultats ; 1 décès, 1 résultat moyen, 1 élimination de greffon, 3 arthrodèses trans-iliaques : 1 résultat parfait, 1 ankylose, mais le malade est mort de cancer du poumon, une suppuration avec élimination des greffons.

Rupture de l'uretère par contusion abdominale. Suture bout à bout. Résultat éloigné. — MM. **Taverier** et **Gibert**. Guérison pendant 3 ans, puis crises douloureuses dans le rein sus-jacent. Elimination rénale pratiquement sans valeur. Rein dilaté, uretère bloqué dans une gangue cicatricielle. Néphrectomie. Pièce : hydronéphrose ; au niveau de la suture il n'y a pas de rétrécissement absolu, la section de l'uretère semble donc avoir suffi pour interrompre le péristaltisme.

Pierre Marion.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE LYON

6 Juin 1944.

Syndrome hémophilique passager au cours d'une angiomatose diffuse. — MM. **A. Vachon** et **Y. Mazare**. Observation où à une angiomatose cutanée et intestinale s'associaient des troubles de la coagulation sans signe d'hémogénie, ces troubles ont un caractère transitoire, n'existant que pendant la période hémorragique.

Etude anatomique d'un infiltrat interclëido-hilaire tuberculeux récent et déductions pathogéniques. — MM. **Brun**, **G. Despierres**, **Muller** et **Fraysse** montrent que cet infiltrat avait pour point de départ des lésions anciennes apicales et sous-apicales et que la région intermédiaire entre cet infiltrat et le hile était formée de lésions récentes survenues après propagation descendante, lymphogène et bronchogène.

L'artériographie pulmonaire post-mortem au cours de la phtisie tertiaire. — MM. **J. Brun**, **Courjon** et **Madonna** présentent une série de clichés radiographiques de poumons injectés après la mort avec du sulfate de baryum au niveau des vaisseaux pulmonaires. Les injections montrent des oblitérations importantes des artérioles pulmonaires dans les régions ulcérées.

Abcès gangréneux pulmonaires multiples survenus au cours de paralysies diphtériques. Guérison clinique par le seul traitement médical. — MM. **P. Ravault**, **J. Brun** et **G. Despierres**. Guérison clinique inespérée. Les auteurs discutent le rôle possible des paralysies du voile et soulignent que la guérison anatomique n'est pas complète.

Sarcome ganglionnaire avec éosinophilie importante, diagnostiqué par la ponction ganglionnaire. — MM. **Mouriquand**, **Revol**, **Dauvergne** et **Grenot**.

Anémie hémolytique familiale, cure de déglobulisation avec grave mégaloblastose médullaire. — MM. **Mouriquand**, **Wenger** et **Revol**.

Réalisation expérimentale d'une tuberculose paraganglionnaire chez le cobaye avec iritis et tuberculide papulo-nécrotique après inoculation intraveineuse de produits de broyage ganglionnaire. — MM. **J. Brun** et **Viallier**.

13 Juin.

Polynévrite de nature infectieuse inconnue avec éosinophilie sanguine et nodosités cutanées. — MM. **P. Ravault**, **J. Bourret** et **H. Savet**. A la suite d'un épisode diarrhéique avec fièvre, polynévrite sensitivo-motrice accompagnée d'une éosinophilie sanguine d'un taux élevé (59 pour 100) et de l'éruption de nodules sous-cutanés, la biopsie montra des lésions nécrotiques avec réaction histiocytaire sans caractère spécifique. Amélioration lente au bout d'un an. Les différents examens pratiqués n'ont permis de rapporter ce syndrome d'allure infectieuse à aucune étiologie connue.

Pleurésie hémorragique chronique d'allure primitive (hématome pleural de Dieulafoy). — MM. **P. Ravault**, **J. Bourret**, **G. Despierres** et **L. Roche**. Observation d'un homme de 68 ans qui présenta pendant 6 mois une pleurésie gauche hémorragique, se reproduisant après ponction. L'absence de B. K. dans les crachats et dans le liquide pleural, l'image pulmonaire radiologique normale après pneumo-séreuse, l'absence de lésion à la pleuroscopie ne permettent pas de trouver l'étiologie de cette pleurésie chronique hémorragique et les auteurs font le diagnostic provisoire d'hématome pleural de Dieulafoy, l'évolution ultérieure permettra de préciser ce diagnostic.

Jacksonisme facial avec localisation prédominante sur le facial supérieur au cours d'une néphrite hypertensive et azotémique. — MM. **J. Froment**, **J. Brun**, **J. Bourret** et **J. Viallier**. L'évolution terminale d'une néphrite hypertensive et azotémique permet d'observer chez une femme de 57 ans dans les deux jours qui précédèrent la mort, des secousses musculaires d'abord paroxystiques et localisées à l'hémiface droite puis continues dans le territoire du facial périphérique à droite puis du facial supérieur seulement à gauche, les troubles étaient incontestablement d'origine centrale, malgré l'absence de lésions histologiques au niveau du cerveau. Il faut admettre la possibilité d'atteinte du facial supérieur dans des processus d'origine centrale.

Myélomes osseux multiples à symptomatologie ostéomalacique vertébrale prédominante. — MM. **P. Ravault**, **J. Bourret**, **J. Viallier**, **L. Roche** et **G. Vignon**. A propos de deux cas concernant des hommes, difficulté du diagnostic du myélome. L'image radiologique du rachis montrant une décalcification diffuse du rachis risque d'égarer le diagnostic. La recherche de l'albumose, les modifications des protéines sanguines sont parfois absentes. Le myélogramme possède une grande valeur diagnostique lorsqu'elle met en évidence une augmentation nette du nombre des plasmocytes.

Balancement médiastinal de sens paradoxal au cours de pachypleurites avec immobilisation respiratoire complète d'un hémithorax. — MM. **M. Levrat** et **P. Naudin**. Deux cas de pachypleurite dans lesquels il existait un balancement respiratoire du médiastin avec refoulement expiratoire de celui-ci du côté malade. Ce balancement se faisait donc dans un sens paradoxal contraire à la norme. Il explique le fait par l'immobilité respiratoire complète de l'hémithorax malade.

Myélome osseux multiple à forme d'ostéomalacie vertébrale prédominante. — MM. **Paliard**, **Plauchu**, **Thévenet**, **Viallier** et **Perreau**.

20 Juin 1944.

La sédimentation sanguine accélérée en tube incliné ; explication physique du phénomène. — M. **Badin**. L'inclination du tube accélère la sédimentation parce qu'elle assure la séparation de deux courants; l'un est formé par la phase solide constituée par les globules rouges : c'est un courant descendant ; l'autre est formé par la phase liquide : c'est un courant ascendant portant une certaine masse liquidienne à la partie supérieure du tube où elle va remplacer les globules sédimentés. Dans le tube vertical les deux courants sont intriqués et se gênent mutuellement, d'où la lenteur de la sédimentation.

Leucémie myéloïde d'évolution très atypique ; myélose aiguë terminale érythroblastique et mégacaryocytaire. — MM. **Savy**, **Barbier**, **Revol** et **Romagny**. Dans un premier stade la maladie se caractérisait par une fièvre ondulante (6 poussées à 39-40 en 4 mois), une formule sanguine de leucémie myéloïde mais avec augmentation très inconstante des globules blancs, un myélogramme typique de leucémie myéloïde, une splénomégalie insignifiante, ce qui faisait localiser uniquement dans la moelle le processus leucémique.

Amélioré passagèrement par la radiothérapie, le malade se présente 2 ans plus tard avec une splénomégalie fébrile énorme, hémogramme et splénogramme caractéristiques des myéloses érythroblastiques et mégacaryocytaires, une moelle au contraire très pauvre.

Cette observation pose la question des rapports entre les leucémies et les myéloses aleucémiques.

Action des injections de ferriscorbone dans un cas évolué de spondylose rhizomélique. — MM. **Girard** et **R. Bret**.

Les signes ophtalmoscopiques de la maladie de Rendu-Osler. — M. **P. Bonnet**.

Résultats d'une enquête sociale en milieu hospitalier. — M. **P. Delorme**, Mme **Roche** et Mlle **Cret**.

Dysphagie persistante par adénopathie médiastinale calcifiée de l'adulte. — MM. **P. Ravault**, **F. Bonnet** et **L. Roche**.

27 Juin.

Le syndrome « grosse pulmonaire, petite aorte ». — MM. **P. Lagèze** et **E. Wegelin**. Observation d'une femme de 63 ans morte avec un gros cœur et de volumineux œdèmes, présentant par ailleurs un néoplasme utérin évoluant depuis 3 ans ; l'autopsie mit en évidence une très volumineuse artère pulmonaire avec petite aorte et persistance du trou de Botal. L'auscultation soigneuse du cœur ne montra aucune modification des 1er ou 2e bruits, mais seulement un petit souffle systolique au niveau de l'appendice xiphoïde. L'examen radioscopique ne put être pratiqué. Les auteurs étudient ses aspects habituels et ses caractères pathologiques.

A propos de 2 cas de maladie de Besnier-Bœck. — MM. **A. Dufourt** et **G. Despierres**. L'un des cas est une association de B.B. et de tuberculose et permet aux auteurs de discuter des rapports entre ces deux affections. Dans la seconde observation, un ganglion trachéal par compression provoquait toux et dyspnée qui furent jugulées par de faibles doses de radiothérapie.

Epithélioma généralisé diagnostiqué par la ponction sternale. — MM. **Barbier** et **Revol**. Chez une femme atteinte de douleurs osseuses diffuses, mal expliquées, la ponction sternale permit le diagnostic en montrant des amas de cellules épithéliomateuses, l'autopsie confirma l'épithélioma généralisé (foie, poumons, moelle osseuse, etc.), sans permettre d'en préciser le point de départ.

Sur les tumeurs cérébrales à évolution aiguë et à symptomatologie d'abcès du cerveau. — MM. **Delore**, **Muller** et **Tardos**. Observation d'un malade chez lequel un mauvais état général, un syndrome d'hypertension intracranienne, des signes infectieux avec fièvre, leucocytose sanguine, vitesse de sédimentation élevée et évolution rapide de divers symptômes ont fait penser à une encéphalite aiguë ou à un abcès du cerveau. La ventriculographie montre une lésion de l'hémisphère droit. Les ponctions après trépanation temporo-pariétale sont négatives. Le malade meurt dans le coma. L'examen montre qu'il s'agit d'un glioblastome de l'hémisphère droit, avec en son centre un foyer hémorragique.

Sur la disparition des œdèmes de carence. — MM. **P. Delore** et **A. Chapuy**. Frappés par la disparition presque complète des œdèmes de carence depuis Juillet dernier, les auteurs en recherchent la cause : augmentation de la ration calorique totale par apport hyydrocarboné plus important (pommes de terre) ou accoutumance (2 cas seulement de récidive).

A propos de deux observations anatomo-cliniques de myélotomie. — MM. **P. Girard**, **Mansuy**, **Lecuire** et **Bonnet**.

Intradermo-réaction et allergie comparée à la tuberculine, aux antigènes typhoparatyphiques et diphtériques. Résultats au cours de tuberculose grave. — MM. **Sohier**, **Boucher** et **Capdeville**.

G. Despierres.

PETITES CLINIQUES DE "LA PRESSE MÉDICALE"

N° 666.

Sur une polyarthrite aiguë d'interprétation difficile

PAR MM. FRED SIGUIER et BERGER.
(Paris)

Le 18 Mars 1944, l'un de nous est appelé auprès d'un malade de 42 ans, atteint d'une « crise de rhumatisme articulaire aigu, fébrile depuis trois semaines, et dont la salicylo-résistance fait craindre une complication ».

De fait, les premiers renseignements fournis par l'interrogatoire militent en faveur d'une maladie de Bouillaud dont ce malade a déjà présenté de multiples atteintes : première crise polyarticulaire à 15 ans, long séjour hospitalier pour une crise rhumatismale aiguë lors du service militaire, multiples crises atténuées depuis cette époque et, à l'âge de 32 ans, iritis rhumatismale traitée aux Quinze-Vingts par le salicylate de soude. Aussi, souffrant depuis trois semaines d'une polyarthrite atteignant les deux genoux, les deux tibio-tarsiennes et le poignet gauche, présentant une fièvre en plateau entre 39° et 40°, ce malade et son médecin ont-ils conclu à une récidive de la maladie rhumatismale.

Toutefois un certain nombre de discordances n'ont pas manqué de frapper le malade lui-même : l'absence d'angine prémonitoire, de sueurs profuses, de pâleur, et surtout l'échec singulier de la thérapeutique salicylée qui n'entraîne aucune sédation des douleurs, ne permettent pas le sommeil et laissent la courbe de température inchangée.

Il suffit en réalité d'examiner les articulations atteintes pour rejeter formellement l'hypothèse de maladie de Bouillaud primitivement émise. En effet, si les deux articulations tibio-tarsiennes sont gonflées, légèrement rosées et extrêmement douloureuses, si les deux genoux sont le siège d'un épanchement d'abondance moyenne, deux symptômes s'écartent nettement du tableau classique du rhumatisme articulaire aigu. D'une part, l'*atrophie musculaire* qui en quelques jours a fait fondre la masse des deux quadriceps et aminci le tiers inférieur de l'avant-bras ; d'autre part, la nette tendance à la *limitation des mouvements* que révèle l'exploration de l'articulation du poignet. Bref, rien ne rappelle dans cette crise la maladie de Bouillaud et tout s'inscrit en faveur d'un « rhumatisme infectieux » (au sens purement clinique de ce terme) nous commandant au premier chef la recherche attentive d'une blennorragie éventuelle.

Or, notre malade est un ancien gonococcique. Il a présenté à l'âge de 17 ans (soit deux ans après sa première atteinte rhumatismale) une urétrite gonococcique et une récidive de la blennorragie à l'âge de 20 ans. Existerait-il une manifestation urétrale récente, témoignant d'une réinfection ou d'un réveil de l'ancienne urétrite, et responsable de la polyarthrite actuelle ? C'est ce que nous recherchons attentivement.

D'emblée cette enquête semble fructueuse, mais comme nous allons le voir, à tort : le malade a bien, en effet, présenté avant l'apparition de la polyarthrite un écoulement urétral, mais ce sujet doute fort qu'il s'agisse de blennorragie car il n'a eu aucun rapport sexuel depuis un mois, cet écoulement blanchâtre ne rappelait en rien une urétrite gonococcique, il a été extrêmement fugace, a évolué spontanément vers la guérison en quatre jours, n'a précédé en réalité la polyarthrite que de quarante-huit heures; nous ajouterons enfin que même après massage de la prostate, il nous a été impossible de déterminer l'apparition d'un suintement urétral quelconque. Et pourtant, *une gonoréaction* s'avère, dans le sang, partiellement positive.

Mais il existe, en dehors de la gonococcie, une affection susceptible de déterminer des polyarthrites fébriles précédées d'une urétrite et d'une conjonctivite : c'est la dysenterie bacillaire.

Reprenant encore l'interrogatoire, nous apprenons alors que vingt-quatre heures avant l'apparition de son urétrite, le malade a brusquement présenté une *conjonctivite aiguë* avec injection conjonctivale intense, larmoiement et photophobie, qui a évolué parallèlement à l'urétrite et a cédé spontanément avec une remarquable rapidité.

Ce syndrome oculo-urétral a lui-même précédé de deux jours, nous l'avons vu, le début des douleurs qui se sont manifestées en réalité par un lumbago pénible, quarante-huit heures avant que les articulations aient été atteintes.

Mais surtout ce syndrome oculo-urétral a lui-même succédé à un épisode diarrhéique survenu exactement treize jours avant les manifestations conjonctivales. En dehors de tout foyer épidémique, le malade a présenté quelques heures après un copieux repas des coliques passagères, et émis dans la journée 3 selles diarrhéiques ne contenant ni sang, ni glaires. Avec ces mêmes caractères de banalité, cette diarrhée s'est poursuivie durant une semaine et a cédé spontanément, sans qu'aucun de ses caractères permette d'invoquer le diagnostic de dysenterie bacillaire.

Et pourtant, malgré les antécédents de maladie de Bouillaud, authentiques ; malgré la gonococcie ancienne indiscutable, et en dépit des données de la gono-réaction, notre impression clinique est celle d'un *rhumatisme dysentérique,* tant est précieux pour l'orientation de ce diagnostic le syndrome oculo-urétral décrit par Fiessinger, précédant de peu une polyarthrite fébrile et succédant lui-même à un épisode diarrhéique, même fruste et d'allure sporadique.

Les examens de laboratoire allaient confirmer cette hypothèse, non par l'examen des selles et la recherche des bacilles dysentériques, pratiquement toujours vains, mais par la recherche de l'agglutination des bacilles dysentériques. Nous avons adressé à l'Institut Pasteur du sang et du liquide articulaire prélevé par ponction.

Ces recherches ont montré : un séro-diagnostic négatif vis-à-vis du bacille de Shiga et positif jusqu'au 1/400 au bacille de Flexner ; une agglutination allant jusqu'au 1/400 au bacille de Flexner W avec le liquide de ponction articulaire.

Ce diagnostic de rhumatisme dysentérique entraîne d'importantes sanctions pronostiques, car il laisse le cœur indemne, contrairement à la maladie de Bouillaud ; de plus, si impressionnantes que puissent être parfois ses manifestations locales, il guérit habituellement sans séquelles, à l'inverse du rhumatisme gonococcique. Notre malade n'a pas failli à cette règle, et trois mois après le début des troubles il a repris une activité normale que n'entravent ni ankylose ni atrophie musculaire sévère.

A ces constatations s'est bornée à vrai dire notre intervention médicale, car si le rhumatisme dysentérique évolue en règle vers la guérison, même après une évolution parfois longue et pénible, il ne doit ce pronostic favorable qu'à sa tendance spontanée, toutes les tentatives thérapeutiques étant d'ordinaire vouées à un échec complet.

Succédanés indigènes de l'Ipécacuanha et du Polygala de la Virginie

Il n'est guère de jour, surtout aux époques de l'année où sévissent les affections aiguës des bronches, que le praticien ne se trouve dans l'obligation de recourir à la médication expectorante : deux substances végétales, l'ipécacuanha et le polygala qui font habituellement la base de cette thérapeutique, après être devenues, à cause de leur provenance exotique, de plus en plus rares, ont complètement disparu, ou peu s'en faut, du commerce de la droguerie. C'est pour remédier à cette carence qu'incombe aux pharmacologistes le devoir d'explorer notre flore indigène et d'y rechercher les simples capables de servir de succédanés aux deux drogues dont nous privent les difficultés de l'heure présente. Je ne crois donc pas inutile d'attirer de nouveau l'attention de mes lecteurs sur plusieurs végétaux qui abondent dans nos champs et dans nos forêts et qu'ils peuvent utiliser pour assurer l'expulsion des sécrétions qui encombrent les voies aériennes de leurs malades.

Les racines des polygalas indigènes (*Polygala vulgaris* et *amara* L.) qui contiennent 2 saponines que leurs caractères chimiques rapprochent de l'acide polygalasique et de la sénégine extraits du *Polygala simga* L. pourraient être substituées à celles de leur congénère de la Virginie si leur exiguïté n'en rendait l'exploitation industrielle à peu près impossible. Seuls les médecins qui exercent à la campagne trouveraient un expectorant d'une réelle efficacité dans la décoction concentrée (90 *g.* pour 500 *g.* d'eau) de ces racines récoltées au moment de la floraison (Mai, Juin). Plus volumineuse et, par conséquent, d'un meilleur rendement, la racine de la primevère (*Primula officinalis* Jacq.) présente également, par suite de sa richesse en saponine, beaucoup d'analogie avec le polygala. Particulièrement indiquée dans tous les cas où il y a lieu de combattre la stase bronchique, elle se prescrit sous forme de décoction à 2 à 3 pour 100 (300 *g. pro die*) ou mieux d'extrait fluide à la dose quotidienne de L à LXXX gouttes.

C'est encore à des glucosides appartenant au groupe des saponines que l'anagallide ou mouron rouge (*Anagallis arvensis* L.) emprunte ses propriétés pharmacodynamiques. Mais sa toxicité, d'ailleurs très réduite par la dessiccation, veut qu'on l'emploie à des doses moindres que celles de la primevère : XXX à L gouttes d'extrait fluide suffiront à assurer une salutaire exonération des bronches.

D'une innocuité absolue, tout en s'affirmant assez efficace, la racine de la scabieuse (*Scabiosa succisa* L.) peut être maniée *larga manu* (3 à 5 *g.* d'extrait fluide) à la période de début des affections aiguës des voies respiratoires.

Quoiqu'en nombre plus restreint les succédanés de l'ipécacuanha ne manquent pas dans l'arsenal phytothérapique indigène. J'ai eu déjà l'occasion, dans ce journal, de mentionner l'asaret (*Asarum europaeum* L.) dont on utilise, comme émétisant, la poudre (de 2 à 4 *g.* délayés dans de l'eau tiède), comme expectorant l'alcoolature (L à LX gouttes par jour) et l'iris de Florence (*Iris Florentina* L.) qui, très commun dans nos départements méridionaux, se cultive facilement dans les jardins et dont le rhizome doit à la présence d'un glucoside, l'iridine, la propriété de stimuler les sécrétions glandulaires et le tonus de la musculature des bronches : sous forme de décoction à 5 pour 200 ou d'extrait mou à la dose quotidienne de 0,20 à 0,40, il se montre particulièrement utile, chez les enfants dans la coqueluche, chez les vieillards contre les phénomènes de bronchoplégie.

On emploiera avec non moins de profit la racine de violette (*Viola odorata* L.) dont le principe actif, la violine, présente de grandes analogies avec l'émétine. Sa décoction concentrée (15 à 20 *g.* pour 300 *g.* d'eau, faire bouillir jusqu'à réduction de moitié) provoque le vomissement : comme expectorant, même préparation mais en réduisant les proportions de racine à 4 ou 5 *g.* Les services que rend cette plante, à laquelle J. Brel a consacré dans la *Revue de Phytothérapie* un article d'une si jolie tenue littéraire, compenseront largement la peine que prendront les récolteurs de simples pour extraire ses racines lorsqu'elle achève « d'étaler ses pétales sous la chaude caresse du soleil renaissant ».

HENRI LECLERC.

NÉCROLOGIE

Jean-Louis Faure
(1863-1944)

Le chirurgien qui vient de fermer les yeux aux lumières de l'immense espace était d'abord un homme, ardent, généreux et vigoureux. Et tandis que nous l'accompagnions, le 3 Novembre dernier, au vaste champ des morts où s'arrêta son inépuisable course, nous sentions qu'un incomparable ami nous avait quittés. Nous avions pris l'habitude de sa présence, proche ou lointaine, et de sa bonté; celle aussi de sa méditative curiosité. Et de ce château du Saint-Emilionnais où, depuis 1939, il s'était retiré, il aimait à converser avec ses amis, ses collègues, jeunes ou vieux, au moyen de ces clairs billets où l'on se plaisait à retrouver les traits essentiels de sa nature et jusqu'aux cadences et aux accents de son verbe. Il aimait à resserrer les rangs des amis, de plus en plus clairsemés au long des années. Il voulait rester avec nous. Il nous suivait, sympathique à nos deuils, ému par nos joies. Cet aîné avait pour ses cadets des sollicitudes, des gentillesses qui nous comblaient de gratitude.

La gloire, une gloire rayonnante, chaude et sonore, avait depuis de longues années lauré le front de Jean-Louis Faure qui, tout ensemble, l'aimait et la moquait. Il l'aimait, en poète, pour ce qu'elle représentait de vie radieuse. Il la moquait, en sage, plus qu'aucun, indifférent aux titres et aux honneurs. Les titres universitaires et hospitaliers, les honneurs que confère la société à ses meilleurs serviteurs, il les avait tous reçus et, parce qu'il les avait tous mérités, il les portait avec simplicité, heureux seulement de l'autorité qu'ils donnaient à sa parole de missionnaire de la science médicale française aux pays étrangers.

Chirurgien des hôpitaux, Secrétaire général de la Société de chirurgie, professeur de Clinique gynécologique à la Faculté de Médecine, membre de l'Institut, de l'Académie de chirurgie et de l'Académie de médecine, commandeur de la Légion d'honneur, membre de nombreuses sociétés savantes étrangères, Jean-Louis Faure a été un infatigable laborieux, mais dont le labeur fut toujours accompli comme en se jouant, parce qu'il était essentiellement un homme de soleil et de lumière. Rien ne l'écrasait ni ne l'effrayait. Il était enthousiaste et fort, à la façon visionnaire de cet Hugo qui revivait dans ses larges strophes olympiennes, à la façon prophétique de ces frères Reclus, ses oncles, qui vécurent aux lieux où il naquit, en cette Sainte-Foy-la-Grande, si fièrement repliée aux bords majestueux de la Dordogne.

*
* *

L'œuvre chirurgicale de Jean-Louis Faure est considérable. Si considérable que mon propos ne saurait être de l'exposer ici, alors qu'elle est loin d'avoir épuisé toutes ses virtualités. Car, il faut le dire, à ce qu'il entreprenait, notre ami communiquait, qu'il le voulût ou non, de réelles vertus. Une passion, la passion de la vérité, allumait en lui d'autres passions. Et la passion de servir précipitait Jean-Louis Faure aux débats, aux luttes du plus sincère des apostolats. Regarder vivre cette âme rayonnante enchantait et émerveillait.

Ce chirurgien fut, sans nul doute, un des grands de son temps. Doyen eut son habileté naturelle, sa dextérité. Mais il n'eut pas sa pondération, son calme, sa tendre sérénité. Péan, peut-être, participa d'un analogue talent. Comme lui il fut ingénieux, rapide et direct. Mais la poésie de vivre, mais je ne sais quelle volonté de vaincre, mais une sagesse acquise et conquise apportaient à la physionomie de Jean-Louis Faure les plus pénétrantes séductions.

Parce qu'il était artiste, nul ne fut plus inventif ni plus audacieux dans la volonté de perfectionner la technique opératoire. Une technique qui tendait à toujours plus de brièveté, d'élégance, à toujours plus d'harmonieuse simplicité. Découvrir un procédé nouveau d'hystérectomie abdominale, inventer un traitement de la paralysie faciale, créer dans le même temps une instrumentation mieux adaptée que l'ancienne aux exigences de la chirurgie pelvienne ; combattre

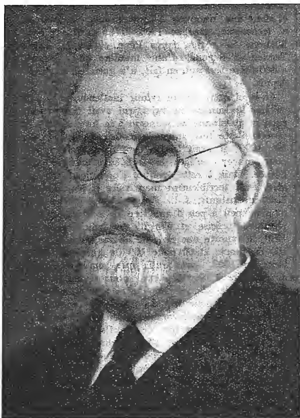


Photo Harcourt.)

JEAN-LOUIS FAURE.

pour l'usage des gants dans la pratique chirurgicale ou pour l'emploi de ces lampes scyalitiques qui ont aujourd'hui droit de cité dans le monde entier ; confier au film le soin de reproduire, de diffuser et d'éduquer ; disputer et discuter, douze années durant, autour et en faveur du drainage du péritoine infecté, selon la méthode de Mickulicz ; affirmer, dès 1896, que le cancer est une affection primitivement locale et, de ce fait, justiciable d'un traitement local ; publier des manuels de chirurgie clinique et opératoire ; composer, avec Siredey, un *Traité de gynécologie médico-chirurgicale*, aux éditions renouvelées; franchir les océans; escalader les Montagnes Rocheuses; passer de l'Amérique du Sud au Groenland; écrire et discourir, et le faire avec une fougue disciplinée, Jean-Louis Faure pouvait accomplir et réussir tout cela.

Chirurgien, et qui constamment innova, il a décrit lui-même, dans sa leçon inaugurale du 18 novembre 1919, les vertus types du chirurgien. Et nous n'avons pas oublié ces émouvants et si denses petits ouvrages qu'il composa à l'éloge de sa profession : *L'Ame du chirurgien*, *Savoir opérer*, *L'Art et l'esprit de la chirurgie*, autant de panégyriques attendris d'un art et d'une science qui connurent, depuis tantôt vingt-cinq ans, leurs triomphes les plus brillants. « Aimez ce que jamais on ne verra deux fois » a dit le poète. Et Jean-Louis Faure, modestement, mais héroïquement, d'appeler le jour où la médecine reprendra à la chirurgie son bien, laissant à la table d'opération les seuls malades que vaccins, sérums, radiations ou sulfamides ne pourront guérir. Il aima son art et il l'a chanté en termes ardemment cadencés. La présence d'esprit, le calme, l'abnégation de soi, le goût de l'élégance et de la vitesse, la patience, l'amour du prochain, le respect du malade ; ces vertus, il lui suffisait de les extérioriser pour les compter et les pouvoir proposer à l'exemple de ses pairs et de ses élèves. Et, de fait, il fit école, en France et à l'étranger où il compte de nombreux disciples. A Bucarest comme en Argentine, en Russie comme en Islande, des méthodes, des techniques, des idées se sont imposées qui prirent naissance à Cochin, à Broca, où assistants, internes, externes, surveillantes et infirmières, subjugués par le « patron », et formés à son image, rivalisaient de zèle. J'en appelle au souvenir de l'une de ses élèves les plus chères et les plus fidèles, de Mlle Suzanne Lévy, qui l'entoura jusqu'à son heure dernière de sa sollicitude et de ses soins les plus éclairés.

L'apostolat : voilà, sans doute, le trait dominant du caractère de Jean-Louis Faure. Car sa personnalité était, non point repliée sur elle-même, mais tournée vers l'extérieur. Riche des dons les plus choisis et pourtant généreux. D'où la compréhension si affectueusement paternelle qu'il avait de la souffrance des hommes, de leurs peines, de leurs ambitions, fussent-elles naïves. Il savait consoler. Et, parce qu'il avait souffert lui-même, parce qu'il avait dû faire face à ce drame, qu'est pour le médecin, d'assister impuissant à la mort d'une fille aimée, il trouvait les mots qui vont au cœur, les gestes qui apaisent et qui bercent.

Jean-Louis Faure aimait parler, et plus encore écrire. Son discours, solidement équilibré et vigoureusement balancé, était quelque peu nuancé par l'accent de son pays natal. Oratoire ou écrit, son style était le même. Chateaubriand, Hugo et le Barrès des *Harmonies vénitiennes* avaient formé ce talent ; ils l'avaient nourri de leurs chatoiements colorés.

Les témoignages abonderaient si nombreux que nous ne pouvons les invoquer tous ici. Ce seraient des livres, et singulièrement ce captivant *Au Groenland avec Charcot* où trouvèrent refuge et le calme des fjords et le mirage des icebergs menaçants. Ce seraient aussi des conférences prononcées à Bruxelles et à Belgrade, à Montréal et à Moscou, dans l'enthousiasme de la patrie avec soi transportée. Ce seraient des conversations, des récits de voyage, comme ceux qu'il y a quelque dix ans je lui entendis tenir au bord d'un petit lac de la forêt canadienne. Ce seraient encore tels poèmes composés devant les cataractes de l'Iguassa, aux confins du Brésil et de l'Argentine.

Ouvrons, une fois encore, son *Claude Bernard* et admirons avec quelle aisance il se meut parmi les perspectives des plus diverses métaphysiques, avec quelle rigueur il censure les timidités de l'*Introduction à la médecine expérimentale*. Mais Jean-Louis Faure n'aimait point qu'on employât pour le qualifier ou pour qualifier qui ce fût, le vocable de « matérialiste » déformé, avili par des siècles de mauvais usage. Il lui plaisait de se dire naturaliste, par opposition à spiritualiste, ou adepte des doctrines physiques et naturelles « par opposition à la doctrine surnaturelle qui fait appel à des puissances inconnues, extérieures et supérieures aux forces de la nature ». Car il était convaincu que tout est dans la nature, et les spéculations les plus déliées du cerveau humain et l'aveugle reptation végétale aux profondeurs marines.

Et peut-être faut-il distinguer dans cette philosophie des plus larges équivalences l'origine de cette souveraine tolérance qu'il portait en lui et avec lui, parmi les tenants des religions et des

confessions les plus antagonistes. Le dévouement obscur et quotidien d'une religieuse à ses malades, le talent du chirurgien, l'âme du prêtre, l'inspiration du poète, Jean-Louis Faure les appréciait à la mesure de leur intime beauté, à la mesure de leur noblesse.

Chirurgien, philosophe, écrivain, orateur, voyageur, avant tout et par-dessus tout il était artiste. Et le sens qu'il avait de la beauté, ce sens de l'harmonie, de la proportion, de la symétrie nécessaire ou des fécondes asymétries, c'était l'homme encore dans son équilibre, dans son avidité de tout connaître et de tout comprendre. De tout voir aussi, et d'abord tous les chirurgiens, ses confrères, des plus humbles aux plus illustres, et toutes les Universités, et coudoyer tous les hommes, et visiter tous les pays. Tout lui était matière à réflexion et à pensée. Tout ensuite s'échappait de lui, médité et senti.

*
* *

Jean-Louis Faure est mort à plus de quatre-vingts ans, ayant « suivi lentement la route lumineuse ou (l') entraînait (sa) destinée ». Il laisse une œuvre qui longtemps prolongera sa course. Il laisse aussi des amis, des élèves, des malades reconnaissants qu'il arracha à la mort ou préserva de la souffrance. Il laisse surtout une famille, femme, enfants, petits-enfants qui, aujourd'hui, le pleurent.

A Madame Jean-Louis Faure, à Monsieur et à Madame Pierre Faure, à Madame et à Monsieur Jalaguier, à Madame Labusquière, à leurs enfants, que pouvons-nous dire qui ne soit tragiquement vain, dans les colonnes de ce journal qu'il aimait et auquel il donna, durant de nombreuses années, une large part de son activité ? Qu'ils sachent, du moins, de quel cœur, comme le leur meurtri, nous sommes avec eux. Qu'ils sachent avec quelle piété nous demeurerons auprès d'eux, dans leur douleur qu'ennoblira le souvenir.

Jean-Louis Faure, le Maître et l'Ami, repose désormais dans l'éternité de la plus juste gloire. La nécropole immense qu'il a souvent magnifiée lui a ouvert ses portes, parmi les larmes des vivants et la fraternité des grands morts.

GUSTAVE ROUSSY.

J'ai connu pour la première fois J.-L. Faure il y a quarante-cinq ans. Il était alors assistant de son oncle Reclus dans le service duquel j'arrivais comme interne. Nous étions tous, dans ma génération, émerveillés de ses extraordinaires qualités d'opérateur : une connaissance approfondie de l'anatomie et de la médecine opératoire classique, une habileté manuelle peu commune, une audace réfléchie, un imperturbable sang-froid qui lui permettait de faire face aux incidents les plus imprévus ; il nous apparaissait vraiment comme l'héritier et le continuateur des grands chirurgiens de jadis, des Dupuytren, des Maisonneuve, des Péan. C'est l'époque où, persuadé, comme il le fut toute sa vie, que le cancer opéré à son début, peut guérir par l'ablation au bistouri, il s'applique avec passion aux entreprises les plus difficiles et les plus risquées de cette chirurgie, et il a pu dire, avec raison, « que pendant une dizaine d'années, de 1895 à 1905, il a été, non seulement en France, mais dans le monde entier, un des chirurgiens qui ont travaillé avec le plus de persévérance et de courage » dans la lutte contre le cancer, telle qu'on pouvait la comprendre alors, où nous ne savions rien de l'action des rayons X et du radium. C'est le moment où J.-L. Faure s'attaque à tous les cancers, quel qu'en soit le siège ou l'étendue, imagine des voies d'accès nouvelles pour les plus profondément situés, ne se laisse arrêter par aucune difficulté ; il aborde les cancers bucco-pharyngés soit par la voie naso-maxillaire, soit en réséquant la branche montante de la mâchoire, soit encore par la voie sous-hyoïdienne ; il enlève les tumeurs et les ganglions cancéreux du cou ; il décrit un procédé d'extirpation totale de la poratide, pratique pour une tumeur de la cuisse la désarticulation inter-ilio-abdominale de Jabaday ; propose la voie sacro-périnéale pour l'ablation du rectum et même, en 1902, ne craint pas de s'attaquer au cancer de l'œsophage thorsique et est le premier à réaliser cette prouesse chirurgicale.

Plus tard, à l'hôpital Cochin, puis à la clinique de Broca où il a remplacé Pozzi, tout en conservant son goût et son intérêt pour la chirurgie générale dans laquelle il avait formé son expérience et sa technique, J.-L. Faure oriente plus particulièrement son activité vers la gynécologie. Là encore, il se montre avant tout technicien hors pair : il s'attache avec prédilection à une opération, l'hystrectomie abdominale, qui fut toujours l'intervention de son choix, qu'il aimait à pratiquer et qu'il pratiquait en un temps record, avec une virtuosité et une élégance incomparables, quelles qu'en fussent les difficultés. Il en recueille et en étudie les divers procédés, les compare, en imagine de nouveaux (section médiane de l'utérus, décollation antérieure et postérieure), pose exactement les indications de chacun suivant les cas et les lésions, et dans son livre sur *L'hystrectomie; indications et technique*, paru en 1906, il en codifie véritablement les règles, après Péan et Doyen, après Terrier et Segond, d'une manière qu'il jugeait « définitive » et qui, en fait, n'a guère été modifiée depuis.

Et voici que, par un retour inattendu, la gynécologie le ramène au sujet qui avait tant préoccupé et passionné sa jeunesse : la lutte contre le cancer. Cette fois contre le cancer du col utérin. Dès 1896, il avait fait sa première hystrectomie pour cancer ; c'était la troisième pratiquée en France. Mais à cette époque, l'opération, mal réglée, était terriblement meurtrière et ses résultats bien inconstants. J.-L. Faure n'en persévère pas moins ; peu à peu il améliore sa technique et ses résultats, précise et élargit ses indications ; en 1920, il apporte une série de 83 cas, avec 11 pour 100 de morts et 60 pour 100 de guérisons durables; en 1924, après qu'il aura appliqué l'usage du Mikulicz à l'hystérectomie pour cancer, il aura une série de 75 cas consécutifs avec 2 morts et comptera 90 pour 100 de guérisons de plus de 5 ans dans les cas favorables, bien mobiles, opérés dès le début. C'est fort de pareils résultats qu'il en arrive à préconiser l'hystrectomie abdominale comme traitement de choix du cancer du col, même en présence des succès de la curiethérapie et, avec une foi d'apôtre, il engage le combat contre ses contradicteurs dans des discussions passionnées à l'Académie de Médecine et à l'Académie de Chirurgie, où il eut pour principaux antagonistes Regaud et Gosset.

C'est à propos de l'hystrectomie pour cancer que J.-L. Faure fut conduit à revenir au drainage du péritoine par le sac de Mikulicz; frappé des bons résultats qu'il en avait obtenus dans des cas d'infection grave, il en préconisa l'emploi quasi-systématique, l'étendant, peut-être avec quelque excès, à presque toutes les opérations abdominales. Ainsi s'engagea la « bataille pour le Mikulicz », qui dura douze ans, dans laquelle il rencontra des adversaires de marque, tels que Quénu et Delbet, Pierre Duval et Lecène, mais qu'il finit par gagner à force de persévérance, d'énergie et d'éloquence.

Ainsi s'enchaîne l'essentiel de l'œuvre chirurgicale de J.-L. Faure : c'est la lutte persévérante contre le cancer par le bistouri, soutenue de toute son ardente conviction, poussée jusqu'à l'audace, qui en fait l'unité et en constitue le principe directeur.

Mais cette œuvre ne se résume pas uniquement à cela, et J.-L. Faure a apporté d'autres perfectionnements, d'autres techniques à la chirurgie, ne serait-ce que l'ingénieuse anastomose spino-faciale qu'il exécuta dans des cas de paralysie faciale, et son amputation ostéoplastique du pied.

Ce serait d'ailleurs une injustice de ne voir en lui qu'un merveilleux technicien, qu'un virtuose du bistouri, un inventeur de procédés et d'instruments. Il fut aussi un grand enseigneur et sut répandre ses idées par la plume et par la parole. Bien qu'il ait prétendu avoir toujours eu peu de goût pour les mémoires et les compilations bibliographiques et qu'il aimât répéter que le vrai laboratoire du chirurgien est sa salle d'opération, il a laissé de nombreux ouvrages — et d'excellents. Sans compter les articles qu'il a rédigés dans le Traité de Duplay et Reclus, dans celui de Le Dentu et Delbet, dans la *Pratique médico-chirurgicale*, ce sont surtout ses livres de gynécologie, le livre sur l'hystérectomie dont j'ai déjà parlé, un volume sur le cancer de l'utérus, et, enfin, le *Traité de Gynécologie médico-chirurgicale* qu'il publia en 1911 avec Siredey et qui a eu depuis de nombreuses éditions.

Plus encore que par le livre, par la parole et par l'exemple, par le film aussi, il propagea ses idées et ses techniques dans les congrès, au cours des missions qui conduisirent ce grand voyageur aux quatre coins du monde pour y exposer, y maintenir et y faire aimer la pensée chirurgicale française.

C. L.

Société française d'Histoire de la Médecine

4 Novembre 1944.

Les compagnons de Bougainville ont-ils emporté la syphilis à Taïti ? M. R. NEVEU répond par la négative en se basant sur le *Routier de Louis-Antoine de Saint-Germain* étudié par Charles de la Roncière. Des membres de l'équipage de la Boudeuse attrapaient bien la syphilis à Taïti ; mais elle y avait été amenée soit par Wallis l'année précédente, soit par Quivos en 1605 quand il découvrit l'île. L'affirmation de la syphilis d'origine française à Taïti par un livre avignonnais de 1779 « l'esprit et les mœurs des habitants d'Otaïti » est donc une erreur.

M. LAIGNEL-LAVASTINE lit d'ANDRÉ CHÉMIER une *auto-observation de mal de mer*, faite en partie dans le vaisseau en allant à Douvres le 6 Décembre 1787, couché et souffrant, et écrit à Londres le 10. En voici deux vers :

Il ne peut secourir son ami ni son fils.
Il verrait sans chagrin la mort et le naufrage.

M. LAVIER présente le *Faut-Mourir et les excuses inutiles que l'on apporte à cette nécessité*, petit volume burlesque par JEAN-JACQUES, chanoine d'Ambrun, édité à Rouen chez la veuve de Jean Maghnel en 1675. Il esquisse surtout la silhouette du médecin, de l'apothicaire et du chirurgien, immortels personnages de toute danse macabre.

LAIGNEL-LAVASTINE.

Livres Nouveaux

Actualités scientifiques et industrielles. Leçons de Toxicologie, par RENÉ FABRE, M.-T RÉGNIER et P. CHERAMY (*Hermann et Cie*, éditeurs, Paris).

Sept fascicules de la nouvelle édition des Leçons de Toxicologie du Prof. R. Fabre, datés de 1942 et 1943, ont paru en ces derniers mois. Voici les matières traitées. Fasc. 235-935. I. Introduction à l'étude de la Toxicologie. Généralités sur les poisons. Fasc. 237-953- II. Toxicologie des gaz (1re partie). Fasc. 249-956. III. Toxicologie des gaz (2e partie). Fasc. 250-961. IV. Alcools, anesthésiques, solvants. Fasc. 256-963. V. Acide cyanhydrique. Dérivés aromatiques Fasc. 257-964. VI. Poisons organiques divers (Acide oxalique. Acide salicylique. Véronals et sulfonals. Caféine et théobromine. Digitale et Strophantus. Cantharides. Toxines et intoxications alimentaires). Fasc. 262-965. VII. Alcaloïdes (1re partie). Généralités. Ptomaïnes et leucomaïnes. Drogues à alcaloïdes liquides toxiques. Opium et ses alcaloïdes.

On a déjà dit le développement considérable qu'avait pris en ces dernières années une toxicologie en pleine évolution. La science des poisons ne se donne plus comme seul but la démonstration de la présence du poison dans l'organisme humain, base de l'enquête médico-légale en cas d'intoxication accidentelle ou criminelle : ses horizons se sont singulièrement élargis. Ses moyens se sont étendus, on ce sens qu'elle utilise aussi bien les méthodes physiologiques que les méthodes physico-chimiques pour caractériser le poison. Ses buts aussi sont devenus des plus vastes : depuis qu'elle s'est étendue à l'hygiène industrielle, à la médecine du travail, elle est devenue préventive et sociale. A ce développement le Prof. R. Fabre a pris une part personnelle considérable et il n'est pas surprenant que se soit développé son enseignement oral et écrit. Ses leçons offrent en effet au lecteur une somme de faits, de techniques analytiques, des statistiques nettement accrue par rapport à l'édition précédente.

L'ampleur même du sujet a invité cette fois le Prof. R. Fabre à s'adjoindre la collaboration de Mlle M.-T. Régnier et de P. Chéramy, au dévouement et à l'expérience desquels il rend, dans sa préface, un hommage mérité.

Lorsque auront paru les derniers fascicules de ces leçons, leur ensemble constituera un véritable traité moderne et complet de Toxicologie — prise dans son sens le plus large — et que médecins, chimistes et pharmaciens consulteront avec le plaisir que procure la lecture d'un ouvrage bien fait.

RENÉ HAZARD.

INFORMATIONS

Tribunaux départementaux des pensions

Par arrêté du garde des sceaux, ministre de la justice, en date du 30 Décembre 1944, ont été nommés membres de tribunaux départementaux des pensions :

Agen : M. Dichamp, suppléants : MM. Bouet et Andrieu.

Aix : M. Audert, suppléants : MM. Casse et Vaissade.

Albi : M. Izard (Cognac), suppléants : MM. Bec et Chadefaux.

Alençon : M. Calvin, suppléants : MM. Bailleul et Cuon.

Alger : M. Kraft (Marcel), suppléant : M. Bies (Pierre).

Amiens : M. Loygue, suppléants : MM. Poulain et Canaven.

Angers : M. Metzgen, suppléants : MM. Henry et Antoine.

Angoulême : M. Pere, suppléant : M. Dutard.

Arras : M. Lenoy, suppléants : MM. Pernin et Andres (Saint-Pol-sur-Ternoise).

Auch : M. Lestrade, suppléant : M. Rivière.

Aurillac : M. Apchin, suppléants : MM. Vermenouze et Chanal.

Auxerre : M. Houde, suppléant : M. Gornet.

Avignon : M. Garnier, suppléants : MM. Bernard et Moreau.

Bar-le-Duc : M. Gallais, suppléants : MM. Herbeuval et Limasset.

Bastia : M. Seta, suppléants : MM. Antonetti et Colonna d'Istria.

Beauvais : M. Louet, suppléants : MM. Barangen et Largeteau.

Blois : M. Loiseau (Champigny-en-Beauce), suppléant : M. Roy.

Bordeaux : M. Triaud, suppléants : MM. Courteix et Triquet.

Boulogne-sur-Mer : M. de Cazeneuve, suppléants : MM. Dumont et Renault (Saint-Martin les-Boulogne).

Bourg : M. Vernaud, suppléants : M. Jennel (Montrevel), M. Guignard.

Bourges : M. Gauchery, suppléants : MM. Manioton et Lantien.

Caen : M. Guihé, suppléants : MM. de Souza et Hissard.

Cahors : M. Besse, suppléants : MM. Sagala et Delpart.

Carcassonne : M. Soum, suppléants : MM. Boyen et Pinel.

Châlons-sur-Marne : M. van Yvye, suppléants : MM. Aumont et Henny.

Charleville : M. Bridoux, suppléants : MM. Rozoy et Bourgeois

Chartres : M. Poirel, suppléants : MM. Frépet et Foulon.

Châteauroux : M. Bouganel, suppléants : MM. Sineau et Berton.

Chaumont : M. Laurent, suppléants : MM. Guyotte et Ronot.

Clermont-Ferrand : M. Chaduc, suppléants : MM. Ackermann, Fenrand et Sahut (Aubière).

Constantine : M. Piquet, suppléants : MM. Jouane et Jacques.

Digne : M. Gassend, suppléants : MM. Romieu et Meyer.

Dijon : M. Castille, suppléants : MM. Falconnet et Deslandres (Jean).

Douai : M. Desmoulins, suppléants : MM. Monnier et Baude.

Draguignan : M. Monzat, suppléants : MM. Peretti et Pascal.

Epinal : M. Lacour, suppléants : MM. Rief et Hutin.

Evreux : M. Bettinger, suppléants : MM. Lourneau et Thiriand.

Foix : M. Durin, suppléants : MM. Lacour-Balanca et Chreslia (Pamiers).

Gap : M. Querreilhac, suppléants : MM. Cononat Louis) et Bruyère.

Grenoble : M. Juvin, suppléants : MM. Farre et Vareilles.

Guéret : M. Alessandri (Celle-Dunoise), suppléants : MM. Delbecq (Sainte-Feyre) et Lanny.

Laon : M. Menu, suppléants : MM. Lemarchal et Deroug.

Laval : M. Aldin, suppléants : MM. Quiennec et Touchard.

Lille : M. Leclercq, suppléants : MM. Vanslebeergbe et Vanverts.

Limoges : M. Cudertafon, suppléants : MM. Delor et Hervy.

Lyon : M. Laroyenne, suppléants : MM. Polosson et Gallois.

Mâcon : M. Dessevre, suppléants : MM. Burlats et Privey (Tournus).

Le Mans : M. Legros, suppléants . MM. Dumas et Laurthe

Marseille : M. Foucaud, suppléants : MM. Benoit Georges) et Bennard.

Melun : M. Siguier, suppléants : MM. Eumat et Herlan.

Mende : M. Constans (Gustave), suppléants : MM. Moron (Melzieu-Ville) et Caraniols.

Mont-de-Marsan : M. Castera, suppléants : MM. Berous et Dufau (Dax).

Montauban : M. Paisseran, suppléants : MM. Nicolas t Bellefond.

Montpellier : M. Mourgue-Molines, suppléants : MM. Vidal et Reveilhe.

Moulins : M. Ranglaret, suppléants : MM. Sourice et Penard.

Nancy : M. Hamant, suppléants : MM. Abel et Guillemin.

Nevers : M. Boudot, suppléants : MM. Tixier et Piel.

Nice : M. Poullain, suppléants : MM. Lenoel (Louis) et Vidon.

Nîmes : M. Patenotre, suppléants : MM. Goudet et Fayot

Niort : M. Poineau (Auguste) [Saint-Hilaire-la-Palud], suppléants : MM. Clouzeau et Marchand.

Oran : M. Botalla-Gambetta, suppléants : MM. Bijon et Comte.

Orléans : M. Robert, suppléants : MM. Derouet et Auboyer-Treuille.

Paris, 1re section : M. Descouts, suppléants : MM. Richard et Metivet ; *2e section* : M. Helle, suppléants : MM. Merigot de Treigny et Renard, *3e section* : M. Piédelièvre, suppléants : MM. Lyon-Caen et Basset ; *4e section* : M. Français, suppléants : MM. Denet et Poliet ; *5e section* : M. Maréchal, suppléants : MM. Suneau et Schaeffer.

Pau : M. Rocue, suppléant : M. Convest (Bizanos).

Périgueux : M. Cnozet, suppléant : M. Leroux.

Perpignan : M. Esteve, suppléants : MM. Cassan et Talayrac.

Poitiers : M. Foucault, suppléants : MM. Ferru et Vellet.

Pontoise : M. Butin, suppléants : MM. Breitel (Henri) et Reverdy (Jean).

Privas : M. Tardounech. suppléants : MM. Comte et Candellier.

Le Puy : M. Jean, suppléants : MM. Coze (Serge) et Maleysson.

Quimper : M. Lagriffe, suppléants : MM. Bodolec et Cornic.

Rennes : M. Lansézrun, suppléants : MM. Guillerm et Lanchon.

La Roche-sur-Yon : M. Claverie, suppléants : MM. Cnovau et Joussemet.

Rodez : M. Vimenque, suppléants : MM. Rieucau et Chaurie.

Rouen : M. Jean, suppléants : MM. Neel et Baugendre.

Saint-Brieuc : M. Moy, suppléants : MM. Pedron et Lebreton.

Saint-Etienne : M. Gerest, suppléants : MM. Genairon et Nodet.

Saint-Lô : M. Dupont, suppléants : MM. Roger et Oblin.

Tarbes : M. Prunet, suppléants : M. Benezech (Bagnères-de-Bigorre) et M. Auberty.

Toulon : M. Rayon, suppléants : MM. Leignolos et Lenoir.

Toulouse : M. Lefebvre, *suppléants* : MM. Sendrail et Bounhounk.

Tours : M. Bonnin, suppléants : MM. Guillaume-Louis et Malet.

Troyes : M. Serre-Bource, suppléants : MM. Breuil et Cahuzac.

Tulle : M. Buisson, suppléants : MM. Pouget et Rrix.

Valence : M. Calvet, suppléants : MM. Serre et Robin.

Versailles : M. Ducuing, suppléants : MM. Robert et Sainte-Marie-Dodeuil.

Université de Paris

Enseignement de la Radiologie et de l'Electrologie médicales organisé par la chaire de Physique médicale (Prof. M. André Strohl) et l'Institut du radium (Prof. MM. A. Debierne et A. Lacassagne) avec la collaboration des Médecins électroradiologistes des Hôpitaux de Paris.

Deuxième partie : Radiophysiologie-röntgenthérapie-curiethérapie.

I. Cours. Ces leçons auront lieu à l'Amphithéâtre de Physique de la Faculté de Médecine, à 18 heures et porteront sur les sujets suivants : I. Actions biologiques exercées par les rayons X et par les rayons des corps radioactifs. II. Radiothérapie des tumeurs cancéreuses. III. Radiothérapie des affections non cancéreuses. IV. Accidents imputables aux rayons X et aux rayons des corps radioactifs.

II. Des démonstrations seront faites par Mlle Baud, MM. Baclesse, Courtial, Dulac, Ennuyer et Reverdy. Elles auront lieu à l'Institut du Radium, 26, rue d'Ulm, à 14 heures, les lundis, pour les élèves de la Série A ; les samedis pour les élèves de la série B. Elles commenceront le samedi 20 Janvier.

III. Stages. Pendant toute la durée du cours les élèves accompliront un stage de radiothérapie dans un service hospitalier.

Cours libre de Puériculture. — M. B. Weill-Hallé, commencera son cours le samedi 20 Janvier, à 16 h. 30, à la Salle de Thèses n° 2 et le continuera tous les samedis à la même heure.

Programme du cours : Le problème de la population en France et la puériculture. La formation du corps et de l'esprit de l'enfant. Education physique et morale de la naissance à l'adolescence ; rôle des parents, des éducateurs, des médecins et des assistantes sociales. Guide de pratique quotidienne. La protection médico-sociale de l'enfance. Puériculture et fléaux sociaux.

Projection de films éducatifs.

Université de Province

Faculté de Médecine de Lille. — Sont chargés pour l'année scolaire 1944-1945 des fonctions ci-après :

Chargé provisoirement de la *chaire d'Anatomie* : M. le Prof. Dedeyre.

1° *Agrégés chargés d'enseignement* : clinique des maladies des voies urinaires : M. Macquet ; anatomie pathologique : M. Driessens ; chimie analytique et toxicologique : M. Menville, physiologie : M. Bizard ; pathologie externe : M. Razemon ; accouchements : M. Palliez, médecine opératoire : M. Decoulx, M. Bédrine.

2° *Agrégés chargés de travaux pratiques* : médecine légale : M. Muller ; physique : M. Swyngedauw, pharmacie : M. Balaire ; hygiène et bactériologie : M. Warembourg ; anatomie : M. Schaepelynck.

3° *Chefs de travaux* : histologie : M. Monel ; anatomie pathologique : M. Vernaeghe ; histoire naturelle pharmaceutique et botanique : M. Herlemont ; chimie : Mlle Bar, chimie minérale : M. Bertrand ; histologie : M. Gineste ; parasitologie : Mlle Cocnet.

4° *Assistants* : chimie minérale et toxicologie : M. Dequidt ; hydrologie thérapeutique et climatologie : M. Fontan ; zoologie : M. Biguet ; anatomie pathologique : Mlle Cornillot ; chimie organique : M. Soleil ; pathologie interne et expérimentale : M. Hénaud.

5° *Chargés de cours complémentaires* : anatomie : M. Minne ; pharmacologie et pharmacodynamie : M. Bizard, hygiène prénatale et traitement de la stérilité : M. Bédrine ; ophtalmologie : M. Dehorter ; parasitologie : M. Coutelen ; physique : M. Chpain ; voies urinaires : M. Macquet ; histologie : M. Morel ; déontologie : M. Muller ; stomatologie : M. Soleil ; chimie analytique : M. Menville ; déontologie : M. Hocquerghem ; hydrologie : Mlle Bar ; pharmacodynamie : M. Bizard ; cancérologie : M. Driessens ; pathologie générale : M. Warembourg.

6° *Chefs de clinique* : chirurgicale de la Charité, M. Renard ; médicale et phtisiologie, M. Linquette ; médicale Saint-Sauveur, M. Merlen ; obstétricale, M. Poiteau ; chirurgie infantile, M. Watel ; clin. méd. Saint-Sauveur : M. Douay ; clin. méd. et phtisiologie : M. Fontan ; clin. chirur. inf. : M. Duvet ; clin. des voies urinaires : M. Laprance ; clin. chirur. Saint-Sauveur : M. Salembier ; clin. O. R. L. : M. Garez ; clin. méd. inf. : M. Breton ; clin. méd. inf. : M. Pierre Bournaville ; clin. path. int. et exp. et clin. mal. app. dig. MM. Paris, Desquesne, Héraud.

Chefs de laboratoires : clin. méd. et phtisiologie, M. Houcke ; clin. psychiatrique, M. Vullien ; hygiène et bactériologie, M. Lefebvre.

Concours et places vacantes

Camp de séjour surveillé de Rouillé (Vienne). — Un poste d'interne en médecine est actuellement vacant. Traitement mensuel minimum 3.000 fr., logé. S'adresser à M. l'Inspecteur de la Santé, 26, place d'Armes, à Poitiers.

Inspection de la Santé

M. Maret, médecin inspecteur adjoint de la santé des Vosges est chargé des fonctions de médecin inspecteur dans le *Haut-Rhin*.

Mme Claveau, médecin inspecteur de la Loire, est affectée à titre temporaire, en la même qualité, dans la *Moselle*.

M. Armand Vénon est nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire dans *l'Indre*.

M. Montedeguy est nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire dans les *Basses-Pyrénées*.

Nouvelles diverses

A la Mémoire du Dr Christian Paul. — Le 21 Décembre 1944 a eu lieu au Fort-Neuf de Vincennes le baptême de la 1re promotion des étudiants en médecine E.O.R. à laquelle a été donné le nom de M. Christian Paul, mort glorieusement le 30 Mai 1940, près Dunkerque.

Nos Échos

Mariage.

— Le médecin capitaine Gauchy, interne des hôpitaux, a le plaisir de faire part de son mariage avec Mlle Françoise Drouet, célébré le 9 Janvier, à Paris, dans la plus stricte intimité.

Soutenance de Thèses

Paris

Thèses de Médecine.

Mercredi 3 Janvier. — M. Ganche : *Guerres et internements.* — M. Déquirot : *L'éosinophilie parasitaire.* — M. Guiewinska : *Du traitement du cancer à travers les âges.* — Mme Beauté : *Des tumeurs pileuses du tube digestif.* — M. Beauté : *A propos d'une grave épidémie de typhoïde.* — M. Flandin : *L'ulcération aiguë des organes génitaux externes de la femme au cours de la fièvre typhoïde.* — M. Picard : *Les infantilismes d'origine hypophysaire, leur traitement par l'hormone de croissance.* — M. Besquet : *De la castration ovarienne dans les néoplasmes du sein.* — M. Gibertaud : *La grossesse ovarienne jeune.* — M. Mareireau : *Contribution à l'étude de l'auto-défense du vagin par l'implantation directe de cultures pures de bacille de Doderlein.* — M. Bornette : *Des contusions thoraciques.* — M. Hubert : *De l'infarctus récent du myocarde.* — M. Hurel : *A propos de 5 cas d'intoxication par nitrate de soude.* — M. Lafleur : *Contribution à l'étude des manifestations cardiaques du botulisme et particulièrement des modifications électrocardiographiques.*

Lille

Thèses de Médecine 1943-1944.

Emmanuel Dubois : *Les avantages du plâtre occlusif dans les fractures ouvertes et les résections diaphysaires pour ostéomyélite.* — Fernand Tison : *La bronchoscopie dans le diagnostic et le traitement des bronchectasies.* — L. Foulon : *Les résultats de l'infiltration du sympathique lombaire dans les annexites aiguës non spécifiques.* — Jean Vincent : *La sulfamidothérapie en ophtalmologie.* — Henri Delecour : *Contribution à l'étude anatomique de l'ectopie testiculaire.* — François Chenal : *Contribution au traitement des ulcères gastro-duodénaux par la folliculine.* — Raymond Nelis : *La narcose discontinue par le rectanol en psychiatrie.* — Henri Delacourt : *Les résultats éloignés du pneumothorax extrapleural.* — André Tavernier : *Traitement des lymphangites du sein par l'anatomie staphylococcique de Ramon.* — Paul Giard : *Contribution à l'étude du syndrome néphrose.* — Emile Boridan : *Contribution à l'étude du traitement des pleurésies tuberculeuses par la vitamine D à doses massives.* — Albert Guidoux : *Rôle du système reticulo-endothélial dans le mode d'action des chimiothérapies.* — Léonce Hochart : *Traitement du lupus érythémateux par les sulfamides.* — Mme Coquerel Jousse : *A propos d'un cas de scleroderma pigmentosum.* — Victor Renard : *Tumeurs intracraniennes chez l'enfant.* — Edmond Mulliez : *Contribution à l'étude de la séméiologie abdominale, le balancier gastrique.* — Henri Théron : *Contribution à l'étude des niches gastriques de grandes dimensions.* — Fernand Rivet : *Scarlatine et fièvre ganglionnaire.* — Michel Verlaeghe : *L'embolie pulmonaire, pathogénie de la trombose post-opératoire.* — Jacques Boulanger : *La convulsivothérapie et les troubles du caractère des épileptiques.* — Charles Ponche : *Contribution à l'étude des cridochoroïdites suppurées au cours des infections chirurgicales aiguës.* — Jules Voutiers : *L'anesthésie de base en ophtalmologie.* — Henri Maes : *Les examens radiologiques en salle éclairée, avantages de l'éclairage localisé sous l'écran pour les interventions radio-chirurgicales.* — Léandre Béra : *Sur le traitement hormonal des hémorragies fonctionnelles.* — Emile Croizé : *La phlébite des veines azygos.* — Paul Dussaussoy : *Contribution à l'étude clinique de la myasthénie bulbo-spinale maladie d'Erb-Goldflan et de certaines formes de début.* — Jean Salembier : *Résection du carrefour aortique.* — Jacques Berthon : *Etude analytique de certaines modifications organiques observées dans une collectivité d'adultes après un stage d'éducation physique.* — Roger Masson : *La part du toxique et de l'infection dans l'agranulocytose.* — Jean Roussel : *Les sarcomes de l'intestin grêle.* — Paul Weber : *Monographie de l'aerosoudeur.* — Marcel Héraud : *L'injection intrapéritonéale de novocaïne dans le traitement de quelques syndromes douloureux abdominaux.* — Jean Leborgne : *Etiologie et traitement général du psoriasis (Revue générale).* — Daniel Hodin : *Contribution à l'étude des contre-indications à la pratique des exercices physiques et aux sports.* — Robert Druesne : *Intoxication par le methanol.* — Mme Wilk : *Contribution à l'étude de la leucose à plasmocytes.* — Gilette Fontaine : *Intoxication par le trichloréthylène.* — René Hentges : *Les affections des membres supérieurs provoquées par les marteaux pneumatiques.* — Francis Mollet : *Les traumatismes fermés des nerfs périphériques.* — André Michel : *Contribution à l'étude physio-pathologique de la novocaïnisation endoveineuse.* — Albert Lenclud : *Une technique de centrage de la tête fémorale dans les luxations congénitales de la hanche.* — Paul Grauwin : *Les avantages de l'arthrographie dans le traitement des luxations congénitales de la hanche.* — Eugène Tellier : *Essai d'un traitement de certaines infections à pyogènes par le sulfamide associé au bouillon de Delbet.* — Louis de Berny : *Contribution à l'étude de la migraine ophtalmologique.* — Léonce Wémeaux : *Contribution à l'étude du traitement du cancer de la vessie.* — Mme Wémeaux : *L'incontinence d'urine orthostatique chez la femme adulte.* — Fernand Vermesch : *Le traitement de certains œdèmes chroniques des membres inférieurs.* — Lucien Bradier : *Contribution à l'étude des cachexies hypophysaires.* — Léon Dumont : *Résection diaphysaire dans les tumeurs bénignes des os chez l'enfant.* — Mlle Germaine Dubuisson : *Contribution à l'étude des communications œsophage pleurales.* — Paul Houlne : *Etude sur l'état actuel du problème de la stérilité féminine.* — Louis Darras : *Les traitements modernes de la diphtérie maligne chez l'enfant.* — Denise Belbenoit : *Contribution à l'étude de la chirurgie du nerf vertébral dans les troubles physiopathiques du membre supérieur.* — Marcel Delernelle : *Contribution à l'étude de l'aspect du fond de l'œil au cours des hémorragies digestives.* — Stéphane Guisnet : *Résultats de l'aspiration forcée continue dans les pleurésies purulentes non tuberculeuses.* — André Colpin : *Les intoxications par les phosphates de crésyl.* — Marcq le Thierry d'Ennequin : *Le tempérament nerveux, étude psycho-physiologique.* — André Louf : *A propos d'un cas de tuberculose du duodénum traité par gastro-duodénectomie.* — Raymond Dermoncourt : *Recherches sur la vitesse circulatoire au cours de la grossesse.* — Gustave Lemaire : *Contribution à l'étude du traitement des arthrites chroniques de la hanche par la section des nerfs obsturateurs.*

Marseille

Année scolaire 1943-1944. — M. Fr. Santamaria : *Contribution à l'étude des infarctus. A propos de 4 cas.* — Mlle M.-Th. Santini : *Sur la réserve alcaline chez les diabétiques traités par la sulfamidothérapie.* — M. P. Sbragia : *Une épidémie de fièvre typhoïde à La Ciotat* (Mai-Août 1943). — M. J. Scarbonchi : *Considération sur le problème étiologique de la stérilité secondaire ; antécédents obstétricaux ; lésions tubaires et avortements antérieurs.* — M. Henri Serment : *Contribution à l'étude de la conduite dans les kystes de l'ovaire compliquant l'état gravido-puerpéral.* — M. Jean Sonmaille : *Contribution à l'étude de la novocaïne intraveineuse dans la tuberculose pulmonaire et en particulier de son action sur quelques syndromes fonctionnels.* — M. Jean Taranger : *Quelques considérations sur la médecine de captivité.* — M. Roger Tardy : *Recherches sur l'acuité des simulateurs.* — M. René Teychéne : *Contribution à l'étude de la biologie des poux.* — M. Roger Thuillier : *De l'influence des avortements sur les fécondations utérines.* — M. Pierre Tristani : *Contribution à l'étude et au traitement du phréno-cardiospasme par l'opération de Heller.* — M. Xavier Verdoui : *A propos du traitement des phlegmons des gaines ... lales.* — M. Pierre Veranaz : *Invagination de l'intestin grêle dans les cas de tumeur maligne.* — M. Jean Vidal : *Contribution à l'étude des chorées d'Huntington.*

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

Le gérant : F. Thomas.

Imprimé par l'Ancne Imprimerie de la Cour d'Appel, 1, rue Cassette, à Paris (France).

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées aux Périodiques, la Direction scientifique de La Presse Médicale *a dû fixer à 4 colonnes maximum l'étendue des mémoires originaux. Tout manuscrit dépassant cette étendue sera retourné à son auteur.*

LE BOTULISME MALADIE NERVEUSE

PAR MM.

Th. ALAJOUANINE, R. THUREL et L. DURUPT

(Paris)

Le botulisme, nous le connaissions de nom, mais les notions que nous avions sur lui étaient des plus restreintes, juste ce qu'il fallait pour le reconnaître, lorsque nous nous sommes trouvés aux prises avec lui en 1943. Le botulisme mérite de prendre place parmi les maladies nerveuses et de retenir l'attention des neurologistes ; pour le prouver, nous ne saurions mieux faire que de rapporter notre première observation et les réflexions qu'elle nous a suggérées.

Observation. — Mme Journ... mange au repas de midi, le 31 Août 1943, un poulet qu'elle avait elle-même mis en conserve dans un bocal dix jours auparavant, alors qu'il était déjà faisandé, et présente dans l'après-midi quelques vomissements et un court épisode diarrhéique. Dès le lendemain matin, sécheresse de la bouche et dysphagie, vision brouillée et impossibilité de lire, asthénie et fatigabilité à la marche, tous ces troubles s'accentuant pour atteindre rapidement leur maximum.

Lors de notre premier examen, le 5 Septembre, la symptomatologie est au grand complet :

Ptosis bilatéral et paralysie des globes oculaires dans toutes les directions ; pupilles en mydriase et ne réagissant pas à la lumière ; paralysie de l'accommodation rendant difficile l'appréciation exacte de l'acuité visuelle, qui est approximativement de 5/10 à droite et de 2/10 à gauche ; fond d'œil normal ; léger dépoli de la cornée droite.

Sécheresse de la bouche ; déglutition impossible tant pour les liquides que pour les solides, bien que la motilité, la sensibilité et la réflectivité du voile et du pharynx soient conservées. Voix rauque, mais sans trouble de la motilité laryngée.

Paralysie des membres inférieurs prédominant sur les muscles de la racine et le quadriceps, avec abolition des réflexes rotuliens et conservation des achilléens et des cutanés plantaires ; parésie de la racine des membres supérieurs avec diminution du réflexe stylo-radial. Réaction de dégénérescence partielle diffuse des muscles des membres. Intégrité des sensibilités cutanée et musculaire.

Rétention des urines et distension vésicale avec incontinence par regorgement, notamment à l'occasion de la toux ; évacuation de 550 cm^3 d'urines par sondage.

Constipation.

Pouls à 92 ; tension artérielle : 10-7 ; respiration non perturbée ; apyrexie.

Traces d'albumine dans les urines et 0 *g*. 20 d'urée dans le sang ; pas de modifications hématologiques ; liquide céphalo-rachidien normal : 0 *g*. 20 d'albumine et 0,6 élément par millimètre cube.

Dès le 6 Septembre, traitement par l'anatoxine botulique (2 cm^3) et le sérum antibotulique (40 cm^3 de sérum A et B le premier jour et 20 cm^3 de sérum B les cinq jours suivants) ; par ailleurs, prostigmine et strychnine.

A partir du 11 Septembre, après être resté jusque-là stationnaire, l'état de la malade ira en s'améliorant.

Les mictions sont de retour, mais nécessitent la mise en œuvre des muscles abdominaux.

Les paralysies oculo-palpébrales et la mydriase paralytique disparaissent en quelques jours, mais la paralysie de l'accommodation mettra trois semaines pour guérir.

Les troubles bucco-pharyngés sont plus tenaces. La dysphagie persiste aussi complète qu'aux premiers jours jusqu'au 30 Octobre, puis cède après cinq jours de traitement par l'ésérine ; nous avons eu tout le loisir de l'étudier dans le but d'en préciser le mécanisme : nous reviendrons plus loin sur les constatations qu'il nous a été donné de faire à la radioscopie et à l'œsophagoscopie. Entre temps, à trois reprises, le 17 et le 30 Septembre et le 23 Octobre, la malade a présenté une parotidite, qui chaque fois a rétrocédé en quelques jours avec les sulfamides. Signalons encore un épisode vertigineux avec nystagmus dans le regard latéral et vomissements bilieux dans lesquels on n'a pas trouvé d'acide chlorhydrique libre.

Les troubles parétiques des membres ne se sont atténués qu'à la longue et en Avril 1944 on note encore une diminution de la force des muscles de la racine des membres inférieurs, une atrophie des quadriceps et une abolition des réflexes rotuliens.

De cette observation nous avons essayé de tirer tout le parti possible, tant pour le diagnostic que pour la compréhension de la maladie.

La plupart des troubles offrent des particularités qu'il importe de souligner.

Au premier plan sont *les troubles bucco-pharyngés*, sécheresse de la bouche et dysphagie pouvant aller jusqu'à l'aphagie, et, mieux que tout autre, ils caractérisent le botulisme. La dysphagie est, ici, d'une intensité telle que rien ne passe, ni solides, ni liquides, et son mécanisme n'a rien de commun avec celui des autres dysphagies. La sécheresse de la bouche, qui ne va pas sans s'accompagner d'une sensation de constriction pharyngée, est incriminée volontiers, bien qu'elle ne puisse à elle seule rendre compte d'un tel trouble. On n'observe pas la répulsion qui caractérise l'hydrophobie de la rage et du tétanos, où la moindre tentative pour boire déclenche des spasmes très pénibles. Le voile du palais et le pharynx ne sont ni paralysés, ni anesthésiés, et leurs réflexes sont conservés ; et même si le voile était paralysé, comme cela peut se voir dans le botulisme, l'aphagie ne saurait lui être attribuée. C'est l'œsophage qui est responsable de l'aphagie, ainsi que nous avons pu le constater à la radioscopie. Le premier temps de la déglutition s'effectue normalement, mais la bouillie barytée s'arrête à l'extrémité supérieure de l'œsophage ; le pharynx n'est pas paralysé, car à chaque secousse de toux, à chaque nausée provoquée par la présence de la bouillie, ses parois se rapprochent et aboutissent au reflux d'une partie de celle-ci dans la bouche. Rien ne passe dans l'œsophage ou seulement de très petites quantités, qui glissent lentement le long des parois sans qu'aucun mouvement péristaltique n'intervienne. Une œsophagoscopie (M. Aubry) met en évidence une hypotonie de l'œsophage ; la bouche de celui-ci se ferme dès que le tube est retiré. Un nouvel examen radioscopique a été pratiqué après guérison : chaque gorgée de bouillie barytée passe immédiatement dans l'œsophage et parcourt rapidement celui-ci d'un bout à l'autre, sans marquer le moindre temps d'arrêt. Ainsi la fonction de l'œsophage, tout au moins en position verticale, est de livrer passage au liquide, qui tombe presque en chute libre ; que l'œsophage soit paralysé et il ne s'ouvrira pas pour laisser passer la bouillie barytée.

Avant nous, Worms et Gaud ont fait des constatations de même ordre et sont arrivés aux mêmes conclusions. La dysphagie de leur malade n'est pas complète, puisque le liquide tombe d'un seul coup du pharynx jusqu'au cardia pour pénétrer ensuite dans l'estomac sans difficultés, mais la bouillie bismuthique, déglutie normalement, reste adhérente aux parois de l'œsophage, dont elle dessine la forme ; aucun mouvement péristaltique ne se produit. C'est en se basant sur cette absence de péristaltisme que les auteurs attribuent la dysphagie du botulisme à une paralysie de l'œsophage.

Après les troubles bucco-pharyngés viennent *les manifestations oculaires*. La paralysie de l'accommodation et la mydriase paralytique l'emportent par leur fréquence, leur précocité et leur durée sur les paralysies oculaires ; lorsque celles-ci existent au grand complet, comme dans notre observation, elles constituent un bon élément de diagnostic, car il est peu de maladies capables de donner une ophtalmoplégie bilatérale intrinsèque et extrinsèque.

La constipation, qui fait immédiatement suite à la courte réaction diarrhéique initiale et persiste tant que la maladie ne s'améliore pas, n'est pas un symptôme banal et permet de conclure à une paralysie intestinale.

La rétention d'urines, en l'absence de troubles sensitifs, ne peut s'expliquer que par une paralysie de la vessie, comparable à celle du tube digestif ; l'incontinence par regorgement du trop plein vésical, notamment à l'occasion de la toux, s'explique par la paralysie du sphincter. Si la rétention d'urines n'est pas fréquente, il n'en est pas de même de la dysurie, que l'on trouve signalée dans la plupart des observations et qui n'est sans doute qu'une forme atténuée de rétention. Quant aux cas avec anurie, ils demandent confirmation : avant d'admettre qu'il y a anurie, il est indispensable de s'assurer de l'absence de rétention vésicale.

Les paralysies des membres occupent dans notre observation une grande place, et par leur importance et par leur durée ; elles prédominent à la racine, laissant l'extrémité relativement indemne ; c'est ainsi que les réflexes rotuliens sont abolis, alors que les achilléens sont conservés. Nous n'avons rien trouvé de tel dans la littérature médicale, hormis un cas de Vernieuwe, où il est noté que seuls les réflexes rotuliens sont supprimés ; mais tous les malades ont-ils été soumis à un examen neurologique et derrière l'asthénie ou la lassitude persistante, signalée dans nombre d'observations, n'y a-t-il pas des phénomènes parétiques, dont la topographie n'a pas été étudiée ? Aussi n'avons-nous pas hésité à faire état de notre observation et à admettre que les paralysies des membres font partie de la symptomatologie du botulisme et que celles-ci ont une prédilection pour les racines.

Bientôt à notre première observation devaient s'en ajouter deux autres en tous points semblables, même groupement symptomatique et même prédilection des paralysies pour les racines des membres inférieurs et supérieurs, avec abolition des réflexes rotuliens et conservation des achilléens; aussi nous dispenserons-nous de les rapporter.

Etant données les particularités offertes par la plupart des symptômes, il n'est pas nécessaire pour le DIAGNOSTIC du botulisme que le tableau clinique soit au complet ; les formes atténuées, moins riches en symptômes, n'en sont pas moins faciles à identifier puisqu'elles comportent au minimum des troubles bucco-pharyngés, sécheresse de la bouche et dysphagie, et que ceux-ci sont les plus caractéristiques.

La confusion avec la *diphtérie* compliquée de paralysies ne résiste pas à un examen tant soit peu approfondi. Au lieu de vouloir à tout prix trouver des analogies jusqu'à comparer aux fausses membranes de la diphtérie les mucosités glaireuses qui tapissent le pharynx dans le botulisme, il est préférable de souligner les différences. La paralysie du voile, qui est de règle dans la diphtérie et constitue le trouble principal, est signalée dans le botulisme, mais elle n'y est pas fréquente et ne saurait en tout cas rendre compte de l'aphagie. La paralysie de l'accommodation est commune aux deux maladies, mais il n'en est pas de même de la mydriase paralytique et des paralysies oculaires, qui ne s'observent guère dans la diphtérie. Les paralysies diphtériques des membres prédominent plutôt aux extrémités et ne vont pas sans s'accompagner de troubles des sensibilités cutanée et musculaire. La rétention d'urines par paralysie vésicale et la constipation n'appartiennent pas à la symptomatologie de la diphtérie, mais seulement à celle du botulisme. Par ailleurs on peut espérer, même tardivement, trouver des bacilles diphtériques dans la gorge, ce qui simplifie le diagnostic.

L'intoxication par l'atropine, qui donne tout au plus une sécheresse de la bouche et une mydriase avec paralysie de l'accommodation, ne prête à confusion qu'avec les formes frustes du botulisme ; outre les données de l'enquête étiologique, l'existence de troubles psychiques dans l'intoxication atropinique rend la discrimination facile.

Il est une autre maladie capable de réaliser le

même groupement de symptômes que le botulisme, c'est *la myasthénie-bulbo-spinale*, mais ici l'évolution n'est pas la même et la confusion ne résiste pas à l'analyse des différents troubles ; c'est ainsi, notamment, que les paralysies oculaires ne portent que sur la musculature extrinsèque, et cela suffit pour caractériser la myasthénie.

Le tableau clinique du botulisme, qui d'un cas à l'autre ne varie guère que par le nombre et l'intensité des symptômes, offre donc des particularités qui le rendent pathognomonique, et il est heureux qu'il en soit ainsi, car il ne faut pas trop compter sur les recherches étiologiques.

Divers aliments sont susceptibles d'être contaminés par le *Bacillus botulinus*, non seulement les gros boudins du Wurtemberg, mais également les saucisses, le jambon fumé, les poissons fumés, le confit d'oie ou de poulet, et même les conserves de légumes. Ils ont tous en commun de ne pas être frais et de ne pas avoir été cuits avant d'être mangés. Bien souvent rien dans l'aspect, le goût et l'odeur de l'aliment ne vient indiquer que celui-ci est contaminé ; tout au plus lui reconnaît-on une odeur de beurre rance.

Seule la multiplicité des victimes ne laisse aucun doute sur la réalité de l'intoxication alimentaire.

Il ne faut pas compter sur la découverte de l'agent pathologique dans les selles du malade ; une seule fois Legroux a pu mettre en évidence des spores.

Le *Bacillus botulinus* doit être recherché dans l'aliment contaminé ; c'est à l'intérieur de celui-ci qu'il se multiplie et produit sa toxine. Il ne se développe pas dans l'organisme et n'agit que par la toxine préformée dans l'aliment ; le botulisme n'est pas une toxi-infection, mais une intoxication, et comme tel ne comporte pas d'incubation et atteint d'emblée son maximum d'intensité, qui est proportionnel à la quantité de toxine ingérée.

A quel niveau du tube digestif et comment s'effectue la pénétration de la toxine dans l'organisme ? Par quelle voie arrive-t-elle jusqu'au système nerveux ? Ce sont là des problèmes qui ne sont pas dénués d'intérêt, mais nous laissons à d'autres le soin de les résoudre. Ce qui nous importe, à nous neurologistes, c'est le neurotropisme de la toxine botulinique et son affinité pour certaines parties seulement du système nerveux. L'électivité est double :

D'une part, et au premier plan, le parasympathique, tant pelvien que cranien, comme en témoignent la paralysie de l'accommodation et la mydriase paralytique, la sécheresse de la bouche, la dysphagie œsophagienne, la constipation, la rétention d'urines par paralysie vésicale ;

D'autre part les neurones moteurs périphériques des globes oculaires et des membres, surtout ceux des muscles des racines. Cette prédilection pour certains groupes de muscles fonctionnellement associés et l'absence de troubles sensitifs sont en faveur d'une atteinte directe des neurones et non des gaines des nerfs, car on ne conçoit guère une atteinte élective des gaines de tel ou tel groupe de neurones ; aussi est-il préférable de s'abstenir du terme polynévrite pour désigner les paralysies du botulisme.

L'intérêt de toutes ces déductions concernant la pathogénie de la maladie et la physiopathologie des symptômes n'est pas seulement théorique, mais pratique. S'il est bien prouvé que le *Bacillus botulinus* ne se développe pas dans l'organisme et n'agit que par la toxine préformée dans l'aliment, seule pourrait avoir quelque efficacité une antitoxine, et encore faudrait-il que celle-ci pénètre jusqu'aux éléments nerveux sur lesquels la toxine est fixée. L'anatoxine, qui vise à vacciner l'organisme pour le mettre à l'abri de nouvelles agressions, n'a pas de raison d'être dans une maladie où tout le mal est fait du premier coup.

On peut espérer atténuer les troubles, tout au moins ceux qui sont liés à l'atteinte du parasympathique, par un traitement physiopathologique.

On voit par ces quelques déductions tirées de nos observations tout l'intérêt que présente pour les neurologistes le botulisme, maladie nerveuse, et pourtant il n'en est pas question dans nos livres. Nous avons cherché ailleurs et pour commencer nous ne pouvions mieux faire que de remonter à la source, c'est-à-dire aux travaux d'Ermengem, à qui nous devons la découverte du *Bacillus botulinus*. Nous avons eu l'agréable surprise d'y trouver, outre l'identification bactériologique de la maladie, une étude très poussée de sa pathogénie. Van Ermengem démontre que l'agent pathogène n'est pas le bacille lui-même mais sa toxine et que celle-ci est préformée dans l'aliment, et il localise les lésions dans la substance grise de la moelle épinière et des noyaux du bulbe et de la protubérance. Par ailleurs il ne manque rien à la description qu'il donne de la maladie et l'ensemble des manifestations cliniques lui paraît à ce point caractéristique qu'il en fait un syndrome, le syndrome botulinique.

Nos constatations et déductions concernant la pathogénie du botulisme ne font donc que confirmer celles de Van Ermengem, mais elles ne sont pas de trop, car, entre temps, d'autres opinions ont été émises ; c'est ainsi que plusieurs auteurs ont soutenu que les lésions nerveuses ne sont pas dues à l'action directe de la toxine, mais sont secondaires à des thromboses des vaisseaux basilaires.

Pour ce qui est du syndrome botulinique, nous avons contribué à le rendre plus pathognomonique encore en montrant que la dysphagie du botulisme, conformément à l'opinion déjà soutenue par Worms et Gaud, relève d'une paralysie de l'œsophage et se distingue ainsi des autres dysphagies, que la rétention d'urines est due ici non à l'anesthésie mais à la paralysie de la vessie, que la paralysie des membres prédomine à la racine et prend de ce fait une plus grande signification.

TRACHÉO-BRONCHITE HÉMORRAGIQUE ET TUBERCULOSE GANGLIO-PULMONAIRE

PAR MM.

A. DUFOURT, P. MOUNIER-KUHN et L. VILLARD

(Lyon)

Le 10 Juillet 1943, à l'une des réunions temporaires de la Société d'Etudes Scientifiques sur la Tuberculose qui furent tenues à Lyon, nous relations trois observations d'hémoptysies d'origine bronchique (1) survenues sans lésion pulmonaire apparente chez des jeunes femmes. L'une d'elles était en pleine période de primo-infection ; les deux autres, infectées de façon latente depuis quelques années déjà, présentaient pour toute séquelle des ganglions trachéo-bronchiques d'assez gros volume. La tomographie et la bronchoscopie affirmaient leurs relations étroites avec les conduits aériens.

Dans un travail paru dans le *Journal de Médecine de Lyon*, le 20 Décembre 1943 (2), nous réunîmes quelques autres observations lyonnaises comparables dues à Cordier, Mounier-Kuhn et Vincent (3), Garmier (4), Froment, Brun et Sprecher (5), Mounier-Kuhn et Galy (6), Croizat (7), etc. Depuis cette date, nous avons eu à nouveau l'occasion de rencontrer d'autres cas analogues, chez des femmes envoyées à la Clinique de la Tuberculose parce qu'elles avaient craché du sang. Si bien que de telles hémoptysies ne sauraient plus être considérées comme d'exceptionnelles raretés. Disons de suite, en effet, qu'elles peuvent se rencontrer :

Soit au cours ou au début de la primo-infection de l'adulte ou de l'enfant;

Soit à un stade plus tardif durant la période secondaire avancée;

Soit en période tertiaire, qu'il s'agisse de tuberculose fibro-caséeuse évolutive, de tuberculose fibreuse, ou même de sujets cliniquement indemnes de lésions mais chez qui les procédés d'investigation moderne caractérisent des ganglions fibreux ou calcifiés plaqués contre la trachée ou les grosses bronches.

Les lésions qui saignent ont été découvertes il y a peu de temps grâce à la bronchoscopie. Les premiers auteurs qui les ont signalées ont été d'abord tentés d'y voir une maladie autonome tout à fait distincte de la tuberculose. Et, en fait, il ne s'agit évidemment pas de lésions spécifiquement tuberculeuses. Mais il semble bien que ces plages de trachéo-bronchite qui saignent par moment, et tout spécialement, semble-t-il, lors des périodes menstruelles, ne soient point sans relation étroite de causalité avec l'infection tuberculeuse dans un assez grand nombre de cas.

Si nous nous reportons aux publications antérieures nous voyons que différents auteurs se sont intéressés au processus des hémorragies trachéales et bronchiques mais en les comprenant de façon non univoque.

Mantchik (8), en 1922, disait en avoir relevé une dizaine d'observations dans les littératures italienne et allemande. Les cas les plus anciens sont ceux de Massei (1893), Pisenti (1899), Avellis (1901), de Rosa (1903). Il s'agissait de lésions de la partie haute de la trachée et l'on parlait de « vénectasies superficielles ». Une observation de Gidionsen, 1901 (9), mérite d'être classée à part, car elle concerne un cas de mort par hémoptysie due à une ulcération tuberculeuse importante ayant érodé un vaisseau de la trachée.

Freystadtl (10), en 1920, puis en 1924, apporte une contribution personnelle de cas nouveaux qu'il étudia à l'aide du miroir laryngé. Bien que n'établissant pas dans ses articles de rapport entre ces hémorragies et la tuberculose, il stipule cependant que l'un de ses malades était un tuberculeux pulmonaire avéré, et un autre un tuberculeux pulmonaire en cours d'évolution.

En 1930, Soulas (11), à propos de 9 hémoptysies trachéales étudiées par voie endoscopique, décrit minutieusement l'aspect des lésions et leur localisation, ainsi que les conditions dans lesquelles elles se présentent. Il précise qu'il ne s'agit pas de tuberculose et que l'identification de telles zones de trachéite hémorragique à la bronchoscopie constitue un argument permettant d'éliminer l'origine tuberculeuse de l'émission sanguine. Puis Louis Leroux (12), en 1932, avec 4 observations nouvelles, crée le mot d'épistaxis trachéal qui depuis a fait fortune. Mounier-Kuhn (13), la même année, réunit 9 observations et envisage la question sous le même angle que Soulas et Leroux. Il inspire la thèse de Garmier où la trachéo-bronchite hémorragique fait figure de maladie autonome.

La chose en était là, quand, en 1936, Cordier, Mounier-Kuhn et Vincent observèrent des hémorragies trachéales récidivantes chez un homme de 27 ans. Ils notèrent les relations étroites d'une zone de trachéite avec un gros ganglion tuberculeux calcifié. Deux ans plus tard, Froment, Brun et Sprecher rapportaient à leur tour un exemple exactement analogue chez un homme de 32 ans. D'autre part, Fleischner (14), en 1937, publiait un travail où étudiant toute lésion pulmonaire, il plaçait les hémoptysies de 4 malades sous la dépendance de ganglions para-trachéo-bronchiques hypertrophiés et enflammés, situés directement contre les conduits aériens. Cohen et Wessler (1939) faisaient, en Amérique, la même remarque (15).

Si bien que, après avoir repoussé toute origine tuberculeuse, on en était arrivé à admettre des relations indirectes entre de telles hémoptysies et l'atteinte tuberculeuse des ganglions du médiastin. Mais l'évolution des idées devait encore se poursuivre. En effet, dans la thèse de Bertrand [Lyon, 1940] (16), Mounier-Kuhn et Galy relataient l'histoire d'un tuberculeux atteint d'infiltrat précoce évolutif et chez lequel la bronchoscopie permettait d'affirmer l'origine trachéale de l'hémoptysie. En 1941, les mêmes auteurs apportaient trois documents du même ordre. Enfin Dufourt, Mounier-Kuhn et Villard montraient, en 1943, que de telles

hémoptysies se rencontraient non pas seulement chez des tuberculeux pulmonaires fibro-caséeux ou fibreux, mais aussi au cours des périodes primaire et secondaire de l'affection.

Ainsi la trachéo-bronchite hémorragique se présente cliniquement dans bien des cas comme un syndrome qui relève de l'obédience tuberculeuse. Loin qu'elle autorise à établir une barrière contre une tuberculose éventuelle, elle oblige au contraire le phtisiologue à se demander d'abord si la lésion trachéale observée n'est pas un simple témoin de lésions ganglionnaires ou médiastinales en relation directe avec une infection tuberculeuse ancienne ou récente.

Les faits actuellement observés prouvent de façon sûre que l'hémoptysie trachéo-bronchique peut se rencontrer à tous les stades de la maladie tuberculeuse. Il semble toutefois que durant la primo-infection le syndrome soit exceptionnel. Nous en avons eu un exemple bien net. Chez une jeune femme récemment contaminée, la tomographie situait un énorme ganglion frais, non calcifié, dans l'angle de la trachée et de la bronche-souche gauche. Ce ganglion repoussait la partie inférieure de la trachée et le refoulement était assez marqué pour cacher la bifurcation trachéale et sténoser la bronche. L'un de nous se rappelle en outre avoir vu deux cas d'hémoptysie légère au cours d'une primo-infection chez de jeunes enfants : il est probable que pareil mécanisme devait être incriminé, mais le contrôle endoscopique ne put être effectué.

Plus tard, et sans doute avec une fréquence déjà plus grande, de telles émissions sanguines s'observeront durant la période secondaire. A cette époque les ganglions seront calcifiés, comme dans deux observations personnelles. Enfin lorsque chez un tuberculeux tertiaire confirmé ou latent, évolutif ou non, surviendra une hémoptysie qui ne trouvera pas son explication dans l'état du poumon, il sera nécessaire de penser au syndrome de la trachéo-bronchite hémorragique. La tomographie et la bronchoscopie devront intervenir, l'une cherchant les ganglions, l'autre découvrant la plage congestive située en regard.

On en arrive à se demander si une partie des hémoptysies considérées comme appartenant au domaine de la tuberculose abortive (hémoptysies dites sans lendemain) ne ressortit pas au syndrome que nous étudions ici. Toutes ces hémoptysies ont des caractères identiques.

En effet, l'hémoptysie de la trachéo-bronchite est presque constamment une hémoptysie inopinée, peu abondante, composée de sang rutilant et non aéré. Elle survient et s'arrête brusquement. Il n'y a pas de « queue d'hémoptysie ». L'incident surgit en pleine santé, ne s'accompagne d'aucun signe fonctionnel ou général, d'aucune élévation thermique. Il n'y a, faut-il le dire, aucun signe d'auscultation et les radiographies pulmonaires demeurent inchangées ? Chez les femmes, les hémoptysies surviennent avec une grande électivité au moment des périodes menstruelles. Nous les avons vues récidiver à ce moment, parce que les plages de trachéite se congestionnent plus fortement.

De telles plages ne saignent pas toujours spontanément. C'est ainsi que chez une Sœur hospitalière où la radiographie nous révéla un énorme ganglion calcifié long de 5 cm., plaqué contre la face antéro-externe droite de la trachée, nous vîmes à l'endoscopie, au niveau du ganglion, une zone de congestion très nette qui saigna légèrement à la pression du porte-mèchette, mais qui cependant n'avait jamais encore suscité d'hémoptysies.

Les lésions aperçues au bronchoscope nous retiendront peu, car elles ont déjà été maintes fois décrites et spécialement par Soulas. Il s'agit de petites plages souvent isolées, à contour imprécis et dégradé, où la muqueuse, un peu épaissie et infiltrée, est fortement hyperémiée et plus sombre que la muqueuse avoisinante. Le porte-mèchette revient facilement teinté de sang. A une date ultérieure l'aspect des plages est moins congestif et l'on distingue des arborisations vasculaires fragiles immédiatement sous-épithéliales. Plus loin encore de la poussée hémorragique, il nous est arrivé de voir des plages d'aspect scléro-cicatriciel. C'est à ce moment que sur un fond blanc ou gris à peine rosé se voient le mieux les néo-vaisseaux avec leurs sinuosités et leur enchevêtrement. Ces plages se localisent avec une grande électivité sur les deux versants de l'éperon trachéal, moins souvent à la partie inférieure de la trachée, plus rarement encore à l'origine de la trachée thoracique ou au niveau d'un éperon inter-bronchique. Il y a parfois plusieurs localisations simultanées.

Les plages congestives paraissent en relation directe avec une inflammation de la paroi des conduits aériens suscitée par le processus adhérentiel et la médiastinite fibreuse apparus lors de la tuberculisation des ganglions immédiatement voisins, et développée ultérieurement à des dates qui varient avec les sujets. Il semble bien que dans la majorité des cas il y ait plutôt coexistence de lésions tuberculeuses abortives, fibreuses, cliniquement latentes que de lésions véritablement évolutives.

Quoi qu'il en soit, la connaissance de ce curieux syndrome est d'un très haut intérêt. Elle apporte un élément nouveau au chapitre si souvent remanié de la pathogénie des hémoptysies chez les tuberculeux pulmonaires. Tout en ajoutant à sa complexité, elle rehausse la part de ces processus indirects dont Bezançon a si heureusement montré à maintes reprises la valeur et la diversité au cours de l'infection tuberculeuse en général.

BIBLIOGRAPHIE

(1) A. Dufourt, P. Mounier-Kuhn et L. Villard : Sté d'Et. Sc. s. la Tub., réunion de Lyon. *C. R.*, n° 5, 567-574. — (2) A. Dufourt P. Mounier-Kuhn et L. Villard : *J. de Méd. de Lyon*, 20 Décembre 1943, n° 575, 815-825. — (3) V. Cordier, P. Mounier-Kuhn et D. Vincent : *Sté méd. Hôp. Lyon*, 10 Novembre 1936 ; V. Cordier et P. Mounier-Kuhn : *La Presse Médicale*, 6 Juillet 1938, n° 54, 1065-1068. — (4) H Garmier : Les hémorragies trachéales. *Thèse de Lyon*, 1934. — (5) J. Froment, J. Brun et R. Sprecher : *Sté méd. Hôp. Lyon*, 28 Juin 1938. — (6) P. Mounier-Kuhn et P. Galy : Sté d'Et. Sc. s. la Tub., réunion de Lyon. *C R.* n° 1, 41-45. — (7) P. Croizat, P. Mounier-Kuhn, L. Roche et J. Feroldi : *Sté méd. Hôp. Lyon*, 9 Novembre 1943. — (8) Mantchik : *Rev. de la Tuberculose*, 1922, n° 7, 573-576. — (9) Gidionsen : *Münch. med. Woch.*, 1901, 42. — (10) Freystadtl : *Berl. klin. Woch.*, 1920, n° 27, 638-641 ; *Monatschr. f. Ohrenh.*, 1924, n° 6. — (11) A. Soulas : *Annales de Médecine*, Octobre 1930, **28**, n° 3, 382-394. — (12) Louis Leroux : *Sté de méd. Paris*, 25 Juin 1932. *Sté O.-R.-L. Lyon*, 2 Décembre 1932 ; *Broncho-Œsophago-Gastroscopie*, Janvier 1934, n° 1, 83-87. — (13) P. Mounier-Kuhn : *Sté O.-R.-L. Lyon*, 2 Décembre 1932; *O.-R.-L Int.*, Avril 1933, 247-258. — (14) Fleischner : *Wien. klin. Woch.*, 1937, n° 24, 929-931. — (15) Cohen et Wessler : *Archives of internal Medecine*, 1939, **63**, 1132-1157. — (16) P. Bertrand : Contribution à l'étude des hémorragies trachéales chez les tuberculeux fibreux. *Thèse de Lyon*, 1940.

QUESTIONS D'ACTUALITÉ

PIED D'IMMERSION

(SYNDROME DE WHITE)

J. White, ayant observé de nombreux rescapés de sinistres maritimes, constata chez certains d'entre eux des troubles circulatoires des membres inférieurs, qu'il décrivit sous le nom de : « Syndrome douloureux des extrémités des naufragés ».

Webster, Woolhouse et Johnson, Ungley l'ont retrouvé, et, dans la littérature anglo-saxonne, ce syndrome est actuellement connu sous le nom de : « foot immersion ».

Il résulte, en effet, de l'immersion prolongée des extrémités dans l'eau. Il s'observe chez des naufragés qui se sont trouvés dans des bâteaux prenant l'eau, ou qui sont restés assis au bord de radeaux les jambes pendantes. S'il est plus fréquent chez des rescapés des eaux froides d'hiver de l'Atlantique Nord, il se rencontre aussi chez les victimes des eaux réchauffées par le Gulf Stream des latitudes sud.

L'immersion dans l'eau plus ou moins froide est le facteur étiologique capital, mais d'autres facteurs sont adjuvants : la déclivité prolongée des extrémités, l'immobilité forcée sur des bateaux ou radeaux surchargés, la constriction par les chaussures. Le syndrome apparaît plus souvent, et sous des formes plus sévères, quand l'immersion a été prolongée, et quand elle s'est compliquée de refroidissement par des vents froids. Certains sujets paraissent plus exposés : les naufragés ayant souffert du mal de mer ou de la famine, les indigènes des pays chauds.

Ce sont les naufragés au-dessous de 17 ans et au-dessus de 40 ans qui sont les plus atteints.

Dans ses formes mineures, le pied d'immersion se caractérise par un érythème simple, ou un œdème érythémateux. Des phlyctènes, des taches ecchymotiques peuvent encore apparaître.

Dans sa forme complète, le pied d'immersion ressemble beaucoup au pied de tranchée.

Après un certain temps d'immersion, les extrémités inférieures deviennent insensibles. Le naufragé a parfois l'impression du pied : « en bois », de la marche : « dans le coton ». Les pieds gonflent et la peau devient d'un blanc cireux, marbré de taches bleues. Le mollet est le siège de crampes, mais les douleurs manquent encore le plus souvent. Une fois le rescapé soustrait à l'immersion, l'évolution dépendra de la gravité des lésions, de leur ancienneté et de la qualité du traitement apporté, mais dans les cas typiques l'évolution se fait en trois stades étiquetés par White : préhyperémique, hyperémique et posthyperémique.

Le stade préhyperémique ou mieux ischémique peut durer quelques heures ou plus (White, Ungley). Les extrémités restent froides, gonflées, livides. Le pouls pédieux n'est pas perçu. L'anesthésie est constante, mais variable dans son étendue : elle est margino-plantaire en « lambeaux d'amputation », ou plus diffuse « en chaussette » ou « en bas ». On a noté l'anesthésie des régions pré- et sous-rotulienne dans les cas où le naufragé est resté à genou à bord de l'embarcation de sauvetage.

Le stade hyperémique débute paradoxalement avec les premiers soins. Il atteint son acmé vers le troisième jour. Le gonflement s'accentue rapidement, les pieds deviennent rouge écarlate et chauds. Le pouls pédieux reparaît plein et bondissant. Les orteils et le dos du pied présentent les lésions maxima. Des phlyctènes apparaissent, à contenu citrin ou hématique, ainsi que des taches ecchymotiques. Tandis que l'anesthésie régresse, apparaissent des paresthésies douloureuses. Tantôt le blessé se plaint d'une sensation de brûlure intolérable de tout le pied, tantôt il ressent des douleurs irradiant en éclair du cou-de-pied aux orteils entre lesquelles il ressent des fourmillements ou un prurit très pénible. Ces phénomènes douloureux sont aggravés par la chaleur et la position déclive. Ce stade dure de quelques jours à quelques semaines, habituellement quinze jours. Les phlyctènes peuvent s'ouvrir et s'infecter, devenant le point de départ de cellulite et de lymphangite. On a observé aussi des phlébites superficielles. Des ulcérations, des plaques de nécrose peuvent apparaître, mais beaucoup plus rarement que dans les gelures.

Le stade posthyperémique est le stade de terminaison. Dans les cas favorables la guérison est complète, l'œdème du pied étant le signe le plus lent à disparaître, et reparaissant souvent à la marche.

Dans les cas sévères, l'œdème, les paresthésies douloureuses persistent pendant des mois et parfois même des années. Les extrémités restent particulièrement sensibles au froid qui peut provoquer de véritables crises asphyxiques du type Raynaud. L'hyperidrose est une séquelle fréquente succédant à l'anidrose habituelle du stade hyperémique.

Comme pour le pied de tranchée et le pied gelé, auxquels il s'apparente, le pied d'immersion n'a pas encore une pathogénie bien établie. Deux facteurs paraissent jouer : le facteur vasculaire et le facteur nerveux.

L'évolution du syndrome démontre que se succèdent vaso-constriction et vaso-dilatation. La vaso-constriction est une réaction banale au froid. La vaso-dilatation a peut-être plusieurs causes : expo-

ilion à la chaleur, libération des substances histaminiques par les tissus lésés par le froid, lésion nerveuse. Outre les perturbations fonctionnelles vasculaires, il y a, comme l'ont montré les examens histologiques, des lésions anatomiques des vaisseaux terminaux : endartérite et mésartérite, génératrices de thrombose, de spasme et des lésions les capillaires qui deviennent perméables. La transsudation due à la stase, à la vaso-dilatation, aggrave encore l'anoxie tissulaire et les lésions des capillaires et un cercle vicieux s'établit.

L'importance des phénomènes anesthésiques et douloureux, leur persistance après que la circulation est rétablie, prouvent le rôle de l'atteinte nerveuse. Histologiquement on a trouvé, d'ailleurs, des stigmates de dégénérescence et de régénérescence nerveuses. Enfin, Blackwood a noté des lésions musculaires.

Le traitement du pied d'immersion doit :

Eviter certaines erreurs courantes.

Suivre des règles physiologiques.

Ce qu'il faut éviter avant tout, c'est un réchauffement excessif des extrémités, générateur d'hyperémie. Il faut également s'abstenir de tout massage, de toute friction, et ne pas toucher aux phlyctènes.

Il faut sécher les extrémités en les tamponnant doucement. Il faut réchauffer le malade, mais non les extrémités atteintes, et le vrai traitement des cas graves est, au contraire, la réfrigération.

C'est Allen qui, le premier, a montré la place de la réfrigération dans la thérapeutique, et l'a conseillée dans le traitement du shock, des garrots et des gelures. White la conseille formellement dans le syndrome qui mérite de porter son nom.

La réfrigération locale a des fondements physiologiques :

Elle lutte contre la vaso-dilatation, génératrice d'œdème, lui-même facteur d'anoxie tissulaire ;

Elle diminue les échanges et rétablit ainsi l'équilibre entre les besoins des tissus et l'apport sanguin.

Si la température de la chambre est inférieure à 20° et le cas au début, la simple exposition à l'air des pieds surélevés suffit. Si le cas est grave, douloureux, il faut appliquer des vessies de glace.

Mais cette thérapeutique par le froid ne doit pas être aveugle, mais au contraire minutieuse, et White l'a soigneusement réglée. Des tampons de gaze stérile sont placés entre les orteils, et tout le pied est couvert d'un champ stérile. Des vessies de glace soigneusement séchées sont placées autour de chaque pied. On les maintient par un empaquetage dans un sac de soie huilée, autour duquel on enroule du coton ou du feutre. Il suffit, le plus souvent, de changer les vessies de glace toutes les quatre heures, mais c'est la température même du pied qui doit régler la réfrigération. Il faut l'abaisser à 20° sans tomber au-dessous et ce pendant le nombre de jours nécessaires.

Dans les cas où domine l'œdème, et où manquent les douleurs, on peut recourir au traitement compressif préconisé par Koch dans les brûlures. Dans tous les cas, on aura soin d'assurer une alimentation riche en protéines et en vitamines.

Le stade hyperémique dépassé, il faut pratiquer des exercices de gymnastique circulatoire, type Buerger, pour éviter — ou raccourcir — la période des séquelles. Si des zones de nécrose sont apparues, il faut être temporisateur à l'extrême, sous couvert d'une asepsie rigoureuse.

La sympathectomie est formellement rejetée par White, Greene, Telford, Webster, Woolhouse et Johnston, au stade hyperémique, car elle ne peut qu'aggraver une vaso-dilatation déjà nocive. Au surplus, Ungley Blackwood, White ont démontré que le froid avait déjà réalisé une sympathectomie pré-ganglionnaire.

A la période des séquelles, quand les troubles sont dus à une particulière sensibilité des vaisseaux à l'adrénaline, la sympathectomie retrouve ses droits, mais il faut convertir la sympathectomie post-ganglionnaire physiologique en une sympathectomie pré-ganglionnaire.

Si le pied d'immersion doit rester d'observation rare en France, le syndrome de White mérite d'être connu, car il rejoint les autres syndromes douloureux des extrémités provoqués par le froid sec ou le froid humide.

La thérapeutique de la réfrigération, qui s'y est montrée très efficace, mérite d'être essayée dans les gelures sur une grande échelle ; elle est infiniment plus logique pendant les deux ou trois premières semaines que la thérapeutique sympathique, que nous avons trouvée d'ailleurs décevante.

J. Baumann.

Médecin Commandant,
médecin chef de la F.C.M. n° ...

BIBLIOGRAPHIE

Allen et Grosman : *Arch. Phys. Therapy.*, Décembre 1942 711. — White : *U. S. Navy Med. Bull.*, 1943, 41, 32. — White : *New England J. Med.*, 18 Février 1943, 211-241 — Telford : *Brit. Med. Journ.*, Septembre 1943, 360. — Ungley : *Bull. of War Medecine*, Octobre 1943, vol. 4 n° 2, 61 ; *Bull. of the U. S. Army Med. Dept.*, Novembr 1943, 26 (revue générale). — Learmouth, Ungley, Blackwood, Gaylor, Green, Lewis : *Proc. Roy. Soc. Med.*, Aoû 1943, vol. 36, n° 10, 515 (discussion générale).

SOCIÉTÉS DE PARIS

ACADÉMIE DE MÉDECINE

26 Décembre 1944.

Traitement chirurgical de la stérilité masculine par l'anastomose latérale du canal déférent et de la tête épididymaire. — MM. **Chevassu** et **Bayle** rappellent que les ménages stériles le sont dans 1/3 les cas par la faute du mari, atteint d'une épididymite blennorragique double qui a oblitéré la queue des épididymes d'une façon définitive, mais les testicules continuent à sécréter des spermatozoïdes et les têtes restent le plus souvent perméables en amont de l'oblitération ; une seule technique a fait sa preuve, celle de l'anastomose latérale du déférent et de la tête par suture aux fils d'argent extrêmement fins ; on ne doit l'entreprendre que si l'examen extemporané montre des spermatozoïdes dans le liquide contenu dans la tête et si une injection de sérum a permis de vérifier la perméabilité de bout en bout du déférent. Lorsque l'anastomose réussit, les spermatozoïdes réapparaissent dans le sperme les mois suivants. On peut espérer le succès dans la moitié des cas au moins ; la statistique de Bayle, sur 13 cas, comporte 7 succès avec 5 grossesses.

Microbes ablastocinètes, phénomène d'Antée, chromovaccins. — M. **Remlinger** montre que différents germes ensemencés en bouillon additionné de fuschine ou de violet conservent plus ou moins longtemps leur motilité et leur vitalité, la première persistant souvent pendant une longue période après la fin du pouvoir reproducteur ; ces germes colorés, stériles bien que mobiles, sont les ablastocinètes ; ils sont susceptibles de conserver leurs qualités antigènes et vaccinantes ; il est très facile de réaliser un vaccin contre les pasteurella avec des cultures colorées. Les cultures de *B. anthracis* colorées, stériles aux ensemencements, reprennent au contact d'un animal réceptif leur vitalité et leur virulence ; elles ne sont pas mortes mais seulement frappées d'infécondité et susceptibles de reprendre leur pouvoir fécondant : c'est le phénomène d'Antée ; il n'est pas régulièrement observé et une même culture peut tuer certains animaux d'une espèce et épargner les autres ; ceux qui survivent sont parfois vaccinés.

Le géranium robertianum en médecine vétérinaire et humaine. — MM. **A.** et **R. Sartory** et **Le Gall**, après avoir rappelé que le géranium robertianum a un pouvoir astringent et antiseptique qui le fait utiliser en médecine vétérinaire dans la diarrhée des veaux et l'hématurie des vaches, montrent qu'il peut servir en pathologie humaine sous forme d'extrait fluide, de teinture ou de décoction, comme succédané non toxique du ratanhia, de l'hydrastis, du quinquina et du colombo. Les auteurs le considèrent comme indiqué dans l'albuminurie, l'anémie, la chlorose, les hémorroïdes, les ménorragies ; il peut aussi être employé comme gargarisme dans les angines.

La scapulalgie épidémique. — M. **Vincent** présente une note de MM. **Fricker** et **Vacher-Collomb** qui signalent l'existence à Marseille d'une scapulalgie épidémique, épargnant les enfants et les sujets jeunes ; elle se traduit par des douleurs vives presque exclusivement nocturnes s'irradiant dans la partie externe du bras et de l'avant-bras, sans lésion apparente de l'articulation, des muscles ou des tendons ; elle paraît dépendre d'une névralgie du plexus brachial et dure plusieurs mois, parfois une année ; elle est rebelle aux thérapeutiques.

Lucien Rouquès.

ASSOCIATION DES MICROBIOLOGISTES DE LANGUE FRANÇAISE

6 Juillet 1944.

Production d'épanchements pleuraux chez le cobaye par inoculation médiastinale de B. tuberculeux paraffinés vivants ou morts. — M. **F. van Deinse**. La mise en suspension dans la paraffine de bacilles aviaires morts ou vivants et bovins morts intensifie dans des proportions remarquables la production d'épanchements pleuraux quand on injecte ces suspensions dans le médiastin.

Action du cétène sur l'activité tuberculinique de l'antigène granulaire du bacille tuberculeux. — MM. **J.-J. Perez** et **R. Laporte**. Seule de toutes les propriétés biologiques de l'antigène granulaire, l'activité tuberculinique est altérée par le cétène.

Remarques et suggestions sur la structure des protéines-virus. — M. **D. Dervichian**. L'examen des valeurs des intervalles périodiques latéraux, déterminés au moyen de la diffraction des rayons X sur le virus de la mosaïque du tabac, conduit l'auteur à des conclusions différentes de celles admises jusqu'ici. Il montre que les particules en bâtonnets du virus ne constituent pas des molécules géantes, mais une association de molécules allongées constituant une véritable solution organisée telle que le sont les coacervats. L'accroissement de la période latérale par dilution dans l'eau n'est pas dû à un écartement des particules, mais à leur gonflement individuel jusqu'à contenir une quantité limite d'eau telle que, à l'intérieur de la particule, chacune des molécules filiformes constitutives est entourée d'environ quatre couches de molécules d'eau. Ainsi gonflée, la particule de virus n'apparaît pas dans sa structure comme foncièrement différente d'un élément de la cellule vivante.

Augmentation du nombre de bactériophages en présence de bactéries stérilisées par irradiation. — MM. **M. Rouyer** et **R. Latarjet**. Des bacilles paradysentériques YGR, stérilisés par une forte dose de rayons X, se montrent capables d'assurer la reproduction du bactériophage C_{16} en quantité appréciable et une lyse de 7/10, ce qui prouve que les résultats négatifs obtenus avec les sulfamides sont dus au fait que ceux-ci inhibent, dans la cellule bactérienne, quelque chose que les rayons X respectent.

Nécessité des électrolytes pour la fixation des bactériophages sur les bactéries sensibles. — Mme **A. Guélin**. Dans l'eau distillée, la fixation des bactériophages ne se produit pas. L'intensité de la fixation croît en fonction de la quantité de sel ajoutée jusqu'à une certaine concentration, puis décroît. La vitesse de fixation est différente pour les deux bactériophages étudiés : C_{16} et S_{13}.

Présentation d'un « poumon d'acier » pour l'expérimentation sur les animaux de laboratoire. — M. **R. Legroux**, Mme **C. Jéramec** et M. **Jean-C. Levaditi**.

Spectres d'absorption des microbes dans l'ultraviolet. — MM. **R.-O. Prudhomme**, **M. Rouyer** et Mlle **A.-M. Staub**.

R. Lépine.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

13 Juillet 1944.

Epidermolyse bulleuse polydysplasique récessive. — MM. **Touraine**, **Siguier** et **Brissaud** en signalent un exemple chez deux frères, arrivés à l'âge de 60 ans, en exception de la règle habituelle de gravité

Thélophyma. — MM. **Touraine** et **Meunier** décrivent sous ce néologisme, un état d'hyperplasie des glandes sébacées du mamelon qui est identique à celui du rhinophyma.

Sclérodermie atrésiante du méat et annulaire du prépuce. — MM. **Touraine**, **Solente** et **Jame** ont vu se développer une atrésie du méat urinaire telle que le malade doit se faire lui-même une méatomie tous les 15 jours.

1.200 ponctions sous-occipitales. — M. **Touraine** au vu d'une telle expérience personnelle, insiste sur les avantages, la facilité et l'innocuité de la ponction sous-occipitale. Il en reste un partisan convaincu.

Pigmentation du type inédit. — M. **Touraine** présente une femme qui montre sur le thorax des myriades de petits éléments déprimés et pigmentés, confluents en nappes, et de cause indéterminée.

Hidradénomes éruptifs. — MM. **Gougerot**, **Burnier** et **Duperrat** présentent un homme atteint d'une vingtaine d'éléments typiques l'hidradénomes éruptifs siégeant au thorax.

— MM. **Gougerot**, **Carteaud**, **François** et **Duperrat** présentent une femme atteinte d'hidradénomes éruptifs siégeant à la fois sur le thorax et aux aisselles simulant la maladie de Fox-Fordyce.

— MM. **Jausion** et **Cailliau** présentent un cas d'hidradénome éruptif à siège palpébral, thoracique et lombo-abdominal ; l'affection, de début tardif, paraît curable par des injections conjuguées de glycérine glucosée et de lysat de kératine humaine.

Lipomatoses nodulaires familiales. — MM. **Gougerot** et **de Gracianski** présentent une malade atteinte de lipomatoses nodulaires familiales (mère et frère) avec nombreux nævi.

Traitement des tuberculoses cutanées. — MM. **Gougerot** et **Gaulier** ont obtenu d'excellents résultats

ans les tuberculoses cutanées avec le traitement de :harpy (stérogyl et gluconate de calcium).

— MM. **Huriez** et **Leborgne, Touraine, Degos, 'ernet, Ducourtioux, Jausion** confirment cette opi- ion.

Squirrhe du sein avec métastase. — MM. **Weissenbach, Fernet, Boyer, Haquin** et **Martineau** présentent une femme de 61 ans atteinte de squirrhe du ein gauche avec métastases multiples et disséminées lans la peau sous forme de nodosités infiltrées ron- ;eâtres.

Lèpre cutanée récente. — MM. **Flandin, Basset** :t **Bureau** présentent un Hindou de 28 ans, fait pri- .onnier à Tobrouk par les Italiens, et atteint d'une oussée récente de tubercules lépreux cutanés avec pré- ence de bacilles de Nansen dans le mucus nasal et lans le sang.

Sarcoïde hypodermique ostéogénique. — MM. **Sé- :ary** et **Bolgert** présentent une femme de 30 ans, rhu- natisante, atteinte d'une sarcoïde hypodermique du oras gauche que l'examen histologique a montré formée l'infiltrats histiocytaires épars dans le tissu cellulo- adipeux avec vascularite et des travées libreuses en nécrose hyaline. Un mois et demi après la biopsie, ssue par la cicatrice d'une aiguille osseuse. Radiogra- ohie de l'humérus normale. Séro-réactions syphilitiques négatives.

Connexions entre le lupus exanthématique et la lermato-myosite. — MM. **Sézary, Le Sourd** et **Sé- nécal** soulignent les analogies cliniques et histologiques qui existent entre ces deux affections. La dermato- myosite pourrait donc être considérée comme un lupus exanthématique compliqué de myosite, de même qu'il existe des lupus exanthématiques avec complications pulmonaires, endocardiques ou endocriniennes.

Forme intense et pyrétique de l'érythème poly- morphe. — MM. **Sézary** et **Chapuis** présentent une nalade atteinte d'une forme doublement insolite d'éry- thème polymorphe : d'abord par l'intensité de la fièvre, les signes généraux, un syndrome de méningisme (avec iquide normal), ensuite par la ressemblance totale de chaque élément avec un bouquet de vésicules herpé- iques. Mais l'évolution n'est pas celle des éléments herpétiques et l'inoculation à la cornée du lapin a été négative. Ce type a été décrit par Lortat-Jacob et Gas- inel.

Hypodermite scléreuse sclérodermiforme. — M. **Gougerot** présente une femme atteinte de dermo-hypo- lermite scléreuse de la jambe, simulant la sclérodermie; l'intradermo-réaction à la tuberculine est nettement positive.

Eruptions érythémato-pigmentées fixes. — M. **Lefèvre** estime que les éruptions érythémato-pigmen- tées fixes de Brocq seraient dues à des substances com- portant le groupement phényl.

Poïkilodermie et pellagre. — MM. **Derot, Lafour- cade** et **Canivet** ont observé une malade atteinte de poïkilodermie avec érythème des mains et du visage ; l'amide nicotinique amena la guérison de l'érythème ; mais une pigmentation réticulée persista au visage et au cou.

Mycosis fongoïde. — MM. **Derot, Lafourcade** et **Canivet** ont étudié le myélogramme dans 2 cas d'éry- throdermies mycosiques : une fois il était normal ; dans l'autre cas on notait une légère augmentation du taux des lymphocytes.

— MM. **Derot, Lafourcade** et **Boreau-Monghal** ont observé chez un diabétique syphilitique un mycosis fongoïde à tumeur d'emblée ; après guérison radiothé- rapique de la tumeur cutanée, récidive hépatique amé- liorée par les rayons, puis mort par accidents nerveux. Le myélogramme montra une réaction myéloïde.

Les diurétiques mercuriels dans l'eczéma suin- tant. — MM. **Derot, Lafourcade** et **Canivet** ont noté dans la moitié des cas une disparition immédiate du suintement qui a coïncidé avec un accroissement de la diurèse.

Hydroa-vacciniforme avec porphyrinurie. — MM. **Derot, Lafourcade** et **Canivet** présentent un homme atteint de poussées d'hydroa-vacciniforme localisé aux mains et au visage, la porphyrinurie atteint 200 gam- mas. L'amide nicotinique guérit l'éruption et améliora la porphyrinurie.

Erythème annulaire. — M. **Bazex** rapporte un cas d'érythème annulaire provoqué par le salicylate de soude.

Scléro-œdème. — MM. **Gadrat** et **Bazex** rapportent un cas de scléro-œdème de Buschke dont la régression a été nettement accélérée par le traitement iodé.

Traitement des verrues. — M. **Périn** a obtenu de bons résultats (63 pour 100 de guérisons complètes) avec la pommade à la teinture de thuya au 1/10 dans le traitement de verrues de forme et localisation di- verses, y compris les verrues plantaires.

Traitement de la syphilis. — M. **Gastinel** insiste sur les directives thérapeutiques de la syphilis chez les malades en cours de traitement, d'après les données sérologiques.

Iléus zostérien. — MM. **Duperrat** et **Gaulier** ont observé 2 cas d'occlusion intestinale fonctionnelle, l'un au cours d'un zona de L 2, L 3, L 4 droits, l'autre au cours d'un zona de D 10, D 11, D 12 droits.

Maux perforants plantaires et « spina bifida occulta » — M. **Duperrat** a vu chez un garçon de 15 ans des maux perforants des plantes et des orteils, sans troubles circulatoires ni nerveux, coexister avec un *spina bifida occulta* de la 5e lombaire.

R. Rabnier.

SOCIÉTÉ DE GASTRO-ENTÉROLOGIE DE PARIS

12 Juin 1944.

A propos du procès-verbal. A propos des méga- duodénums. — M. **Hillemand** considère le méga- duodénum comme une forme anatomique des méga- organes digestifs. La classification pathogénique qu'il a proposée à propos du mégaœsophage, du mégacôlon, s'applique au mégaduodénum. Il rapporte, avec clichés à l'appui, des observations de mégaduodénums congé- nitaux, secondaires, fonctionnels en rapport avec des intoxications par la morphine dans 2 cas, avec une insuffisance thyro-ovarienne dans 1 autre cas.

La sulfamide-guanidine dans le traitement des colites ulcéreuses. — MM. **F. Moutier** et **André Cornet** disent que la sulfaguanidine donne de remar- quables améliorations des recto-colites ulcéreuses et hé- morragiques : action rapide et souvent durable dans les formes récentes. Des résultats heureux ont été enre- gistrés dans des colites ulcéreuses hémorragiques datant de plusieurs années ; amélioration clinique et cicatrisa- tion de la muqueuse vérifiée par la recto-signoïdo- scopie. La sulfaguanidine peu absorbée par la muqueuse intestinale garde tout son pouvoir bactériostatique et permet de fortes concentrations seules actives dans les formes rebelles.

— M. **Hillemand**, sur 3 cas traités, a eu 3 échecs et a abandonné provisoirement cette thérapeutique.

— M. **Lambling** se range à l'avis de M. **Hillemand**.

— M. **Fauvert** a eu à plusieurs reprises l'occasion d'observer que la prise de sulfamide-guanidine a permis de stériliser les porteurs de germes de bacilles typhiques.

— M. **Rachet** n'a pas obtenu de résulat favorable par cette thérapeutique.

Image radiologique pseudo-néoplasique d'un ul- cère gastrique. — MM. **Soupault, Fauvert** et **Peu- teuil**. Cette image s'explique par le fait qu'il s'agissait d'un ulcère « en selle » de la petite courbure, à cheval sur elle.

L'explosion des gaz intestinaux au cours de l'électro-coagulation intrarectale. Un cas de rup- ture sigmoïdienne mortelle. — MM. **Lambling** et **Louis Truffert** ont réuni 6 observations d'explosion des gaz intestinaux au cours d'électro-coagulation intra- rectale. Dans un seul cas cette explosion entraîna la mort par perforation sigmoïdienne et péritonite consé- cutive, bien que l'intervention ait été faite 7 heures après l'accident. Il faut remarquer dans cette obser- vation que la douleur n'apparut pas immédiatement, qu'il n'y eut ni shock, ni météorisme.

La composition actuelle des gaz intestinaux. Etude des mélanges explosifs avec l'air. — MM. **A. Lambling** et **L. Truffert** pensent que le pain actuel est la cause des modifications que l'on trouve aujour- d'hui dans la composition des gaz intestinaux. De leur étude ils tirent les précautions à prendre avant de faire des électro-coagulations intrarectales pour éviter des accidents. Comme il est impossible d'agir sur la fer- mentation, le mieux est d'évacuer temporairement l'in- testin par une purge ou un lavement pris dans les 6 ou 10 heures qui précèdent l'intervention. Isolement du champ opératoire par oblitération du fond du rectum avec des tampons d'ouate. Ventilation avec une souf- flerie de thermo-cautère de l'atmosphère intrarectale pour diluer les hydrocarbures qu'il pourrait contenir.

Amibiase rectale à forme pseudo-tumorale et sphacélique chez une diabétique. — M. **E. Maison** rapporte l'observation d'une femme diabétique de 33 ans chez laquelle l'apparition d'un syndrome rectal permit de découvrir une tumeur ferme, non ligneuse, spha- célée superficiellement, siégeant à la face antérieure du rectum. L'examen histologique montrait des lésions inflammatoires banales. Plus tard la malade présenta un syndrome dysentérique avec ulcération rectale re- couverte d'un enduit hémorragico-purulent contenant des amibes hématophages. Un traitement émésinique, en 15 jours, fit disparaître la tumeur rectale. L'aspect sphacélique de celle-ci était vraisemblablement dû au terrain diabétique.

Un cas de sténose sous-vatérienne par cancer primitif de l'angle duodéno-jéjunal. — MM. **F. Bro- din** et **J.-C. Dubois**.

J.-M. Gorse.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET D'HYGIÈNE DU TRAVAIL

17 Juillet 1944.

L'évolution de la silicose pure après la cessa- tion du travail. — MM. **Duvoir** et **Poumeau-Delille** rapportent une observation d'une silicose pure qui a évolué en s'aggravant après la cessation du travail. Cette évolution qui se fait en dehors de toute tuberculose semble être due à des lésions anatomiques péri-vascu- laires interstitielles et alvéolaires, les premières présen- tant un caractère tout particulier.

Silicoses retardées. — M. **S. Tara** rapporte deux observations de silicose dans lesquelles les phénomènes d'insuffisance cardiaque sont survenus 13 ans et 19 ans après l'arrêt de l'inhalation des poussières. Ces observa- tions montrent que le délai de la responsabilité prévue dans la législation future de réparation doit être suffi- samment longue.

Essai de classification des images radiologiques en matière de silicose. — MM. **Eck** et **Hanaut** expo- sent une nomenclature basée sur l'importance des phé- nomènes pulmonaires dépistés par la radiologie.

Sur les effets d'une imprégnation plombique ex- périmentale. — M. **F. Coste**, Mlle **Tissier** et **M. A. Peloux** exposent les résultats de la recherche faite sur l'homme à l'aide d'ingestion de di-éthyle phosphate de plomb. L'étude des chronaxies, le dosage de la porphy- rinurie semblent donner des résultats plus précoces que le dosage du plomb sanguin et la recherche des héma- ties à granulations basophiles.

Au sujet de la poussée épidémique de fièvre typhoïde. — MM. **Cambessédès** et **Boyer** montrent tout l'intérêt que présente la vaccination antityphoïdique dans le milieu ouvrier comme moyen prophylactique de la poussée actuelle de fièvre typhoïde. La vaccination doit être proposée par le médecin d'usine qui doit montrer à l'ouvrier son innocuité et les résultats qu'elle a pu donner dans tous les milieux où elle a été pra- tiquée.

L. Dérobert.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE DE FRANCE

12 Juin 1944.

L'erreur d'une politique purement répressive de l'avortement : la prodigieuse fréquence actuelle de celui-ci. — M. **Dérobert** développe l'évolution de la législation française vis-à-vis de l'avortement criminel tout imprégnée d'une volonté répressive continue. Les nombreuses modifications qu'elle a subies : juridiction des assises, correctionnalisation, puis juridiction actuelle devant le Tribunal d'Etat ne sont en réalité qu'une succession d'échecs dont le résultat est le nombre puéril des condamnations, en regard des centaines de milliers d'avortements criminels. La présente législation en vi- gueur consacrant la répression n'a nullement fait dimi- nuer sa fréquence, au au contraire, les statistiques effectuées tant dans les hôpitaux qu'à l'Institut médico- légal montrent une augmentation considérable.

La répression considérée comme moyen isolé dans la lutte contre l'avortement est inefficace, donc inopérante. Les mobiles qui entraînent la femme à se faire avorter sont de deux ordres : facteur moral, facteur pécuniaire. L'élément moral est capital dans le déterminisme de l'avortement qui est un crime, celui qui le pratique ou le procure étant un criminel et non un délinquant. Dans l'abaissement actuel de la moralité le législateur de 1923, en correctionnalisant l'avortement a sa part inconsciente de responsabilité. L'amoralité générale étant en relation avec une diminution de la moralité religieuse.

Le facteur pécuniaire, bien que secondaire, n'en est pas moins négligeable car les 2/3 des femmes qui se font avorter sont des femmes mariées, mères d'un enfant, de plus l'avortement est plus fréquent au cours des deuxième, troisième et quatrième grossesses qu'au cours des première et cinquième et suivantes. La pro- tection pécuniaire de la famille est actuellement nette- ment insuffisante et les allocations diverses versées aux familles ne permettent pas l'élevage et l'éducation de nombreux enfants.

La protection sociale vis-à-vis des avortements doit être reconsidérée à la lumière de ces éléments si l'on veut que le nombre des avortements ne cesse de s'élever et d'être supérieur à celui des naissances.

— M. **Piédelièvre** émet un avis identique et insiste sur l'élément égoïste de la famille bourgeoise dont la majeure partie n'a qu'un enfant, alors que les familles nombreuses sont peu fortunées et sans aide matérielle de l'Etat.

— M. **Portes** demande que l'on reconsidère la légis- lation actuelle et étant donné que l'avortement est un crime il est logique que les peines appliquées soient conformes à cet esprit.

— M. **Balthazard** rappelle la lutte qu'il a engagée depuis plus de 40 ans contre l'avortement et constate avec déception l'action illusoire de la législation répres- sive actuelle.

— M. **Le Lorier** demande que la répression soit plus efficace et indique que la déclaration obligatoire des fausses-couches, la surveillance effective non seulement des maisons d'accouchements, mais de toutes les mai- sons de santé sont des éléments qui faciliteront l'action de la police.

— M. **Herpin** insiste sur l'importance du facteur moral, élément primordial dans la lutte contre l'avor- tement.

Note sur une volceuse hérédo-syphilitique et sa famille. — M. **Laignel-Lavastine** présente une note qui est un exemple de la méthode clinique ascendante dans la prospection de la syphilis : une réaction anti- sociale telle que des vols chez une arriérée, a fait sus- pecter l'hérédo-syphilis qui a été démontrée, à défaut des réactions sérologiques, par les lésions tertiaires de la mère (rapidement guéries par le traitement spéci- fique) et par les signes d'hérédo-syphilis. des 3 autres enfants améliorés par le sulfarsénol.

Infirmités antérieures suites de maladie. — M. **Brisard** indique que toutes les fois que l'on peut, pour des raisons valables, cliniques ou autres, évaluer par des taux distincts l'invalidité permanente partielle antérieure et l'invalidité permanente partielle globale, il y a lieu d'appliquer la formule préconisée par le barème légal, sauf exceptions motivées.

L. Dérobert.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

6 Juillet 1944.

Hémiplégie et aphasie par thrombose de la carotide interne. — M. **Trotot** rapporte l'observation d'un homme de 55 ans, sans hypertension artérielle, chez qui une hémiparésie droite progressive avec aphasie motrice, coïncidant avec un flou des bords papillaires, fit porter le diagnostic de gliome ; mais la ventriculographie fut normale, une artériographie décela la cause les accidents en montrant une thrombose complète de la carotide interne gauche.

Aphasie traumatique chez un enfant. — M. et Mme **Sorrel** rapportent l'observation d'un enfant de 10 ans blessé par une bombe qui présente, après un coma immédiat et un intervalle lucide, une hémiparésie droite avec aphasie et des signes de compression cérébrale ; l'ablation d'une embarrure rolandique fit disparaître rapidement les troubles. Les auteurs soulignent la rareté de l'aphasie par compression chez l'enfant : moins d'un cas pour cent fractures du crâne.

Paraplégie par cypho-scoliose au cours d'une maladie de Recklinghausen. — MM. **Heuyer** et **Feld** rapportent l'observation d'un enfant gibbeux depuis l'âge de 4 ans chez qui apparurent à 13 ans des douleurs et une paraplégie spasmodique rapidement constituée avec troubles sensitifs nettement limités, légère albuminose rachidienne et image lipiodolée en sablier ; on fit une laminectomie ; mais celle-ci ne montra pas le neurofibrome qu'on s'attendait à trouver, l'enfant ayant une maladie de Recklinghausen ; la moelle était pâle, ischémique ; ces lésions dues à la cyphoscoliose sont plus graves que les compressions par gliome ; aucune rétrocession n'a suivi l'opération dans le cas rapporté.

Les hématomes spontanés intracérébraux. — MM. **Guillaume** et **Joinville**, à propos de 10 observations d'hématomes spontanés intracérébraux opérés, en décrivent les deux principales formes, aiguë débutant par un ictus et pseudo-tumorale ; ils insistent sur la fréquence de la localisation temporale, d'où l'importance de l'hémianopsie latérale homonyme, sur la possibilité de localisation préfrontale ou cérébelleuse ; dans 3 cas, ils ont trouvé une lésion macroscopique à l'origine de l'hématome : rupture vasculaire ou hémangiome. L'opération doit être la plus économique possible, l'hématome étant évacué par des trous de trépan élargis. Le pronostic est favorable chez les sujets jeunes indemnes de lésions artérielles diffuses.

Sur un type particulier d'hématome intracérébral spontané curable chirurgicalement. — MM. **David** et **Hecaen** montrent que ces hématomes siègent généralement dans la partie postérieure du lobe temporal ; après un début brutal par céphalée et obnubilation, une amélioration se produit et on note une hémianopsie latérale homonyme, des troubles du schéma corporel, des signes pédonculaires liés à la compression du tronc cérébral par l'hématome et par le cône de pression temporal, une hémiparésie plus ou moins accusée ; après plusieurs jours, la somnolence reparaît et la stase papillaire se précise. L'évacuation de l'hématome se fera au trocart de Cushing, sans incision cérébrale. La ponction n'est possible que lorsque l'hémolyse du caillot est suffisante, à la fin de la 2e semaine ou au début de la 3e ; un volet décompressif sans ouverture de la dure-mère permet d'attendre cette date lorsque l'hypertension intracranienne devient menaçante.

Résultats concordants de la pneumo-encéphalographie et le l'électro-encéphalographie dans le diagnostic des atrophies cérébrales. — MM. **Delay**, **Neveu**, **Desclaux** et Mme **Lerique** ont constaté par encéphalographie gazeuse des images d'atrophie cérébrale dans diverses psychoses : démence sénile, maladie de Pick et d'Alzheimer, paralysie générale, délires chroniques ; dans certains cas, au niveau des zones ainsi décelées, ils ont noté d'importantes altérations du rythme bioélectrique telles que l'absence du rythme alpha remplacé ou non par des ondes lentes.

Forme pariéto-occipitale de la maladie de Pick. — MM. **Delay**, **Neveu** et **Desclaux** rapportent un cas de maladie de Pick avec agnosie visuelle, astéréognosie, troubles phasiques et praxiques ; l'agnosie visuelle doit être interprétée comme un trouble de la fonction de dissociation des ensembles au sens de la Gestalt. Les examens pneumo- et électro-encéphalographiques concordants montrent une atrophie à prédominance occipitale et pariétale.

Rôle des troubles de la sensibilité dans l'absence de contracture au cours de paraplégies flasco-spasmodiques susceptibles de guérison. — MM. **Thiébaut**, **Guiot** et **Houdart** montrent que dans certaines compressions médullaires par tumeur ou mal de Pott et dans certaines myélites, l'absence de contracture semble conditionnée par l'intensité des troubles de la sensibilité ; dans ces cas, la paraplégie flasco-spasmodique peut être l'indice de troubles curables.

Episodes prolongés et réitérés de cécité télencéphalique: kyste séreux rétro- et infra-cérébelleux. — MM. **Tournay** et **Guillaume** rapportent l'observation d'un malade présentant depuis plusieurs années des épisodes de cécité totale sans modification du fond d'œil, à début et cessation brusque, accompagnée parfois de troubles aphasiques, l'examen neurologique étant négatif mais la ventriculographie montrait une certaine dilatation du système ventriculaire avec surélévation des cornes occipitales ; l'intervention permit d'évacuer un kyste séreux refoulant le vermis.

Ablation d'une métastase cérébrale d'un cancer du sein ; guérison depuis plus de 2 ans. — MM. **Alajouanine**, **Thurel** et **Longuet** rapportent l'observation d'une malade opérée en 1941 d'un cancer du sein et en 1942 d'une métastase cérébrale. Cette observation montre qu'une métastase cérébrale peut être enlevée sans récidiver.

Nécessité d'enlever la paroi des kystes gliomateux. — MM. **Alajouanine** et **Thurel**, ayant constaté que la paroi d'un gliome kystique frontal contenait des éléments néoplasiques dont le pouvoir de prolifération n'est pas négligeable, concluent que pour se mettre à l'abri des récidives il est prudent d'enlever non seulement la tumeur murale mais aussi la paroi kystique.

Etude comparative de l'électrochoc et de l'épilepsie corticale. — MM. **Gley**, **Lapipe**, **Rondepierre**, **Horande** et **Touchard** montrent que malgré leur similitude chez les animaux, l'épilepsie corticale par excitation directe du cortex est distincte de l'épilepsie par électrochoc avec électrodes temporales extracraniennes, qui est une épilepsie sous-corticale ; par exemple, la section des pédoncules cérébelleux inférieurs empêche la crise par électrochoc, mais laisse subsister l'épilepsie corticale; la diphényl-hydantoïne empêche l'épilepsie corticale mais pas la crise de l'électrochoc. L'épilepsie est un mode de réaction très général des cellules nerveuses.

LUCIEN ROUQUÈS.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE

4 Avril 1944.

Tuberculose de l'atlas chez une vache. — M. H. **Chapron**.

Deux cas de leucémie lymphatique chronique. — M. **Groulade**.

L'hérédité des tumeurs. — M. **Peyron**.

9 Mai.

Les avortements spontanés d'origine génétique. — M. **R. Turpin**. Pour analyser les rapports de la génétique et de l'avortement spontané, il convient de distinguer l'influence de l'hérédité sur les causes exogènes de l'avortement des causes génétiques de cet accident. Les relations qu'échangent les facteurs abortifs mécaniques, diététiques, infectieux avec l'hérédité, conduisent à d'intéressantes considérations. Certaines lignées animales sont sensibles à *Brucella abortus*, d'autres réfractaires. L'étude des avortements d'origine génétique se confond avec celle des gènes létaux zygotiques. Nous ignorons la place qu'il convient de réserver aux mutations chromosomiques ou génomiques responsables de phénomènes de létalité. La génétique expérimentale a montré que les gènes létaux sont toujours récessifs et étroitement liés à des gènes autosomiques, ou liés au sexe, dominants ou récessifs. Un rapprochement s'impose entre les faits recueillis par la pathologie comparée et la pathologie humaine.

L'auteur, envisageant, entre autres, le caractère létal lié à une mutation récessive solidaire du chromosome sexuel, se demande si la prédominance étrange de naissances féminines, dans certaines familles, ne tient pas à ce phénomène. Il cite, entre autres, l'exemple d'une famille où, durant trois générations, sont nés 16 filles et 7 garçons, soit à peu près 2 : 1. Cette anomalie tient peut-être à la mort précoce *in utero* de zygotes ♂♂ qui succombent sans donner de signes cliniques évidents d'avortement.

Avortement spontané chez les animaux. — M. **F. Dadot**. Le nombre et la nature des avortements sont variables avec les espèces animales, avec les différentes régions et suivant les années. On peut admettre que 15 à 20 pour 100 des vaches pleines avortent. En ce qui concerne l'espèce chevaline, les avortements sont fréquents, environ 70 pour 100 d'avortements spontanés et 30 pour 100 d'avortements dus à des germes pathogènes (salmonellose). Dans l'espèce caprine, les avortements spontanés sont exceptionnels, par contre les accouchements dystociques dans cette espèce sont fréquents. Dans l'espèce ovine les avortements sont fréquents, mais les accouchements dystociques sont rares. Dans l'espèce porcine, les avortements sont exceptionnels.

Le vétérinaire a pour devoir de lutter contre les avortements par tous les moyens dont il dispose. Il est des avortements mécaniques contre lesquels il est impuissant (ceux résultant d'une disproportion entre la capacité de l'utérus gravide et le volume de la masse fœtale). Il devra donner des conseils judicieux aux éleveurs, contribuant ainsi à la suppression d'un grand nombre d'avortements provoqués par des traumas, par l'ingestion d'aliments toxiques ou de boissons froides ou par des auto-intoxications. En pratiquant certaines interventions chirurgicales et l'exploration manuelle de certaines cavités, il évitera de se rendre lui-même responsable de certains avortements. Par l'usage de la sérothérapie et de l'hémothérapie ou du rubiazol dans la fièvre aphteuse ; de l'ichtargan et du zoothélone dans la babesiellose, il diminuera très sensiblement le nombre des avortements constatés après ces maladies pyrétiques. Le dépistage de certaines carences alimentaires et de certaines alimentations trop riches en protides lui permettra de faire cesser certains avortements multiples. Les affections utérines subaiguës ou chroniques seront traitées de façon à éviter les troubles de la nidation et les avortements qui en découlent. En cas d'avortements multiples, il devra chercher à identifier le germe pathogène qui les provoque (maladies vénériennes, brucellose, salmonellose, colibacillose). Si ces examens sont négatifs, il devra penser à l'action fâcheuse d'un gène létal. Si la femelle avortée est inscrite à un livre généalogique tenu suivant les règles de la génétique moderne, il pourra se mettre en rapport avec le généticien. Il serait à souhaiter que les propriétaires d'animaux suivent les conseils judicieux des praticiens qui devraient toujours rechercher minutieusement la cause de l'avortement, ce qui aujourd'hui est une nécessité.

Avortement spontané chez l'homme. — M. **H. Vignes**.

Maladie de Roger et puerpéralité. — M. **Delseny**.

L. GROLLET.

SOCIÉTÉS DE PROVINCE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Juin 1944.

Automatisme mental au début d'une paralysie générale à évolution rapide. — MM. **P. Delmas Marsalet**, **Jacques Faure** et **Franck Bannel**. Il s'agit d'un malade qui présente brusquement en Avril 1944 un tableau d'automatisme mental net qui s'accompagne des signes neurologiques et sérologiques typiques d'une paralysie générale. L'évolution se fait en moins d'un mois vers la démence alors qu'un examen pratiqué un an auparavant chez le même malade avait montré un état neurologique quasi normal et des réactions biologiques négatives. L'intérêt de cette observation vient de cet automatisme mental au début et confirme l'opinion de MM. Heuyer et Desclaux qui insistent sur la richesse d'autant plus importante de l'automatisme mental que l'affection est moins évoluée. Par ailleurs, cette paralysie générale est remarquable par sa rapidité d'évolution vers la démence, malgré un traitement énergique entrepris dès le début.

Sur un cas de paralysie générale juvénile. — MM. **P. Delmas-Marsalet**, **J. Faure** et **J.-A. Favreau** rapportent un cas de paralysie générale juvénile qui leur a paru assez typique : syphilis héréditaire, épisode mental chez la mère de la malade, début après un choc affectif par un état dépressif, du tremblement, de la dysarthrie, des troubles généraux et génitaux. Evolution rapide sans idées délirantes ni excitation maniaque mais affaiblissement global du psychisme aboutissant à la démence. Atteinte pyramidale et cérébelleuse. Pronostic sombre malgré le traitement (bi-iodure, malaria stovarsol) qui a amené une amélioration de l'état général, une régression des signes neurologiques, mais n'a pas empêché l'évolution démentielle.

Sur un cas d'hémiplégie avec hémiasomatognosie. — MM. **P. Delmas-Marsalet**, **Jacques Faure** et **Franck Bannel** rapportent l'observation d'une hypertendue de 69 ans qui présente des dysesthésies droites depuis 1 an. En Janvier 1944, un ictus est suivi d'hémiplégie droite accompagnée de troubles sensitifs variés (diminution et retard de perception, perte de notion de poids, augmentation du cercle de Weber, ahilognosie astéréognosie) dominés par des troubles du schéma corporel avec perte complète de notion de position des membres et sensation d'allongement puis de raccourcissement du côté droit (alors que la malade localise la piqûre du doigt intéressé, le membre ayant été d'abord repéré).

Les auteurs rappellent ensuite que le syndrome d'Anton Babinski se compose de deux éléments précis : l'anosognosie et l'asomatognosie.

Ce cas peut être rapproché du syndrome d'Anton Babinski, mais l'absence d'anosognosie ne permet pas de porter ce diagnostic, seulement celui d'hémiasomatognosie.

La réunion de ces deux termes est en effet indispensable pour parler de syndrome d'Anton Babinski vrai. Quoi qu'il en soit, ces troubles d'hémiasomatognosie avec légère aphasie transitoire permettent de localiser les lésions dans la région de la pariétale inférieure et temporo-pli courbe gauche.

Réapparition d'accidents aigus d'éthylisme chronique ou plus exactement de vinisme chronique. — MM. **Paul Delmas-Marsalet**, **Jacques Faure**, **Franck Bannel** et **Henri Pouyanne**. Après une diminution considérable de 1939 à 1942, les accidents d'éthylisme ont repris de manière inquiétante en 1943 et surtout dans le premier semestre de 1944. Il s'agit, soit d'états oniroïdes ou oniriques, soit d'états confusionnels (pré-délirium), soit de délirium tremens classiques (signalons ici l'efficacité remarquable du sulfate de magnésie intraveineux), soit enfin de formes comitiales.

Le pourcentage qui était, avant la guerre, dans le service de clinique des maladies nerveuses et mentales de la Faculté de Bordeaux, de 14 pour 100 pour les années 1937, 1938, 1939, était tombé à 6,8 pour 100 pour les années 1941, 1942, 1943. Le premier semestre 1944 indique une proportion de 20,9 pour 100. Cette reprise se manifeste surtout chez les ruraux, producteurs de vin. L'éthylisme par alcool (apéritifs et petits verres) paraît exceptionnel. Il semble que les causes soient les suivantes : 1° les producteurs consomment, surtout dans les régions à appellation contrôlée, une bonne partie du vin qu'ils produisent et qui est prétendu d'appellation contrôlée ; 2° les ouvriers agricoles exigent le vin à discrétion dans leur contrat ; 3° les petits artisans (surtout ruraux) troquent leur travail contre du vin ; 4° les hauts salaires permettent à l'ouvrier de remplacer le pernod par le vin à appellation contrôlée de vente libre

5° le degré alcoolique des vins est considérablement plus élevé depuis 2 ans.

Il s'agit donc, le plus souvent, de vinisme aigu, soit isolé, soit surajouté à une imprégnation éthylique ancienne.

Infection grave post-abortum. Sulfamidorésistance. Guérison après transfusion sanguine. — MM. **M. Rivière** et **G. Ringenbach** rapportent l'observation d'une infection grave post-abortum qui résista aux sulfamides et guérit aussitôt après une transfusion lente de 300 cm³ de sang immunisé. Ils préconisent l'emploi précoce des transfusions dans toutes les infections graves.

Intervention chez une femme en état d'anémie aiguë pendant une transfusion massive. — MM. **R. Dufour**, **G. Ringenbach** et **G. Duviau** présentent l'observation d'une femme obèse, fortement tarée et anémique (20 pour 100 d'hémoglobine et 930.000 globules rouges), qui subit une hystérectomie subtotale pour fibrome hémorragique et guérit sans incident. Le succès opératoire semble dû en partie à la transfusion massive de sang effectuée pendant l'intervention.

Encéphalite arsenicale et grossesse. — M. **Bergouignan**. Une jeune femme, enceinte de 7 mois, présumée à tort syphilitique, présente après la troisième injection d'oxyacétylaminophényl arsénate de diéthylamine les accidents cérébraux typiques de l'apoplexie dite séreuse, qui aboutit à la mort en 3 jours. L'auteur rassemble, à propos de cette observation, un grand nombre de cas, relatés surtout dans la littérature étrangère, qui semblent établir la plus grande fréquence de ces accidents au cours de la grossesse, surtout dans les derniers mois de celle-ci : il passe en revue quelques-unes des hypothèses proposées pour expliquer cette susceptibilité particulière de la femme enceinte, qui réalise un terrain d'élection pour certaines crises végétatives ; il note également la vulnérabilité plus grande de la femme aux arsenicaux au moment de ses règles. Certaines mesures préventives doivent être conseillées ; dans l'observation relatée, les thérapeutiques classiques et le sulfate de magnésie intraveineux ont échoué, la novocaïne intraveineuse n'a pas été essayée.

A propos de réactions provoquées chez les alcooliques par les anesthésiques de base. — MM. **G. Portmann** et **J. Descazaux**. Après deux pré-anesthésies pratiquées avec des injections hypodermiques de bromhydrate de scopolamine, chlorhydrates de codéine et d'éphédrine dans un cas, d'une composition préparée dans nos hôpitaux rappelant cette formule dans un autre et suivant la méthode habituelle, les auteurs ont pu observer chez ces deux malades qui avaient des antécédents éthyliques, pour l'un le déclenchement d'une crise de delirium tremens qui se termina par un exitus, pour l'autre un état confusionnel ayant duré 12 heures. Ces pré-anesthésies furent accompagnées d'anesthésie locale à la solution de novocaïne à 1 pour 200 adrénalinée pour le premier malade à qui on pratiqua une résection partielle du maxillaire inférieur, et d'un badigeonnage à la solution de cocaïne à 1 pour 100 pour le second à qui on fit une œsophagoscopie. Les auteurs avaient déjà remarqué que chez certains malades éthyliques la pré-anesthésie par injections de scopolamine-morphine ou de l'un des produits cités par eux donnait lieu très souvent à des états confusionnels. Il semble, d'après les conclusions apportées par les auteurs, que cet état serait dû à une susceptibilité particulière de ces malades à la scopolamine. Ils se proposent de continuer leurs recherches afin de préciser cette action.

Traitement des cavernes soufflées par l'aspiration endo-bronchique. — M. **Le Lourd**. L'introduction sous écran d'une sonde opaque jusqu'au voisinage de cavernes soufflées sous pneumothorax a permis 6 fois sur 12 cas d'obtenir un affaissement de la caverne par aspiration à travers la sonde. Le procédé est plus simple que l'aspiration bronchoscopique et donne des résultats à peu près équivalents. Le mode d'action n'est pas seulement mécanique ; un facteur nerveux à manifestations multiples intervient certainement.

Exploration fonctionnelle des poumons séparés par la sonde d'Arnaud. — La sonde à ballonnet d'Arnaud permet d'isoler et d'examiner successivement chacun des deux poumons. L'auteur a utilisé cette technique facile chez les tuberculeux pulmonaires pour lesquels un collapsus chirurgical est envisagé ; nous étendons actuellement l'indication de cette méthode avant la création de pneumothorax double. Déjà nous avons pu chiffrer d'importantes mises au repos fonctionnel de poumons, très partiellement atteints de petits foyers tuberculeux au début.

La vitamine B_1 dans le traitement des hyperthyroïdies. — M. **G. Hirtz** relate les observations de 5 cas de maladie de Basedow rebelles aux traitements iodés et guéris par l'adjonction d'aneurine à la thérapeutique classique ou par l'aneurine seule. Les signes subjectifs et le métabolisme basal ont été influencés les premiers, puis le tremblement, le volume de la thyroïde, le poids et la tension artérielle minima, enfin l'exophtalmie et, en dernier lieu et inconstamment, la tachycardie.

L'auteur pense que l'aneurine ne neutralise pas seulement la thyroxine au niveau des organes récepteurs mais aussi qu'elle influence directement le métabolisme propre de la thyroïde.

Acquisitions neuro-psychiatriques en 1943. — M. **P. Delmas-Marsalet**.

A. Chabé.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LILLE

7 Juillet 1944.

Technique inédite de recentrage de la tête fémorale dans la luxation congénitale de la hanche. — MM. **Swynghedauw**, **Lainé** et **Renard** pratiquent une ostéotomie au ras du bord inférieur du petit trochanter. Grâce à la mise en place préalable de deux vis d'Ombrédanne, ils corrigent le valgus et l'antétorsion.

Action retardatrice éphémère de la sulfamidothérapie locale sur la cicatrisation des plaies. — M. **J. Driessens**. L'application quotidienne de 1162 F sur des plaies cutanées dorsales expérimentales du lapin entraîne dans 80 pour 100 des cas un retard extrêmement net de la cicatrisation par rapport à une plaie témoin du même animal.

Occlusion par volvulus d'un kyste chyleux du mésentère. — M. **Razemon**, après détorsion et extériorisation temporaire avec incision simple du kyste, a vu celui-ci guérir définitivement.

Perforation d'un ulcus peptique post-opératoire après gastrectomie. Gastro-jéjunectomie large. — M. **Bastien** (Dunkerque) a complété la première gastrectomie, trop étroite. Intervention à la 5e heure. Guérison.

Sur une technique chirurgicale simple d'arthrodèse extra-articulaire de la hanche. — M. **Minne** décrit une variante au procédé classique, dont l'originalité réside dans la disposition, l'orientation et la fixation du greffon tibial.

Fracture isolée de la cavité glénoïde, du col et du rebord axillaire de l'omoplate. — MM. **Omez**, **Bouret** et **Petit**. Excellent résultat du traitement orthopédique. Nécessité d'une mobilisation précoce et surveillée.

Deux cas d'héminéphrectomie pour rein double et uretère surnuméraire avec abouchement extra-vésical. — MM. **G. Patoir** et **H. Bédrine**.

P. Decoulx.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET BIOLOGIQUES DE MONTPELLIER ET DU LITTORAL MÉDITERRANÉEN

Mai 1944.

Sur la maladie des cannes de Provence. — MM. **Harant**, **P. Loupias** et **N. Duc** indiquent : 1° cliniquement, l'importance de l'irritation des muqueuses, avec, dans les cas graves, symptômes généraux alarmants ; les accidents cutanés ne s'observant que chez les ouvriers travaillant en plein air à décharger les fagots de roseaux ; 2° le rôle étiologique de la moisissure qui se développe sur les cannes prématurément récoltées et stockées sans être débarrassées de leurs feuilles (leurs recherches expérimentales ont porté sur le *Sporotrichum* mis en cause) ; 3° du point de vue Hygiène et Législation industrielle, l'utilisation des produits chlorés servant au blanchiment de la pâte à papier pour combattre les poussières mycosiques. Cette maladie devrait être considérée comme maladie professionnelle.

Les injections d'ouabaïne par voie sternale. — MM. **G. Giraud** et **T. Desmonts** ont utilisé l'injection intrasternale d'ouabaïne après aspiration de pulpe sternale et dilution du médicament dans le sang sternal. Cette méthode permet d'entreprendre et de poursuivre la médication par l'ouabaïne quand les injections intraveineuses sont impossibles en raison de sclérose veineuse ou d'œdème. Les injections peuvent être répétées sans inconvénient et ne déterminent aucune douleur dans les heures qui suivent leur mise en pratique.

Coma prolongé au cours d'une intoxication oxycarbonée. — MM. **L. Rimbaud**, **H. Serre**, **P. Passouant** et **H. Souchon** ont observé, chez une femme de 49 ans, intoxiquée par du gaz d'éclairage, un coma fébrile d'une durée de 20 jours. L'évolution s'est faite en deux phases : de coma proprement dit et de stupeur catatonique avec signes neurologiques variables. Il n'existait histologiquement qu'une simple dégénérescence muqueuse de la paroi du 3e ventricule. Il convient de distinguer le coma dû à l'anoxhémie de l'encéphalose secondaire à la fixation du CO sur les neurones. Le carbogène échoue dans le traitement de l'encéphalose ; dans ce cas particulier, la novocaïne intraveineuse est restée sans effet.

Forme paraplégique de la réticulose histiomonocytaire. — MM. **J. Chaptal**, **E. Mourrot** et **P. Cazal** ont vu une paraplégie progressive s'installer, après une phase de dysurie, chez un homme de 50 ans. Très rapidement l'état général s'altère et le malade présente de l'anémie et une fièvre de type hectique avec une hépato-splénomégalie modérée. Evolution fatale en 5 mois. La ponction splénique montre : 1° des monocytes à noyau bourgeonnant et grimaçant, passant en petite quantité dans le sang ; 2° des grandes cellules à pseudopodes, mononucléées, qui semble être un aspect nouveau d'éléments réticulo-histiocytaires anormaux.

A propos du traitement continu de l'insuffisance cardiaque. — MM. **P. Boulet**, **J. Chardonneau**, **J. Rodier**, **A. Biscaye** et Mlle **J.-M. Dorne** estiment que l'administration des toni-cardiaques majeurs régulièrement espacée sur la totalité du mois est souvent préférable à la classique administration mensuelle groupée au début du mois, qui laisse le myocarde sans soutien pendant plusieurs semaines. La réalisation de cette méthode, qui peut combiner les deux grands toni-cardiaques majeurs, nécessite une surveillance médicale attentive au début de son administration et permet souvent une reprise rapide et régulière de l'activité sociale du malade qui n'est plus soumis aux variations mensuelles des signes fonctionnels de l'insuffisance cardiaque.

Action des sympathicolytiques de synthèse dans la maladie de Basedow. — MM. **J. Euzière**, **R. Castagne**, **R. Lafon** et **Vautier**.

Le problème des polyradiculonévrites syphilitiques. A propos d'un cas de polyradiculonévrite curable avec dissociation albumino-cytologique et réactions humorales positives. — MM. **J. Euzière**, **N. Duc** et **A. Pineau**.

Troubles psychiques chez une parkinsonienne. Guérison par l'électro-choc. — MM. **J. Euzière**, **R. Castagne**, **E. Fassio** et **N. Duc**.

Sur un cas de sclérodermie généralisée à prédominance sclérodactylitique. — MM. **J. Euzière**, **R. Castagne**, **N. Duc** et **A. Pineau**.

Hépatite mélitococcique cachectisante mortelle. — MM. **G. Giraud**, **J.-M. Bert** et **P. Cazal**.

Cancer du poumon à évolution rapide et métastases multiples, osseuses et nerveuses, révélé par une paraplégie. — MM. **G. Giraud**, **J.-M. Bert** et **P. Cazal**.

Ostéopathies carentielles. A propos de 5 observations. — MM. **G. Giraud**, **P. Mas**, **J.-M. Bert** et **P. Cazal**.

Un nouveau cas de mésentère commun. — MM. **G. Giraud**, **P. Mas** et **P. Cazal**.

Hémorragie récidivante par périphlébite des veines de la rétine au cours d'une primo-infection tuberculeuse. — MM. **Ch. Dejean**, **G. Guidoni**, **M. Lalian** et **P. Laporte**.

Etude de la pycnose provoquée par les narcotiques : application de la réaction nucléale de Turchini, Castel et Kiem. — M. **Meites**.

Colorations histologiques par des laques ferriques aux fluorones. — MM. **J. Turchini**, **P. Castel** et **Khan Van Kien**.

Conjonctivite par intolérance au sulfamidothiazol. — M. **J. Vidal**.

Omphalectomie pratiquée au cours d'une tuberculose pulmonaire inactive, révélatrice d'une péritonite tuberculeuse et suivie d'une évolution aiguë avec encéphalite terminale. — MM. **J. Vidal**, **Fourcade** et **Salager**.

Septico-pyohémie à colibacilles. — MM. **L. Rimbaud**, **H. Serre**, **P. Passouant** et **H. Souchon**.

Action remarquable de la radiothérapie dans un cas de tumeur de la région hypophysaire. — MM. **L. Rimbaud**, **H. Serre**, **A. Vedel** et **H. Souchon**.

Hépatite subaiguë ictéro-ascitique à évolution favorable. — MM. **L. Rimbaud**, **H. Serre**, **P. Passouant** et **H. Souchon**.

Formes cachectisantes de l'encéphalite typhoïdique. — MM. **M. Janbon**, **J. Chaptal**, **P. Cazal** et **G. Vallat**.

Anasarque au cours d'un syndrome secondaire malin de diphtérie. Heureuse action de la digitaline. — MM. **M. Janbon**, **J. Chaptal**, **G. Vallat** et **Ch. Rigoulet**.

Hépato-néphrite après sulfamidothérapie au cours d'une infection puerpérale. — MM. **M. Janbon**, **J. Chaptal**, **G. Vallat** et **R. Cazaban**.

Diphtérie oculaire au 12e jour de la vie chez un prématuré. — MM. **M. Janbon**, **J. Chaptal**, **G. Vallat** et **Ch. Rigoulet**.

Sur quelques cas d'ostéopathie de carence. — MM. **J.-M. Bert** et **J.-M. Pascoët**.

Sur 20 abcès du poumon. — MM. **H. Michel-Béchet** et **M. Godlewski**.

Abcès du poumon et intoxication oxycarbonée. — MM. **H. Michel-Béchet**, **L. Duley** et **M. Godlewski**.

Sur les anévrysmes mangeurs d'os. — M. **Godlewski**.

Au sujet d'une enquête sur quelques cas de béri-béri cardiaque survenus en 1941 dans un camp de tirailleurs malgaches. — MM. **R. Marot** et **A. Vedel**.

Un cas de striatite syphilitique. — MM. **P. Boulet**, **J. Chardonneau**, **J. Rodier**, **P. Cazal** et **A. Biscaye**.

Un nouveau cas de guérison de méningite otogène à streptocoques. — MM. **J. Terracol** et **L. Fabre**.

Tuberculose fissurale de la langue. — MM. **G. Crouzet** et **L. Fabre**.

A. Puech.

NOTES
DE MÉDECINE PRATIQUE
PUBLIÉES PAR LES SOINS DE A. RAVINA

De la pneumo-ventriculographie à l'iodo-ventriculographie dans les dilatations ventriculaires

La méthode dont W. Dandy nous a dotés en 1918 est entrée de plein-pied dans les mœurs neuro-chirurgicales. Sans elle, nombre de néo-formations cérébrales resteraient méconnues, nombre d'indications opératoires erronées. Mais avec elle, les interprétations radiologiques sont encore difficultueuses, les hésitations et les imprécisions relativement fréquentes.

Il en va ainsi dans les dilatations ventriculaires. S'agit-il d'une tumeur du 3e ventricule ? d'une occlusion supra-tentorielle de l'aqueduc ? d'une tumeur de la fosse postérieure ? Autant de voies d'accès différentes, autant d'écueils.

I. — Déjà, en salle d'opérations, l'injection d'air permet d'évaluer :

L'existence et l'importance d'une dilatation ventriculaire;

La tension du liquide ventriculaire, qui s'écoule goutte à goutte ou en jet;

La perméabilité des trous de Monro et du 3e ventricule [1].

A la lecture des clichés, la constatation d'une dilatation ventriculaire soulève un certain nombre de questions.

a) S'agit-il d'une hydrocéphalie ancienne non tumorale, ou d'une hydrocéphalie tumorale ? Le degré de l'hydrocéphalie n'est pas un argument dans la discussion. Mais la forme des ventricules latéraux peut en être un.

Mon Maître, le Prof. Clovis Vincent, m'a appris à jauger les hydrocéphalies. Non seulement la dilatation d'une hydrocéphalie ancienne décompensée est monstrueuse, mais encore les ventricules sont « carrés ». Cela veut dire que sur toutes les projections frontales, les angles de la section ventriculaire sont accusés contrairement aux dilatations tumorales, dont les contours sont des courbes à grand rayon. Ce signe des ventricules « carrés » est en faveur d'une hydrocéphalie ancienne non tumorale.

b) Il n'est guère possible d'induire de l'aspect des ventricules latéraux au siège sus- ou sous-tentoriel de l'obstacle.

Un soulèvement uni- ou bilatéral des cornes occipitales sur les clichés de profil, un écartement des mêmes sur la radiographie de face et sur l'oblique dite « oblique suédoise » (Stenvers) sont en faveur d'une tumeur de la fosse postérieure.

Ce sont là des signes mineurs, incapables à eux seuls d'indiquer le siège de la tumeur.

D'après Elsberg et Silbert, dans les dilatations ventriculaires des tumeurs sous-tentorielles, les cornes frontales seraient plus distendues que les cornes sphénoïdales; tandis que la dilatation des ventricules latéraux dans les tumeurs supra-tentorielles obstruantes serait globale et proportionnelle.

c) Il faut voir le 3e ventricule, ses contours et plus particulièrement son bord postérieur sur les profils.

Une image lacunaire nettement tracée, l'absence de l'aqueduc et du 4e ventricule sont la signature d'une tumeur de la région du 3e ventricule.

Il suffit de voir le premier segment horizontal de l'aqueduc pour induire à une tumeur sous-tentorielle. L'aqueduc est-il dilaté, une preuve de plus que l'obstacle siège plus bas [2]. La courbe entière de l'aqueduc est rarement visible, plus rarement que le 4e ventricule.

L'obtention d'une image nette exige un remplissage ventriculaire parfait par l'air (c'est-à-dire une vidange quasi totale du liquide ventriculaire). Il est difficile, malgré une bonne technique, de localiser la tumeur par rapport à la tente du cervelet. Quant à démarquer la situation exacte d'une tumeur sous-tentorielle, les images que donne la pneumo-ventriculographie en sont généralement incapables.

II. — *La ventriculographie au lipiodol* (iodo-ventriculographie) est née des imprécisions de la ventriculographie gazeuse dans les cas de dilatation ventriculaire. W. Dandy, lui-même, reconnaît les manquements de sa méthode dans les tumeurs de la fosse postérieure, mais il soutient que, au stade de l'hydrocéphalie, les signes cliniques de ces tumeurs suffisent amplement pour les localiser. En fait, à ce stade avancé, la diffusion et la superposition de signes cliniques les rendent surtout trompeurs...

Après les essais de lipiodol ascendant faits sous l'impulsion de J.-A. Sicard (1924-1926) et abandonnés aussitôt, M. Balado et ses élèves (Buenos-Aires, 1928) ont tenté l'injection directe dans les ventricules latéraux de lipiodol lourd. Ils ont acquis une grande expérience de la technique radiologique et l'appliquent couramment au diagnostic des tumeurs cérébrales. J'en ai fait en 1941 les premiers essais dans le Service du Prof. Clovis Vincent.

Technique : On fait, selon la technique habituelle, deux trous de trépan dans la région occipitale au lieu d'élection; on ouvre la dure-mère, on suture galéa et peau.

Le malade est transporté dans la salle de radiodiagnostic et placé en décubitus horizontal ventral sur la table de radio. On ponctionne les ventricules avec des trocarts mousses. En cas de dilatation ventriculaire, on retire 40 à 50 cm^3 de liquide, on injecte d'un côté 3 à 4 cm^3 de lipiodol tiédi et 20 à 30 cm^3 d'air. On retire les trocarts et l'on fait un pansement.

1° La tête du malade est fixée dans la position front-plaque. On tire un premier cliché.

2° On imprime, à la tête, une rotation de 90° et une inclinaison latérale de 45°; cette manœuvre fait passer la bile lipiodolée par le trou de Monro dans le 3e ventricule. En cas de grande hydrocéphalie, ce mouvement de la rotation oblique de la tête doit être fait sous contrôle radioscopique, de façon à suivre et, constamment, diriger la progression de la coulée de lipiodol. Un deuxième cliché, de profil, est tiré dans cette position (oreille-plaque).

On développe les deux clichés et, selon que le 3e ventricule est injecté ou non, on poursuit la série ou l'on recommence les manipulations *da capo*.

3° Un troisième cliché est fait dans la même position cinq minutes plus tard.

4° On achève la rotation de la tête du malade, qui se trouve placé ainsi en décubitus dorsal. On fait une graphie excentrique à 45° (occiput-plaque).

5° Dans la même position (occiput-plaque), on fait un cliché de profil (facile avec l'appareil de Lysholm).

On développe les trois derniers clichés. On peut encore de cinq en cinq minutes suivre l'évacuation du 4e ventricule et la progression du lipiodol dans la grande citerne.

L'interprétation des ventriculogrammes lipiodolés nécessite une connaissance parfaite de l'image normale et une grande habitude, quant aux déformations et déviations du bord postérieur du 3e ventricule, de l'aqueduc de Sylvius, du 4e ventricule. Il est possible de situer exactement l'obstruction ventriculaire et c'est là le grand appoint de cette méthode.

R. Carillo, qui a consacré à l'iodo-ventriculographie une belle monographie [3], écrit : « L grande valeur de l'iodo-ventriculographie réside en ce qu'elle permet d'identifier les tumeurs supra tentorielles à symptomatologie infra-tentorielle e inversement. »

Indications : Des essais préalables m'ont montr l'innocuité de cette méthode et son utilité dans le hydrocéphalies non tumorales : un premier pas un grand pas est franchi quand on sait qu'il s'agi d'une sténose de l'aqueduc ou bien d'une occlusion du 4e ventricule.

Nous avons étendu dans le Service du Prof. Clovis Vincent les indications aux hydrocéphalie tumorales et avons obtenu des images pathologiques précises, plus précises que par l'injection d'air.

Il nous paraît, en outre, plus dangereux de vide la quasi totalité de tels ventricules ballonnés qu d'introduire de l'huile iodée dans les 3e et 4e ventricules. La pratique neuro-chirurgicale nous a confirmés dans cette opinion.

Cette méthode nous a rendu d'ores et déjà de services. Elle complète la ventriculographie gazeus et dans certains cas, que nous nous attachons à préciser, la remplace avantageusement.

MIGUEL FELD,
Chef de Clinique neuro-chirurgicale.

(*Clin. neuro-chirurgicale, Pitié* [Prof. Cl. VINCENT].)

1. L'air reflue par le trocart-témoin. Jusqu'à preuve d'une bonne communication interventriculaire, on injecte toujours un seul côté, le côté supposé malade, si on a trouvé les deux ventricules. Ce n'est qu'alors, et à cette condition expresse, que l'on peut compléter le remplissage des ventricules par le deuxième trocart. Le but étant de remplacer la plus grande partie du liquide ventriculaire par de l'air.

2. Le calibre normal de l'aqueduc est de 2 mm. à 2 mm. 5. Un aqueduc de plus de 3 mm. est dilaté, un aqueduc de 2 mm. est comprimé.

3. Ramon CARILLO : *Yodo-Ventriculografia*, Buenos-Aires, 1937.

Un cas d'angiome capsulaire de l'articulation du genou

Il s'agit d'un malade de 32 ans, qui présente, à la partie interne du genou droit, une tumeur latéro-rotulienne grosse comme une noix, de consistance molle, indolore, qui disparaît dans la flexion forcée du genou.

Elle ne s'accompagne d'aucun signe articulaire, ganglionnaire, ni d'aucun signe inflammatoire.

Un diagnostic est posé : lipome synovial.

On aborde le genou par voie para-rotulienne interne le 6 Novembre 1943 : après incision du plan capsulaire, on trouve une tumeur vasculaire ressemblant à un anévrisme cirsoïde.

La tumeur est décollée facilement de la synoviale, qui n'est pas ouverte; en haut, elle adhère au bord interne du vaste, qu'on entame un peu pour l'en séparer.

L'examen anatomo-pathologique constate la présence de dilatations vasculaires, les unes capillaires, les autres veineuses; il n'y a pas d'image suspecte. Il s'agit d'un *hémangiome caverneux*.

Les suites opératoires sont très simples : il n'y a aucune réaction articulaire; le malade marche le vingtième jour et part au bout d'un mois.

S'agit-il d'un angiome de la synoviale, nous ne le croyons pas; l'exérèse s'est faite sans aucune ouverture de la synoviale et il n'y a jamais eu de signes de réaction articulaire.

P. Moulonguet (*Traité d'Orthopédie*) rapporte un cas personnel d'angiome articulaire; il y avait une hydarthrose douloureuse. L'ouverture de la synoviale a été nécessaire pour constater l'angiome. L'exérèse fut incomplète et difficile.

Il cite des observations identiques d'Eichbaum, Eggers, Lauwers et il oppose ces observations à un cas d'angiome capsulaire publié par Lecène. Lecène relate l'absence de signes cliniques articulaires; il a ouvert la synoviale, mais l'articulation est saine. L'exérèse fut facile et complète.

Ce cas est identique au nôtre; à moins que l'adhérence au bord musculaire du vaste interne le fasse considérer comme un angiome musculaire juxta-articulaire, comme l'a enseigné Gangolphe.

J. PALEY.

NÉCROLOGIE

Paul Desfosses

(1869-1944)

Il est des hommes qui accomplissent simplement et modestement leur tâche, sans briguer les places avantageuses ou les situations honorifiques, et parviennent ainsi, par leur labeur acharné et leur probité morale, à conquérir l'estime et à forcer l'admiration. Paul Desfosses fut de ceux-là.

Né à Ebreuil (Allier) le 30 Janvier 1869, Desfosses appartenait à une vieille famille de propriétaires terriens dont plusieurs exercèrent la médecine. Son grand-père, professeur de chimie à l'Ecole de Besançon, eut pour élève Pasteur, qui travailla quelque temps dans son laboratoire. Son père était médecin et commença l'instruction de son fils, le faisant travailler en plein air et partageant le temps entre la traduction des auteurs grecs et latins et l'étude de la nature ; il réussit ainsi à développer chez son élève le goût de l'observation et lui apprit à découvrir la beauté qui se cache en la moindre fleur.

Après avoir brillamment achevé ses études secondaires à l'Institution du Sacré-Cœur de Moulins, Desfosses alla s'inscrire à la Faculté de Médecine de Paris. Nommé interne des hôpitaux, il se spécialisa en chirurgie infantile et fut l'élève de Brun et de Tuffier. Reçu docteur en médecine en 1898, il fit bientôt paraître, en collaboration avec Tuffier, une *Petite Chirurgie pratique* qui obtint un tel succès qu'elle fut rééditée sept fois.

Desfosses s'est surtout attaché à l'étude et à la pratique de la chirurgie orthopédique. Il avait fondé une Clinique de gymnastique orthopédique fort importante, qui comportait un certain nombre de monitrices et qui ne tarda pas à attirer une foule immense. L'autorité qu'il acquit en ces matières le fit nommer chirurgien du Heilford British Hospital de Paris et de la Fondation Gramont d'Astor. Pendant la dernière guerre, le gouvernement roumain réclama son concours pour l'installation du centre de prothèse et de rééducation des mutilés.

La paix rétablie, on lui confia le poste de secrétaire du *Traité de Chirurgie réparatrice et orthopédique*, publié par Jeanbrau, Nové-Josserand et Ombrédanne à la librairie Masson, et qui constitue le meilleur exposé des traitements applicables aux séquelles de guerre.

C'est à *La Presse Médicale* que Desfosses a pu donner libre cours à sa grande activité. Il y fut introduit dès la fondation par son maître Brun et y conquit une place de plus en plus importante. Pendant près de cinquante ans, il y fit paraître des chroniques sur les sujets les plus divers, exposant les observations qu'il avait faites sur les rapports de la morphologie et du caractère, insistant sur les problèmes qui lui semblaient capables d'exercer une influence moralisatrice, se passionnant pour les questions coloniales auxquelles il consacra de nombreuses notes, en même temps qu'il suscitait des articles qui ont mis en évidence l'œuvre admirable accomplie par nos médecins coloniaux. Ces chroniques obtinrent un grand succès et valurent à Desfosses un nombre considérable de visites et de lettres. Il accueillait toutes les demandes avec une courtoisie parfaite, heureux de se mettre à la disposition de ceux qui désiraient recevoir une indication ou un conseil. Ce n'étaient pas seulement les lecteurs français qui s'adressaient à lui. Mis en relation par *La Presse Médicale* avec un grand nombre de savants et de médecins étrangers, il leur fournissait tous les renseignements dont ils avaient besoin et, s'ils venaient à Paris, il les recevait chez lui, non pas par gloriole ou par ostentation, mais pour les guider, leur faire mieux connaître et mieux apprécier notre pays. Il était aidé dans sa tâche par Mme Desfosses, dont l'amabilité souriante servait si bien l'œuvre entreprise par son mari.

La vie si active que Desfosses menait à Paris n'avait pas diminué son amour du sol natal. Ce médecin était resté un terrien. Il séjournait fréquemment dans sa propriété de Saligny, à Bagneux (Allier), et il rendit de tels services à ses compatriotes qu'il fut nommé conseiller municipal, il y a une vingtaine d'années, et en 1935 devint maire de sa commune. Son dévouement à ses administrés pendant l'occupation, son désir de secourir et de sauver ceux qui étaient compromis, lui imposèrent un surmenage intense. Il était très fatigué quand se développa la maladie qui devait l'emporter après treize mois de souffrances. Il vit arriver la fin avec calme et lucidité, puisant en ses sincères et profondes convictions chrétiennes la force de supporter son mal et s'éteignit doucement, sans angoisse, le 22 Novembre 1944.



Paul Desfosses.

Desfosses laissera à tous ceux qui l'ont connu ou qui ont été en relation avec lui le souvenir d'un médecin érudit et dévoué, toujours désireux de s'instruire, doué d'un goût artistique affiné. Ardent patriote, il fut décoré pour sa belle conduite pendant la dernière guerre. Il a été pour *La Presse Médicale* un collaborateur aussi utile que modeste, a rendu au journal les plus grands services, y a conquis la sympathie et l'affection de tous. Aussi est-ce du fond du cœur que nous nous associons au deuil de Mme Desfosses et de M. Pierre Desfosses, ingénieur civil des mines, ancien élève de l'Ecole Polytechnique, dont les 9 enfants faisaient la joie et l'orgueil de leur grand-père.

H. Roger.

Pierre Lereboullet

(1874-1944)

Le 8 Novembre dernier s'éteignait à Paris, la foi en l'esprit, l'espérance au cœur, un homme toute douceur, toute aménité, qui le plus simplement du monde et comme sans y songer avait passé sa vie et trouvé son bonheur dans l'exercice de la charité. Nous dirons son œuvre et ses maîtres dans la médecine, mais ce médecin qui termina sa carrière dans la maison de Saint-Vincent-de-Paul eût pu revendiquer ce patronage et celui de l'évêque de Genève, saint François de Sales. A cela il n'eût pas songé, car il avait l'âme modeste, beaucoup de tact et une vie très occupée.

Pierre Lereboullet naquit à Paris d'une famille alsacienne. Son père, ancien agrégé du Val-de-Grâce, membre libre de l'Académie de Médecine, animateur du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, praticien estimé dans le faubourg Saint-Germain, lui laissait les cadres tout tracés d'une existence où associer les tâches du médecin, les devoirs de l'enseignement — et du plus large, celui des disciples, mais aussi celui des confrères — et s'il se pouvait les joies de la recherche, sans négliger les fastes académiques. M. Léon Lereboullet, le père, avait été un des fondateurs de la première association confraternelle pour le soulagement des misères médicales. Encore une tradition de générosité et d'altruisme que le fils devait pieusement conserver !

La carrière universitaire et hospitalière de P. Lereboullet est jalonnée par des succès continus : 1895, premier à l'externat ; 1897, premier à l'internat ; 1902, la médaille d'or ; 1907, médecin du bureau central ; 1913, l'agrégation de médecine ; 1928, la chaire d'hygiène et clinique de la première enfance, la chaire de Marfan ; 1933, l'Académie de Médecine. Il fut successivement médecin de la consultation de l'Hôtel-Dieu, puis chef de service à Laennec, aux Enfants-Malades, service de la diphtérie, enfin aux Enfants-Assistés. J'allais oublier les sociétés savantes, mais alors toutes, les hôpitaux, la neurologie, la pédiatrie, la gastro-entérologie, l'endocrinologie, l'hématologie, l'hygiène publique.. C'était faire preuve d'une singulière et un peu inquiète curiosité, mais l'on n'a pas grandi à l'ombre du dictionnaire en cent volumes sans se vouloir informé de tout.

Interne de Tillaux, de Barth, de Brissaud, de Gilbert, d'Hutinel, ses maîtres lui avaient ouvert les disciplines les plus diverses. Partout il se sentait à l'aise, fort d'une information exacte et sans défaillance, et nanti d'une excellente technique : ce n'est pas en vain que l'on a toujours été premier entre les récitants dans nos concours, en même temps que par nature fort appliqué et respectueux de l'enseignement des maîtres.

Ajouter à cela un sens aiguisé des formes, qui permet de voir vite et juste, et par grâce d'état ou peut être acquis à l'école de Gilbert le goût et le tact thérapeutiques. Je veux dire cet art, qui n'est pas dévolu à tous, de soigner toujours au mieux et pas seulement ceux qui vont guérir, mais les infirmes, les invalides, les incurables, ceux aussi qui vont mourir.

P. Lereboullet devait tout cela à une excellente formation professionnelle, et puis, je l'ai déjà dit, la charité était consubstantielle à sa nature.

Voilà bien en place toutes les qualités qui font le grand clinicien de médecine générale, et de fait P. Lereboullet, et toute sa vie, et sur le tard, alors que chargé d'honneurs et épuisé d'obligations de tous ordres, a été le médecin scrupuleux et secourable qui continue à soulager, riches ou pauvres, l'aïeule comme le nouveau-né, parce que cela se doit de ne pas abandonner ceux qui nous ont toujours fait confiance, et parce que cela ne se fait pas de repasser aux jeunes les corvées chichement ou pas du tout rétribuées.

Et au milieu de tout cela une œuvre.

On ne pouvait dans ma jeunesse et on ne pourra je pense de longtemps décrire la pathologie du foie, sans évoquer les doctrines de l'école Gilbert et sans citer la raison sociale Gilbert et Lereboullet. La thèse de 1902 sur les cirrhoses biliaires, la cholémie familiale, l'ictère acholurique simple, les rythmes d'élimination urinaire des hépatiques, la stéatose latente des alcooliques, la cirrhose alcoolique avec ictère, le rhumatisme biliaire, l'infantilisme biliaire : tout ceci est dans toutes les mémoires.

Entre temps avec Brissaud, P. Lereboullet avait décrit l'hémicraniose, et avec Hutinel ou chez Hutinel étudié les cirrhoses infantiles et mis en place les bases d'une étude pathogénique très poussée de l'ictère physiologique des nouveau-nés. On

perçoit dans ce travail l'écho des oppositions entre les théories hépatique et hémolytique de l'ictère acholurique simple, que l'auteur conciliait avec éclectisme et bonheur.

Quand P. Lereboullet eut définitivement quitté l'Hôtel-Dieu et le voisinage de Gilbert pour fonder à son tour une école — j'allais dire une famille — par scrupule à l'égard de son maître, il s'interdit de revenir sur la pathologie du foie. Mais il avait d'autres cordes à son arc.

A Laennec, puis à la diphtérie des Enfants-Malades, l'endocrinologie, puis la pathologie infectieuse sont au premier plan de ses préoccupations, puis peu à peu la prévention des maladies, l'aspect social de la médecine s'imposent à son esprit. Il devient de plus en plus pédiatre et hygiéniste. En 1928 il sera prêt à assumer la charge de la chaire d'hygiène et clinique de la première enfance.

En endocrinologie il s'attache surtout à l'étude des syndromes hypophysaires. Polyurie, obésité, infantilisme, dystrophies de la puberté : sur tous ces sujets il apporte des documents anatomo-cliniques nombreux et des études thérapeutiques. Plusieurs observations de tumeurs du 3e ventricule, à séméiologie dysendocrinienne, un cas de virilisme épiphysaire complètent son musée et le désignent pour un rapport resté classique sur les syndromes hypophysaires et épiphysaires dans l'enfance. Parallèlement il étudiait les diverses opothérapies — nous avons dit son goût thérapeutique — et il était ainsi amené, avec Gournay et Odinet, à mettre au point l'opothérapie thymique dans les troubles de croissance et dans l'ectopie testiculaire.

Côté infections, c'est surtout la diphtérie qu'il a étudiée sous tous ses aspects. On lui doit des études fort importantes : sur l'immunisation spontanée occulte, avec Joannon ; sur l'insuffisance surrénale, sur le syndrome humoral de la diphtérie maligne, avec Gournay, Pierrot et Donato ; sur les septicémies associées ou secondaires. Enfin, vivement ému par les drames encore trop fréquemment déclenchés par l'ignorance, l'insouciance à l'égard de cette terrible maladie, P. Lereboullet mena de nombreuses campagnes en faveur de la prophylaxie et s'efforça de diffuser les règles d'une sérothérapie qu'il voulait précoce et d'emblée intense. Il fut des premiers à organiser un centre modèle de vaccination à l'anatoxine aux Enfants-Malades, ce qui lui donna l'occasion d'étudier l'anatoxi-réaction. Le livre qu'il a publié sur la diphtérie avec Boulanger-Pilet condense un remarquable effort.

Son œuvre de pédiatre est avant tout une œuvre d'hygiéniste. Certes, les nécessités de son enseignement l'avaient entraîné à formuler son opinion sur toutes les questions courantes de pathologie et de thérapeutique infantiles, et comme il avait un sens élevé des obligations de sa charge, une grande facilité d'écriture, plusieurs journaux largement ouverts, dont le *Paris Médical*, où il dirigeait la rubrique pédiatrie, et *Le Nourrisson*, dont il fut directeur après Marfan, nous avons de lui une foule d'articles et de leçons sur tous ces sujets.

Retenons plus particulièrement, seul ou avec ses élèves et parmi eux M. Lelong, les études sur les vomissements, sur l'aérophagie, sur la sténose du pylore, sur le mongolisme, sur le pneumothorax spontané non tuberculeux des nouveau-nés, sur l'emphysème bulleux, sur les abcès du poumon, sur la maladie de Leiner-Moussous, sur la splénomégalie vaccinale, sur les splénomégalies fibreuses.

Mais son souci constant fut la lutte contre la mortalité infantile, et tout d'abord chez lui dans son service des Enfants-Assistés. Dans sa leçon d'ouverture de 1928, P. Lereboullet avait tracé l'histoire du vieil hospice et ce drame de la bienfaisance impuissante à sauver les petits abandonnés, qui mouraient comme mouche dans ces nourriceries désolées par l'athrepsie.

L'élève d'Hutinel savait trop les dangers du péril infectieux et il avait l'âme trop tendre et trop d'espérance au cœur pour supporter ces ravages sans tendre tout l'effort de sa volonté, de sa persévérance pour monter un mécanisme souple et précis, qui mît les nouveau-nés et les débiles à l'abri de la contagion. Après quinze ans d'efforts continus et dans des conditions que la guerre rendait particulièrement difficiles, il pouvait sans complaisance tracer devant l'Académie le tableau le plus réconfortant du centre modèle qu'était devenu le vieil hospice : « Plus d'athrepsie, pratiquement plus de diphtérie, une mortalité tombée au plus bas. »

Cette action, P. Lereboullet la poursuivit avec la même foi et pareil succès à l'Office de protection de la maternité et de l'enfance de la Seine, à l'Alliance nationale contre la dénatalité, à la direction médicale des Caisses de compensation, au Comité national de l'enfance.

*
* *

Ainsi s'achèvent soixante-dix ans de vie exemplaire. P. Lereboullet laisse une famille riche d'enfants et de petits-enfants qui continueront dans le même esprit et dans la même espérance. Comme le disait naguère Ed. Rist : « Cela aussi c'est une œuvre. »

J. Cathala.

Livres Nouveaux

Précis de Stomatologie, par Michel Dechaume. 1 volume de 748 pages, avec 240 figures (*Collection de Précis Médicaux*) [*Masson et Cie*, édit.]. — Prix broché, 230 fr. ; cartonné, 280 fr.

Michel Dechaume, chargé du Cours de Stomatologie à la Faculté de Médecine de Paris, s'est proposé dans ce Précis un triple but : instruire le médecin non spécialisé d'une pathologie dont la fréquence et la gravité lui échappent trop souvent, grouper pour le stomatologiste, à côté de la pathologie courante buccale dentaire, maxillaire, salivaire, les maladies plus exceptionnelles de la bouche, de la face et du cou, notamment celles qui constituent la localisation primitive parfois unique, d'une maladie générale, exposer pour le chirurgien-dentiste les questions de pathologie dentaire sous un angle médical.

C'est conformément à ces directives, en associant étroitement les principes d'une chirurgie spéciale aux grandes données de la pathologie générale, que sont étudiées successivement en cinq chapitres : les maladies de la muqueuse et des parties molles de la bouche ; les maladies des dents et du ligament alvéolo dentaire ; les maladies des maxillaires, de l'articulation temporo-maxillaire, des glandes salivaires, de la face et du cou ; les grandes maladies générales (syphilis tuberculose, mycoses, cancer, avitaminoses, troubles endocriniens) envisagées dans leurs rapports avec la stomatologie, enfin les maladies professionnelles de la bouche et des dents.

C'est donc une véritable encyclopédie de la pathologie bucco-dentaire que constitue ce volume richement illustré de 240 figures, schémas très clairs, calques radiographiques et nombreuses photographies empruntés pour la plupart à la pratique de l'auteur. Il rendra certainement les plus grands services au stomatologiste de métier, aussi bien qu'au praticien de médecine générale et qu'à l'étudiant qui veut s'initier à cette spécialité justement individualisée.

C. L.

Santé par la cuisine, par Léon-Meunier. 1 vol. de 206 pages (*Le François*, édit.), Paris, 1943. — Prix 40 fr.

En dehors de quelques règles précises auxquelles nos clients opposent souvent leurs avis contradictoires et motivés, la diététique est encore pleine d'incertitudes. « La casserole à la main », M. Léon-Meunier, dont l'expérience est grande et qui a ce mérite d'être charitable aux infortunés tributaires des régimes, fait paraître un excellent manuel de gastronomie rationnelle où il s'efforce de concilier les exigences de la santé avec celles du plaisir.

Conciliation nécessaire d'ailleurs, les beaux travaux de Foulon l'ont démontré et on sait avec quelle prédilection M. Léon-Meunier suit ce guide autorisé.

En dehors des causeries diététiques agréablement présentées et d'aperçus généraux sur les propriétés des principaux aliments, sur l'importance de leur préparation, M. Léon-Meunier donne des menus correspondant aux diverses affections et aux divers tempéraments. Il le fait avec une abondance qui déroute un peu, mais qu'on aurait mauvaise grâce à lui reprocher.

M. H.

INFORMATIONS

CONSEIL SUPÉRIEUR DES MÉDECINS

Nomination des Membres

Par arrêté du 8 Janvier 1945, sont nommés membres du Conseil supérieur des médecins :

MM. Barange (Villeurbanne); Beauchant (Poitiers); Bourde (Marseille); Cabouat (Nîmes); Chevillotte, Cussy-les-Forges (Yonne); Coutela (Paris); Descomps (Paris); Dubois (La Baule); Ducuing (Toulouse); Duvelleroy (La Plaine Saint-Denis); Flandrin (Grenoble); Fritsch (Beaumont-sur-Oise); Gernez-Rieux (Lille); Mlle Guillermet (Miribel, près Lyon, Ain); Lefrançois (Le Havre); Melnotte (Nancy); Moutier (Paris); Nedelec (Nantes); Oberlin (Paris); Plichet (Paris); Ronmer (de Strasbourg); Roux-Berger (Paris); Verger-Pratoucy (Limoges); Villey (Caen); Vincent (Sucy-en-Brie).

(*J. O.* du 11 Janvier 1945.)

CONSEILS DÉPARTEMENTAUX DES MÉDECINS

EXTRAIT DE LA CIRCULAIRE N° 32 DU 3 JANVIER 1945

Comité de Coordination

Région parisienne

Prochaine réunion. — La plus importante partie de la réunion suivante sera consacrée à la discussion de l'important projet d'ordonnance élaboré par les services du ministère du Travail et relatif à la taxation de nos honoraires avec tarif limitatif pour soins donnés aux assurés sociaux. On lira plus loin quelques informations concernant ce projet d'ordonnance.

Organismes transitoires de gestion pour les professions médicales et paramédicales. — Le texte intégral de cette ordonnance du 11 Décembre 1944 a paru dans *La Presse Médicale*, n° 22 de 1944, p. 329.

En somme, cette ordonnance rend légaux les organismes de fait qui géraient la profession médicale depuis la libération du territoire.

Rétablissement des Syndicats médicaux. — (Voir *La Presse Médicale*, n° 23, 1944, p. 343.)

A propos d'un projet d'ordonnance relatif aux honoraires médicaux. — A la suite de démarches faites par l'Union des Caisses d'assurances sociales de la région parisienne auprès des ministres du Travail, de l'Économie nationale et de la Santé publique, les services du ministère du Travail ont élaboré un projet d'ordonnance visant à la taxation des honoraires médicaux pour les soins à donner aux assurés sociaux.

Si ce projet d'ordonnance était adopté sans modification, non seulement l'entente directe aurait vécu, mais pour une bonne moitié de la population française nos organismes professionnels n'auraient plus la faculté de fixer eux-mêmes nos honoraires. Comme en matière d'accidents du travail, ce soin incomberait désormais en fait au ministre du Travail.

La nouvelle de l'existence de ce projet d'ordonnance a provoqué, comme bien on pense, une forte émotion dans le corps médical et des démarches pressantes ont été faites de divers côtés auprès des Pouvoirs publics pour leur faire connaître le point de vue des médecins. On lira d'autre part la lettre qui a été récemment envoyée aux ministres du Travail et de la Santé publique par le Conseil départemental des médecins de la Seine.

A la Caisse interdépartementale des Assurances sociales de Seine et Seine-et-Oise. — Pour l'année 1943 le déficit de la Caisse interdépartementale de Seine et Seine-et-Oise s'est élevé à 76 millions de francs, alors qu'en 1942 il avait été réalisé un bénéfice de 91 millions.

Les recettes de la Caisse se sont élevées en 1943 à 781 millions de francs contre 549 millions en 1942, soit une augmentation de 42,3 pour 100.

C'est l'augmentation des dépenses, et plus particulièrement de celles relatives au paiement du demi salaire et des frais d'hospitalisation, qui a été la cause du déficit constaté en 1943.

Les chiffres pour l'année 1944 ne sont pas encore onnus. Mais ils laissent prévoir uno aggravation du éficit.

Rappelons que, d'après des documents fournis par les laisses elles-mêmes, les dépenses occasionnées par le emboursement des honoraires médicaux ne constituent que 17,5 pour 100 du total des dépenses des Caisses.

Modification au financement des Assurances sociales. — Dans son numéro du 31 Décembre 1944, le *Journal Officiel* publie une ordonnance datée du 30 Décembre 1944 relative au financement des Assurances sociales.

L'exposé des motifs rappelle que le décret du 28 Octobre 1935 avait prévu une contribution ouvrière et patronale fixées chacune à 4 pour 100 des salaires. Cette cotisation, par suite de l'augmentation du coût des prestations des Assurances sociales, par suite aussi de l'institution d'une allocation aux vieux travailleurs, est devenue insuffisante.

En conséquence, le taux de la cotisation ouvrière est de 6 pour 100. La contribution patronale est égale à la contribution ouvrière.

Du fait de cette ordonnance, les ressources des Caisses d'Assurance maladie-maternité vont se trouver considérablement augmentées et on comprendrait difficilement que les tarifs de responsabilité des Caisses ne soient pas notablement relevés dans un avenir proche.

Financement de l'allocation aux vieux travailleurs salariés non assurés sociaux. — Une ordonnance datée du 30 Décembre 1944 donne les dispositions prises par le législateur au sujet du financement do l'allocation aux vieux travailleurs.

Les vieux travailleurs, est-il dit dans l'exposé des motifs, se répartissent entre deux catégories : les assurés sociaux et les non-assurés sociaux. Jusqu'ici la charge financière de ces allocations avait été prélevée sur les ressources des Assurances sociales.

Ces ressources sont devenues insuffisantes, par ailleurs il est inéquitable de faire supporter à l'assurance vieillesse alimentée par les seuls assurés sociaux la totalité des allocations aux vieux travailleurs.

En conséquence, l'ordonnance prévoit une certaine contribution spéciale pour les employeurs. Elle est fixée :

— A 4 pour 100 des salaires soumis à retenue au titre des Assurances sociales, tant pour les employeurs assujettis au régime général des Assurances sociales que pour les collectivités et employeurs ayant institué un régime particulier d'assurance :

— A la moitié de la double contribution ouvrière et patronale versée au titre des Assurances sociales pour les employeurs de domestiques et gens de maison.

Cette dernière disposition concerne donc les membres du corps médical.

Conseil départemental de la Seine

A propos d'un projet d'ordonnance relatif à la taxation des honoraires médicaux en matière d'Assurances sociales.

Le 29 Décembre 1944, la lettre suivante a été adressée par le Conseil départemental des Médecins de la Seine au ministre du Travail et de la Sécurité sociale.

Le 22 Décembre une lettre analogue avait également été adressée par le Conseil de la Seine au ministre de la Santé publique.

Paris, le 29 Décembre 1944.

C/D. 20.821.

Monsieur le Ministre
du Travail et de la Sécurité sociale.

Le Conseil départemental des Médecins de la Seine vient d'apprendre que l'Union des Caisses d'Assurances sociales de la région parisienne avait fait récemment, auprès de vos services, une démarche dans le but de modifier les dispositions de la loi des Assurances sociales et en particulier d'imposer au Corps médical un tarif limitatif d'honoraires. Un projet d'ordonnance aurait même été envisagé par le Gouvernement pour donner satisfaction sur ce point à l'Union des Caisses.

Dès qu'il a eu connaissance de ces faits, le Conseil départemental des Médecins de la Seine m'a chargé d'attirer respectueusement votre attention sur l'émotion qu'une aussi importante modification à la loi des Assurances sociales ne manquerait pas de provoquer dans le Corps médical. Celui-ci qui, dans son ensemble, a toujours apporté sa collaboration la plus loyale et la plus entière à l'application des lois médico-sociales et plus spécialement de la loi des Assurances sociales — et qui entend persévérer dans cette attitude — comprendrait difficilement que, sans qu'il ait été consulté ni même informé, les conditions habituelles et normales de l'exercice de la médecine aient pu être complètement bouleversées.

Il le comprendrait d'autant moins que pendant l'occupation allemande le Corps médical a pu, non sans un certain courage, s'opposer efficacement aux desseins de l'ennemi de nous imposer la loi allemande des Assurances sociales qui prévoit précisément un tarif limitatif d'honoraires.

C'est pourquoi le Conseil départemental des Médecins de la Seine, à qui l'ordonnance du 11 Décembre 1944 a confié provisoirement la défense des intérêts professionnels des médecins du département, serait très heureux d'avoir avec vous un entretien au cours duquel il pourrait vous exposer le point de vue du Corps médical.

Dans l'attente que vous voudrez bien accueillir favorablement cette demande d'audience, et en vous en remerciant par avance, je vous prie d'agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de mes sentiments de haute considération.

Le Président : Prof. Balthazard.
Pour le Secrétaire général,
Le Secrétaire administratif : Dr Coquin.

COMMISSION NATIONALE DE RECONSTRUCTION des organisations syndicales de Médecins

Par décret du 13 Janvier 1945. — Sont nommés membres de la commission nationale de reconstitution des organisations syndicales do médecins :

M. Blondel, président honoraire à la cour d'appel de Paris.

MM. Arsonneau (Saint-Arnoult-en-Yveline), Gaye (Châtillon-sous-Bagneux), Gelle (Lille), Mallet-Guy (Lyon), Milliez (Paris), Urhy (Neuilly-sur-Seine).

(*J. O.*, 14 Janvier 1945).

COMMISSION NATIONALE de protection des Médecins prisonniers et déportés

La Commission peut maintenant faire état de son activité complète depuis sa création.

Elle a contribué à l'élaboration des mesures de protection des médecins prisonniers qui ont été étendues ensuite aux médecins déportés. Elle a pu envoyer aux médecins prisonniers des livres, dont le prix total s'élève à 130.926 francs, et pour 39.660 francs de colis de livres et de vêtements.

32.500 francs de prix ont été accordés, récompensant des travaux de médecins prisonniers.

585.000 francs ont été distribués en outre aux familles de médecins prisonniers, aux familles de déportés et aux médecins maquisards.

La Commission a pu enfin procurer aux prisonniers rapatriés un grand nombre d'emplois publics ou privés, rémunérés, leur assurant un minimum vital.

Elle s'est occupée de la question des concours spéciaux pour médecins rapatriés (Internat, Concours des Hôpitaux et Hospices).

Dès la Libération, continuant son action en liaison avec les autorités du G. P. R. F., elle a continué son action en prenant le nom de Commission nationale des médecins prisonniers et déportés.

Extraits de la circulaire n° 32 du 3 Janvier 1945.

Université de Paris

Faculté de Médecine. — Par décision du ministre de l'Education nationale, en date du 19 Décembre 1944, l'arrêté concernant le Prof. Maurice Chevassu est modifié comme suit :

M. Chevassu, professeur de clinique urologique à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, est réintégré dans ses fonctions à compter du 28 Janvier 1943.

Le congé, sur sa demande sans traitement, accordé à M. Chevassu est maintenu du 20 Janvier 1943 au 27 Octobre 1944.

M. Chevassu est admis à faire valoir ses droits à la retraite à compter du 28 Octobre 1944 au lieu du 1er Octobre 1944.

— Par arrêté du 2 Janvier 1945, la charge de médecine légale de la Faculté de Médecine de l'Université de Paris (titulaire : M. Duvoir) prend le nom de chaire de *Médecine légale et Médecine du Travail.*

Universités de Province

Election des Doyens des Facultés. — Aux termes de la circulaire aux recteurs du 19 Octobre 1944, confirmée par une ordonnance du 20 Novembre 1944, les doyens, assesseurs des Facultés, chefs d'établissements et délégués aux conseils des Universités devaient cesser leurs fonctions à compter du 31 Décembre 1944. De nouvelles élections ont eu lieu. Ces nominations ne sont faites qu'à titre provisoire et les intéressés n'exerceront leurs fonctions que jusqu'à une date qui sera fixée par décret après le retour des prisonniers et déportés.

Ont été élus :

Faculté de Médecine de Bordeaux. — M. Dupérié.
Faculté de Médecine de Lille. — M. Combemale.
Faculté de Médecine de Marseille. — M. Cornil.
Faculté de Médecine de Montpellier. — M. Giraud.

Faculté de Médecine de Lille. — Par arrêté du 2 Janvier 1945, la chaire d'histologie (dernier titulaire : M. Debeyre, retraité) est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours à dater du 12 Janvier 1945 est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

Faculté de Médecine de Lyon. — Par arrêté du 2 Janvier 1945, M. Paupert-Ravault, agrégé, est nommé, à titre provisoire, professeur de pathologie interne (en remplacement de M. Cordier, décédé).

— Par arrêté du 2 Janvier 1945, M. Trillat, agrégé, est nommé, à titre provisoire, professeur de clinique obstétricale (en remplacement de M. Rhenter, décédé).

— Par arrêté du 2 Janvier 1945, la chaire d'anatomie de Lyon (dernier titulaire : M. Latarjet, retraité) est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours à dater du 12 Janvier 1945 est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

Faculté de Médecine de Nancy. — Par arrêté du 2 Janvier 1945, M. Richard, chargé de cours, est nommé, à titre provisoire, professeur de pharmacie chimique à cette faculté (en remplacement de M. Pastureau, décédé).

— Par arrêté du 2 Janvier 1945, la chaire de chimie biologique (dernier titulaire : M. Robert, retraité) est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours à compter du 12 Janvier 1945 est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

Faculté de Médecine de Toulouse. — Par arrêté du 2 Janvier 1945, la chaire de clinique ophtalmologique est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours à dater du 12 Janvier 1945 est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

Ecole de Médecine d'Amiens. — Un concours pour l'emploi de chef de travaux d'anatomie s'ouvrira le 26 Mars 1945 au siège de l'Ecole. Registre d'inscriptions clos le 25 Février.

Ecole de Médecine de Dijon. — Par arrêté du 2 Janvier 1945, M. Mayer (André), chargé de cours de chimie et toxicologie, est nommé professeur titulaire de la chaire de chimie et toxicologie.

— Deux concours pour les emplois de professeur suppléant 1° d'anatomie et de physiologie ; 2° de pharmacie et de matière médicale s'ouvriront le 18 Juin 1945 devant la Faculté de Médecine de Lyon. Registre d'inscriptions clos le 17 Mai.

— Un concours pour l'emploi de professeur suppléant d'histoire naturelle s'ouvrira le 25 Juin 1945 devant la Faculté de Lyon. Registre d'inscriptions clos le 24 Juin.

Ecole de Médecine de Limoges. — Par arrêté du 2 Janvier 1945, M. Wagner (André), professeur suppléant, est nommé professeur titulaire de la chaire de pharmacie et matière médicale (en remplacement de M. Gérald, transféré).

Ecole de Médecine de Reims. — M. Adam est chargé, à titre provisoire, du service de la chaire obstétricale.

Ecole de Médecine de Rennes. — M. Lefeuvre, professeur honoraire, est chargé, à nouveau, à titre provisoire, de l'enseignement de la physiologie.

Inspection de la Santé

— Mlle Laporte, médecin inspecteur-adjoint du Gard, est affectée en la même qualité dans la *Côte-d'Or.*

— Mlle Renée Pohiel est nommée médecin inspecteur-adjoint intérimaire dans la *Manche.*

— M. Gschwind, médecin inspecteur adjoint de la santé de l'Allier, est chargé de mission dans le *Haut-Rhin* pour une durée de trois mois et affecté à Mulhouse.

— L'arrêté du 4 Août 1944 nommant M. Pierre Tourrier médecin inspecteur-adjoint intérimaire des *Alpes-Maritimes* a été rapporté.

— L'offre de démission de M. Jacquemin, médecin inspecteur-adjoint intérimaire de l'*Hérault* a été acceptée.

Distinctions honorifiques

CITATION A L'ORDRE DE L'ARMÉE

A titre posthume : Médecin auxiliaire Barbot.

ORDRE DE L'ÉTOILE D'ANJOUAN

Officier : M. Gabillon, médecin de colonisation à Hanaïlon (Nouvelle-Calédonie).

Nouvelles diverses

L'Association Amicale des Anciens Médecins des Corps Combattants nous prie de faire savoir, qu'en raison des circonstances, nées des récents événements, le Conseil d'Administration a décidé, dans une de ses dernières séances, de cesser d'exercer ses fonctions. Les intérêts de l'Association sont confiés à une commission administrative provisoire, en attendant qu'une Assemblée générale puisse procéder à des élections régulières.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Blamoutier, 5, rue de Luynes, Paris-7e. Littré 02-56.

Nos Échos

Naissances.

— Jean-Paul Marchenay a la joie de faire part de la naissance de sa petite sœur *Marie-Jeanne* (27 Décembre 1944) [docteur et Mme Marchenay, Argent-sur-Sauldre] (Cher).

— Le docteur et Mme Jean Gallut ont la joie d'annoncer la naissance de leur fille *Florence* (12 Août 1944, 31, rue Raynouard, Paris-15e).

— Le docteur et Mme Rémi Cochemé sont heureux de faire part de la naissance de leur 4e enfant, *Martine* (Reims, 18 Décembre 1944).

— Le docteur et Mme Masius sont heureux d'annoncer la naissance de leur 2e enfant, *Nicole* (Paris, 22 Novembre 1944).

Mariage.

— On annonce le mariage du docteur FRANCIS TAYEAU, chargé de cours à la Faculté de Médecine de Bordeaux, avec Mlle JOSETTE LABORSSE (Bordeaux, 21 Décembre 1944).

Décès.

— On annonce le décès du professeur C. SIGALAS, doyen honoraire de la Faculté de Médecine de Bordeaux.

— On annonce le décès du médecin capitaine HENRY CHEYNEL, des troupes coloniales, croix de guerre 1940, tué sur le front le 26 Novembre 1944. Il était le frère du docteur JEAN CHEYNEL, de Saint-Etienne.

Soutenance de Thèses

Paris

THÈSE DE DOCTORAT.

JEUDI 4 JANVIER. — M. Bachy : *De l'association cardenal B phenylisopro-pylamine dans le traitement de l'épilepsie.* — Mlle Larmoyer : *Chrysothérapie dans les abcès du poumon.* — M. Vincent : *Quatre cas de parotidites gangreneuses d'origine gingivo-alvéolaires.* — M. Küss : *Dissociation des signes cutanéo-muqueux des signes généraux dans la dermatite polymorphe douloureuse de Brocq-Duhring.* — Mme Bigot : *Nouvelles observations sur les dermatoses d'origine végétale.* — Mlle Ramon : *Interactions et associations morbides de l'appareil génital et de l'appareil digestif.* — M. Maillard : *Etudes statistiques de 200 observations de tumeurs des paupières.* — M. Letailleur : *Trois ans d'activité d'un service de dépistage systématique de la tuberculose pulmonaire.*

Montpellier

DIPLÔME D'ETAT.

MARS 1944. — M. F. Montagne : *A propos de la loi du 31 Décembre 1942 relative à la prophylaxie des maladies vénériennes.* — M. J. Salager : *Epilepsie pleurale.* — Mme Fure, née Girard : *Des formes pseudo-tuberculeuses de la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann.* — M. A. Benoît : *Dépistage de la tuberculose inapparente à la clinique par la radiologie.* — M. G. Bouchit : *Etude histologique de 11 cas de cancer primitif du poumon.* — M. M. Rouvière : *L'ostéosynthèse des fractures du membre supérieur par broche amovible intra-médullaire. Etude clinique, expérimentale et histologique.* — M. J. Mayeux : *Lésions de Gangolphe et maladie de Pellegrini-Stieda.* — M. R. Hoareau : *Contribution à l'étude des paralysies radiales traumatiques chez l'adulte.* — M. P. Daudé : *Contribution à l'étude des pseudo-fractures.* — M. H. Coste : *Essai de thérapeutique des accidents nerveux provoqués par l'hypoglycémie insulinique prolongée.* — M. G. Dalger : *Contribution à l'étude du traitement ambulatoire des fractures du calcanéum.* — M. A. Cauret : *Contribution à l'étude électro-cardiographique des plaies du cœur.* — M. G. Onstrières : *De l'aspiration endo-cavitaire suivant la méthode de Monaldi, considérée comme un temps préparatoire à la thoracoplastie dans le traitement des cavernes tuberculeuses.* — M. J. Ridet : *La pression sanguine intra-sternale.* — M. G. Loniewski : *Contribution à l'étude des affections du corps thyroïde par un nouveau procédé de palpation de la glande.* — M. J. Ferrand : *Contribution à l'étude de la vaccinothérapie intraveineuse dans la fièvre de Malte.* — M. P. Kerbastard : *La transfusion du sang par voie sternale.* — M. P. Longnon : *Essai sur l'ethnologie et la pathologie de l'île de la Réunion.* — M. Ph. Joubert : *Bronchites mélitococciques.* — M. M. Lacroix : *Sulfamidothérapie des brucelloses. Etude critique.* — M. R. Troyo : *Contribution à l'étude des formes polyviscérales des brucelloses.* — M. P. Labadie : *Contribution à l'étude des encéphalites de la coqueluche.* — M. M. Martin : *A propos de quelques cas de radiculonévrites à germe indéterminé.* — Mlle G. Bonnefont : *L'influence de l'orientation de la tête sur les réflexes neuro-végétatifs dans les syndromes sympathiques cervicaux postérieurs.* — M. A. Libonban : *L'épilepsie en pathologie exotique.* — M. J. Vanthier : *Pharmacodynamie clinique des sympathicolytiques de synthèse.* — M. F. Torre : *Les formes sciatalgiques pures des tumeurs de la queue de cheval.* — M. A. Pineau : *Contribution à l'étude des psychoses réactionnelles.* — M. R. Raoul : *Procédé simple de réfection de l'urètre dans les rétrécissements infranchissables en milieu colonial.* — M. R. Huart : *Contribution à l'étude de la pyélographie dans le diagnostic des contusions du rein.* — M. A. Ruyssen : *Données actuelles sur le traitement du cancer de la vessie.* — M. P. Bernachon : *Sur un nouveau procédé diagnostique et pronostique de la tuberculose : réaction d'allergie provoquée chez le cobaye, tuberculine par injection, sérum sanguin de malades.* — M. R. Grégoire : *Réflexions sur une grosse hydronéphrose.* — M. J. Caille : *Traitement sulfamidé des blennorragies classées par catégories.* — Mme Fiammà, née E. Sablier : *La conjonctivite à « fuso spirochete » de Vincent.* — M. P. Laporte : *Au sujet de la nature de la capsule du cristallin d'après l'étude de son développement.* — M. R. Daurat : *Aspect de la rétine dans la rage chez le lapin.* — Mlle P. Guyon : *Contribution à l'étude de l'adénome lacrymal.* — M. R. Aynaud : *Contribution à l'étude de la gliose intraoculaire secondaire.* — M. M. Hellny : *Contribution à l'étude du ligament denticulé.* — M. J. Candin : *A propos de l'avenir du pneumothorax extra-pleural.* — M. J. Fillioux : *Réflexions médicales sur le gréco.* — M. E. Locci : *Considération sur 3 cas de tumeurs cérébrales primitives à évolution aiguë.* — M. Y. Reinaud : *Formes radiologiques de la maladie de Paget.* — M. S. Petit : *A l'origine des principes d'action du corps de santé colonial. La tactique sanitaire du groupe mobile Bugeaud lors de la conquête de l'Algérie.* — M. M. Puech : *Contribution à l'étude de la souillure fécale.* — M. J. Bérets : *Contribution à l'étude des antigènes somatiques microbiens ; l'antigène glucido-lipidique des aérobactéries.* — M. J. Maubois : *Contribution à l'étude de la transmission du typhus exanthématique par voie pulmonaire.* — M. Cl. Chalançon : *Les hypoglycémies hypophysaires.* — M. J. Morichand-Beauchant : *Ictère catharral bénin et primo infection tuberculeuse.* — M. H. Moutet : *Contribution à l'étude des fistules duodénales après gastrectomie.* — M. J. Fribaud : *La « lamblia intestinalis » et son rôle pathogène. A propos de quelques observations de cholécystites à lamblias.* — M. F. Tinchant : *Contribution à l'étude du cancer cylindrique sur col restant.* — M. G. Tardon : *Cancer en virole du côlon droit.* — M. L. Perthuisot : *L'abduction bilatérale dans le traitement des fractures fermées de la dyaphyse fémorale chez l'adulte.* — M. C. Calvet : *Contribution à l'étude des abcès résiduels après appendicectomie s'ouvrant dans la vessie.* — M. E. Benezech : *Quelques modifications physico-chimiques du sérum des tuberculeux pulmonaires.* — M. W. Briskine : *Recherches sur les orchi épididymites aspécifiques.* — M. C. Pidoux : *Etude médico-physiologique de l'énurésie chez les enfants et les adolescents.* — M. E. Hubert : *Caractères et évolution barbiturique. A propos de 6 observations cliniques.* — M. F. Dupuy : *Le phlegmon de la loge hyo-thyro épiglottique.* — Mme Villeneuve, née G. Senty : *De l'association de la tuberculose et du cancer du larynx.* — M. C. Boujol : *2 cas de réticulose histiomonocytaire subaiguë.* — M. G. Frey : *De la thérapeutique des pleurésies purulentes non tuberculeuses fistulisées dans les bronches.* — Mlle M. Arnal : *Les encéphalites tuberculeuses.*

DIPLÔME D'UNIVERSITÉ.

MARS 1944. — M. F. Ghaly : *Contribution à l'étude du mégacôlon chez l'enfant.* — M. Y. Monoff : *Contribution à l'étude du tétanos des électrocutés.* — M. L. Biégun : *La spondylose rhizomélique au début.* — M. A. Gabra : *Contribution à l'étude des anesthésies épidurales sacrées en vue de prostatectomie hypogastrique.* — M. O. Edelstein : *Les hépatonéphrites mélitococciques.*

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

Le gérant : F. THOMAS.

Imprimé par l'Ancne Imprimerie de la Cour d'Appel, 1, rue Cassette, à Paris (France).

TRAVAUX ORIGINAUX

SUR LE DIAGNOSTIC DES HÉMATOMES PÉRINÉPHRÉTIQUES DITS SPONTANÉS

Par **H. MONDOR**

(Paris)

En Février 1911, dans ce journal, M. Lenormant, avec quelques cas de littérature, étudiait une affection que Wunderlich, en 1856, en une courte note, sous le titre *Apoplexie spontanée de la capsule du rein*, avait décrite sinon fait connaître. M. Lenormant, dans son étude limpide et, depuis, classique, ne disposait que de 13 observations appartenant à plus de 10 chirurgiens.

Trente ans après ce premier travail d'ensemble paru en France, la rareté des observations est restée telle qu'on les peut encore dénombrer : un peu plus de 200 cas publiés[1]. Les livres d'enseignement sont généralement muets ou sommaires.

Pour les 13 premiers malades, l'erreur avait été la règle. Le diagnostic exact n'avait été fait qu'une fois : par Doll, que la déconvenue d'un premier exemple avait instruit. Pour les 200 cas suivants, le pourcentage d'exactitude est encore plus faible et les 4 ou 5 diagnostics précis ne l'ont été qu'à la faveur d'une erreur antérieure du clinicien ou grâce à la notion exceptionnelle d'un état hémophilique.

Le tableau clinique avait été fixé, par les premiers auteurs, en un schéma dont la commodité mnémotechnique n'a pas suffi à favoriser les bons diagnostics. Lenk avait, en effet, proposé comme caractéristique la triade suivante : douleur brusque et violente dans la région rénale, signes d'hémorragie interne, apparition d'une tumeur rétropéritonéale. C'était supposer le problème résolu. Si les symptômes et les signes étaient enregistrés avec cette netteté, le diagnostic suivrait.

En réalité, bien des malades, au lieu de dire douleur dans la région rénale, décrivent une douleur d'épigastre, d'hypocondre, de dos, de fosse iliaque. La gravité rapide de l'état général, quand elle frappe, semble plus souvent celle du shock ou du collapsus que l'anémie décolorante d'une hémorragie interne ; enfin, les caractères de la tuméfaction sont loin d'avoir l'évidence topographique indiquée, après Lenk, par la plupart des auteurs. Les observateurs, avec moins de conviction, ont dit : les uns tumeur du flanc, d'autres empâtement rétro-cæcal, d'autres tumeur splénique, d'autres météorisme, etc. Les diagnostics évoqués n'ont pas été moins variés : occlusion intestinale, phlegmon périnéphrétique, torsion de la rate ou de kyste de l'ovaire, cancer du côlon, etc. Les meilleurs urologues se sont trompés aussi. Wolfromm pensa, dans un cas, à un phlegmon périnéphrétique, dans un autre cas, à un abcès appendiculaire. Même l'erreur de croire à une hernie étranglée a été commise. Comment espérer, d'autre part, qu'un hématome bien enclos dans la capsule ait les mêmes signes qu'un hématome extracapsulaire diffus ?

Les examens radiographiques, pratiqués en petit nombre, ont montré une opacité de la fosse lombaire qui noyait les contours du rein et du psoas, ainsi que le fait l'ombre des phlegmons périnéphrétiques. Lœwenck, qui a particulièrement profité de cet examen aux rayons X pour un cas d'hématome traumatique, se proposait de l'utiliser, quand se présenteraient à lui les malades à crise douloureuse lombo-iliaque susceptible de faire penser à une de ces hémorragies périrénales essentielles. En faisant ce projet, il disait se souvenir d'avoir été très frappé, devant trois cas d'hématome spontané, « de l'absence de signe objectif net ».

Le seul cas d'hématome périrénal que nous ayons observé nous a permis de trouver un signe, non décrit à l'ordinaire, qui eût dû nous imposer aussitôt le diagnostic. Nous ignorons si ce signe physique est fréquent ou rare. Qu'il n'ait pas été signalé ne signifie pas qu'il ait toujours manqué. Sa connaissance aidera à une recherche moins distraite. C'est après quelques douzaines de cas que son caractère exceptionnel ou banal sera défini.

Voici, recueillie par M. Claude Olivier, assistant du service, l'observation de la malade :

L'après-midi du 14 Juin 1944, Mme Gr..., 57 ans, est transportée d'urgence à la Salpêtrière. Vers 10 heures, pendant ses courses, elle a été prise de violentes douleurs dans la fosse iliaque gauche, si intenses qu'elle faillit s'évanouir. Quelques heures plus tard elle souffrait moins ; un médecin, néanmoins, a jugé son état assez préoccupant pour justifier une admission à l'hôpital. Lors de son arrivée, l'aspect de la malade est satisfaisant. Un seul vomissement est survenu. Température, 38°2. L'abdomen est souple : du côté gauche, au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure s'arrondit une tuméfaction importante et très douloureuse. Il n'existe par ailleurs aucun symptôme de péritonite ou d'occlusion et le pouls bat à 100. L'abstention est décidée.

Le lendemain matin, 15 Juin, les signes généraux sont toujours aussi rassurants, mais la douleur, quoique supportable, a repris pendant la nuit. Elle est toujours à maximum iliaque gauche. Le ventre est un peu ballonné, sans ascite. Dans le flanc gauche, on palpe une masse arrondie, mate, dépourvue de fluctuation, de la grosseur d'une tête d'adulte environ. Immobile, elle descend jusqu'à la crête iliaque, touche à peine la ligne médiane et se détache nettement des fausses côtes. En arrière, le contact pariétal n'apparaît pas franchement lombaire, mais sus-iliaque et assez externe. Le toucher vaginal confirme l'indépendance avec l'appareil génital. Sur la radiographie sans préparation, se dessine, sans signe véritablement occlusif, une aérocolie transverse et droite, qui masque l'ombre du psoas et du rein. Le cliché, après lavement baryté, confirme la perméabilité colique ; une seule notion pathologique apparaît : l'angle gauche est élevé et ouvert, comme dans les masses sous-péritonéales. Le Prof. Mondor examine, à ce moment, la malade. Il pense d'abord à une torsion de rate ou de kyste, quand il perçoit en arrière, au-dessus de l'os iliaque, au-dessous de l'angle costo-lombaire, une crépitation localisée très nette. Il croit à l'origine sanguine de cette crépitation et, parmi les diverses causes d'hématome rétropéritonéal, évoque plutôt certaines apoplexies pancréatiques ou celles surrénales.

Intervention à 11 h. 30 sous anesthésie rachidienne (M. C. Olivier). L'incision de L. Bazy, adoptée sur la notion de caillots postérieurs, donne un abord aisé sur une masse sous-péritonéale rouge foncé, du volume des deux poings. Bien limitée en dehors et en bas, elle se continue en avant par des caillots qui dédoublent le mésocôlon transverse. Vers le haut, son pédicule large de 2 à 4 *cm*, s'insère sur la face interne du pôle inférieur du rein. Il semble prudent de pratiquer l'exérèse d'un fragment du rein. La tranche rénale est suturée au catgut chromé. Fermeture pariétale sur drain. Guérison.

A la coupe, la pièce, sauf en avant, apparaît entourée d'une mince coque fibreuse qui se confond en haut avec la capsule du rein, mais reste distincte du parenchyme. La partie périphérique est formée de caillots agglomérés entourant un tissu jaune clair d'apparence graisseuse. L'examen anatomo-pathologique (Prof. agrégé Gauthier-Villars) confirme le lipome, son siège paranéphrétique, l'apoplexie dont il est entouré, sans que le mécanisme histologique de celle-ci puisse être parfaitement précisé.

Cette malade, malgré une hématocèle sous-rénale importante, n'avait ni les signes d'une hémorragie interne, ni la douleur lombaire. Les signes physiques et généraux étaient ceux d'une torsion viscérale ou tumorale et orientaient vers la grande cavité de l'abdomen plutôt que vers sa paroi postérieure.

La notion d'urgence nous avait paru plus nette qu'elle ne l'avait paru aux premiers consultés, et nous allions nous en tenir au diagnostic de torsion splénique ou épiploïque, lorsque, par le palper bi-manuel, lombo-abdominal, nous trouvâmes au-dessous de l'angle costo-vertébral, un peu au-dessus de la crête iliaque, une crépitation sanguine, de netteté en quelque sorte démonstrative : facile à faire enregistrer, notamment, par les quelques élèves présents dans la salle.

C'est un signe probablement utile. Il peut être, pour cet hématome intra- ou extra-capsulaire, ce que la douleur provoquée de même siège est pour le phlegmon. Dans cette zone faible, où viennent pointer les collections et même faire parfois saillie les lipomes paranéphrétiques, il est facile de s'enquérir de la consistance d'une tuméfaction profonde. La crépitation est-elle perçue, il faut dire hématome. Si nous nous en étions tenu à cette certitude, notre diagnostic eût été bon. En cessant de rester objectif, nous le gâtions ; il y avait bien hématome, mais le pancréas n'était pour rien dans le saignement.

La tumeur responsable de celui-ci était l'une des moins souvent incriminées. Sur 200 hématomes dits spontanés, on a trouvé une vingtaine de fois une tumeur rénale ou pararénale. Quatre fois sur cinq, sur ces 20 cas d'hématomes, tout ensemble spontanés et symptomatiques, il s'agissait ou d'hypernéphrome ou d'épithélioma ou de sarcome.

N'ayant voulu envisager qu'un détail clinique, nous croyons pouvoir proposer la conclusion suivante : *chez un malade dont les signes abdominaux, douleur, léger météorisme, tuméfaction latérale profonde et les signes généraux de shock ou d'anémie ont une brusquerie qui rappelle celle des torsions ou des infarctus, il importe, par le palper bi-manuel, de bien explorer les régions lombaires. Même si la recherche d'un contact postérieur de la tuméfaction est incertaine, la découverte d'une crépitation sanguine pourra conduire au diagnostic d'hématome périrénal spontané.*

Les erreurs sont assez coûteuses pour que le souci d'en réduire le nombre ne soit pas théorique.

1. Voir la Thèse de Pierre LESIEUR : *Hématomes périrénaux non traumatiques*, Paris, 1931.

SYNDROME DE STOCKES-ADAMS PAR HYPERACTIVITÉ DU CENTRE VENTRICULAIRE DANS LE BLOC DU FAISCEAU DE HIS

Par R. LUTEMBACHER

(Paris)

Au cours des troubles de conduction du faisceau de His l'attention des cliniciens a été attirée par les vertiges, les syncopes qui caractérisent le syndrome d'Adams-Stockes et coïncident avec la suspension des battements cardiaques.

Ces troubles, aussi bien que la mort subite, ont été attribués à l'arrêt des systoles ventriculaires, consécutif à l'inhibition du centre automatique. Son activité vicariante maintient les actes ventriculaires lorsque la section du faisceau de His ne permet plus le transit de l'excitation sinusale.

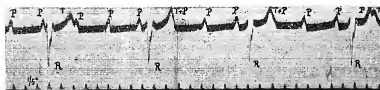


Fig. 1. — *Electrocardiogramme.* Dissociation auriculoventriculaire ; R = flèche ventriculaire à base élargie et à sommet crocheté : fréquence : 30 P = systoles de l'oreillette : fréquence 85 (en D III).

Il existe au cours du bloc auriculo-ventriculaire une variété de syndrome de Stockes-Adams beaucoup plus grave. Il n'est pas déterminé par l'arrêt des ventricules mais par des crises de tachycardie paroxystique, du flutter ou de la fibrillation ventriculaire liés à l'irritation du centre automatique.

L'activité ventriculaire persiste pendant ces crises, comme en témoigne l'électrocardiographie, elle échappe à l'investigation clinique : les pulsations artérielles sont suspendues, les systoles ventriculaires ne sont plus audibles. Tout au plus observe-t-on au début ou à la fin des crises ou dans l'intervalle de celles-ci des accélérations paroxystiques soudaines du rythme ventriculaire.

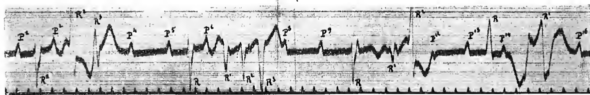


Fig. 2. — *Bloc complet et salves extrasystoliques* R 1, R 2, R 3, à flèches ventriculaires déformées et variables.

Malgré la permanence de l'activité ventriculaire le cœur ne présente plus que des variations volumétriques insignifiantes, incapables de propulser la masse sanguine : c'est l'équivalent d'un arrêt ventriculaire. C'est pourquoi le syndrome clinique d'Adams-Stockes reste le même et se caractérise par des vertiges, des syncopes et la menace constante de la mort subite.

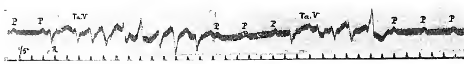


Fig. 3. — *Bloc complet, et petites crises de tachycardie :* à flèches ventriculaires déformées et variables.

Ce syndrome est plus grave que celui qui est déterminé par les pauses ventriculaires. Les syncopes sont plus longues, elles se répètent avec une fréquence telle qu'il faut parler d'un état de mal syncopal. La mort est habituellement prochaine.

ÉTUDE DU SYNDROME. A. *Les troubles rythmiques.* - L'hyperactivité du centre automatique se caractérise dans son expression la plus simple par des extrasystoles, isolées ou périodiques : bigéminées ou groupées en salves, ou observe des crises de tachycardie paroxystique ventriculaires ainsi que l'avait signalé Wenckebach dès 1906. Des exemples en ont été rapportés au cours de la dissociation complète, Gallavardin et Froment, Ivan Mahaim, Cœlho se sont attachés à leur étude.

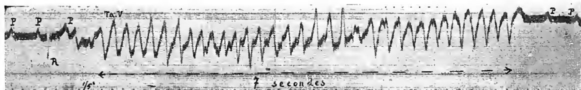


Fig. 4. — *Petite crise* de 7 secondes — le battement lent des ventricules s'inscrit au début et à la fin de la crise — pendant la crise, feston irrégulier : transition entre les tachycardies ventriculaires à flèches variables, et le fibrillo-flutter.

Les extrasystoles et les crises tachycardiques se caractérisent par des flèches ventriculaires monomorphes à type de levo ou de dextrogramme. Ces flèches sont déformées et variables, ce qui indique que l'excitation née dans la partie basse du faisceau ou à l'origine de ses branches se fraye un passage difficile dans le myocarde. La fréquence extrême des excitations se heurte à l'état réfractaire des fibres, ce qui aboutit à des troubles de conduction transmyocardique et au morcellement des systoles ; elles se propagent par étapes et suivent des trajets variables d'une pulsation à l'autre. (*Les systoles fractionnées, le myocarde* [*Masson*, édit.], p. 202.)

Les mêmes troubles de conduction se développent dans toute variété de tachycardie paroxystique. Quand le foyer d'excitation est haut situé dans le système d'automaticité, les excitations précipitées doivent traverser le faisceau de His avant d'atteindre les ventricules ; des phénomènes de fatigue interviennent dans la transmission hisienne, un bloc plus ou moins important arrête un certain nombre des excitations précipitées, les ventricules se ralentissent malgré la cadence accélérée des oreillettes. Ce *bloc de protection* fait défaut lorsque le foyer des excitations précipitées est situé à la partie inférieure du faisceau et directement connecté avec la masse des fibres du myocarde.

Dans ces conditions c'est dans le myocarde même que se développent ces troubles locaux de conduction. Ces bloc transmyocardique, loin d'être une protection, constitue un danger : il aboutit à un morcellement de la systole ventriculaire ; il conduit : des crises tachycardiques, aux systoles fractionnées à grande fréquence, aux mouvements ininterrompus du flutter et de la fibrillation. Ce morcellement se produit avec d'autant plus de facilité que les lésions du myocarde ou des troubles de l'irrigation coronarienne prolongent inégalement l'état réfractaire dans les divers segments du myocarde. Ils s'opposent à une réponse totale et synchrone, vis-à-vis des excitations prématurées.

C'est cette menace du *flutter* et de la *fibrillation ventriculaire* qui rend redoutables ces crises de tachycardie ventriculaire au cours du bloc hisien. C'est à cette éventualité que la mort subite a été attribuée. Gallavardin et Froment ont enregistré au cours de longues syncopes une fibrillation ou plutôt un flutter ventriculaire dessinant un feston régulier à 306 ondulations par minute. Le flutter et la fibrillation ne correspondant plus à des excitations précipitées émises par le centre ventriculaire, c'est un mouvement *ininterrompu et circulaire* qui, amorcé dans le myocarde, se poursuit sans être ensemencé à nouveau par une excitation née dans un centre.

Gallavardin et Froment n'ont pu enregistrer le début des crises de flutter ; de ce fait ils ne tirent pas de conclusion touchant la pathogénie de ce mouvement ininterrompu ; ils admettent que c'est un trouble second, consécutif à une pause ventriculaire prolongée.

Il semble, au contraire, que ce mouvement ininterrompu soit amorcé par une excitation prématurée née dans le centre ventriculaire. C'est sur ce danger que ces auteurs ont insisté à propos des crises tachycardiques ventriculaires, la mort subite étant la conséquence de la fibrillation consécutive des ventricules.

L'arrêt prolongé des systoles ventriculaires favorise la restauration des systoles totales à la suite de systoles fractionnées en permettant aux fibres les plus malades de sortir de leur état réfractaire prolongé. L'image d'intoxication digitalique en fournit des exemples. (*La Presse Médicale*, 16 Octobre 1940.)

Les systoles fractionnées disparaissent au moment où le rythme se ralentit à la faveur d'un bloc du faisceau ou d'une bradycardie sinusale.

Sur les courbes sont enregistrés tous les intermédiaires entre les tachycardies paroxystiques à flè-

hes ventriculaires déformées et variables et les mouvements ininterrompus du flutter et de la ibrillation.

C'est à cette même hyperactivité du centre automatique ventriculaire que l'on doit attribuer 'amorce du flutter et de la fibrillation enregistrés u cours du bloc complet.

B. *Etude clinique.* — Le syndrome de Stockes-Adams qui résulte des crises tachycardiques au cours du bloc hisien ne diffère que par quelques caractères des mêmes accidents consécutifs aux pauses ventriculaires. L'activité ventriculaire subsiste pendant les syncopes, la courbe en témoigne, mais le ventricule ne subit plus de variations volumétriques; le fait est constant dans les états de flutter et de fibrillation; il n'appartient qu'à certaines variétés de tachycardies paroxystiques ; les battements précipités du ventricule restent audibles. Expérimentalement, les extrasystoles et tachycardies avec un ventricule immobilisé en rétraction ne sont pas rares, nous en avons filmé au cours de l'intoxication par les chlorures de baryum et de potassium. (*Le Myocarde*, 336.)

L'action combinée de l'acétylcholine et de l'ion calcium nous a permis d'obtenir des crises périodiques de flutter ou de fibrillation, avec arrêt du ventricule en rétraction. Lorsque la capacité de relâchement diastolique reparaît, le mouvement de flutter ou de fibrillation s'extériorise à la surface du ventricule.

La conséquence immédiate de la suppression des variations volumétriques du ventricule fait que non seulement le pouls disparaît, mais l'auscultation du cœur reste muette. La syncope semble résulter d'une pause ventriculaire, si l'enregistrement électrocardiographique n'intervient pas.

Quelques signes permettent de supposer l'intervention de l'hyperexcitabilité du centre ventriculaire dans la genèse des syncopes.

Il n'est pas rare de percevoir dans l'intervalle des syncopes : des extrasystoles, de petites salves tachycardiques qui brusquement interrompent la monotonie des systoles ventriculaires au ralenti. On perçoit aussi, au début ou à la fin des crises, des systoles précipitées des ventricules.

Les syncopes sont de longue durée, de plusieurs minutes, ce qui est exceptionnel avec les pauses ventriculaires; le malade perd connaissance, présente des crises épileptiformes, il se cyanose, les veines sont turgescentes, la respiration est suspendue. Parfois on observe un rythme de Cheyne-Stockes. La mort semble intervenir et cependant les battements du cœur se rétablissent, la conscience renaît. Les vertiges, les syncopes se répètent avec une grande fréquence au point de créer un véritable état de mal.



Fig. 6. — Cloison interventriculaire ; face droite : un faisceau de lumière met en évidence la transparence de toute la partie haute de la cloison sclérosée et amincie : dans le segment, *tra* ; *tri*, tricuspide ; *si*, sigmoïde pulmonaire.

Le pronostic de ces accidents est plus grave que celui des syncopes consécutives aux pauses ventriculaires. La mort subite survient quelques semaines ou quelques mois plus tard ; Gallavardin et Froment ont signalé une survie d'une année.

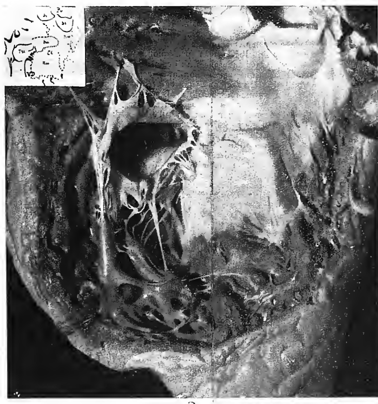


Fig. 5. — Cloison interventriculaire. Ventricule droit : plaque d'endomyocardite, aspect nacré de l'endocarde sur une surface quadrilatère de 3 cm. : *nac*. Son bord supérieur répond à l'insertion de la valve interne de la tricuspide, elle se prolonge en haut avec la partie haute de la cloison qui est transparente : *tra* ; tricuspide, *tri* ; sigmoïdes de l'artère pulmonaire ; *si*.

Par eux-mêmes, ces troubles rythmiques constituent un danger redoutable; l'accélération extrême des excitations engendrées par le centre automatique risque d'ensemencer un mouvement de flutter ou de fibrillation, d'autant plus que l'état réfractaire des fibres est inégalement prolongé du fait de leurs lésions ou de la mauvaise circulation coronarienne. En outre, ces fibres ne sont pas garanties vis-à-vis des excitations prématurées par le bloc de protection du faisceau de His.

Toute médication, telle que la digitale ou la quinidine qui prolonge l'état réfractaire, exalte le danger. Il en est de même des substances qui accroissent l'hyperexcitation, telles que le chlorure de baryum ou l'adrénaline que l'on a proposé dans le bloc hisien.

La gravité de ce syndrome dépend en outre de la nature et de la topographie des lésions qui sont à son origine. En effet, elles sont la conséquence d'un infarctus de la cloison ou de troubles de la circulation coronarienne; l'irritation de la partie basse du faisceau de His ou de l'origine de ses branches, qui s'ajoute à la section de la partie haute du faisceau, résulte de l'ischémie ou des réactions tissulaires en marge du foyer de nécrose. Parfois cette irritation est directement liée à un état inflammatoire, tel qu'une endocardite septale.

Observation. — Homme de 51 ans, soigné pour la syphilis. Pas de syndrome angineux. Vertiges. Au moment où il entre dans le service les vertiges et les syncopes se multiplient à tel point que l'on peut parler d'un état de mal ; ces troubles s'accompagnent de malaises pénibles, ils sont exaltés par le moindre mouvement, le malade reste confiné dans son lit, des gémissements annoncent les crises. Elles sont de trois à quatre minutes ; la syncope est suivie de mouvements convulsifs, puis d'une phase de relâchement avec cyanose et turgescence veineuse, la respiration est suspendue, c'est un état de mort. Après un temps plus ou moins long, les pulsations lentes reparaissent, la conscience renaît.

Le cœur est lent, à 30, et régulier ; quelques extrasystoles groupées par salves. Au moment des syncopes, les battements du cœur disparaissent, quelquefois on perçoit des battements précipités et irréguliers au cours de vertiges passagers; ils sont constatés au début ou à la fin des syncopes.

Certaines crises, malgré leur durée, ne s'accompagnent pas de perte complète de conscience, comme s'il restait un résidu d'activité ventriculaire. Sur les courbes on enregistre dans les bonnes périodes un rythme lent, à 30, des ventricules pour un rythme auriculaire de 85, en dissociation complète. Les salves extrasystoliques se caractérisent par des déformations et le polymorphisme des flèches ventriculaires.

Pendant les syncopes on enregistre un feston irrégulier qui marque la transition entre les tachycardies ventriculaires et un mouvement ininterrompu de fibrillo-flutter.

Le malade meurt cinq jours après, au cours d'une syncope.

Le cœur est petit, sans lésion valvulaire, ni aortique.

La coronaire gauche, au niveau du sillon interventriculaire, à la partie moyenne, présente une plaque d'endartérite qui rétrécit sa lumière.

La coronaire droite, dans la partie postérieure du sillon auriculo-ventriculaire, est rétrécie par une plaque d'artérite, un caillot cruorique achève son oblitération jusqu'au niveau de la croix de Haas.

La cloison interventriculaire sur sa face droite présente un aspect nacré sur une surface quadrilatère de 3 cm. ; son bord supérieur répond à l'insertion de la valve interne de la tricuspide, elle se prolonge avec la *pars membrana ;* celle-ci est transparente ; on remarque que cette transparence s'étend au delà des limites normales dans la partie haute de la cloison par amincissement cicatriciel de celle-ci. Cette zone de transparence est moins étendue sur la face gauche de la cloison.

L'histologie montre de larges bandes de sclérose qui morcellent profondément les fibres du myocarde ; on ne peut affirmer qu'il s'agit de la cicatrice d'un infarctus ancien ou d'un foyer d'endo-myocardite régionale. Le même processus de sclérose se prolonge sur le trajet du faisceau de His.

Le foie est granuleux, cirrhosé, c'est une cirrhose périlobulaire, avec infiltration lymphocytaire ; avec des zones étendues de cytolyse des cellules hépatiques. Les reins sont hyperémiés.

Dans l'observation rapportée ici, le processus cicatriciel ancien, localisé à la cloison, malgré le morcellement des fibres, a laissé subsister un lot suffisant de fibres hisiennes pour assurer la conduction jusque dans les dernières semaines. C'est seulement au moment où le processus de thrombose se développe au niveau de la coronaire postérieure que des troubles ischémiques provoquent le bloc de la partie haute du faisceau et l'hyperexcitation de son segment inférieur.

L'absence de crises angineuses a été signalée par Gallavardin et Froment dans une variété d'infarctus septal qui se révèle par les seules crises de tachycardie paroxystique. Le fait s'explique, dans notre observation, par l'absence de péricoronarite et l'intégrité des gros troncs coronariens.



Fig. 7.
Cloison interventriculaire ; face gauche : un faisceau de lumière montre la transparence de la cloison : *tra*, au delà des limites normales de la *pars membrana*, au-dessous des sigmoïdes aortiques.

LES VÉSICULES GÉLATINIFORMES INTRA-PÉRITONÉALES
DU CUL-DE-SAC DE DOUGLAS

PAR

Mlle P. GAUTHIER-VILLARS et M. L. LEGER

(Paris)

Il nous est arrivé à plusieurs reprises de remarquer en cours de laparotomie l'existence, au fond du cul-de-sac de Douglas, de vésicules, au nombre de 2 ou 3, du volume d'une grosse cerise ou d'une noix, de couleur rosée, de consistance et d'aspect gélatiniformes, translucides, libres de toute connexion pariétale ou intestinale. Une fois, coexistait un épanchement « gelée de pomme », dans un autre cas une ascite.

Nous avons recueilli ces vésicules et les avons placées sur une compresse aux fins d'examen histologique. Le temps de poursuivre l'intervention, et nous avons eu la surprise de constater l'affaissement de ces vésicules dont persistait seulement une membrane pellucide flétrie; le contenu, absorbé par le tissu spongieux de la compresse, ne formait plus qu'une tache rougeâtre.

L'aspect inaccoutumé de cette réaction péritonéale nous a fait craindre, les deux premières fois, une lésion maligne, les images observées sur coupes histologiques nous laissant, elles aussi, quelque peu hésitants.

L'absence de cancer primitif cliniquement et radiologiquement décelable, l'intégrité des organes abdominaux explorés au cours de la laparotomie nous faisaient penser, malgré certaines difficultés d'interprétation, à la possibilité d'une néoplasie péritonéale primitive.

C'est seulement la confrontation avec un troisième cas qui nous permit de redresser ce diagnostic de lésion maligne et de rattacher cet aspect à une irritation péritonéale banale.

Ces réactions péritonéales curieuses nous paraissent assez mal connues, puisque nos recherches bibliographiques sont restées vaines. Elles exposent à des erreurs d'interprétation et de pronostic assez fâcheuses pour que nous ayons pensé utile d'attirer, par cette courte note, l'attention des opérateurs.

Observation I. — B..., 48 ans, entre à la Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, le 18 Juin 1942, pour des douleurs abdominales dont le début remonte à quatre jours. Ces douleurs assez violentes présentent un maximum dans les fosses iliaques. Il y aurait eu arrêt des matières et des gaz. Le malade, simple d'esprit, fournit des renseignements cliniques assez vagues.

Le 20 Juin 1942, nous pratiquons une laparotomie exploratrice médiane sous-ombilicale. Il existe un épanchement ascitique assez abondant, rosé, gélatiniforme. Au fond du Douglas, on découvre trois vésicules translucides du volume d'une noix. Déposées sur une compresse, elles se rompent et se flétrissent rapidement.

Rien d'anormal au niveau du tube digestif. Fermeture de l'abdomen sans drainage. Suites opératoires simples.

Examen du liquide d'ascite : très nombreuses hématies ; cellules épithéliales ; pas de germes visibles ; les cultures restent stériles.

L'examen anatomo-pathologique des vésicules ayant fait conclure à leur nature maligne, nous faisons pratiquer une série d'examens radiologiques du tractus digestif qui ne donnent pas de résultats anormaux. Aussi pratiquons-nous une nouvelle laparotomie, sus-ombilicale cette fois, destinée à compléter les renseignements fournis par la première intervention : cette nouvelle exploration se montre impuissante à déceler un néoplasme primitif.

Obs. II. — Mme L..., 30 ans, mère de deux enfants bien portants, est une ancienne pottique, que nous avons opérée une première fois en 1941. A l'époque, nous avions pratiqué l'exérèse d'une volumineuse masse ganglionnaire de l'aisselle que l'examen histologique montra largement caséifiée.

Revue en Juin 1942, la malade accuse un syndrome douloureux abdominal imprécis. Elle a présenté une métrorragie discrète les jours précédents. L'examen éveille une douleur très vive au palper de la fosse iliaque droite et dans la région hypogastrique. On a l'impression de sentir une petite masse médiane sous-ombilicale. L'appendice a été enlevé il y a plusieurs années.

On évoque le diagnostic de péritonite tuberculeuse au début, en n'éliminant cependant pas la possibilité d'une tumeur de la paroi.

Sur le conseil de M. le Prof. Mondor, nous proposons à la malade une laparotomie exploratrice. Celle-ci est pratiquée le 29 Juin 1942.

Cœliotomie médiane sous-ombilicale : l'utérus et les annexes apparaissent normaux. Dans le Douglas, on remarque l'existence d'un épanchement gélatiniforme rosé, « gelée de pomme », assez peu abondant (quelques cuillerées), où nagent deux vésicules du volume d'une petite prune. Celles-ci sont recueillies et mises sur deux compresses.

Nous pensons aussitôt au cas du précédent malade et entreprenons une exploration soignée de tout l'abdomen. L'appareil génital est normal. Pas de lésion intestinale ; l'appendice a été précédemment enlevé.

A l'aide de valves, nous explorons l'étage sus-ombilical de l'abdomen et remarquons seulement l'existence d'un ganglion induré au-dessus du *genu superius*.

Durant le quart d'heure qui répond aux explorations et à la fermeture de l'abdomen, les vésicules s'affaissent, leur contenu est absorbé par le lit de compresses et on recueille seulement, aux fins d'examen histologique, deux vésicules flétries.

L'examen histologique, ici encore, fit conclure à la nature maligne de ces vésicules péritonéales.

A l'heure actuelle, plus d'un an après l'intervention, la malade est en bonne santé, quoiqu'elle accuse encore des algies abdominales.

Obs. III. — Mme T..., 40 ans, nous est adressée par M. Julien pour fibrome utérin.

Nous intervenons le 15 Octobre 1943 et pratiquons une myomectomie de deux noyaux fibreux implantés sur la face antérieure de l'utérus. L'un d'eux est du volume de la tête d'un nouveau-né.

Dans le Douglas, on trouve une petite vésicule du volume d'un grain de raisin, rosée, translucide, qui s'affaisse sitôt qu'elle est mise sur une compresse. L'aspect macroscopique est identique à celui observé chez les deux malades précédents et pour lesquels on avait parlé de cancer, avec des caractères histologiques sur lesquels nous insistons plus loin.

Les images histologiques que nous avons observées dans les deux premiers cas sont tout à fait superposables : il s'agit de petits nodules conjonctifs arrondis, appendus à un peu de tissu conjonctivo-adipeux dont ils se distinguent par leur densité plus grande et par la présence de nombreuses cavités qui attirent aussitôt l'attention ; elles sont de taille et de forme variables, parfois ovalaires et très petites, parfois plus anfractueuses et plus volumineuses, ne communiquant pas entre elles.

Ces cavités contiennent de nombreuses cellules bien peu caractéristiques, de teinte assez sombre de forme ovoïde ou triangulaire avec un noyau central bien coloré, un protoplasma homogène dépourvu d'enclaves de sécrétion. Elles forment des amas irréguliers au centre des cavités et ces aspects nous avaient paru suffisants pour conclure à leur nature néoplasique maligne (voir fig. 1).

Le troisième cas devait nous instruire de la vraie nature de ces formations : nous y voyons, en effet un grand nombre de cavités, toutes très petites elles sont tantôt vides et alors facilement identifiables aux lacunes lymphatiques des séreuses, tantôt comblées par des cellules tuméfiées dont le pied plus étroit est inséré sur la paroi (voir fig. 2) Ces images se répètent dans toute l'étendue du nodule, toutes les transitions existant entre les cellules endothéliales de ces parois vasculaires et les grosses cellules tuméfiées comblant les cavités.

Revoyant alors les coupes de nos deux premiers cas, nous avons constaté ce fait, bien visible sur nos deux figures, que là aussi des formes de transition existent entre les cellules qui paraissent libres dans l'intérieur des cavités, et d'autres qui procèdent d'une transformation graduelle de l'endothélium ; certaines d'entre elles sont même pédiculées avec une forme en raquette que l'on trouve figurée dans maint travail classique sur les réactions du péritoine.

Si ces lésions élémentaires sont connues, elles nous ont paru d'un intérêt suffisant pour être rappelées, puisqu'elles peuvent conduire à un diagnostic erroné de tumeur métastatique alors qu'elles témoignent seulement d'une irritation du péritoine et qu'il ne s'agit sans doute, comme M. Mondor nous invitait à le penser, que de pelvi-péritonite séreuse résiduelle ou chronique.

(Travail de la Clinique Chirurgicale de la Salpêtrière. [Prof. Henri Mondor].)

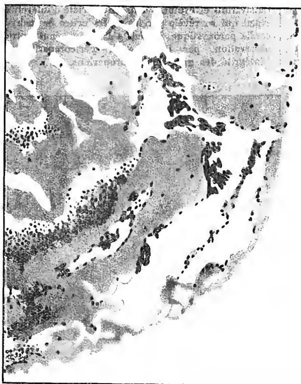


Fig. 1



Fig. 2

LA GRANDE HYDROCÉPHALIE LATENTE DE L'ADULTE

PAR MM.

Fr. THIÉBAUT et S. DAUM

(Paris)

Dans le cadre de l'hydrocéphalie non tumorale de l'adulte, une variété mérite d'être isolée en raison de son énorme dilatation ventriculaire, longtemps bien tolérée et ne s'accompagnant pas de syndrome d'hypertension intracranienne.

C..., 48 ans, officier d'administration. Fait prisonnier en Juin 1940, il passe un an en captivité, puis revient en France, se plaignant de troubles urinaires mal définis. En Juin 1942, remis dans le milieu familial, il témoigne d'un changement de caractère qui prend rapidement un aspect pathologique : colères violentes, bris d'objets, brutalités envers ses enfants, injures grossières



Fig. 1 (Obs. I). — Ventriculographie. Profil. Dilatation énorme du ventricule latéral, épargnant relativement la corne temporale, 3ᵉ et 4ᵉ ventricules invisibles.

à sa femme en public. Autre fait ne cadrant pas avec la bonne éducation dont il avait toujours fait preuve : doué d'un vigoureux appétit, il lèche les assiettes, les plats. Il a conscience de ses violences, les regrette, mais dit ne pas pouvoir se maîtriser. Il reste d'ailleurs euphorique, souriant, aimable vis-à-vis des étrangers, sans paraître souffrir de son comportement anormal. Enfin il a des troubles de la mémoire, portant surtout sur sa vie passée. Un psychiatre porte le diagnostic de P. G. probable au début et, sans vérification sérologique, institue un traitement de 18 injections de stovarsol sodique. Pas d'amélioration : au contraire, apparaissent des éclipses visuelles et quelques émissions involontaires d'urines la nuit. Un ophtalmologiste constate le 18 Septembre 1942 : réflexes pupillaires normaux, légère pâleur des papilles, rétrécissement du champ visuel surtout dans ses parties supérieure et inférieure, acuité visuelle O. D. G. 10/10. Réactions sérologiques dans le sang (Nantes, 19 Septembre 1942) : B.-W. et Kahn fortement positifs. Le malade est admis à la Clinique neurochirurgicale le 30 Septembre 1942.

A ce moment, l'examen neurologique montre seulement un tremblement des doigts les bras tendus et en fin de course, dans l'épreuve du doigt au nez, un rétrécissement du champ visuel analogue à celui constaté précédemment avec un scotome central, un caractère euphorique et une gloutonnerie qui entraîne le malade à dérober des aliments à son voisin de chambre. Tour de tête : 60 *cm*. Radiographies du crâne : fosses temporales larges, voûte assez mince avec quelques impressions digitales. B.-W. et Kahn négatifs dans le sang, liquide céphalo-rachidien : B.-W. négatif, benjoin colloïdal normal, 20 lymphocytes, albumine 0,40.

Ventriculographie le 14 Octobre 1942 : énorme dilatation symétrique des deux ventricules latéraux, épargnant la corne temporale, le 3ᵉ ventricule n'est pas injecté (fig. 1 et 2). Une iodo-ventriculographie le 6 Novembre 1942 élimine le diagnostic de tumeur du 3ᵉ ventricule : le lipiodol injecté dans le ventricule latéral passe successivement dans le 3ᵉ, le 4ᵉ ventricule et dans la grande citerne (fig. 3). L'hydrocéphalie est donc communicante. Intervention le 27 Janvier 1943 (M. Rosier) par voie sous-occipitale : méningite séreuse et arachnoïdite de la fosse postérieure, rien dans le 4ᵉ ventricule. On n'a pas trouvé trace de lipiodol dans le 4ᵉ ventricule et une radioscopie vérifie sa présence dans le cul-de-sac sacré.

Quelques jours plus tard le malade tombe dans un état de torpeur. De crainte que le drainage réalisé par l'intervention précédente soit insuffisant, on pratique, le 11 Février 1943, un volet frontal droit décompressif (M. Rosier). Il montre en fait une grande hypotension ventriculaire. Les jours suivants l'état mental du malade s'aggrave : il reste absolument inerte dans son lit, avec désorientation partielle, gâtisme. Fin Mars on commence à le lever, bientôt il marche à petits pas en tendant à tomber en arrière, son état mental s'améliore. Vers le 15 Avril il circule normalement ; au point de vue mental on note seulement la gloutonnerie déjà observée avant l'opération. Il quitte l'hôpital à la fin d'Avril.

L..., 42 ans. Le 17 Mars 1943, entraîné par des pavés qu'il décharge d'une voiture basculante, il tombe par terre et reçoit du cheval un coup de pied sur la tête, alors qu'elle reposait sur le sol. Perte de connaissance immédiate, qui dure une heure environ. Suture à l'hôpital d'une plaie du cuir chevelu pariéto-occipitale droite. Quarante-huit heures après, le blessé est ramené chez lui et se lève au bout de huit jours. C'est à ce moment qu'il commence à se plaindre d'une céphalée de la région traumatisée, surtout la nuit, d'étourdissements, d'une désorientation partielle dans le temps et l'espace, d'une modification du caractère qui le pousse à éviter la compagnie de ses camarades. Il est adressé à M. Clovis Vincent le 3 Mai 1943. Examen neurologique entièrement négatif, en particulier fond d'œil normal. Tour de tête : 62 *cm*. Radiographies du crâne : impressions digitales assez nombreuses, double trait de fracture fronto-pariétal à droite. Encéphalographie par voie lombaire le 27 Mai 1943 : elle met en évidence une énorme dilatation des ventricules latéraux, épargnant la corne temporale et plus marquée à gauche, le 4ᵉ et le 3ᵉ ne sont pas injectés, mais le caractère communicant de l'hydrocéphalie ne fait évidemment aucun doute (fig. 4 et 5). Liquide céphalo-rachidien : 0,6 lymphocytes, albumine 0,26, B.-W. négatif. A partir du 3 Juin, apparaissent des troubles mentaux très accusés : confusion mentale avec jovialité, gâtisme, apraxie. Vers la fin du mois, peut-être sous l'influence de l'ortédrine, ces troubles s'atténuent, puis disparaissent. Un interrogatoire très insistant du malade et de sa femme met à nouveau en évidence l'absence complète de toute manifestation pathologique avant le traumatisme cranien. Quelques semaines après sa sortie de l'hôpital, le malade se plaint encore de céphalées, de fatigabilité et de manifestations intermittentes et très typiques d'apraxie idéatoire. Revu après traitement par l'eau distillée intraveineuse, il est très amélioré.

Dans ces observations on distingue deux périodes cliniques bien tranchées, l'une de tolérance, l'autre de décompensation. La phase de tolérance est restée complètement latente. Cependant, dès cette période, un signe clinique pourrait faire soupçonner l'hydrocéphalie : la grosse tête (le tour de tête normal de l'adulte varie entre 52 et 58 *cm*.). Seule l'injection d'air dans les ventricules, directe (ventriculographie) ou indirecte (encéphalographie), permettrait de l'affirmer ; il vaut mieux toutefois ne pas y recourir à ce moment, de crainte de rompre l'état d'équilibre dans lequel se trouve encore « le malade qui s'ignore ».

Fig. 3 (Obs. I). — Iodoventriculographie. Le lipiodol a été injecté dans la corne frontale ; il remplit le 4ᵉ ventricule et apparaît dans la grande citerne.

La phase de décompensation est annoncée par des troubles psychiques qui se retrouvent dans nos deux observations : ils dominent dans la première, au point qu'on est allé jusqu'au diagnostic de paralysie générale ; là non seulement la mémoire et le



Fig. 2 (Obs. I). — Ventriculographie occiput sur plaque. Enorme dilatation des cornes frontales.

caractère étaient touchés, mais tout le comportement du malade marquait un changement radical de personnalité. Les troubles oculaires sont remarquables par l'absence de stase papillaire, mais on peut observer des signes de compression directe des nerfs optiques : pâleur des papilles, baisse de la vue, rétrécissement du champ visuel. La céphalée est reléguée au second plan. Enfin chez C... des troubles urinaires légers complètent un syndrome dominé par les troubles psychiques. Cependant la grosse tête doit faire envisager le diagnostic d'hydrocéphalie. Les radiographies du crâne viennent à l'appui, en montrant des fosses temporales très larges, des impressions digitales de la voûte; mais, signes négatifs importants, il n'y a pas d'usure de la selle turcique, pas de disjonction des sutures. En dernier ressort la ventriculographie prouve un diagnostic qu'il est impossible d'affirmer par les seules ressources de la clinique : les ventricules latéraux sont extraordinairement dilatés, « carrés » (Cl. Vincent), cette dilatation épargne relativement la corne temporale ; il importe de souligner dans nos deux cas l'absence totale d'injection du 3ᵉ ventricule, collabé par les énormes ventricules latéraux.

La pathogénie de cette hydrocéphalie de l'adulte est malaisée à élucider. On peut affirmer cependant qu'elle remonte à l'enfance, à une période où les os du crâne n'étaient pas encore soudés. Quand l'hydrocéphalie se développe après la soudure des os du crâne, de deux choses l'une : ou la dilatation ventriculaire est très accusée, dans ce cas elle détermine tôt ou tard, suivant que la dilatation est rapide ou lente, un syndrome grave d'hypertension



Fig. 4 (Obs. II). — Encéphalographie. Profil. Dilatation énorme du ventricule latéral et moindre de la corne temporale. 3e et 4e ventricules invisibles.

intracranienne et peut, à la rigueur, entraîner une certaine disjonction des sutures ; ou bien la dilatation ventriculaire reste modérée et alors le syndrome hypertensif est peu marqué, les sutures n'ont pas de tendance à se disjoindre. Si l'on constate simultanément une grosse tête sans disjonction des sutures et une grande dilatation ventriculaire sans signes d'hypertension intracranienne, on peut être assuré que la dilatation ventriculaire est de date très ancienne et probablement remonte à l'enfance. Nous avons de nombreuses observations d'énormes dilatations ventriculaires, consécutives à une arachnoïdite oblitérant les trous de Magendie et de Luschka, et révélées par un syndrome d'hypertension intracranienne. Dans ces « sténoses du 4e ventricule » de l'adulte, la tête n'est pas augmentée de volume, l'hydrocéphalie n'est pas communicante, l'aqueduc et le 4e ventricule participent à la dilatation. Dans les blocages de la fosse postérieure par arachnoïdite kystique, l'évolution aboutit également à un syndrome de grosse hypertension intracranienne et la dilatation porte seulement sur les ventricules latéraux et le 3e ventricule.

Chez nos deux malades, l'hydrocéphalie est communicante ; la preuve en est donnée chez l'un par l'encéphalographie : l'air injecté par voie lombaire est venu remplir les ventricules, chez l'autre par l'iodo-ventriculographie : le lipiodol injecté dans une corne frontale vient se collecter dans le cul-de-sac sacré après avoir traversé le 3e ventricule, le 4e et la grande citerne. L'arachnoïdite de la fosse postérieure constatée dans un cas a pu jouer un rôle dans le développement de l'hydrocéphalie, mais n'a pas provoqué de blocage complet.

Par quel mécanisme une telle hydrocéphalie, bien supportée pendant un temps très long, peut-elle se décompenser ? Par une modification de la pression intraventriculaire, qu'il s'agisse d'hyper- ou d'hypotension. Chez nos malades, le mécanisme de l'hypotension ventriculaire doit être invoqué pour les raisons suivantes : absence de signes d'hypertension intracranienne, constatation du collapsus cérébro-ventriculaire au cours de l'intervention, amélioration des troubles par le traitement habituel du collapsus. Reste une dernière question, celle de la cause du collapsus. Dans un cas on peut incriminer le traumatisme ; nous connaissons par expérience le collapsus d'origine traumatique. Dans l'autre cas la décompensation paraît spontanée ; ici on peut invoquer toutes les causes capables d'abaisser la pression ventriculaire ; il est possible que les restrictions endurées en captivité aient favorisé cette baisse. Nous avons observé avant guerre, avec Brunhes, un homme atteint d'hypertension artérielle, qui présenta des accidents graves de collapsus cérébral pour avoir suivi un traitement qui fit baisser sa tension artérielle ; une ventriculographie mit en évidence simultanément une hydrocéphalie méconnue et un collapsus cérébro-ventriculaire ; la suppression de tout régime et la prescription de bons repas firent disparaître tous ces troubles ; mais voyant la tension artérielle remonter, son médecin le remit à la portion congrue et aussitôt reparurent les mêmes accidents, de nouveau jugulés par la suppression du régime.

Tout dernièrement nous avons vu le cas suivant :

B..., 66 ans, Ingénieur, grand et fort, bien portant jusqu'à 62 ans. A ce moment il fut atteint brusquement d'une hémiplégie gauche qui guérit avec pour séquelle un signe de Babinski persistant, des troubles d'allure pseudo-bulbaire : troubles de la phonation, de la déglutition ; des troubles psychiques : incapacité de faire le moindre effort intellectuel, désintéressement total, altération du caractère et de l'humeur ; la tension artérielle, qui était supérieure à 20 au moment de l'hémiplégie, descendit à 17 en l'espace de deux ans. Quatre ans après le début des accidents, devant l'aggravation des troubles psychiques, on décide de faire une ventriculographie : elle montra une importante dilatation ventriculaire symétrique, avec hypotension ventriculaire ; elle fut suivie d'une récidive de l'hémiplégie gauche ; décès un mois plus tard. Le malade avait 62 cm. de tour de tête et un bec-de-lièvre. Il y a tout lieu de croire à une hydrocéphalie congénitale, décompensée à l'âge de 62 ans à l'occasion de troubles vasculaires.



Fig. 5 (Obs. II). — Encéphalographie : occiput sur plaque. Dilatation des cornes frontales, plus marquée à gauche.

Le traitement ne peut être que palliatif, en visant à maintenir une pression ventriculaire normale. Contre l'hypotension, on utilise les injections intraveineuses d'eau distillée ou de sérum hypotonique, la strychnine, le sulfate de benzédrine (ortédrine), l'adrénaline, la cortine synthétique (syncortyl). L'hypotension peut être accrue par une intervention quelconque sur le cerveau et nos deux cas montrent une aggravation temporaire considérable avec confusion mentale et gâtisme, le premier après trépanation de la fosse postérieure, le second après encéphalographie. Dans d'autres circonstances, on aura à combattre des accidents d'hypertension ventriculaire : c'est une question délicate qui déborde le cadre que nous nous sommes tracé.

(Travail de la Clinique neuro-chirurgicale de la Pitié. [Prof. Clovis Vincent].)

FORME ENDO-BRONCHIQUE DE LA MALADIE DE HODGKIN

Par **A. SOULAS**

(Paris)

La notion de l'invasion des organes par la maladie de Hodgkin est certes bien établie. Nous ne devons pas non plus être surpris de l'invasion de tout segment contenant du tissu réticulé. Néanmoins, à notre connaissance, on n'a pas signalé de formation endobronchique, formation ayant, par ailleurs, pendant plusieurs mois, dominé le tableau clinique.

A cause de ce caractère d'exception, nous croyons intéressant de rapporter cette observation :

Observation. — J..., 32 ans, nous est adressé, par M. Raillet, pour de la dyspnée et de petits crachats hémoptoïques. Ces troubles ont commencé, il y a quatre mois, par un épisode « grippal », fébrile, de courte durée. L'examen général, y compris celui du système nerveux et du larynx a été fait avec minutie et n'a apporté aucun renseignement susceptible d'être relevé.

Mais par contre, dans les antécédents, on doit noter un fait très important : en Juin 1940 le malade a été soigné au « Centre Anticancéreux » de Toulouse pour une maladie de Hodgkin et ce fait nous sera parfaitement confirmé quelques mois plus tard par M. Ducuing qui, très obligeamment, nous a envoyé un relevé d'observation (examen clinique, radiologique, histo-pathologique d'un ganglion sous-claviculaire gauche : compte rendu du traitement radiothérapique).

Le 20 Juillet les troubles avaient disparu et l'image radiographique était satisfaisante (Centre Anticancéreux de Toulouse).

Sur une nouvelle radiographie en Septembre 1942 il est noté : « pas d'adénopathie à l'examen clinique ni à l'examen radiographique ».

Le malade va très bien jusqu'en Mars 1943 ; il se plaint alors de dyspnée et de petite toux sèche. Le 3 Avril une radiographie donne : « quelques traces de ganglions crétacés mais pas de lésion parenchymateuse ; voile pleural médiastinal entre le cœur et la base du cou en quadrilatère surtout visible en oblique » (M. Alain Nicolle).

C'est le 22 Mai 1943 que nous voyons le malade. Étant donné ces renseignements et la reprise des troubles fonctionnels (dyspnée ; respiration sifflante), un *examen radioscopique* est pratiqué qui est fort instructif : très net *balancement du médiastin ;* à l'expiration le cœur est attiré vers la gauche tandis qu'existe un certain *emphysème* du poumon droit ; à l'inspiration le cœur revient à sa position et le remplissage du poumon droit est très insuffisant. Ombre para-médiastinale supérieure droite et en oblique voile médiastinal dans la région aortico-bronchique. Ces données s'inscrivent sur des clichés tirés en inspiration et en expiration (clichés 1 et 2).

Une *bronchoscopie* est alors pratiquée : intégrité absolue de la glotte, de la région sous-glottique et de la trachée. Mais la bronche souche droite est à peu près complètement obstruée par une *formation tumorale* rougeâtre et lisse implantée sur le pourtour orificiel ; l'orifice de la grosse bronche, à peine visible, est en forme de fente postérieure. La tumeur ne saigne pas au contact. Avec la grosse pince « cupuliforme » nous enlevons en plusieurs fois plusieurs fragments ; nous aspirons et nettoyons jusqu'à ce que cesse la petite hémorragie. On se rend compte alors, grâce aux bords frangés qui restent, que la tumeur s'implante très largement en arc de cercle sur la presque totalité de l'orifice bronchique dont le bord postérieur seul est indemne. Le volume est celui d'une noisette qui obstruait les 5/6 de la bronche souche.

Voici le compte rendu *histo-pathologique* : « tissu réticulé dont le réticulum est épaissi, notablement sclérosé et dont l'émail est occupé par des cellules lymphatiques. On n'y observe pas de cellules de Sternberg, cependant quelques cellules volumineuses altérées et en voie de dégénérescence pourraient être de telles cellules modifiées. L'examen de la biopsie ne permet pas de confirmer qu'il s'agit de lymphogranulomatose, mais de dire seulement que parmi les diagnostics possibles celui

la lymphogranulomatose est le plus vraisemblable. Il ne s'agit pas d'épithélioma » (M. Rubens Duval).

Les suites opératoires furent très simples et, dès le lendemain, le patient retournait dans sa famille. Il est d'ailleurs heureusement transformé, car la dyspnée a complètement disparu, et quand il revient le 11 Juin cet état satisfaisant a persisté. A cette date on trouve « une matité para-hilaire supérieure droite ; à la radioscopie un voile para-médiastinal supérieur droit ; pas de balancement du médiastin » (M. Rist).

A noter que l'examen du sang, pratiqué le 7 Juin, donnait « *hémogramme* sensiblement normal sans signe de Hodgkin » (Prof. Leulier).

Deuxième *bronchoscopie* (11 Juin) : l'orifice bronchique est bien ouvert, mais il existe sur le bord antérieur, antéro-interne et antéro-externe un aspect angiomateux dentelé qui représente la ligne d'implantation de la tumeur. Après abrasion et raclage, le tube passe très bien au delà. L'orifice apparaît alors très



Fig. 1. — Face en expiration. Médiastin fortement attiré vers la gauche (côté sain) et emphysème du poumon droit (côté de l'obstruction bronchique). Ombre para-médiastinale supérieure droite (22 Mai 1943).

net, mais un peu « mollasse » et ayant perdu, semble-t-il, sa relative rigidité cartilagineuse.

L'examen histo-pathologique (fait par le Prof. Gauthier-Villars) ne donne aucun renseignement intéressant.

Le malade se trouve bien jusqu'en Janvier 1944, il se plaint à nouveau de dyspnée. A souligner que pendant cette période en Novembre-Décembre 1943, un traitement radiothérapique a été appliqué par M. Alain Nicolle ; et la radiographie du 10 Janvier montrait : « une masse à droite de la crosse aortique que la radiothérapie n'avait pas fait disparaître ».

Tourmenté par la reprise de la dyspnée, le malade revient le 28 Janvier 1944 demander une nouvelle intervention.

Bronchoscopie : petites végétations au même point que la formation précédente. Abrasion complète.

Examen histo-pathologique « aucun groupement cellulaire rappelant la maladie de Hodgkin » (Prof. Gauthier-Villars).

Vers la mi-Février les troubles respiratoires recommencent et M. Alain Nicolle nous le renvoie le 3 Mars non seulement pour bronchoscopie mais surtout pour traitement radiothérapique à pratiquer par M. Malet. La situation s'est, en effet, considérablement aggravée : dyspnée très accentuée, sifflement et bruit de gargouillis expiratoire ; sensation de corps étranger impossible à expectorer. A la radiographie (29 Novembre 1944) : ombre para-hilaire supérieure droite très augmentée ; signes d'obstruction bronchique droite incomplète (attraction du cœur à gauche à l'expiration ; un certain degré d'emphysème du poumon droit).

Bronchoscopie (3 Mars 1944) : une *énorme tumeur* rougeâtre, lisse et vaguement bosselée, obstrue la bronche souche droite, déborde l'éperon et envahit la trachée ; quelques sécrétions jaunâtres stagnant à la partie postérieure, situant ainsi la fente minuscule qui représente l'orifice bronchique. Ablation en trois prises d'une grosse partie de la tumeur qui paraît implantée sur la presque totalité de l'orifice et sur l'éperon (fig. 3).

Examen *histo-pathologique :* « les fragments prélevés sont formés cette fois par une tumeur conjonctive très dense où sont éparses des cellules inflammatoires nombreuses. Ce sont des polynucléaires et des lymphocytes et aussi des éléments réticulaires hyperplasiés. De plus on voit de très nombreuses cellules isolées, volumineuses, qui ont les caractères des *cellules de Sternberg*. On peut donc bien conclure au diagnostic de maladie de Hodgkin. Les lésions siègent ici sous une muqueuse en métaplasie malpighienne qui est certainement dépourvue de lésions néoplasiques malignes pouvant prêter à confusion avec le granulome sous-jacent. Aucun de ces aspects n'apparaissait sur la précédente biopsie » (Prof. Gauthier-Villars, n° 10412).

Une consultation avec le Prof. Abrami et M. Malet conclut, le 7 Mars, à la nécessité d'un nouveau traitement radiothérapique, nécessité d'autant plus grande que se déclarent alors des complications pleurales.

Nous arrêtons là notre observation, l'évolution et le traitement de la maladie de Hodgkin n'étant pas le but de cet exposé.

Par contre nous voudrions souligner quelques points.

1° Notre observation prouve qu'on peut observer une *forme endo-bronchique* de la maladie de Hodgkin.

Pourquoi cette localisation n'a-t-elle pas été signalée ? On a le droit de s'en étonner d'autant plus que la manifestation bronchique domine le tableau clinique.

Sans doute l'adénopathie médiastinale ne manque pas ici, mais pendant une période d'environ une année elle demeure au second plan, n'attirant guère l'attention et, n'était l'histoire du malade, il est certain que nous n'aurions pas songé à la vraie nature de l'affection.

Cette forme clinique n'est d'ailleurs pas exceptionnelle. Il est d'abord très probable que les essaimages dans les grosses bronches de la lymphogranulomatose ne sont pas rares ; mais comme ils sont sans doute consécutifs aux volumineuses adénopathies, les troubles dyspnéiques, s'ils existent, sont mis sur le compte de la compression, et la radiothérapie aussitôt instituée exerce son efficacité sur l'ensemble des lésions. Au fur et à mesure de l'évolution et des complications variables, les signes bronchiques peuvent être noyés dans un tableau complexe d'une terminaison fatale.

Quant à la *forme endo-bronchique*, nous pensons qu'elle ne doit pas être exceptionnelle puisque nous en avons observé au moins un *deuxième exemple* : il s'agissait d'une femme de 26 ans bronchoscopée d'extrême urgence en Février 1937 pour crise asphyxique par engouement et inondation trachéo-bronchique. Nous avions sauvé momentanément la malade et, sans y ajouter une grande importance, nous avions observé une petite tumeur dans la bronche gauche. La biopsie ne nous avait pas donné de renseignement intéressant (mais nous avons vu que sa négativité peut se répéter), aussi n'avons-nous pensé à une formation endo-bronchique hodgkinienne que plus tard en apprenant l'évolution de l'affection et le résultat positif d'une biopsie d'un ganglion.

Dans ce cas, et bien qu'aucun traitement radiothérapique ne soit au préalable intervenu, c'est la manifestation endo-bronchique qui domina pendant assez longtemps le *tableau clinique*.

2° Celui-ci comporte au début des *troubles nettement respiratoires*. C'est la dyspnée, dyspnée d'effort qui augmente peu à peu ; c'est la toux sèche, toux d'irritation ; c'est parfois de petits crachats hémoptoïques. On reconnaît la « sonnette d'alarme » tellement classique des tumeurs des bronches.

Il n'y avait pas d'atélectasie, car l'obstruction de la bronche n'était pas complète (fig. 1 et 2).

Mais l'occlusion incomplète s'accompagnait de signes radiologiques fort éloquents (balancement médiastinal, emphysème) ; ils commandaient la bronchoscopie.

Celle-ci prouvait l'existence d'une tumeur et per-

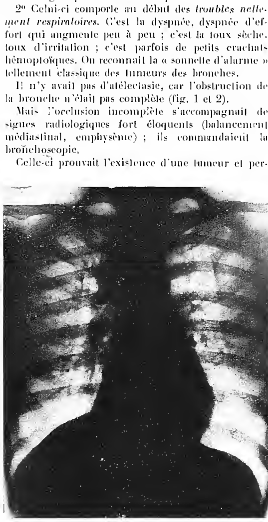


Fig. 2. — Face en inspiration. Le médiastin est revenu en position normale. Ombre para-médiastinale supérieure droite (22 Mai 1943).

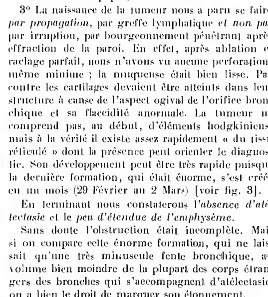


Fig. 3. — Enorme formation tumorale obstruant à peu près complètement la bronche souche droite. Une très minuscule fente est visible dans le cadran inférieur (3 Mars 1944).

mettait d'en connaître la nature. Elle était de plus fort utile parce qu'elle évitait, pendant cette longue période, l'infection pulmonaire suppurée qui se produit presque toujours en aval d'une obstruction bronchique. Et elle a supprimé les accès dyspnéiques ou asphyxiques et permis d'instituer un traitement radiothérapique, le seul efficace.

3° La naissance de la tumeur nous a paru se faire *par propagation*, par greffe lymphatique *et non pas* par irruption, par bourgeonnement pénétrant après effraction de la paroi. En effet, après ablation et raclage parfait, nous n'avons vu aucune perforation, même minime ; la muqueuse était bien lisse. Par contre les cartilages devaient être atteints dans leur structure à cause de l'aspect ogival de l'orifice bronchique et sa flaccidité anormale. La tumeur ne comprend pas, au début, d'éléments hodgkiniens, mais à la vérité il existe assez rapidement « du tissu réticulé » dont la présence peut orienter le diagnostic. Son développement peut être très rapide puisque la dernière formation, qui était énorme, s'est créée en un mois (29 Février au 2 Mars) [voir fig. 3].

En terminant nous constaterons l'*absence d'atélectasie* et le *peu d'étendue de l'emphysème*.

Sans doute l'obstruction était incomplète. Mais si on compare cette énorme formation, qui ne laissait qu'une très minuscule fente bronchique, au volume bien moindre de la plupart des corps étrangers des bronches qui s'accompagnent d'atélectasie, on a bien le droit de marquer son étonnement.

Etonnante aussi la présence de cet emphysème si peu étendu alors que le type d'obstruction était par excellence le « type à clapet ». Mais nous ne pouvons pas nous étendre ici sur ces problèmes qui méritent de plus vastes développements.

SOCIÉTÉS DE PARIS

ACADÉMIE DE MÉDECINE

9 Janvier 1945.

Installation du bureau pour 1945. — Allocution de M. **Brouardel**, président.

Notice nécrologique sur M. Hervieu. — M. **Guérin.**

Ferments, anaferments, antiferments. Introduction à une étude immunologique comparative avec les toxines, anatoxines, antitoxines, les virus, anavirus, antivirus. — M. G. **Ramon** montre que les ferments, les toxines et les ultravirus forment une triade d'éléments ayant entre eux de nombreuses similitudes d'origine, de constitution, de propriétés, de spécificité, de mode d'action, etc... En vue d'une étude immunologique comparative, l'auteur a recherché s'il était possible de transformer les ferments en anaferments ; de l'ensemble de ses expériences, il ressort que sous l'influence du formol et de la chaleur agissant dans les conditions déterminées, un ferment tel que la gélatinase spécifique que recèle soit le filtrat de culture de bacille tétanique, soit la solution de papaïne, perd son pouvoir diastasique et est transformé en anaferment comme une toxine serait transformée par la même méthode en anatoxine. Cet anaferment provoque l'apparition et le développement dans le sérum des animaux auxquels on l'injecte, d'un antiferment qui, mélangé en proportions convenables au ferment correspondant, annihile spécifiquement son activité enzymatique.

La tuberculose et la période de guerre. — M. A. **Courcoux** montre que dans la période actuelle, ce qui frappe ce n'est pas tant l'augmentation des cas de tuberculose que la gravité plus grande des formes cliniques et certaines perturbations dans leurs manifestations évolutives : le taux de la mortalité s'est brusquement relevé en 1941 ; les départements à population surtout urbaine ont été particulièrement touchés, tandis que dans certains autres à population surtout rurale, la mortalité a baissé par rapport à 1938. Les conditions d'alimentation ont certainement joué un rôle dans ces différences locales du taux de mortalité ; la morbidité a subi elle aussi une courbe ascendante dont l'acmé est en 1941. Tous les âges, sauf les tout jeunes enfants, participent à l'augmentation de la morbidité et de la mortalité avec une nette prédominance pour les adolescents, les sujets de 19 à 25 ans et les vieillards.

L'aggravation des formes cliniques s'est manifestée en 1941-1942 par la fréquence des tuberculoses pulmonaires aiguës hypermalignes, par celle des tuberculoses pulmonaires bilatérales, par l'extension rapide de formes paraissant banales au début et leur évolution grave ; les méningites tuberculeuses chez l'enfant et chez l'adulte, les pleurésies graves, les polysérites, les tuberculoses osseuses et mixtes sont plus nombreuses. Depuis 18 mois, les formes aiguës ont un peu diminué, mais la persistance des évolutions graves, le nombre anormal des méningites et des pleurésies, la gravité des primo-infections laissent la situation alarmante. Tous les efforts doivent tendre à améliorer l'alimentation des jeunes, surtout entre 16 et 25 ans.

— Sur la proposition de M. **Courcoux**, l'Académie émet un vœu tendant à ce que ne soit pas trop restreinte la ration des matières grasses et surtout celle du beurre.

— Sur la proposition de M. **Armand-Delille**, l'Académie émet un vœu insistant sur la nécessité d'intensifier les mesures de prémunition de l'enfance par la vaccination BCG et le développement de l'œuvre Grancher.

A propos de la chirurgie de la douleur. — M. **Lecercle** rapporte 3 observations d'algies traitées par résection sympathique : douleurs pelviennes par cancer ano-rectal et par cancer du col, crises d'angine de poitrine ; dans ces cas, une résection sympathique unilatérale a réussi à calmer des douleurs diffusées des deux côtés du pelvis et irradiant dans tout l'abdomen ou localisées à un segment de membre du côté opposé à la résection.

16 Janvier.

M. **Brouardel**, président, annonce le décès de M. **Nicloux.**

Notice nécrologique sur M. Lereboullet. — M. **Carnot.**

L'hyperprotidémie de l'ictère catarrhal. — M. **Loeper** montre que l'hyperprotidémie est fréquente dans l'ictère catarrhal, tout au moins au début ; elle peut s'accompagner d'hyperglobulinémie et d'inversion du rapport sérine-globuline. L'hyperglobulinémie et l'hyperprotidémie semblaient particulières aux hépatites ictérigènes ; elles semblent donc bien attribuables à l'altération même, passagère ou durable, de la cellule hépatique.

Sur la constitution du réseau sympathique terminal. — MM. **Champy, R. et C. Coujard** ont découvert une réaction microscopique caractérisant une hormone nerveuse, la sympathine : cette réaction permet de préciser la structure du réseau sympathique terminal et de tirer des inductions en ce qui concerne son fonctionnement ; les cellules sécrétives imaginées par les physiologistes deviennent visibles en fait et il est possible d'étudier leur forme et leur répartition.

Lucien Rouquès.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

12 Janvier 1945.

Méningite à bacille pyocyanique. Traitement par la méthyldiazine. Guérison. — MM. **Jacques Decourt, J. Souillard** et **R. Chateau** relatent l'observation d'un malade chez lequel la méningite apparut 3 semaines après une laparotomie pratiquée pour un volvulus du côlon pelvien sous rachianesthésie, ce qui fit envisager la possibilité d'une inoculation accidentelle du germe dans le liquide céphalo-rachidien. Le bacille pyocyanique fut isolé trois fois par culture, la troisième fois au cours d'une rechute. Le malade fut traité pendant trois jours par le sulfoamidothiazol, puis, celui-ci étant mal supporté, par la méthyldiazine, qui fut remarquablement tolérée à la dose de 10 *g.* par jour. A deux reprises, la cessation du médicament fut suivie d'une reprise de la méningite. Finalement la guérison fut obtenue avec une dose totale de 202 *g.* de méthyldiazine. Les auteurs soulignent l'absence de diminution notable du glycose et des chlorures dans le liquide céphalo-rachidien.

Artérite oblitérante pluriviscérale avec syndrome fébrile chez un syphilitique traité. — MM. **N. Fiessinger, H. Leroux, R. Messimy** et **M. Goury-Laffont** relatent l'observation d'un sujet qui présenta pendant des mois un syndrome fébrile avec ictère et gros foie. Une laparotomie exploratrice montra l'intégrité des voies biliaires. Le syndrome fébrile, avec amaigrissement rapide, fit penser sur la vue d'une radiographie à une tuberculose aiguë évolutive. L'étude anatomique fit découvrir dans les poumons, le foie, la rate, le pancréas et les reins, une endartérite oblitérante avec foyers nécrotiques plus ou moins étendus. Ce sujet ayant contracté la syphilis 6 mois auparavant avait été correctement traité par le novar (trois séries) et son Wassermann était négatif. Ces raisons d'une part, et de l'autre le caractère anatomique très spécial des lésions, font rejeter la participation de la syphilis dans le déterminisme de cette artérite. Cette maladie se distingue nettement par ses caractères cliniques et ses lésions de la périartérite noueuse de Kussmaül. La cause échappe entièrement. Les hémocultures restèrent constamment négatives.

L'épreuve de la restriction des liquides dans le diabète insipide. — M. **Julien Marie.** Ayant longuement étudié les résultats de la restriction des boissons au cours de l'épreuve mixte de l'eau et de la soif, M. Robert Debré et l'auteur distinguent deux groupes de malades. Les uns présentent, malgré la restriction des liquides, une polyurie importante, une chute de poids de 70 à 100 *g.* par kilogramme et un malaise certain avec demandes incessantes à boire, déshydratation des lèvres qui se sèchent et se fendillent. Ce sont ces variétés de syndrome polydipsique qui pourraient conduire des troubles graves, voire mortels, si l'épreuve était inhumainement poursuivie, comme dans l'observation de Bouchard. Ces malades présentent bien un diabète insipide, la caractéristique essentielle de ce diabète étant la fuite de l'eau hors de l'organisme par la voie rénale. Sans hydrostérèse, il ne faut pas parler de diabète insipide.

Le deuxième groupe de malades présentant un syndrome polyuridipsique certainement organique se comporte tout différemment pendant l'épreuve mixte. Dans ces cas la suppression des boissons détermine immédiatement la suppression de la polyurie. Simultanément la chute de poids est nulle ou insignifiante. Enfin, si le sujet réclame sans doute à boire, il ne manifeste pas la même insistance et ne présente aucune déshydratation des lèvres ni aucun malaise. Le taux du NaCl sérique demeure le même avant l'épreuve et à la fin de l'épreuve. Ces cas constituent le groupe des polydipsies primaires.

Enfin il faut réserver exclusivement le terme de potomanie aux simulateurs et aux buveurs volontaires, chez qui la soif est injustifiée, sorte de soif forcée déterminée par le désir de tromper ou d'obéir.

Maladie de Schüller-Christian avec diabète insipide vrai. Guérison des lacunes osseuses. — MM. **Robert Clément, Stanislas Godlewski** et **L. Hartmann** ont observé un syndrome typique de Schüller-Christian chez un enfant de 6 ans. Les lacunes frontales, pariétales et celles du maxillaire inférieur ont totalement disparu sous l'influence de la roentgenthérapie en moins de 3 mois.

La cholestérolémie, peu élevée, s'est abaissée au cours du traitement. L'enfant a grandi de 10 *cm.* en 18 mois. Son caractère s'est modifié ; son intelligence s'est développée. L'asymétrie faciale, l'exophtalmie unilatérale se sont atténuées.

Le diabète insipide, neutralisé par la prise nasale quotidienne d'extrait de lobe postérieur d'hypophyse, n'a pas paru influencé par la radiothérapie. La précession de la polyurie a été mise en évidence par l'épreuve de la soif, très mal tolérée, et qui a entraîné l'énorme perte de poids de 10 pour 100 en 24 heures. Les diverses épreuves ont montré un défaut de pouvoir de concentration des chlorures et un fonctionnement rénal par ailleurs normal.

Méningite tuberculeuse guérie depuis 2 ans. — Mme **Bertrand-Fontaine** et M. **Fauvert** présentent une jeune femme qui fut atteinte il y a 2 ans d'un syndrome méningé à symptomatologie extrêmement réduite : céphalalgie très intense, léger état nauséeux, température ne dépassant pas 37°8. Le tableau clinique était donc très estompé, en dehors de la céphalalgie. La ponction lombaire montrait une réaction lymphocytaire presque pure avec 620 éléments par mm^3. Le bacille de Koch fut trouvé à trois reprises dans le liquide. Les cultures sur milieu de Lowenstein étaient positives et 2 cobayes furent tuberculisés, dont l'un avec le liquide prélevé 5 mois après le début. Il y eut une dissociation curieuse entre l'évolution clinique, éteinte au bout d'un mois, et l'évolution humorale. Il ne reste qu'une céphalée opiniâtre comme séquelle fonctionnelle.

— M. **Poumailloux** insiste sur la possibilité de rechutes à longue distance. Il cite le cas d'un malade soigné par M. Netter en 1926 pour méningite tuberculeuse qui 10 ans plus tard, mourut de méningite mixte à méningocoques et à bacille tuberculeux.

— M. **Decourt** relate un exemple de ces rechutes tardives de méningites tuberculeuses considérées comme guéries.

P.-L. Marie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

13 Janvier 1945.

Hydrolyse de la novocaïne par le sérum sanguin. — MM. **R. Hazard** et **J. Ravasse** signalent que le sérum sanguin *in vitro* fait subir à la novocaïne une hydrolyse, avec libération d'acide para-aminobenzoïque, rapidement totale si le sérum est frais. Ainsi s'expliquent la faible durée d'action et la faible toxicité relative de la novocaïne injectée par la voie intraveineuse.

Inhibition par les sucres de l'effet excitant qu'exercent les bases puriques sur le système nerveux. — M. **P. Chauchard**, Mme **H. Mazoué** et M. **R. Lecoq** montrent que, chez le rat, l'effet excitant des bases puriques (caféine et théobromine) sur le système nerveux se trouve spécifiquement compensé par l'administration buccale ou parentérale de lactose, saccharose, galactose et glucose.

Le germe de blé jouit-il d'une action antiscorbutique ? — MM. **R. Lecoq, P. Chauchard** et Mme **H. Mazoué** montrent que le germe de blé supprime des troubles neuro-musculaires relevant d'un régime scorbutigène et rapprochent ces faits de l'action antiscorbutique déjà constatée par Hess chez l'enfant. Le germe, ne renfermant que très peu d'acide ascorbique, paraît intervenir comme facteur de rééquilibration de la ration.

Les besoins quotidiens en vitamine PP. Rapport entre les ingesta et les taux sanguins. — MM. **H. Gounelle, A. Vallette** et **Y. Raoul** ont constaté une concordance manifeste entre le taux sanguin de vitamine PP assimilable de la ration alimentaire.

Les quantités minima quotidiennes de vitamine PP assimilable que doit contenir une ration semblent très sensiblement inférieures à ce que certains auteurs préconisaient et de l'ordre de 15 à 20 *mg.*

Action de l'eau et du sérum de lapin sur les propriétés toxiques et antigéniques de la glycérine. — M. **J. Solomidès.**

A. Escalier.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS

1er Juin 1944.

Trois cas d'ossification des cartilages bronchiques. — M. **J. Dos Ghali.** Sur les coupes de poumons de 3 malades morts de tuberculose ulcéro-nodulaire bilatérale dans le service de M. Ameuille, l'auteur a pu constater la présence de petites plaques formées d'os plat, par conséquent d'origine conjonctive, tantôt littéralement accolées au cartilage hyalin des bronches moyennes, tantôt interposées dans le tissu conjonctif péribronchique. La plupart de ces plaques osseuses présentent une cavité médullaire mais jamais de système Haversien. En aucun endroit des préparations on ne note de zone d'ossification proprement dite, le cartilage ne présentant aucune des modalités évolutives qu'on rencontre dans l'ossification enchondrale. Le reste de la bronche ne paraît altéré ni dans sa muqueuse ni dans sa musculature.

Radiologiquement, dans 2 de ces cas, cette ossification bronchique aurait pu être soupçonnée par l'opacité anormale d'une bronche avec surélévation du diaphragme du même côté, et sans aucune adhérence pleurale.

L'auteur insiste sur la relative rareté de l'ossification primitive des cartilages bronchiques qu'il faut nettement différencier d'avec les plus fréquentes ossifications de foyers lymphatiques tuberculeux ou des résidus des complexes primaires. Il se demande quel est le rôle joué par le tissu conjonctif ou le système nerveux dans ces néoformations osseuses et tend à faire rentrer celles-ci dans le cadre des ossifications sous-périchondro-costales décrites par M. Ameuille à propos de la pathogénie de l'emphysème pulmonaire.

Endothéliite rénale au cours d'une maladie d'Osler. — M. **Charles Gouygou.** S'intégrant dans le cadre des lésions diffuses de la maladie d'Osler, maladie générale, on trouve dans les reins une poly-endothéliite à déterminations multiples : capsulaires, vasculaires et intracapillaires.

Lésions traumatiques des deux premières vertèbres cervicales. — M. **Brinon-Cherbuliez** (Thonon) attire l'attention sur la fréquence plus grande que ne le disent les classiques des lésions traumatiques des deux premières vertèbres cervicales à symptomatologie discrète ; elles restent souvent méconnues sans le secours de la radiographie.

Malformation congénitale très accentuée des colonnes dorsale et lombaire chez une fillette de 15 ans. — M. **Brinon-Cherbuliez** (Thonon).

B. Duperrat.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE BIOLOGIE CLINIQUE

22 Juin 1944.

Deux techniques simples et de grande sensibilité pour le séro-diagnostic de la syphilis par fixation du complément. — M. **Ambert** expose quelques modifications aux techniques d'hémolyse pour permettre d'obtenir plus de sensibilité par ces méthodes.

Dans la technique au sérum frais, il dose d'abord l'index hémolytique en fonction du temps de l'hémolyse.

Dans la technique au sérum chauffé, il remplace le complément de cobaye par le complément humain, en en compensant l'insuffisance par un apport supplémentaire d'ambocepteur hémolytique.

— M. **Demanche** expose que ces méthodes ont déjà été utilisées et abandonnées. On préfère le dosage de l'index hémolytique par le procédé Weinberg, et pour ce qui est du sérum chauffé, on risque des erreurs en liminant considérablement la dose de globule à hémolyser comme le fait Ambert.

Vitamine P (épicatéchine) et la mesure de la résistance capillaire en clinique. — MM. **Parrot** et **Galmiche** exposent leur méthode de mesure de la résistance capillaire. Ils donnent des détails sur les résultats obtenus avant et après injection d'épicatéchine.

— M. **Javiller** rappelle les travaux de Lavollay sur la question, il insiste surtout, particulièrement, sur la notion de vitamine P.

Beaucoup de substances qui appartiennent à des séries voisines présentent à des degrés divers, sur la résistance et la perméabilité des capillaires, l'action qui sert à définir ce que nous appelons vitamine P.

— MM. **Lavollay** et **Sevestre** ont en main d'autres corps qui ont les propriétés de l'épicatéchine, dont l'un très actif appartient à une série différente. M. Javiller est d'avis qu'il ne faut pas lier trop étroitement la notion de vitamine P à l'épicatéchine, il rappelle aussi les mesures de résistance et de perméabilité avec chiffres précis obtenus par M. Lavollay.

Il rappelle également l'appareil de mesure étudié et construit par Jonan pour cette étude.

Avitaminose B et tuberculose (en utilisant le test pyruvique urinaire). — MM. **Paraf** et **Desbordes** ont étudié le test pyruvique urinaire chez les tuberculeux ; ils donnent les résultats.

La signification du colibacille, comme test de contamination des eaux de boissons. — M. **Meersseman** montre que le dénombrement de colibacilles dans les eaux n'apporte qu'insuffisamment de précision dans l'interprétation. La présence de colibacilles ubiquitaires en grande quantité peut très bien se trouver dans des eaux non souillées par des matières fécales. Il montre qu'il faudrait faire le diagnostic qualitatif des colibacilles et différencier par des tests précis le colibacille fécal et le colibacille qui n'est qu'un saprophyte.

Dans un travail ultérieur l'auteur apportera les éléments de cette différenciation.

27 Juillet.

Exploration cyto-hormonale et sécrétions ovariennes. — M. **Moricard** expose dans tous ses détails le diagnostic cyto-hormonal par le procédé de Novak.

L'auteur fait l'historique de la question et montre l'intérêt de cette recherche qui s'impose dans l'étude de la stérilité. Il offre l'avantage sur les dosages hormonaux imprécis de renseigner sur la sensibilité du récepteur utérin. Il ne s'agit pas d'un test quantitatif, mais d'une réaction capable de dire s'il y a imprégnation folliculinique ou stade intermédiaire.

Action de l'épicatéchine sur la résistance capillaire et la tension artérielle. — MM. **Corteel** et **Dujardin** exposent leurs travaux sur l'étude du signe du lacet et le temps d'apparition des pétéchies par rapport à la tension artérielle. Ils donnent des détails sur leur technique d'examen sous le contrôle du brassard à prises de tension artérielle.

Action du 2090 RP sur le fonctionnement rénal. — MM. **Patoir, Vansteenberghe, Desruel** et **Dusosoy.**

Etude de quelques éléments minéraux du liquide céphalo-rachidien (potassium, sodium, calcium). — M. **Soulayrac.**

A. Dupuet.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

12 Octobre 1944.

Lichen plan et poïkilodermie. — MM. **Gougerot, Carteaud** et **Duperrat** présentent une femme atteinte de lésions pigmentées de la face, ressemblant à la poïkilodermie (mélanose de Riehl), la biopsie montra qu'il s'agissait de lichen plan.

Rash pré-zonateux. — MM. **Gougerot** et **de Graciansky** ont observé chez un homme, 8 jours avant l'apparition d'un zona intercostal léger, une éruption généralisée de petites papulettes congestives non vésiculeuses.

Granulome annulaire palmo-plantaire. — MM. **Gougerot, Duperrat** et **Gaulier** ont observé chez une jeune fille des lésions palmo-plantaires accompagnant un granulome annulaire typique et ressemblant à des verrues ; histologiquement il s'agissait aussi de granulome. Et leur ablation entraîna la disparition des autres lésions.

Maladie de Schaumann ou lèpre tuberculoïde. — MM. **Gougerot** et **Duperrat** ont observé chez une malade ayant séjourné en A.O.F. des placards érythémato-squameux lichénoïdes, avec hypoesthésie légère et absence de sudation provoquée par la pilocarpine ; l'histologie est en faveur de la maladie de Schaumann. Le traitement de Charpy a amélioré les lésions.

Parapsoriasis en plaques. — M. **Degos** présente un homme atteint de parapsoriasis en plaques disséminées, chez lequel 4 cures de crisalbine, de dagénan et d'antigène méthylique avec sulfarsénol à petites doses n'amenèrent aucune amélioration ; seul le sulfarsénol à hautes doses permit d'effacer rapidement les lésions.

Réflexes achilléens inversés. — M. **Karatchentzeff** présente une malade syphilitique qui, après une érythrodermie arsenicale, eut la sensation désagréable de marcher sur des cailloux. La percussion du tendon d'Achille provoque une flexion dorsale du pied plus prononcée à gauche qu'à droite.

Injection intradermique de sérum antidiphtérique dans le traitement de certaines parakératoses. — M. **Lévy-Franckel** a traité par une injection intradermique de 0 cm^3 5 à 1 cm^3 de sérum antidiphtérique des sujets atteints de psoriasis, de parakératoses, de pityriasis rosé. C'est surtout dans cette dernière affection que les résultats ont été nets : réduction de la durée de la maladie à une ou deux semaines ; on note parfois après la disparition des éléments cutanés des taches achromiques post-lésionnelles.

Recherches biochimiques sur la mélanose de Riehl. — M. **de Graciansky** a constaté que dans la mélanose de Riehl le taux sanguin des vitamines est généralement bas ; l'excrétion des corps fluorescents de l'urine est normale ; par contre, dans le sang comme dans la peau, le taux du cuivre, le ferment des oxydases de la mélanogénèse est notablement augmenté ; cette augmentation, rapportée à l'hyperfonctionnement du corps thyroïde, si fréquent chez ces malades, explique l'hyperpigmentation et incite à instituer une thérapeutique frénatrice du corps thyroïde : celle-ci, longuement poursuivie, s'avère fréquemment efficace.

Epithélioma plan cicatriciel pigmenté. — MM. **Touraine** et **Ruel** rappellent l'attention sur cette rare forme bénigne d'épithélioma baso-cellulaire à propos d'un cas typique chez une femme de 64 ans, sans nævus antérieur.

Epithélioma sur maladie de Bowen. Récidive post-radiothérapique. — MM. **Touraine** et **Gosset** présentent un homme de 78 ans, atteint depuis 15 ans d'un double épithélioma bowénien, sur une épaule et sur les lombes. Deux ans après une radiothérapie intensive, les lésions ont récidivé en masses volumineuses ; un troisième élément s'est développé récemment entre les épaules.

Paralysie générale et névropathies familiales. — M. **Touraine** rappelle le rôle important du terrain névropathique dans le développement de la paralysie générale à propos d'une famille dans laquelle on a retrouvé, outre un cas de paralysie générale, une maladie de Friedreich, des tics, des fugues, un internement, une névrose d'angoisse, une idiotie, une épilepsie et, de plus, 6 avortements ou morts précoces qui font penser à l'existence d'un facteur létal.

Ichtyose et psychisme. — M. **Touraine** a souvent noté dans l'ichtyose héritée en dominance une intelligence normale ou supérieure à la normale et assez souvent des aptitudes particulières vers les sciences ou arts de mesure (mathématiques, musique). L'ichtyose récessive va généralement avec une débilité mentale plus ou moins accentuée. Les variations du psychisme renforcent donc la distinction que d'autres manifestations cliniques et la génétique établissent entre les deux types d'ichtyose.

Constructions osseuses provisoires au cours d'une gingivite bismutho-mercurielle. — MM. **Jausion, Cailliau** et **Carlier** signalent l'apparition, chez un spécifique, au décours d'une stomato-gingivite bismutho-arsenicale, à dater de son traitement par la nicotinamide, d'édifications osseuses provisoires implantées sur le périoste alvéolo-dentaire et encageant complètement les dents de bouche des deux mâchoires.

Ces surproductions, d'ailleurs caduques, montrent des lésions d'ostéite condensante rappelant les exostoses éburnées. Elles ont disparu spontanément en une vingtaine de jours pour laisser une denture intacte de 32 dents.

R. Brunier.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ÉLECTROTHÉRAPIE ET DE RADIOLOGIE

9 Juillet 1944.

L'accouchement électrique. — MM. **A.-N. Loiseau** et **P.-R. Romieux** présentent l'appareil de M. Frédéric Benoit (Wassy), destiné à accélérer la marche du travail et à atténuer les douleurs.

Le courant utilisé pendant les contractions est alternatif, sinusoïdal à 50 périodes et modulé en longues périodes entre les contractions utérines, avec intensité réduite au tiers. Un aperçu est donné d'une expérimentation poursuivie dans plusieurs maternités parisiennes et plus spécialement dans le service du Prof. Lantuéjoul, à la Clinique Tarnier, sous la direction de M. Chome. La critique objective de la méthode encore à sa phase expérimentale incite à en poursuivre l'étude.

L'électrofibrogramme. — M. **André Denier** (La Tour-du-Pin). Le progrès technique permettant de disposer d'appareils enregistreurs à amplifications décelant le microvolt, l'auteur, au moyen de microtrocart dont l'aiguille a 1/100 de millimètre, a enregistré le courant propre d'une seule fibre musculaire chez l'homme normal et dans les muscles en dégénérescence. Cette détection permet déjà d'envisager un tableau d'électrofibrogrammes normaux et pathologiques venant compléter l'inscription de la chronaxie des muscles.

Poisons caryoclasiques et radiothérapie dans le traitement du cancer. — M. **Mallet.** On sait, depuis les travaux de A.-P. Dustin, que certaines substances telles que les alcaloïdes du type colchicine provoquent, au niveau des cellules en voie de division, des mitoses anormales et des blocages des caryocinèses qui aboutissent à leur dégénérescence. Cette propriété a été utilisée sur les tumeurs cancéreuses. Expérimentalement, sur les tumeurs de la souris du type sarcome lymphoïde, on observe des régressions et même des disparitions du processus néoplasique. Il en est de même sur les tumeurs malignes et papillomateuses du lapin provoquées par le virus de Shope. Mais les doses de colchicine, pour obtenir ces effets, sont trop toxiques pour servir de base à une application thérapeutique et les tentatives faites à l'étranger n'ont conduit qu'à des échecs. Par contre, à des doses usuellement tolérées qui ne provoquent qu'une élévation de l'index caryocinétique, sans blocage ni dégénérescence des cellules cancéreuses, on peut obtenir une sensibilisation des tumeurs aux radiations : la radiosensibilité cellulaire étant, comme on le sait, généralement en rapport avec l'activité de division.

S'inspirant de ce principe, l'auteur, avec H. Lecamus, a traité des cancers de diverses localisations. La technique consiste à faire précéder l'application de rayons X d'une injection intraveineuse de colchicine 10 à 12 jours au préalable, délais nécessaires pour obtenir le maximum de cinèses et, par conséquent, la plus grande radiosensibilité. Les résultats immédiats paraissent assez intéressants. Les épithéliomas pharyngolaryngés et amygdaliens ont, semble-t-il, plus rapidement et plus complètement régressé qu'avec la radiothérapie seule. Les cancers du sein, à généralisations cutanées, ont été très rapidement influencés et les nodules ont disparu avec une dose de 400 r en l'espace de 15 jours environ. Un nævo-carcinome généralisé a régressé aussi très rapidement.

Ces tentatives thérapeutiques, bien qu'encourageantes, doivent cependant n'être faites que prudemment ; les injections de colchicine sont toxiques ; elles peuvent agir sur les éléments sanguins et entraîner de l'agranulocytose : elles peuvent provoquer de la diarrhée et des poussées de fièvre. Une expérience prolongée et prudente est nécessaire pour juger de la valeur de cette méthode associée.

Y. Hélie.

SOCIÉTÉ DE GASTRO-ENTÉROLOGIE DE PARIS

10 Juillet 1944.

Epithélioma sténosant du jéjunum chez une malade opérée antérieurement d'un phytobézoard du duodénum. — MM. **Guy Albot, Cl. Olivier, R. Ycre** et **Crozat** rapportent l'épilogue d'une observation de phytobézoard du duodénum observée par R.-A. Gutmann en 1935. Vingt ans après l'ablation du phytobézoard on découvrait radiologiquement un épithélioma végétant du jéjunum. Il faut noter que dès le début on avait soupçonné l'existence d'une lésion jéjunale.

Quadruple récidive d'une perforation d'ulcère de l'estomac : 2 sutures, 1 suture avec gastro-entérostomie, 1 gastrectomie. Guérison. — M. **R. Soupault,** à propos de cette observation, étudie la raison de ces récidives et propose la gastrectomie à chaud dans certains cas de perforation d'ulcère.

— M. **Banzet** distingue deux éventualités à propos des perforations d'ulcère. Dans la première il s'agit de sujets n'ayant aucun antécédent ulcéreux, la suture doit suffire, faite en tissu souple. S'il s'agit au contraire de perforation chez un ulcéreux connu, la suture simple, en tissu calleux, ne peut suffire.

— M. **Hillemand** demande si la gastrectomie faite à chaud est nettement plus grave que faite pour ulcère non compliqué.

— M. **d'Allaines** pense que la suture en tissu souple ne met pas toujours à l'abri des récidives d'ulcère. Il conseille après la suture une gastrectomie. L'opération faite dans ces conditions est toujours plus difficile à cause des adhérences.

— M. **P. Chêne** se range à l'avis de M. Banzet. Les malades à passé gastrique continuent généralement après la suture à présenter des signes d'ulcère.

— M. **Moutier** dit qu'il est difficile de connaître le pourcentage des guérisons d'ulcère après suture, car les malades guéris ne reviennent plus consulter.

A propos d'un cas de cholécystite subaiguë non calculeuse d'origine traumatique. — MM. **A. Bergeret** et **A. Lambling** rapportent, chez une femme de 37 ans, un cas de dystonie biliaire nettement déclenché, sur un terrain prédisposé, par un violent traumatisme sous-costal droit. Une évolution douloureuse et fébrile, nécessitant l'alitement presque complet pendant plus de 2 ans, résiste à toutes les thérapeutiques médicales et chirurgicales (cholécystostomie, implantation duodéno-pancréatique, cholécystectomie), mais céda d'une façon quasi spectaculaire à des applications de rayons X.

Le traitement radiothérapique de certaines variétés de dystonie biliaire. — MM. **A. Lambling** et **A. Bisson** ont obtenu, dans 4 cas de dystonie biliaire,

assez différents dans leurs aspects cliniques mais tous unis par des crises douloureuses à type de colique hépatique, des résultats parfois remarquables, toujours encourageants, avec la radiothérapie de la région vésiculaire. Ils attribuent ces résultats à l'action antispasmodique et peut-être décongestive des rayons X ; aussi à côté des dystonies à formes hypertoniques, envisageraient-ils volontiers ce traitement dans certaines variétés non infectées de lithiase vésiculaire douloureuse, dans des formes indubitables d'obstruction calculeuse du cholédoque et peut-être dans certaines variétés d'ictère bénin où la participation des voies biliaires au syndrome paraît l'emporter sur celle de l'hépatite.

A propos d'un cas de diverticulite jéjunale à forme sténosante pseudo-tumorale (association avec une hernie diaphragmatique et des diverticules du duodénum et du sigmoïde. — MM. **Bergeret, P. Hillemand** et **Y. Barré.**

J.-M. Gouset.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HÉMATOLOGIE

15 Juin 1944.

Maladie de Marchiafava-Micheli et myosite hémoglobinurique. — MM. **A. Guichard** et **J. Feroldi** (Lyon) rapportent une observation de maladie de Marchiafava-Micheli remarquable par son association à une myosite parenchymateuse et interstitielle. Il semble que la lyse du pigment sanguin coloré frappe non seulement l'hémoglobine du sang mais encore le pigment viscéral musculaire et myoglobinique. La maladie de Marchiafava-Micheli représenterait l'expression majeure la plus complète de la maladie hémolytique humaine.

Les injections intramédullaires chez l'homme. — M. **Jean Bernard** montre que les corps introduits par voie intramédullaire tantôt exercent une action directe sur la moelle (goudron, colchicine), tantôt se répandent rapidement dans la circulation. Lorsque l'injection intraveineuse est difficile, l'injection intramédullaire permet d'introduire dans la circulation diverses substances : le sang des transfusions, les divers sérums des perfusions des nourrissons par exemple.

Mesure directe de l'épaisseur moyenne des hématies et de la sphérocytose. — MM. **P. Harvier** et **G.-H. Lavergne** présentent un procédé nouveau de mesure de l'épaisseur des hématies par la mesure des dimensions des piles d'hématies. L'épaisseur moyenne est de 2 µ ; elle atteint 2 µ 4, 2 µ 5 et plus au cours des syndromes hémolytiques.

Myélome multiple des os terminé par une leucémie plasmocyto-myélocytaire aiguë. — M. **Georges Marchal,** Mlle **Lotte** et M. **Davy** rapportent une observation de maladie de Kahler, avec lésions caractéristiques du crâne, des côtes, du bassin et des fémurs ; avec hyperglobulinémie et avec une moelle osseuse bourrée de plasmocytes (80 pour 100 à la ponction sternale).

L'évolution mortelle en a été précipitée par la transformation en leucémie plasmocytaire aiguë (leucocytose : 24.000 ; taux des plasmocytes sanguins : 42 pour 100).

La rate, le foie et de petits ganglions profonds étaient infiltrés de plasmocytes, mêlés à une métaplasie myéloïde.

Les auteurs rappellent les rares cas de myélomes multiples des os compliqués de leucémies myéloïdes et les cas plus probants compliqués de leucémies à plasmocytes. Ils estiment que celles-ci représentent une modalité évolutive de la maladie de Kahler et qu'entre ces deux aspects s'échelonnent de nombreux faits de transition constituant les cryptoleucémies à plasmocytes.

Deux cas de syndrome cæco-colique par grosse adénopathie bénigne de voisinage. — M. **François Moutier.** Dans un cas existait un syndrome subocclusif avec incisure profonde de l'intestin au tiers moyen du colon ascendant ; dans l'autre des crises douloureuses avec spasme en masse du cæco-côlon. L'opération, suivie de guérison complète, montra un gros ganglion solitaire dans le méso-ascendant du premier malade, deux ganglions hyperplasiés à l'angle iléo-cæcal du second. Histologiquement, lésions banales d'adénite chronique plus ou moins ancienne, sans caractère tuberculeux ou réticulo-endothélial.

Sur un cas probable de favisme. Purpura avec hémorragies digestives. — MM. **P.-L. Drouet, R. Herbeuval** et **G. Faivre** (Nancy). Syndrome purpurique aigu apparu quelques heures après l'absorption d'un plat de fèves. Ce cas est nettement différent des syndromes hémolytiques décrits jusqu'à présent au cours du favisme.

Cancer de l'estomac pris pour une splénomégalie. — MM. **Paul Chevallier, Kourilsky, Jean Bernard** et **Bilski-Pasquier.**

Les variations du temps de saignement chez les sujets normaux. — M. **Paul Chevallier.**

Jean Bernard.

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DES HOPITAUX DE PARIS

24 Avril 1944.

Surdité verbale avec hypoacousie bilatérale. Étude audiométrique. — MM. **Lemoyne, G. Loiseau** et **F. Thiébaut** ont étudié au moyen de l'audiomètre un cas typique de surdité verbale. Cette surdité montre une atteinte dissociée de la conduction aérienne et osseuse. Les auteurs discutent la réalité, dans ce cas, d'une surdité corticale qui implique des lésions bilatérales.

Trois cas de mastoïdites extériorisées. — M. **R. Bourgeois.** Les observations rapportées montrent l'efficacité de la sulfamidothérapie, contrairement à l'opinion qui tend à s'accréditer chez les otologistes.

Réflexothérapie vibratoire à point de départ vélo-nasal, par nasalisation de la voix chantée. — M. **Monguilan** a traité avec succès par sa méthode des syndromes variés, en particulier des cas d'angor.

Un cas d'ostéomyélite aiguë du frontal à évolution mortelle malgré la sulfamidothérapie iodée. — MM. **Moulonguet** et **Joublin.** Contrairement à la règle habituelle, le processus ostéomyélitique parti du sinus frontal se développa exclusivement vers la voûte orbitaire et vers le sphénoïde. Malgré la large résection osseuse qui alla jusqu'à la fente sphénoïdale et jusqu'à la crête temporale du sphénoïde, malgré une sulfamidothérapie iodée intensive, le malade succomba à un abcès cérébral qui évolua sans produire d'œdème de la papille à aucun moment de son existence.

Labyrinthite chez le nourrisson. — M. **R. Caussé.** Il s'agit d'une découverte de l'examen histologique chez un nourrisson athrepsique avec suppuration auriculaire sans autres signes particuliers. La voie de passage de l'infection dans ce cas était la fenêtre ovale. Il n'y avait pas de signes histologiques de méningite. Ces cas ne paraissent pas très rares mais jusqu'à ce jour on n'a pas mentionné que la labyrinthite du nourrisson ait une expression clinique. Dans la conduite à tenir vis-à-vis de l'otite du nourrisson athrepsique ces faits doivent retenir l'attention.

Comparaison de documents histologiques et radiographiques sur l'otite du nourrisson. — M. **R. Caussé** a pu comparer les coupes histologiques de 5 cas d'otite de nourrisson avec les radiographies faites peu de jours avant la mort. Cette comparaison montre que la radiographie fournit quand elle est pratiquée dans de bonnes conditions une très bonne image de la structure mastoïdienne. Cette dernière à cet âge ne se compare en rien à celle de l'enfant et de l'adulte, par contre il serait faux de tirer des indications opératoires de la radiographie. Le signe de Granger en particulier n'a pas la valeur qu'on lui a accordée.

Expulsion d'un arytenoïde au cours d'une infection aiguë du larynx. — MM. **M. Bouchet** et **Castan.**

Mastoïdite guérie par la sulfamidothérapie. — M. **Alain Gaston.**

Un kyste rare de la voûte palatine. — M. **M. Ombrédanne.**

Quelques cas de parotidectomie totale avec conservation du facial pour tumeur mixte. — MM. **Bouchet** et **André.**

19 Juin.

Aspect en dents de peigne des bronches de la lingula mis en évidence par le lipiodol au cours d'un cancer bronchopulmonaire. — M. **Métras** (présenté par M. **Aubin**). L'auteur constate un aspect en dents de peigne d'une bronche injectée par le lipiodol ; il considère cette image comme pouvant être caractéristique d'un cancer bronchopulmonaire, l'autopsie ayant permis de retrouver un aspect endobronchique identique et un néoplasme bronchique.

Un cas de restauration de la région cutanée sourcilière. — M. **Aubry** expose la technique de réfection de la région sourcilière qu'il a mise au point. Le lambeau est prélevé sur le cuir chevelu, ce qui fournit un résultat esthétique parfait. La greffe est mise en place suivant la méthode dite du « lambeau en pont ».

Extraction d'une dent logée dans la bronche gauche, curieuse radiographie. — MM. **Aubin** et **Cachin.** Au réveil d'un électrochoc, on constate la disparition d'une molaire : l'apparition de dyspnée et de température font penser à l'inhalation d'un corps étranger. La radiographie montrant une opacité annulaire à côté de taches de calcification, le diagnostic de corps étranger reste hésitant ; une bronchoscopie permet de voir une couronne dentaire cariée en son centre, expliquant ainsi l'image annulaire : ablation sans difficulté.

Un cas de craniohydrorrhée chez une enfant de 7 ans. Guérison par intervention chirurgicale. — MM. **Aubin, R. Martin, R. Klein** et **Sureau.** Deux méningites à pneumocoques s'étant succédé chez une enfant de 7 ans, une rhinorrhée unilatérale fait poser le diagnostic d'hydrorrhée cérébrospinale. L'analyse chimique du liquide et sa coloration après une injection intrarachidienne de colorant imposent le diagnostic. La brèche dure-mérienne est aveuglée par un fragment de muscle et *fascia lata* : la rhinorrhée s'arrête définitivement. Les constatations opératoires font envisager comme cause une malformation anatomique, comme dans le cas publié par M. Ramadier.

17 Juillet.

Abcès du cerveau otitique. Guérison après drainage et association pénicilline-sulfamide. — MM. **A. Aubin, R. Martin, Clerc** et **Sureau.** Il s'agit d'un abcès cérébral à germes hypervirulents. Association des germes proteus-streptocoque. La stérilisation de l'abcès a été obtenue en deux jours par l'injection dans l'abcès de deux fois 5.000 unités de pénicilline. La persistance d'un syndrome d'hypertension cérébrale a nécessité le drainage de l'abcès qui a été influencé par la taille d'un volet temporo-pariétal de décompression qui a été suivie d'une amélioration immédiate puis de guérison.

Abcès du cerveau traité par ponction et injection intracavitaire de solufontamide. — MM. **Moulonguet, Henrot** et **Sobiesky.** Trépanation mastoïdienne chez un sujet de 17 ans un mois après une otite traumatique (perforation du tympan par bombardement). Quatre semaines plus tard, céphalée, aphasie, perte du réflexe crémastérien et du cutané abdominal droit. Trépanation de la fosse temporale. A 3 *cm.* de profondeur pus à streptocoque. Après 3 ponctions successives, faites à quelques jours d'intervalle, suivies d'injections *in situ* de solufontamides, guérison clinique complète de l'abcès.

Un cas de syndrome oto-sinuso-bronchique de Gardères et Mounier-Kuhn. — M. **Moulonguet** présente un cas de ce syndrome caractérisé par l'existence d'une sinusite maxillaire bi-latérale, de dilatation des bronches et de bouchons épidermiques. La pathogénie de ce syndrome serait un trouble trophique dans le domaine trigémino-pneumogastrique.

Sympathalgie intense et durable après parotidectomie subtotale pour tumeur mixte. — M. **J. Ch. Giraud,** M. **Moulonguet,** rapporteur. Après ablation d'une tumeur mixte qui siégeait dans le lobe superficiel de la parotide droite, apparition, dès le lendemain d'une douleur vive, sensation de brûlure qui s'étend sur la joue droite et l'œil en avant, jusqu'à la nuque en arrière, et en bas sur l'épaule droite, s'exaspérant en crises violentes au cours desquelles apparaissent hyperthermie, rougeur, hyperesthésie cutanée de tout le territoire douloureux et surtout un syndrome de Claude Bernard-Horner. Des attouchements au liquide de Bonain du ganglion sphéno-palatin calment un certain temps la douleur. Des anesthésies du ganglion stellaire du sympathique ont un effet plus durable mais à l'heure actuelle, un an après l'opération, la sympathalgie persiste encore, atténuée. En cas de rechute, ne pourrait-on pas procéder à l'ablation du ganglion cervical supérieur du sympathique ?

Notes de technique de laryngectomie totale. — M. **Moulonguet.** La technique de l'auteur se propose un double but :

1° Éviter la production d'un espace mort entre le lambeau cutané de couverture et le plan de la muqueuse pharyngée suturée.

2° Protéger la trachée contre la chute des sécrétions pharyngées.

Erythème noueux, primo-infection tuberculeuse et sulfamidothérapie. — M. **Henrot.** Il s'agissait d'une jeune fille de 21 ans qui venait de subir une opération de plastique nasale. 48 heures plus tard, grosse réaction thermique, 8 grammes de thiazomide par jour ; au bout de 5 jours, apparition d'un érythème noueux, d'abord attribué à la sulfamidothérapie. En réalité, il s'agissait d'une primo-infection tuberculeuse confirmée par l'évolution et par la radiographie. Il est probable que la sulfamidothérapie doit avoir un rôle déclenchant dans la pathogénie de l'érythème noueux.

Heureux résultat d'un traitement bronchoscopique. — MM. **Moulonguet** et **Henrot.** Femme de 49 ans qui se plaint de fièvre, d'amaigrissement, d'expectorations abondantes. Elle croit avoir avalé de travers un os de poulet 2 mois auparavant. Examen radiographique négatif, disparition immédiate de tous les symptômes après aspiration, ablation d'un granulome et sulfamidothérapie locale.

Crises récidivantes d'œdème cérébral au cours d'une otopathie. — MM. **Moulonguet** et **Bouché.** Au cours de crises de réchauffement d'une otite moyenne chronique, la malade âgée de 26 ans fit une série d'accidents réalisant le tableau clinique de l'abcès cérébral. L'exploration de la région temporale au trocart de Cushing fut négative. La ventriculographie montra un effacement presque complet des 2 ventricules latéraux. Un large volet temporal décompressif fit régresser les accidents et disparaître les troubles visuels. Pendant 18 mois, la malade refit une série de crises, calmées par des injections intraveineuses de sulfate de magnésie. Une dernière crise finit par emporter la malade. Les auteurs insistent sur la difficulté du diagnostic différentiel entre l'hydrocéphalie, l'œdème cérébral, l'encéphalite aiguë et l'abcès cérébral. Il faut donc adopter une ligne de conduite chirurgicale assez souple pour pouvoir s'adapter à ces différentes éventualités.

B. Caussé.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET D'HYGIÈNE DU TRAVAIL

16 Octobre 1944.

Piqûres septiques des doigts. — M. **B. Desplas** rappelle qu'elles constituent la majorité des accidents du travail. Déterminées dans la plupart des cas par des instruments mécaniques, les lésions sont compliquées par l'action des huiles de graissage très corrosives, en particulier celles contenant du phénol et de l'anthracène. L'action corrosive des huiles explique la nécrose rapide et le développement microbien intense et presque immédiat. La thérapeutique qu'il convient d'adopter doit être une exploration chirurgicale pratiquée d'urgence comportant un nettoyage minutieux de toute la main, une anesthésie générale, une hémostase parfaite, une exploration du trajet et excision des tissus intéressés par le corps étranger. Le pansement sera fait au baume du Péron, il y a intérêt à immobiliser le doigt ou la main dans un plâtre léger.

Mise en route et fonctionnement d'un Centre médical interentreprises et interprofessionnel. — M. **J. Laval,** après avoir décrit l'organisation d'un Centre groupant 3.000 salariés dans un arrondissement

parisien, insiste sur la difficulté d'améliorer l'hygiène du travail dans les petites et moyennes entreprises, en raison de la fréquente vétusté et de l'exiguïté des ateliers.

Il estime préférable de pratiquer l'examen médical au sein même de l'usine chaque fois que les conditions s'y prêtent et il conclut à la nécessité de tout mettre en œuvre pour que le personnel des entreprises ne puisse mettre en doute la totale indépendance du médecin dans l'exercice de ses fonctions.

Sur les inconvénients de certains succédanés du caoutchouc. — M. **L. Truffert** attire l'attention sur un succédané du caoutchouc, utilisé comme isolant de câbles électriques et qui se décompose sous l'action de la chaleur, lors du passage du courant, en dégageant dans l'atmosphère des vapeurs de substances organiques soufrées, qui obligèrent le personnel à évacuer un atelier.

Dans la seconde partie de son mémoire, l'auteur décrit une méthode de recherche de tricrésylphosphate dans les succédanés du caoutchouc. Le phosphate de tri-ortho-crésyle, contenu dans ces produits, peut passer dans certaines matières alimentaires lorsqu'il se trouve à leur contact, et l'on sait qu'il est capable de provoquer de graves paralysies. Cet ester phosphorique pouvant être également résorbé par la peau, il serait prudent de prendre des mesures afin d'éviter des intoxications chez les ouvriers qui le manipulent.

Hémopathie benzolique retardée. Dosage du benzène dans la moelle osseuse. — MM. **M. Perrault, L. Dérobert** et **Tiret** rapportent l'observation d'une myélotoxicose benzolique dont les premiers symptômes sanguins sont survenus 14 mois après la cessation du travail. Durant la période d'anémie les hémogrammes ne décelèrent qu'une anémie avec leucopénie et neutropénie ; à l'autopsie la moelle osseuse offrait par contre une abondante prolifération d'éléments embryonnaires et jeunes.

Le dosage de benzène dans la moelle osseuse, pratiqué par M. R. Fabre, mit en évidence 20 γ de benzène, montrant ainsi l'absence d'oxydation du toxique dans l'organisme et la conservation de son pouvoir hémotoxique à la faveur d'un fléchissement passager de la résistance de l'organisme.

Intoxication familiale par le bromure de méthyle. — M. **M. Gaultier** rapporte trois nouveaux cas d'intoxication par le bromure de méthyle remarquables par les circonstances de leur production : émanations, par un robinet mal fermé, d'un extincteur d'incendie chez des particuliers, ayant duré près de 48 heures avant l'apparition des troubles nerveux révélateurs de l'intoxication. L'enfant âgé de 18 mois mourut 16 heures après les premiers symptômes de maladie. Les deux parents survécurent, mais présentent encore 15 jours après un tremblement des membres supérieurs, apparaissant lors des mouvements volontaires, avec spasme d'opposition très caractéristique de cette intoxication.

L. Dérobert.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE DE FRANCE

10 Juillet 1944.

Vœu relatif à la lutte contre l'avortement provoqué. — MM. **Balthazard, Claude, Dérobert, Desplas, Donnedieu de Vabres, Marquiset, Paul, Piédelièvre, Rist, Lantuéjoul, Le Lorier, A. Monsaingeon** et **Portes** présentent un texte qui a été voté par la Société de Médecine légale dans lequel ils rappellent que l'avortement provoqué n'est pas moralement un délit mais bien un crime accompli avec préméditation. Ils demandent que la répression soit à nouveau confiée aux Cours d'assises modifiées par suite de l'introduction du principe de l'échevinage, que les enquêtes policières soient faites par des spécialistes secondés par des éléments du corps médical, que le médecin ayant acquis le nom d'un avorteur le fasse connaître au Conseil de l'Ordre, que la surveillance des maisons d'accouchements s'étende à toute maison de soins, tant de chirurgie que de médecine. Ils insistent sur le fait que la répression n'est utile que si elle est efficace et qu'elle ne peut l'être que si les facteurs moraux et sociaux font l'objet d'une attention particulière des pouvoirs publics.

Volumineux corps étranger de la région amygdalienne. Migration exceptionnelle. — M. **Rouget** rapporte une observation concernant la migration d'un morceau de verre de 4 *cm.* de long, de 1 *cm.* 5 de large et de 0 *cm.* 5 d'épaisseur, entré à la suite d'une blessure superficielle des téguments de la région sous-mentonnière droite et ressorti 8 ans et demi après au pôle supérieur de l'amygdale droite, sans avoir entraîné d'hémorragie.

Sur un cas particulier de responsabilité. — M. **Herpin**.

L. Dérobert.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

12 Juin 1944.

Fugue coordonnée sous forme de somnambulisme, épilepsie tardive. — MM. **L. Marchand** et **de Ajuriaguerra.** Sujet de 57 ans, épileptique depuis l'âge de 34 ans, qui, au milieu de la nuit, se rend au commissariat pour se plaindre des bruits et des mauvaises odeurs qui l'empêchent de dormir. Amnésie totale. L'accès d'automatisme tient à la fois du somnambulisme, de l'automatisme ambulatoire et de la fugue hallucinatoire.

Manifestations hystériques chez une paysanne débile. — Mlle **Cullerre**, MM. **Vié** et **Binois** présentent un cas à prédominance somatique chez une paysanne débile. Coexistence d'une hémiplégie constituée en deux temps, de manifestations convulsives, d'hémianesthésie, de rétrécissement du champ visuel. Le tout apparu sur un terrain particulier de débilité mentale, d'émotivité inhibitrice, d'improductivité psychique. Le pronostic de ces formes (où la malade, peu productive, peu mobile, peu suggestible, concentrée sur un noyau affectif, se fixe sur des manifestations d'ordre somatique) a paru aux auteurs moins bon que dans les formes mobiles productives, suggestibles.

Les variations pondérales et la période critique au cours de la psychose maniaque dépressive en temps de restrictions alimentaires. — MM. **P. Chatagnon** et **J. Mabon**. Les troubles de la nutrition, ordinairement marqués dans la maniaco-dépressive en périodes normales, sont catastrophiques en périodes de famine : ils se traduisent par une chute pondérale souvent brutale, suivie de « reprise » avec apparition de la sensation de faim : c'est à cette période critique que la mort est le plus fréquente. Ces troubles commandent une diététique appropriée.

Les aortites tardives chez les P. G. malarisés. — MM. **P. Guiraud, H. Sauguet** et Mme **L. Leulier**. Les aortites, chez les P. G. malarisés, révèlent une syphilis tertiaire latente qui s'extériorise après guérison de la P. G. Leur apparition prouve, après malaria et stovarsolthérapie, la nécessité d'antisyphilitiques ordinaires.

Syndrome d'adiposité juvénile. — MM. **X. Abély** et **Suttel**.

Un cas de paralysie générale amnésique. — MM. **X. Abély** et **Desclaux**.

26 Juin.

Troubles psychiques et 3e ventricule. — M. **Lhermitte** rappelle l'importance du syndrome confuso-onirique dans les lésions du 3e ventricule. Les troubles thymiques et caractériels, bien que s'observant également, ne sont pas fonciers dans ces lésions.

— M. **Guiraud** insiste au contraire sur l'importance des troubles thymiques et caractériels.

— M. **Jean Delay** pense qu'on observe les deux catégories de troubles par altérations des fonctions thymo-noétique.

— M. **X. Abély** insiste sur la fréquence, dans le syndrome du 3e ventricule, du facteur anxieux.

Etude pharmacodynamique de l'action neuro-végétative de l'électrochoc. — MM. **J. Delay, A. Soulairac** et **G. Boittelle,** grâce aux modificateurs du système vago-sympathique, mettent en évidence les variations neuro-végétatives au cours de la crise convulsive par l'électrochoc. Selon les phases, il y a soit excitation vagale (période de latence), soit excitation sympathique (stertor), soit de nouveau excitation vagale (période post-critique). En fait les deux systèmes sont excités simultanément. Les phénomènes observés résultent de cette double excitation. Ils semblent en faveur d'une excitation primitive des centres végétatifs hypo-thalamo-hypophysaires.

L'assistante psychiatrique (II). Son rôle hospitalier. — MM. **Beaudouin, X. Abély** et **Brousseau**.

Traumatisme cranien ; méningite séreuse avec collapsus ventriculaire. Améliorations transitoires de l'état confusionnel après insufflations ventriculaires. Syndrome paranoïde résiduel. — MM. **R. Bessière** et **Scherrer**.

Enregistrement oscillophotographique de l'intensité et du voltage du courant utilisé. — MM. **Lapipe** et **Rondepierre**.

10 Juillet.

Adénome hypophysaire latent. Troubles de la régulation thymique. Intervention. Guérison. — MM. **P. Puech, J.-F. Buvat** et **P. Desclaux**. Adénome de l'hypophyse découvert à l'occasion d'une radiographie du crâne pratiquée après un traumatisme accidentel. La malade ne présentait d'autre trouble qu'une timidité pathologique et une aménorrhée quasi complète. Après l'intervention, la timidité a disparu, un état hypomaniaque s'est produit avec troubles de la mémoire comparables à ceux de l'électrochoc. Après l'état hypomaniaque, petit délire de persécution, actuellement complètement disparu (de même que les troubles de la mémoire). Au total : 1° caractère très spécial des troubles mentaux observés ; 2° déclenchement par le traumatisme d'une poussée évolutive de l'adénome hypophysaire.

Modifications cardio-vasculaires observées au cours des cachexies chez les psychopathes. — MM. **P. Chatagnon** et **J. Mabon** étudient les variations des équilibres circulatoires au cours des cachexies chez les psychopathes. Fréquence de la baisse tensionnelle (forte ou légère). Constance des modifications électrocardiographiques avec inversion de P et de T et faible voltage avec arythmie ventriculaire (liées vraisemblablement aux troubles de nutrition du myocarde). Les auteurs insistent sur le retentissement de la circulation sur les fonctions vitales de l'axe nerveux.

Tumeur frontale méconnue chez un alcoolique épileptique. — MM. **X. Abély, Desclaux, J. Naudascher** et **Suttel**. Alcoolique chronique présentant depuis 10 ans (sans autre signe neurologique) des crises épileptiques et des états de mal rapportés à l'éthylisme. Confusion onirique suivie d'un syndrome de fabulation. Peu de jours après, au cours d'une colère, survient un état de mal terminé par la mort. Examen anatomique : astrocytome (2e frontale droite).

Psychose périodique à évolution grave. Echec de l'électrochoc. Succès de l'insulinothérapie. — MM. **Jean Delay, Paul Neveu** et **R. Leulier** présentent une malade atteinte de psychose périodique avec accès maniaques et confusionnels rapprochés. Après échec de l'électrochoc et de diverses pyrétothérapies chimiques, guérison par l'insulinothérapie, dont l'indication doit être posée dans les cas analogues.

Syndrome mélancolique pseudo-démentiel chez un lacunaire. Constatations encéphalographiques. Action de l'électrochoc. — M. **Jean Delay** et Mlle **Moreau**. Homme de 63 ans, lacunaire avec état pseudo-démentiel et signes neurologiques divers évoluant depuis 4 ans. Aspect lacunaire diffus à l'encéphalographie. L'électrochoc fit disparaître non seulement le tableau clinique (qui était dû à une mélancolie d'involution chez un lacunaire), mais encore fait plus curieux, le syndrome neurologique.

Syndrome basedowien avec exophtalmie unilatérale régulièrement prémonitoire d'accès maniaques récidivants. Résultats de l'épreuve à la thyroxine. — MM. **Jean Delay, P. Neveu** et Mme **Leulier** présentent une malade atteinte de manie périodique dont la symptomatologie pose le problème des rapports entre certains syndromes basedowiens et le système nerveux central (en particulier le diencéphale). La thyroxine agit sur l'état maniaque en même temps que sur l'exophtalmie, probablement par saturation de l'hormone hypophysaire thyréotrope.

Un cas de pseudo-suicide épileptique. — MM. **Rondepierre, Letailleur** et Mme **Leulier**. Malade qui sous l'effet d'un traitement associé : 5 *cg.* de Gardénal + D.P.H.S. (à 0,30 puis 0,60) a présenté des signes d'intolérance et un équivalent comitial au cours duquel il se donna la mort.

Jean Dublineau.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS

20 Mai 1944.

Epithélioma du corps ciliaire. — M. **Guy Offret.** Tumeur pigmentée occupant l'angle irido-ciliaire et le corps ciliaire. Structure tubulaire épithéliale manifeste, d'aspect glandulaire. Stroma-réaction fibreuse dense avec nombreux vaisseaux. La tumeur tend à évoluer vers la cavité vitréenne, mais elle pénètre aussi le muscle ciliaire et le détruit partiellement. Il s'agit manifestement d'une tumeur maligne qui n'est ni un sarcome, ni une tumeur rappelant la structure rétinienne (gliome ou dithyome de Fuchs). C'est au diagnostic d'épithélioma primitif du corps ciliaire que s'arrête l'auteur.

Sur un accident visuel rare de la sulfamidothérapie. — MM. **Léger** et **Guy Offret** ont observé chez l'enfant atteint de pneumococcie grave et soumis à une sulfamidothérapie intensive une cécité brutale, bilatérale. Cette cécité a duré près de 24 heures. Elle ne s'est accompagnée d'aucun trouble pupillaire, ni d'aucune lésion de fond d'œil. La récupération visuelle s'est faite progressivement en 3 jours, après la cessation de toute médication sulfamidée. Les auteurs discutent le mécanisme possible de la cécité ainsi que son pronostic.

Aniridie partielle et colobome atypique. — M. **Jean Voisin**. Ces malformations iriennes, trouvées sur chacun des yeux d'une fillette dont la mère présentait une déformation pupillaire unilatérale en triangle, prouvent la parenté qui existe entre les colobomes iriens atypiques et l'aniridie, l'origine de ces colobomes n'est donc pas fissuraire.

A propos de 2 cas d'anesthésie cornéenne du fait de tumeurs malignes irido-ciliaires. — Mme **Sedan-Bauby.** La première observation est celle d'une tumeur ovalaire occupant un peu plus du tiers de la chambre antérieure mais poussant en arrière de l'iris une masse encore plus volumineuse. L'épreuve à l'éclairage de contact était positive. Le territoire cornéen insensible, dont les limites furent déterminées par l'emploi de petits pesons, dépassait presque du double la projection de la tumeur sur la cornée.

Chez la deuxième malade, femme de 64 ans, est apparue une tumeur vaguement bilobée développée dans la chambre antérieure. Là encore le territoire cornéen anesthésié se superpose presque exactement au décalque de la tumeur.

On peut rattacher ce symptôme très important à la compression par la tumeur des filets nerveux sensitifs.

Deux observations inédites de névrite optique de la spirochétose ictéro-hémorragique, mais de séquelles graves. — M. **Aurenche**. La spirochétose ictéro-hémorragique détermine parfois des formes graves de névrite optique : papille blanche noyée dans un important œdème, scotome central absolu et rétrécissement concentrique évoluant vers l'aspect d'une atrophie optique postnévritique.

La deuxième observation concerne aussi un égoutier de 44 ans victime d'une infection spirochétosique responsable d'une névrite optique avec uvéite qui a entraîné des séquelles importantes.

17 Juin.

A propos des manifestations oculaires du syndrome de Guillain-Barré. — MM. **Nicaud, Lafitte, G. Offret** et **Ardouin.** L'observation d'un cas typique donne aux auteurs l'occasion de rappeler les manifestations mésocéphaliques habituelles de ces poly-radiculonévrites. La VIe et la VIIe paire craniennes sont géné

...alement atteintes, la III[e], plus rarement. On observe ...ussi des troubles sensitifs dans le territoire du trijumeau. Ces troubles sont tous passagers et curables.

L'intérêt se concentre sur les formes mésocéphaliques ...ures, on doit envisager ce diagnostic, devant une paralysie oculaire, même isolée, si elle s'accompagne de ...lissociation albumino-cytologique du liquide céphalorachidien. Cette notion étiologique est à retenir à ...ause du pronostic toujours rapidement favorable.

Septicémie à méningocoques. Double uvéite sup...urée. Guérison par les sulfamides. — MM. **G. ...Offret** et **A. Lenoir**. Chez une enfant de 18 mois survient brusquement un état infectieux avec éruption, ...éri-arthrite d'une phalange, conjonctivite, double ...uvéite avec hypopion et trouble du vitré. Le frottis de ... sécrétion conjonctivale qui accompagne les signes morbides, le frottis des mucosités pharyngées, le frottis ... la sérosité obtenue après paracentèse du tympan montrent un diplocoque Gram-négatif que les cultures ... les agglutinations feront reconnaître pour un méningocoque B. L'action des sulfamides *per os* et en injections sous-conjonctivales est remarquable. En quelques ...ours l'œil droit, moins atteint, redevient normal ; l'œil ...auche met plus longtemps à s'éclaircir, mais au bout ...'un mois la vision se rétablira de ce côté.

Un cas de tuberculose protubérantielle. — MM. **...Felter, Tournay, Guillaumat** et **G. Offret** rapportent ...ette observation en raison de ses caractères cliniques ...articulièrement nets, qui permirent de faire le diagnostic exact de la lésion et de son siège. L'examen ...natomique montre un volumineux tubercule développé ...ans la calotte protubérantielle et descendant jusqu'à ... partie moyenne du bulbe. Les auteurs insistent sur ... fait que la symptomatologie n'est pas toujours due ... la seule lésion nécrotique mais aussi à l'importante ...one d'œdème qui entoure la lésion. L'examen bactériologique sur coupe a montré des bacilles de Koch.

L. Guillaumat.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE

13 Juin 1944.

Sur la durée de l'allergie cutanée conférée par ...e BCG en scarifications cutanées. — MM. **Cour...oux, Boulenger** et **Maclouf**. Pour une même concen...ration de BCG la durée de la période anté-allergique et ...a persistance de la sensibilité cutanée à la tuberculine ...paraissent liées à la longueur totale des scarifications. En multipliant les portes d'entrée, on obtient d'une ...art une période anté-allergique plus courte, et, d'autre ...art, une allergie cutanée plus durable. En limitant ... nombre de portes d'entrée, on obtient d'une part ...une prolongation de la durée de la période anté-allergique, et, de l'autre, une désensibilisation spontanée ...lus précoce.

Les résultats obtenus lors de la primo-vaccination et ...eux obtenus lors de la revaccination montrent clairement que la réapparition de l'allergie est accélérée chez ...n certain nombre de sujets. Mais ce raccourcissement ...e la durée de la période anté-allergique est loin d'être ...onstant lors de la réinfection après extinction de la ...ensibilité cutanée.

L'intradermo-réaction à la tuberculine chez les ...nfants porteurs d'une cuti-réaction négative. — ...MM. **Cayla** et **Maclouf**. La cuti-réaction avec la tuberculine brute de l'Institut Pasteur est suffisante dans la ...echerche de l'allergie cutanée chez les enfants spontanément infectés (de 5 à 15 ans).

Le pourcentage des sujets récupérés par l'intradermo-...éaction à 1 *cg.* n'est que de 2 pour 100. Le Pirquet ...st incontestablement le procédé de choix pour mettre ...n évidence l'allergie tuberculinique chez les écoliers ... surtout pour dépister le moment du virage qui doit ...oujours être considéré comme un moment d'alerte. ...es conclusions sont en opposition absolue avec celles ...e certains auteurs qui affirment que sur 100 sujets ...llergiques, 48 seulement réagissent à la cuti-réaction ...Madsenlyle Cummins).

Examen radiologique systématique dans les ...écoles publiques de Neuilly-sur-Seine. — MM. **...Cayla** et **Maclouf**. L'examen radioscopique systématique de 251 écoliers réagissant à la tuberculine a relevé ... cas de tuberculose pulmonaire active et évolutive, ...une cardiopathie méconnue. L'examen du personnel enseignant a permis de dépister un tuberculeux pulmonaire évolutif. La radiographie ou la radiophotographie ...doivent être considérées comme les procédés de choix. ...es auteurs pensent qu'il serait indiqué d'étendre ces ...xamens aux sujets qui ne réagissent pas à la tuberculine. En comparant le film fait avant le virage avec ...elui fait après le virage, on constate souvent des variations qui seraient passées inaperçues sans cette confrontation.

L. Grollet.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE EXOTIQUE

10 Mai 1944.

Deux cas d'infantilisme lépreux. — MM. **R. Mon...el** et **Basset** relatent 2 cas d'infantilisme lépreux ...ettement superposables, coïncidant avec une période ...prépubertaire. Tout s'est passé chez ces deux malades ...omme si le fonctionnement des glandes à sécrétion ...nterne avait été fixé dans son état infantile par une ...spèce de « castration parasitaire ». Il est noté chez les ...deux sujets une monocytose et une bacillémie lépreuse.

Procédés de laboratoire pour la recherche de la bacillémie dans la lèpre. — M. **R. Montel**, M[lles] **Brun** et **Marliangeas**, tenant compte du fait que la bacillémie à bacilles isolés est rare dans la lèpre, mais qu'au contraire la bacillémie par monocytes parasités semble être la règle, recommandent l'examen du sang en goutte épaisse et la centrifugation qui permet de faire un frottis riche en leucocytes.

Albuminurie de la trypanosomose expérimentale du lapin. — M. **L. Launoy** a recherché l'action toxi-rénale du moranyl chez le lapin adulte, une seule injection à la dose thérapeutique 0 *g.* 02 à 0 *g.* 05 pour 1.000 ne détermine pas d'albuminurie. Les injections répétées pendant 5 jours peuvent faire apparaître des traces d'albumine. Chez le lapin l'infection par *Trypanosoma annamense* normal ou chimio-résistant provoque une albuminurie dans les 15 jours à 3 semaines qui suivent l'infestation. Chez le lapin présentant de l'albuminurie grave trypanosomique le traitement au moranyl fait disparaître l'albumine urinaire.

Influence du régime alimentaire sur le parasitisme intestinal. — MM. **V. Chorine** et **Y. Tanguy** présentent une statistique s'étendant de 1935 à 1943 et portant sur 2.000 malades environ examinés dans les services de M. E. Marchoux à l'Institut Pasteur, du point de vue de leur parasitisme intestinal ; cette statistique fait ressortir que pour les protozoaires le nombre des parasites décelés depuis 1941 est 2 à 3 fois supérieur à celui enregistré antérieurement. Les modifications alimentaires imposées par les circonstances peuvent expliquer ces faits.

— M. **R. Deschiens** rappelle la documentation statistique apportée par différents auteurs, il partage l'avis de MM. Chorine et Tanguy ; la fréquence du syndrome de fermentations hydro-carbonées semble favorable au développement des protozoaires intestinaux chez l'homme.

Etude des lésions pulmonaires provoquées chez le lapin par l'inoculation intratrachéale expérimentale de virus du typhus épidémique. — MM. **J. Bablet** et **P. Giroud** montrent que les lésions pulmonaires notées au cours de l'inoculation intratrachéale de typhus épidémique consistent en petits foyers péribronchiolitiques tendant peu à peu vers la confluence. Les tissus sont infectés par de nombreux éosinophiles. On ne note pas de réaction ganglionnaire, ce sont les lésions vasculaires sanguines qui prédominent.

Conservation du bacille de Stefansky dans des lépromes desséchés. — M. **R.-O. Prudhomme**.

14 Juin.

Hémoculture et bactériémie dans l'infection pesteuse. — M. **G. Girard**, en suite à une précédente communication au sujet du « Xénodiagnostic de l'infection pesteuse », envisagé par **G. Blanc** et **M. Baltazard**, démontre que l'hémoculture décèle toujours une bactériémie pesteuse, si légère soit-elle. Le sang humain ou animal n'exerce aucune action bactéricide à l'égard du bacille de Yersin, même si ce sang provient d'un malade ou d'un convalescent de peste. Il en est de même du sérum de cheval hyperimmunisé. Au contraire, le sang favorise le démarrage des cultures de bacille pesteux avec le minimum de semence dans les milieux peptonés usuels, ne permettant un développement que si l'ensemencement a été abondant. L'auteur, à ce propos, attire l'attention sur une nouvelle peptone dans la solution de laquelle le bacille pesteux pousse avec un ensemencement proche de l'unité, sans apport de macération de viande ou d'autre substance organique.

Un cas de distomatose hépatique, diagnostic précoce par le tubage duodénal. — MM. **R. Martin, Leroy, B. Sureau, P. Babouot** et **N. Bourcart** rapportent un nouveau cas de distomatose hépatique avec symptomatologie hépatique, adénopathie et splénomégalie. Ils insistent sur l'importance du tubage duodénal qui permet un diagnostic précoce à la phase aiguë, stade auquel l'émétine est particulièrement active. Ils insistent sur la sensibilité et la spécificité de l'intradermo-réaction et de la réaction de fixation du complément à l'extrait de douve.

Faits intéressant la pathologie et l'hygiène dans l'extrême Sud marocain. — M. **H. Heim de Balsac**, au cours d'une mission d'exploration de l'extrême Sud marocain dans la basse vallée du Draa, a pu mettre en évidence de nombreux foyers de bilharziose. La maladie est extrêmement commune dans toute la vallée. Il existe de nombreux petits mammifères vecteurs éventuels de différents virus (peste, fièvre récurrente). La coprophagie de nombreux rongeurs et d'oiseaux est notée ; elle est en rapport avec la richesse des déjections humaines en amidon cru, provenant de galettes d'orge insuffisamment cuites consommées par les indigènes.

Infection latente cérébrale chez le cobaye au cours des récurrentes à spirochète. — MM. **P. Pirot** et **M. Bourgain** montrent qu'il existe chez le cobaye une infection latente résiduelle de l'encéphale ; le cerveau peut rester infecté pendant 222 jours, cette infection ne correspondrait pas à une évolution tropique de caractère obligatoire mais résulterait d'une localisation aberrante.

Perte du pouvoir infectant d'ornithodores infectés congénitalement par « Spirochæta persica ». — MM. **P. Pirot** et **M. Bourgain**, étudiant *Spirochæta persica* sur un élevage d'*Ornithodorus tholozani* depuis 1940, ont été amenés à considérer que dans un élevage tous les individus d'une même espèce n'ont pas la même résistance à l'égard du spirochète ; les ascariens infectés semblent en général moins résistants que ceux qui ne le sont pas.

Observations biologiques sur les simulies. — M. **P. Grenier**.

Sur l'inconstance du cæcum intestinal chez les Nématodes. — MM. **Ph. Dollfus** et **C. Desportes**.

12 Juillet.

Données relatives à l'histoire médicale des dysenteries avant la découverte de l'amibe dysentérique. — M[me] **Christine Coste** et M. **R. Deschiens** montrent que l'étude historique des dysenteries tropicales sensibles à l'ipéca permet de mettre en évidence dès le XVI[e] siècle une entité morbide qui est l'amibiase avant la lettre. L'assimilation historique des dysenteries des pays chauds sensibles à l'ipéca, à la dysenterie amibienne est une interprétation aussi légitime que celle qui consiste à admettre le diagnostic clinique d'amibiase dans un cas de dysenterie traitée avec succès par l'émétine.

Préparation des esters d'Hydnocarpus en vue du traitement de la lèpre. — M. **F. Guichard** signale que les Flacourtiacées anti-lépreuses abondent dans nos possessions d'outre-mer : les fruits de ces végétaux fournissent une matière grasse, huile ou beurre, dont on peut retirer des esters ayant une action anti-lépreuse. Un mode d'extraction par l'alcool bouillant et une technique de purification et de mise en service sont indiqués.

Distinction par l'action des diamidines dans les tripanosomiases, entre la chimio-résistance naturelle et la chimio-résistance acquise. — M. **L. Launoy** établit que *Trypanosoma congolense* (chimio-résistance naturelle) et *Trypanosoma annamense* (chimio-résistance acquise) se comportent différemment vis-à-vis des diamidines étudiées, en particulier dans l'infection du cobaye.

Recherches sur les formes extra-érythrocytaires du paludisme humain. — M. **G. Oberlé** a pu mettre en évidence par ponction de la moelle sternale chez le paralytiques généraux, impaludés avec une souche de *Plasmodium vivax*, des éléments semblant appartenir au stade extra-érythrocytaire du *Plasmodium* au cours de son développement chez l'homme : dans un cas il a pu repérer un schizonte apigmenté, à l'intérieur d'une cellule réticulo-endothéliale, rappelant les formes décrites sous le nom d'histiozoaires.

Problème de l'espèce chez le moustique commun « Culex pipiens ». — M. **E. Roubaud**.

Contributions à l'étude de l'ascaridiose. — M. **M. Poirier**.

R. Deschiens.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

18 Juillet 1944.

La pleurésie purulente à staphylocoques doré du nourrisson. — MM. **Marcel Lelong, Rossier**, M[lle] **Garnier**, MM. **Lange** et **G.-P. Soulié** ont observé en 13 mois 9 cas chez des nourrissons de moins de 3 mois. La localisation pleurale succède à une infection cutanée, à une otite, à une infection pulmonaire qui, si elle n'est pas préexistante, est toujours concomitante.

La pleurésie purulente ne mérite pas la réputation de latence qui lui a été faite. Les complications ont été l'abcès pariétal au point de ponction, l'antrite, la néphrite, le syndrome hémorragique, l'abcès du cerveau. Un tiers des cas guérissent par des ponctions répétées et la pleurotomie à minima différée. Dans les cas mortels, il existe constamment, en même temps, une suppuration pulmonaire.

Les pleurésies purulentes primitives à staphylocoques chez l'enfant. — M. **R.-A. Marquézy**, M[lle] **Ladet** et **Ch. Bach** ont observé 9 cas qui ont fait l'objet de la thèse de M[lle] Troemé. Les lésions cutanées ont manqué souvent. Dans un cas, la notion de contage était nette. Un épisode grippal de 8 à 10 jours précède la dyspnée. 6 fois, il y a eu pyopneumothorax précoce. 6 guérisons et 3 décès. Toutes les pleurotomies au-dessous d'un an ont été suivies de mort.

— M. **Ribadeau-Dumas** : L'étiologie est souvent obstétricale ou due à un abcès du sein. Le staphylocoque est particulièrement anémiant. Chez le nourrisson, il faut opérer le moins possible. Le pneumothorax provoque un choc important, probablement par déplacement du médiastin.

— M. **E. Sorrel** : La résection costale est une opération bénigne ; toutes les méthodes d'aspiration sont inefficaces ; elles ne sont pas supérieures au drainage banal.

— M. **J. Levesque** : L'aspiration des pleurésies purulentes avec lavages, bien surveillée, est une méthode excellente qui amène la guérison lorsqu'il n'y a pas septicémie.

— M. **G. Huc** : La pleurotomie à minima n'est pas toujours suffisante pour éliminer les bouchons librineux ; il faut une résection assez large.

— M. **J. Génévrier** : A la clinique Grancher, un aphorisme régnait : la pleurésie purulente du nourrisson appartient au médecin : elle guérit par ponction ou pleurotomie à minima.

— M. **J. Cathala** a été déçu par les sulfamides en injections intrapleurales. Les ponctions répétées fatiguent et on a vite des abcès de la paroi. Chez le nourrisson de moins d'un an, il faut être très ménager de interventions. Le drainage par crins serait peut-être un méthode utile.

— M. **M. Fèvre** : Ce qui provoque souvent la mort c'est l'ouverture du thorax en plèvre libre à laquelle on est forcé lorsqu'il y a abcès de la paroi. La pleuroto...

...tie valvulaire à deux espaces au-dessus permet de rester quelques jours en thorax fermé.

Angine diphtérique à fausses membranes chez un nourrisson de 8 mois. — **M. A. Gaquière** (Angoulême). Cette localisation, exceptionnelle chez le nourrisson, fut probablement conditionnée par une individualisation précoce des amygdales.

Sous l'influence de la séro-anatoxithérapie (15.000 unités de sérum associées à deux injections d'anatoxine) l'évolution se fit rapidement vers la guérison.

Mégacôlon et mégavessie associés chez une jeune fille de 17 ans. — MM. **E. Lesné, Cayla** et **Probst.** La distension simultanée de deux organes creux abdominaux montre bien que la maladie de Hirschprung n'est pas une maladie intestinale, mais un trouble fonctionnel ayant sa cause dans un dérèglement vago-sympathique.

Malheureusement, dans ce cas encore, la thérapeutique dirigée dans ce sens par des injections splanchniques s'est montrée inefficace.

Le diabète grave aigu post-infectieux chez l'enfant. Son évolution régressive rapide. — MM. **Julien Marie, Ph. Seringue, Rouèche** et **P. Maurice** rapportent deux observations d'un syndrome diabétique grave avec coma et acidocétose installé brusquement au décours d'une scarlatine dans un cas, au cours d'un ictère infectieux dans l'autre. Sous l'influence de l'administration large d'hydrates de carbone et l'injection d'insuline, les phénomènes ont rétrocédé en 4 et 5 jours, sans séquelles ou de simples traces de glycosurie. La glycémie élevée au début est ensuite restée plutôt basse, au-dessous de la moyenne. Un des enfants a succombé quelques mois après sans qu'on puisse préciser la cause de ce décès.

— M. **Robert Clément** : Sans faire une querelle de mots, on peut se demander si l'étiquette de diabète convient pour une affection si aiguë et d'évolution aussi courte. Même avec l'insuline, la guérison du diabète infantile est exceptionnelle. Ne s'agirait-il pas plutôt de troubles du métabolisme hydro-carboné dus à une hépato-pancréatite infectieuse ?

— M. **Julien Marie** ne veut préjuger d'aucune pathogénie. Rien ne permet de parler de pancréatite.

— M. **M. Coffin** a observé avec Lesné un cas de diabète infantile que l'on peut considérer comme guéri. Les troubles passagers de la glycorégulation sont fréquents au cours des maladies infectieuses.

— M. **M. Lelong** : Le diabète est une maladie constitutionnelle. Son début brusque est classique chez l'enfant. Les infections ne jouent le plus souvent qu'un rôle révélateur, au plus déclenchant.

— M. **E. Lesné** a observé un diabète infantile à évolution rapide, début subit à la suite d'émotion et guérison.

Séance supplémentaire le 22 Août 1944, à 14 h. 30. Promenade visite de l'hospice Saint-Vincent de-Paul (Enfants-Assistés, rue Denfert-Rochereau), le 29 Août 1944.

17 Octobre.

Allocution du Président, M. **Génévrier**, à l'occasion de la libération, de la reprise des relations scientifiques avec nos alliés et du retour des absents.

Myatonie familiale et mortelle (Etude électromyographique). — MM. **R. Turpin, J. Lefebvre, P. Tanret** et **F. Bourlière** rapportent l'observation d'une famille dans laquelle 3 enfants sur 4 furent frappés dès la naissance de myatonie qui détermina la mort, en 4 à 6 mois.

L'électromyographie ne permet pas de distinguer la myatonie congénitale d'Oppenheim de l'atrophie musculaire spinale progressive familiale de Verdnig-Hoffmann. La chronaximétrie, au contraire, en montrant une augmentation globale des chronaxies avec contractions lentes et galvanotonus, permet de classer ces cas dans la myatonie (les chronaxies nerveuses seraient normales ou subnormales dans la maladie de Verdnig-Hoffmann).

Hémiplégie et anarthrie coquelucheuse. Infiltration novocaïnique du sympathique cervical. — MM. **J. Cathala** et **P. Auzépy.** Il y a intérêt à préciser qu'il s'agit d'encéphalite ou d'endartérite. Dans ce cas, l'infiltration novocaïnique des ganglions cervicaux a donné un résultat thérapeutique intéressant.

Tuberculose bronchique sténosante. — MM. **Maurice Lamy, A. Soulas,** Mlles **M.-L. Jammet, A. Doumic** et M. **M.-T.-C. Camus.** Chez un enfant de 11 ans, au décours d'un épisode fébrile, pendant que les réactions tuberculiniques étaient devenues positives, s'est développée une atélectasie du poumon droit. Les tomogrammes montraient la présence d'une adénopathie médiastine volumineuse, semblant comprimer la bronche souche et en réduire la lumière. Un an plus tard, alors que l'atélectasie était plus discrète et limitée, la bronchoscopie montra une lésion caséeuse de la bronche droite. On peut se demander s'il s'agit d'une lésion initiale de la muqueuse bronchique, chancre d'inoculation, ou d'une tuberculose bronchique secondaire développée en regard d'un ganglion caséeux, peut-être après perforation de la paroi.

— M. **J. Cathala** a observé un cas analogue. Il se demande s'il est judicieux d'enlever le magma tuberculeux qui obstrue la bronche.

— M. **J. Levesque** a vu enlever, il y a 3 ans, un tuberculome bronchique sans suites fâcheuses.

— M. **M. Lamy** : Il n'est pas bon de laisser un corps étranger dans les bronches.

— M. **R. Bourgeois** : Le tuberculome est une tumeur qu'on peut enlever sans inconvénient. S'il s'agit de tuberculose ulcéreuse et surtout fistulisée, on n'a pas envie d'y toucher.

— M. **R.-A. Marquézy** : Les tuberculomes sont des tumeurs bien limitées qui peuvent être extirpées chirurgicalement avec suites favorables.

A propos du traitement des pleurésies purulentes. — M. **E. Sorrel** passe en revue les diverses méthodes chirurgicales et de drainage et leurs résultats.

— M. **R.-A. Marquézy** : Chez le nourrisson, la résection costale a des conséquences catastrophiques.

— M. **M. Lelong** : La pleurésie purulente à staphylocoques chez le nourrisson de moins de 3 mois a des particularités cliniques qui l'individualisent.

— M. **H. Oberthur** . Dans la pleurésie à staphylocoques, le drainage à thorax fermé est une excellente méthode.

Diabète sucré d'origine émotive. — MM. **E. Lesné** et **M. Coffin** placent à l'origine d'un diabète sucré grave chez un enfant de 5 ans, un choc émotif. Une rechute aurait été elle-même précédée d'autres chocs émotifs.

— M. **J. Hallé** : C'est une observation de diabète passager dans laquelle des émotions auraient joué un rôle.

ROBERT CLÉMENT.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE FRANCE

16 Mai 1944.

Cette séance a été consacrée à la présentation de malades.

Une fracture mandibulaire. — MM. **Lacronique** et **Béal** se sont heurtés dans le traitement de cette fracture de la branche horizontale, au niveau de la dent de sagesse, à l'élévation du grand fragment du côté fracturé. Ils ont modifié la méthode des coins en utilisant un coin élastique, qui, allié à des tractions par fil métallique du côté opposé, a permis une réduction rapide et un blocage inter-maxillaire de courte durée.

Un cas de guérison d'un kyste du maxillaire inférieur. — M. **Lacronique** présente un malade opéré par lui un an auparavant d'un volumineux kyste corono-dentaire de la mandibule ayant envahi la branche horizontale, la branche montante et le coroné. Intervention sous anesthésie régionale, par les voies naturelles. L'auteur fait ressortir combien sont avantageuses ces interventions à la demande des lésions tant du point de vue fonctionnel qu'esthétique.

Kyste séro-muqueux du seuil narinaire. — Mme **Chaput**, en exposant l'histoire de cette malade, rappelle combien est souvent difficile le diagnostic de ces kystes extra-osseux relativement rares.

Deux cas de gingivite hypertrophique du diphénil-hydantoïnate de soude. — M. **Parant.** On connaît la possibilité, chez les malades absorbant de façon régulière ce médicament, de l'apparition d'une gingivite hypertrophique répondant histologiquement à un processus inflammatoire hyperplasique chronique, avec formule sanguine sensiblement normale. L'auteur verse 2 nouveaux cas au dossier de cette complication du traitement de l'épilepsie.

Un cas de mesiodens. — MM. **Gornouec** et **Parant.** Cas classique de rétention d'une incisive centrale permanente par suite de la présence d'un odontoïde. L'extraction de la dent supplémentaire permet l'éruption de la dent permanente.

Lithiase sous-maxillaire. — M. **Béal.** Il s'agit d'un cas de lithiase intra-glandulaire ayant occasionné d'emblée des accidents inflammatoires de la glande, sans retentissement au niveau du canal de Warthon. Le traitement proposé est l'extirpation de la glande.

25 Juin.

A propos de la communication de MM. Raison et Bara sur la pathogénie des lésions du périodonte. — MM. **J. Lehmans** et **R. Vinzent** résumant la communication de MM. Raison et Bara relative à l'application à des problèmes stomatologiques des découvertes physiopathologiques de Reilly et de son école sur la pathogénie des fièvres typhoïdes, rappellent l'hypothèse de travail de MM. Raison et Bara : « Un germe pénétrant par effraction au niveau de la muqueuse buccale gagnant un ganglion s'y lyserait et mettrait ainsi en liberté une endotoxine à grande affinité pour le système nerveux autonome facial. L'imprégnation de ce système par l'endotoxine expliquerait le déclenchement de la lésion au niveau du périodonte sensibilisé. »

Les auteurs, dans leur travail, montrent que c'est moins à la pathogénie de la dothiénentérie qu'à l'étude des phénomènes d'hypersensibilité qui en a découlé qu'il faut songer.

Ils résument l'essentiel des découvertes de Reilly et de ses collaborateurs, puis, critiquant l'interprétation de Raison et Bara avancent que « si l'on tient compte de la notion d'hypersensibilité, on peut avec plus de raison avancer l'hypothèse suivante : la sensibilisation du système neuro-végétatif par un foyer dentaire, péridentaire ou extra-dentaire serait susceptible, à l'occasion d'une irritation nouvelle au niveau du périodonte, de déclencher des réactions hyperergiques périphériques se manifestant sur ce dernier ».

Ils montrent que la paradentose et la parulie offrent deux exemples d'affections du périodonte où la pathogénie des phénomènes d'hypersensibilité mise en relief par l'école de Reilly paraît immédiatement applicable. Ils sont plus réservés pour la stomatite neurotonique.

Les auteurs concluent que c'est toute la question du terrain qu'il faut reconsidérer.

Kyste suppuré du canal palatin antérieur. — M. **E. Roy.** Observation complète, avec radiographie et examen histo-pathologique de cette variété de kyste, rarement observé.

A propos de 2 kystes de la papille palatine. — MM. **Dechaume, Corbeil** et **Dubois.** Communication à rapprocher de la précédente du point de vue du diagnostic différentiel de ces kystes de la région palatine antérieure.

M. HÉNAULT.

SOCIÉTÉS DE PROVINCE

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LILLE

11 Août 1944.

Les fractures sous-trochantériennes du fémur et l'opération de Magnant. — MM. **Delannoy, Verhaeghe** et **Lagache** rapportent deux excellents résultats et préconisent l'enchevillement par greffe péronière toutes les fois que l'extension à la broche donne un résultat insuffisant.

Les projectiles du sinus maxillaire. — MM. **Piquet** et **Barlet** montrent l'insuffisance du drainage externe et la nécessité, après fermeture de la plaie des parties molles, du drainage endo-nasal systématique.

Sur un cas d'anévrisme cirsoïde du pied chez l'enfant. — MM. **Ingelrans, Wattel** et **Groult** commentent cette observation et insistent sur l'allongement hypertrophique du membre inférieur dont ils discutent la pathogénie.

Parotidite. Infiltration stellaire. Guérison. — MM. **Swynghedauw** et **Lainé** discutent le mode d'action de cette thérapeutique.

Gangliectomie cervicale supérieure pour zona ulcéro-nécrotique. — MM. **Decoulx, Huriez** et **Leborgne** ont obtenu la cicatrisation rapide d'une ulcération évoluant depuis 3 mois, mais l'intervention n'a pas empêché l'apparition ultérieure d'une kératite neuroparalytique grave.

Métastase hépatique volumineuse d'un épithélioma primitif de la parotide. — MM. **Driessens, L. Lemaitre** et **G. Lemaitre** insistent sur la rareté de cette évolution. Le cancer primitif était comme une noisette et la métastase hépatique unique, volumineuse et massive.

P. DECOULX.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU NORD

26 Mai 1944.

Un cas de lobe externe supérieur du poumon, coïncidant avec la persistance de certaines dispositions embryonnaires. — MM. **J. Schaepelynck, J.-A. Fiévez** et **R. Prévost** présentent un cas d'isolement, sous forme de lobe surnuméraire, de la zone externe du lobe supérieur du poumon, telle qu'elle a été décrite par MM. Minet, Cordier, Warembourg, Schaepelynck, Graux et Fiévez.

Cette anomalie pulmonaire s'accompagnait d'une persistance de la veine cave supérieure gauche.

La traduction radiologique des barrières interzonaires des poumons. — MM. **J. Minet, H. Warembourg** et **P. Graux.** L'existence d'une lésion pathologique à limite nette, ne répondant pas à la grande ou à la petite scissure, permet de soutenir que cette limite répond à une barrière interzonaire, formée par une cloison interzonaire ou une scissure surnuméraire. Il est exceptionnel d'observer, sur un cliché de profil, une barrière interzonaire se traduisant par une mince ligne capillaire.

Tumeur médiastinale d'interprétation difficile. — MM. **Doumer** et **Lorriaux.** Chez un mineur de 50 ans qui se plaint uniquement de dysphonie, découverte d'une masse médiastinale importante. En position frontale et en léger O. A. G. la tumeur présente un aspect nettement polylobé. En O. A. G. franc se dessine une poche nette avec calcifications liminales. Cet aspect et la notion d'un Kahn dans le sang font porter le diagnostic d'anévrysme de l'aorte. Pour expliquer la multiplicité des contours, il faut admettre l'existence de plusieurs ectasies : Exemple d'ectasies multiples de l'aorte pouvant simuler des adénopathies trachéobronchiques.

Perforation de la cloison nasale d'origine professionnelle. — M. **Marchant**, au cours d'enquêtes industrielles, a relevé des perforations nasales chez 20 pour 100 des ouvriers du bichromate de soude, chez 10 pour 100 et 38 pour 100 des ouvriers de 2 usines, à technique différente, de nitrate de chaux, chez 32 pour 100 des sujets travaillant à l'arséniate de chaux.

Ostéoporose post-traumatique du poignet guéri par la section du nerf vertébral. — MM. **E. Delannoy, J. Vandecasteele** et **M. Verhaeghe.** Observation d'un cas typique et grave d'ostéoporose radiocarpienne après fracture ouverte du radius. Après section du nerf vertébral, guérison clinique complète (disparition des troubles vasomoteurs, reprise totale des fonctions de la main) et recalcification importante.

Pour les auteurs, la section du nerf vertébral constitue l'opération idéale de ramisection pour le membre supérieur.

Etude de la circulation de retour dans un cas d'anévrysmes artérioveineux congénitaux. — MM. **Merlen** et **J. Vandecasteele** explorent la circulation

le retour et dressent l'instantané circulatoire dans un emarquable cas d'anévrysmes artérioveineux multiples ongénitaux du membre supérieur gauche.

Atélectasie lobaire par tuberculose bronchique rimitive. — MM. **Ch. Gernez-Rieux, Garcenot** et **Tison.** Syndrome de condensation rétractile du lobe upérieur droit longtemps précédé de douleurs atypiques, s'installant sans signes généraux. Régression ente, accélérée après bronchoscopie qui a permis d'observer et de traiter une ulcération bronchique tuberuleuse située près de l'orifice de la bronche L.S. dont 'œdème a sténosé l'orifice.

Lymphogranulomatose maligne à forme de tuneurs cervico-mammaires. — MM. **J. Driessens, L. emaître, Herbaut** et **G. Lemaître.** Femme de 46 ans résentant une double tumeur cervico-mammaire de aractères néoplasiques qui en imposait au premier abord our un cancer mammaire avec adénopathies cervicales t sus-claviculaires et fut reconnue cliniquement comme tant en réalité une forme topographique particulièement rare de lymphogranulomatose maligne.

Névrite isolée du circonflexe, avec réaction de égénérescence. Complication d'un typhus exanhématique. — MM. **H. Warembourg, Fontan, P. Ionorez** et **A. Soulier.**

Sur une forme atypique de tuberculose amygdaicnne. — MM. **Warembourg, Fontan** et **Graux.**

A propos de 80 biopsies de l'endomètre. — MM. **édrine** et **Gineste.**

23 Juin.

Maladie de Paget. — MM. **Ed. Doumer** et **J. Meren** présentent les radiographies d'un homme âgé de 5 ans atteint d'une maladie de Paget un peu spéciale ar les déformations n'intéressaient que les tibias et le achis, et l'affection avait été douloureuse durant toute évolution. Les douleurs et l'hydarthrose des genoux urent très améliorées par l'hormone parathyroïdienne t la vitamine D à forte dose.

Les lobes axillaires. — MM. **Warembourg, chaepelynck, Graux** et **Prévost,** à propos d'un pouion à 5 lobes, montrent qu'on peut décrire maintenant lobes axillaires : supérieur, moyen (2 types), inféieur (détaché du lobe moyen postérieur de Dévé).

La radiologie du lobe moyen du poumon droit. – MM. **J. Minet, Warembourg, Bonte** et **Graux.** La ronche lobaire moyenne se divise en 3 branches perettant de distinguer 2 parties dans le lobe moyen. es lobites moyennes partielles représentent souvent atteinte partielle ou totale d'une de ces portions parenhymateuses et la portion inférieure, qui s'appuie sur grande scissure, est le plus fréquemment touchée.

Images « scissurales anormales chez les cardiaques ». — MM. **Ed. Doumer, J. Merlen** et **Lorriaux.** mages scissurales en citron chez des cardiaques. Dans cas, ombre suspendue parfaitement arrondie, pseudoystique ayant la netteté et la densité d'une masse umorale.

Les infections associées dans les cavernes tuerculeuses. — MM. **Ch. Gernez, Morseau, Tison** t Mlle **Ponthieu.** Sur 38 cas, 30 cavernes tuberculeuses e renferment que du bacille de Koch, dans 7 cas, ssociation monomicrobienne et dans 1 cas association olymicrobienne. Dans ces 8 derniers cas, il s'agissait e sujets très atteints qui décédèrent peu après l'expéimentation. Les associations microbiennes dans les avernes ne sont pas fonction de la plus ou moins rande perméabilité des systèmes de drainage des caernes, mais bien de l'état de résistance du sujet.

Iridochroïdite suppurée unilatérale consécutive un panaris. — MM. **J. Coupain** et **C. Ponche.** ésions oculaires apparues 3 semaines après le début le la lésion digitale. Exentération imposée et pratiquée 8 jours après l'incision du panaris. Examens bactéiologiques établissant la relation de cause à effet entre es affections chirurgicale et oculaire. Microbe en cause : e staphylocoque doré. Désorganisation complète des nembranes oculaires, infiltration du corps vitré, lésions l'endovascularite.

Epidémic familiale de botulisme. — MM. **Legrand, Chalon** et **J. Desruelles** rapportent 3 observations de otulisme mineur survenu à la suite d'ingestion de ambon. Le diagnostic hésitant à la suite du premier as devient aisé lors de l'apparition des deux autres cas t de la connaissance des facteurs étiologiques.

A propos des échecs de la sulfamidothérapie des onococcies. — MM. **Cl. Huriez, G. Patoir** et **J. eborgne.**

Trois nouveaux cas de luxation ouverte du coule-pied, guéris simplement après réduction, sulamidothérapie intra-articulaire et fermeture par remière intention. — MM. **Vandecasteele** et **Verhaeghe.**

Cylindrome de la parotide avec métastases révélatrices multiples évoluant depuis 25 ans. — MM. **Driessens, Nuytten, J. Herbaut** et **Guy Lemaître.**

Syndrome d'hémiplégie alterné avec anesthésie otale (syndrome lemniscal) par métastase d'un pithélioma pulmonaire. — MM. **Nayrac, Warembourg, Linquette** et **Théry.**

Traitement des intoxications barbituriques par des injections intramusculaires et intraveineuses répétées de doses élevées de cardiazol. — MM. **A. Verhaeghe** et **A. Lorriaux.**

28 Juillet.

Effets diurétiques du diginalide C. — MM. **Doumer, Merlen** et **Lorriaux** ont obtenu une diurèse là où avaient échoué ouabaïne, théobromine et divers diurétiques. La diurèse, importante, se répète après chaque série d'injections, surtout dans l'insuffisance ventriculaire gauche avec œdèmes. Les indications de la drogue sont envisagées.

A propos de 2 cas d'érythème noueux survenus au cours de sulfamidothérapie et suivis de tuberculose pulmonaire. — MM. **R. Legrand, A. Patoir, G. Patoir** et **J. Desruelles.** 1° Jeune femme de 24 ans à la suite d'une cure sulfamidée par le 2090 RP pour uréthrite gonococcique présente un érythème noueux typique compliqué à brève échéance de réaction ganglio-parenchymateuse.

2° Homme de 61 ans, après avoir reçu de la Thiazomide pour une température inexpliquée présente un érythème noueux suivi de la formation d'une caverne tuberculeuse avec bacilloscopie positive.

Après avoir discuté la pathogénie de ces accidents les auteurs insistent sur la nécessité d'un examen systématique complet et d'une surveillance étroite du sujet lors de de l'apparition d'un érythème noueux survenu au cours ou à l'occasion de la sulfamidothérapie.

Forme atypique d'une intoxication par le dial chez une jeune fille de 14 ans. — MM. **Balezeaux, J. Herbeau, Niquet** et **Julien Pierret.** Démarche ébrieuse avec cécité brutale, puis coma barbiturique avec signes méningés et hyperréflexie tendineuse. Strychnothérapie intramusculaire et veineuse (31 mg. au total) suivie de guérison.

Pneumothorax traumatique. — MM. **L.** et **G. Lemaitre.**

Maladie de Paget, gigantisme et hypertension cranienne mortelle chez un sujet de 31 ans. — MM. **Cl. Huriez, Liard** et **Dassonville.**

Eruption de leucémides respectant l'aire de projection cutanée d'une splénomégalie myéloïde précédemment traitée par radiothérapie. — MM. **Ed. Doumer, A. Verhaeghe, Cornillot** et **Lorriaux.**

Réticulopathie à forme tumorale et à structure monocytaire de la joue. — MM. **J. Driessens, L. Lemaitre** et **G. Lemaitre.**

Succession de poussées extensives et régressives hyperthermiques au cours d'un cancer du poumon. — MM. **R. Legrand, Driessens, Warembourg, J. Swynghedauw, J. Herbaut** et **Mazy.**

Syndrome malin diphtérique et tuberculose pulmonaire aiguë. — MM. **Warembourg, Linquette** et **Desruelles.**

R. Pierret.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE MARSEILLE

8 Mai 1944.

A propos d'un échec d'iléo-colo-rectoplastie. — M. **J. Dor** présente l'observation d'une femme de 52 ans opérée une première fois au cours d'une occlusion intestinale pour un néoplasme du côlon sigmoïdien. L'intervention consiste en une résection hors du ventre avec anus en canon de fusil. Mais l'échec est partiel et il persiste une fistule stercorale. Cela paraît dû à une infiltration suspecte du méso et de la paroi intestinale. Aussi bien devant la persistance de la fistule et après une radiographie qui montre une image lacunaire, au contact de la fistule, on se décide pour une vaste résection pariéto-colique ; celle-ci est réalisée à la fin du 4e mois et elle est terminée par un Hartmann.

En 1943, l'auteur refuse une première fois la cure de l'anus artificiel. Mais en 1944, la période cruciale de 2 ans ayant été dépassée, la malade exige d'être débarrassée de son infirmité.

Le premier temps de l'iléo-colo-rectoplastie, seule intervention à envisager, a lieu le 25 Février 1944. Elle est admirablement supportée. Cependant, au bout d'un mois le liquide injecté dans le bout supérieur de l'anse grêle abouché à la peau ne passe pas dans le rectum. Un lavement opaque révèle que la jonction iléo-rectale est complètement sténosée.

Une intervention complémentaire conduit facilement vers le rétrécissement qui est incisé longitudinalement et suturé transversalement. Les suites immédiates sont favorables. Vers le 16e jour apparaissent des signes indiscutables d'infarctus intestinal. La famille n'accepte pas l'intervention et la malade meurt le 16e jour. L'autopsie n'a pas été possible.

Iléus alimentaire. — MM. **Artaud** et **Gaujoux.**

Pyo-pneumothorax enkysté et fistulisé après thoracotomie. Traitement par thoracoplasties étagées. — M. **Bourde.**

Rupture diaphragmatique avec éclatement rétropéritonéal de l'estomac. Présentation de pièce. — MM. **Lena** et **Chauvin.**

15 Mai.

Prolapsus utérins. Résultats du traitement chirurgical. — MM. **Moiroud, Vayssière, Cottalorda, Grosson** et **Figarella.**

22 Mai.

Le service chirurgical protégé de l'Hôpital maritime de Cherbourg. — M. **Renon** (Cherbourg).

Résultat d'une infiltration syncaïnique du nerf obturateur. — M. **Artaud.**

Péritonite à pneumocoques. — MM. **Salmon** et **Reboud.** Une fillette de 5 ans est atteinte brutalement d'une péritonite aiguë. Une première intervention faite par le service de garde permet d'enlever un appendice à peu près sain, mais ne montre pas la cause de la péritonite. Quarante-huit heures après, état désespéré.

Réintervention sous perfusion au syncortyl et à l'adrénaline Laparotomie médiane. On découvre une péritonite à pneumocoques en voie de généralisation. Drainage. Continuation de la perfusion. Soludagénan dans la perfusion et par voie intramusculaire.

Huit jours après, éviscération. Réintervention.

Actuellement état satisfaisant. La suite de l'observation sera donnée ultérieurement.

L'auteur insiste sur les difficultés de diagnostic de la péritonite à pneumocoques à ventre fermé et sur l'examen bactériologique extemporané du pus à ventre ouvert.

La laparotomie exploratrice, faite avec prudence, ne paraît pas devoir aggraver le pronostic. La perfusion au syncortyl et à l'adrénaline donne des résultats excellents.

A propos des tuberculoses para-articulaires de la hanche. — MM. **Imbert** et **Henry.** Discussion thérapeutique à propos d'une tuberculose de la branche ischio-pubienne. Les auteurs cherchent le moyen le plus économique mais aussi le plus sûr pour mettre l'articulation voisine à l'abri.

Syphilome de la coulée des vaisseaux fémoraux avec oblitération artérielle. — MM. **Bourde** et **Fiat.** L'intervention met en évidence une artère fémorale oblitérée et scléreuse avec inflammation périvasculaire intense débordant en avant sur le couturier atteint de myosite nécrotique. Ablation en bloc de l'artère et de la veine malades. Examen histologique : périvascularite syphilitique. Le malade est revenu au bout de 5 mois avec un excellent résultat fonctionnel. Les auteurs étudient le point de départ des lésions et concluent au diagnostic d'artérite primitive.

12 Juin.

A propos du traitement des shockés au cours des bombardements. — M. **de Vernejoul.**

Remarques sur le choc traumatique consécutif aux lésions par bombardements aériens. — M. **Bourde.** Considérations sur la pathogénie et le traitement des shockés du bombardement du 27 Mai.

19 Juin.

Métastase iléale d'un épithélioma de l'utérus. Perforation en péritoine cloisonné. Occlusion. — M. **Bourret.** M. **J. Dor,** rapporteur. Observation d'une femme de 67 ans, opérée 4 mois auparavant d'un épithélioma du corps utérin et atteinte d'un syndrome d'occlusion intestinale aiguë, vue malheureusement au 8e jour. On l'opère avec le diagnostic d'occlusion par brides. A l'intervention, on découvre dans un magma d'anses pelviennes du pus et une perforation au niveau d'une petite tumeur du grêle. Tumeur que l'examen anatomo-pathologique devait identifier à celle de l'utérus préalablement enlevé. Résection de la tumeur et du magma voisin : iléo-transversotomie, drainage. Mort 12 heures après.

Le rapporteur insiste sur la rareté des épithéliomas secondaires de l'intestin grêle et rappelle les quelques cas de perforations néoplasiques publiés. Il souligne les difficultés du diagnostic exact et regrette que l'auteur n'ait pas fait d'iléostomie. Il attire l'attention sur le mécanisme de cette métastase.

Infarctus tubaire par injection d'eau savonneuse Pelvi-péritonite. Suites opératoires complexes. — MM. **Dor** et **Bourret.** Observation d'une femme qui entre à l'hôpital avec une pelvi-péritonite aiguë à tendance extensive et état général grave. Le diagnostic d'appendicite toxique est redressé au cours de l'intervention par voie iliaque. Une laparotomie médiane révèle un infarctus typique des annexes droites, sans torsion. La trompe est perforée et du sang horriblement fétide est contenu dans la cavité péritonéale. Les lésions étant strictement localisées, on fait une castration unilatérale et on met un Mikulicz. Suites très graves caractérisées par un tableau d'hépato-néphrite aiguë et de dilatation aiguë de l'estomac. Perfusion glucosée et adrénalinée, aspiration de Wangensteen rétablissent la situation. La malade avoue au bout de quelques jours seulement une injection intra-utérine « très poussée » d'eau savonneuse. « Adepte » pour 3 grossesses antérieures de ce procédé, c'est la première fois qu'il lui donne des ennuis.

A propos de l'opération de Robert Jones dans le pied « talus cavus » invétéré. Présentation de clichés radiographiques. — M. **Salmon** décrit une variante de la technique de Robert Jones dont il effectue les deux temps dans la même séance. Il montre que les déformations principales se trouvent sur le calcanéum. A l'encontre des classiques, c'est donc lui que l'on doit modeler à la demande. Le tendon d'Achille doit être raccourci de façon à bien coapter les surfaces cruentées. Suivent quelques détails qu'il est impossible de résumer. Les résultats tant clinique que radiographiques sont excellents. A l'appui de cette affirmation sont apportés les clichés de 5 opérés pris avant et après l'intervention. La marche s'effectue sans douleur et avec aisance. Le pied est solidement ankylosé en bonne position.

A propos d'un cas d'ostéite de Recklinghausen. — M. **Salmon.** Une enfant de 13 ans présente un syndrome douloureux de la hanche droite. Sur la foi de l'examen clinique et radiologique, on pense d'abord

possibilité d'une arthrite. Extension, puis plâtre. De nouveaux clichés radiographiques pris sous d'autres incidences révèlent une exostose du grand trochanter qui est enlevée. A l'examen anatomo-pathologique (Prof. Toursines) : ostéite de Recklinghausen. L'auteur discute le diagnostic, montre la rareté d'une telle localisation et insiste sur la nécessité de radiographier le fémur sous diverses incidences.

Fracture comminutive de l'extrémité inférieure du fémur. Résultat après 5 ans. Présentation de clichés. — **M. Salmon.** Présentation de clichés radiographiques concernant une fracture extrêmement grave du genou. L'application d'un appareil de Hennequin plâtré a fourni un résultat excellent. Après 5 ans les séquelles sont pratiquement nulles.

L'auteur estime que cet appareil est peut-être un peu trop délaissé à l'heure actuelle pour des méthodes (réduction sanglante, traction sur broches) qui n'ont pas encore fait toutes leurs preuves.

Ostéosarcome de l'humérus. Présentation de radiographies. — **M. Salmon.** Ostéosarcome de l'extrémité supérieure de l'humérus chez une jeune fille de 17 ans évoluant rapidement avec destruction massive de l'os et fracture pathologique. Déformation en gigot typique. Douleur très vive. La radiothérapie intensive a donné un résultat pour le moment satisfaisant : disparition des douleurs, régression de la tumeur, reconstitution de l'os.

L'auteur discute l'opportunité de la résection limitée suivant la technique de Tavernier.

Bifurcation du fémur pour luxation congénitale. Présentation de clichés. — **M. Salmon** revient sur la nécessité de placer le membre en abduction forcée et sur les avantages de la technique de Mommsen, après repérage radiographique soigneux. Il conseille de faire lever les malades assez tôt de façon à ce qu'un véritable modelage s'effectue au niveau du foyer d'ostéotomie et que le point d'appui soit meilleur.

JEAN LAMY.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET BIOLOGIQUES DE MONTPELLIER ET DU LANGUEDOC MÉDITERRANÉEN

Juin 1944.

Les formes atypiques de la broncho-pneumonie tuberculeuse : la broncho-pneumonie froide. — **M. J. Vidal,** en rapportant plusieurs observations de broncho-pneumonie tuberculeuse apyrétique, propose une classification de ces formes atypiques et pense qu'il faut réserver la dénomination de broncho-pneumonie tuberculeuse froide aux formes à la fois apyrétiques et anormalement prolongées. La fixité du syndrome radiologique pendant des années, la rareté des bacilles dans l'expectoration constituent quelques-uns des caractères particuliers de cette variété de tuberculose dont l'avenir demeure incertain.

Le syndrome angineux des anémiques. — MM. **G. Giraud, J.-M. Bert, T. Desmonts** et **P. Cazal** apportent 2 observations de biermériens hospitalisés avec le diagnostic — subjectivement légitime — d'angor pectoris, mais chez lesquels les thérapeutiques adaptées à ce diagnostic se montraient inopérantes. Les examens myélographique et hémographique ayant permis de poser le diagnostic de maladie de Biermer, l'hépatithérapie a rapidement guéri l'anémie et supprimé les symptômes sténo-cardiques. Une troisième observation est plus complexe : syndrome angineux chez un anémique atteint de réticulo-sarcome de la rate.

Hépatite graisseuse subaiguë avec ictère par intoxication éthylique massive. Evolution régressive suivie par ponction-biopsie. — MM. **G. Giraud, J.-M. Bert** et **Paul Cazal** ont constaté l'apparition d'un ictère franc avec gros foie et index rose bengale très élevé, sans néphrite, chez un sujet de 29 ans qui absorbait chaque jour, depuis 4 ans, l'équivalent de 500 à 1.000 cm^3 d'alcool pur. Une première ponction-biopsie montre une dégénérescence graisseuse totale du parenchyme hépatique. Après un simple sevrage d'alcool, avec repos et traitement polyvitaminé, l'ictère disparaît. L'hépatomégalie diminue. Au bout d'un mois, la rétention du rose bengale a considérablement baissé et une nouvelle ponction-biopsie du foie montre une régression considérable des lésions.

Au sujet de l'escarre d'inoculation de la fièvre boutonneuse. — MM. **M. Janbon** et **J. Chaptal** ont trouvé cette escarre, sur un total de 26 observations personnelles de fièvre boutonneuse, dans 42,7 pour 100 des cas. Dans l'un d'eux elle était conjonctivo-palpébrale, dans deux autres elle se stigmatisait par sa netteté et l'importance de la réaction lymphangitique d'accompagnement. Cutanée dans la règle et siégeant aux membres inférieurs, elle passe par les étapes suivantes : tache rouge vif, phlyctène, flétrissement et dessiccation de la pellicule épidermique, escarre noire.

Evacuation par les voies aériennes d'un abcès froid extra-pleural, complication tardive d'une thoracoplastie. — MM. **G. Giraud, A. Balmès** et **L. Bertrand.**

Volumineuse collection pleurale enkystée traitée par aspiration continue. — MM. **G. Giraud, A. Balmès** et **L. Bertrand.**

Une observation de kystes broncho-pulmonaires avec hémoptysies. — MM. **G. Giraud, A. Balmès** et **L. Bertrand.**

Tuberculose métastatique avec anomalie du cycle. Foyers métastatiques synoviaux fongueux au cours de l'évolution d'une tuberculose pulmonaire ulcéro-caséeuse à début pleurétique et terminée par méningite. — MM. **G. Giraud, A. Balmès** et **L. Bertrand.**

Amibiase et maladie de Nicolas-Favre chez une malade considérée comme atteinte de tuberculose pulmonaire. — **M. J. Vidal, Mlle J. Icard** et **M. G. Frey.**

Granulie froide et adénite tuberculeuse. — MM. **J. Vidal, Fourcade** et **Frey.**

Trois cas d'érythème noueux au cours de la sulfamidothérapie chez le vieillard. — MM. **P. Boulet, J. Chardonneau, J. Rodier** et **A. Biscaye.**

Un nouveau cas de mastoïdite masquée par une otite traitée par sulfamidothérapie. — MM. **G. Blaquière** et **G. Michel.**

Méningite otogène à streptocoque. Guérison. — MM. **J. Terracol** et **L. Fabre.**

Un nouveau cas de syndrome de Looser-Milkman survenant chez une religieuse. — MM. **P. Bétoulières** et **R. Daudé.**

Epilepsie et delirium tremens. — MM. **J. Rodier** et **P. Cazal.**

La syncaïne intraveineuse dans le traitement du delirium tremens. — **M. P. Cazal.**

Complications pleurales exceptionnelles de la coqueluche chez un nourrisson de 8 mois. Pleurésies enkystées axillaires. Pneumothorax partiels avec poche gazeuse extra-thoracique. — MM. **M. Janbon, J. Chaptal, P. Bétoulières** et **G. Vallat.**

Œdème aigu du poumon au cours d'une polynévrite diphtérique tardive. — MM. **M. Janbon, J. Chaptal** et **A. Biscaye.**

Œdème aigu du poumon et encéphalites de l'enfance. — **M. J. Chaptal.**

A. PUECH.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE TOULOUSE

28 Janvier 1944.

Action de la colchicine sur les néoplasies. — **M. J. Calvet** se basant sur les récentes publications de Sentein, de Delcourt, de Lenègre et de ses collaborateurs, souligne tout d'abord la toxicité très grande du produit qui l'a conduit à ne l'employer qu'*in situ*.

Il présente l'observation de deux malades dont l'un, au moins, a présenté une amélioration considérable.

L'auteur insiste sur le sens restreint qu'il donne à sa communication, estimant que pour le premier cas il n'a pas encore le recul suffisant pour juger et que de nombreuses expériences doivent être faites pour pouvoir confirmer l'impression qu'il a de l'action destructrice de la colchicine sur les cellules normales.

Notant les nombreux espoirs soulevés dans ce domaine, il estime qu'il faut envisager les résultats avec une extrême prudence, étant donné les déceptions enregistrées bien souvent par la suite : il n'en reste pas moins vrai que les poisons caryokinétiques méritent qu'on s'arrête à leur étude.

A propos d'une tumeur solide de l'ovaire compliquée chez une adolescente. — MM. **J. Estrade** et **Enjalbert.** Il s'agissait d'une volumineuse tumeur solide de l'ovaire droit non tordue, mais infarcie, de couleur violacée, très dure, dont le pédicule fragile se rompit pendant les manœuvres d'extériorisation.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'une tumeur fibromateuse sans caractère de malignité, mais dans laquelle des lésions vasculaires de dégénérescence hyaline des parois artériolaires, avec thromboses, d'aspect très particulier, expliquaient suffisamment les hémorragies intra-tumorales.

Traitement des ulcères digestifs. — **M. P. Fabre** accorde peu d'efficacité au régime et discute la valeur des médications dites spécifiques. Après des échecs d'autres médications, il retient l'emploi de la soluprotine et de l'histidine dont il cherche à établir la valeur en fonction du siège de l'ulcus et de l'âge des lésions.

Il étudie ensuite les indications opératoires et affirme les bons résultats immédiats et tardifs de la gastrectomie qui ne doit comporter qu'à titre tout à fait exceptionnel la résection pour exclusion.

Absence congénitale du membre supérieur gauche. — MM. **J. Boularan, M. Cahuzac** et **P. Gouzy** rapportent l'observation d'une fillette de 4 ans présentant une absence congénitale totale du membre supérieur gauche. Cliniquement : grosse atrophie de l'hémiceinture scapulaire gauche portant sur les muscles et les os. Présence de deux cicatrices : l'une sur la clavicule, l'autre sur la cavité glénoïde. A la radiographie : absence totale de tout reliquat de l'humérus, grosses modifications de l'omoplate plus petit que son congénère et déformé. Les auteurs insistent sur la rareté de cette forme d'ectromélie.

Résection pour ankylose du coude (Présentation de malade). — **M. P. Fabre.**

25 Février.

Diverticule de l'œsophage et méga-pharynx. Diverticulopexie complétée par œsophagotomie extra-muqueuse. — MM. **M. Escat** et **R. Laval** rapportent l'observation d'un homme de 50 ans atteint de diverticule pharyngo-œsophagien associé à une énorme dilatation du pharynx. Ils ont associé à la diverticulopexie l'œsophagotomie extra-muqueuse de la bouche œsophagienne. Les clichés radiologiques pris un mois après l'intervention montrent une régression à peu près complète du mégapharynx.

Les auteurs insistent sur l'intérêt de l'œsophagotomie extra-muqueuse qui, appliquée dans le but de pallier aux récidives et comme complément de la cure chirurgicale des diverticules, mériterait d'être systématiquement pratiquée.

Résection pour ankylose du coude (Présentation du malade). — **M. P. Fabre.**

Luxation externe du coude (Présentation de radiographie). — **M. Grimoud.**

31 Mars.

Détails de technique de la gastrectomie. — **M. P. Fabre** insiste d'abord sur la qualité de la rachianesthésie à la percaïne type Sebrechts, puis décrit quelques points de détail empruntés aux techniques de J. Charrier, de Lefebvre (Bordeaux) et d'Appelman (Louvain).

Fracture en timbre-poste du bassin et rupture extra-péritonéale de la vessie. — MM. **J. Estrade** et **R. Ollé.** Femme de 52 ans ayant fait une chute de 7 *m.* de haut. Rupture extra-péritonéale de la vessie. Fracture bilatérale de l'arc antérieur ; fracture en timbre-poste du sacrum à gauche. Suture de la vessie, mise en place d'une sonde de Pezzer. Très nombreuses complications post-opératoires :

Une phlébite pelvienne, une phlébite double. Métrorragies dues à un très volumineux fibrome utérin, phlegmon diffus de la paroi de la F. I. D., cystite. Guérison en 70 jours avec une très satisfaisante récupération fonctionnelle.

Hermaphrodisme alterné. — MM. **J. Fabre** et **M. Cahuzac** présentent l'observation d'un jeune sujet de 11 ans, atteint d'un hypospadias et d'ectopie testiculaire droite. Au cours de la première séance opératoire on procède à l'allongement de la verge et on tente une orchidopexie trans-scrotale. Mais à leur surprise les auteurs se trouvent en présence d'un petit ovaire et d'une trompe perméable au cathétérisme. L'exploration de la bourse gauche montre un beau testicule mais sans épididyme, le canal déférent s'arrête à 2 *cm.* au-dessus du testicule. La laparotomie exploratrice aussitôt pratiquée permet de voir que la trompe droite se dirige derrière la face postérieure de la vessie ; pas d'utérus, pas de vagin, petite prostate vers laquelle se dirige le déférent gauche.

Une biopsie est pratiquée de chaque côté : à droite, ovaire de type embryonnaire ; à gauche, testicule à tubes séminifères atrophiques, mais avec beau tissu interstitiel.

Donc sujet à testicule gauche n'ayant qu'une valeur endocrine, à ovaire droit sans aucune activité, mais à bilan sexuel nettement masculin.

La transformation définitive en garçon de ce sujet sera pratiquée ultérieurement par ablation de la trompe et de l'ovaire droit et cure de l'hypospadias.

Un cas d'atrésie congénitale du tube digestif (présentation de pièce). — MM. **J. Boularan, M. Cahuzac, P. Gouzy** et **J. Secail.**

Accident de la dent de sagesse chez un enfant. — MM. **R. Lo** et **J. Secail.**

Luxation isolée du 2e métacarpien sur le carpe. — MM. **F. Bertrand** et **J. Poulhes.**

P. GOUZY.

SOCIÉTÉ D'OTO-NEURO-OPHTALMOLOGIE DE TOULOUSE

21 Février 1944.

Syndrome malin tardif de la diphtérie guéri par le poumon d'acier ; séméiologie d'un nystagmus congénital. — MM. **Lasserre, Levrat, Alcovert** et **Comte.**

A propos de l'amblyopie ex-anopsia. — MM. **Pechdo** et **L. Gayral.**

L'anesthésie du laryngé externe dans la tuberculose laryngée. — **M. Viela.** Statistique personnelle portant sur 822 cas. Résultats. Considérations de technique.

Deux gliomes du chiasma. — MM. **Riser, Couadau, Planques** et **Lazorthes.**

Monoplégie, symptôme longtemps isolé dans un méningiome fronto-pariétal, opéré et guéri. — MM. **Riser, Ducuing, Géraud** et **Lazorthes.**

Vertige labyrinthique. Surdité. Bourdonnements. Neurotomie périphérique du nerf vestibulaire ; ablation du limaçon. — **M. Bourguet.**

27 Mars.

Méningo-encéphalite hérédo-syphilitique. — MM. **Lasserre, Levrat, Alcovert** et **Baux.**

Syndrome douloureux du scalène antérieur. — MM. **Jean de Brux** et **Lazorthes.**

Névralgie essentielle du dentaire inférieur et du lingual. Ablation dans la cavité de Meckel des cellules de la 3e branche du V. — **M. Bourguet.**

La formule acoumétrique dans les tumeurs du nerf acoustique. — MM. **Rigaud** et **Jean Bardier.**

Méningiome de 125 g. (Présentation de malade). — MM. **Riser, Lazorthes** et **Dardenne.**

Action de l'électro-choc sur le syndrome parkinsonien. — **M. Laboucarie.**

PETITES CLINIQUES DE "LA PRESSE MÉDICALE"

N° 667.

« Plus de peur que de mal »

par Louis Ramond.

Le *vendredi 1er Décembre* je suis appelé au chevet d'une jeune femme de 27 ans dont l'état donne à son entourage les plus grosses inquiétudes.

Avant de m'introduire auprès d'elle dans la maison de santé où elle est soignée, son chirurgien me met au courant de la situation.

Mme D..., déjà mère de deux enfants, a fait, il y a quinze jours, une fausse couche de deux mois environ. Quelques jours plus tard, en raison des signes d'infection grave qu'elle présentait, elle a été transportée à la clinique où je vais la voir. Un curettage utérin a été pratiqué. Malgré cela la fièvre a persisté et un phlegmon du ligament large droit s'est constitué; il s'est ouvert spontanément dans les voies génitales. Depuis lors la malade a des pertes vaginales purulentes et fétides très abondantes, une fièvre hectique et un très mauvais état général malgré la mise en œuvre d'un traitement anti-infectieux très énergique par des irrigations vaginales antiseptiques, des injections de propidon, l'ingestion de sulfamides. Aussi, depuis trois jours, s'est-on décidé à instituer chez elle une sérothérapie intensive par du sérum antistreptococcique de Vincent injecté quotidiennement à la dose de 100 *cm*³ par voie endoveineuse. Or, hier, jeudi, dans l'après-midi, cette jeune femme s'est plainte d'avoir de grandes difficultés pour ouvrir la bouche dont elle ne pouvait *écarter* les arcades dentaires que de 1/2 *cm*, tout au plus. Le chirurgien immédiatement alerté s'est rendu compte de la réalité de ce trismus. Il a constaté en outre l'existence d'un certain degré de raideur de la nuque. Étant donné les circonstances d'apparition de ces contractures chez une opérée pour des accidents infectieux *post-abortum*, il a pensé à la possibilité d'un tétanos, et il a aussitôt prescrit un traitement idoine par la séro-anatoxithérapie antitétanique. Dès hier soir on a injecté à Mme D... 60 *cm*³ de sérum antitétanique quelques minutes après lui avoir inoculé 1 *cm*³ d'anatoxine tétanique en un autre point du corps éloigné. Ce matin on a renouvelé l'injection de sérum antitétanique à la même dose de 60 *cm*³.

Assurément cette histoire clinique me paraît assez évocatrice du diagnostic de tétanos *incipiens*, car l'apparition d'un trismus chez un blessé ou un opéré doit toujours suggérer l'idée d'un tétanos. Cependant je ne puis m'empêcher de remarquer qu'il ne peut être question ici que d'un *tétanos splanchnique*, puisque son origine ne peut être que la plaie utérine. Or, contrairement à ce qui se passe dans les autres formes de tétanos, dans le tétanos splanchnique ce n'est pas par le trismus que commencent les contractures. Elles se manifestent d'abord sur les muscles du pharynx, de l'œsophage et de la glotte, entraînant des troubles de la déglutition, de la respiration et de la phonation (hydrophobie, dyspnée, cyanose,...) avant de provoquer du trismus et de la raideur de la nuque. Rien de tel ne s'est produit dans le cas présent.

D'ailleurs, si tant est qu'il s'agit de tétanos, il me semble que la longueur relative de l'incubation permet d'espérer que le pronostic en sera atténué dans une certaine mesure.

J'en suis là de mes réflexions quand je suis introduit auprès de la malade. C'est une jeune femme jolie, mais manifestement fatiguée par son infection grave. Elle m'accueille avec un aimable sourire. Ses traits ne sont donc pas figés par la contracture des petits muscles de son visage; son faciès n'est pas « cynique » et son rictus sympathique n'a rien du « rire sardonique ». Cependant, encore imbu de la possibilité d'un tétanos au début, je lui demande si, depuis hier, elle n'a pas éprouvé des raideurs douloureuses — des sortes de crampes — dans sa nuque, son tronc ou ses membres, contractures qui auraient traduit l'extension et la généralisation des contractures tétaniques et peut-être l'apparition d'exacerbations paroxystiques. Elle me répond par la négative avec une telle facilité d'élocution que j'ai l'impression qu'elle n'a aucune difficulté à ouvrir la bouche. En effet, priée aussitôt d'écarter au maximum ses arcades dentaires, elle les sépare de deux bons travers de doigt (3 *cm*. 1/2 à 4 *cm*.). Le chirurgien qui m'accompagne est étonné lui-même de ce changement opéré depuis la veille. Poursuivant mes investigations sur la présence possible d'autres contractures que celles des masséters, je recherche si la nuque est raide; je la trouve absolument souple. De même le tronc et les membres ne sont aucunement enraidis; ils se fléchissent et s'étendent avec la plus grande facilité.

Ainsi donc le trismus que Mme D... a présenté hier a été passager, éphémère. En cela il s'est montré bien différent du trismus tétanique qui, une fois apparu, ne cède plus et persiste pendant toute la durée de la maladie. On peut donc affirmer aujourd'hui qu'il ne traduit pas l'existence d'un tétanos.

C'est là, certes, une conclusion très rassurante. Mais elle n'est pas suffisante.

Si ce trismus n'est pas tétanique, quelle est donc sa cause?

1° La première idée qui me vient à l'esprit est celle d'un *accident sérique*. En effet, on voit parfois les injections de sérum hétérogène déterminer, entre autres complications, une arthrite temporo-maxillaire qui détermine un trismus, en général variable et passager. Quand la sérothérapie a été instituée chez un blessé, en particulier quand il s'est agi de sérothérapie antitétanique pratiquée précisément dans le but d'éviter le tétanos, on conçoit quelles angoisses fait naître l'apparition de cette contracture massétérine! Et je ne puis m'empêcher, séance tenante, d'évoquer en ma mémoire le cas ancien mais si démonstratif de la fille d'un professeur à la Faculté de Médecine, victime d'un accident d'automobile et qui pour cela avait reçu une injection préventive de sérum antitétanique. Elle fut, une dizaine de jours plus tard, atteinte d'un trismus qui provoqua la plus grande frayeur dans son entourage persuadé qu'elle était atteinte du tétanos tant redouté. Fort heureusement un de mes maîtres, jeune encore à l'époque (mais la valeur n'attend pas le nombre des années!), pensa à la maladie du sérum et en démontra la réalité en découvrant la malade et en mettant ainsi en évidence une éruption sérique confirmative que personne avant lui n'avait songé à rechercher.

Or, cette jeune opérée a, depuis trois jours, reçu quotidiennement 100 *cm*³ de sérum antistreptococcique dans les veines. Il serait donc parfaitement légitime d'incriminer la sérothérapie comme cause déterminante des accidents actuels. Il est vrai que le début de cette sérothérapie remonte à trois jours seulement, tandis que les accidents sériques ne se produisent généralement pas avant neuf à dix jours après l'inoculation de sérum, à moins que le sujet n'ait été sensibilisé par des injections antérieures de sérum (ce qui n'est pas le cas ici). D'autre part cette femme n'a pas aujourd'hui — et elle n'avait pas hier — de douleurs au niveau des articulations temporo-maxillaires, et elle ne présente aucun autre accident sérique: en particulier pas trace d'éruption et pas la moindre arthralgie. Vraiment! il ne peut être question de mettre son trismus d'hier sur le compte d'une *maladie du sérum*.

2° Cherchant alors ailleurs la cause de cette contracture massétérine, je remarque que j'ai affaire à une grande infectée qui, depuis quinze jours, à la suite d'une suppuration pelvienne profuse, présente une fièvre hectique entraînant un état saburral de la bouche l'exposant à l'infection buccopharyngée et à l'inflammation des glandes salivaires. N'aurait-elle pas une *parotidite aiguë* commençante, avec, comme conséquence, du trismus? Eh bien! non, car elle n'a pas la plus petite tuméfaction, le moindre empâtement, la plus légère rougeur, la plus infime douleur à la pression au niveau de ses parotides. Du reste, le trismus ne s'observe dans les parotidites que lorsque celles-ci sont très graves et suppurées et à une période avancée; il n'apparaît que comme une complication tardive et non pas comme signe avertisseur de l'inflammation parotidienne.

3° Bien entendu, en tant que médecin, je pense par principe, à un trismus secondaire à une *angine phlegmoneuse*. Mais ce diagnostic est inadmissible, non seulement à cause du caractère éphémère de la contracture des mâchoires, mais aussi et surtout parce qu'il n'y a jamais eu de douleur à la déglutition et parce qu'il n'existe aucune tuméfaction amygdalienne ou pharyngée.

4° Mais si Mme D... n'a pas souffert de la gorge elle m'apprend que depuis avant-hier — mercredi — elle a éprouvé de la douleur à l'angle de la mâchoire à gauche. Au palper de cette région je perçois en effet un petit ganglion tuméfié de la dimension d'un noyau de cerise dont la pression est encore légèrement, mais nettement, douloureuse. Quant à la cause de cette réaction ganglionnaire elle est facile à trouver. Elle est représentée par une gingivite *de la partie postérieure de la mâchoire inférieure* du même côté, là où la malade porte un bridge qui remplace la 2e prémolaire et la 1re molaire inférieures gauches. C'est cette inflammation gingivale, favorisée par l'état saburral de la bouche et la présence du bridge gênant localement la désinfection de cette partie de la muqueuse buccale, qui, par suite précisément de son siège à la partie postérieure du maxillaire inférieur, près des muscles masséters, est en définitive la cause de ce trismus qui a fait craindre de si redoutables conséquences.

En somme, ce trismus a fait beaucoup de bruit pour presque rien. Sa cause étant très accessible à la thérapeutique, le pronostic qu'il comportait était favorable. Il devait guérir facilement avec la disparition de sa cause. Il a, en effet, disparu. Mais il pourrait se reproduire, si on laissait persister la gingivite causale. En tout cas la complication actuelle n'aura pas d'influence sur le pronostic de l'infection générale dont cette malade est atteinte et qui est entièrement sous la dépendance de sa suppuration pelvienne.

Pour ce qui est du traitement de la gingivite qui a provoqué tant d'alarme par l'intermédiaire du trismus qu'elle a déterminé, je conseille: 1° des *lavages fréquents de la bouche* avec un verre d'eau dans lequel on ajoutera une cuiller à soupe *d'eau oxygénée* et une demi-cuiller à café de *bicarbonate de soude;* 2° *le brossage des dents* trois fois par jour avec un *savon dentifrice;* 3° après chaque brossage dentaire *l'attouchement des gencives irritées* avec un tampon d'ouate imbibé de *glycérine* et de *poudre de novarsénobenzol.*

NÉCROLOGIE

Bernard Cunéo

(1873-1944)

De même qu'un fils se refuse à envisager comme une éventualité possible d'être un jour privé du soutien moral et intellectuel de ses parents, de même je ne pouvais songer que l'homme dont j'avais été l'assistant pendant dix-huit ans, que j'avais servi avec tout mon dévouement, allait être aussi rapidement ravi à l'affection de sa famille, de ses élèves, de ses amis.

Sans doute, il avait bien, près d'un an auparavant entendu tinter la sonnette d'alarme, mais il avait si bien surmonté cet incident que tout danger paraissait désormais écarté.

Le 10 Décembre au matin j'étais soudainement appelé auprès de lui ; je ne pus que recueillir son dernier regard lucide ; quelques instants après il perdait connaissance et son ami Lhermitte ne pouvait que fixer, avec sa précision de neurologiste, un pronostic fatal qui allait, hélas ! se réaliser trente-six heures plus tard.

Vous tous qui allez lire ces lignes, comprendrez les sentiments douloureux qui m'étreignent d'avoir à retracer la vie du meilleur de mes Maîtres.

B. Cunéo était né à Toulon en 1873 : il conservera toujours de ses origines méridionales une voix douce et légèrement chantante, pleine de finesse et de distinction.

Son père qui était à cette époque directeur du Service de Santé de la Marine l'orienta dès l'adolescence vers la profession médicale en l'amenant visiter avec lui ses malades à l'hôpital Saint-Mandrier. Plus tard, pensant qu'une solide formation histologique était nécessaire à un futur médecin, il l'envoya faire sa première année d'études médicales à l'Université de Fribourg-en-Brisgau, où il s'initia à la technique des injections et des préparations de coupes. Le jeune étudiant allait ensuite venir à Paris où l'attendaient des succès rapides comme l'éclair.

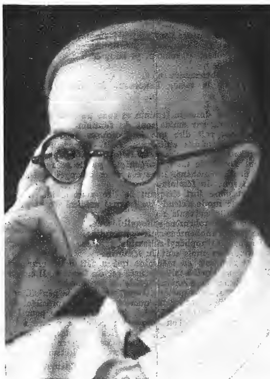
En 1893 il arrive premier à l'externat et deux ans après, en 1895, premier à l'internat, renouvelant ainsi les mêmes prouesses que Gosset, la nature ayant sans doute donné un an de plus à ce dernier pour permettre à chacun d'eux d'inscrire leur nom en tête de liste dans le palmarès de l'externat et de l'internat. Il est nommé interne dans une promotion célèbre puisqu'elle comptera plus tard 6 professeurs à la Faculté de Médecine si l'on ajoute à son nom ceux de Terrien, d'Ombrédanne, de Nobécourt, de Léon Bernard et de Sicard. Aide d'Anatomie en 1896, prosecteur en 1898, c'est à l'âge de 25 ans qu'il écrira deux remarquables ouvrages d'anatomie qui feront époque : le traité sur les *Lymphatiques* et l'*Anatomie des nerfs craniens ;* la récompense d'un tel effort ne se fait pas attendre et, en 1901, B. Cunéo est nommé agrégé d'Anatomie : il a 28 ans seulement.

En 1903, à l'âge de 30 ans, B. Cunéo a terminé la carrière des concours; il est nommé chirurgien des hôpitaux dans une promotion de marque : Cunéo-Gosset. Si certains esprits chagrins ont souvent médit du mode de recrutement de nos concours et de la partialité des juges, les plus hostiles à ce mode de recrutement voudront bien reconnaître, je l'espère, que le jury de 1903 eût difficilement pu faire un meilleur choix.

Depuis plusieurs années, Poirier s'était arrêté sur le nom de Cunéo pour son laboratoire à la Faculté, mais il en avait fait en même temps son assistant à l'hôpital Lariboisière; il devait être le plus brillant élève de son école.

L'ère des travaux anatomiques est close, car l'anatomie est par lui considérée comme un moyen et non comme une fin. S'il se consacrera désormais aux travaux de pathologie chirurgicale et de technique, il conservera toujours l'empreinte de ses solides bases anatomiques du début.

Déjà il a étudié avec son ami *Veau* les tumeurs mixtes cervico-faciales et la grenouillette sublinguale : avec *Lecène* les lésions du testicule ectopique ; avec *H. Hartmann* l'histologie du testicule blennorragique. Il rédigera pour le *Traité de Chirurgie* de *Le Dentu-Delbet* l'ouvrage sur les maladies des nerfs. Son activité, on le voit, ne se ralentit pas, mais elle marque une orientation nouvelle. Travaux de technique chirurgicale sur la pylorectomie en collaboration avec *H. Hartmann*, sur l'amputation abdomino-périnéale du rectum,



BERNARD CUNÉO.

sur l'extirpation périnéale avec conservation sphinctérienne par la méthode de Kocher qu'il fit connaître en France. Il fonda en même temps, en 1908, le *Journal de Chirurgie*, avec Gosset, Lecène, Lenormant et Proust.

Il aimait à rappeler cette période de son existence comprise en 1900 et 1914 : c'était à tous points de vue « l'âge d'or » de la chirurgie, où il suffisait de quelques opérations mensuelles pour s'assurer une vie aisée et permettre de continuer sans fatigues une existence scientifique. S'il connut à cette époque de très beaux succès de clientèle, il ne fut jamais l'esclave de celle-ci, car si la nature l'avait doté d'une exceptionnelle intelligence, il fut dès l'adolescence fragile au point de vue physique et ne pouvait affronter de longues séances opératoires.

A la mort de Poirier, il s'attacha au Prof. H. Hartmann, qu'il avait connu dans le service du Prof. Terrier. S'il ne fut jamais son assistant, il fréquenta son service d'Ivry, puis de l'hôpital Lariboisière et garda toujours envers lui une fidèle et respectueuse admiration qu'il sut transmettre plus tard à ses propres élèves.

Titularisé en 1911 à l'hôpital Saint-Louis, il passa en 1912 à l'hôpital Lariboisière, où il allait commencer à fonder sa propre maison. Pendant la guerre 1914-1918 il est d'abord à Verdun, médecin-chef de l'hôpital temporaire n° 1, où il opéra un nombre considérable de blessés, parmi lesquels le sergent Maginot, futur ministre de la Guerre, et fit avec Rolland de très intéressantes études sur la pression veineuse dans les anévrysmes artério-veineux. Il est ensuite à Deauville, à Cannes, à Joinville-le-Pont, où il se consacre à la chirurgie orthopédique et réparatrice, poursuivant ses études sur le cal et la régénération osseuse, travaux lui fournissant plus tard l'objet d'un rapport au Congrès de Chirurgie avec Rouvillois.

C'est au retour de la guerre 1914-1918 que j'allais devenir son interne, et tout de suite je compris qu'il serait le Maître auquel je m'attacherais désormais. Les hommes nés sous un même ciel sont sans doute appelés à se mieux comprendre et je n'eus aucune hésitation quand, à la fin de mon année d'internat, il me demanda si je voudrais ensuite devenir son assistant et remplacer, avec J.-Ch. Bloch, son ami Picot quand celui-ci serait titularisé. L'atmosphère du service Cunéo était particulièrement séduisante ; la chirurgie y prenait toujours un aspect aimable, le ton n'y était jamais élevé et il régnait autour du patron la plus parfaite cordialité. Je ne devais jamais connaître auprès de ce Maître le moindre mouvement d'humeur, ni dans son entourage des sentiments de basse flatterie auxquels j'eusse été bien incapable de participer. B. Cunéo tenait beaucoup à l'affection de ses internes ; il aimait les voir opérer, à condition que tout se passât sans incident ; s'il était satisfait de leur voir adopter ses techniques personnelles, il n'avait nullement l'âme d'un autocrate et n'imposait aucune discipline tyrannique. Il était même tout prêt à expérimenter les techniques que ses jeunes internes avaient apprises dans d'autres services et à les adopter si elles se révélaient satisfaisantes à son esprit. Sa chirurgie était variée; il n'aimait pas répéter sans cesse la même intervention et s'intéressa à toutes les branches de la chirurgie.

Sa physionomie était difficile à saisir car elle était très expressive et éminemment changeante. Il y avait en lui de l'aigle, quand il avait à prendre une décision rapide, quand il saisissait le bistouri entre l'index et le médius, incisant rapidement les plans superficiels, refoulant ensuite de sa main gauche les organes qui pouvaient le gêner, pour aller directement vers la lésion ; son geste était toujours rapide et sûr dans le temps d'exérèse, mais tous ceux qui l'ont vu opérer se souviendront de sa patience et de sa minutie dans le temps de reconstitution.

A d'autres moments il donnait l'impression d'un proconsul romain, quand il apportait toute son attention à une discussion scientifique et le bandeau de soie noire qui devait pendant quelques années ceindre son front (pour protéger une lésion cutanée), renforçait encore cette majesté. C'est cette physionomie, ce profil romain que Maillard sut si bien rendre en frappant sa médaille.

Qu'il se trouvât dans d'autres circonstances et désireux de cacher sa pensée, on eût dit alors un « monsignor »; dans un jury de concours il prenait volontiers un aspect somnolent, laissant ainsi croire à ses collègues que son argumentation serait de peu de poids, mais quand arrivait son tour pour prendre la parole cette argumentation se révélait alors si précise et souvent si implacable qu'elle laissait ses collègues à la fois médusés et stupéfaits. C'est également avec cet esprit de grand prélat qu'il recevait les inévitables solliciteurs auxquels il ne voulait ou ne pouvait donner son acceptation ; il savait alors toujours trouver une formule enveloppante dans laquelle le visiteur ne savait jamais s'il fallait la considérer comme un acquiescement ou un refus.

Ayant été nommé en 1919 professeur d'anatomie médico-chirurgicale, il quitta cette chaire en 1930, en même temps que son service de l'hôpital Lariboisière, pour prendre à cette date la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, où il succéda à son maître le Prof. H. Hartmann. Il semblait

redoubler d'activité au fur et à mesure qu'il avançait en âge, car pendant les dix années passées à l'Hôtel-Dieu il opéra très régulièrement trois fois par semaine, tandis qu'il consacrait deux autres matinées à l'enseignement des stagiaires. Il reparut même comme rapporteur au Congrès Français de Chirurgie en y étudiant le traitement des arthrites chroniques non tuberculeuses de la hanche.

En 1933 il fut élu membre de l'Académie de Médecine.

Il conserva jusqu'en 1940, heure de sa retraite, la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, et de même que son maître Hartmann venait lui rendre visite et opérer dans son ancienne maison, mon Maître devait se retrouver chez lui dans mon service de Bichat, puis à la clinique de Vaugirard, où ses visites eussent certainement été plus fréquentes si la distance n'eût été si grande.

Dans cette dernière période de sa vie, où l'existence fut souvent si pénible aux hommes de son âge, je ne l'entendis jamais se plaindre. Il avait conservé une douce philosophie, vivant retiré dans son appartement, relisant l'histoire, parfois même l'anatomie, et je le surpris un jour où il paraissait caresser avec volupté les planches d'anatomie du Traité de Henlé, m'invitant à admirer la précision de certaines insertions musculaires !

Il ne sortait plus guère que pour se rendre à l'Académie de Médecine (où il s'occupa de mon élection à la chaire de clinique thérapeutique comme il ne l'eût pas fait pour lui-même), ou encore pour gagner Valenton et surveiller les intérêts de la Maison du médecin dont il assumait la présidence. Il aura vu se réaliser son dernier désir, qui était d'assister avant sa mort à la libération de Paris, à celle de la France, heures pendant lesquelles il retrouva son enthousiasme juvénile. Il conserva du reste toujours une foi entière dans les destinées de notre pays, car il avait de l'Histoire une connaissance suffisamment étendue pour être dès le début persuadé qu'une nation n'a jamais pu être conquise par la force (exception faite pour des peuplades primitives), mais uniquement par l'apport des bienfaits d'une civilisation supérieure, et que dans une lutte entre la force et l'esprit, c'est en fin de compte ce dernier qui toujours a été le vainqueur.

Le 15 Décembre 1944 une foule émue se pressait à l'église Saint-Charles de Monceau pour assister à ses obsèques : anciens opérés, amis, collègues, élèves, tous étaient présents, témoignant ainsi à sa famille combien Bernard Cunéo était aimé et toute la peine qu'ils ressentaient de sa soudaine disparition.

J. Sénèque.

Société française d'Histoire de la Médecine

2 Décembre 1944.

Le président salue la présence de M. Weikerscheimer, bibliothécaire de Strasbourg.

M. Mousson-Lanauze, étudiant la *médecine religieuse égyptienne*, montre des statuettes d'Isis et d'Osiris et s'étend d'après le mans. Ebers sur l'instruction et l'initiation médicales dans les temples. Le néophyte subissait des épreuves qui devaient mettre en évidence non seulement la grandeur de ses connaissances, mais la fermeté de son caractère. Le ms. Ebers contient de nombreuses formules thérapeutiques, surtout relatives aux maladies parasitaires et aux helminthiases.

M. Laignel-Lavastine fait remarquer qu'Imhotep, avant d'être divinisé, fut un très grand clinicien, comme le montre le ms. Smith qui reflète une partie de son enseignement.

D'après M. R. Deschiens et Mlle Christine Coste, il ressort de l'étude des documents historiques relatifs aux dysenteries observées dans les pays chauds depuis le xvie siècle jusqu'en 1875, date de la découverte de l'amibe dysentérique par Losch, que, parmi elles-ci, on peut individualiser une entité morbide caractérisée par un syndrome dysentérique *sensu stricto* sensible à l'action de l'ipéca aux doses moyennes non vomitives administrées de façon fractionnée. Dans ces formes de dysenteries, souvent considérées comme contagieuses, il est, en outre, noté de façon non rare des abcès du foie.

Ces données, en se recoupant, permettent à l'historien de la médecine d'identifier, dans la maladie ainsi mise en évidence, la dysenterie amibienne.

L'assimilation historique des dysenteries des pays chauds sensibles à l'ipéca, à la dysenterie amibienne, est une interprétation aussi légitime que celle qui consiste à admettre le diagnostic clinique d'amibiase dans des cas de dysenterie soumis avec succès à l'épreuve thérapeutique de l'émétine.

Laignel-Lavastine.

TERMINOLOGIE MÉDICALE

Le genre du mot « Sulfamide »

Nous avons reçu de M. Chauvin (d'Aubenas, Ardèche) les remarques suivantes :

Je me permets d'attirer votre attention sur une question qui n'a aucune importance au point de vue médical mais qui tout de même devrait être réglée.

Il s'agit du genre du mot « Sulfamide ».

De nombreux auteurs mettent ce mot au masculin. Cela provient de ce que l'on a employé les termes « un sulfamidé ». Or quelquefois ce dernier mot a été mis en majuscules et le é n'ayant généralement pas d'accent en majuscules on a cru lire « un sulfamide ».

La sulfamide, comme toutes les amides, a toujours été du féminin.

Tous les chimistes l'ont toujours employé au féminin et le dictionnaire Larousse le mentionne au féminin.

Le Larousse, 7e volume, p. 853, écrit :

Sulfamide n. f.

Sulfamidobenzamide n. f.

D'ailleurs le même Larousse, 1er volume, p. 252, écrit :

Amide n. f.

Amide est donc du féminin et tous les mots chimiques se terminant par amide sont du féminin.

L'on pourrait dire que le Larousse ne fait pas foi pour des produits chimiques. Soit. Reportons-nous au très vieux *Dictionnaire de chimie* de Wurtz et au tout récent *Traité de Chimie organique* publié sous la direction de V. Grignard. Dans ces deux ouvrages toutes les amides sont du féminin.

Il est donc fort choquant de lire « un amide ».

Or cette mode s'étend. Un journal médical récent parle des produits suivants :

Le paraaminobenzène-sulfonythiourée.

Le paraaminobenzène-sulfonyguanidine.

Le paraaminophényl-sulfamidopyridine.

Or tous ces mots sont du féminin.

Tout étudiant en médecine qui a fait des recherches d'urée dans l'urine sait que urée est du féminin. Il en est de même de la guanidine et de la pyridine.

De ce pas, dans quelque temps, on dira : le pénicilline.

Quoi qu'il en soit cette question doit être précisée. Si l'on ne veut plus en médecine de mots féminins pour les médicaments, que l'on adopte un article « neutre » ! ! Mais on ne peut pas, sans heurter les chimistes, employer le masculin pour la sulfamide. J'ose espérer que vous voudrez bien présenter ce problème aux lecteurs de *La Presse Médicale*.

A. Chauvin.

Correspondance

Les concentrations galactosuriques

Si j'ai bien compris l'article de L. Chabrol, M. Cachin et J. Blanchard (*La Presse Médicale*, 9 Décembre 1944), l'élévation de la concentration galactosurique fractionnée chez les cirrhotiques ou les ictères infectieux prolongés n'est que la conséquence de l'oligurie. Dans une cirrhose, la diurèse provoquée par le neptal la fait disparaître. Ces constatations sont exactes dans certains faits, mais ne peuvent être généralisées. J'avais, en 1931, avec F. Thiébaut et J. Dieryck, signalé que l'avantage des concentrations galactosuriques fractionnées sur l'évaluation globale de la galactosurie d'après Richard Bauer, résidaient dans la réunion à la galactosurie de l'opsiurie de Gilbert. Mais il n'y a pas que des cirrhoses ou des ictères fébriles. La méthode est précieuse pour distinguer les ictères par hépatite des ictères rétentionnels. Pour prouver l'hépatite des premiers sont venus les renseignements apportés par la ponction biopsée du foie entre les mains de Roholm et Iversen et entre les nôtres. L'élévation de la concentration galactosurique des premières heures traduit un processus d'hépatite. Les travaux de Chiray, Guy Albot, Dieryck et leurs élèves, la thèse de Thiébaut en 1931, celle de Vetter (*De galactosproef volgens Fiessinger*, Amsterdam, 1938) ont apporté une conformation à cette manière de voir. Le tableau même de Chabrol et ses élèves ne permet aucun doute à ce sujet.

Certes, la méthode n'est pas toujours fidèle, je ne l'ai jamais prétendu. Je l'ai signalée avec Thiébaut en 1931, puis avec H. Valter, M. Gaultier et J.-J. Welti (*Revue médico-chirurgicale des maladies du foie*, Octobre 1939, n° 5) dans l'ictère grave dans quelques cas exceptionnels, dans les cirrhoses à certaines périodes, en dehors des *ondes évolutives*, que j'ai étudiées avec Guy Albot et Fr. Thiébaut, on peut observer des concentrations basses qui, dans les cirrhoses, s'étalent sur la journée (rythme en échelon de F. Thiébaut). Les raisons de ces infidélités résul tent d'une mauvaise absorption intestinale ou d'un mauvaise élimination rénale. Par contre, dans l lithiase ictérigène, l'élévation des concentrations galac tosuriques fractionnées peut résulter d'une hépatit satellite dont j'ai étudié les dispositions histolo giques avec Guy Albot. Il faut donc discriminer le faits. S'en inspirer pour nier toute valeur à cett précieuse méthode d'investigation est aussi systémati quement partial que si on allait considérer la pro gressivité bilirubinémique et cholalémique dans l'ic tère catarrhal prolongé ou dans le calcul du cholé doque à oblitération complète comme un argumen contre la valeur de ces constatations dans l'ictère d cancer de la tête du pancréas. Toutes les méthode d'analyse sont utiles, on n'en a pas de trop. Elle interrogent des fonctions différentes et permetten par leur réunion de connaître d'une façon plus par faite le potentiel fonctionnel hépatique. En conseil lant « cet éclectisme » à la fin de leur article, Cha brol et ses élèves semblent pris de regrets et il écrivent : « Il y a plus à gagner en interrogeant un fonction objective et étroitement spécifique du foie comme la fonction biliaire, qu'en cherchant à péné trer dans ses traversées multiples et complexes l métabolisme de l'eau et des hydrates de carbone. » L'éclectisme de Chabrol est un éclectisme à regret.

Noël Fiessinger.

* * *

Le traitement des gelures récentes.

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt dans *La Presse Médi cale* du 30 Décembre 1944 un article sur le traitemen des *gelures récentes* (A. Ravina).

J'ai été toutefois surpris de ne voir mentionner qu'in cidemment, dans cet article, les agents physiques e en particulier ceux relevant de l'électroradiothérapie dont certains connus depuis longtemps et qui m'on donné récemment, dans des cas de gelures des pied de soldats traités dans la section militaire de l'Hôpita intercommunal de Créteil, d'excellents résultats. Ce agents complètent et suppléent les traitements médi caux et chirurgicaux modernes. Parmi ceux-ci, il con vient de mentionner :

1° *La rœntgenthérapie du sympathique dorso-lombair et des carrefours vasculaires* (triangle de Scarpa et creu poplité) telle que l'a décrite mon maître Delherm en 192 dans le traitement des artérites. Cette modalité agi efficacement sur les ulcérations trophiques ou les gan grènes des gelures graves. Elle prolonge nettemen l'action des injections intra-artérielles de novocaïne o les sympathectomies péri-artérielles.

2° *Les radiations infra-rouges* en séances quotidienne prolongées et en ne recherchant qu'une chaleur modé rée hâtent nettement la cicatrisation de ces ulcérations

3° *La lumière bleue* également en séances quoti diennes calme admirablement les douleurs des gelure quel qu'en soit le degré.

4° *La haute fréquence* (sous forme de révulsion a manchon de verre de Oudin ou d'effluvation douce) e applications quotidiennes guérit les gelures du 1er o du 2e degré, comme elle guérit les engelures. Cett thérapeutique que m'a enseignée mon maître Delherm et systématiquement oubliée dans la plupart des arti cles traitant des engelures, fait merveille. L'expérienc de ces hivers de guerre me l'a amplement démontré

Telles sont les réflexions complémentaires que m'a suggéré l'intéressante mise au point de Ravina et qu méritent, je pense, d'être signalées à l'attention de nos lecteurs.

A. Devois.

Livres Nouveaux

L'année thérapeutique (Médications et procédés nouveaux, par A. Ravina, 17e année. 1 volume d 190 pages (*Masson et Cie*, éditeurs), 1944. — Prix 55 fr.

Il semble inutile de présenter longuement au public médical un nouveau volume de l'Année thérapeutique. Depuis que M. A. Ravina, succédant à Cheinisse, en assure la rédaction, 11 volumes ont déjà paru qui ont connu le plus vif succès et l'on peut penser que le dernier-né, le 12e, possède, affermies, les qualités de ses prédécesseurs. Faire un choix judicieux parmi les nouveautés thérapeutiques, prévoir celles qui sont susceptibles d'intéresser le praticien et qui ont quelque chance de ne pas s'évanouir aussitôt apparues, en exposer clairement et prudemment les avantages et les inconvénients : tout cela n'est pas si facile, mais ce sont des difficultés que M. A. Ravina ne semble pas connaître et l'on ne constate, à la lecture, que l'aisance d'une maîtrise consommée.

L'ouvrage est, comme de coutume, divisé en 3 parties : maladies et symptômes ; méthodes et techniques thérapeutiques ; médications nouvelles. Et cette disposition commode se retrouve dans la table récapitulative des années 1931 à 1941 qui permet une vue d'ensemble facile sur les progrès accomplis en ces dernières années.

Il n'est pas possible d'énumérer celles qu'expose le dernier volume. Citons seulement dans le premier chapitre des maladies et symptômes : les nouveaux traitements de l'asthme, de l'épilepsie, des engelures et gelures, de la maladie d'Addison, de l'oxyurose. Parmi les méthodes et techniques thérapeutiques : l'application

erlinguale des hormones qui, avec leur implantation ous-cutanée, a connu déjà tant de succès : et l'emploi chaque jour élargi des injections de novocaïne. Comme médications nouvelles : les antihistaminiques le synthèse et les indications les plus récentes de la ulfamidothérapie et de la thérapeutique vitaminique, notamment par la vitamine K. On jugera par cette énumération fort incomplète combien cette nouvelle Année thérapeutique est riche. Et déjà l'on attendra avec curiosité celle qui lui succédera en 1945, et qui ne sera pas moins précieuse.

René Hazard.

Sciences occultes et déséquilibre mental, par Philippe Encausse. 2e édition, 1 vol. de 314 pages (*Payot*, édit.), 1944.

Les sciences occultes ont toujours préoccupé l'esprit des hommes depuis l'Antiquité. L'Occultisme a pour but, suivant Papus, l'étude de la tradition antique concernant les forces cachées de la Nature, de l'homme et du plan divin. La science occulte se divisait dans l'antiquité en quatre sections : l'Alchimie, la Magie, la Psychurgie et la Théurgie qui, dans les temps modernes, ont été remplacées par la chimie, la physique, la biologie humaine et la cosmologie. Le spiritisme traduit la croyance aux communications possibles entre les vivants et les disparus.

L'étude théorique de l'occultisme n'entraîne pas de péril appréciable pour ceux qui s'y livrent. Il n'en est pas de même pour ses applications pratiques, d'autant que ce ne sont pas d'habitude les sujets bien équilibrés qui se sentent attirés vers ces recherches, mais les prédisposés dont le jugement et le sens critique sont insuffisants. Les débiles mentaux avec leur crédulité ; les déséquilibrés aux facultés dysharmoniques, les schizoïdes repliés sur leur vie intérieure, les déprimés hyperémotifs constituent la clientèle habituelle des pratiques spirites qui ne les mènent que trop souvent au déséquilibre mental, aux délires spirites, à la désagrégation et au dédoublement de la personnalité.

Philippe Encausse proteste avec raison cependant contre l'erreur contraire consistant à exagérer le nombre des fous spirites dans les asiles.

Il s'élève également contre les pratiques scandaleuses de tous les « marchands du Temple », de tous les « pseudo-voyants » et astrologues qui ne sont en fait que des escrocs.

Cet ouvrage est un livre courageux, une étude objective, pondérée et de bonne foi sur un sujet particulièrement délicat à traiter.

H. Schaeffer.

L'administration des Sanatoriums, par D. Douady. 1 broch. de 28 p. avec 6 tableaux (*Publication du Comité National de Défense contre la Tuberculose*, 66, boulevard Saint-Michel, Paris-6e). — Prix : 25 fr.

Cette brochure contient un résumé des connaissances nécessaires pour assurer le fonctionnement d'un Sanatorium ; elle rendra les plus grands services aux Directeurs de ces établissements, ainsi qu'aux candidats au concours annuel organisé par le Ministère de la Santé publique en vue d'acquérir le titre de Médecin phtisiologue des Services publics.

G. P.

INFORMATIONS

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Répartition de la pénicilline

Les Autorités américaines ont mis une petite quantité de Pénicilline à la disposition de la France.

Les premiers contingents importés ne permettant, toutefois, de traiter qu'un nombre très restreint de malades, les mesures suivantes ont été adoptées afin d'assurer au médicament la meilleure utilisation possible.

Les quantités de Pénicilline seront exclusivement réparties en un certain nombre de centres spécialisés pour cette thérapeutique, où seront hospitalisés les malades. Seuls, les sujets qui ne sont susceptibles de bénéficier d'aucun autre traitement pourront y être admis.

En aucun cas la Pénicilline ne sera directement délivrée aux malades ou à leur médecin traitant.

Tout médecin estimant qu'un de ces malades doit être traité par la Pénicilline devra l'adresser au « Centre de Traitement par la Pénicilline » d'un des Hôpitaux suivants :

Pour la région parisienne :

Hôpital Claude-Bernard (Serv. du Prof. Lemierre).
Hôpital des Enfants-Malades (Serv. des Prof. Debré et Leveuf).
Hôpital Pasteur (Serv. du Dr Martin).

Pour la province :

Bordeaux (Serv. du Prof. Dupérié). — ***Lille*** (Serv. du Prof. Gernez). — ***Lyon*** (Serv. du Prof. Sedallian). — ***Marseille*** (Serv. du Prof. Mattei). — ***Nantes*** (Serv. du Prof. Boquien). — ***Toulouse*** (Serv. du Prof. Tapie).

Des mesures ont été prises afin de permettre dans tous les cas l'admission des malades, quelle que soit leur classe sociale

Nomination des Professeurs de l'Enseignement Supérieur

Par arrêté en date du 7 Décembre 1944 sont nommés membres des Comités de spécialistes prévus par l'article 2 de l'Ordonnance du 18 Novembre 1944 (voir *La Presse Médicale*, n° 18, page 288).

. . . .

Facultés de Médecine et Facultés mixtes de Médecine et de Pharmacie.

1° Cliniques de chirurgie générale : clinique chirurgicale thérapeutique, clinique orthopédique de l'adulte, clinique urologique.

Pathologie chirurgicale ; technique opératoire et chirurgie expérimentale.

MM. les professeurs Mathieu et Cadenat (Paris), Weiss (de Strasbourg).

2° Ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, chirurgie maxillo-faciale, odonto-stomatologie :

MM. les professeurs Lemaitre et Velter (Paris), Bercvieux (Bordeaux).

3° Obstétrique et gynécologie :

MM. les professeurs Mocquot et Lévy-Solal (Paris), Cotte (Lyon).

4° Cliniques de médecine générale ; clinique médicale ; clinique médicale propédeutique ; clinique des maladies infectieuses, de cardiologie, de dermato-vénéréologie, de la tuberculose.

Pathologie médicale ; pathologie et thérapeutique générales ; pathologie expérimentale et comparée ; thérapeutique ; anatomie pathologique ; médecine légale ; hydrologie ; histoire de la médecine :

MM. les professeurs Lemierre et Bénard (Paris), Dormer (Lille).

5° Neurologie ; psychiatrie ; neuro-chirurgie :

MM. Guillain et Clovis Vincent (Paris), Euzière (Montpellier).

6° Clinique médicale infantile, clinique des maladies du premier âge, clinique chirurgicale infantile :

MM. les professeurs Debré et Leveuf (Paris), Mouriquand (Lyon).

7° Anatomie ; histologie ; embryologie ; génétique :

MM. les professeurs Rouvière et Champy (Paris), Collin (Nancy).

8° Physiologie, physique médicale et radiologie, chimie médicale, pharmacologie :

MM. les professeurs Binet et Polonovski (Paris), Bugnard.

9° Bactériologie, parasitologie, maladies exotiques, hygiène, médecine sociale :

MM. les professeurs Brumpt et Gastinel (Paris), Violle (Aix-Marseille).

(*J. O.* du 15 Décembre 1944.)

NOMINATION DES MEMBRES DES

Commissions consultatives

prévues par l'arrêté du 18 Octobre 1944

Par arrêté du 12 Janvier 1945 sont nommés membres de ces commissions consultatives prévues pour la revision des nominations et de l'avancement du personnel enseignant des Universités :

. . . .

Faculté de Médecine.

Médecine et sciences médicales. — M. Lemierre (Paris), M. Bénard (Paris), M. Gernez (Lille), M. Boulet (Montpellier).

Chirurgie. — M. Mocquot (Paris), M. Mathieu [Paul] (Paris), M. Weiss (Strasbourg), M. Tavernier (Lyon).

Obstétrique. — M. Lévy-Solal (Paris), M. Debré (Paris), M. Rohmer (Strasbourg), M. Faugère (Bordeaux).

Anatomie. — M. Rouvière (Paris), M. Champy (Paris), M. Soula (Toulouse), M. Favre (Bordeaux).

Physique. — M. Strohl (Paris), M. Polonovski (Paris), M. Coutelen (Lille), M. Lisbonne (Montpellier).

Pharmacie. — M. Binet [Léon] (Paris), M. Sommelet (Paris), M. Fourment (Alger), M. Combier [Paul] (Strasbourg).

(*J. O.* 16 Janvier 1945).

Académie des Sciences

Dans sa séance du 15 Janvier, l'Académie des Sciences a procédé à l'élection de M. le professeur Ch. Lambry, dans la *section de médecine* (en remplacement de M. le professeur Ch. Achard, décédé).

MINISTÈRE DE LA GUERRE

Promotion des Docteurs en médecine

et Étudiants en médecine

Engagement des Médecins étrangers

et étudiants étrangers

Par arrêté du 2 Janvier 1945 :

Article premier. — Pendant la durée des hostilités, les docteurs en médecine, engagés volontaires, pour la durée de la guerre, pourront être nommés au grade de médecin sous-lieutenant, dès la signature de leur engagement, et aucune condition d'ancienneté dans ce grade ne sera exigée pour leur promotion éventuelle au grade de médecin lieutenant.

Art. 2. — La même mesure pourra être appliquée aux étudiants en médecine titulaires de vingt-quatre inscriptions valables pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine.

Art. 3. — Pendant la durée des hostilités, les étudiants en médecine, engagés volontaires pour la durée de la guerre, internes des hôpitaux d'une ville de faculté nommés au concours et titulaires de seize inscriptions validées, pourront être nommés médecins auxiliaires dès la signature de leur engagement et aucune condition d'ancienneté dans ce grade ne sera exigée pour leur promotion éventuelle au grade de médecin sous-lieutenant.

Art. 4. — Pendant la durée des hostilités, les étudiants en médecine, engagés volontaires pour la durée de la guerre, et titulaires d'au moins huit inscriptions validées, pourront être nommés médecins auxiliaires dès qu'ils auront subi avec succès l'examen d'aptitude prévu par le décret du 21 Novembre 1925.

Les étudiants titulaires d'au moins seize inscriptions validées pourront être promus médecins sous-lieutenants dès qu'ils auront plus de six mois d'ancienneté dans le grade de médecin auxiliaire.

Les étudiants ayant moins de seize inscriptions validées pourront être promus médecins aspirants dès qu'ils auront plus de six mois d'ancienneté dans le grade de médecin auxiliaire.

Art. — 5. — Pendant la durée des hostilités, pourront être promus au grade de médecin commandant de réserve, à la seule condition d'avoir été primitivement promus au grade de médecin sous-lieutenant, les professeurs titulaires des facultés de médecine, les professeurs agrégés des facultés de médecine parvenus au terme de leurs neuf années d'agrégation, les médecins et chirurgiens des hôpitaux nommés au concours depuis dix ans au moins dans les villes possédant une faculté de médecine.

Art. 6. — Pendant la durée des hostilités, pourront être promus au grade de médecin capitaine de réserve, à la seule condition d'avoir été primitivement promus au grade de médecin sous-lieutenant, les professeurs agrégés des facultés de médecine, les médecins et chirurgiens des hôpitaux nommés au concours depuis moins de dix ans dans les villes possédant une faculté de médecine.

Art. 7. — Les médecins et étudiants en médecine étrangers sont autorisés à contracter un engagement pour la durée de la guerre dans les mêmes conditions que les médecins et étudiants français, mais ils servent à titre étranger et provisoire.

A titre exceptionnel, ces engagements pourront être reçus au titre du service de santé militaire.

(*J. O.* 18 Janvier 1945).

Université de Paris

Collège de France. — Les cours de M. Robert Courrier, membre de l'Institut, ont lieu tous les mercredis à 17 h. 30.

Sujets actuellement traités : Le rôle du système nerveux en endocrinologie sexuelle. L'hypertrophie de la prostate.

Université de Province

Election des Doyens des Facultés [1]. — A la suite des élections prévues par l'Ordonnance du 20 Novembre 1944, ont été désignés :

Doyen de la Faculté de Médecine de Toulouse : M. Gonse.

Doyen de la Faculté de Médecine de Caen : M. Hermann.

Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg : M. André Forster.

Ces nominations ne sont faites qu'à titre provisoire et les intéressés n'exerceront leurs fonctions que jusqu'à une date qui sera fixée par décret après le retour des prisonniers et déportés.

Faculté de Médecine de Montpellier. — Diplôme de médecine industrielle et du travail. Un enseignement destiné aux docteurs en médecine et aux étudiants en fin de scolarité, en vue de l'obtention du diplôme de médecine industrielle et du travail, commencera le 9 Avril 1945 et se poursuivra les mois suivants. Cet

1. Voir *La Presse Médicale*, 1943, n° 3, 35.

enseignement comportera, outre les cours à l'amphithéâtre, des exercices pratiques et des visites d'usines.

Les inscriptions seront reçues au Secrétariat de la Faculté de Médecine de Montpellier jusqu'au 20 Mars 1945.

Concours et places vacantes

Médecin Inspecteur des Ecoles. — Un poste de médecin inspecteur des écoles est actuellement vacant en Savoie. Résidence à Saint-Jean-de-Maurienne. Le médecin nommé à ce poste devra renoncer à toute clientèle. Pour tous renseignements, s'adresser à l'Inspection de la Santé, Préfecture de la Savoie, Chambéry.

Hôpitaux-Unis de Châlons-sur-Marne. — Deux postes d'interne (chirurgie et médecine) sont vacants (8 inscriptions minimum).

Adresser les demandes à la Direction des Hôpitaux-Unis de Châlons-sur-Marne.

Nouvelles diverses

Le Centre de recherches sur la fièvre ondulante (Institut National d'Hygiène) rappelle aux médecins du territoire et des colonies qu'il est toujours à leur disposition pour tous les examens et renseignements concernant cette maladie. Adresser lettres et prélèvements à M. le Directeur, 2, rue Ecole-de-Médecine, Montpellier.

Maison de la Médecine. — Service de remplacements. De nombreux étudiants cherchent à faire des remplacements et seraient susceptibles d'aider ou de suppléer des médecins une ou plusieurs après-midi par semaine ou même quelques jours.

S'adresser à la Maison de la Médecine, 15, avenue de l'Observatoire, Paris-6ᵉ. Tél. : ODEon 23-77.

Nos Échos

Naissances.

— Marie-Claude, Catherine, Jean-François et Gérard, sont heureux de faire part de la naissance de leur petit frère *Rémi*. (De la part du docteur et de Madame Ions, Montluçon, 2 Janvier 1945.)

— Le docteur et Madame Pierre Dupuy sont heureux d'annoncer la naissance de leur fille *Eveline*. (Bordeaux, 17 Août 1944.)

Mariages

— Le docteur Besançon fait part du mariage de sa fille Anne-Marie Besançon avec M. Francis Aigrain-Lérue (8 Février 1945).

— On annonce le mariage de Madame Edouard Renaud avec le docteur Georges Vignes, maire de Ville-d'Avray.

Décès.

— Le docteur Pierre Jordan, de Paris, fait part du décès de son père M. Gabriel Jordan, à Dôle (Jura).

— On annonce le décès de M. Arnould Leroy, père du docteur Maxime Leroy, de Paris.

— Le docteur André Pyrée (de Paris) annonce le décès, survenu à Paris, le 23 Décembre 1944, de son père, M. Lucien Pyrée, professeur honoraire au Lycée Charlemagne, auteur d'une des premières méthodes de repérage radiologique des projectiles, connue sous le nom de l' « angle de Patte ».

— Nous apprenons la mort du docteur A. Mouchet (de Paris), chirurgien des Asiles nationaux.

Soutenance de Thèses

Paris

Thèse de Médecine.

18 Novembre 1944. — Mlle Denise Lévy : *Les conjonctivites provoquées.*

Bordeaux

Doctorat d'État.

1ᵉʳ-16 Janvier 1945. — M. Suire : *Ostéomyélite aiguë et sulfamidothérapie.* — M. Pinsolle : *Contribution à l'étude du rétrécissement congénital de l'œsophage.* — M. Labèque : *Contribution à l'étude électro-cardiographique chez les sportifs.*

Montpellier

Diplôme d'État.

Juin 1944. — M. Joseph Nicolas : *Etudes des antécédents tuberculeux chez les malades atteints de tuberculose externe.* — M. Gaston Ben Sussan : *Traitement des broncho-pneumonies de l'enfance par les sulfamides.* — M. Louis Baumelle : *Les lésions pathologiques du tractus thyréo-glosse.* — M. François Lucas. — *Les brûlures étendues récentes. Conception actuelle de leur pathogénie et de leur traitement. Essai sur l'organisation d'un service de brûlés.* — M. Jean Nemorin : *Le thymus.* — M. Maurice Blanchon : *Contribution à l'étude des ostéopathies carentielles.*

29 Septembre. — M. Charles Roger : *Traitement de certains syndromes anémiques et hémorragiques par l'opothérapie médullaire.*

Décembre 1944. — M. Pierre Tison : *Les hémorragies de la défloration.* — M. Jean Canel : *Contribution à l'étude de l'emploi de la novocaïne intraveineuse dans les traumatismes crâniens.* — Mlle Jacqueline Retourné : *Quelques aspects du service de santé en campagne au maquis (Cantal et Haute-Lozère).*

Diplôme d'Université.

Mars 1944. — M. F. Ghaly : *Contribution à l'étude du mégacôlon chez l'enfant.* — M. Y. Monoff : *Contribution à l'étude du tétanos des électrocutés.* — M. L. Brégain : *La spondylose rhizomélique au début.* — M. A. Gabra : *Contribution à l'étude des anesthésies épidurales sacrées en vue de prostatectomie hypogastrique.* — M. O. Edelstein : *Les hépato-néphrites mélitococciques.*

Nancy

Thèses soutenues.

Avril-Juillet 1944. — Mlle Suzanne Strub : *Etude de la circulation de retour pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches à l'état normal et pathologique.* — Mme H. Michel, née Renaud : *Le traitement du trachome par les sulfamides, en particulier par le 6-33.* — M. P. Gattenoz : *La tuberculose miliaire, aiguë, posthémoptoïque.* — M. G. Clément : *Contribution à l'étude du diagnostic et du pronostic des états méningés curables au cours de la tuberculose.* — M. F. Doniat : *Torsion herniaire des annexes génitales.* — M. J. Mathieu : *L'organisation sociale du dépistage précoce du cancer : ses directives actuelles.* — Mlle M. Mangin : *L'épidémie de poliomyélite en M.-M. durant l'année 1943.* — Mlle S. Collenel : *Les greffes osseuses en milieu septique.* — M. A. Kyriacopoulos : *A propos d'un cas d'encéphalite morbilleuse.* — M. M. Hamel : *Psychanalyse et réflexes conditionnels.* — M. B. Gradel : *Contribution à l'étude du cancer du col restant après hystérectomie subtotale.* — M. Thuriot Régis : *L'ectopie cardiaque.* — M. B. de Buttet : *Le cancer en M.-M. Etudes statistiques et démographiques.* — M. H. Michel : *La vitamine B1 dans le traitement de la myopie.*

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

Le gérant : F. Thomas.

Imprimé par l'Ancne Imprimerie de la Cour d'Appel, 1, rue Cassette, à Paris (France).

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées aux Périodiques, la Direction scientifique de La Presse Médicale *a dû fixer à 4 colonnes maximum l'étendue des mémoires originaux. Tout manuscrit dépassant cette étendue sera retourné à son auteur.*

PRINCIPES PHYSIOLOGIQUES DU TRAITEMENT A L'ACÉTYLCHOLINE

SON INDICATION DANS L'HYPOTENSION ESSENTIELLE ET LE COLLAPSUS AIGU SES DANGERS DANS L'HYPERTENSION

PAR MM.

D. DANIELOPOLU et **Dan CRIVETZ**

(Bucarest)

Le traitement à l'acétylcholine de l'hypertension et de ses accidents nerveux, devenu courant dans la pratique, est antiphysiologique et peut être

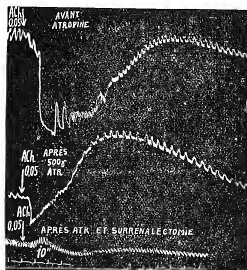


Fig. 1

dangereux. Telle qu'on l'emploie l'acétylcholine est un *médicament tonique* par excellence du système nerveux végétatif et trouve ses indications dans ce qu'on appelle hypotension essentielle et que nous avons appelée *hypoamphotonie générale*. En plus, associée à l'atropine, l'acétylcholine constitue le traitement de choix du collapsus aigu.

A. Bases physiologiques du traitement a l'acétylcholine. — L'acétylcholine a une action amphomimétique à prédominance parasympathique (amp. P) sur l'organe terminal, que nous avons expliquée ainsi qu'il suit. L'ACh provoque dans l'organe terminal une *réponse cellulaire parasympathomimétique* (P-mim) qui déclenche de la part de la cellule une *riposte cellulaire compensatrice sympathomimétique* (S-mim) qui se traduit par libération de sympathine. La réponse et la riposte font ensemble ce que nous avons appelé *amphomimétisme*. La réponse P-mim est plus intense que la riposte S-mim. L'ACh a par conséquent une action amph P. Elle inhibe le cœur et les vaisseaux. Après l'atropine, qui empêche l'action P-mim (action parasympathofrénatrice P-frén), l'ACh devient exclusivement S-mim : de vasodilatatrice elle devient vaso-constrictrice [1].

Normalement, dans la médullo-surrénale, l'ACh libérée par le neurone sympathique préganglionnaire excite la cellule chromaffine. C'est par conséquent l'ACh qui est le stimulant naturel de l'adrénalino-sécrétion. Nous avons démontré que l'*atropine, qui sur l'organe terminal empêche l'action P-mim de l'ACh, non seulement n'empêche pas son action adrénalino-sécrétrice sur la médullo-surrénale, mais la favorise en inactivant la cholinestérase* (*Ch-Est*). Normalement dans la capsule surrénale l'ACh, dès qu'elle agit, est rapidement inactivée par la Ch-Est. Cette dernière étant inactivée, l'inactivation de l'acétylcholine est retardée et la substance s'accumule dans la médullo-surrénale. Ainsi donc, l'atropine favorise l'action adrénalino-sécrétrice de l'ACh. Les expériences qui suivent prouvent notre manière de voir.

L'injection intraveineuse d'une petite dose d'ACh chez le chien provoque une inhibition du cœur et des vaisseaux due à l'action amph. P de l'ACh. Avec des doses plus grandes (2 mg. - 1 cg.), après la première phase, survient une seconde phase d'accélération du cœur et d'hypertension prolongée due à l'action adrénalino-sécrétrice de l'acétylcholine (fig. 1). Cette deuxième phase est énormément exagérée par l'atropine (qui inactive la cholinestérase), alors que la première phase d'inhibition disparaît (fig. 1). Nous constatons souvent qu'après l'atropine la première phase d'hypotension est remplacée par une hypertension passagère, due au fait que, grâce à l'action P-frén. de l'atropine, l'ACh devient exclusivement S-mim. (vasoconstrictrice). Après surrénalectomie double, l'ACh provoque exclusivement cette petite phase d'hypertension initiale (fig. 2).

Nous démontrons encore l'action adrénalino-sécrétrice de l'acétylcholine en injectant dans la surrénale une petite dose de cette substance et en inscrivant la pression générale.

L'acétylcholine [2] injectée dans la médullo-surrénale après une injection intraveineuse d'atropine provoque une adrénalino-sécrétion plus intense (fig. 3). Injectée dans l'aorte abdominale, l'ACh s'inactive dans les tissus. Il faut injecter une très forte dose pour que, l'ACh n'ayant pas le temps de s'inactiver complètement, il apparaisse sur la pression sanguine une hypotension. Avec quelques centigrammes ce phénomène ne se produit plus, *mais l'adrénalino-sécrétion se produit* (fig. 4).

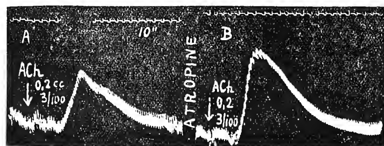


Fig. 3.

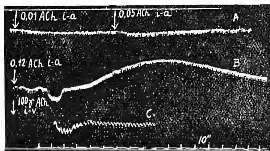


Fig. 4.

Injectée sous la peau chez l'homme à de très fortes doses (jusqu'à 1 g. à la fois), il se produit quelquefois une légère hypotension passagère, mais souvent une forte hypertension (action adrénalino-sécrétrice).

Les recherches que nous avons poursuivies sur le rôle physiologique de l'ACh nous ont conduits à attribuer à l'acétylcholine un rôle vital de première importance. La grande majorité des organes de l'économie sont excités par l'ACh (tube digestif, bronches, voies urinaires et biliaires, musculature volontaire, glandes, etc.). En plus, cette substance est libérée au niveau de tous les synapses, constituant l'excitant naturel des neurones et assurant la circulation de l'influx nerveux.

Nous avons constaté d'un autre côté que beaucoup des substances étrangères introduites dans l'économie libèrent de l'acétylcholine (antigènes) ou empêchent l'action de la cholinestérase (digitale, strophantine), ce qui produit le même effet. L'ACh joue un rôle primordial dans la formation des anticorps. Tous ces faits, ainsi que beaucoup de constatations de pathologie, nous ont conduits à attribuer à l'acétylcholine un rôle primordial dans le fonc-

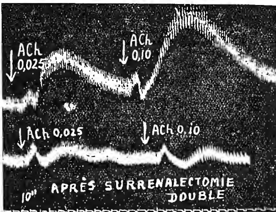


Fig. 2.

tionnement des organes, la sympathine apparaissant comme un facteur antagoniste destiné à limiter l'action de l'ACh.

B. Déductions thérapeutique. — 1° *Hypoamphotonie* (hypotension essentielle). Ce qu'on a appelé hypotension n'est qu'une manifestation vasculaire d'un état général de diminution du tonus végétatif, tant sympathique que parasympathique. Cet état s'accompagne d'un hypofonctionnement de tous les organes. Nous faisons dans ces états des injections sous-cutanées quotidiennes de 20 à 50 cg. d'ACh. Cette substance augmente le tonus de tous les organes où le parasympathique est excitateur et augmente l'adrénalino-sécrétion. Par son action au niveau des synapses l'acétylcholine favorise le fonctionnement des centres et des voies nerveuses. Le traitement à l'acétylcholine est au point de vue

1. D. Danielopolu et I. Marcu : *Bull. Acad. Méd. Roumanie*, 1940-1943.

2. Nous avons constaté que l'atropine injectée dans la surrénale provoque elle-même une adrénalino-sécrétion due à son action inactivante sur la cholinestérase.

physiologique le *traitement tonique par excellence*. Sans nous attendre à une augmentation permanente de la pression sanguine, elle active le fonctionnement de tous les organes et du système nerveux.

Nous associons à l'ACh de la strychnine à dose progressive, qui par son action sur la chronaxie augmente le tonus de certains centres.

2° *Collapsus aigu*. Nous ne connaissons pas de traitement plus actif dans les états de collapsus aigu que l'*acétylcholine après une injection intraveineuse de 1 mg. 5 de sulfate d'atropine*. Après cette substance l'action hypotensive disparaît et l'on obtient une forte adrénalino-sécrétion assez durable. L'action de l'adrénaline, médicament employé dans ces cas, est très fugace, alors que l'acétylcholine provoque une adrénalino-sécrétion d'assez longue durée.

Nous associons dans ces états à l'ACh de la strychnine.

3° *Hypertension*. Par son action adrénalino-sécrétrice, qui se produit même lorsque nous injectons l'ACh sous la peau, cette substance est contre-indiquée dans l'hypertension, surtout lorsqu'elle est employée pour combattre les accidents nerveux. Nous ne doutons pas que cette substance puisse quelquefois diminuer la pression sanguine. Mais les phases d'hypotension brusque alternant avec les phases d'hypertension par adrénalino-sécrétion constituent un danger dans l'hypertension.

Le seul traitement hypotensif de longue durée que nous connaissons est le traitement digitalique 1/2 mg. par jour, deux jours consécutifs par semaine) que nous avons préconisé en 1916 [3].

Nous avons démontré que l'action de la digitale se produit toujours par l'acétylcholine, car cette substance inactive la cholinestérase [4]. Mais la digitale se fixe dans la fibre myocardique et vasculaire et son action activante sur l'acétylcholine se fait d'une manière lente et progressive, sans pouvoir causer des accidents.

4° *Artérite oblitérante*. Nous n'hésitons pas à croire que les améliorations que l'on obtient parfois dans les accidents des artérites oblitérantes (ulcérations, gangrène, etc.) ne s'expliquent nullement par une action hypotensive, mais par son *action trophique sur les tissus*.

Pour les raisons exposées plus haut, lorsque l'artérite oblitérante survient chez un hypertendu, l'ACh est contre-indiquée.

3. D. Daniélopolu : Action hypotensive de la digitale chez les hypertendus. *Soc. Biologie*, 1916 et *Arch. des maladies du cœur*, Paris, 1917.

4. D. Daniélopolu, Marin Popesco et Ed. Mezincesco. *Bull. Acad. Méd. Roumanie* 1944.

REMARQUES SUR LA LOCALISATION DIENCÉPHALIQUE DE L'ÉPILEPSIE

A PROPOS D'UN CAS CLINIQUE

PAR MM.

J.-A. CHAVANY et **M. FELD**

(Paris)

Un grand mystère plane encore sur le mécanisme intime de l'épilepsie et nous ignorons tout des modifications cellulaires ou dynamiques qui la conditionnent expressément. La question de la localisation de la perturbation nerveuse qui l'engendre est toujours très controversée. Les *théories corticale et extra-corticale* continuent à s'affronter. Etayée par la notion déjà ancienne de l'excitabilité électrique de l'écorce (Hitzig et Fritsch) et sur de très nombreuses constatations anatomo et histo-pathologiques, la théorie corticale possède encore une quantité de partisans convaincus. Toutefois, la théorie extra-corticale paraît en ce moment gagner un terrain sérieux en se basant sur des faits physio-pathologiques nouvellement acquis grâce à l'expérimentation sur l'animal et aux interventions neuro-chirurgicales chez l'homme, en utilisant des faits anatomo-cliniques révélés par l'étude de l'épilepsie des tumeurs cérébrales et aussi de l'épilepsie essentielle, en tenant compte enfin de tests thérapeutiques d'ordre pharmaco-dynamique.

Chacune de ces deux pathogénies s'est adjugée en propre certains aspects cliniques spéciaux de l'épilepsie qu'elle explique plus précisément. Il est par exemple classique d'attribuer aux lésions du territoire cortical les *crises d'épilepsie partielle* dont la plus commune, sinon la plus intéressante et la plus démonstrative, est l'épilepsie bravais-jacksonienne. A l'opposé les lésions des territoires centraux se voient attribuer, classiquement aussi, la genèse de crises très spéciales dans lesquelles domine l'élément tonique paroxystique et qui ont été décrites sous les noms divers d'*épilepsie extra-pyramidale* (Krisch, Sterling), d'*épilepsie striée* (Wimmer), d'*épilepsie sous-corticale* (Spiller, Guillain et ses collaborateurs).

Dans le cadre de cette épilepsie basilaire il vient de nous être donné d'observer *un cas vraiment hors série*, car il offre à notre méditation un mélange de signes de la plus banale des épilepsies dites essentielles et de signes *éminemment suggestifs* très heureusement présentés *au ralenti* et comme *sous un fort grossissement*. Un tel groupement sémiologique inhabituel, *curieusement stéréotypé* à chaque crise, nous paraît susceptible d'entraîner une conviction nette, quant au point de départ du stimulus épileptogène.

Observation. — Une jeune fille de 21 ans, P. B..., d'apparence normale, nous est adressée par le Dr Soulié (de Stains) pour élucider une histoire de *crises nerveuses très curieuses*, identiques à elles-mêmes dans les grandes lignes, dont la première remonte à la puberté, et qui se sont reproduites à 6 *reprises différentes* dans sa vie de jeune fille, *toujours dans la période des règles* soit que la malade soit indisposée depuis un ou deux jours, soit que les règles surviennent immédiatement après le début de la crise. Ses règles sont régulières mais très abondantes et très douloureuses s'accompagnant de vomissements (état dysménorrhéique non douteux en voie d'ailleurs d'amélioration).

Le début de la crise est *brutal* sans prodromes ni aura. Brusquement, le sujet, *comme électrocuté*, pâlit et *tombe sans connaissance* sur le sol. Les bras se raidissent le long du corps, les avant-bras en extension-pronation, les doigts étendus serrés les uns contre les autres; les membres inférieurs se placent en extension forcée, la nuque et le rachis sont raides et le tronc en apnée. *Cette phase tonique* dure une minute environ puis, après une *très brève phase de secousses cloniques généralisées* de petite amplitude avec écume sanguinolente sur les lèvres, survient *la phase stertoreuse* avec respiration bruyante et détente musculaire qui s'amorce progressivement, laissant persister quelque temps un certain taux de raideur rachidienne qui a pu, lors de la première crise, en imposer pour une méningite.

Cette *phase comateuse* qui s'accompagne de mydriase, de sialorrhée et d'hypersudation va se prolonger. Dans l'heure qui suit le début la *malade vomit* et la *température rectale prise à ce moment est de 39° 5 à 40°, hyperthermie qui va durer vingt-quatre heures environ* pour tomber ensuite assez rapidement. Dès les premières heures la malade *perd ses urines* mais pas ses matières; la constipation va se prolonger plusieurs jours.

Au bout de six à huit heures la profondeur du coma va s'atténuer pour se transformer insensiblement en un *état léthargique singulier* avec un certain taux d'agitation. La respiration est redevenue normale, superficielle, la malade dort d'un sommeil agité, d' « *un sommeil d'ivrogne* ». Fréquemment elle se retourne dans son lit de façon brusque et désordonnée. On est obligé de lui mettre les planches pour éviter la chute. Elle geint par intervalles, portant la main à sa tête. Par une forte excitation verbale ou manuelle on la tire de cet état, elle ouvre les yeux, ne reconnaît personne, dit un ou deux mots sans rapport avec la question posée, puis se rendort. L'examen neurologique pratiqué à ce moment est pratiquement négatif. Réflexe cutané plantaire en flexion des deux côtés. Inconsciemment hostile à l'examen, la malade n'apparaît pas détendue et une certaine hypertonie d'opposition lutte contre les tentatives de mobilisation passive des membres et du tronc. Cette phase, inconsciente, comateuse, puis léthargique, durant laquelle la malade perd ses urines et ne prend aucune alimentation, *se poursuit quarante-huit heures*, non influencée par l'ortédrine.

Assez brusquement lui fait suite une *phase d'obnubilation confusionnelle durant encore quarante-huit heures*. Par moments somnolente, bâillant et s'étirant, la malade assise maintenant dans son lit commence à reconnaître ses proches, répond à quelques questions, mais ne peut encore dire où elle se trouve, ni le jour qu'on est et ne sait ce qui s'est passé. Elle répond d'ailleurs d'une manière rogue et bougonne comme un enfant mal éveillé. Elle se plaint de courbature généralisée. Elle commence à ne plus perdre ses urines, mais ne demande pas encore à s'alimenter.

Elle reprend tous ses esprits *vers le cinquième jour* ayant complètement oublié la crise épileptique et la phase comato-léthargique, mais gardant quelques souvenirs de la phase d'obnubilation confusionnelle.

La première crise (1935) fut plus longue, s'étalant sur quarante-cinq jours, avec une phase comato-léthargique de dix jours durant laquelle se produisit une hémiplégie gauche régressive.

Dans l'intervalle des crises le sujet a de *fréquentes absences journalières* de très courte durée et n'aboutissant jamais à la chute.

A retenir dans les antécédents la notion de *convulsions infantiles survenues à l'âge d'un an* et d'une entérite de long cours dans les premières années. A fait coqueluche, rougeole, oreillons. Pas de stigmates de syphilis héréditaire. Demi-frère du père de la malade épileptique.

Comme troubles, signes neurologiques résiduels, on trouve une diminution du réflexe achilléen gauche, une légère déviation à droite dans l'épreuve de l'index, une parésie faciale inférieure gauche minime et un signe de la jambe inconstant à gauche. Fonds d'yeux normaux. Pas de troubles du champ visuel. Psychisme normal. *Impressions digitales nettes* et selle turcique normale à la radiographie simple du crâne.

La *ventriculographie* montre des ventricules latéraux non déviés, ni déformés, ni dilatés, mais sur les clichés dits « cornes frontales » et « oblique postérieure » on voit un *troisième ventricule aplati latéralement*, rétréci, large de 2 mm. environ alors que normalement il mesure 5 à 6 mm. Il n'y a donc aucun obstacle à la circulation du liquide céphalo-rachidien. L'aplatissement du V3 est probablement en rapport avec une tuméfaction inflammatoire de ses parois latérales (noyaux gris centraux). C'est un *aspect radiologique de diencéphalite*.

L'*électro-encéphalogramme* pratiqué au laboratoire du Prof. Baudoin par Mlle Cloche montre un tracé très altéré. Rythme base de 12H visible seulement en occipitale. Sur les dérivations antérieures — rolandiques et frontales — rythme de 6 à 7 H, instable, irrégulier, notamment en rolandique. Ondes lentes isolées ou en courtes bouffées d'une fréquence de 3 H, fréquentes, de grande amplitude, généralisées à toutes les dérivations antérieures médianes et postérieures droites et gauches avec prédominance légère à gauche. Les régions rolandiques seraient les plus altérées quant au rythme. Par contre l'amplitude des ondes lentes est maxima en occipitale. L'hyperpnée augmente légèrement le nombre et l'amplitude des ondes lentes.

En résumé nous sommes en présence d'une jeune fille de 21 ans présentant depuis l'âge de 13 ans (époque approximative de sa formation) des *crises épileptiques très spéciales*, remarquables :

1° Par leur rareté relative (6 en tout en huit ans).

2° *Leur déroulement tout à fait anormal* marqué par la brutalité de l'attaque tonique et la discrétion du clonisme, l'*exceptionnelle durée* (quarante-huit heures) *de la phase d'inconscience comateuse d'abord, narcoleptique* ensuite, *l'inhabituelle durée de la phase crépusculaire* qui nécessite encore quarante-huit heures pour le retour à la normale.

3° Par leur nette superposition avec les périodes menstruelles chez un sujet typiquement dysménorrhéique.

4° Par *une forte hyperthermie* qui sous-tend les premières vingt-quatre heures de la crise.

Les périodes intercalaires sont émaillées d'absences typiques. L'examen neurologique et endocrinien est à peu près négatif. La ventriculographie montre une image *rencontrée dans les inflammations du diencéphale* et l'électro-encéphalogramme met en évidence des signes nets de souffrance cérébrale. A noter que cette malade a été améliorée par le gardénal, le rutonal et les injections intraveineuses de cyanure de mercure.

Cette observation, rare par sa richesse symptomatique, s'apparente à des cas étudiés par Sterling et rapportés en Avril 1931 devant la Société de Neurologie de Varsovie dans une communication sur les *équivalents hyperthermiques de l'épilepsie essentielle*. Dans le cas I, Sterling retrace l'histoire d'un enfant de 10 ans dont la maladie a débuté il y a sept ans par des absences fréquentes et des crises convulsives et chez qui, depuis quatre ans, se sont installés des accès avec une symptomatologie stéréotypée : somnolence le soir et état anxieux pendant la nuit accompagnés d'une obnubilation profonde de la conscience, hallucinations visuelles, tachycardie (112-120), élévation passagère de la température jusqu'à 40°2 pendant huit à douze heures ; ensuite céphalée, prostration somatopsychique et amnésie consécutive. Dans le cas III, il s'agit d'un sujet de 36 ans observé depuis six ans qui fait, à côté d'accès comitiaux, des crises de narcolepsie prolongées (cinq à sept heures) accompagnées toujours par un état fébrile jusqu'à 40°1. On ne retrouve pas dans les observations de l'auteur polonais l'unité de temps qui caractérise la forme condensée de la nôtre et fait qu'à chaque fois, pour les 5 dernières crises, à la suite du déclenchement initial, toute la symptomatologie s'est déroulée au grand complet comme s'il s'agissait d'un film qu'on fait passer à volonté.

Elle s'apparente aussi à certains cas de syndrome de Gelineau.

En matière d'épilepsie, comme en tout autre problème, il faut sérier les questions et distinguer, comme l'a fait Mlle Moreau dans sa remarquable thèse sur « l'Epilepsie des tumeurs cérébrales » (Paris 1943) inspirée par notre maître Clovis Vincent et par Klein, la véritable épilepsie généralisée ou *épilepsie-coma* dans laquelle la perte de connaissance, trouble initial, représente l'essentiel, les phénomènes convulsifs formant l'accessoire et *les convulsions qui se généralisent* à partir d'une crise B.-J. ou d'une crise partielle non motrice, une telle généralisation s'accompagnant ou non de perte de connaissance celle-ci étant toujours secondaire et représentant alors l'élément accessoire du syndrome. Notre cas est bien spécifiquement un cas d'épilepsie-coma. *Facteur d'associations pathologiques* suivant l'expression de Mlle Moreau, la crise d'épilepsie représente une somme de troubles pathologiques dont chacun nécessite la mise en branle de centres et d'appareils situés à des étages différents. Où sont placés ces divers centres ? C'est là une partie de la question,

nais le point principal est de savoir où situer le entre primaire d'où part le stimulus épileptogène.

Notre observation, avec sa séméiologie régionale au plus haut point évocatrice, éveille tout de suite l'idée du déclenchement diencéphalique d'un tel trouble, apportant ainsi sa modeste contribution à la thèse de l'origine généralement diencéphalique de l'épilepsie, brillamment soutenue ici même par Salmon (de Florence).

Il apparaît paradoxal de prime abord d'incriminer le diencéphale dans une affection où le phénomène primordial est un trouble de la conscience, faculté qui s'exerce normalement au niveau des hémisphères et par leur intermédiaire. C'est qu'à côté de cet appareil cortical d'élaboration des fonctions de la conscience il existe un autre appareil à la base du cerveau qui paraît tenir sous sa dépendance *le possible exercice de cette conscience* (Mlle Moreau) agissant à la manière d'un commutateur électrique.

Les arguments purement cliniques ont leur valeur quoique relative. L'importance de la note neuro-végétative qui accompagne l'épilepsie est d'abord à retenir, qu'il s'agisse *des troubles vaso moteurs* (pâleur ou cyanose des téguments), *des troubles respiratoires* (apnée puis stertor), *des troubles circulatoires* (accélération du rythme), de *l'hypersudation*, de *l'augmentation de la sécrétion urinaire des modifications thermiques* et *des manifestations hypniques*. Ces perturbations traduisent bien la souffrance de ce cerveau végétatif qu'est le diencéphale, comme en témoigne leur possible reproduction expérimentale grâce à des irritations locales. Et elles acquièrent une valeur encore plus démonstrative lorsque certaines d'entre elles *sont outrées*, comme dans notre cas personnel. Du fait des rapports des noyaux infundibulaires avec l'hypophyse et, par son intermédiaire, avec d'autres glandes à sécrétion interne, certaines coïncidences endocriniennes méritent en outre attention comme la recrudescence des crises à la puberté, au moment des règles, à la ménopause, coïncidences jamais en défaut chez notre jeune fille.

Parmi *les arguments anatomo-cliniques* s'impose en premier lieu la fréquence de l'épilepsie-coma dans l'histoire évolutive des tumeurs qui avoisinent le V3, *l'irritant sans le détruire*. Et même dans les tumeurs hémisphériques, *les plus épileptogènes* sont les frontales ou temporales profondes qui viennent comprimer de façon médiate ou immédiate la région basilaire. Il faut encore citer l'importance des *lésions méningées chroniques* de la base du cerveau et plus spécialement de la région interpédonculaire (Dide) qu'on observe à l'autopsie des épileptiques anciens et graves (du type essentiel), lésions qui peuvent s'objectiver, du vivant des sujets, par certains aspects ventriculographiques montrant le passage inaccoutumé d'une quantité considérable d'air dans les citernes de la base.

On donne *comme argument thérapeutique* le fait que les plus puissants antiépileptiques sont les produits de la série barbiturique dont on sait, depuis les travaux de Demole, de von Economo, l'action élective sur l'activité des centres infundibulo-tubériens.

Mais ce sont les *arguments expérimentaux* qui apparaissent les plus décisifs, qu'il s'agisse d'expérimentation chez l'animal ou de certaines manœuvres neuro-chirurgicales qui, chez l'homme, acquièrent valeur d'expérience. Il y a d'abord *un argument négatif de qualité*, c'est que, par excitation électrique progressive et directe *du cortex* d'un épileptique, on ne parvient jamais à déclencher, *de façon primitive*, le coma épileptique (Penfield, Foerster, Cl. Vincent). *Parmi les faits positifs* rappelons que chez l'animal *auquel on a enlevé les hémisphères* (animal décortiqué) en conservant entièrement le méso-diencéphale, la crise cardiazolique *apparaît avec la même intensité et la même richesse de symptômes que chez l'animal normal* [Assuad (*Thèse de Paris*, 1940)]. Depuis longtemps déjà, en outre, de Cyon et Horschley avaient déterminé des crises comitiales violentes par stimulation de l'hypophyse des animaux avec un courant électrique de faible intensité. Demole, Marinesco avec Sager et Kreindler, Morgan avaient fait de même en injectant des produits chimiques dans les parois du V3, surtout dans son plancher. Tous les neuro-chirurgiens ont observé des crises comitiales en explorant cette région du cerveau à l'occasion d'une intervention de cranio-pharyngiome, de méningiome supra-sellaire, de méningiome de l'aile ; il est fréquent, comme c'est le cas dans l'arachnoïdite opto-chiasmatique, que la crise observée soit la première présentée par le sujet. Toutes les pressions, tous les tiraillements exercés dans la région du V3 sont susceptibles de provoquer la crise, mais à la suite d'explorations méthodiques pratiquées par Cl. Vincent il semble que le point d'élection soit situé à la partie postérieure du V3.

De toutes ces preuves administrées de diverses façons, de l'observation de cas aussi typiques que le nôtre, il ressort nettement que l'épilepsie diencéphalique a définitivement acquis droit de cité dans la nosographie médicale. Et dans cette épilepsie basilaire il convient à coup sûr d'intégrer l'électrochoc comme Delay s'attache à le prouver brillamment, le courant électrique employé ici de façon massive allant immédiatement impressionner le cerveau moyen.

En admettant encore après H. Jackson et K. Wilson qu'il peut exister des crises épileptiques de *niveau cérébral différent*, il nous apparaît que le diencéphale représente dans de très nombreux cas le point de départ du stimulus épileptogène ; née de cette région l'onde épileptique cheminant par un mécanisme difficile à préciser va influencer les autres appareils qui entrent en jeu simultanément à l'occasion de la plus banale des crises d'épilepsie généralisée.

MOUVEMENT BIOLOGIQUE

L'EFFET DE GROUPE EN PHYSIOLOGIE

Les progrès incessants de la biologie posent progressivement de nouveaux problèmes à l'attention des chercheurs. C'est ainsi que l'action du milieu extérieur sur le fonctionnement des organismes s'est peu à peu révélée considérable. Une nouvelle discipline, l'écologie, s'est même individualisée et, depuis trente ans, les travaux la concernant se sont multipliés. A l'étranger il existe plusieurs périodiques spéciaux, de haute tenue scientifique, qui lui sont exclusivement consacrés : *Ecology*, *Journal of Animal Ecology*, *Ecological Monographs*, *Journal of Ecology*, etc. Plus récemment, les écologistes ont été amenés à distinguer dans les facteurs du « milieu » deux ordres de faits assez différents : les plus simples, ceux du moins dont l'analyse est plus aisée et fut de ce fait la première entreprise, sont les facteurs physico-chimiques : température, humidité, pression atmosphérique, ionisation de l'air, pH et teneur en sels et gaz de l'eau, etc. Les seconds sont des facteurs d'ordre biologique, particulièrement importants chez les animaux sociaux, qui entraînent une interdépendance étroite des individus d'un même groupe. Ceux-ci réagissent différemment s'ils sont isolés ou s'ils sont groupés, et toutes les fonctions de l'organisme, qu'elles soient physiologiques ou psychologiques, paraissent susceptibles de réagir à ces *facteurs de groupe*. Ainsi est née la physiologie des foules, la « mass physiology » des auteurs de langue anglaise, dont le domaine n'a cessé de s'étendre au cours de ces dernières années.

C'est à deux chercheurs parisiens, M. et Mme G. Bohn, que revient le mérite d'avoir les premiers démontré de façon irréfutable l'existence et l'importance des effets de groupe. Le 22 Novembre 1920, ils présentaient à l'*Académie des Sciences* une note sur les « *Variations de la sensibilité à l'eau douce des Convoluta, suivant les états physiologiques et le nombre des animaux en expérience* ». L'étude de ces petits vers marins de l'ordre des Turbellariés les amenait à conclure : « Toutes conditions égales d'ailleurs, les individus isolés sont infiniment plus sensibles que les individus groupés, *comme si le fait d'être groupés constituait pour eux une protection*[1]. Le contraste est souvent saisissant. Soit deux verres de montre, dont l'un contient, dans de l'eau diluée à 75 pour 100, quelques individus, et l'autre plusieurs centaines de Convoluta ; les premiers sont cytolysés en quelques heures, les derniers après plusieurs jours. Ce fait nous paraît avoir un haut intérêt pour la physiologie et la biologie générale. »

G. Bohn et A. Drzewina[2] ne s'en tinrent pas à cette première constatation. Ils étendirent leurs recherches à d'autres toxiques et à d'autres espèces animales plus ou moins élevées en organisation. C'est ainsi qu'ils confirmèrent pleinement leurs conclusions primitives en étudiant l'action de l'argent colloïdal en suspension dans l'eau contenant des infusoires, des hydres et des embryons et têtards de grenouille. Protozoaires et Vertébrés réagissaient comme les invertébrés, quel que soit le toxique étudié.

Ces travaux suscitèrent en France d'assez nombreuses critiques, et l'œuvre entreprise et continuée par G. Bohn et A. Drzewina ne fut pas poursuivie chez nous par d'autres chercheurs. Il n'en fut pas de même à l'étranger. Aux Etats-Unis, W. C. Allee reprenait bientôt ces recherches sur des Isopodes terrestres et, dès 1926, confirmait entièrement les résultats de Bohn[3]. Depuis, avec l'aide de très nombreux élèves, il n'a cessé de publier de nouveaux travaux de la plus grande importance. Sur un autre matériel et avec des méthodes différentes, d'autres biologistes : E. F. Darling et L. H. Matthews en Angleterre, R. Chauvin en France, ont apporté des précisions nouvelles sur le mode d'action de ces facteurs de groupe aussi bien chez les invertébrés que chez les vertébrés.

*
* *

Il ne saurait être question de résumer ici tout ce que l'on sait actuellement sur la physiologie des foules, W. C. Allee ayant fait, à trois reprises[4], le point de nos connaissances ; mais nous voudrions insister sur quelques points particulièrement importants à connaître car ils sont susceptibles d'applications humaines et capables d'expliquer un certain nombre de points obscurs jusqu'ici aux yeux des médecins.

L'action du groupement sur les échanges respiratoires de ses membres est une des constatations les plus curieuses et les plus constantes faites jusqu'ici. C'est sur le poisson rouge que A. Shlaifer[5] fit les expériences les plus concluantes. Il constate que dans un volume d'eau donné un poisson rouge isolé *brûle plus* d'oxygène et a une activité motrice plus grande qu'un poisson faisant partie d'un groupe de deux ou de quatre. Un animal d'un groupe de deux consomme la même quantité d'oxygène qu'un animal d'un groupe de quatre. Par ailleurs, la consommation d'oxygène augmente avec le volume d'eau disponible, mais cette augmentation n'entraîne pas de surcroît d'activité. Des faits semblables avaient été soulignés auparavant par Allee (1927), Schwett (1933-1934) et Bowen (1932). Ils semblent d'ailleurs très généraux dans le règne animal : Shlaifer les a retrouvés chez les phasmes (insectes orthoptères) et

1. Cette phrase a été soulignée par nous.
2. G. Bohn et A. Drzewina : La défense des animaux groupés vis-à-vis des agents nocifs. *C. R. de l'Acad. des Sc.*, 1921, **171**, 779. — Variations de la susceptibilité aux agents nocifs avec le nombre des animaux traités. *C. R. de l'Acad. des Sc.*, 1921, **172**, 485-487. — Les Convoluta. Introduction à l'étude des processus physico-chimiques chez l'être vivant. *Annales des Sciences Naturelles*, Zoologie, 1928, 299-398.
3. W. C. Allee : Studies in animal aggregations : Causes and effects of bunching in land isopods. *J. exper. Zool.*, 1926, **45**, 255-277.
4. W. C. Allee : *Animal aggregations : A study in général sociology*, Chicago, 1931, 431 p. — Recent studies in mass physiology. *Biological Reviews*, Cambridge, 1934, **9**, 1-48. — *The social life of animals*. New-York, 1938, 293 p.
5. A. Shlaifer : Studies in mass physiology : the effect of number upon the oxygen consumption and locomotor activity. *Physiol. Zool.*, 1938, **11**, 408-424.

R. Chauvin [6], dans une thèse de sciences particulièrement intéressante, les a décrits chez le criquet pèlerin. Mais ce qui paraît le plus intéressant c'est le mécanisme de cette action. En effet, Shlaifer a montré qu'il suffisait pour obtenir l' « action de groupe » de mettre le poisson rouge isolé en *contact visuel* avec un de ses congénères, et la vue d'un poisson mort suffit à déclencher cette réaction chez un poisson vivant. Des individus groupés dans l'obscurité totale ou dont les yeux ont été vernis ont la même consommation d'oxygène que les isolés. Si l'un des isolés est mis en contact, par la vue seule, avec d'autres poissons (soit au moyen d'un petit aquarium placé dans un grand, soit simplement au moyen d'un miroir qui lui reflète sa propre image) ce simple contact visuel produit l'effet de groupe. R. Chauvin [7] a mis en évidence, dans notre laboratoire, un mécanisme analogue dans le déterminisme des « phases » du criquet pèlerin.

L'action de groupe sur la croissance a également fait l'objet de très nombreux travaux, mais son mécanisme semble être de nature assez différente. T. Vetulani [8] et E. Retzlaff (1938) ont montré que des souris blanches, *d'une même souche*, croissent plus vite en petits groupes qu'en grand nombre; si elles sont isolées, elles croissent plus lentement. Mais ceci n'est vrai que si l'élevage est fait à 16° C ; à une chaleur plus forte (29-30° C) c'est l'inverse que l'on observe, et la souris isolée croît plus rapidement. Il semble que dans le cas de ces petits mammifères élevés à 16° C le groupement doive son rôle favorisant au fait qu'il empêche la déperdition de chaleur des individus groupés. On sait qu'une souris a beaucoup de peine, du fait de sa taille, à maintenir constante sa température intérieure et qu'un changement de température extérieure de 30° C à 18° C entraîne un abaissement de la température centrale de 0°4 C [9]. Une souris isolée dépense donc la plus grande partie de son énergie à maintenir sa température intérieure alors que le groupement des sujets les uns contre les autres lui permet d'employer cette énergie à sa croissance. De plus, le léchage mutuel des lésions cutanées, surtout au niveau de la tête, favorisait la croissance, par action antiseptique du mucus buccal. Allee et ses élèves [10] ont également établi que les poissons rouges ont une croissance plus rapide quand on les met dans des eaux « conditionnées » auparavant par leurs congénères. Il semble que les substances responsables de cet effet favorable soient à rechercher dans les aliments régurgités dans l'eau par les poissons « conditionneurs ». Ces particules sont responsables de 80 pour 100 environ du pouvoir favorisant de l'eau conditionnée. Le mucus du revêtement cutané aurait également un rôle.

La protection contre les effets toxiques fut, comme nous l'avons vu, la première « action de masse » mise en évidence. Elle a été confirmée à tous les échelons de la classification zoologique. Allee et E. Bowen [11], reprenant les expériences de Bohn sur l'argent colloïdal, ont confirmé ses résultats avec les poissons rouges. Ils constatent que ceux faisant partie d'un groupe de dix vivent plus longtemps que les individus isolés, les deux catégories étant soumises à la même quantité de toxique. Dans les récipients qui ont contenu 10 poissons groupés, presque tout l'argent colloïdal est précipité, tandis que dans ceux qui ont contenu un seul poisson presque tout l'argent est encore en suspension. Le mucus sécrété par les poissons groupés a changé la plupart de l'argent colloïdal en une forme moins toxique et le groupe vaut à ses membres une survie plus longue. Fowler [12] constate que les daphnies groupées survivent plus longtemps que des isolées dans une eau très alcaline. Les animaux groupés, excrétant plus de CO_2, neutralisaient ainsi l'alcali. Allee et Wilder [13] ont constaté chez les planaires que le groupe favorisait la protection des individus qui le composent contre la présence de toxiques et contre l'exposition létale aux rayons ultra-violets. Certains de ces résultats sont manifestement dus à l'action du groupe sur les échanges respiratoires. Les individus groupés ayant des échanges plus réduits que les isolés résisteraient mieux au toxique, car on a montré depuis longtemps que lorsque les animaux sont exposés à un poison ce sont ceux qui ont les plus forts échanges respiratoires qui meurent les premiers. Mais une telle explication ne peut être généralisée à tous les cas et nous avons vu que la « substance protectrice » de Bohn avait été individualisée dans certains cas.

Ce sont les effets sur la reproduction et la psycho-physiologie sexuelle qui paraissent de tous les plus intéressantes et les mieux étudiées au point de vue de leur mécanisme. Depuis longtemps les protistologues avaient vu que lorsqu'on met ensemble deux protozoaires d'une même espèce leur taux de division est considérablement plus élevé (plus du double) que lorsqu'il n'y a qu'un seul infusoire isolé [14]. Johnson [15] a confirmé ce fait et nous verrons le parti que l'on peut tirer de ces constatations au point de vue médical. R. Pearl et S. Parker [16] avaient également constaté que chez les drosophiles il y a un optimum de groupement qui entraîne une reproduction plus rapide et plus nombreuse. Chez les oiseaux, Harper [17] avait montré, il y a déjà longtemps, que chez le pigeon l'ovulation de la femelle ne se produit que huit jours après l'introduction du mâle. Il constata par la suite qu'il suffisait de mettre ensemble deux pigeonnes pour obtenir le même résultat, l'accouplement n'étant pas nécessaire et la présence d'un compagnon de même sexe étant suffisante. L. H. Matthews [18] a constaté que dans ce cas le stimulus était uniquement visuel. L'ovulation d'oiseaux séparés du mâle par une glace ou isolés devant un miroir montre que ce stimulus n'est pas tactile. Dans ce dernier cas, l'image de l'oiseau isolé devant le miroir suffit pour produire l'ovulation. Fraser Darling [19] a montré qu'un nombre minimum de couples est nécessaire dans toute colonie nicheuse d'oiseaux grégaires (colonies de goélands argentés, *Larus argentatus* Pontopp) pour produire le stimulus nécessaire à l'ovulation. Au-dessous d'un certain seuil numérique, le cycle reproducteur ne peut s'accomplir et certaines petites colonies observées ne purent compléter leur cycle et nourrir leurs jeunes. Patel [20] a par ailleurs établi que, chez les pigeons, le mâle ne peut sécréter de lait par ses glandes du jabot que lorsqu'il peut voir la femelle couvant ses œufs. La stimulation visuelle mutuelle semble donc chez les oiseaux un fait très général dans leur comportement sexuel.

Ces derniers exemples nous font toucher du doigt un des mécanismes fondamentaux qui doivent jouer dans les effets de groupe des vertébrés supérieurs. Qu'il s'agisse des échanges respiratoires ou des fonctions de reproduction, le rôle des stimuli visuels a été mis hors de doute. Quand l'on rapproche ces constatations de celles de Benoit sur le réflexe optosexuel et des nombreuses expériences ayant abouti à la notion du réflexe opto-pituito-mélanocytaire des vertébrés inférieurs, on ne peut se défendre de penser que le relais entre les organes des sens d'un côté et les organes effecteurs de l'autre doit être hypophysaire. Les expériences cruciales manquent encore, mais tout cet ensemble de faits rend cette interprétation très plausible.

Quel intérêt peuvent présenter ces données expérimentales pour le physiologiste médecin ? Elles nous paraissent de deux ordres. Certes, la physiologie de l'homme « groupé » en comparaison de l'homme isolé reste encore à faire, mais dès maintenant l'on entrevoit une action de ce genre dans la genèse de certains faits. On sait depuis longtemps que les jeunes filles sont réglées plus précocement dans les villes que dans les campagnes, *tout facteur racial étant égal par ailleurs*, et le rôle des stimuli visuels (cinéma, modes, etc.) dans la genèse de cette puberté précoce est admis actuellement par tous les anthropologistes. Il a même été possible, dans un certain nombre de cas, de suivre dans le temps cette précocité de maturation génitale en fonction du changement des conditions de vie. Bolk a ainsi établi qu'en Hollande l'âge moyen de la puberté féminine était passé de 15 ans et 3 mois en 1880 à 13 ans et 9 mois ces dernières années. Inversement, il est bien prouvé que la ménopause est plus tardive en milieu rural qu'en milieu urbain. Au fur et à mesure des progrès de l'anthropologie physiologique et de l'écologie humaine, de nouveaux faits de ce genre seront certainement mis en évidence. Cette « action de masse » intéresse également le médecin sous un autre angle. J. Churchman et M. Kahn [21] ont établi expérimentalement que *Bacillus coli* ne peut croître sur milieu à l'agar additionné de violet de gentiane s'il est ensemencé seul. Par contre, si l'on ensemence ensemble 30 bactéries ou plus, elles croissent régulièrement. Cette constatation ne pourrait-elle pas être invoquée comme un des facteurs pouvant intervenir dans le mécanisme de l' « infection massive » ?

Léon Binet et F. Bourlière.

6. R. Chauvin : Contribution à l'étude physiologique du Criquet pèlerin et du déterminisme des phénomènes grégaires. *Ann. Soc. Entom. France*, 1941, **110**, 133-272.
7. R. Chauvin : Sur le grégarisme du Criquet pèlerin. *C. R. de l'Acad. des Sc.*, 1941, **212**, 175.
8. T. Vetulani : *Biol. gen.*, 1931, **7**, 71-98 et E. Retzlaff : *Biol. gen.*, 1938.
9. L. Chevillard : *Ann. Physiol. Physico-Chimie biol.*, 1935, **11**, 468-484.
10. *J. exp. Zool.*, 1934, **68**, 183-213 ; *Physiol. Zool.*, 1930, **9**, 409-432, etc.
11. *J. exp. Zool.*, 1932, **61**, 185-207.
12. *Physiol. Zool.*, 1931, **4**, 214-245.
13. *Physiol. Zool.*, 1938.
14. Robertson T. Brailsford : *Biochem. Journ.*, 1921, **15**, 612-619.
15. *Amer. Nat.*, 1937, **71**, 5-20.
16. *Proc. Nat. Acad. Sc.*, 1922, **8**, 212-219.
17. *Amer. J. Anat.*, 1904, **3**, 319.
18. L. H. Mathews : Visual stimulation and ovulation in pigeons. *Proc. Royal. Soc.*, B, 1939, **126**, 557-560.
19. *Birds Flocks and breeding cycle.* London, Cambridge U. P., 1938, 124 p.
20. *Physiol. Zool.*, 1936, **9**, 129.
21. *J. exp. Med.*, 1921, **33**, 583-591.

REVUE DES THÈSES

THÈSE DE MONTPELLIER

Pierre Passouant. *La maladie de Steinert et le problème de la transmission neuro-musculaire* (*Imprimerie de la Charité*), Montpellier, 1943. — La thèse de P. P. a le double mérite d'une excellente revue générale et d'un apport original appréciable.

A vrai dire, peu de faits nouveaux ont été apportés depuis la thèse de Rouquès, le meilleur travail français d'ensemble de ces dernières années sur la maladie de Steinert. La pathogénie en demeure encore obscure, mais les récents travaux sur la physiologie musculaire et la transmission neuro-musculaire de l'excitation ont du moins éclairé d'un jour nouveau le problème. Déjà, se basant sur des données anatomiques et électrologiques, de nombreux auteurs avaient montré les étroits rapports unissant myopathies, maladie de Thomsen et maladie de Steinert. S'engageant encore plus hardiment dans cette voie, P. P. fait également entrer dans le vaste groupe des dystrophies musculaires des troubles musculaires « de fonction » comme la myasthénie, voire des atrophies dont l'origine myélopathique est généralement admise, comme l'atrophie Charcot-Marie. Il y aurait beaucoup à dire sur cette conception qui exagère peut-être les similitudes aux dépens des différences. De façon générale, et dans le cas particulier de la maladie de Steinert, P. P. fait jouer un rôle essentiel au trouble de la transmission neuro-musculaire. D'après ses dosages personnels la cholinestérase est très diminuée dans le muscle et le sang, alors que l'acétylcholine musculaire est augmentée chez ces malades. P. P. en déduit une théorie intéressante, qui fait entrer la myotonie dans le cadre des « maladies de synapse ». Enfin P. P. passe en revue les diverses thérapeutiques : si malgré certains espoirs il semble que l'évolution de la maladie ne puisse être influencée, de moins certains agents pharmacodynamiques ont une réelle action sur le trouble fonctionnel myotonique, en particulier la quinine. Se basant sur les relations existant entre vitamine C et cholinestérase, P. P. a essayé cette vitamine seule ou associée à la quinine ; ses essais ont été encourageants. En somme, excellente thèse que nous regrettons de ne pouvoir exposer et discuter plus longuement.

Y. Pécher.

SOCIÉTÉS DE PARIS

ACADÉMIE DE MÉDECINE

23 Janvier 1945.

M. **Brouardel**, président, annonce le décès de M. **Barrier.**

Notice nécrologique sur M. Sacquépée. — M. **Tanon.**

Rapport sur les conséquences de l'alimentation actuelle des prisonniers de guerre. — M. **Ribadeau-Dumas**, au nom de la Commission de l'alimentation, attire l'attention sur la situation des prisonniers de guerre et des déportés en Allemagne ; de nombreuses lettres indiquent qu'ils ne reçoivent plus qu'une ration très inférieure à celle qui était distribuée dans les pays occupés et absolument insuffisante ; les colis individuels et collectifs de la Croix-Rouge et du gouvernement ne leur parviennent plus et ils ne touchent qu'un colis américain tous les deux mois ; tous se plaignent de la faim et du froid et ont dû abandonner toute activité. Le rapporteur demande à l'Académie de signaler ces faits et de faire confiance au gouvernement, à la Croix-Rouge française et à la Croix-Rouge internationale pour y remédier autant que possible.

— Ces conclusions sont adoptées.

Evolution de la mortalité en France pendant l'occupation. — M. **Le Noir** présente une note de MM. **Chevallier** et **Moine** qui montrent que dans son ensemble la mortalité en France n'a subi qu'une augmentation modérée (11 pour 100) de 1938 à 1941 ; mais si l'on distingue les départements à population urbaine élevée et la région méditerranéenne des départements à population rurale prédominante, on constate que dans le premier cas l'augmentation de la mortalité atteint 37 pour 100, tandis que dans le second, la mortalité a diminué de 10 pour 100, sauf chez les nourrissons chez qui elle s'est légèrement accrue. Les restrictions alimentaires et la sous-alimentation sont les facteurs de l'augmentation des décès.

— M. **Debré** ne pense pas que la diminution de la mortalité observée dans les régions rurales, telles que la Normandie, tienne à un meilleur ravitaillement des habitants ne pouvant plus expédier leurs produits, mais a tendance à l'attribuer à la diminution de l'alcoolisme ; il serait facile de vérifier cette hypothèse en étudiant la répartition des décès suivant les sexes. L'Académie devrait émettre un vœu demandant l'établissement rapide des statistiques par sexes et par âges depuis l'occupation, au moins dans certaines régions.

— Ce vœu est adopté.

Longue pleurésie purulente chez un enfant de 10 ans ; échec de deux pleurotomies et des sulfamides. Guérison par la pénicilline. — M. **Courcoux** présente une note de M. **Roche** qui rapporte l'observation d'une pleurésie streptococcique, secondairement surinfectée par les staphylocoques, chez un enfant de 10 ans ; après échec des ponctions, deux pleurotomies *a minima* furent faites ; puis, on essaya pendant les mois suivants un traitement sulfamidé par la bouche et les lavages pleuraux ; aucun résultat n'ayant été obtenu, la pénicilline fut employée en injections intramusculaires et intrapleurales et la pleurésie qui durait depuis 6 mois fut guérie en 6 jours.

LUCIEN ROUQUÈS.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

17 Janvier 1945.

Le syndrome humoral du tétanos (recherches expérimentales). — M. **Léon Binet** et Mlle **Madeleine Marquis** rapportent les résultats de recherches poursuivies sur le sang de cobayes soumis à une dose mortelle de toxine tétanique. Ces auteurs retiennent de leurs travaux les trois points suivants : 1° l'existence d'une polyglobulie ; 2° des troubles de la glycorégulation ; 3° une chute de la réserve alcaline.

Ce dernier point est analysé par les auteurs qui ont pu noter des réserves alcalines de 15, voire même de 12,5 volumes. Ces dosages confirment des recherches poursuivies par d'autres auteurs sur les lapins et semblent bien constituer une invitation à l'emploi de sérum bicarbonaté dans le tétanos humain.

— M. **Petit-Dutaillis** emploie le sérum glucosé en perfusion par quantités très importantes dans les cas de tétanos généralisé et s'en montre satisfait.

Fonctionnement du Service de Santé pendant la bataille de Caen. — M. **Morice** fait un tableau très impressionnant de la bataille de Caen. Après avoir sobrement dit qu'en quelques instants la plupart des installations chirurgicales de la ville s'effondrèrent sous les bombes, il montre que grâce à leur courage et à leur sang-froid nos collègues de Caen surent, dans les 24 heures, créer de toutes pièces un centre chirurgical important qui allait fonctionner 2 mois.

C'est à l'hôpital d'aliénés du Bon-Sauveur épargné par les bombes sinon par les obus que 6 chirurgiens de la ville s'installèrent, créant un centre chirurgical modèle, disposé selon le principe des hôpitaux de guerre... Grâce à la récupération de matériel sanitaire et de pansements sous les décombres des hôpitaux, cliniques et pharmacies ; grâce aussi à l'existence de deux groupes électrogènes, ils purent assurer un service chirurgical avec des résultats remarquables.

L'auteur passe en revue les diverses catégories de blessés et montre ce qui a été réalisé dans le traitement des plaies du crâne, du thorax, de l'abdomen, des membres.

Malgré la persistance du bombardement par obus qui réduisit finalement l'hôpital à un seul pavillon, les chirurgiens de Caen ont obtenu des résultats analogues à ceux qu'on obtient dans les ambulances de guerre.

Pour terminer, l'auteur insiste sur quelques points importants :

Séparer les équipes chirurgicales et avoir autant que possible au moins une salle d'opérations à l'épreuve des obus.

Ne pas faire travailler les équipes chirurgicales plus de 6 heures pour que le chirurgien puisse faire lui-même ses pansements.

Enfin établir avec le plus grand soin les fiches chirurgicales des blessés dès le triage d'entrée.

Cette communication est l'objet d'applaudissements renouvelés de la part de l'Académie.

— M. **Brocq** souligne tout spécialement l'héroïsme, l'esprit de discipline et d'équipe des chirurgiens de Caen qui continuent actuellement leur travail au milieu des ruines.

Huit observations de tumeurs endothoraciques d'origine nerveuse. — MM. **Maurer, Sauvage** et **Mathey** présentent une des plus importantes statistiques françaises de cette opération rare. Ils insistent sur le fait que nombre de ces tumeurs sont ignorées des malades et n'ont été révélées que par les radiographies systématiques lors d'examens de dépistage actuellement en honneur. Cependant ces tumeurs latentes (5 dans leur cas) doivent être extirpées car en ce moment l'intervention est sans gravité et le malade est ainsi mis à l'abri des complications ultérieures.

Lorsque se manifestent de la dyspnée, des douleurs même légères, il faut penser à la survenue d'une complication qui tient soit au trop grand volume de la masse, soit à sa dégénérescence. Alors l'intervention est plus difficile, parfois même impossible.

Sur 8 cas, 6 étaient des neurinomes, 1 un sympathome, l'autre présentait une dégénérescence fibromateuse.

L'intervention est simple, par section d'un espace intercostal selon son axe, puis section des côtes sus- et sous-jacentes près de leur extrémité postérieure, on obtient assez d'écart pour attaquer la tumeur et l'enlever.

Les résultats obtenus dans les cas sans signes fonctionnels sont constamment bons.

— M. **Roux-Berger** montre par quelques exemples que le siège postérieur de la tumeur paravertébrale n'affirme pas toujours sa nature bénigne. Le diagnostic bien malaisé parfois pourrait se trouver facilité par la pleuroscopie. L'acte opératoire est souvent gêné par les adhérences tumorales au niveau des trous de conjugaison.

— M. **Monod** rapportera 8 nouveaux cas. Il insiste sur le fait que la clef de la dissection de ces neurinomes se trouve dans la section du ou des nerfs intercostaux.

Présentation de malade. — M. **Raymond Bernard** présente une fracture des deux os de l'avant-bras traitée par brochage axial et souligne la facilité de ce procédé. Le résultat est remarquable.

JEAN CALVET.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

19 Janvier 1945.

Scorbut et vitamine P. — MM. **E. Donzelot, P. Bardin, P. Galmiche** et **J. Sénécal** relatent l'observation d'une femme mal nourrie qui présenta un scorbut grave. La saturation par l'acide ascorbique resta sans effet ; l'adjonction de la vitamine P (épicatéchine) guérit complètement et très rapidement la malade.

Ce fait vient à l'appui de l'opinion de Szent-György qui fait du scorbut une avitaminose C associée à une avitaminose P.

Phénomènes de shock après injection intraveineuse de gluconate de calcium. — MM. **Halbron** et **Pestel** rapportent une observation de shock après injection intraveineuse de gluconate de calcium. L'intensité de la réaction thermique (41°5), les troubles objectifs (hématémèses et mélæna) leur paraissent intéressants à retenir.

Les phénomènes d'intolérance au calcium semblent d'ailleurs fréquents actuellement et méritent d'être pris en considération avant de prescrire une médication peut-être trop largement répandue.

— M. **Rist** a connaissance de nombreux cas analogues. On a incriminé la mauvaise qualité du verre des ampoules. Mieux vaut actuellement s'abstenir de cette médication.

— M. **Hillemand** a observé également des phénomènes de shock après injection intramusculaire de laristine et il semble qu'il faut accuser le verre des ampoules. Un cas de mort a été observé à Saint-Antoine après injection intraveineuse de gluconate de calcium. La fréquence des abcès après les injections intramusculaires a été notée aussi.

— M. **Poumailloux** souligne également la fréquence des shocks après injection intraveineuse de calcium et celle des abcès après injections de gluconate et d'autres médicaments.

— M. **Ameuille** rappelle que le gluconate de calcium a déjà donné lieu jadis à des accidents de ce genre.

Méningite à pneumocoques guérie par des doses énormes de méthyldiazine. — M. **de Gennes** relate l'observation d'une méningite à pneumocoques dans laquelle, après échec du Dagénan, la méthyldiazine, donnée à la dose de 28 *g.* par jour, amena rapidement une grande amélioration. Après 4 semaines de traitement, la malade ayant pris 210 *g.* de méthyldiazine, le liquide céphalo-rachidien paraissait normal et la patiente semblait guérie, quand une rechute avec coma se produisit. On reprit le traitement avec la dose de 28 *g.* pendant 30 jours et finalement la guérison fut obtenue après administration d'un total de 544 *g.* Malgré cette énorme dose on ne nota pas de modifications sanguines ni de troubles du fonctionnement rénal. La tolérance pour la méthyldiazine est vraiment remarquable et elle a détrôné les autres sulfamides aux Etats-Unis. La question du moment de l'interruption du traitement reste très délicate à résoudre, comme le montre le cas rapporté. Il faut continuer longtemps, malgré l'amélioration du liquide céphalo-rachidien.

— M. **Cattan** a traité pendant des mois des cas de maladie d'Osler par la sulfapyridine sans observer d'accidents.

— M. **Martin** donne la préférence à la méthyldiazine qui est bien mieux tolérée que les autres sulfamides et permet d'obtenir des concentrations plus élevées dans le sang. Les rechutes sont fréquemment observées dans toutes les méningites et il est capital de ne pas interrompre le traitement trop tôt. Malheureusement il n'existe pas de critères permettant d'affirmer la guérison définitive. En pratique, on poursuivra le traitement 8 à 10 jours après la chute de la fièvre. Dans la maladie d'Osler il a pu donner des doses de 16 *g.* par jour pendant plus d'un mois sans incident.

Méningite cérébro-spinale traitée par la méthyldiazine ; néphrite hématurique bénigne consécutive. — M. **de Gennes** relate un cas de méningite cérébrospinale banale guérie en 6 jours par la méthyldiazine (80 *g.*), mais suivie de signes de néphrite hématurique avec douleurs rappelant celles d'une colique néphrétique, cylindrurie et azotémie, le tout fugace et bénin. On ne trouvait pas de cristaux de sulfamide dans l'urine.

Influence de la restriction des boissons sur la polyurie insipide. — M. **R. Kourilsky**, Mlle **L. Corre** et M. **A. Mignot** ont étudié chez 14 malades, au cours de 18 épreuves de restriction des boissons, le comportement de la polyurie pendant et après l'épreuve de restriction.

Une différence essentielle se fait jour entre deux variétés de cas : les uns, les plus rares (2 sur 18), obéissent mal à la restriction ; la polyurie se réduit difficilement, le pourcentage du 1er jour n'étant que 30 à 36 pour 100 ; chez les autres, de beaucoup les plus fréquents, la polyurie diminue immédiatement et facilement de 67 à 95 pour 100. Si l'on poursuit l'épreuve, même les polyuries difficilement réductibles cèdent peu à peu : le taux de réduction s'élève à 79 à 80 pour 100, mais cette diminution est mal supportée par le malade. Dans les autres cas au contraire la restriction ne s'accompagne d'aucun trouble notable.

Aussitôt après l'épreuve la polyurie reprend son niveau antérieur, mais dans certains cas (3 sur 18) l'épreuve est suivie d'une réduction durable et même définitive. La pratique de plusieurs épreuves de soif, chez le même malade, montre d'autre part que ceux-ci ne réagissent pas d'une façon toujours identique, les perturbations physiologiques du diabète insipide sont susceptibles en effet d'évoluer et de se modifier.

La classification en polyuries difficilement réductibles et en polyuries réductibles — momentanément ou de façon durable — est entièrement superposable à celle qui a été déduite de l'étude des épreuves de soif pour la polydipsie. Il faut donc admettre qu'il y a au moins deux variétés de diabète insipide : 1° celle dans laquelle la polydipsie et la polyurie sont difficiles à réduire et la restriction entraîne une forte déshydratation et des signes fonctionnels et physiques importants. Ce sont de beaucoup les plus rares et ce ne sont pas celles dans lesquels la polydipsie est la plus forte ; 2° celle dans laquelle la polyurie s'aligne facilement sur la restriction des boissons, momentanément ou définitivement, et sans qu'apparaissent de signes cliniques notables pendant la restriction ; elles constituent la grande majorité.

Entre les deux existent des faits de transition dans lesquels la polydipsie est facilement réductible, mais la polyurie s' « accroche » pendant la restriction.

Les rapports de la polyurie et de la polydipsie dans le diabète insipide. — M. **R. Kourilsky**, Mme **S. Kourilsky** et Mlle **L. Corre** tirent de l'étude de 14 malades, atteints de diabète insipide, des conclusions nouvelles concernant la polyurie et la polydipsie. Le syndrome connu sous le nom de diabète insipide est en réalité bien plus complexe qu'on ne l'a jusqu'ici supposé.

Il ne peut plus être question de concevoir la maladie comme une polyurie initiale, la soif n'intervenant que pour combler les pertes dues à la déshydratation. Il existe, au contraire, au moins deux formes de la maladie : 1° la forme polyurique, caractérisée par une polyurie difficilement réductible par l'épreuve dite de soif, dans laquelle la pathogénie précédente peut en principe être admise, mais c'est la plus rare (15 pour 100 des cas) et de beaucoup ; 2° la forme polydipsique dans laquelle la diurèse obéit sans difficulté à la restriction, infiniment plus fréquente.

L'étude comparée de l'ingestion d'eau et de la diurèse démontre par surcroît que dans chaque forme, polyurie et polydipsie ne sont pas liées obligatoirement l'une à l'autre et qu'elles subissent, l'une par rapport à l'autre, des variations qui excluent, soit la théorie exclusive de la soif compensatrice dans la forme polyurique, soit celle de la polyurie simplement corrélative de l'ingestion d'eau dans les formes polydipsiques. C'est ainsi qu'il existe des polyuries difficilement réductibles coexistant avec des polydipsies facilement contrôlables ; et vice versa, des cas où, au cours de la réduction des

boissons, la diminution est plus importante sur la polyurie que sur la soif.

Ainsi polyurie et polydipsie, loin d'être des symptômes indissolublement liés, apparaissent de plus en plus comme la répercussion sur deux grands appareils régulateurs du métabolisme de l'eau d'une même lésion centrale ; il existe entre les deux régulations des liaisons physiologiques étroites qui doivent être recherchées dans un métabolisme intermédiaire.

D'autre part, l'étude des rapports quantitatifs entre l'ingestion d'eau et la diurèse démontre que chaque malade possède un réglage particulier (prédominance de la polyurie ou de la polydipsie) qui ne s'inverse que momentanément chez certains au cours de l'épreuve de réduction des boissons, mais se rétablit rapidement. Ce mode de réglage ne peut en aucun cas faire préjuger de la réaction du sujet à l'épreuve de soif. C'est ainsi que parmi les sujets chez qui la polyurie déborde constamment la soif, la plupart appartiennent à des formes polydipsiques où la diurèse suit sans difficulté la réduction des boissons — très peu à des polyuries irréductibles.

Ces deux variétés de réglage sont retrouvées chez des individus normaux, si bien qu'on peut logiquement supposer que, tout au moins dans la majorité des diabètes insipides à forme polydipsique, l'écart entre diurèse et ingestion d'eau se conserve avec le sens qu'il avait avant l'apparition de la maladie. Ce réglage ne résulte pas de la maladie elle-même, sauf vraisemblablement dans les formes polyuriques.

A propos d'un cas de diabète insipide post-traumatique chez un syphilitique. — M. **Poumeau-Delille** a vu un jeune homme présenter, à la suite d'un accident grave, une polyurie à 6 litres avec soif très vive et insomnie persistante et troubles du caractère qui firent penser à une potomanie ; mais la ponction lombaire décela une réaction méningée importante avec benjoin colloïdal très positif. P.-L. Marie.

ASSOCIATION DES MICROBIOLOGISTES DE LANGUE FRANÇAISE

5 Octobre 1944.

Etude morphologique des « Giardia » du mouton et des ruminants. — MM. **R. Deschiens** et **L. Lamy**. On distingue 3 types morphologiques : bréviligne, médioligne et longiligne. L'étude comparée des Giarda du mouton et de celles du bœuf et de la chèvre ne permet pas de conclure à l'existence d'espèces distinctes, ni d'ailleurs à l'identité des 3 espèces.

Influence des voies d'introduction de la toxine sur le botulisme expérimental du lapin. — MM. **R. Legroux, Jean-C. Levaditi** et Mme **C. Jéramec**. De tous les modes d'introduction de la toxine dans l'organisme, ceux qui assurent sa diffusion la plus rapide au système nerveux central sont les plus actifs. Quels que soient la quantité de toxine introduite et son mode de pénétration, les symptômes de la maladie sont identiques et la mort a lieu par arrêt respiratoire, tandis que le cœur peut continuer à battre pendant plusieurs heures.

Recherches immunochimiques sur la bactéridie charbonneuse. V. Les nucléoprotéides. — Mlle **A.-M. Staub**, MM. **R.-O. Prudhomme** et **P. Grabar**. Cette étude montre que les composés nucléiques n'entrent pas en jeu dans la précipitation spécifique observée dans les mélanges de pseudoglobulines anticharbonneuses et d'un extrait bactérien dit « Nucléoprotéines ».

P. Lépine.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

9 Novembre 1944.

Métastase hypophysaire d'un cancer gastrique latent. — MM. **Monier-Vinard, Brunel** et **Duperrat**. Une femme de 38 ans présente un état morbide complexe qui débute par une pleurésie chyliforme fébrile et une thrombo-phlébite du bras gauche auxquelles s'ajoutent successivement un syndrome méningé avec dissociation albumino-cytologique, une subocclusion intestinale, des adénopathies cervicales. Vingt jours avant la mort apparaît, nettement précédée de quelques heures par une sensation impérieuse de soif, un diabète insipide à 3-4 litres, qui restera l'unique manifestation hypophysaire.

L'autopsie montra un épithélioma atypique infiltrant le pylore avec métastases ganglionnaires, pleurales, pulmonaires et surrénales. L'hypophyse est le siège de métastases qui détruisent entièrement le lobe postérieur et parsèment le lobe antérieur, dont les éléments glandulaires sont inaltérés. Comme c'est la règle en pareil cas, les lymphatiques de la capsule sont injectés de boyaux néoplasiques. Quant à la tige pituitaire et à la région infundibulaire, elles sont tout à fait indemnes de métastases. B. Duperrat.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

20 Octobre 1944.

Les formes chirurgicales des adénopathies mésentériques. — M. **J. Leuret**. M. **F. Masmonteil**, rapporteur. Sur deux observations auxquelles le rapporteur joint un cas personnel pour mettre en valeur le rôle de l'irritation nerveuse dans la pathogénie des accidents occlusifs provoqués par des adénopathies mésentériques. L'auteur passe ensuite en revue les divers aspects cliniques et les principaux accidents chirurgicaux imputables aux adénopathies, tuberculeuses ou non, du mésentère.

Fracture ancienne du col de l'astragale. — MM. **F.** et **H. Masmonteil** rapportent un cas remontant à 3 mois ayant entraîné un équinisme modéré et un varus accentué, déformations dues à une pénétration de la tête en dedans et à une désorientation de celle-ci débordant en dedans la cupule scaphoïdienne. La réduction fut obtenue grâce à deux greffons, l'un implanté sur le bord interne du col, servant de butoir, l'autre comblant l'espace interfragmentaire.

Cancer primitif de l'hymen. — M. **J.-M. Auclair** apporte un cas de cette rarissime affection survenue chez une femme de 54 ans et qui fut traitée par application de radium avec bon résultat se maintenant depuis 2 ans. G. Luquet.

SOCIÉTÉ DE GASTRO-ENTÉROLOGIE DE PARIS

7 Août 1944.

Sur un cas de lithiase de la vésicule et du canal cholédoque avec cholécystite suppurée à pneumocoque. — MM. **A. Busson** et **J. Audoin** rapportent l'observation d'un malade morphinomane qui, après une congestion pulmonaire, fit une cholécystite suppurée à pneumocoques, un phlegmon ligneux du cou et une sténose sous-pylorique. Il faut noter tout particulièrement dans cette observation la longue tolérance de la glande hépatique, à un calcul du cholédoque qui coexistait avec la lithiase vésiculaire depuis de nombreuses années, sans donner d'accidents ou de symptômes.

— M. **Hillemand** cite un cas semblable de longue tolérance d'un calcul du cholédoque.

— M. **Chiray** note que chez cette malade les épreuves d'insuffisance hépatique étaient normales, ce qui, joint à la réelle tolérance hépatique de la malade, souligne la valeur des épreuves fonctionnelles du foie. Les germes trouvés dans la bile ne sont pas toujours les mêmes que ceux que l'on trouve après broyage et ensemencement de la muqueuse vésiculaire.

— M. **Libert** rappelle une observation de cholécystite à pneumobacilles, où la mort survint après une phase de septicémie pneumobacillaire. Ce microbe avait été trouvé dans la bile obtenue par tubage duodénal.

Cancer muqueux « in situ » de l'antre pré-pylorique (aspect encastré et effilement organo-fonctionnels de l'antre). — MM. **Guy Albot, I. Debeyre, G. Legeron** et **A. Pouey** ont groupé ces 3 cancers au début pour mettre en évidence les particularités radiologiques des cancers débutant dans la région de l'antre pré-pylorique. Ils montrent que bien des aspects radiologiques ne sont, à ce stade précoce, qu'une conséquence indirecte de la lésion par l'effet des lésions pariétales associées qui traduisent l'action irritante de surface du cancer (œdème, congestion, infiltration lymphoïde, sclérose pariétale). Ils qualifient d'organo-fonctionnels ces aspects qui sont en effet fonctionnels parce qu'ils ne représentent pas le moulage du cancer mais aussi organiques parce que leur point de départ est lésionnel.

La forme particulière de l'antre pré-pylorique en tronc de cône, l'étroitesse de la lumière antrale et la diminution progressive de l'étoffe gastrique vers le pylore conditionnent une physionomie radiologique spéciale des cancers débutant dans cette région. L'atrésie scléreuse de la paroi qui accompagne précocement la cancérisation de la muqueuse déforme rapidement la silhouette de l'antre et s'extériorise plus précocement qu'ailleurs par des aspects paradoxaux : drapés, effilements ou lacunes organo-fonctionnels.

— M. **Nemours-Auguste** dit qu'il convient de bien distinguer la rigidité spasmodique des rigidités dues à l'infiltration. Le drapé, d'après certains auteurs allemands, serait un signe très en faveur du cancer.

— M. **Faroy** ne considère pas le drapé comme caractéristique du cancer, il rappelle que F. Ramond et Dany ont signalé la fréquence des encoches sous-pyloriques dans les cholécystites.

La phosphatase dans les affections pancréatiques. — MM. **Bergeret, A. Varay** et **Aliot** ont étudié les variations du taux de phosphatases sériques dans les affections pancréatiques, dont Mallet-Guy et Vachon avaient révélé l'élévation dans quelques cas. D'une étude d'ensemble de 43 dosages on peut conclure que l'hyperphosphatasémie toujours légère (7.5. U.B. maximum) est inconstante et non spécifique dans les pancréatites chroniques.

Les cancers du pancréas avec ictères donnent des chiffres moins forts que les autres ictères par obstruction où l'élévation est notable, probablement du fait de la dénutrition et de l'atteinte de l'état général. La méthode ne peut servir pour affirmer ou infirmer le rôle du pancréas dans les ictères dits catarrhaux ou diverses affections hépato-biliaires. Le drainage des voies biliaires amène en général une légère diminution de la phosphatasémie et l'anastomose bilio-digestive dans un cas sur deux a ramené le chiffre à la normale. En conclusion, la phosphatasémie pour intéressante qu'elle soit théoriquement n'a pas d'intérêt pratique dans les affections pancréatiques, ce qui est logique en raison du métabolisme complexe de cet enzyme.

— M. **Fauvert** dit que le taux de la phosphatasémie semble présenter un intérêt dans le diagnostic des ictères par obstruction ou par hépatites.

— M. **Varay** ne pense pas que la phosphatasémie puisse permettre de discriminer ces deux classes d'ictères car certaines hépatites toxiques donnent des taux très élevés.

Etude pharmacodynamique de l'ipéca dans le radiodiagnostic des lésions de la muqueuse gastro-pylorique. — MM. **Sénèque, Chiray, Gally, Le Canuet** et **Grumler** présentent les clichés de deux malades chez lesquels l'examen radiologique habituel ne permettait pas de déceler nettement une lésion gastrique ou pylorique. Après administration par la bouche de sirop d'ipéca à une dose variant entre 40 g. et 15 g. ils purent obtenir des images typiques de lésion pariétale.

— M. **Porcher** remarque que les cas rapportés sont analogues à ceux où l'on utilisait la morphine. Il fait des expériences avec l'apomorphine et les a interrompues en raison des incidents sérieux qu'elles occasionnent parfois.

Cancer ulcériforme pré-pylorique au début (niche dans une lacune en arc et drapé). — MM. **Guy Albot, M. Barbier** et **A. Pouey**.

Cancer végétant pré-pylorique au début (aspect encastré, effilement et aspect lacunaire organo-fonctionnels de l'antre). — MM. **Guy Albot, M. Olivier** et Mme **Monique Parturier-Lannegrace**.

J.-M. Gosset.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE DE FRANCE

9 Octobre 1944.

Sur une technique d'extraction et de dosage du sulfure de carbone des organes. — MM. **R. Fabre** et **M. Vaquier** pratiquent l'extraction par entraînement au moyen d'un courant d'air chauffé à 50° et par barbotage dans deux réactifs, l'un à base de triéthanolamine, l'autre d'acétate de cuivre. Le sulfure de carbone est dosé au photocolorimètre, selon la réaction de Delépine. La méthode permet de doser le sulfure de carbone dans quelques centimètres cubes de sang.

Note sur les ricochets des projectiles. — MM. **R. Piédelièvre** et **L. Dérobert** donnent le résultat de tirs expérimentaux effectués en 1939 montrant que les balles ricochent lorsque l'angle que fait la trajectoire avec le plan récepteur est faible et qu'il augmente avec la densité de la substance rencontrée. En plus de la déviation due au ricochet, s'ajoute celle due à la rotation du projectile sur lui-même.

Cent observations de délits sexuels. — MM. **Heuyer** et **Sauguet**, commentant les observations inédites qu'ils rapportent, montrent que les délits sexuels sont perpétrés par des sujets mentalement anormaux pour lesquels la responsabilité entière ne peut être retenue, et la sanction pénale est inefficace. La récidive étant la plupart du temps inévitable, il importe du point de vue psychiatrique de mettre au point de toute urgence une loi de protection sociale où la détention serait doublée d'une thérapeutique.

Une nouvelle microméthode pour la recherche systématique des métaux toxiques. — M. **L. Truffert**, après avoir rappelé les tendances de la toxicologie vers la micro-analyse, décrit une méthode permettant de déceler très rapidement et avec une grande certitude tous les métaux fixes.

Il utilise à cet effet des réactifs organiques spécifiques du métal cherché dans les conditions précisées. Le plus souvent, il suffit de verser sur un papier réactif une goutte du liquide obtenu après destruction de la matière organique pour obtenir une tache colorée dont l'intensité est proportionnelle à la quantité de métal ; ou encore, après avoir effectué la réaction dans un tube à essais, on fait passer dans un solvant le produit formé afin de procéder à une estimation colorimétrique. On est ainsi renseigné immédiatement sur la nature du toxique et sur l'ordre de grandeur de la quantité présente.

La méthode n'offre aucune difficulté ; elle permet de réduire au minimum les séparations de métaux et n'utilise que des techniques simples et rapides.

L. Dérobert.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

9 Novembre 1944.

Décès de M. Monier-Vinard. — Allocution de M. **Béhague**, président.

Sur un cas d'hémicraniose. — M. **Lhermitte** rapporte l'observation d'une femme de 67 ans ayant une hémiplégie gauche progressive liée au développement d'un méningiome profond accompagné d'une déformation fronto-pariétale datant de la première enfance ; il ne semble pas qu'il faille séparer radicalement ce type de méningo-ostéopathie néoplasique du méningiome en plaque qui entraîne souvent de semblables modifications du squelette cranien, mais qu'il s'agisse d'une même affection dont l'évolution est différente.

Sur un cas d'association à une rétinite pigmentaire de signes d'atteinte encéphalique et d'une arachnoïdite opto-chiasmatique. — MM. **Krebs** et **Trotot** discutent les problèmes pathogéniques et étiologiques que pose cette association observée chez un sujet de 23 ans ; elle paraît en définitive être le résultat de l'apparition secondaire de phénomènes méningo-encéphaliques au cours de l'évolution d'une rétinite pigmentaire.

Le trismus dans les lésions bulbo-protubérantielles. — MM. **Alajouanine, Thurel** et **Durupt**, qui ont déjà rapporté un cas de trismus au cours d'une lésion protubérantielle avec syndrome de Millard-Gubler présentent un nouvel exemple de trismus au cours d'une syringobulbie avec atteinte du trijumeau et kératite neuro-paralytique ; il s'agit dans les deux cas d'une constriction permanente des mâchoires avec du côté de la lésion un état particulier du masséter, plus gros, plus dur, d'extensibilité diminuée et faisant frein à l'ouverture de la bouche ; cette rétraction musculaire n'est pas d'ordre paralytique et constitue peut-être un trouble trophique.

L'exploration du lac basilaire par la pneumo-ncéphalographie. — MM. **Alajouanine** et **Thurel** montrent qu'après injection d'air par voie lombaire, on voit sur les clichés de profil en décubitus dorsal, tête renversée en arrière et plaque verticale contre la tête, l'air ventriculaire remplir les cornes frontales et la partie antérieure du 3e ventricule, tandis que l'air sous-rachnoïdien s'amasse au-dessus de la selle turcique et en arrière de la lame quadrilatère ; on peut ainsi apprécier l'importance de la distension du lac chiasmatique dans les arachnoïdites et éviter d'attribuer à une tumeur de l'hypophyse ou du chiasma des modifications de la selle, produites par un diverticule du lac distendu.

Arachnoïdite opto-chiasmatique avec distension du lac basilaire et agrandissement de la selle turcique. — MM. **Alajouanine** et **Thurel** ne croient pas que l'arachnoïdite puisse être le siège initial d'une inflammation, mais tout en étant secondaires et pas assez importantes pour retenir directement sur les voies optiques sous-jacentes, les lésions méningées sont capables en cloisonnant l'espace sous-arachnoïdien de gêner la circulation du liquide : la tension du lac sous-arachnoïdien peut être assez forte pour refouler l'hypophyse et agrandir la selle turcique et faire souffrir le chiasma et les nerfs optiques ; d'ailleurs l'intervention consiste non pas tant à libérer le chiasma qu'à rétablir la circulation liquidienne.

Epilepsie gyratoire traumatique. — MM. **David**, **Hécaen** et **Sauguet** rapportent l'observation d'un sujet présentant des crises d'épilepsie gyratoire vers la droite ayant débuté 8 ans après un traumatisme pariéto-occipital gauche ; l'examen ne montrait qu'une légère hyperextensibilité avec exagération des réflexes à droite ; l'encéphalographie révélait une perte de substance osseuse avec formation kystique correspondant à la partie postérieure de la 1re frontale ; la zone kystique et sa base parenchymateuse cicatricielle furent enlevées en bloc ; la guérison se maintient depuis un an ; les auteurs insistent sur la rareté de cette localisation du foyer épileptogène.

Etat à sa majorité d'un sujet atteint de myatonie congénitale. — MM. **Guillain**, **Mollaret** et **Bastin** présentent un sujet de 21 ans atteint d'une myatonie congénitale secondairement régressive ; il présente encore de l'hypotonie avec hyperextensibilité et hyperpassivité, mais la force musculaire, les réflexes tendineux et cutanés, les chronaxies musculaires sont normaux. Cette observation, exceptionnelle par sa longue durée, n'est pas en faveur de l'identité des maladies d'Oppenheim et de Werdnig-Hoffmann et plaide contre la conception de l'origine myopathique de l'affection soutenue par Turner.

Deux cas d'abcès du cerveau traités par la chirurgie, la pénicilline et les sulfamides. — M. **Puech** rapporte un cas d'abcès staphylococcique consécutif à une plaie temporale par éclat d'obus et un cas d'abcès post-otitique avec méningite à streptocoques et pneumocoques, tous deux rapidement guéris par l'intervention associée à un traitement général par la pénicilline et les sulfamides. Il insiste sur l'intérêt de ces traitements médicaux à tous les stades : encéphalite, nécrose, abcès encapsulé.

L'électro-encéphalographie dans les abcès du cerveau. — M. **Puech** et Mme **Lerique-Kœchlin** insistent sur l'intérêt de l'encéphalographie pour la localisation des abcès du cerveau.

Lucien Rouquès.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

21 Novembre 1944.

Eloge funèbre du Prof. Lereboullet. — M. R. **Genevrier.**

Idiotie avec amaurose par cataracte congénitale. — M. **Heuyer** et Mme **Dauphin.**

— M. **M.-A. Dollfus** : Le terme d'amblyopie conviendrait mieux que celui d'amaurose car l'enfant est idiot et on ne sait pas s'il voit.

— M. **L. Tixier** : La cataracte est-elle en rapport avec une syphilis congénitale ?

— Mme **Dauphin** : Tous les examens sont négatifs au point de vue syphilitique.

— M. **M.-A. Dolfuss** : La cataracte ne fait pas spécialement penser à la syphilis.

Anémie aiguë hémolytique avec ictère et hémoglobinurie chez un nourrisson. — MM. **Marcel Lelong**, **R. Joseph**, Mlle **C. Baudry** et **M. G. Mantoux** ont observé chez un nourrisson de 18 mois, jusque-là bien portant, une crise brusque d'anémie suraiguë (650.000 H.) avec fièvre élevée, leucocytes, ictère, hémoglobinurie, guérie par la transfusion. Ils écartent l'hypothèse de l'intoxication favique, l'hémoglobinurie afrigorée, l'anémie aiguë de Lederer-Brill, le syndrome de Marchiafava-Micheli et rattachent cette crise de déglobulisation à la maladie hémolytique congénitale dont elle serait la première manifestation : la résistance globulaire est diminuée nettement et de manière permanente. Une tante de l'enfant, sans ictère, sans anémie, sans splénomégalie, a également de la fragilité globulaire.

— M. **Maurice Lamy** : De nombreux signes séparent cette observation de la crise aiguë de la maladie hémolytique. Le sujet est beaucoup plus jeune, il n'y a pas de splénomégalie, pas d'urobilinurie, par contre, une hémoglobinurie et le taux élevé des érythroblastes ne se voit guère dans cette affection. La diminution de la résistance globulaire n'est pas un très bon stigmate. La recherche du taux de la bilirubinémie et la microsphérocytose fourniraient un élément de diagnostic pour cette observation en tout cas atypique

— M. **L. Tixier** : Le sérum était-il laqué cerise, c'est là un élément capital du syndrome hémolytique avec ictère et hémoglobinurie que j'ai publié.

— M. **G. Paisseau** : Dans les crises hémoglobinuriques, la diminution de la résistance globulaire est passagère et ne survit pas à la crise.

— M. **J. Huber** insiste sur la lenteur de la transfusion pour éviter les accidents.

— M. **M. Lelong** : Il y avait plutôt anisocytose que microcytose.

Septicémie à staphylocoque avec méningite. Sulfamidothérapie. Guérison. — MM. **R. Liège** et **M. Le Loch.** Chez un garçon de 15 ans, début par syndrome cervico-sciatique, température élevée, staphylocoque doré dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Malgré une concentration de 11 *mg.* pour 100 dans le liquide céphalo-rachidien de Thiazomide dont le malade reçoit 40 *g.* en 4 jours, aucune amélioration. L'association de 2632 RP et 1162 F à hautes doses coïncida avec la disparition des signes méningés et l'amélioration de l'état général, mais n'empêcha pas l'apparition d'une arthrite de la hanche. La mortalité de 70 pour 100 des méningites à staphylocoque témoigne de l'action favorable de la sulfamidothérapie.

— M. **Robert Clément** verse au débat 4 observations de septicémie à staphylocoque doré d'une gravité extrême qui ont fini par guérir après de multiples incidents et plusieurs cures sulfamidiques à doses de 0 *g.* 50 à 0 *g.* 75 par kilogramme. Deux avec la Thiazomide, une avec une combinaison 1162 F et iode, une avec la Fontamide, puis la Pénicilline et finalement la Sulfaméthyldiazine (2632 RP). La disparition de la septicémie n'a pas empêché une localisation tardive de l'infection une fois pleurale, trois fois osseuse.

— M. **René Martin** : Les résultats de la sulfamidothérapie dans la septicémie à staphylocoque sont loin d'être toujours favorables. L'association de Diazine et de 1162 F donne une meilleure concentration sulfamidique dans le sang. La Pénicilline, 10 fois plus active, est la médication de l'avenir et son emploi doit être local.

— M. **J. Leveuf** : Il est important de compter les colonies microbiennes de l'hémoculture car la bactériémie est banale dans l'ostéomyélite et il est difficile de la distinguer parfois de la septicémie.

— M. **J. Cathala** : L'hémoculture est souvent positive dans l'ostéomyélite. Les septicémies à staphylocoque doré sont très graves et guérissent rarement.

— M. **R.-A. Marquézy** : Les septicémies à staphylocoque donnent presque toujours une ou plusieurs localisations viscérales ou tissulaires.

— M. **Robert Clément** : Le nombre des colonies microbiennes ne suffit pas à distinguer la septicémie de la bactériémie. Le diagnostic de la première repose sur des signes cliniques dont les plus importants sont le syndrome nerveux et les lésions cutanées.

— M. **R. Liège** : Dans une pyocéphalée du nourrisson où l'association méthyldiazine 1162 n'avait eu aucune action, la Pénicilline a été efficace.

Atrophie cérébrale gauche avec dilatation ventriculaire chez un enfant atteint de débilité mentale, de crises comitiales et d'hémiplégie droite. — M. **Heuyer** et Mme **Dauphin.**

R. Clément.

SOCIÉTÉS DE PROVINCE

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON

6 Juillet 1944.

Talalgie guérie par énervation régionale. — M. **Tavernier.** Mauvais résultat d'une arthrodèse sous-astragalienne et médio-tarsienne pour pied plat valgus douloureux. Section des branches articulaires du nerf tibial postérieur et du nerf plantaire externe. Suppression immédiate des douleurs, reprise de la marche jusqu'alors très douloureuse.

Les sténoses cicatricielles du cholédoque. — M. **Santy.** Dans une observation : ictère et angiocholite apparus plusieurs années après la cholécystectomie ; dans deux autres cas, fistule biliaire et angiocholite précoce. La reconstitution du cholédoque sur drain de Kehr a donné un échec (récidive de l'ictère 5 mois après) et un succès datant de 2 ans.

Valeur de l'épreuve du lipiodol extra-dural dans le pronostic des laminectomies pour énurésie. — Pour M. **Tavernier** on ne peut se baser sur le test proposé par M. Perrin (blocage du lipiodol extra-dural au niveau du spina) pour poser une indication opératoire. Pour preuve 2 observations récentes, le lipiodol n'était pas arrêté au niveau du spina et, cependant, la guérison fut obtenue par une laminectomie.

Discussion des contre-indications de l'anesthésie à l'Evipan sodique. — M. **Pierre Guy.** M. **Santy**, rapporteur. Six mille narcoses à l'Evipan. Contre-indications absolues : lésions inflammatoires du rhinopharynx, chirurgie des voies aériennes supérieures, opérations longues et hémorragiques surtout chez les hépatiques, péritonites et occlusions. Indications méconnues : chirurgie périnéale, septicémie, choc traumatique, interventions obstétricales (aucun ennui grave pour le nouveau-né qui est un peu long à se réveiller) chez le jeune enfant, chez le cardiaque indication de choix.

Iléus biliaire au niveau du duodénum. — MM. **Barge** et **Le Bourhis.** Perforation duodénale spontanée en D2. Par duodénectomie extraction de 3 calculs biliaires. Suture duodénale. Guérison opératoire. Sténose duodénale secondaire guérie par gastro-entéro-anastomose.

Cholécystite calculeuse. Perforation cholécysto-duodénale avec calcul enclavé. — MM. **Ricard** et **Stagnara.** Crises de coliques vésiculaires depuis 20 ans, crises fébriles et signes d'insuffisance hépatique depuis un an. Perforation du carrefour cystico-hépatique dans le bulbe duodénal ; gros calcul vésiculaire en voie de migration dans l'intestin.

13 Juillet.

Conditions de l'anesthésie dans la chirurgie biliaire sous contrôle radio-manométrique. — MM. **Mallet-Guy** et **Pierre Marion.** La nécessité absolue d'obtenir une phase d'apnée pendant la prise des clichés et de rejeter les anesthésies qui troubleraient l'état neuro-végétatif des voies biliaires, implique l'abandon des anesthésies générales, de la rachi, des anesthésies de base et l'obligation d'opérer sous anesthésie locale. Cette servitude opératoire a des avantages certains pour le malade : réduction au minimum de la maladie postopératoire, absence de crises des gaz, etc. Ainsi ont été exécutées 122 opérations sous contrôle radio-manométrique.

Résection phalango-phalanginienne pour arthrite tuberculeuse. — M. **Tavernier.** Jeune homme de 15 ans. Arthrite tuberculeuse de l'annulaire, traitée primitivement par immobilisation et héliothérapie. Rechute. Résection des extrémités présentant des lésions importantes. Trois semaines après la sortie du plâtre, guérison. Le doigt est utile, les mouvements de l'articulation s'étendent de l'extension complète à la flexion à 90°.

Traitement du shock par l'infiltration du sinus carotidien. — MM. **Creyssel** et **Paillot.** Plaie de la fessière par balle. Hémorragie. Shock très important. Hémostase par pinces à demeure. Transfusions (au total 1.200 cm^3), sérum, etc. Malgré l'adrénaline intraveineuse, suivant la technique de Leveuf, le shock persiste 21 heures après l'accident. Infiltration du sinus carotidien droit et continuation de l'adrénaline intraveineuse. Guérison du shock. L'association infiltration du sinus carotidien et perfusion adrénalinée est susceptible de sauver quelques grands choqués, sans cela condamnés.

Sténoses pyloro-duodénales dans les suites de la cholécystectomie pour lithiase. — M. **Peycelon.** Les sténoses duodénales et pyloriques peuvent compliquer les suites de la cholécystectomie, soit plusieurs années après, soit précocement. Deux exemples de sténoses précoces, dont l'une sous-vatérienne, traitées avec succès par gastro-entéro-anastomose.

Diverticules épiphréniques et méga-œsophage. — MM. **Santy** et **Bérard.** Le diverticule isolé, très souvent latent, peut entraîner par son volume de la dysphagie et poser une indication opératoire ; son diagnostic est difficile avec la hernie gastrique diaphragmatique de Bochdaleck. Le diverticule associé au méga-œsophage serait la conséquence du cardio-spasme. La méconnaissance d'un diverticule, dont le diagnostic, toujours difficile, ne peut être fait qu'en incidence oblique, risque de compromettre le résultat d'une opération de Heller. Deux observations : une résection du diverticule par voie abdominale après échec d'un Heller. Guérison.

Les récidives après myomectomie. — M. **Cotte.** Huit récidives sur 300 myomectomies (2,65 pour 100). Dans 3 cas il s'agissait initialement d'adéno-myomatose ; récidives après 4 ans, 3 ans, 2 ans ; dans 5 cas de myomes purs, récidives tardives, 5, 7, 8, 10, 11 ans. Le plus grand nombre de malades a bénéficié, une deuxième fois, d'interventions conservatrices : myomectomie, 1 cas ; hystérectomie fundique, 4 cas ; hystérectomie subtotale, 2 cas.

Pierre Magnon.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LILLE

13 Octobre 1944.

Deux cas d'iléite terminale. — MM. **Ingelrans**, **Wattel** et **Groult** ont trouvé des lésions anatomiques comparables à celles de l'invagination. Discussion pathogénique.

Kyste séreux solitaire du rein. — MM. **Macquet** et **Wémeau.** Développé aux dépens de la face postérieure, il dissociait le rein en deux valves et faisait hernie dans le sinus.

Adamantinome du maxillaire inférieur. — MM. **Decoulx** et **Carlier**, après résection étendue, ont reconstitué le maxillaire par une greffe tibiale.

Trois cas de coxite staphylococcique. — MM. **Swynghedauw**, **Lainé** et **Ranard.** L'aspect clinique et radiologique était celui d'une arthrite tuberculeuse avec formation d'abcès froids.

Lente évolution d'un sarcome de la plèvre. — MM. **Driessens**, **Breton** et **Gautier** insistent sur l'évolution relativement bénigne de ces sarcomes, dont l'image histologique elle-même ne fait pas toujours la preuve de la bénignité.

Plaie sèche de l'humérale par balle. Suture artérielle. — MM. **Vandecasteele** et **Verhaeghe.** Bien que, vérifiée par artériographie, la suture ait été oblitérante, le résultat circulatoire fut cependant excellent.

P. Decoulx.

NOTES
DE MÉDECINE PRATIQUE
PUBLIÉES PAR LES SOINS DE A. RAVINA

Traitement de la maladie de Raynaud par la benzyl-imidazoline

Un nouveau traitement du syndrome de Raynaud vient d'être proposé par plusieurs auteurs. Il a été, en particulier, longuement étudié par Torsten Lindqvist dans les *Acta Medica Scandinavica* du 30 Janvier 1943. Cet auteur a obtenu d'excellents résultats de l'emploi d'un nouveau produit synthétique, la benzyl-imidazoline. De nombreux auteurs, tels que Kohlmeyer, Brack, Singer, Weitzmann, avaient déjà signalé les bons effets de cette médication, tandis que Meier et Muller, l'expérimentant par voie intraveineuse, intramusculaire et buccale chez le chien et le lapin, avaient obtenu une dilatation prononcée des vaisseaux cutanés ainsi qu'une amélioration nette de la circulation. Schnetz et Fluch avaient montré, de leur côté, les modifications circulatoires importantes produites chez le crapaud par cette médication. L'action de la drogue se fait sentir non seulement sur les capillaires, mais sur les artérioles.

Torsten Lindqvist a traité 13 malades, hommes et femmes. L'un de ces malades avait 55 ans, mais tous les autres étaient des sujets jeunes dont l'âge allait de 18 à 30 ans. Tous étaient des cas extrêmement nets de syndrome de Raynaud, chez lesquels l'immersion des mains dans l'eau froide déclenchait une crise typique. L'auteur avait éliminé systématiquement de ses recherches tous les sujets qui ne présentaient que de l'acrocyanose.

Il a employé soit des injections intramusculaires de 2 *cg.* de benzyl-imidazoline, soit la prise, 3 fois par jour, de 3 comprimés contenant chacun 25 *mg.* Quelques minutes après l'injection on voyait les phénomènes s'amender en même temps que la température des extrémités s'élevait considérablement. Le plus généralement on commençait par faire une série d'injections, suivie de la prise de comprimés.

Sur 12 malades traités ainsi, 6 furent complètement guéris, 3 autres considérablement améliorés : seuls les 3 derniers n'éprouvèrent qu'une amélioration insignifiante. Les signes accessoires que présentaient certains malades ne furent pas modifiés. L'un d'entre eux, chez lequel on avait pratiqué antérieurement une sympathectomie sans résultat, fut transformé et les douleurs vives qu'il présentait disparurent complètement. Deux autres malades, depuis longtemps incapables de travailler, purent reprendre rapidement leurs occupations. Chez tous les malades guéris, la température périphérique, prise au niveau des extrémités, s'éleva beaucoup, témoignant de l'importante action vasodilatatrice de la médication.

Même chez les 3 malades pour lesquels les résultats furent médiocres, le traitement amena une certaine amélioration, surtout subjective.

Il est à remarquer que, dans certains cas, l'amélioration persiste longtemps après que la médication a été suspendue. Deux fois les troubles ne sont pas réapparus chez des malades que leur profession obligeait à rester dehors durant de longues heures, au cours du rude hiver de 1942.

Cette médication est presque toujours très bien supportée. Dans un seul cas, Torsten Lindqvist dut interrompre le traitement par suite d'accidents cutanés portant sur les mains et ressemblant exactement aux dermites que l'on observe après ionisation à l'histamine.

Allendorf et Sarre ont rapporté également les bons effets de cette médication. Appréciant par des mesures thermoélectriques la température de la peau, ils ont constaté que celle-ci augmentait de 2 à 3 degrés pour une longue période après emploi de la benzyl-imidazoline. Ils ont traité avec succès des gelures des 2e et 3e degrés, des artérites oblitérantes et des cas de syndrome de Raynaud.

L'action de cette médication est assez difficile à expliquer. Certains auteurs envisagent l'hypothèse d'une action directe sur les vaisseaux, d'autres considèrent qu'il y a une interruption ou une diminution d'action des éléments vaso-constricteurs, d'autres, enfin, invoquent une action sur les éléments vaso-dilatateurs du sympathique.

Dans l'ensemble, cette médication paraît donner, dès maintenant, d'excellents résultats. Elle n'est pratiquement pas toxique et permet de juguler ou même de guérir des troubles fort pénibles.

A. Ravina.

L'occlusion intestinale aiguë tardive des laparotomisées

Toute laparotomie expose à l'occlusion aiguë du grêle; si celle-ci survient dans les premiers jours, dans le premier mois qui suit l'intervention, le malade est encore sous la surveillance du chirurgien à qui incombent les décisions nécessaires.

Mais l'occlusion du grêle survient souvent beaucoup plus tardivement : quelques mois, quelques années après la laparotomie; je l'ai observée trente ans après l'intervention abdominale. Opérée précocement cette occlusion doit guérir très simplement. Mais en général la malade est amenée au chirurgien plusieurs jours après le début des accidents, il est alors trop tard. *C'est au médecin de faire opérer ces malades quand il en est temps encore.* Or si nos confrères font très bien le diagnostic de l'appendicite aiguë dans les premières heures, bien peu savent poser ce diagnostic — relativement simple — d'occlusion chez une laparotomisée dans les premières heures du syndrome clinique. En 1942 dans un livre sur la « Chirurgie de l'Intestin grêle » j'attirais — après bien d'autres — l'attention sur cette modalité particulière d'occlusion. La Société de Chirurgie de Lyon, en ce début d'année 1944, avec les communications de MM. Bertrand et Mathieu, Desjacques et Beyssac, Clavel, jette à nouveau un cri d'alarme en faveur de l'opération précoce, donc d'un diagnostic — ou d'un soupçon diagnostique — suffisamment hâtif. Une décision hâtive est entièrement aux mains des médecins praticiens.

Anatomiquement, cette occlusion serait plutôt favorable, parce que l'occlusion se trouve à la *fin du grêle;* les occlusions basses sont moins dangereuses que les occlusions hautes. C'est même en général la dernière anse grêle qui est oblitérée. Une bride la comprime en un point ou l'étrangle circulairement à la façon du collet d'un sac herniaire. Les liquides, les gaz ne passent plus; mais, de plus, la paroi intestinale est menacée dans sa vitalité, s'amincit, prête à se perforer, où toute l'anse est vouée rapidement à la gangrène. Un volvulus surajouté peut venir compléter l'occlusion et rendre son pronostic plus sévère. D'autres causes d'occlusion peuvent aussi s'observer chez ces anciennes laparotomisées (Mondor).

Cliniquement, on ne doit pas attendre que les signes classiques de l'occlusion intestinale aiguë (vives douleurs, arrêt complet des gaz et matières, vomissements fécaloïdes — gros ballonnement, ondes péristaltiques — affaissement de l'état général impressionnant) soient au complet. Il faut faire un diagnostic d'opération urgente avant, car en quelques heures cette malade qui pouvait être sauvée est devenue une moribonde, et les signes ne sont au complet que chez le mourant. En effet, les signes cliniques sont encore minimes qu'à l'ouverture du ventre on trouve déjà une distension insoupçonnée des anses qui a amené la malade à la limite d'une action chirurgicale efficace.

Les éléments du diagnostic sont :

1° *La présence d'une cicatrice de laparotomie;* devant un syndrome douloureux abdominal chez une malade porteuse d'une cicatrice de laparotomie, on doit penser immédiatement à l'occlusion aiguë du grêle. Ce doit être une *pensée réflexe* chez le médecin.

Il s'agit en général d'une cicatrice de laparotomie gynécologique; s'il y a eu drainage, si l'intervention a été réalisée pour des lésions inflammatoires, suppurées même, les chances d'occlusion sont grandes. Sur 14 occlusions aiguës de l'intestin grêle que j'ai opérées depuis dix-huit mois, 7 ont été consécutives à des laparotomies, soit 50 pour 100 (6 de ces interventions antérieures étaient gynécologiques, 1 concernait une appendicite).

2° *Des douleurs abdominales* vives avec paroxysmes plus violents. L'arrêt des gaz depuis douze, seize heures est un signe capital. Des matières peuvent encore être évacuées, mais l'arrêt des gaz doit forcer l'attention. Les vomissements sont souvent plus tardifs.

3° *L'examen local* peut montrer des ondes péristaltiques; celles-ci existent aussi dans l'occlusion du gros intestin ou en dehors de toute occlusion chez des sujets âgés à paroi mince. De sorte que le *gros signe, qui ne m'a jamais trompé,* est la découverte, à une recherche systématique, d'une ou plusieurs *anses dilatées* avec CLAPOTAGE et bruits hydro-aériques par dépression localisée un peu vive de la paroi abdominale, ou en secouant, avec prudence, la malade transversalement, l'oreille étant appliquée sur la paroi abdominale.

4° *La radiographie abdominale* sans préparation en position verticale montre des anses distendues, des niveaux liquides mais souvent aussi elle n'a qu'un intérêt rétrospectif post-opératoire.

5° Enfin ne comptons pas trop, si l'on veut agir à temps, sur l'altération de l'état général. Il faut agir avant toute atteinte marquée de l'état général.

Au moindre doute, la malade laparotomisée antérieurement qui souffre du ventre, qui n'a *pas de gaz* depuis quelques heures (et non quelques jours) doit être adressée au chirurgien, même si l'examen local paraît négatif; ne parlons pas d'intoxication intestinale, ne faisons pas de morphine, ne formulons pas de suppositoires thébaïques. La malade est à mettre sous surveillance chirurgicale, immédiatement.

Chez deux malades que j'avais laparotomisées antérieurement, il m'est arrivé de *poser au téléphone* la grande probabilité de ce diagnostic, de le confirmer à l'examen clinique et de le vérifier à l'intervention immédiatement imposée.

Le traitement doit être chirurgical sans attendre : il faut lever l'obstacle, donc sectionner en général une bride, détordre un volvulus... Mes préférences vont à la laparotomie médiane qui seule permet de bien voir et j'emploie systématiquement la rachianesthésie, le sujet étant placé ensuite en léger Trendelenburg. Il s'agit de trouver au plus tôt le cæcum aplati et de remonter vers la cause de l'occlusion.

Après section de la bride, on péritonise avec attention les zones déprimées et anémiées par la bride.

Dans quelques cas d'adhérences nombreuses inextricables, mais sans anse sphacélée, l'entéro-anastomose a pu donner des succès.

Quand la malade est opérée plus tard, si la résection est devenue nécessaire, la mortalité devient effrayante. La résection en occlusion est nécessaire on ne peut guère faire autre chose — sinon l'extériorisation qui ne vaut pas mieux — mais c'est presque un arrêt de mort.

Dans les cas opérés tard, on peut réaliser une iléostomie complémentaire. Elle complique les suites, peut nécessiter une réintervention; de sorte que mieux vaut opérer tôt et de s'en passer.

Je termine l'opération par un drainage abdominal qui évacue ce liquide péritonéal assez abondant dans les occlusions déjà un peu avancées. Enfin, chez les malades qui vomissaient beaucoup avant l'opération, le sérum salé hypertonique est administré pendant deux ou trois jours.

Concluons donc : laparotomie antérieure, douleurs abdominales; c'est peut-être une occlusion, un examen chirurgical est nécessaire. Et, à la moindre hésitation, une laparotomie s'impose.

R. Desjacques (Lyon).

CHRONIQUES
VARIÉTÉS • INFORMATIONS

SÉANCE DE RENTRÉE
DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

Jamais la cérémonie traditionnelle de la rentrée de l'Université de Paris n'eut autant d'éclat. Dans Paris libéré après quatre années de barbarie, les représentants de la Pensée française accueillaient le Général DE GAULLE et l'assuraient de leur infinie reconnaissance.

Le grand amphithéâtre de la Sorbonne était joyeusement décoré aux trois couleurs et aux drapeaux de nos alliés d'Orient et d'Occident. On sentait passer comme un frémissement d'ailes, comme un souffle frais de renaissance et de joie, une envolée des esprits vers la liberté retrouvée et ce fut un déferlement d'enthousiasme sans égal qui salua l'entrée du général DE GAULLE, le sauveur de la civilisation française.

Cette cérémonie s'est déroulée le lundi 22 Janvier, en présence de M. CAPITANT, ministre de l'Education nationale, de M. BILLOUX, ministre de la Santé, de M. DAUTRY, ministre de la Reconstruction, des représentants du corps diplomatique et des armées alliées. Le recteur de l'Université de Paris, M. le Prof. ROUSSY, assisté des doyens des cinq facultés salua tout d'abord le Général DE GAULLE :

« Votre présence en Sorbonne, ce matin, est trop lourde de significations pour que le Recteur de l'Université de Paris ne tente pas, dès l'abord, de les préciser. Vous avez rendu à la France son honneur. Quand la fortune des armes nous trahissait, à l'instant même que la foi s'effondrait, vous avez accepté l'exil pour être plus près de votre pays, accueilli l'injure et le sarcasme pour mériter mieux l'immense enthousiasme que salua votre retour.

Au Chef qui ne doutait pas de la France, les adhésions arrivèrent, chaque jour plus nombreuses. Autour de l'absent, magiquement présent, la résistance française s'organisa. Et bientôt il apparut que l'exilé avait autour de lui la France toute entière.

L'Université de Paris — et c'est son orgueil — fut derrière vous dès Novembre 1940. Elle mobilisa, dans l'ombre nécessaire des conjurations spirituelles efficaces, ce que nous pourrions appeler la résistance intellectuelle de la France. Et mérita qu'en cet amphithéâtre, qu'un peintre illustre dédia aux victoires de l'esprit, vous preniez contact avec la jeunesse de France.

Cette rencontre, au demeurant, nous la souhaitions avec ardeur. Car les vertus que vous avez, aux jours sombres, choisi de dangereusement incarner, le courage, l'audace, l'intransigeante foi, le sens du risque, la combativité, ce sont essentiellement vertus de jeunes, et qui ne savent ni ne veulent composer avec la barbarie, fut-elle triomphante.

Mon Général, l'Université de Paris acclame en vous le libérateur que, des profondeurs des anées maudites elle appela si souvent de son indicible et affectueux espoir. Daignez, dans cette acclamation, reconnaître le signe d'une gratitude inépuisable. »

Le Prof. LE BRAS, de la Faculté de Droit, au nom des Mouvements de la Résistance universitaire, évoqua ce que fut pendant quatre années la vie de l'Université et des universitaires, la lutte clandestine de tous ses membres, professeurs et étudiants et le tragique bilan des déportés et des fusillés.

Au nom de l'Union des Etudiants patriotes, M[lle] DESCOMBEY retraça plus particulièrement l'action des étudiants contre l'oppresseur. Il ne faut pas oublier que dès le mois de Novembre 1940 la jeunesse de France avait répondu à l'appel du Général de Gaulle et avec tous les moyens dont elle disposait l'assaurait de sa fidélité. Pendant ces quatre années, l'ennemi multiplia ses attaques contre ce noyau de la Pensée française qui conservait jalousement l'amour de la liberté, le mépris de la force non dirigée par l'esprit et les promesses de renaissance pour le jour où le cours du destin serait renversé. Pour l'ennemi, il importait, en effet, d'anéantir ces sources vives qui ont toujours permis à la France de renaître au long de son histoire : livres interdits, suppression de cours, arrestations de professeurs particulièrement aimés, intronisation d'hommes serviles, augmentation des droits d'examen, tout était dirigé pour ralentir au maximum la vie intellectuelle de la France. Pendant ces quatre années les étudiants livrèrent bataille, mais au prix de quels sacrifices ! Lutte contre le travail forcé et la déportation, destruction des fiches de recensement, sabotages des cours indésirables, livres et journaux clandestins, distribution de tracts, étroite participation à l'organisation de la Résistance active, telles furent les armes intellectuelles des étudiants. Ils surent aussi manier la grenade et la mitrailleuse. Beaucoup d'entre eux rejoignirent les différents maquis. D'autres restèrent à Paris et fourbirent les armes. Pendant la semaine glorieuse, ils furent à la pointe du combat. Le vieux quartier Latin, où naquirent les révolutions, ne trahit pas son passé. Les barricades se lèvent, le Parvis Notre-Dame, le boulevard Saint-Germain, le Luxembourg, le Panthéon sont le siège de combats acharnés. L'ennemi chassé de Paris, leur tâche ne leur paraît pas terminée. Dans la joie de la libération, ils n'oublient pas que nos rivages et l'Alsace ne sont pas encore débarrassés de l'ennemi et ils sont prêts à répondre à l'appel du sauveur de la France.

Puis, le Prof. ROUSSY, dans un brillant exposé, rappelle cette lutte pour la liberté qu'ont menée les étudiants de l'Université de Paris depuis le moyen âge jusqu'à nos jours « Entre la jeunesse universitaire de Paris et la liberté, il existe un accord de fait et de principe. Un accord spontané et comme infaillible. Un accord de dix sièles et qui se maintient aujourd'hui aussi étroit qu'il fut jamais ». Et le Prof. ROUSSY termine :

« Messieurs, puisque, en fin de compte, pour les Maîtres de nos Académies, tout se termine nécessairement par des leçons, puisque tout se résout en enseignement, qu'il me soit permis de donner au rapide voyage que je viens de faire avec vous dans le passé proche ou lointain de notre Sorbonne, les quelques conclusions que vous attendez de votre Recteur.

Et d'abord, efforçons-nous ensemble de préciser ce qui fut trop longtemps confusion, erreur ou mensonges. Au contraire de la France a-t-on osé prétendre, les pays autoritaires auraient su pourvoir leurs nationaux d'une mystique. Ils auraient su élever leurs jeunesses au-dessus des intérêts et des égoïsmes des heures étroites. Leurs victoires n'auraient, pour être intelligibles, besoin d'aucune autre explication. Et notre défaite de 1940 aurait tout naturellement pris naissance dans notre sécheresse dans ce que les théologiens de l'École eussent appelé notre aridité. Ainsi parlait-on naguère, chez nos réalistes politiques, chez ces théoriciens du social qui faisaient tout ensemble profession de moquer nos mystiques et d'exalter celles d'outre frontières.

Non certes, mais elle ne manqua point de foi cette jeunesse qui, de tous temps, nargua les hommes d'armes au nom de la liberté ou pour son service. Elle ne manqua point de mystique, cette jeunesse qui, tout récemment encore, aux plateaux de Corrèze, comme aux vallons du Vercors et aux cols de Savoie nourrissait une espérance invincible. Et l'on vit de reste ce que peut, au cœur d'un peuple, engendrer de rage et de courage, d'amour et de haine, la passion de la liberté. Le froid, la faim, la mort elle-même furent bravés par des hommes, par des femmes, par des enfants parfois, que rien ne tenait plus hors cette furieuse volonté de ne point accepter l'esclavage. Fils des hommes de l'an II, ils découvrirent en eux d'intarissables ressources pour résister à l'oppression. Et c'est du même élan que nos jeunes étudiants iront demain combattre dans les rangs de l'armée nouvelle de la France... La mystique de la liberté, aussi puissante que celle de l'égalité, ce fut l'erreur de nos ennemis de n'avoir pas compté avec elle, de n'avoir su prévoir qu'elle dresserait des barricades dans les rues de nos cités et précipiterait le peuple de France aux témérités ancrées de l'insurrection.

Jeunes hommes qui avez reconquis sur l'ennemi l'usage de vos biens, réjouissez-vous donc puisque la liberté vous est rendue. La liberté de vous mettre, vous-mêmes et spontanément aux ordres de la France. »

Le Général DE GAULLE se leva, longuement acclamé et dit :

« Le Recteur ROUSSY, le Prof. LE BRAS et M[lle] DESCOMBEY ont très bien décrit ce qu'avait été le concours de l'Université de Paris dans la Résistance. Ils ont très bien montré comment la défense de l'esprit avait apporté la condition élémentaire du salut commun, tout comme la trahison de l'esprit, si elle avait été en général commise, aurait transformé une défaite d'un moment en une défaite définitive, car la chute d'un peuple ne se répare point dès lors qu'il y a consenti.

Et maintenant, l'ennemi chassé, la victoire en vue, la pensée française tout entière reprend le contact avec les faits et les mouvements de l'époque tels qu'ils se présentent à la lumière de la liberté. Quelle vaste carrière s'ouvre à l'effort des intelligences et des volontés ! Quelle part magnifique peut prendre et doit prendre l'Université de Paris ! Il s'agit d'orienter la nation par sa jeunesse vers les voies intellectuelles morales et spirituelles où elle trouvera son renouveau. Il s'agit pour la pensée française et pour l'Université de Paris de contribuer par la jeunesse à résoudre le plus grand problème de notre temps, qui consiste à sauver et à faire vivre la liberté au milieu de l'organisation rigide que crée, à la société, le machinisme.

Malgré toutes les dffiultés dans lesquelles l'Université française reprend sa tâche, jamais son devoir ne fut plus enviable parce que rien ne vaut un grand devoir accompli pour une grande cause et au milieu d'une grande époque. »

A. P.

L'organisation du Service de Santé en Afrique noire française

d'après les recommandations de la Conférence de Brazzaville (Janvier 1944)

Ce sujet vient d'être traité par le médecin général inspecteur VAUCEL, directeur du Service de Santé au Ministère des Colonies, devant la Commission de Médecine et d'Hygiène du Comité de l'Empire français, au cours d'une réunion tenue récemment sous la présidence du Prof. PASTEUR VALLERY-RADOT.

Le médecin général inspecteur VAUCEL, qui présida, à la Conférence de Brazzaville, la Commission de l'Hygiène et de la Santé publique, rappela d'abord le principe suivant qui concerne plus particulièrement l'hygiène et la santé publique : « La Conférence reconnaît que l'amélioration des conditions sanitaires et la solution du problème démographique ne sont pas seulement d'ordre technique, mais sont en fonction du progrès économique, social et politique du continent africain. » Il dressa ensuite le tableau exact de la situation sanitaire actuelle des populations de l'Afrique noire. Plusieurs endémo-épidémies les menacent, dont la gravité ne saurait échapper à personne, constituant autant de fléaux sociaux qu'il nous faut combattre aujourd'hui de la manière la plus énergique. Au premier rang de toutes se trouve le paludisme. On peut dire sans exagération que l'ensemble des indigènes en est atteint. L'infection les frappe à tout âge. Elle a sur l'état démographique de ces populations des conséquences déplorables. On doit mettre, en effet, à son actif une diminution marquée de la natalité, la cause désastreuse de nombreux avortements, une part importante dans la mortalité infantile. Chez les adultes, le paludisme détermine, par des accès périodiques, une baisse notable de l'aptitude au travail. Il aboutit à la déchéance physiologique et à la cachexie. Dans la région d'Abong-Mbang (Cameroun), il a été noté 92 pour 100 d'impaludés de 0 à 2 ans. Le paludisme congénital peut être évalué à 10 pour 100 chez les nouveau-nés. L'examen de la moelle osseuse et de la pulpe splénique des mort-nés a permis de démontrer l'existence du paludisme héréditaire. Dans la même région, 47 pour 100 des décès de 15 à 20 ans sont rapportés à l'infection paludéenne. Or, la prophylaxie pratiquée s'est montrée jusqu'ici insuffisante. La chimioprophylaxie, il faut le reconnaître, n'atteint pour ainsi dire jamais l'enfant indigène, avant que s'établisse, à grands frais, la prémunition naturelle. Et des tonnes de quinine ont été distribuées à la population, sans discrimination d'âge, sans rythme, ni méthode, et trop souvent même aux non-paludéens. Après le paludisme, viennent le plus dangereusement affecter la balance démographique, la syphilis, la maladie du sommeil, la gonococcie, la lèpre, la tuberculose, la méningite cérébro-spinale, les parasitoses.

L'action médicale, qui s'est exercée jusqu'ici et dont il ne faut pas mésestimer l'efficacité, doit cependant être renforcée de méthodes nouvelles et d'efforts concentrés plus harmonisés. La Conférence a recommandé dans ce but la création d'un *Service autonome d'hygiène mobile et de prophylaxie* composé du plus grand nombre possible de groupes mobiles polyvalents, divisés eux-mêmes en sections d'importance et de composition variables, selon la dominante pathologique de la région prospectée. Le directeur de ce service sera placé sous l'autorité technique du directeur général de la Santé publique. Un *Institut d'Hygiène Sociale et de Recherches*, doté de laboratoires auxquels sera affecté un personnel suffisant spécialisé d'entomologistes, de botanistes, d'ingénieurs sanitaires et comprenant différentes sections (paludisme, trypanosomiase, lèpre, syphilis, tuberculose), centralisera tous les renseignements recueillis par le chef du Service autonome d'hygiène mobile et de prophylaxie et proposera toutes mesures utiles au traitement des maladies et à l'éradication des affections sociales.

Dans les villes, les *Services d'hygiène* seront dotés du personnel technique nécessaire, ainsi que d'ingénieurs chargés de réaliser travaux et réfections, au moyen de crédits et d'une main-d'œuvre spécialement mis à leur disposition. Dans les régions exceptionnellement éprouvées par un fléau social, le chef du Service médical disposera des pouvoirs administratifs nécessaires.

Enfin, la création d'un *Bureau permanent d'Hygiène* permettra la transmission rapide des informations épidémiologiques provenant des autorités médicales françaises et étrangères de l'Afrique et la mise au point des méthodes communes d'hygiène et de prophylaxie à appliquer à l'ensemble du continent africain. Le Gouvernement belge a déjà accepté de voir fixer à Léopoldville le siège de ce Bureau africain d'Hygiène qui devra, par ailleurs, étudier dans quelles conditions il pourra entrer dans le cadre des organisations sanitaires internationales déjà existantes, comme l'Office International d'Hygiène publique, de Paris, et la Commission d'Hygiène de la S.D.N.

Pour qu'un service ainsi compris puisse fonctionner utilement, certaines mesures intéressant le personnel devront naturellement être prises. C'est ainsi que l'effectif du cadre des médecins des Troupes coloniales, actuellement fixé à 1.040, devra, être porté à 1.500. Le recrutement de ces médecins sera facilité par la création d'une *Ecole de Santé Coloniale* fonctionnant au sein d'une *Université Coloniale* qui attirera les jeunes gens dès le début de leurs études médicales et générales et leur insufflera la foi et l'enthousiasme, l'esprit de discipline et de désintéressement indispensables à la pratique de la médecine coloniale. Afin de compenser l'interdiction de l'exercice de la médecine qui sera opposée à ces médecins, un nouveau statut interviendra pour améliorer leur situation matérielle et sociale, la mettant plus en harmonie avec les conditions faites à leurs confrères étrangers.

Une *Ecole de Médecine africaine*, aujourd'hui réalisée, formera tant au point de vue technique que moral, des médecins indigènes, dont le nombre de 700, actuellement insuffisant, sera porté à 2.500.

L'accroissement jusqu'à un chiffre égal du nombre des sages-femmes indigènes favorisera grandement le développement tant souhaité des œuvres de protection maternelle et infantile.

De même, enfin, devront être doublés les effectifs des infirmiers, des infirmières, des infirmières-visiteuses, destinés à collaborer avec les organismes médicaux envisagés.

Les dépenses prévues pour la réalisation de ce programme comprennent, d'une part, celles nécessitées par la construction d'hôpitaux, de dispensaires, de maternités, l'acquisition de matériel, de moyens de transports, évaluées à la somme de 2 milliards environ, et, d'autre part, les dépenses de fonctionnement s'élevant, par an, à 800 millions.

Cette réorganisation des services de santé, a terminé le médecin général inspecteur Vaucel, ne donnera sa complète efficacité que grâce à une modification profonde du standing de vie des indigènes, fonction lui-même de transformations économiques et politiques.

Ces transformations, la France actuelle se doit de les réaliser pour le plus grand bien de ces terres qui sont comme son prolongement.

A la discussion qui suivit cet exposé, prirent part le médecin colonel Muraz, le Prof. Lavier, le médecin général Sice. Celui-ci sut en tirer les conclusions, en déclarant aux applaudissements de l'Assemblée : « Aux prises avec les plus grandes difficultés et les plus dramatiques de son histoire, la France a pu voir se lever en Afrique Equatoriale, comme au Cameroun, de nombreux bataillons qui ont repris et soutenu la lutte. Elle a, de ce fait, contracté une dette qu'elle ne peut renier. Elle ne pourra s'en acquitter qu'en servant davantage ceux qui n'ont pas douté d'elle et qui, luttant pour sa libération, ont travaillé et travaillent encore pour sa grandeur. »

L. SASPORTAS.

Correspondance

Le syndrome humoral de l'électro-choc.

Dans un article de *La Presse Médicale* intitulé « Origine du syndrome humoral de l'électro-choc », M. DELMAS-MARSALET confirme l'exactitude des faits que nous avons décrits et propose une interprétation : ils seraient dus non à une action nerveuse centrale mais au seul travail musculaire.

Dans une note à la Société de Biologie, en date du 27 Novembre 1943, intitulée « Dissociation expérimentale du syndrome humoral de l'absence épileptique et de l'épilepsie convulsive », nous avions signalé que faisaient défaut dans l'électro-absence toute une série de manifestations humorales que nous avions signalées dans l'électro-convulsion. Toute cette partie du syndrome humoral de l'électro-choc pouvait dès lors être mise tout simplement sur le compte de la convulsion, c'est-à-dire du travail musculaire. C'est cette notion que développe M. Delmas-Marsalet.

Cependant, nous insistions sur le fait que d'autres éléments du syndrome biologique, en particulier l'hyperglycémie et l'hypertension artérielle, s'observent dans l'absence comme dans la convulsion. Toute une partie du syndrome apparaît donc indépendante du travail musculaire. M. Delmas-Marsalet invoque alors l'origine émotionnelle de ces éléments. Or nous avons vérifié qu'ils s'observent aussi bien quand on pratique l'électro-choc sous anesthésie, ce qui élimine le facteur émotionnel banal.

Cette hyperglycémie constitue un phénomène capital que nous avons constamment retrouvé dans l'étude expérimentale de l'électro-choc chez l'animal sain et chez l'animal *surrénalectomisé*. Elle s'intègre d'ailleurs avec l'hypertension dans un cortège de signes neuro-végétatifs à manifestations pupillaires, vaso-motrices, sécrétoires, pilo-motrices, digestives, cardio-vasculaires, respiratoires, thermiques que nous considérons comme d'origine nerveuse centrale et qui sont en tout cas indépendants du travail musculaire. Chaque jour des faits cliniques témoignent de l'importance du facteur hypophyso-diencéphalique dans l'action de l'électro-choc, par exemple son influence sur le sommeil, sur le cycle sexuel et sur le diabète insipide.

Nous en avons par ailleurs cherché confirmation dans l'étude biologique de la *pneumo-encéphalographie* dont on sait l'action élective sur les centres neuro-végétatifs du diencéphale. Nous avons constaté, à la suite de Hoff, un syndrome humoral et neuro-végétatif analogue à celui du choc. On y observe même l'acidose et l'hyperleucocytose, et la ressemblance avec le syndrome humoral de l'épilepsie *convulsive* électrique est alors si frappante que nous avions été initialement conduits à une interprétation diencéphalique globale. Mais la dissociation entre le syndrome de l'absence et celui de la convulsion que nous avons signalée dans la note précitée permet sans doute de faire le départ entre ce qui revient au travail musculaire et ce qui revient à l'action neuro-endocrinienne centrale. Nous essaierons de préciser dans un prochain article le rôle respectif du facteur musculaire et du facteur nerveux, et aussi d'un troisième facteur, le facteur anoxhémique dans les perturbations humorales complexes de l'électro-choc.

JEAN DELAY et A. SOULAIRAC.

Livres Nouveaux

La syphilis occulte, par G. MILIAN. 1 vol. de 173 pages (*J.-B. Baillière et fils*, édit.), 1944.

Deux conceptions s'affrontent sur la question qui est abordée dans cet ouvrage. Dans l'une, qui compte M. Milian parmi ses plus ardents protagonistes, on s'évertue à chercher la syphilis dans l'étiologie de nombreux troubles de la santé et on la trouve souvent à l'aide de stigmates ou de réactions biologiques dont la valeur est discutée par les partisans de la doctrine adverse. Ceux-ci, au contraire, réduisent au minimum l'intervention du tréponème dans la pathologie.

Il est fort intéressant de lire ce livre, écrit avec la clarté et le talent persuasif qui caractérisent les publications de M. Milian. Après avoir distingué la syphilis latente de la syphilis occulte, M. Milian fait l'historique de cette dernière, remontant à Alfred Fournier. Il expose ensuite les conditions de sa production et l'importante question de la syphilis conceptionnelle. Dans le chapitre suivant, G. Milian nous dit comment se révèle la syphilis occulte : fausses couches ou naissance d'enfants non viables ou tarés, accidents tardifs, stigmates chez l'hérédo de première ou de seconde génération. Puis il nous indique les moyens de dépistage : d'abord examen clinique du malade (ici il rappelle ses travaux sur les signes buccaux, unguéaux, sur la place du chancre), avec un exposé des altérations dentaires de l'hérédo-syphilis ; ensuite données sérologiques, avec rappel de la réactivation découverte par lui-même et un acte de foi dans la valeur des résultats les plus faibles et des méthodes les plus sensibles ; enquête familiale ; enfin, effet du traitement d'épreuve, auquel M. Milian accorde une signification absolue.

Ce livre doit intéresser tous les médecins. On peut discuter certaines des opinions qui y sont énoncées. Mais chacun s'y instruira et, l'ayant lu, sera obligé de réfléchir aux graves problèmes qu'il pose. Quiconque connaît l'humeur combattive de l'éminent syphiligraphe sera frappé du ton modéré de son exposé : et c'est là une qualité complémentaire très appréciable de son ouvrage.

A. SÉZARY.

INFORMATIONS

CONSEILS DÉPARTEMENTAUX DES MÉDECINS

EXTRAIT DE LA CIRCULAIRE N° 33 DU 23 JANVIER 1945

Comité de Coordination

Région parisienne

L'événement professionnel important de ce début d'année est constitué par la grave menace qui plane sur le corps médical du fait de l'élaboration par les services du ministère du Travail d'un projet d'ordonnance supprimant l'entente directe et taxant nos honoraires pour les soins donnés aux assurés sociaux.

La précédente circulaire rendait compte des premières réactions qu'il avait suscitées au sein du Corps médical.

Des démarches ont été faites depuis par divers groupements médicaux (Conseil supérieur des médecins, Comité médical de la Résistance, etc.) auprès des pouvoirs publics, afin de leur faire connaître l'opinion et l'état d'esprit des médecins, unanimement hostiles au projet ministériel.

Les représentants du Conseil départemental des médecins de la Seine, auxquels s'était joint le Secrétaire général du Comité de Coordination des Conseils départementaux de la région parisienne, ont de leur côté été reçus le 11 Janvier par M. Billoux, ministre de la Santé publique et le 18 Janvier par M. Parodi, ministre du Travail, assisté de M. Laroque, directeur général des Assurances sociales.

Ces démarches, faites en accord avec le Conseil supérieur des médecins, ont eu pour premier résultat d'empêcher la publication immédiate de l'ordonnance au *Journal officiel*. Il n'est pas interdit de penser qu'elles permettront un ajournement tout au moins temporaire de cette publication et que le répit ainsi obtenu donnera à d'autres organisations professionnelles, et notamment à celles de province, le temps d'intervenir auprès des pouvoirs publics pour les éclairer sur les conséquences qu'auraient l'adoption et la promulgation d'une ordonnance aussi dangereuse pour l'avenir de notre profession.

Compte rendu succinct de la Séance du 14 Janvier 1945.

La plus grande partie de la séance a été consacrée à l'examen du projet dont il est question ci-dessus.

Le reste de la séance a été consacré à de nombreuses questions : révision partielle éventuelle de la nouvelle nomenclature ; examen des tarifs d'honoraires à proposer à la Commission médicale consultative des hôpitaux de la région de Paris pour les soins à donner aux malades payants des 3e, 2e et 1re catégories ; demandes de relèvement des honoraires en matières de soins aux pensionnés de guerre (articl 64), aux accidentés du travail et aux malades de l'A.M.G. ; médecine du travail, etc.

* *

Nous publions ci-dessous les termes principaux d'une note adressée par le Conseil départemental de la Seine aux ministères du Travail et de la Santé publique et de l'Economie nationale pour protester contre le projet d'ordonnance élaboré par le ministère du Travail dans le but de réglementer la fixation des honoraires médicaux.

Les conseils départementaux des Médecins de Seine-et-Oise et de Seine-et-Marne ont adressé de leur côté une note similaire aux ministères précités :

Le Conseil départemental des Médecins de la Seine a l'honneur de soumettre à la bienveillante attention de M. le ministre de la Santé publique l'exposé ci-dessous, relativement au projet d'ordonnance élaboré par les soins du ministère du Travail et concernant les honoraires médicaux.

CARACTÉRISTIQUES PRINCIPALES DU PROJET D'ORDONNANCE.

Le projet d'ordonnance de M. le ministre du Travail, s'il était adopté, aurait essentiellement pour résultat pratique :

1° D'établir une taxation des honoraires médicaux pour les soins donnés aux assurés sociaux et à tous ceux qui sont plus ou moins assimilés aux assurés sociaux : bénéficiaires de régimes particuliers d'assurances, personnel de S.N.C.F., sociétés de Secours mutuels, etc.

2° D'interdire à tous les médecins quels qu'ils soient, sous peine de sanctions graves, de demander aux dits assurés sociaux et assimilés des honoraires supérieurs aux tarifs fixés en fait par le ministre du Travail.

3° De préparer la voie au régime dit du tiers payant.

CRITIQUES ADRESSÉES AU PROJET D'ORDONNANCE PAR LE CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA SEINE.

1° *La taxation des honoraires médicaux prévue par le projet d'ordonnance du ministre du Travail ne correspond à aucune nécessité.* — Né à la suite d'une démarche de l'Union des Caisses d'Assurances sociales de la région parisienne, le projet actuel d'ordonnance, a, nous dit-on, pour but de mettre fin à des abus semblables à celui dont se seraient rendus coupables les Conseils départementaux des médecins de la région parisienne en relevant récemment les honoraires minima.

Or, cette fois-ci comme les précédentes, le réajustement a été très modéré et l'augmentation totale dans le département de la Seine est en moyenne de 100 pour 100 par rapport à 1938, c'est-à-dire qu'elle est nettement inférieure, et de beaucoup, aux augmentations du coût de la vie et des salaires des assurés sociaux. Les services officiels avisés de ces réajustements conformément à la circulaire interministérielle du 22 Juin 1942 ont jugé de même, puisqu'ils n'ont pas émis la moindre objection et ont tacitement approuvé les nouveaux taux d'honoraires.

D'une manière générale, l'application de cette circulaire interministérielle du 22 Juin 1942 permet de répondre aux craintes hypothétiques émises par le ministre du Travail de voir les médecins augmenter déraisonnablement leurs honoraires.

Il n'apparaît donc pas désirable, à notre avis, de modifier une situation qui jusqu'ici a donné satisfaction aux Pouvoirs publics qualifiés.

Quant à l'autre crainte émise par le ministre du Travail de voir les médecins dépasser en fait les honoraires minima fixés par les Conseils départementaux, elle paraît illusoire. Cette question se trouve en effet réglée par les termes mêmes de la convention intervenue entre les Caisses d'Assurances sociales et un grand nombre de Conseils départementaux aux termes de laquelle « Sauf exceptions prévues par la loi, la fixation du chiffre des honoraires est soumise au régime de l'entente directe. Toutefois le Conseil de l'Ordre veille à ce qu'en règle générale il ne soit demandé aux assurés sociaux que les honoraires minima qu'il aura fixés lui-même.

« Si les médecins dépassent ces honoraires minima et si ce dépassement ne paraît pas justifié, les Caisses et les assurés sociaux eux-mêmes pourront avoir recours au Conseil de l'Ordre chargé d'apprécier, compte tenu des articles 18 et 21 du Code de Déontologie relatifs aux honoraires, si les titres, la notoriété du médecin, la situation de fortune de l'assuré, l'importance du service rendu ou quelque circonstance particulière justifient les honoraires demandés. »

Si les dispositions ci-dessus de la convention des Médecins-Caisses n'ont reçu qu'une application imparfaite et insuffisante dans le département de la Seine, le Corps médical ne peut en être rendu totalement responsable, le Conseil régional de l'Ordre, chargé de veiller à cette application n'ayant toujours été nommé que tardivement et pour peu de temps, tant sous le régime vichyssois que sous le régime actuel. Aujourd'hui encore les membres du Conseil régional des Médecins de la région de Paris n'ont pas encore été désignés et nous signalons cette anomalie à la bienveillante attention de M. le ministre de la Santé publique.

2° *La taxation des honoraires envisagés par le projet d'ordonnance du ministre du Travail risque d'aboutir à un abaissement de la moralité du Corps médical.* — Les circonstances mêmes dans lesquelles a été élaboré ce projet d'ordonnance (augmentation récente des honoraires médicaux minima dans les départements de la région parisienne) indiquent bien qu'il s'agit de diminuer par voie d'autorité des honoraires pourtant modérés et relevés dans une proportion beaucoup moindre que ne le comporterait l'élévation actuelle du coût de la vie. D'autre part, les tarifs ainsi abaissés seraient néanmoins valables pendant une année entière, même si le prix de la vie venait à s'accroître dans de fortes proportions au cours de l'anée.

Or, il s'agit des soins donnés à la plus grande partie de la population (les trois quarts de cette population dans de nombreuses régions). Les recettes des médecins se trouveraient considérablement réduites. Dans beaucoup de régions où les assurés sont particulièrement nombreux, le médecin n'arriverait à vivre que bien difficilement et on assisterait au développement d'un véritable prolétariat médical.

La conséquence de cet appauvrissement des médecins serait d'abord une perte de prestige et d'autorité du Corps médical et, partant, une perte de confiance dans les prescriptions médicales. Elle serait surtout un abaissement de la moralité du Corps médical. Il serait en effet à craindre qu'un certain nombre de médecins ne pouvant plus vivre dignement de leur profession normalement exercée soient tentés de chercher ailleurs, ou dans des compromissions contraires à la dignité professionnelle, les ressources qui leur manqueraient.

Pour toutes ces raisons, la taxation envisagée des honoraires ne saurait être vue d'un œil favorable par le Corps médical qui entend rester digne et profondément honnête.

3° *La taxation des honoraires et leur abaissement prévu entraîneraient automatiquement la création de deux catégories de médecins.* — D'une part, il y aurait la catégorie des médecins dits de Caisses, obligés pour vivre de passer sous les fourches caudines de l'Assurance sociale et d'exercer dans des conditions n'ayant pas leur approbation.

D'autre part, il y aurait la catégorie des médecins dits libres, ayant suffisamment d'esprit d'indépendance, de notoriété ou de titres scientifiques pour se permettre de refuser leurs soins aux assurés sociaux ès qualité.

L'assuré social qui verse obligatoirement de lourdes cotisations ne pourrait s'adresser qu'aux médecins de la première catégorie et ne serait plus le bénéficiaire que d'une médecine de seconde zone.

Cette perspective, qui ferait de l'assuré social un citoyen inférieur et diminué, un malade qui ne serait plus « un client comme les autres », ne saurait avoir l'approbation du Corps médical.

Conclusion. — Pour toutes les raisons exposées ci-dessus et pour beaucoup d'autres qui n'ont pu être développées ici pour ne pas surcharger une note déjà longue, le Conseil des Médecins de la Seine est résolument hostile au projet d'ordonnance élaboré par les services du ministère du Travail, projet nettement inspiré de la loi allemande et nationale-socialiste des Assurances sociales.

Il demande que la loi française soit maintenue dans son texte et dans son esprit, conformes aux traditions du Corps médical français, et respectant dans toute sa plénitude la personnalité de l'assuré social.

Paris, le 14 Janvier 1945.

Cotisations dues par les maîtres de maisons, par conséquent par la majorité des médecins, au titre des Assurances sociales et de la contribution spéciale. Ces précisions sont contenues dans un décret du 11 Janvier 1945, publié au *J. O.* du 16 Janvier 1945.

Les cotisations sont les suivantes :

	COTISATION MENSUELLE	
	Assuré	Employeur
Villes de plus de 80.000 habitants et département de la Seine :		
Hommes	84	168
Femmes	48	96
Autres communes :		
Hommes	60	120
Femmes	36	72

La contribution spéciale, rentrant dans le total que doit acquitter l'employeur, est égale à la cotisation d'Assurances sociales.

Conseil départemental de Seine-et-Marne.

Nouveaux honoraires minima applicables au 15 Janvier 1945 : Consultation, 50 fr. ; Visite, 60 fr. ; Visite du dimanche, 100 fr. ; Visite de nuit, 150 fr. Accouchement simple, 1.500 fr. ; Version au forceps, 2.000 fr.

Indemnité kilométrique : 4 fr. par kilomètre parcouru.

N : 40 fr. ; PC : 35 fr.

Pour le Secrétaire général,
Le Secrétaire administratif : Dr COQUIN.

NOMINATION A LA CLASSE EXCEPTIONNELLE des Professeurs titulaires de l'Enseignement supérieur

Le *Journal officiel* du 21 Janvier 1945 publie un décret daté du 20 Janvier 1945 dont nous extrayons les passages suivants :

Les professeurs de classe exceptionnelle sont choisis sur une double liste de présentation établie chaque année entre le 1er Octobre et le 31 Décembre et dressée par les recteurs par ordre d'ancienneté. Ces listes comprennent tous les professeurs titulaires des Facultés qui, remplissant les conditions prévues par les articles 6 et 7 du décret du 31 Décembre 1936, peuvent être nommés à la classe exceptionnelle.

Elles sont transmises avec, pour chacun des professeurs qui y figurent, l'avis motivé du doyen intéressé, du recteur et des comités de spécialistes institués par l'article 2 de l'ordonnance du 18 Novembre 1944.

Art. 3. — Pour chaque discipline, le comité de spécialistes compétent dresse une liste de propositions. Chaque liste, qui peut ne comporter qu'un seul nom, comprend au maximum autant de noms qu'il y aura de vacances ouvertes au 1er Octobre suivant, dans la classe exceptionnelle pour l'ensemble des facultés.

Art. 4. — Les propositions ainsi établies par les comités de spécialistes sont soumises à une commission supérieure de classement qui établit une liste de présentation en première ligne et une liste de présentation en seconde ligne ; chaque liste comprenant autant de noms qu'il y aura de vacances ouvertes au 1er Octobre suivant dans la classe exceptionnelle pour l'ensemble des facultés.

Art. 6. — Pour l'année scolaire 1944-1945, les délais fixés pour l'établissement des listes sont prorogés jusqu'au 1er Mars 1945.

(*J. O.*, 21 Janvier 1945.)

Conseil supérieur d'Hygiène publique de France

Le nombre des membres du conseil supérieur d'hygiène publique de France pouvant être nommés par le ministre de la Santé publique parmi les médecins hygiénistes, ingénieurs, chimistes, légistes, etc., est porté provisoirement de 40 à 65.

(*J. O.*, 21 Janvier 1945.)

Aux Médecins de Réserve

Le docteur Julien Huber, *Président de l'Union Fédérative Nationale des Médecins de Réserve, 58, rue Chardon-Lagache, Paris-16e, communique :*

Pendant tout le temps de l'occupation, nous avons continué notre action. De généreux concours nous ont permis de secourir ceux de nos confrères qui ont été sinistrés et les femmes et enfants de médecins que la captivité ou la déportation du chef de famille laissait dans l'embarras.

Nous faisons appel à la générosité des médecins pour qu'ils pensent aux foyers dévastés de leurs confrères moins favorisés qu'eux.

— D'autre part, l'Union fédérative Nationale a reçu de M. le médecin Colonel Debenedetti, Directeur du Service de Santé au Ministère de la Guerre, une lettre dont voici les principaux passages :

« Jamais le Service de Santé de l'Armée n'a eu à faire face à des difficultés plus lourdes qu'en 1944, sur un territoire spolié par l'ennemi.

« Sous quelque forme que vous me l'offriez, votre aide m'est indispensable : que les plus jeunes d'entre vous participe au Service des Armées ; que les anciens concourent au Service du Territoire en créant un climat favorable à l'accomplissement de notre mission, qu'ils nous aident aussi ceux qui, en raison de leur âge, de leur état de santé, voire de leurs charges professionnelles, ne peuvent servir sous l'uniforme.

« Comment ne pas compter sur vous maintenant que le Service de Santé est engagé dans une phase difficile de son Histoire, mais dans une période annonciatrice de la Victoire.

« En retour, comptez sur moi qui ai le périlleux honneur d'être à votre tête, et sachez que toute mon énergie s'emploiera, dans le présent comme dans l'avenir, à contribuer, avec votre concours, à l'union amicale, sans restriction, des Officiers de réserve du Service de Santé avec leurs camarades de l'Active, dont je puis vous assurer qu'ils vous sont sincèrement et profondément attachés. »

Contrôle des spécialités pharmaceutiques

A la liste des experts agréés pour le contrôle des spécialités pharmaceutiques doivent être ajoutés les noms de MM. Fiessinger (Paris) ; Hanvier (Paris) ; Justin Besançon (Paris) ; Tzanck (Paris) ; Villaret (Paris) ; Malméjac (Alger) ; Paget (Lille). [*J. O.*, 6 Janvier 1945.]

Universités de Province

Faculté de Médecine de Toulouse. — La chaire de pathologie chirurgicale de la Faculté de Médecine de Toulouse est transformée en *chaire de clinique oto-rhino-laryngologique*. M. Jean Calvet, chargé de cours, est nommé professeur titulaire de cette chaire.

Ecole de Médecine de Dijon. — Il est créé à l'Ecole de Médecine de Dijon une suppléance des chaires de physiologie et d'histologie. (*J. O.*, 21 Janvier 1945.)

Inspection de la Santé

— Mlle Laporte, médecin inspecteur adjoint de la santé du Gard, est affectée, en la même qualité, dans le département de la *Côte-d'Or*, et chargée des fonctions de médecin inspecteur de ce département, en remplacement de M. Dumesnil. (Rect. au *J. O.* du 11 Janvier 1945.)

Distinctions honorifiques

CITATION A L'ORDRE DE L'ARMÉE

A titre posthume : M. Pierre Baneilles.

LÉGION D'HONNEUR

Chevalier (*à titre posthume*). — Docteur Pouységur, médecin de 2e classe du régiment des sapeurs-pompiers de Paris.

MÉDAILLE MILITAIRE

Médecin auxiliaire Fournier.

Nouvelles diverses

Commission d'hygiène dans les Mines. — Ont été nommés membres de la commission spéciale chargée de l'étude des questions concernant l'hygiène dans les mines :

MM. les Professeurs Duvoir (Paris) ; Leclercq (Lille) ; Mazel (Lyon) ; Policard (Lyon) ; Texon (Paris). [*J. O.*, 6 Janvier 1945.]

Nos Échos

Naissances.

— Le docteur et Mme Jean Vague ont le plaisir de faire part de la naissance de leur fille *Irène* (Marseille 8 Janvier 1945).

— Le docteur et Mme Pierre Anglade sont heureux de faire part de la naissance de leur fils *Jean-Pierre* (Chavaniac-Lafayette [Haute-Loire], 7 Janvier 1945).

— Le docteur et Mme Jacques Aufrère ont la joie de faire part de la naissance de leur fille *Catherine* (Agen ton-sur-Creuse, 12 Janvier 1945).

— Le docteur Alain Macé de Lépinay, assistant des hôpitaux et Mme, née d'Hauteville, sont heureux d'annoncer la naissance de leur cinquième enfant, *François* (Paris, 10 Janvier 1945).

— Le docteur Louis Gras (Les Sables-d'Olonne) et Madame née Berthot sont heureux d'annoncer la naissance de leur deuxième enfant *Jean-Luc*.

Mariages.

— On annonce le mariage, le 15 Février 1945, de M. Yves Ramond, fils du docteur Louis Ramond, médecin honoraire des Hôpitaux de Paris, avec Mlle Gabrielli Algardi.

— On annonce le mariage du docteur Simone Lindeux, ancienne interne des Hôpitaux de Paris, ex-chef de clinique à la Faculté, avec M. Roger Le Penven (Paris, le 7 Décembre 1944, 17, rue de la Trémoille).

Décès.

— On annonce la mort du professeur Barrier, ancien Président de l'Académie de Médecine ; — du docteur Barth, âgé de 91 ans, médecin honoraire des Hôpitaux de Paris ; — A Annecy, du professeur Nicloux, professeur honoraire à la Faculté de Médecine de Strasbourg — du professeur Maurice Rouslacroix, professeur de Bactériologie à la Faculté de Médecine de Marseille, médecin honoraire des Hôpitaux.

— Du docteur Descazals, ancien interne des Hôpitaux de Paris, professeur honoraire à l'Ecole de Médecine de Limoges, chirurgien honoraire de l'Hôpital de Limoges ; — de M. Robert Eltrich, 25 ans, externe des Hôpitaux de Paris, officier de la résistance en Bourgogne, engagé volontaire et lieutenant au n° d'infanterie, tué à la tête de sa section le 30 Novembre 1944, en Alsace.

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

Les Petites Annonces dans La Presse Médicale *sont acceptées sous réserve d'un contrôle extrêmement sérieux. Aucune annonce commerciale n'est acceptée.*
Prix : 20 fr. la ligne (15 fr. pour les abonnés).

AVIS. — Prière de joindre aux réponses un timbre de 1 fr. 50 pour transmission des lettres.

Le gérant : F. Thomas.

Imprimé par l'Ancne Imprimerie de la Cour d'Appel, 1, rue Cassette, à Paris (France)

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées aux Périodiques, la Direction scientifique de La Presse Médicale *a dû fixer à 4 colonnes maximum l'étendue des mémoires originaux. Tout manuscrit dépassant cette étendue sera retourné à son auteur.*

MODE D'ACTION DE LA PÉNICILLINE

Par **C. LEVADITI**
(Paris)

La pénicilline, principe antibiotique de première valeur, est à l'ordre du jour. Nous avons exposé récemment (1) nos connaissances se rapportant à son mode de préparation, à sa constitution chimique, à son activité antimicrobienne, à ses effets curatifs. Il est temps que l'on essaye de préciser, pour autant que faire se peut, le mécanisme qui préside à son activité sur les microorganismes sensibles. C'est le but que nous nous proposons d'atteindre dans le présent travail, sans méconnaître la complexité du problème et l'imprécision de nos connaissances sur ce sujet.

*
* *

Il existe un grand nombre de principes antibactériens, les uns d'origine animale (lactéine, lysozyme, histones, protamines), les autres d'origine microbienne. Parmi ces derniers, il y en a dont la constitution chimique est relativement simple [pyocyanine (α-oxyphénazine), phénols, quinones], et certains autres infiniment plus complexes [pénicilline, polypeptides (gramicidine, tyrocidine, notatine-corylophiline), pénatine, etc.]. Leur activité est tantôt *bactéricide*, tantôt *bactériostatique*. Quelle est, en vérité, la signification de ces deux termes ? On entend par « bactéricidie » *l'effet mortel* que des composés chimiques exercent sur les microbes. Il s'agit de substances douées d'une action de surface, capables de former, avec la cellule, des complexes généralement stables, provoquant la rupture de la membrane et la dénaturation des enzymes protéidiques [Dubos (2)]. Les antiseptiques annihilent le mécanisme cellulaire catabolique, le phénomène pouvant être, parfois, réversible (3).

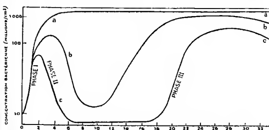
Il en est tout autrement de la *bactériostase*. Ici, l'agent chimiothérapique intervient indirectement dans le métabolisme des bactéries, en bloquant l'équipement enzymatique leur servant à la synthèse des protéides indispensables à leur croissance et à leur division. En vrai, il n'y a pas de suppression de vitalité, attendu que le microorganisme, en état de bactériostase, continue à vivre et à respirer. Etat de sommeil, seulement, et pour conséquence, arrêt de la pousse et évanouissement de l'aptitude pathogène. Un tel microbe devient alors aisément la proie des phagocytes, qui se chargent de le digérer et de le détruire : d'où guérison.

C'est là, en bref, le mécanisme d'action des *sulfamides*. Pour ce qui a trait à la *pénicilline*, l'opinion des chercheurs est loin d'être unanime. D'aucuns, tels Dawson (4), Herrel (5), Hobby, Meyer et Chaffee (6), soutiennent que la pénicilline est bactéricide, alors que pour d'autres [Chain et collab. (7); Abraham et collab. (8)], ce principe est, avant tout, bactériostatique.

Afin de choisir entre ces deux conceptions (ou de les associer, si nécessaire), examinons, comme il convient, ce qui se passe lorsqu'on met en présence pénicilline et staphylocoques dans des conditions où l'effet antibiotique se manifeste. Certains comportements permettent, à première vue, de dissocier les sulfonamides de la pénicilline. Ainsi, d'après Nitti, Fossaert et Faguet (9), la pénicilline agit en milieu peptoné, alors que les peptones se comportent comme des antisulfamides; l'acide *p*-aminobenzoïque inhibe les sulfamides, tout en se révélant inactif à l'égard de la pénicilline; enfin, ce principe est antibiotique, quelle que soit la quantité de germes introduits dans la réaction. Mais tout ceci n'est pas pour nous renseigner comme il se doit sur le mécanisme d'action. Il en est tout autrement si l'on considère les données énoncées ci-dessous :

1° *La pénicilline n'est ni absorbée, ni détruite par les bactéries*, avant, pendant, ou après son action antibiotique [Hobby, Meyer et Chaffee (10)]. Elle se comporte, de ce point de vue, comme les enzymes qui, en général, se régénèrent au fur et à mesure qu'elles remplissent leurs fonctions.

2° *La pénicilline n'agit que sur des germes en voie de division*, donc sur des microorganismes considérés au début de la phase logarythmique de leur multiplication. C'est là un trait commun entre elle et les bactériophages. Il est nécessaire que le microbe commence à se segmenter, qu'il atteigne même un certain degré de pullulation, pour que sa vulnérabilité se réveille. C'est ce qui résulte de constatations précises, principalement des courbes de l'effet antibiotique de la pénicilline, enregistrées par Nitti, Fossaert et Faguet (*loc. cit.*), d'une part, par Bonét-Maury et Pérault (11), de l'autre, à l'aide des biophotomètres différentiels de Faguet (12) et de Bonét-Maury et Walen (13). Voici la reproduction d'une de ces courbes (*Cf.* courbe 1) :



Courbe 1 — D'après Bonét-Maury et Pérault.

Trois phases sont à discerner. La première (phase I) indique une multiplication initiale des germes en l'espace de deux heures. Suit la seconde (phase II), montrant une lyse incipiante, puis progressive, évoluant en quatre heures. Enfin, la dernière, témoignant de la clarification du milieu, en d'autres mots, de la *lyse, apparemment totale et permanente*. « La pénicilline, affirment Bonét-Maury et Pérault (*loc. cit.*), est caractérisée par son action rapide, arrêtant la croissance dès les premières générations. » Mais il y a plus, et combien inattendu! « Dans certaines conditions de l'expérience, la destruction des germes n'est pas complète, et, après une bactériostase d'une durée variable, la prolifération peut reprendre son cours suivant un rythme irrégulier » [récidive] (phase III).

Comment expliquer ces phénomènes, de même que leur enchaînement ? Des hypothèses peuvent être formulées; voici celle qui nous semble la plus plausible :

La pénicilline mettrait hors d'usage les centres qui président à la division microbienne. Elle agirait à la manière dont les rayonnements ionisants [rayons X, rayons α du Radon, rayonnement ultraviolet; Holweck et Lacassagne (14), Bruynhoghe et Mund (15), Bonét-Maury (16), Levaditi, Vaisman et Païc (17)] provoquent l'arrêt de la multiplication, tout en respectant la vitalité cellulaire (mort différée; persistance de la respiration). Cette hypothèse, admise par Schmitt (*loc. cit.*), est soutenue par Pulvertaft (18) et par Dubos (19). D'après ce dernier auteur « la pénicilline n'arrête pas, en réalité, le développement de la cellule inhibée, mais empêche la division cellulaire avec formation de *microorganismes géants*. L'inhibition peut affecter quelques stades de la division, et non pas un processus catabolique pouvant être mesuré par la respiration ».

La plupart des chercheurs sont d'accord pour reconnaître que, sous l'influence de la pénicilline, tous les individus peuvent ne pas être lysés. Certains, parmi eux, survivent, tout en ne se segmentant plus. La raison en est que, en présence de la pénicilline, sur une population de germes ensemencés, il y en a qui sont en retard sur la division; ce sont, précisément, ceux-là qui résistent, et que Bigger (20) désigne par le terme de « *persistants* ». Un de leurs caractères distinctifs, c'est *l'augmentation de volume*. « Il y a hypertrophie sphérique des cellules, division incomplète, et, dans le cas du streptocoque, allongement des chaînettes » [Schmitt (*loc. cit.*); Gardner (21); Fleming (22)]. C'est également le cas du gonocoque chez les blennorragiques en cours de traitement pénicillique [Miller, Scott et Moeller (23-24)] [1]. Or, quelqu'étrange que cela puisse paraître, ces microbes qui persistent dans des milieux contenant de la pénicilline ne deviennent pas pénicillo-résistants [Bigger (*loc. cit.*); Pérault; Vaisman].

Ainsi, *lyse des microorganismes en voie de division, d'une part, bactériostase, avec maintien du potentiel respiratoire et augmentation de volume des germes « persistants », de l'autre, constituent les deux principaux aspects de l'activité antibiotique de la pénicilline*. Le premier de ces phénomènes est attribuable à des modifications structurelles de la membrane [Smith et Hay (25)]; le second, vraisemblablement, au blocage de certains composants de l'appareil enzymatique, en particulier de ceux qui assurent la division. Voici, par ailleurs, les preuves plaidant en faveur de cette survivance : D'abord la possibilité de pousse, sur milieux neufs, de microbes en apparence intégralement lysés (Bigger, *loc. cit.*). Ensuite, les « récidives » tardives observées par Bonét-Maury et Pérault sur des enregistrements automatiques. Enfin, nos expériences *in vivo*, réalisées avec Vaisman (26), où l'on constate que chez des souris infectées, par voie intrapéritonéale, avec des quantités microscopiquement numérales de staphylocoque, et traitées par la pénicilline, des germes « persistants » sont phagocytés et offrent une hypertrophie manifeste, avant d'être digérés par les phagocytes et anéantis. Au surplus, les cultures de l'exsudat péritonéal sont, pendant longtemps, positives.

Ajoutons que la découverte des *Antipénicillines* [principes élaborés par *l'Escherichia coli* et le *Paracolon bacillus*; Abraham et Chain (27); Harper (28); Pérault (29)], montrant que des enzymes de source microbienne (germes réfractaires à la pénicilline) antagonisent l'effet antibiotique de ce principe, ouvre des perspectives nouvelles à l'étude du mécanisme d'action de la pénicilline.

Conclusions. — Le problème du mécanisme de l'activité antibiotique de la pénicilline est loin d'être entièrement résolu. Nous savons que cette sécrétion mycoïdienne n'agit que sur des bactéries en voie de division (d'où son analogie avec les bactériophages), et qu'elle provoque une lyse des germes grâce à des modifications de la membrane cellulaire. Il n'en est pas moins vrai, cependant, que cette lyse peut être incomplète. Un reliquat de microbes subsistent, microbes *persistants*, qui vivent, puisqu'ils respirent, et sont cultivables si on les retire du milieu pénicilliné. Seul leur potentiel de division est bloqué, et non pas l'ensemble de l'équipement enzymatique qu'ils utilisent pour effectuer la synthèse des protéides nécessaires à leur anabolisme. D'où leur hypertrophie visible microscopiquement. Le sort de ces germes « persistants » est à prévoir : cultivés *in vitro*, ils pullulent comme si de rien n'était, mais dans l'organisme vivant, ils deviennent la proie des phagocytes qui les digèrent, et, finalement, les détruisent. Or, pendant toute l'évolution de ce processus antibiotique, il n'y a pas de consommation appréciable de pénicilline (analogie avec les enzymes).

1. Un allongement du bacille typhique sous l'influence de doses sublétbales de pénicilline a été constaté également par [illegible] et collaborateurs (*Lancet*, 1941, **244**, 177).

L'existence des bactéries persistantes offre une importance pratique indéniable, tout au moins pour ce qui a trait à la thérapeutique des infections staphylococciques (ostéomyélite). Bigger (*loc. cit.*) propose des cures pénicilliques intermittentes, afin de permettre la pullulation de ces bactéries persistantes dans l'intervalle des injections, leur attaque efficace par de nouvelles doses de médicament et, finalement, la stérilisation totale et définitive.

BIBLIOGRAPHIE

1) C. Levaditi : *La Presse Médicale*, 1941, nos 9 et 17, 129-265. — (2) D'après Dubos : *J. Am. Med. Assoc.*, 1944, **124** 633. — (3) C'est le cas du bichlorure de mercure, de l'extrait de germes de blé, du violet de gentiane, dont l'action bactéricide est réversible sous l'influence du sulfure d'hydrogène, des phosphatides, ou des variations de pH (Dubos). — (4) Dawson : *Ann. Int. Med.*, 1943, **19**, 707. — (5) Herrel : Proc. Staff Meet., *Mayo Clinic.*, 1943, **18**, 65. — (6) Hobby, Meyer et Chaffee : *Proc. Soc. Exp. Biol. Med.*, 1942, **50**, 281. — (7) Chain et collab. : *Lancet*, 1940, **2**, 226. — (8) Abraham et collab., *Lancet*, 1941, **2**, 177. — (9) Nitti, Fossaert et Faguet : *Ann. Inst. Pasteur*, 1944, **70**, 80. — (10) Hobby, Meyer et Chaffee : *Proc. Soc. Exp. Biol. Med.*, 1942, **50**, 281 ; Schmitt : *Naval Medic. Bull.*, 1944, **42**, 1047. — (11) Bonét-Maury et Pérault : *Soc. des Microbiologistes de Langue Française*, 1944 (sous presse). — (12) Nitti et Faguet : *Ann. Inst. Pasteur*, 1943, **69**, 126. — (13) Bonét-Maury et Walen : *Société des Microbiologistes de Langue Française*, 1944 (sous presse). — (14) Holweck et Lacassagne : *C. R. Acad. des Sciences*, 1930, **190**, 524-527 ; *Arch. de l'Institut du Radium*, 1934, **3**, 2. — (15) Bruynoghe et Mund : *C. R. Soc. de Biol.*, 1935, **92**, 211. — (16) Bonét-Maury : *Bull. Soc. de Chimie Biolog.*, 1937, **18**, 1598 ; Bonét-Maury et Pérault : *Ann. Institut Pasteur*, 1943, **69**, 189 ; Bonét-Maury, article : Irradiations et méthodes statistiques, *in* Levaditi, Lépine et Verge : *Ultravirus des maladies animales*, Maloine, éditeur, 1943. — (17) Levaditi, Vaisman et Païc : *C. R. Soc. de Biol.*, 1934, **116**, 429. — (18) Pulvertaft, *Lancet*, 1943, **2**, 341. — (19) Dubos : *J. Am. Med. Assoc.*, 1944 **124**, 633. — (20) Bigger : *Lancet*, 1944, **247**, 497. — (21) Gardner : *Nature*, 1940, **146**, 837. — (22) Fleming : *Biochem. Journ.*, 1942, **36**, 1. — (23) Miller, Scott et Moeller : *Journ. Amer. Med. Assoc.*, 1944, **125**, 607. — (24) *Recherches inédites de Vaisman* (staphylocoque et pénicilline). — (25) Smith et Hay : *Journ. Franklin Inst.*, 1942, **233**, 598. — (26) Levaditi et Vaisman : *Bull. Acad. de Méd.*, 1944, séance du 19 Décembre. — (27) *Abraham et Chain*, d'après Schmitt, *loc. cit.* — (28) Harper : *Lancet*, 1943, **2**, 569. — (29) Pérault : Recherches inédites.

SUR LA RÉSISTANCE A LA TUBERCULOSE

LA RÉSISTANCE SPÉCIFIQUE INNÉE

Par **Étienne BERNARD**

(Paris)

La question du terrain tuberculisable n'a pas été épuisée par toutes les discussions non plus que tarie par toutes les hypothèses. A chaque décade elle rebondit. Demain le passionnant domaine de la génétique [1] la retrempera dans une eau de Jouvence. Dans ces dernières années, la question a été rallumée par P. Ameuille. Dans un article de *La Presse Médicale* qui eut à juste titre un grand retentissement, P. Ameuille avec A. Saenz et G. Canetti [2] prend ainsi position :

> Les contaminations post-primaires se heurtent comme les premières à la grande *résistance générale* que l'organisme humain oppose au bacille tuberculeux ; elles avortent, guérissent et se ligent en minuscules cicatrices, faisant certes pendant quelque temps un apport appréciable de *résistance spécifique* à la résistance générale qui les a vaincues, mais témoignant encore plus fortement de la primauté de cette résistance générale, de sa pérennité à travers tous les âges de l'homme.

E. Rist [3] n'admet pas cette prééminence de la résistance générale sur la résistance spécifique que créent la primo-infection d'abord, les réinfections exogènes ensuite.

Marfan [4] conçoit aussi la résistance comme spécifique et due à des infections antérieures, mais, et ce point mérite d'être vivement souligné, selon lui, « la résistance de l'espèce humaine à la tuberculose est en *partie acquise, en partie innée*. Cet état d'immunité en partie innée, en partie acquise, constitue l'élément essentiel de ce qu'on appelle le terrain tuberculisable ».

Nous voulons mettre l'accent sur l'importance de la résistance innée comme facteur de terrain. Nous l'avons déjà soulignée [5].

Dans cette résistance innée, il faut, croyons-nous, distinguer la résistance générale et *la résistance spécifique transmise*. Par résistance générale il faut entendre un comportement initial et naturel de l'espèce humaine à l'égard du bacille tuberculeux qui permet à l'homme de supporter une certaine dose d'infection bacillaire. C'est là une notion de base qui peut être rapprochée du fait que le cobaye supporte le bacille aviaire ou que l'espèce bovine résiste au bacille humain. Sans cette résistance générale, comme l'écrivait E. Rist, l'homme qui est exposé à la contamination naturelle, parce qu'il expectore, aurait depuis longtemps disparu de la surface du globe.

Mais à côté de cette résistance générale, il faut envisager la résistance spécifique transmise. Ch. Nicolle [6] a analysé la manière de faire de la nature :

> La seule voie par laquelle une opération naturelle peut amener la disparition d'une maladie, c'est la répétition de cette maladie sur les individus de l'espèce sensible à toutes les générations pendant une durée de longs siècles. De ces atteintes héréditaires résulte une résistance de plus en plus grande des collectivités sans cesse frappées. Le typhus montre une tendance à diminuer de gravité sur les populations qu'il frappe régulièrement de père en fils depuis des siècles. Il en est de même pour la fièvre jaune.

La résistance à la tuberculose des vieilles races civilisées ne peut s'expliquer pour Marfan que « par une sorte d'immunité acquise par des infections antérieures et pouvant se transmettre à la descendance. Cette résistance a donc quelque chose de spécifique ». Selon R. Turpin [7] (étude d'ordre génétique), la thèse la mieux étayée permet de soutenir que la sensibilité à la tuberculose est déterminée par une prédisposition héréditaire qui semble récessive.

Une des notions d'ordre épidémiologique que nous voulons rappeler après Fischberg, Saranelli, Arnould, Paraf, c'est le comportement des Israëlites à l'égard de cette maladie. Chez eux le taux de mortalité tuberculeuse est particulièrement faible; dans chaque ville le taux atteint par les Israëlites est toujours très inférieur à celui de tous les autres groupes ethniques, même quand ils y vivent dans des conditions matérielles plus défavorables, comme le rappelait le Prof. Troisier dans sa leçon inaugurale. Or, les Israëlites ont toujours vécu dans les villes. Leur ascendance est la plus exclusivement urbaine qui se puisse rencontrer. Dans les villes, ils ont été de génération en génération au contact de milieux tuberculisés; c'est sans doute de cette façon, et aussi par le mécanisme de la sélection (Sergent et Turpin), qu'ils ont acquis des facultés de résistance peu à peu accrues, facultés transmises à la génération actuelle.

Ainsi parmi les facteurs du terrain dans le processus de tuberculisation, il faut compter avec cette résistance spécifique due aux atteintes des ascendants.

Comparons son rôle avec celui de la résistance spécifique acquise que crée la primo-infection. Rappelons d'abord comment J. Bordet [8] conçoit les rapports entre l'allergie et l'immunité :

> Il est conforme à l'expérience de penser que l'allergie s'oppose avec une efficacité appréciable à la dissémination des germes dans l'organisme, qu'elle est utile pour prévenir les réinfections ou les généralisations, mais qu'elle ne commande guère la guérison du foyer déjà constitué, laquelle semble exiger des facteurs d'un autre ordre, surtout de ceux qui rentrent dans le cadre de l'immunité naturelle. Il est fort probable que dans l'espèce humaine de nombreux individus puisent dans leur constitution cellulaire et humorale préexistante de très sérieuses garanties.

Cette constitution cellulaire s'est élaborée lentement de génération en génération. Elle est à la fois héréditaire et spécifique. Elle est différente suivant les races, suivant les familles et dans les familles, comme nous le montre la méthode génétique (Troisier), suivant les lignées. Cette résistance spécifique et transmise, c'est, qu'on nous permette l'expression, *l'allergie de la lignée*.

A cette allergie spécifique et transmise de la lignée doivent revenir des mérites accordés habituellement à l'allergie spécifique et acquise de l'individu.

En clinique humaine, deux ordres de faits bien mis en lumière par l'Ecole française sont utilisés pour accorder une solide valeur d'immunité à l'état d'allergie. L'un est la loi de Marfan [9], l'autre est ce que nous pouvons appeler la loi des Elèves-Infirmières à laquelle E. Rist a apporté une importante contribution, complétant les documents de Heimbeck et de Scheel.

Au sujet de la loi de Marfan, dont les faits cliniques si intéressants remontent déjà à plus d'un demi-siècle, le Prof. Bezançon écrivait en 1924 avec Philibert [10] :

> L'observation indiscutable de Marfan doit-elle être considérée comme une preuve qu'une infection première, guérie, détermine une immunité pour l'avenir ? Nous ne le croyons pas. La tuberculose a une tendance très nette à la systématisation ; quand elle se localise sur les os, les articulations, le rein, elle a relativement peu de tendance à se localiser sur le poumon. La clinique ne donne pas la preuve qu'une première manifestation a entraîné un certain degré d'immunité.

Récemment E. Sorrel et Mme Sorrel-Déjerine [11] soulignaient fermement que les sujets « atteints et guéris de tuberculose externe dans leur enfance n'étaient en aucune façon immunisés contre une nouvelle manifestation d'une tuberculose de même ordre ».

La loi de Marfan n'est pas une loi d'immunité. C'est une loi de non-coïncidence, ou plutôt de non-succession (Ameuille).

Considérons maintenant le problème des Elèves-Infirmières. Celles qui abordent l'Ecole avec une cuti-réaction négative payent à la morbidité, voire à la mortalité tuberculeuse, un tribut 3 ou 4 fois plus élevé que celles qui ont une cuti-réaction positive. Ce fait mis en évidence par Heimbeck à Ulleval et par Scheel à Oslo a été minutieusement étudié par E. Rist sur les élèves de l'Ecole d'Infirmières de la Salpêtrière.

L'énorme disproportion entre le risque couru par l'infirmière suivant qu'elle aborde l'hôpital avec une cuti-réaction positive ou négative, est aujourd'hui un fait établi.

Comment expliquer cette disproportion ? La plupart des auteurs ont admis qu'il fallait la considérer comme la démonstration catégorique de l'influence réellement protectrice qu'exerce l'allergie. Cette influence existe. Si nous en doutions, l'action favorable de la vaccination par le BCG des infirmières qui ne réagissent pas à la tuberculine (Heimbeck, Scheel) nous le rappellerait. Ce sont là des conditions très particulières puisque l'allergie dans ces cas est acquise sans risque et sans différenciation des résistances individuelles. Mais pour mesurer avec objectivité les mérites qui reviennent à l'allergie acquise dans les conditions habituelles il faut analyser les faits en les considérant ainsi [12].

Les infirmières qui abordent l'Ecole avec une cuti-réaction positive sont une sélection, une sélection naturelle dans un lot plus important de jeunes filles qui toutes ont subi déjà la primo-infection. En effet, au moment de leur primo-infection, o

---

1. Jean Troisier et J. Van der Stegen : *Méthode génétique et Tuberculose pulmonaire* (Masson), 1941.
2. P. Ameuille, A. Saenz et G. Canetti : Tuberculose abortive et réinfection tuberculeuse. *La Presse Médicale*, 11 Juin 1940.
3. E. Rist : Primo-infection tuberculeuse et réinfections exogènes. *La Presse Médicale*, 17 Septembre 1940.
4. Marfan : La résistance de l'espèce humaine à la tuberculose. *Paris-Médical*, 27 Octobre 1940.
5. Etienne Bernard : *Tuberculose et médecine sociale* (Masson), 1938, 113-116.
6. Charles Nicolle : *Destin des maladies infectieuses* (Félix Alcan), 1933.
7. E. Sergent et R. Turpin : Les facteurs de terrain autres que l'allergie dans le processus de tuberculisation. *Revue de la Tuberculose*, Janvier 1941.
8. Prof. J. Bordet : Relations entre l'allergie et l'immunité. Congrès de La Haye, 1932.
9. Loi de Marfan (1886) : « On ne constate presque jamais de tuberculose pulmonaire, tout au moins de tuberculose pulmonaire évidente et en évolution, chez les sujets qui pendant leur enfance ont été atteints d'écrouelles (adénites suppurées du cou) et qui en ont guéri complètement avant l'âge de 15 ans, cette guérison ayant eu lieu avant qu'aucun autre foyer de tuberculose soit appréciable. »
10. F. Bezançon et Philibert : L'allergie tuberculinique et le problème du terrain dans la tuberculose. *Paris-Médical*, 9 Février 1924.
11. E. Sorrel et Mme Sorrel-Dejerine : Les causes de localisations ostéo-articulaires de la tuberculose. *Revue de la Tuberculose*, Janvier 1941.
12. Etienne Bernard : Le terrain transmis. *Soc. d'Étude Scientifiques sur la Tuberculose*, séance du 11 Janvier 1941.

près, un certain nombre d'entre elles, les moins résistantes, ont fait une tuberculose-maladie, l'une un érythème noueux, l'autre une pleurésie, l'autre une évolution pulmonaire bénigne, l'autre une évolution pulmonaire sérieuse. Or ces jeunes filles, sensibles à l'infection tuberculeuse, ont été éliminées, elles ne se trouvent pas dans le groupe des jeunes filles cuti-positive qui entrent à l'Ecole, car celles-ci sont à la fois cuti-positive et indemnes de toute lésion. Leur groupe est donc le résultat d'une sélection.

Au contraire, dans le groupe des élèves qui abordent l'Ecole avec une cuti-négative, il y a du tout venant: des résistantes et des peu résistantes. En raison de contages fréquents et parfois massifs, les peu résistantes vont se révéler rapidement, l'une par un érythème noueux, une autre par une pleurésie, une autre par une évolution pulmonaire bénigne, une autre par une evolution pulmonaire sérieuse. Ainsi ce lot va avoir son déchet actuel et nous y assistons, tandis que l'autre lot a eu son déchet antérieur et nous n'y avons pas assisté. Les deux groupes d'infirmières ne sont pas comparables, l'un est sélectionné, l'autre ne l'est pas.

A l'égard des agressions bacillaires qu'elles subissent au cours de leur stage, les élèves dont la cuti-réaction était positive demeurent un groupe sensiblement homogène car elles opposent à ces agressions cette résistance à la tuberculose qu'elles avaient déjà au moment de l'infection première et qui leur avait permis d'acquérir sans dégât leur état d'allergie. L'autre groupe, au contraire, est rapidement dissocié, car la résistance de celles qui le composent est très inégale et n'a pas encore été mise à l'épreuve.

Cette façon de concevoir les faits, que nous proposons comme légitime, apporte un tempérament à la notion du rôle protecteur exclusif de la résistance acquise par l'état d'allergie et elle nous ramène au rôle protecteur de la résistance innée.

On mettra en avant que l'état d'allergie a des mérites qui lui sont propres, celui par exemple d'empêcher la diffusion des germes lors des réinfections. Mais la résistance innée n'a-t-elle pas, elle aussi, un pouvoir de fixation puisque la primo-infection tuberculeuse se limite le plus souvent à une petite lésion purement locale et régressive? Le type de la victoire gagnée n'est-ce point cette lésion de primo-infection, lésion qui avorte dans la plupart des cas, guérison qui se produit chez un sujet qui n'était pas allergique?

Certes, ceux qui ont acquis un état d'allergie depuis un certain temps ont sur ceux qui ne l'ont pas encore acquis, l'avantage de n'avoir pas à redouter ces migrations bacillaires imprévisibles, et qui ne pardonnent pas quand elles touchent la méninge, ils n'ont plus à redouter, ou bien rarement, ces métastases ostéo-articulaires ou viscérales qui sont l'apanage de la période post-primaire (Ranke-Dufourt).

Mais de son côté l'état d'allergie n'empêche pas l'éclosion des désordres pulmonaires, notamment des lésions ulcéreuses qui aboutissent à une affection chronique si souvent grave. Qu'il soit local n'implique pas que le conflit soit bénin. La nécrose caséeuse locale aboutit à une caverne que l'organisme est incapable de cicatriser dans le plus grand nombre des cas. On peut même dire que ces cas concernent chaque année quelque 60.000 Français qui, le jour où ils ont commencé leur poussée évolutive mortelle, étaient des sujets allergiques.

A ces batailles perdues on opposera la multitude des réinfections exogènes abortives. Mais rien ne nous autorise à en rapporter l'heureuse évolution à la résistance spécifique acquise plutôt qu'à cette résistance spécifique innée qui, avant toute allergie, commanda la guérison de l'agression première. Nous rejoignons ici l'opinion de M. Ameuille et de ses collaborateurs qui donnent la primauté à la résistance générale de l'organisme, mais plutôt que de résistance générale nous préférons, pour les raisons que nous avons dites, parler de résistance spécifique innée.

*
* *

A vrai dire, nous ne saurions opposer l'une à l'autre résistance spécifique acquise et résistance spécifique innée. L'une est acquise en quelques semaines, il faut pour l'autre un grand nombre de générations [13]. Mais celle-ci dérive de celle-là. L'allergie acquise par un individu apporte un surcroît de résistance spécifique à la résistance innée qu'il avait lui-même reçue. Un certain pouvoir d'immunité se renforce et se transmet.

*
* *

Quel que soit l'intérêt de cette notion : la transmission d'une résistance spécifique à la tuberculose, elle ne doit en rien modifier la doctrine sur laquelle s'appuie la prophylaxie antituberculeuse, c'est-à-dire avant tout la notion de contagion qui est irréfragable, singulièrement en ce qui concerne les jeunes sujets, et aussi les facteurs ambiants, les causes secondes qui affaiblissent les défenses générales de l'organisme et qui font de cette maladie au premier chef une maladie sociale [14]. Mais de savoir que tel groupe ethnique, dans ce groupe telle famille, dans cette famille telle lignée présente ou non une grande résistance à la tuberculose, nous permettra de nuancer cette prophylaxie, comme l'a déjà souhaité le Prof. Troisier, de la rendre ici plus sévère, ailleurs plus tolérante, et nous guidera pour appliquer à bon escient ce repos prophylactique post-primo-infection qu'après R. Debré et M. Lelong nous avons proposé [15].

RÉTRÉCISSEMENT DU CHAMP VISUEL ET AMBLYOPIE DES BLESSÉS CRANIENS

Par **A. ROUQUIER**
(Val-de-Grâce).

Un travail récent de M. Weckers (*La Presse Médicale*, 20 Mai 1944), concernant les fonctions rétiniennes dans le syndrome commotionnel tardif, nous incite à faire connaître les constatations que nous avons pu faire, depuis plus de vingt ans, avec des malades analogues. Dès 1921 (*Soc. de Méd. Militaire Française*), nous considérions, avec M. Worms, le syndrome subjectif des blessés craniens comme d'origine organique, pour plusieurs raisons et en particulier à cause des modifications de la circulation rétinienne constatées avec M. Baillart. Depuis, notre attention a été attirée sur les modifications du champ visuel et la diminution de l'acuité, sans amétropie ni autre cause connue que l'on observe si souvent chez ces malades. Nos constatations ont porté sur un nombre très important de blessés, plusieurs milliers sans aucun doute, et nous reconnaissons volontiers que nous avons autrefois, faute d'un examen suffisamment attentif, laissé passer des troubles importants qui ne nous échappent plus aujourd'hui. Il s'agissait de traumatismes craniens ouverts ou fermés dont la plupart présentaient des symptômes en foyer ; ils nous ont guidé en ce qui concerne l'interprétation des faits. Nous laissons à dessein de côté les hémianopsies dont les localisations sont faciles et depuis longtemps connues. Nos malades ne présentaient pas de lésions de l'étage antérieur susceptibles d'avoir intéressé directement le nerf optique. Nous avons observé un grand nombre d'atrophies optiques par fracture du canal optique, le plus souvent associées à des signes homolatéraux de lésion du pôle frontal. Nous avons aussi observé de nombreuses lésions du nerf en arrière du globe, par projectiles de toute sorte. Il n'en sera pas ici question.

Le rétrécissement concentrique du champ visuel, pour le blanc comme pour les couleurs, sans scotome central, cherché par les méthodes périscopiques ordinaires est très fréquent chez les blessés craniens. Il est le plus souvent bilatéral, mais est habituellement beaucoup plus accusé du côté de la lésion que du côté opposé; il est parfois unilatéral et correspond alors au côté blessé. Au rétrécissement du champ, se superpose souvent une amblyopie uni- ou bilatérale, parfois très accusée, toujours beaucoup plus du côté où existe la lésion cérébrale. Cette dernière apparaît souvent des années après le traumatisme, en particulier chez des sujets porteurs de projectiles intracérébraux paraissant bien tolérés: elle peut être précédée d'une période pendant laquelle le blessé accuse simplement de la photophobie, sans aucune lésion apparente du segment antérieur, ni larmoiement.

Rétrécissement du champ et amblyopie homolatéraux nous semblent plus fréquents du côté lésé, lorsque le revêtement cortical a été intéressé au niveau de la partie antérieure de l'hémisphère, des circonvolutions préfrontales, que de l'aire motrice, du lobe pariétal ou du lobe temporal. Nous en avons peut-être trouvé l'explication. Nous nous permettons de la proposer. Le rôle moteur homolatéral des circonvolutions préfrontales ne semble plus pouvoir être mis en doute.

Il existe probablement des centres sympathiques au niveau de tout le revêtement cortical. Mais les troubles sympathiques homolatéraux sont particulièrement fréquents et accusés chez les blessés des aires 9, 10, 11. Nous connaissons une observation d'un blessé de cette zone (pôle frontal) chez qui s'est développé un glaucome homolatéral et qui, en plus des troubles moteurs dont il a été question, présentait, du même côté, une hypoesthésie cutanée analogue à celle des contractures réflexes type Babinski-Froment et Oppenheim, dont l'origine sympathique n'est plus douteuse, pas plus que celle des glaucomes. Nous avons appris que les troubles moteurs et la déviation des membres qu'on observe chez les sujets atteints d'une lésion préfrontale peuvent être influencés par des interventions sur le sympathique nasal : les attouchements de la queue du cornet moyen au liquide de Bonin les améliorent considérablement lorsqu'ils sont la conséquence d'une sinusite frontale. Nous signalons ce fait pour mettre en évidence l'importance des efférences et sans doute des afférences sympathiques cortico-cérébrales, en particulier préfrontales.

Il est infiniment probable que rétrécissement du champ visuel et amblyopie appartiennent au groupe des troubles sympathiques réflexes tardifs comme les troubles des moignons des amputés, certaines contractures des membres, etc.

Il nous semble intéressant de chercher, chez ces malades, des signes rétiniens objectifs. La décoloration du segment temporal de la papille, en dehors de toute cause, a pu être observée, se superposant au rétrécissement du champ et à l'amblyopie. On sait qu'elle se rencontre chez des malades de type très différent. Chez un de nos sujets dont les troubles étaient graves, les artères et les veines du segment temporal avaient disparu. Il n'y avait pas d'autre part, comme chez les autres malades de ce type que nous avons pu observer ou faire observer, les signes objectifs classiques de la névrite optique à la période initiale, en particulier le scotome central. Ce sont là des modifications du fond d'œil qui dépassent notre compétence et appellent de nouvelles recherches.

L'importance médico-légale de nos constatations et de nos déductions est évidente. Parler de psychonévrose, d'hystérie ou de pithiatisme chez des malades de cette espèce, dont la bonne foi est incontestable et qui ne guérissent jamais par suggestion douce ou brutale, nous semble bien désuet. L'étude des angioscotomes, comme nos observations, apportent de nouveaux arguments en faveur de l'organicité de leurs troubles fonctionnels. Elles permettent d'ébaucher une étude des troubles visuels d'origine sympathique consécutifs à des lésions cérébrales traumatiques.

---

13. P. Nico, dans sa thèse inspirée par J. Troisier (*Sur la primo-infection tuberculeuse de l'adulte*, Paris, 1934), rappelle que pour Anderson le délai nécessaire à la production de cette résistance particulière dans un pays a été estimé à environ cent à deux cents ans d'endémicité tuberculeuse.

14. Comme vient de le rappeler encore récemment à l'Académie de Médecine le Prof. F. Bezançon avec P. Boulenger et A.-C. Maclouf.

15. Etienne Bernard et Jacques Weil : Sur un repos prophylactique pour les primo-infections cliniquement inapparentes. *Soc. d'Etudes Scientifiques sur la Tuberculose*, 12 Mars 1938.

QUESTIONS D'ACTUALITÉ

SYNDROME D'INSUFFISANCE RÉNALE SECONDAIRE

DES BLESSÉS DES MEMBRES PAR ÉBOULIS, DE BYWATERS

CRUSH INJURY

A la suite des raids aériens, les auteurs anglais — au premier rang desquels il faut placer Bywaters — ont observé sur des blessés, dont les membres avaient été coincés sous des éboulements de maçonnerie, un syndrome clinique très spécial qu'ils ont décrit sous le vocable de « crush injury » et de « crush syndrome ». Ces mots peuvent se traduire par ceux de « blessure par écrasement » et « syndrome d'écrasement ». Ils sont évocateurs des circonstances dans lesquelles est survenu l'accident, mais avec Patey et Robertson on peut en contester la légitimité.

Les termes de *syndrome d'insuffisance rénale secondaire des blessés de membres par éboulis, de Bywaters* pourraient être choisis malgré leur longueur pour étiqueter le nouveau syndrome, car ils ont l'avantage de mettre l'accent sur les faits anatomocliniques essentiels et de rendre à Bywaters l'hommage qui lui est dû pour l'avoir individualisé, avec ses collaborateurs Beall et Dible. Notons toutefois qu'on le trouve préfiguré dans les expériences d'Andrews, de Hankins et Hammes. Fruchaud l'a fait connaître aux médecins français. Benhamon l'a appelé « syndrome des ensevelis » et s'est attaché à son étude.

Il faut tout de suite bien préciser que ce syndrome ne s'observe qu'avec un type spécial et rare de blessures par éboulis.

Le plus souvent, en effet, les écrasements de membres créent d'emblée des lésions telles qu'elles entraînent une mort très rapide, ou imposent des décisions radicales d'amputation qui coupent court au cycle de phénomènes nouvellement décrit. En ce sens, on peut dire que le terme de « crush injury » est une ellipse trop ambitieuse, car il n'englobe qu'un nombre minime des blessures par écrasement. Ce qui explique, d'ailleurs, pour une part que le syndrome n'ait pas été plus tôt reconnu. En 1942, 70 cas seulement avaient été recueillis par le Medical Research Council anglais. Il peut se voir dans d'autres circonstances que les éboulis ; c'est ainsi qu'à la suite du désastre du métro-abri de Londres, Bywaters a observé 12 cas de « crush syndrome », de degrés variés, dus à la compression mutuelle.

La lésion qui donne naissance au syndrome est essentiellement une lésion de contusion musculaire, étendue et profonde, sous peau intacte, sans gros broiement osseux.

Le membre une fois dégagé se présente livide, froid, dur et enflé. Il est insensible et inerte, mais cette paralysie initiale et globale relève surtout de l'ischémie, et ce n'est que plus tard qu'on pourra faire le bilan des lésions nerveuses réelles.

Une fracture est souvent, mais non constamment, décelée.

L'état des vaisseaux, sur lequel il serait très important d'être fixé, est très difficile à apprécier par les procédés habituels de prise de pouls et des oscillations sur un membre gonflé d'œdème. Il est très variable et on a vu un syndrome mortel se développer avec un pouls et des oscillations conservées.

Dans les jours qui suivent, le membre continue à enfler. Sa sensibilité et sa coloration reparaissent, il devient douloureux. Des ecchymoses et des phlyctènes apparaissent et il faut attacher un intérêt spécial à ces phlyctènes, survenant par véritable « éruption », car elles sont très significatives de la sévérité d'une contusion profonde susceptible d'entraîner des conséquences générales.

Parfois, la nutrition du membre s'avère définitivement compromise et impose une amputation précoce retardée.

Plus souvent, une attitude conservatoire peut être observée.

Il est bien certain qu'un écrasement vrai et massif du membre par un amas de décombres donnera d'emblée des blessures d'apparence immédiate beaucoup plus dramatique. On conçoit mieux les lésions susdécrites comme produites par une compression prolongée, telle que peut la provoquer un éboulis progressif de matériaux dont les premiers sont amortisseurs après avoir été traumatisants. Ce sont de telles considérations qui ont fait préférer à Patey et Robertson le terme de « syndrome de compression ».

Les conséquences générales du traumatisme périphérique se déroulent en deux phases. Dans une première phase, le blessé, dégagé de l'éboulis, présente immédiatement, ou dans les heures qui suivent, les symptômes habituels du choc : pâleur, refroidissement des extrémités, chute de la tension artérielle, hémoconcentration.

Sous l'influence d'une thérapeutique appropriée rétablissant le volume sanguin, ce choc se dissipe.

Naguère il emportait le blessé, ne laissant pas au syndrome le temps de se développer, ce qui explique encore qu'il n'ait pas été plus tôt reconnu. Toutefois, chez certains blessés, le choc initial manque complètement ou est très atténué. Il en est ainsi surtout quand ce sont les parties distales des membres moins riches en masses musculaires qui ont été comprimées. De tels cas, qui peuvent évoluer secondairement de façon sévère, sont trompeurs et l'absence de signes de gravité immédiate risque de différer la mise en œuvre d'un traitement dont nous verrons l'urgence. L'examen systématique de sang permettrait toutefois de noter déjà bien souvent une hémoconcentration. Que le choc soit présent ou non, un signe d'alarme peut apparaître, c'est l'émission lors de la première ou de la deuxième miction d'une urine teintée de sang.

Bywaters, Delory, Remington et Smiles ont montré que le pigment présent dans l'urine était une myohémoglobine. Ce pigment se différencie de l'oxyhémoglobine par 3 caractères :

1° Il a une bande d'absorption différente à l'examen spectroscopique.

2° Les filtres qui retiennent l'oxyhémoglobine le laissent passer, car la myohémoglobine a un poids moléculaire quatre fois inférieur.

3° Sa constante de sédimentation mesurée après ultracentrifugation est de 2,5, alors que celle de l'oxyhémoglobine est de 4,5.

Dans une deuxième phase qui dure quelques jours, une insuffisance rénale aiguë se développe.

Le taux des urines baisse progressivement et considérablement ; il y a albuminurie et cylindrurie. Le blessé reste apathique ou, au contraire, agité. Il a des douleurs lombaires ou abdominales accompagnées de nausées et de vomissements, tous signes qui ont parfois fait croire à tort à une contusion abdominale. Dans 2 cas, un ictère a été signalé (Blackbrum et Kay, Longland et Murray). La tension artérielle s'élève, l'urée sanguine atteint des taux considérables (3 et 4 g. par litre). Le potassium et le phosphore plasmatiques montent également, tandis que la réserve alcaline s'abaisse. On a pu noter des signes électrocardiographiques d'intoxication par le potassium.

L'évolution est variable. Dans 2/3 des cas, la mort survient du 5e au 8e jour, dans le coma et l'anurie. Dans les autres cas la guérison survient après un rétablissement des fonctions rénales, qui se fait parfois brusquement sous forme de crise urinaire.

Dans ces cas à évolution vitale favorable, l'état du membre met longtemps à s'améliorer. Il reste des semaines et parfois des mois enflé. Des paralysies plus ou moins étendues peuvent subsister. Parfois on doit se résoudre à faire une amputation tardive d'un membre inutile et douloureux.

Le syndrome de Bywaters paraît ainsi bien caractérisé, mais ce serait une erreur d'étiqueter tel toutes les insuffisances rénales post-traumatiques.

L'oligurie est un élément banal du choc habituel. Un blocage rénal peut s'observer à la suite d'une sulfamidothérapie trop intensive ou mal supportée, d'une hémoglobinurie post-transfusionnelle.

Le pronostic est très difficile à établir, le taux de l'urée sanguine n'a aucune valeur significative comme dans toutes les azotémies aiguës. La durée de la compression a une certaine influence, mais c'est surtout l'influence des masses musculaires intéressées par le traumatisme qui paraît jouer un rôle, les évolutions graves se voyant dans le écrasements de plusieurs membres. On peut, pour Bywaters, apprécier la sévérité du syndrome d'après l'importance de l'excrétion de la myohémoglobine de la créatine et du potassium, témoins eux-mêmes de l'importance des lésions musculaires.

En tout cas, la période critique s'étend du 7e au 10e jour et un blessé qui a franchi le cap du 10e jour a toutes les chances de survivre.

Bywaters, qui a individualisé le syndrome, a donné aussi, avec Dible, une parfaite analyse anatomique basée sur 22 autopsies pratiquées sur des blessés ayant survécu de trente-trois heures à neuf jours.

Les lésions intéressent tout le néphron, mais prédominent sur son segment terminal, branche ascendante du tube de Henle et les deuxièmes tubes contournés.

Dans le glomérule il existe très souvent des dépôts albuminoïdes sphériques (20 cas sur 23). Il y a quelques dépôts dans la lumière des premiers tubes contournés.

Au niveau de la branche ascendante du tube de Henle on observe des foyers de nécrose épithéliale avec prolifération cellulaire et parfois dépôts hyalins dans le tissu interstitiel. Elle contient inconstamment des cylindres pigmentaires (5 cas sur 22). Les deuxièmes tubes contournés sont le siège de lésions graves. Leur lumière est obstruée par des amas pigmentaires et une infiltration leucocytaire. Parfois même on observe le collapsus de ces tubes, leur disparition partielle.

Les tubes collecteurs contiennent aussi des cylindres pigmentaires.

Par traitement à la pyridine et à l'hydrate d'hydrazine on peut démontrer que les pigments présents dans le rein sont du groupe hémoglobinique.

Dunn, Gillepsie et Nissen ont retrouvé des lésions exactement semblables à celles décrites par Bywaters.

Les lésions du membre sont essentiellement des lésions banales de contusion musculaire. Les muscles sont pâles, comme lavés. Par place ils deviennent rouge brique ou grisâtres. Ces aspects divers répondent à des états allant de l'ischémie à la nécrobiose musculaire. Histologiquement, la nécrose affecte une disposition par îlots disséminés assez spéciale.

Les lésions vasculaires sont très variables, elles vont du spasme reconnu opératoirement à la rupture totale ou à la thrombose des vaisseaux importants.

La pathologie de ce nouveau syndrome n'est pas encore complètement élucidée. Nous ne nous étendrons pas sur la pathogénie du shock initial, encore que le crush ait apporté une contribution importante à son étude, car il réalise un shock pur sans hémorragie et sans infection. Nous ne nous attacherons qu'à essayer d'établir la filiation entre les phénomènes locaux et les accidents d'insuffisance rénale qui donnent au syndrome de Bywaters son individualité.

Certains caractères anatomo-cliniques : nécrose musculaire, myohémoglobinurie, acidité urinaire, siège et caractère des lésions rénales, rappelant ceux de la néphrite aiguë expérimentale par intoxication par l'acide urique (Dunn et Polson), constituent les maillons d'une chaîne qu'on peut essayer de reconstituer.

Les lésions musculaires peuvent être dues à la compression externe, mais leur diffusion irrégulière fait penser qu'il s'agit plus souvent d'étranglement dans une loge aponévrotique distendue par l'œdème, ou d'ischémie par lésion vasculaire mécanique ou fonctionnelle.

Quoi qu'il en soit, pour Bywaters, dans le foyer musculaire vont être mis en liberté des agents qui ont lésé le rein. La myohémoglobine serait précipitée dans le rein à la faveur d'une acidification de l'urine dans le segment inférieur du néphron. Mais le blocage mécanique tubulaire pour Bywaters lui-même ne suffit pas à expliquer l'insuffisance rénale avec ses caractères. En effet, s'il ne s'agissait que de blocage mécanique, les néphrons restés intacts devraient garder un fort pouvoir de concentration de l'urée et de réabsorption des chlorures, ce que dément l'analyse de l'urine recueillie. Force est donc d'incriminer une lésion de l'épithélium sécréteur tubulaire, liée à une acidose urinaire ou à quelque toxine à point de départ musculaire.

Eggleton, Grace, Richardson, Schild et Winton, à la suite de leurs expériences sur le chien anesthésié (application de bande d'Esmarch et traumatisme), ont reproduit les lésions rénales histologiques et les attribuent à une réduction de la filtration glomérulaire et à une lésion des cellules tubulaires par un poison venu du membre traumatisé, amenant l'accroissement de leur perméabilité à la créatinine et à l'urée.

Patey et Robertson repoussent ces théories toxiques ; ils considèrent que la défaillance rénale est due à la réduction du volume sanguin consécutive à la fuite liquidienne par les capillaires altérés.

Tomb admet une théorie voisine où le dommage tubulaire est attribué à un manque d'oxygène.

Trueta incrimine un spasme vasculaire sympathique créant une ischémie locale amenant un accroissement de la perméabilité des capillaires du membre et qui laissent filtrer le plasma, et une ischémie rénale entraînant l'insuffisance rénale. A l'appui de sa théorie il apporte le résultat des expériences qu'il a réalisées avec Barnes sur le lapin. La compression du membre était réalisée par un tourniquet de caoutchouc appliqué à la racine de la cuisse pendant quatre heures et demie, puis, dans un délai variant de quelques minutes à trois jours, le lapin était anesthésié, l'abdomen ouvert et une aortographie pratiquée avec de l'iodure de sodium. Alors que des animaux témoins présentent un arbre vasculaire normal, l'animal préalablement comprimé montre une contraction considérable des artères du membre commençant au-dessous du niveau du garrot et une diffusion de la substance opaque dans les tissus situés au-dessous de la zone de striction. Le spasme n'est pas cantonné au membre lésé mais se retrouve, atténué, dans le territoire symétrique du membre opposé. L'ablation de la chaîne sympathique lombaire du côté comprimé, pratiquée soit avant, soit immédiatement ou quelques heures après la levée du garrot, atténue considérablement le spasme. La théorie de Trueta, inspirée de Leriche, rejoint les conceptions de Freman sur le rôle de la vasoconstriction dans le shock, mais laisse inexpliqué le caractère retardé du syndrome.

Le traitement du syndrome de Bywaters ne peut que se ressentir des incertitudes de sa physiopathologie. Il se heurte à une difficulté qui a été soulignée par Belsey : l'antagonisme possible de deux buts à poursuivre : éviter l'insuffisance rénale pour sauver la vie et rétablir la circulation locale pour sauver le membre, le rétablissement de la circulation pouvant aboutir à une intoxication massive comme dans le garrot.

Le traitement général comporte d'abord la lutte par les moyens habituels contre le shock présent ou menaçant. On sait aujourd'hui que, dans ces cas de traumatisme où la perméabilité capillaire est altérée, les injections massives de sérum sont non seulement inutiles mais dangereuses, car elles aggravent l'œdème et l'ischémie par compression intra-aponévrotique. L'absence de toute hémorragie externe rend inutile l'injection de sang total et c'est l'injection de plasma qui est seule indiquée. Dès le blessé sorti du shock, le souci majeur doit être celui de la prévention de l'insuffisance rénale. Il faut veiller à maintenir la diurèse, donner des boissons chaudes abondantes et faire des injections salines à taux raisonnable. Ce que nous avons dit sur le rôle de l'acidité urinaire dans la précipitation de la myohémoglobine et de l'agression, explique l'importance que tous les auteurs attachent à une alcalinisation précoce des urines. Cette alcalinisation peut être obtenue par l'administration de citrate de soude ou de bicarbonate de soude. Andrews a signalé l'efficacité de l'injection de calcium intraveineux sur l'insuffisance rénale par acidose dès 1927.

Bywaters estime que le traitement général doit avoir le pas sur le traitement local et que l'alcalinisation urinaire doit être recherchée immédiatement.

Quand l'anurie est installée on peut tenter la décapsulation rénale, mais jusqu'ici elle n'a enregistré que des échecs.

Du point de vue chirurgical, le syndrome de Bywaters doit être considéré essentiellement comme un syndrome de contusion grave profonde des membres sous peau intacte.

L'amputation n'a que des indications restreintes. Le souci de la prévention de l'insuffisance rénale aiguë ne doit pas pousser à en étendre l'indication quand elle n'est pas commandée par l'importance des dégâts, car elle est loin de sauver à tout coup le blessé.

Les incisions aponévrotiques de décompression s'inspirent du même principe logique que l'incision de Jorge, recommandée par Sénèque dans le syndrome de Volkmann. Elles libèrent les muscles de l'ischémie provoquée par leur étranglement dans une loge devenue trop petite en raison de l'œdème, et elles rompent ce cercle vicieux où l'œdème appelle l'œdème, où la nécrose appelle la nécrose. Faites suivant la technique habituelle, elles ont le grave inconvénient de transformer une lésion fermée en lésion ouverte, mais nous proposons d'employer désormais pour les pratiquer un instrument analogue à celui de Holmes utilisé en Amérique pour prélever des bandelettes de *fascia lata*. On pourra ainsi faire de véritables aponévrotomies sous-cutanées avec des incisions minimes. Jusqu'ici ces aponévrotomies ont donné des résultats variables : 3 morts sur 7 cas (Belsey).

Patey et Robertson préconisent pour combattre la fuite liquidienne l'emploi d'une compression intermittente, établie à l'aide d'un brassard pneumatique et d'un petit moteur. Comme méthode préventive, ils proposent l'application immédiate au membre dégagé de l'éboulement d'un bandage élastique enroulé de bas en haut à partir du pied ou de la main qui doivent être englobés. Le bandage, laissé plusieurs jours, doit être suffisamment serré pour maintenir une légère pression positive, mais pas trop serré pour ne pas faire garrot.

Duncan et Blalock ont donné des bases expérimentales à ce traitement par compression (pressure therapy) : en expérimentant sur des chiens, soumis à une compression de 200 *kg.*, ils ont constaté que sans « pressure therapy » 18 chiens sur 19 mouraient après un délai moyen de huit heures, alors qu'avec un traitement compressif de dix-huit heures, 3 chiens sur 15 seulement mouraient après un délai moyen de vingt-quatre heures.

Trueta utilise l'immobilisation plâtrée sous pression légère avec élévation du membre et, sur la base des expériences que nous avons rapportées, estime que les opérations sympathiques mériteraient d'être essayées.

La réfrigération repose sur des bases encore fragiles. Duncan et Blalock ont observé que le refroidissement pendant la compression prolonge la vie, mais est inefficace s'il est appliqué après sa suppression. Allen a évité les effets secondaires du garrot sur des membres de lapin et de chat par le refroidissement.

Le traitement immédiat préconisé par Michael paraît très sage, mais nécessite une éducation des sauveteurs difficile à réaliser. Avant de dégager le membre, pour éviter l'inondation toxique, les sauveteurs devraient appliquer le garrot. Celui-ci serait à l'hôpital remplacé par un brassard pneumatique très progressivement dégonflé, tandis que le membre serait maintenu froid.

Le choix du traitement local dépend en grande partie de la valeur circulatoire du membre dont nous avons vu la difficulté d'appréciation sur un membre enflé.

En l'absence de plaie comportant un risque de gangrène gazeuse, l'amputation n'est indiquée que s'il y a fracture comminutive et multiple des os, ou si le membre entier reste froid et insensible au bout de plusieurs heures.

Si le membre est gonflé et dur avec des oscillations abolies, nous conseillons de grandes aponévrotomies sous-cutanées par la méthode proposée avec, en outre, une aponévrotomie à ciel ouvert sur la ligne de ligature dont on profitera pour vérifier le paquet vasculaire ou une sympathectomie (spasme vasculaire). La ligature systématique du tronc veineux principal nous paraît recommandable car elle doit améliorer la circulation et en même temps retarder la résorption toxique.

En cas de fracture, il ne faut pratiquer ces incisions que si l'on craint une rupture artérielle, car le risque est grand d'infecter le foyer de fracture. Par contre, la réduction précise de la fracture est toujours nécessaire, elle suffit parfois à améliorer la circulation du membre.

L'extension continue sur broche sera le procédé le plus efficace et le moins traumatisant pour l'obtenir. La contention par plâtre immédiat est très discutable car, ou bien l'œdème va persister et augmenter et le plâtre sera constrictif, ou bien l'œdème va fondre et il sera immédiatement trop large. Quelques jours d'extension continue avant l'application du plâtre permettront une meilleure observation du membre et seront moins dangereux pour sa nutrition.

Dans les cas vus tout au début, sans grave lésion artérielle ni osseuse, la pressure therapy paraît devoir être essayée si on en possède les moyens matériels. Dans tous les cas où des phlyctènes existent, il faudra prendre grand soin de les vider aseptiquement et de les recouvrir de gaze stérile, car l'infection d'un membre gonflé d'œdème est facile et catastrophique.

Du point de vue de la pathologie générale, le syndrome de Bywaters offre un bel exemple de cet enchaînement en cascade de fonctionnel et de l'organique, que seul un traitement immédiat peut couper à sa source, et il doit être rapproché, tant des accidents de garrot et des brûlures pour son retentissement vital, que du syndrome de Volkmann pour son évolution locale. Il paraît apporter un nouvel argument à la théorie de la toxémie traumatique de Quénu et Cannon.

Par les problèmes thérapeutiques qu'il pose au chirurgien on peut dire qu'il est à la chirurgie des membres ce qu'est la contusion de l'abdomen à la chirurgie de l'abdomen aigu.

Médecin colonel Furchaud,
Chirurgien Chef de l'Hôpital d'Alep
et
Médecin commandant Baumann,
Médecin Chef de la F.C.M. n°...

BIBLIOGRAPHIE

Bywaters et Beall : Crush Injury et défaillance rénale *Brit Med. J.*, Mars 1941, 427. — Beall, Bywaters, Belsey Miles : Un cas de Crush Injury avec défaillance rénale *Ibid.*, 432. — Bywaters, Delory, Remington, Smile : Myohémoglobine dans l'anurie après Crush Injury. *Bioch. J.* Novembre 1941, 1161. — Bywaters : Crush Injury. *Brit Med. J.*, 28 Novembre 1942, 612. — Bywaters : *Brit. Med. J.* 643. — Bywaters et Dible : Les lésions rénales dans l'anurie traumatique. *J. Path. et Bact.*, Janvier 1942, 111. — Bywaters : Compression des membres dans le désastre du métro. *Lancet*, Septembre 1943, 373. — Blackburn et Kay Crush Injury avec insuffisance rénale et guérison. *Brit Med. J.*, Octobre 1941, 475. — Corcoran Taylor et Page Effets immédiats sur la fonction rénale du shock provoqué par l'occlusion partielle des membres par tourniquet. *Annals of Surg.*, Novembre 1943, 871. — Dunn, Gillespie, Niven Lésions rénales dans 2 cas de Crush Injury (Discussion générale). *Royal Society Med.*, Mars 1942, 321 (Belsey Michael Dunn, Riddell Magner, Graham Williamson, Jame Clark et Blackburn). — Eggleton, Grace Richardson, Schild Défaillance rénale due à Crush Injury sur chiens anesthésiés. *Brit. Med. J.*, Octobre 1942, 392. — Langland e Murray : Un cas de guérison de Crush syndrome. *Lancet* Août 1941, 158. — Mayon White et Solandt : Un cas d compression de membre avec terminaison fatale en urémie *Brit. Med. J.*, Mars 1941, 434. — *Medical Research Council* Sub Committee on Traumatic Œdema. *Ibid.*, 449. — Patey et Robertson : Traitement par compression des Crush Injuries. *Lancet*, 21 Juin 1941, 780. — Patey et Robertson Traitement d'urgence prophylactique du syndrome de compression. *Brit. Med. J.*, Août 1942, 212. — Robertson e Matthews : Crush syndrome. *Canadian Medical Association*, Février 1942, 116-120. — Russell : Anurie du Crush Injury. *Lancet*, Juillet 1941, 87. — Schaenewald : Crush Injury. *Brit. Med. J.*, Juin 1941, 87. — Tomb : Le Crush syndrome. *Medical Journal Australia*, Novembre 1941, 578

SOCIÉTÉS DE PARIS

ACADÉMIE DE MÉDECINE

30 Janvier 1945.

Décès de M. Auvray. — Allocution de M. **Brouardel.**

Notice nécrologique sur M. Cunéo. — M. **Hartmann.**

L'orientation actuelle de la lutte antituberculeuse. — MM. **Bezançon** et **Cavaillon,** après avoir montré l'importance de la recrudescence actuelle de la tuberculose due à la guerre et à l'occupation, étudient les mesures urgentes pour y remédier. Ils proposent l'intensification de l'armement antituberculeux actuel : sanatoriums, préventoriums, dispensaires ; ils conseillent l'extension de la vaccination par le BCG en milieu contaminé. Ils demandent instamment la généralisation du dépistage radiologique sur les bases prévues pour les prisonniers par les ministères de la Santé et des Prisonniers, Déportés et Réfugiés, la réalisation urgente dans chaque département de centres hospitaliers de phtisiologie ainsi que la création d'une caisse nationale de compensation permettant le placement rapide des tuberculeux, les formalités administratives étant faites pendant l'hospitalisation et non avant le placement. Ils souhaitent l'adoption, par entente entre les ministères de la Santé et du Travail, de l'assurance tuberculeuse ; ils réclament l'organisation de la cure libre, en particulier pour les tuberculeux en état de travailler, par la réadaptation au travail et une aide matérielle des collectivités publiques et des caisses, calculée suivant le taux de la capacité au travail. Ils estiment nécessaire la réorganisation administrative de la lutte antituberculeuse en mettant à la tête des services, tant sur le plan national que sur le plan local, un phtisiologue qualifié.

Sur quelques cas de typhus exanthématique observés au début de 1944. — M. **Tanon** présente une note de MM. **Cambessédès** et **Boyer** qui relatent 5 cas de typhus observés en 1944 chez des ouvriers du camp de Neuhoffen venus en permission ; l'un fut atteint d'une forme pulmonaire anormale rappelant l'infection expérimentale. Grâce à l'application immédiate d'un plan conçu par l'inspection générale des services techniques d'hygiène à la Préfecture de Police, aucune extension n'a eu lieu et cependant un des malades avait séjourné dans un taudis meublé très parasité. L'épouillage a été effectué avec une étuve mobile à chaleur sèche construite suivant les indications de M. Cambessédès qui assure une désinsectisation sûre, rapide et économique ; au retour des douches, les sujets reçoivent leurs vêtements chauds, secs et non détériorés.

Election d'un membre titulaire dans la 2e section (chirurgie). — M. **G. Labey** est élu par 43 voix contre 3 à MM. Bazy et Clovis Vincent.

Lucien Rouquès.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

24 Janvier 1945.

Prenant la Présidence, M. **Cadenat** succède à M. **Bréchot** et prononce le discours d'usage.

— M. **Hartmann** annonce que le Gouvernement français se propose d'envoyer en Amérique des médecins, anciens internes ou anciens chefs de clinique, pour une durée de 6 mois à 1 an.

Essai de traitement de la sténose pylorique et des vomissements du nourrisson par des infiltrations splanchniques. — M. **Luzuy** (Blois). Ce travail, rapporté par M. **Fèvre,** concerne 4 cas de vomissements du nourrisson guéris par l'infiltration splanchnique. Il ne s'agit pas de sténose pylorique vraie, puisqu'il n'y avait ni olive perceptible par le palper, ni péristaltisme, et parce que les radiographies ont manqué de signes évidents. Il s'agissait sans doute de spasme simple.

Le dernier cas, qui concernait une sténose réelle, n'a pas été amélioré.

— M. **Fèvre** a aussi tenté l'emploi des infiltrations splanchniques chez des nourrissons vomisseurs. Un cas de vomissements dès la naissance a été amélioré. En revanche, ni les sténoses pyloriques certaines, ni les sténoses duodénales n'ont bénéficié de la méthode.

Perforation de la vésicule biliaire en péritoine libre chez un enfant de 3 ans. — MM. **Luzuy** et **Audy** (Blois) ont opéré un enfant qui présentait un syndrome appendiculaire. L'appendice était sain, mais dans l'abdomen se trouvait de la bile. La vésicule était perforée. Les auteurs enlevèrent la moitié de la vésicule et firent une cholécystostomie sur le reste. Il se peut que cette perforatoin soit typhique.

— M. **Fèvre,** rapporteur, insiste sur la fréquence relative des accidents vésiculaires chez les enfants.

Kyste du mésentère avec occlusion aiguë de la fin du grêle. — M. **Leuret,** intervenant sur le diagnostic d'occlusion, trouve dans le bassin un kyste lymphoïde du mésentère. Il fallut faire une entérectomie et l'ablation du kyste pour guérir le malade.

Luxations primitivement irréductibles de l'astragale. — M. **Küss** rapporte ces observations de M. **Farneix** (Marine). Il s'agit en fait de luxations sous-astragaliennes du pied, dont la réduction fut facile et heureuse. Le rapporteur étudie les moyens thérapeutiques habituellement utilisés dans ces cas.

Au sujet du bactériophage dans le traitement des staphylococcies graves ou rebelles. — M. **Sauvé** apporte une expérience longuement poursuivie du traitement des staphylococcies. Il insiste d'abord sur la difficulté de venir à bout de ce bacille saprophyte habitué aux défenses de l'organisme et résistant aux moyens thérapeutiques usuels. Sans discuter la valeur des sulfamides ou de l'anatoxine, l'auteur pense que la bactériophagothérapie peut donner des résultats valables.

Il emploie les bactério-staphyphages du commerce, suffisamment polyvalents. Il en discute l'introduction dans l'organisme. La voie locale, parfois efficace, n'est souvent pas suffisante, manque d'action en milieu infecté, et n'évite pas l'emploi du bistouri. La voie sous-cutanée, très inconstante, crée rapidement une bactériophago-résistance. En outre, elle peut être dangereuse, puisqu'on a cité des exemples d'infections généralisées déterminées par son emploi. Au contraire, la voie intraveineuse paraît la meilleure. On lui a reproché des chocs considérables, quoique sans danger. Il faut cependant surveiller les réactions du malade. Le choc traduit la lyse des corps microbiens et l'efficacité du traitement.

La méthode est efficace : on obtient la négativation des hémocultures puis la guérison des malades. Des exemples nombreux pris parmi les septicémies, les ostéo-arthrites, les abcès tubéreux, les furonculoses le prouvent.

Le mode d'emploi est la perfusion diluée de 2 à 4 cm^3 de bactériophage ; on suit la température de quart d'heure en quart d'heure.

Il faut souvent associer à ce traitement l'autohémothérapie qui resensibilise le staphylocoque, l'anatoxine à doses faibles, les sulfamides, la pénicilline.

— M. **Raymond Bernard** emploie un vaccin non encore commercial qui lui donne des résultats favorables.

— M. **Brocq** dit qu'il faut attendre des années avant de juger d'une guérison de staphylococcémie. Il en cite des exemples prolongés.

— M. **Sorrel** n'a eu aucun résultat de l'emploi du bactériophage dans l'ostéomyélite, ce que M. **Sauvé** confirme.

— M. **Bazy** insiste sur la différence qu'il y a dans la lutte contre les toxines microbiennes, contre lesquelles on peut agir, et contre les corps microbiens que leur saprophytisme protège contre les assauts thérapeutiques.

Présentation d'instruments. — M. **Huet.**

Présentation de radiographies. — M. **Petit-Dutaillis.**

Jean Calvet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

26 Janvier 1945.

Accidents du traitement de l'épilepsie par la diphényl-hydantoïne : la gingivite hyperplasique. — MM. **Jean Delay, J. Maillard, A. Soulairac** et **Boitelle** présentent une épileptique de 17 ans atteinte de crises convulsives très fréquentes et d'états crépusculaires prolongés, lesquels furent remarquablement influencés par l'électro-choc. Au cours d'un traitement prolongé par la diphényl-hydantoïne apparurent deux sortes d'accidents : une gingivite hyperplasique et des troubles de l'équilibration.

La gingivite était caractérisée par une hypertrophie considérable des gencives supérieures et inférieures avec gingivorragies, quelques taches purpuriques, des modifications du temps de saignement et de coagulation. Les résultats du dosage de l'acide ascorbique dans le sang (3 mg.) et de l'épreuve de charge sont à rapprocher des travaux de Kimball sur l'origine avitaminosique de la gingivite des hydantoïnes.

Les troubles de l'équilibration avec démarche ébrieuse, signe de Romberg, nystagmus étaient en rapport avec un syndrome vestibulaire central, caractérisé surtout par une hypoexcitabilité du nystagmus rotatoire provoqué et par une hyperexcitabilité du nystagmus vertical. On notait une grosse diminution des chronaxies vestibulaires. Expérimentalement, les auteurs ont déterminé chez le rat par l'administration d'hydantoïne des troubles considérables de l'équilibration.

Ils signalent la disparition des crises convulsives dès qu'apparaissaient les signes d'intoxication par la diphényl-hydantoïne et préconisent l'adjonction d'acide ascorbique aux hydantoïnes dans le traitement de l'épilepsie.

— M. **N. Fiessinger** souligne les imperfections de la technique du dosage de l'acide ascorbique dans le sang. L'épreuve de charge elle-même donne des résultats parfois discordants. Les arguments apportés en faveur d'une avitaminose C sont donc assez fragiles.

— M. **Gounelle** fait également des réserves sur l'origine avitaminosique de cette gingivite qui cliniquement ne rappelle pas le scorbut. Un taux de 3 mg. d'acide ascorbique dans le sang n'est pas rare actuellement chez les Parisiens.

— M. **Hallé** ne trouve pas que cette gingivite ressemble à celle du scorbut.

— M. **Poumeau-Delille** a vu une gingivite hypertrophique chez une jeune fille, rythmée par les règles. L'acide ascorbique se montra sans action.

— M. **Mollaret** a récemment observé à la Salpêtrière une gingivite atteignant toutes les gencives dont l'origine échappa à toutes les recherches.

— M. **Delay** estime qu'on ne peut éliminer ici le facteur hydantoïne à l'origine de la gingivite ; la présence du syndrome vestibulaire confirme les rapports entre ce médicament et cette stomatite. Mais la relation avec une diminution de l'acide ascorbique demeure discutable.

— M. **Bourguignon** définit l'indice chronologique vestibulaire. Il existait une diminution très importante de la chronaxie vestibulaire chez cette malade, comme chez les animaux d'expérience de Mouriquand carencés en vitamine B^1, en rapport soit avec une intoxication par le médicament, soit avec une avitaminose C : il est difficile de trancher entre ces deux pathogénies.

Périartérite noueuse. — M. **Cathala** relate un cas de maladie de Küssmaul qu'il a observé chez un enfant de 14 ans. Pendant 4 mois il y eut d'abord un fléchissement de l'état général, puis une fièvre élevée avec éruptions sur la face d'extension des membres rappelant l'érythème polymorphe, qui prirent au bout de 3 semaines un caractère hémorragique avec présence d'éléments purpuriques et escarrotiques. La luette s'élimina. L'état général continua à s'aggraver, mais la température retomba à la normale. L'examen viscéral demeurait négatif ainsi que les hémocultures. La mort se produisit subitement. L'examen nécropsique limité qui fut fait confirma le diagnostic de périartérite noueuse.

— M. **Nicaud** rappelle le cas qu'il a publié récemment et insiste sur le polymorphisme de l'affection qui était surtout caractérisée par des phénomènes de polynévrite et de polymyosite, accompagnés d'éléments cutanés et muqueux, eux-mêmes très polymorphes.

— M. **Garcin** souligne aussi le polymorphisme de la maladie et évoque les 2 cas qu'il a observés : le premier, chez un enfant de 10 ans, présentant une fièvre continue et des ulcérations cutanées curables par poussées, où le diagnostic fut fait par M. Martin ; le second, qu'il a publié avec M. Kourilsky, où la biopsie établit le diagnostic de périartérite.

— M. **Nicaud** signale qu'il peut se produire des accidents dramatiques dus à des hémorragies intraviscérales

Compression médiastinale due à un goitre intrathoracique annulaire. Thyroïdectomie d'urgence. Guérison. — MM. **N. Fiessinger, H. Welti, R. Dupuy** et **P. Castaigne.** Cette malade de 51 ans présentait un syndrome de compression médiastinale avec cyanose, dilatations veineuses cervicales, œdèmes, qui témoignaient surtout d'une compression de la veine cave supérieure. M. H. Welti l'opéra d'urgence, dans un état particulièrement grave d'asphyxie. Il retira un goitre thoracique annulaire. Après l'opération, cette malade guérit parfaitement et ne présente actuellement aucun signe de compression. L'existence chez cette malade de crises comitiales posa le problème d'une métastase nerveuse d'une lésion maligne, mais on n'en a trouvé aucun autre symptôme. Le goitre était banal à l'examen histologique et sans aucune lésion maligne. Il s'agit d'une épilepsie ancienne sans parenté avec l'histoire de ce goitre compressif.

— M. **Rist** recommande de faire tousser le malade de profil derrière l'écran pour démasquer le goitre plongeant.

— M. **Ameuille** a fait opérer 3 cas de goitre plongeant avec 1 décès. Ce dernier établit bien la réalité de la trachéomalacie (ramollissement et aplatissement des anneaux trachéaux) qui fut cause de la mort.

— M. **Cachera** discute les rapports entre l'hypophyse et la thyroïde chez cette femme à l'aspect acromégalique. Il a vu 1 cas d'acromégalie s'accompagner de myxœdème typique avec mort dans le coma myxœdémateux.

— M. **Fiessinger** n'a pu faire le métabolisme basal de la patiente en raison des troubles asphyxiques.

Pleurésie enkystée de la base d'aspcct pseudo-tumoral. — MM. **P. Nicaud, A. Lafitte, O. Monod** et **R. Périer** rapportent l'observation d'une jeune femme de 31 ans qui, après un accident pleuro-pulmonaire aigu, a présenté à l'examen radiographique une masse basale arrondie, à droite de l'ombre cardiaque, limitée à la partie interne de la face. Cette masse parfaitement régulière et d'une opacité homogène n'était accompagnée ni de signes généraux, ni de signes fonctionnels, était parfaitement tolérée, et a été une découverte radiologique.

Les tomographies, la bronchoscopie n'ont pas donné de renseignements complémentaires. L'épreuve du lipiodol intra-bronchique n'a montré aucun arrêt du lipiodol ni aucune sténose bronchique. La pleuroscopie a permis de constater que la face antérieure du poumon droit était normale, avec ses scissures et ses 3 lobes mais il existait, sur la face postérieure, une symphyse postéro-externe du lobe inférieur, au-dessus de laquelle on découvrait la masse sphérique effleurant la corticalité et recouverte par la plèvre viscérale. La constatation radiologique de cette masse d'aspect pseudo-tumoral a été faite un mois après le début des accidents aigus pour lesquels la malade avait été hospitalisée. Au cours de ces accidents aigus, un cliché avait montré une opacité diffuse de la base droite sans qu'on puisse à cette époque reconnaître la masse opaque aux contours presque linéaires, qui n'a été diagnostiquée que sur une radiographie très postérieure. On pouvait naturellement penser à relier cette lésion aux accidents pleuro-pulmonaires récents, néanmoins aucun argument décisif ne permettait de l'affirmer avec certitude. Le diagnostic est donc resté incertain jusqu'à la ponction sous écran qui a ramené un liquide pleural peu abondant, contenant des hématies, de rares cellules endothéliales, sans réaction inflammatoire et amicrobienne.

Epithélioma malpighien du poumon avec pleurésie hémorragique. — MM. **P. Nicaud, A. Lafitte** et **R. Périer.** Un malade de 45 ans présente des accidents pleuro-pulmonaires de la base droite, d'allure aiguë. Les signes généraux s'atténuent rapidement sou

l'influence d'un traitement sulfamidé, mais les signes locaux persistent, et après une nouvelle poussée thermique, la ponction exploratrice révèle une pleurésie hémorragique. L'état général du malade s'aggrave très rapidement et il meurt en quelques semaines. Les radiographies avaient montré au début de la maladie quelques nodules opaques et une perte de substance au-dessous de la pointe de l'omoplate. Ultérieurement était apparue une importante opacité de la base, et plus tardivement encore, au-dessus de cette opacité, une vaste image hydro-aérique qui paraissait se dégager de l'opacité basale.

L'autopsie a révélé un épithélioma malpighien du poumon à tendance cavitaire. L'incident pleuro-pulmonaire initial s'était donc greffé sur un épithélioma. Très rapidement est apparue une pleurésie hémorragique. L'épithélioma siégeait au niveau de la partie moyenne du poumon et paraissait circonscrit à la région hilaire et para-hilaire.

Au point de vue histologique, il s'agissait d'un épithélioma para-malpighien présentant de très nombreuses formes karyokinétiques et de très nombreuses fusées extensives par colonnes de cellules dans le parenchyme voisin.

Ce cas souligne une fois de plus la fréquence des cancers malpighiens du poumon, la difficulté de leur diagnostic précoce et le caractère déjà extensif d'une tumeur encore pourtant limitée, mais présentant au point de vue histopathologique une très grande activité proliférative.

Un cas de botulisme avec hypotension orthostatique passagère. — MM. **Coumel, Colas** et **Robion.** Chez ce malade une hypotension orthostatique a évolué parallèlement aux symptômes habituels d'une intoxication botulinique fruste apparaissant et disparaissant avec eux. Les auteurs insistent sur un ensemble symptomatique qui n'avait jamais été noté jusqu'ici, au moins à leur connaissance, dans le botulisme, et signalent l'éventuelle valeur de cette observation dans la localisation de certains des symptômes du syndrome d'hypotension orthostatique. P.-L. Marie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

27 Janvier 1945.

Teneur du foie humain en vitamine PP. — MM. **H. Gounelle, Y. Raoul** et **J. Marche.** Normalement, chez l'homme, le taux de vitamine PP dans le foie s'inscrit autour de 15 *mg.* pour 100 *g.* de tissu frais en accord avec les valeurs trouvées chez les animaux.

Après invitamination le taux hépatique s'élève.

Les teneurs apparaissent directement en relation avec l'état nutritionnel.

Les taux les plus bas s'observent chez les tuberculeux pulmonaires, dans l'ictère grave et surtout la pellagre.

Les deux facteurs de la métachronose réflexe de répercussion après section nerveuse. — Mme **B. Chauchard** et **M. P. Chauchard** montrent que les modifications de chronaxie du côté opposé à une section nerveuse dépendent, d'une part, d'une influence d'origine centrale concernant tout le neurone moteur et, d'autre part, d'une action locale n'intéressant que le muscle et l'extrémité du nerf.

Poisons émétisants et yohimbine. — M. **Cheymol.**

Excitations périphériques et E. E. G. — M. **I. Bertrand,** Mme **Godet** et M. **Mazars.**

Caractérisation de l'amino-oxydase. — MM. **Flaunie** et **Schapira.**

Dosage biologique de la strychnine. — Mlle **Jeanne Lévy.**

Influence de la strychnine sur l'effet pharmacodynamique des dérivés de la choline. — M. **E. Kahane** et Mlle **Jeanne Lévy.** A. Escalier.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE

21 Mai 1944.

Premières recherches sur la pression ventriculaire droite. — MM. **J. Lenègre** et **P. Maurice.** Par une méthode simple et inoffensive, qui consiste à introduire par une veine du bras jusque dans le ventricule droit une sonde demi-molle de petit calibre reliée à un manomètre de Claude, les auteurs proposent de mesurer la pression sanguine ventriculaire droite. Chez 14 sujets crédités d'un cœur normal, les chiffres indiqués par le manomètre de Claude s'inscrivent entre 10 et 20 (moyenne : 15), un peu plus élevés chez les individus âgés que chez les jeunes. Chez 37 cardiaques, les chiffres extrêmes sont compris entre 16 et 60 (moyenne : 31). La pression ventriculaire droite est donc plus élevée chez les cardiaques que chez les sujets dont le cœur est normal, la différence est souvent considérable (d'autant qu'il s'agit d'une pression moyenne) puisque les chiffres peuvent varier dans les proportions de 1 à 5, ampleur qu'ignore la grande circulation. Ainsi peut-on asseoir sur une base objective, plus solide que celle d'une hypothèse plausible, la notion de l'hypertension ventriculaire droite. Celle-ci, d'autant plus forte que la cardiopathie paraît plus mal tolérée, est maxima dans les mitralites graves avec insuffisance cardiaque ou complications pulmonaires Enfin, la pression ventriculaire droite est en général plus élevée en position couchée qu'en position debout, ce qui explique peut-être dans une certaine mesure la dyspnée de décubitus dans les défaillances ventriculaires.

Remarques sur la technique des dérivations exploratrices. — MM. **L. Deglaude** et **Pierre Laubry.** Pour l'enregistrement des dérivations précordiales, un certain nombre de recommandations ont été formulées en 1938 par un Comité mixte anglo-américain : place de l'électrode exploratrice, dimensions de cette électrode, place de l'électrode indifférente et connexions des électrodes avec l'appareil enregistreur.

Ces différentes recommandations sont analysées et discutées successivement. La critique fondamentale porte sur le mode de connexion des électrodes avec l'appareil enregistreur (exploratrice reliée au fil du bras gauche, indifférente reliée au fil du bras droit, sur plot DI) ; les auteurs pensent que cette méthode de connexion ne peut être adoptée sans inconvénients sérieux et ils préconisent de rester fidèle à la technique classique.

Il faut espérer que, dans un proche avenir, une discussion internationale déterminera l'unification des techniques, qui est indispensable.

Anévrysmes congénitaux des sinus de Valsalva. — MM. **Lian, Facquet, Siguier** et **Gorin** font une étude d'ensemble de ces anévrysmes en tablant sur 2 observations anatomo-cliniques personnelles et sur 14 cas trouvés dans la littérature. Le diagnostic est impossible avant la rupture. Celle-ci ne se produit souvent que chez l'adulte. Elle se fait en général à droite, dans l'infundibulum pulmonaire, plus rarement dans l'oreillette droite, et peut donner naissance à un souffle continu. Le diagnostic clinique est alors possible dans certains cas, en particulier lorsqu'il existe à la fois, comme dans la première observation rapportée, un double souffle aortique et un souffle continu plus bas situé.

Exceptionnellement, comme dans la seconde observation, l'anévrysme se fraye un chemin dans la cloison interventriculaire et s'ouvre dans le ventricule gauche. Le diagnostic avec l'insuffisance aortique est alors impossible.

La mort survient par endocardite maligne surajoutée ou dans un syndrome de grande insuffisance cardiaque.

Les anévrysmes congénitaux des sinus de Valsalva, associés ou non à d'autres malformations, constituent un chapitre intéressant des cardiopathies congénitales. Les auteurs estiment que le diagnostic clinique est possible dans certains cas.

L'évolution radiologique des grosses artères pulmonaires. — MM. **D. Routier, P. Soulié** et **Y. Bouvrain** attirent l'attention sur le caractère évolutif des grosses artères pulmonaires congénitales. Deux observations en donnent la preuve : l'une d'elles concerne une grosse pulmonaire isolée chez un enfant de 14 ans 1/2 ; en 7 mois la comparaison des clichés met en évidence le développement considérable de l'arc moyen. L'autre concerne une femme de 37 ans chez qui le diagnostic de tétrade de Fallot avait été porté en 1938. En 1944, grosse pulmonaire expansive ; autopsie : rétrécissement pulmonaire orificiel (pulmonaire bivalve), artère pulmonaire très amincie et très dilatée immédiatement au-dessus du rétrécissement ; dextroposition franche de l'aorte, communication interventriculaire, gros ventricule droit. Dans les deux cas, il y a eu évolution remarquable de la malformation pulmonaire.

Malformation cardiaque congénitale d'un type inédit (énormes oreillettes, ventricules réduits à un étroit canal préartériel). — MM. **Mouquin, Monsaingeon** et **Catinat.** Syndrome d'oblitération des deux membres inférieurs, d'évolution atypique, en rapport avec un thrombus de la bifurcation aortique. Ascite consécutive à une sympathectomie lombaire.

Particularités électrocardiographiques au cours de crises lipothymiques avec hypotension et hypoglycémie chez un sujet porteur d'une tumeur comprimant le pneumogastrique. — M. **L. Langeron** (Lille). Sans insister sur les détails anatomo-cliniques de cette observation, l'auteur signale les modifications électrocardiographiques constatées en crise, disparition de S, élargissement de R, disparitions irrégulières de P, anomalies qu'il est permis de rattacher à l'hypoglycémie constatée.

Modifications électrocardiographiques dans un cas de choc aigu d'allure histaminique. — MM. **L. Langeron** et **P. Giard** (Lille), rappelant les travaux antérieurs sur la question, apportent à titre documentaire les tracés recueillis, pendant et après un état de choc consécutif à une ingestion de moules et pouvant être assimilé à une intoxication histaminique aiguë. La modification la plus caractérisée réside dans un aplatissement de T et une disparition de S en II et en III, une anomalie de QRS en III ; il n'y a pas eu de changement dans la nature du rythme resté sinusal, ni dans la durée de PR.

A propos d'une forme cérébrale de l'infarctus du myocarde. — MM. **A. Van Bogaert** et **A. Van Genabeek** (Anvers).

Anévrysme disséquant de l'aorte. — MM. **Roques, J. de Brux** et **R. Bollinelli** (Toulouse).

Raccourcissement permanent de l'espace Pr avec déformation du ventriculogramme. Action des épreuves clinico-physiologiques. — M. **A. Jouve** (Marseille).

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

9 Novembre 1944.

La polykératose congénitale. — M. **Touraine** réunit sous ce nom divers états congénitaux d'hyperplasie ou d'hyperfonctionnement de la peau, des phanères et des muqueuses dont le plus fréquent est la kératose palmo-plantaire. Cette polydysplasie se transmet en dominance régulière et comporte un pronostic favorable.

Acrodermatite ponctuée kératogène. — MM. **Touraine** et **Golé** revoient, depuis 2 mois, de nouveaux cas de ce type clinique, parfois décrit sous le nom d' « engelures 1940 » et qu'ils estiment cependant différent des engelures. Chez une malade, les deux affections se sont succédé.

Les arsénoxydes dans la syphilis récente. — MM. **Touraine, Lortat-Jacob, Ruel** et **Gosset** concluent, de leur propre expérience, que l'action clinique est comparable à celle des arsénobenzènes. Les tréponèmes disparaissent en 1 à 3 jours. La sérologie devient progressivement négative à partir de 30 à 55 jours. Des incidents assez nombreux et variés rendent nécessaire l'hospitalisation ou, tout au moins, l'étroite surveillance du malade.

— M. **Vigne** a utilisé des séries de 15 injections quotidiennes de 0,12 de dichlorure d'hydroxy-amino-phénylarsine (2591 RP) ; les accidents primaires et secondaires sont généralement cicatrisés en 8 jours ; les accidents tertiaires ont rapidement rétrocédé. La négativation de la sérologie est obtenue en 15 jours après la fin de la série ; la courbe du Vernes est rapidement influencée, après un crochet positif ; les incidents ont été peu fréquents et toujours minimes.

— M. **Degos** a utilisé le Fontarsan à la dose de 0,06, en injection rapide, et n'a eu que très peu d'incidents, d'ailleurs minimes.

— M. **Durel** estime que les arsénones doivent être considérés comme des médicaments ayant leur personnalité propre et non comme des répliques du novarsénobenzène.

Pour un choix rapide parmi les diverses posologies qui s'offrent à l'étude, l'auteur demande que soient choisies 5 posologies types et que les incidents soient classés selon des catégories définies.

— MM. **Coste, Marceron, Durupt** et **Deniziaut** ont observé un cas d'encéphalopathie épileptiforme et comateuse apparue au 9e jour d'un traitement par un arsénone employé à doses moyennes; la guérison fut obtenue et il fut possible de réinjecter après la guérison des petites doses du même produit.

Résultats du traitement de Pollitzer-Chevallier. — MM. **Coste, Demanche** et **Durupt,** dans le but de diminuer la durée du traitement, ont eu recours à la méthode de Pollitzer-Chevallier, que certains auteurs considèrent comme dangereuse. Ils n'ont observé qu'un pourcentage infime (5,4 pour 100) d'incidents légers (nausées, vertiges, fièvre, érythèmes) et aucun cas de mort.

Les néoplasies lymphoconjonctives difficiles à classer. — MM. **Gougerot, Burnier, Duperrat** et **de Sarlet** présentent un homme de 58 ans atteint de lésions nodulaires dermo-épidermiques généralisées rappelant l'aspect des tubercules lépreux ; histologiquement il s'agissait d'une réticulo-endothéliose maligne.

Les érythèmes squameux indéterminés. — MM. **Gougerot, Carteaud** et **Duperrat** présentent une jeune fille de 23 ans qui depuis l'âge de 15 ans a des poussées subintrantes de lésions érythémato-squameuses rappelant l'aspect du psoriasis et ailleurs des placards lichénoïdes ; or, histologiquement, il ne s'agit ni de psoriasis, ni de lichen plan.

Hémispasme facial périphérique. — M. **Karatchentzeff** présente une malade atteinte depuis 2 ans d'un hémispasme facial, considéré comme primitif ; le spasme s'atténue rapidement après 30 injections de cyanure Hg ; actuellement, la malade peut par un effort de volonté faire cesser ce spasme ou empêcher son apparition.

Traitement iodé de certaines dermites. — MM. **Nanta** et **Garric** ont traité avec succès certains eczémas du type dyshidrosique ou non par les injections intraveineuses de lugol ou intramusculaires de lipiodol.

Traitement du lupus. — M. **Garric** a obtenu des résultats remarquables dans 10 cas de lupus tuberculeux par la méthode de Charpy.

Deux cas de koïlonychie. — M. **Stewart** a observé 2 cas de koïlonychie chez 2 femmes de 25 et 35 ans ; l'acide ascorbique et le foie à hautes doses ne donnèrent qu'une amélioration légère ; par contre, le traitement antisyphilitique (bismuth, arsenic, mercure) amena une amélioration très nette suivie de guérison totale.

Glossite de Mœller-Hunter. — M. **Stewart** a traité 2 cas de glossite observés chez des femmes par des injections d'extrait de foie actif ; 20 injections amenèrent la guérison.

Cancer sur lichen plan. — M. **Stewart** a observé chez un homme de 36 ans un lichen plan du prépuce, des joues et des jambes ; un épithélioma spino-cellulaire du gland apparut sur des lésions lichénoïdes préexistantes.

Kératome du pouce chez un tuberculeux. — M. **Stewart** a constaté chez un homme de 24 ans, tuberculeux cavitaire, une tumeur cornée du pouce ; la biopsie montra une hyperplasie épidermique et une parakératose et angiomatose du corps papillaire.

Eczéma aigu de la face compliqué d'œdème des voies respiratoires supérieures. — MM. **Derot, Lafourcade** et **Canivet** rapportent un cas d'eczéma aigu déclenché par une application de cosmétique sur les cheveux et qui s'est accompagné d'infiltrations pharyngo-laryngées et d'œdème de la glotte ; la guérison fut obtenue par l'adrénaline, la morphine et l'extrait de rate.

Echecs de la sulfamidothérapie des gonococcies. — MM. **Huriez, Patoir** et **Leborgne** estiment que la constitution d'une sulfamido-résistance durant ces dernières années semble plus appartenir à l'apparition de souches de gonocoques accoutumées aux sulfamides

n'au développement d'un terrain défaillant. Ce sont les contacts répétés du microbe avec des doses insuffisantes de sulfamides qui ont facilité l'apparition de ce phénomène (cures insuffisantes ou mal réglées, prises de petites doses répétées avant les visites de contrôle des prostituées).

Les auteurs sont arrivés à la formule d'un traitement triple, efficace dans plus de 90 pour 100 des cas. Il comprend : une cure thiazolée (double prise quotidienne de 0 g. 10 par kilogramme de thiazomide durant 3 jours), un choc thermique (Dmelcos intraveineux au début, au milieu et à la fin de la cure) et enfin les soins locaux (grands lavages antiseptiques ou instillation de sérum antigonococcique).

Les résultats obtenus durant l'année 1944 (39 guérisons et 3 échecs dont 2 guéris par un deuxième traitement triple) montrent bien que l'action bactériostatique des sulfamides est heureusement complétée par l'exaltation de tout le potentiel défensif d'un organisme par la méthode des chocs pyrétiques et par la destruction des gîtes microbiens par une thérapeutique locale, spécifique ou non.

Résistance thérapeutique chez les syphilitiques. — M. **Gouin** a observé une malade qui à la reprise d'un second traitement fait avec le sel de bismuth utilisé dans le premier traitement mixte (novarsénobenzol-bismuth) fut atteinte de quadriplégie avec aphasie. Il est impossible cliniquement de dire si cette résistance est due à l'arsenic ou au bismuth ; au contraire, la leucocyto-réaction permet de prévoir les résistances et de déceler ensuite le médicament, facteur de la résistance.

Blennorragie féminine. — MM. **Degos** et **Garnier**, devant la fréquence des échecs de la sulfamidothérapie dans la blennorragie féminine, ont eu recours à la méthode de Rabut : tamponnements quotidiens au sérum antigonococcique de l'Institut Pasteur, une semaine de traitement suffit à faire disparaître des sécrétions cervicales les gonocoques qui avaient persisté après sulfamidothérapie.

Kraurosis penis spontané. — M. **Garnier** a observé un homme de 50 ans atteint depuis 6 mois d'une infiltration scléreuse du prépuce avec fissures, érosions et coloration leucoplasiforme ; on peut éliminer les diagnostics de lichen plan, de sclérodermie, de balanite de Stümmer ; il semble s'agir d'un kraurosis spontané, type Delbanco, précédé d'un prurit préputial très accentué.

Eruption post-auriqne à type de lupus érythémateux. — M. **Garnier** a observé chez une jeune fille de 15 ans, soignée pour rhumatisme infectieux par l'aurothérapie, une éruption de la face, en papillon, à type de lupus érythémateux, apparue après la troisième série de piqûres et lors d'un séjour à Mégève : on note en outre un érythème palmo-plantaire, des lésions des lèvres rappelant le lupus érythémateux et une stomatite aurique lichénoïde à la face interne des joues. Il semble s'agir d'un lupus érythémateux déclenché par l'or à la suite de l'exposition à la lumière.

R. Burnier.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE

11 Juillet 1944.

Le rôle des apports alimentaires de calcium et de potassium dans la régulation des activités fonctionnelles. Applications aux restrictions alimentaires. — M. **F. Maignon**. Le calcium est un excitant du sympathique et le potassium, du parasympathique. Or le calcium étant apporté surtout par la viande, le lait, le fromage, et le potassium par les pommes de terre, on voit que la ration actuelle est déficiente en calcium et surabondante en potassium, d'où résulte un déséquilibre parasympathique-sympathique, avec prédominance du parasympathique. Cet état parasympathicotonique peut se traduire par des coliques avec diarrhée (hyperpéristaltisme), par un état lipothymique avec menaces de syncopes, par des troubles vaso-moteurs (doigts morts).

L'administration d'un supplément de calcium sous forme de craie en poudre, au début des repas, entraîne en quelques jours la disparition de ces troubles. Le calcium est indispensable au chimiotactisme leucocytaire, sa déficience peut favoriser la production d'abcès, de furonculose, que le traitement calcique fait disparaître.

Enfin la polyurie, due à l'excès de potassium, est à la fois la conséquence de la vagotonie (le pneumogastrique étant le nerf excito-sécréteur du rein) et de l'action diurétique des ions potassium au moment de leur élimination. L'administration de calcium fait disparaître la première cause mais n'influence pas la seconde.

Sur la formation, en apparence spontanée, de petits éléments organisés, différents des cellules organiques et des bactéries, dans les hémocultures stériles de l'homme et des animaux. — MM. **J. Buzenac** et **G. Boissel**.

L. Grollet.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

5 Décembre 1944.

Existe-t-il une maladie de croissance ? — MM. **Cl. Launay** et **A. Hadengue** se proposent, à l'aide d'une dizaine d'observations, de réhabiliter la notion et la description de l'ancienne « maladie de croissance ». Débarrassé des caractères accessoires qui en altéraient le tableau, ce syndrome paraît composé surtout de 4 symptômes : céphalée, douleurs dans les membres, fatigabilité, hyperthermie. Les enfants âgés de 5 à 15 ans sont souvent pâles (mais non anémiques) et de caractère irritable ; le maximum de fréquence s'observe en hiver et au printemps ; souvent tout disparaît en été ou au cours d'une cure de montagne. Il s'est produit dans un cas des phénomènes vaso-moteurs transitoires localisés au membre le plus douloureux. La recherche d'un critère biologique (hyperglycémie, hypercalcémie), ou thérapeutique (efficacité de la vitamine D^2 à dose massive) n'a pas conduit à des résultats constants.

La connaissance de ces hyperthermies non infectieuses, propres à l'enfance, mériterait d'être approfondie.

— M. **Cathala** demande si les auteurs ont pu constater un rapport entre les symptômes douloureux et l'allongement des os.

— M. **Launay** n'a pu constater un tel rapport, mais il pense néanmoins qu'il existe.

— M. **Marquézy** estime que la « maladie de croissance » doit être envisagée après exclusion des états infectieux nettement définis. Il admet également l'existence de la « fièvre dentaire ».

— M. **Tixier** a surtout observé la fièvre dentaire chez les enfants convalescents de maladies graves. Il pense qu'il peut en être de même pour la « maladie de croissance ».

— M. **Rœderer**, à propos de la « maladie de croissance », signale que des épiphysites des adolescents, peu douloureuses, peuvent être mises en évidence radiologiquement.

Dominante latérale et bec-de-lièvre. — Mlle **Tisserand**, étudiant 210 cas de becs-de-lièvre traités par MM. Veau et Leveuf, a pu relever parmi eux un nombre excessif de gauchers. Leur pourcentage atteignant 19,1 alors que dans une population quelconque il n'est que de 8,4. Cette constatation permet d'établir une relation certaine entre la dominante latérale gauche et le bec-de-lièvre. L'influence de la dominante latérale sur l'extériorisation à gauche du bec-de-lièvre lui-même paraît également devoir être prise en considération.

Le traitement du psoriasis par les thérapeutiques de choc. — M. **Léon Tixier** présente deux enfants atteints de psoriasis traités par des injections de Dmelcos et de Propidon. Les séries de Dmelcos, de 6 injections à doses moitié moindres que pour l'adulte, ont entraîné des réactions moins fortes que chez ce dernier. Le propidon, en série de 3 injections, a été employé préalablement lorsque le psoriasis s'accompagnait d'impétigo.

Ce traitement est surtout indiqué en présence de psoriasis luxuriants ou récidivants, non améliorés par les médications externes ou internes usuelles. Il est contre-indiqué si l'état des reins est défectueux et si la C. R. est de virage récent. Les résultats sont excellents, bien qu'ils ne soient pas rapides. Cette méthode est nettement recommandable, car alors même qu'elle ne guérit pas le psoriasis elle fournit des répits de longue durée.

— M. **Huber** a également obtenu le blanchissement de psoriasis par une thérapeutique humorale consistant en injections d'autohémothérapie avec injections intraveineuses d'Emgé Lumière. Ce traitement, toutefois, n'exclut pas les récidives.

Curieuse histoire de gynandroïde. — M. **H. Rouèche** rapporte l'histoire d'un hermaphrodite à type gynandroïde, considéré comme garçon, ayant vécu comme tel depuis 37 ans, malgré ses caractères féminins accusés. Il conclut à la nécessité d'une grande prudence dans la déclaration du sexe à la naissance. Les sexes douteux devraient pouvoir être catalogués après la puberté.

Y a-t-il augmentation du nombre et de la gravité des déviations vertébrales ? — M. **C. Rœderer** montre qu'en tenant compte de la seule statistique, on devrait admettre l'augmentation du nombre, mais ce qui, peut-être, a augmenté, ce sont les attitudes scoliotiques, les défauts de tenue, les instabilités, les manques d'équilibre, exception faite pour quelques déviations rachitiques formelles.

La grande scoliose avérée, à déformation osseuse, a une pathogénie personnelle, originelle, indépendante de la statique et des conditions de calcification rachidienne. La cyphose, elle, est plus largement alimentée par les excès de travaux physiques prématurés, port de poids, etc.

La gravité de ces scolioses vraies semble avoir été elle-même assez peu modifiée par les mauvaises conditions actuelles de régime.

A l'opposé, les adultes scoliotiques souffrent actuellement de leur dos et chez les vieillards des décalcifications énormes et déformantes se voient souvent et évoluent très vite.

— M. **Cathala** a pu constater également que les grandes dystrophies osseuses s'observent moins souvent chez les enfants qu'on était en droit de le craindre. Certains médecins scolaires ont tendance à attirer l'attention des parents sur des scolioses non confirmées par un examen plus attentif.

— M. **Hallé** insiste sur le rôle de l'hérédité dans l'apparition de la scoliose véritable. Comme médecin contrôleur il signale que les séances de gymnastique à la charge des Assurances sociales doivent être réservées aux cas avérés et dans ce cas poursuivies comme il convient.

— Mlle **Comby** explique les raisons qui incitent les médecins inspecteurs scolaires à demander des séances de gymnastique en dehors des écoles.

— M. **Oberthür** signale que certaines scolioses graves peuvent être provoquées par un facteur thérapeutique, tel que le port prolongé d'un appareil plâtré trop lourd.

Kystes vaginaux et vulvo-vaginaux chez l'enfant. — M. **Fèvre** et Mlle **Delon** rapportent 4 cas de tels kystes. Dans l'un des cas, chez un nouveau-né, l'attention a été attirée par une rétention d'urine.

G. Schreiber.

SOCIÉTÉS DE PROVINCE

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE LYON

14 Novembre 1944.

Frémissement et signes stéthoscopiques apexiens dans l'insuffisance aortique solitaire. — MM. **Roger Froment**, **Guinet** et **Martin-Noël** rapportent une observation d'endocardite infectieuse ayant ulcéré la valvule aortique postérieure et où n'existait qu'un frémissement diastolique apexien doublant un souffle qui à la pointe se renforçait nettement dans la protodiastole. A cette occasion, ils font la revue des signes apexiens de l'insuffisance aortique.

Une épreuve d'étanchéité de la valvule mitrale et de mesure de ses fuites sous pression connue. — MM. **Roger Froment**, **Paul Guinet** et **B. Coblentz**. Il est possible d'utiliser l'appareil de Gallavardin pour étudier le fonctionnement de la valvule mitrale et mesurer éventuellement le début de la fuite auriculo-ventriculaire. Sur 35 cas, la mitrale s'est révélée étanche 19 fois, les 16 autres cas mettaient en évidence une insuffisance organique ou fonctionnelle, avec une fuite allant de 20 à 80 cm^3 par seconde. Indépendamment de certaines considérations théoriques, l'intérêt de cette épreuve se situe sur le plan pratique, en permettant soit de récuser un diagnostic d'insuffisance mitrale porté à tort, soit d'affirmer une fuite méconnue cliniquement et d'en étudier mieux le mécanisme.

Tétanos généralisé bénin par contamination d'un ulcère variqueux torpide. — MM. **Levrat**, **Roche** et **Emery**.

Pancréatite chronique avec ictère d'origine syphilitique, guérie par le traitement. — MM. **Levrat** et **Naudin**.

G. Despierres.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Juillet 1944.

Influence des émotions et des troubles menstruels sur l'évolution de certaines recto-colites hémorragiques. — M. **J.-Jacques Dubarry**. Sur 18 cas de recto-colite hémorragique chez la femme, 14 fois l'auteur a noté des rapports étroits entre le fonctionnement ovarien et l'état intestinal : chez 9 malades à peine ou pas du tout réglées, amélioration parallèle des menstrues et de la recto-colite ; apparition de la recto-colite hémorragique chez 3 jeunes femmes peu après hystérectomie ; chez 2 autres dans les suites de couches ; chez une dernière, rémission de la recto-colite pendant toute la durée de chaque grossesse.

D'autre part, 3 fois poussée recto-hémorragique survenant à la suite d'une violente émotion et une fois cessant dès la disparition de la cause de l'émotion.

Traitement de la coqueluche par la teinture de lierre. — M. **Leuret** a traité depuis 10 ans une centaine de coquelucheux de tout âge par la teinture de lierre grimpant (*Hedera helix*).

La teinture de lierre s'administre à la dose de V à XL gouttes par jour suivant l'âge, à doses progressives puis dégressives. On obtient une sédation notable des quintes, une diminution de leur nombre, la disparition des symptômes secondaires (hémorragies sous-conjonctivales, vomissements, etc.). Sur les 100 coquelucheux traités, l'auteur n'a pas noté de complications.

Presque tous les coquelucheux traités ont guéri dans un délai de 15 à 35 jours. Le pourcentage de guérison est de 80 pour 100.

Sur l'exploration radiologique des fractures du larynx. — MM. **Mathey-Cornat** et **Pellegrino**. Les observations rapportées confirment la grande rareté des fractures du larynx. Les contusions proprement dites du larynx sont moins rares, mais il est possible qu'une exploration radiologique systématique fasse apparaître une augmentation relative du pourcentage des fractures laryngées. Les auteurs en relèvent 5 cas à la clinique O.-R.-L. (Prof. Portmann). Les radiogrammes laryngés sont d'une étude difficile, mais profitable. Ils renseignent sur le siège de la fracture, les lésions des parties molles, les lésions endo- et extra-laryngées. L'intérêt en est diagnostique, pronostique et thérapeutique (accidents du travail et législation criminelle).

Pseudo-tabes hypophysaire curable avec polyglobulie et hyperchylie chez un géant acromégale. — MM. **Bergouignan** et **H. Monmayou**. Cette observation réalise par rapport au pseudo-tabes hypophysaire associé souvent à l'anémie et à l'achylie (Snapper) un tableau d'une symétrie frappante : un garçon de 16 ans atteint de gigantisme avec acromégalie et très probablement porteur d'un adénome acidophile de l'hypophyse, présente un syndrome de sclérose combinée de la moelle ; l'examen révèle chez lui une polyglobulie avec hyperchylie. Ces deux symptômes régressent sous l'influence de la radiothérapie hypophysaire, tandis que le syndrome médullaire reste rebelle aux médications classiques ; 2 ans plus tard, les troubles médullaires s'améliorent eux-mêmes au cours d'un traitement par la diathermie diencéphalo-hypophysaire et disparaissent en quelques mois.

A. Chabé.

CHRONIQUES

Le traitement gratuit à domicile des femmes enceintes économiquement faibles

La loi [1] oblige à se traiter les femmes enceintes syphilitiques susceptibles de transmettre héréditairement le mal dont elles sont atteintes. Rien de plus nécessaire. Rien de plus logique. Encore faut-il cependant que ce traitement soit à la portée de toutes si l'on veut qu'il puisse être volontiers accepté et régulièrement suivi pendant toute la durée de la grossesse. Il faut qu'il ne soit pas l'occasion de fatigues susceptibles de nuire à l'évolution normale de la gestation et qu'il n'apporte aucune gêne sérieuse à l'existence habituelle.

Il en est ainsi pour les parturientes ayant une aisance suffisante pour leur permettre de se faire soigner par leur médecin de famille.

La cure est-elle aussi facile pour les économiquement faibles qui ne peuvent assumer les frais d'un traitement prolongé et, partant, onéreux. Sans doute pourrait-on penser qu'elles ont, elles aussi, toutes les facilités désirables, puisqu'elles peuvent recevoir gratuitement au Centre de Prophylaxie antivénérienne des soins au moins aussi éclairés, aussi attentifs. Mais, si on laisse hors de question la qualité indiscutable des soins qu'elles y trouveraient, il n'en reste pas moins que, pour les femmes enceintes, le traitement au dispensaire présente des inconvénients.

Ces inconvénients sont de deux ordres : les uns proviennent de la spécialisation du dispensaire ; les autres des fréquents déplacements auxquels sont astreintes les futures mères qui doivent y être traitées.

1° Inconvénients provenant de la spécialisation du Centre de Prophylaxie antivénérienne. — Pour diverses raisons, il est très souvent nécessaire de laisser ignorer aux futures mères la maladie dont elles sont ou dont on les suppose atteintes. N'en est-il pas ainsi, par exemple, lorsque le traitement est commandé par la syphilis du père, méconnue de la mère ? Ou encore lorsque le traitement est et doit être prescrit alors que le diagnostic n'est pas certain, mais seulement probable, reposant par exemple sur la notion d'antécédents obstétricaux pathologiques. Dans de tels cas, le médecin doit-il troubler la quiétude de la future mère en lui faisant part de son diagnostic incertain ?

S'il a l'impression que ses explications seront comprises, ses conseils écoutés et suivis, sans doute pourra-t-il le faire parfois. Mais il est souvent bien préférable de faire accepter la cure en ayant recours à l'un de ces pieux mensonges dont le médecin est coutumier quand il s'agit de l'intérêt de ses malades. Plutôt que de s'exposer à un refus, il vaudra mieux dire à la future maman que, pour éviter un accident obstétrical semblable à ceux dont elle a été antérieurement victime, il serait nécessaire de lui faire des « piqûres fortifiantes » qui influenceront heureusement la santé de l'enfant, proposition qui, ainsi formulée, est toujours très favorablement accueillie.

Traitée par son médecin de famille, la future mère aisée ignorera la nature exacte de son traitement. Rien ne viendra dans son esprit susciter des doutes à ce sujet.

Envoyée pour traitement au dispensaire spécialisé, la parturiente économiquement faible apprendra, dès ses premières visites, le but réel des piqûres. Elle en déduira tout de suite le diagnostic que l'on a porté chez elle. Le médecin devra alors intervenir. Si certaines femmes se laissent convaincre et acceptent de se traiter régulièrement, d'autres, moins persuadées, abandonneront la cure plus ou moins longtemps après son début ; d'autres, enfin, la refuseront tant elles se croient certaines que ni elles ni leurs ancêtres ne peuvent avoir été atteints de cette « maladie honteuse ».

Comment dans de tels cas le médecin pourrait-il invoquer les rigueurs de la loi, quand il n'est pas lui-même certain de l'exactitude de son diagnostic ! Et pourtant ne sait-il pas combien nombreux ont été les cas où la décision déraisonnable mais irrévocable de ces mères a eu pour épilogue une fausse couche ou la naissance d'un hérédo quand ce n'est pas celle d'un mort-né macéré.

Voilà donc un premier argument établissant sans conteste que le traitement des parturientes syphilitiques au dispensaire antivénérien n'est pas sans inconvénient. Malgré l'excellence des soins qu'elles pourraient y recevoir, la spécialisation du Centre empêche un nombre non négligeable d'entre elles de suivre un traitement nécessaire qu'elles accepteraient sans hésiter dans d'autres conditions.

2° Autres inconvénients. — Il est d'autres inconvénients, tout aussi importants, sinon plus, résultant des fréquents déplacements que nécessite la cure.

S'agit-il du traitement bismuthique, le plus fréquemment utilisé, c'est 30 à 40 visites au dispensaire qui seront imposées à la mère, au cours de sa grossesse, si elle est traitée comme il se doit, depuis le début jusqu'au terme. Chacune de ces visites est l'occasion d'une fatigue, qui devient plus pénible à mesure que la grossesse avance en âge. Long trajet [2], souvent effectué à pied, pour éviter les frais de tramway, parfois avec le dernier né sur le bras ; obligation de laisser 2, 3 autres jeunes enfants sans surveillance à la maison ; attente au dispensaire ; temps perdu qu'il faudra rattraper, etc. Tout cela pour une maladie dont le médecin ne peut pas toujours certifier l'existence !

Ces diverses raisons poussent les mères à penser qu'il n'est pas sûr qu'elles retireront un profit d'un traitement peut-être inutile et qui, par contre, trouble leur existence et leur impose des fatigues susceptibles d'influencer fâcheusement leur santé. De là à abandonner le traitement, il n'y a qu'un pas trop fréquemment franchi.

Que répondre à de tels arguments si parfaitement justifiés ? Certes, il ne pourra encore être question ici de brandir les foudres de la loi !

Que faire pour parer à ces inconvénients dont on ne peut nier l'importance ? La seule solution nous paraît être celle-ci : *traiter gratuitement à domicile les futures mères syphilitiques économiquement faibles.* Cette solution est réalisable. Nous en apportons la preuve puisque, depuis huit mois, nous l'avons mise en pratique aux consultations prénatales du Syndicat médical et des Assurances sociales dont nous assurons le fonctionnement. En raison des résultats obtenus, nous nous félicitons chaque jour davantage de l'avoir mise en œuvre.

Deux infirmières, attachées au Service social de la Caisse départementale des Assurances sociales, sont chargées d'aller chez les mères faire, sous notre surveillance, les injections bismuthiques que nous avons prescrites à la consultation prénatale [3].

Ne sont ainsi traitées par nous que les assurées sociales ne pouvant faire les frais d'un traitement effectué par un médecin de la ville, autrement dit celles que nous envoyions antérieurement au Centre antivénérien. Ainsi ne portons-nous aucun préjudice aux praticiens. Nous demandons au Service rural du Centre de nous fournir les médicaments. Le traitement est donc totalement gratuit comme il le serait au dispensaire [4].

Leur laissant, si cela est nécessaire, ignorer la nature du traitement, n'entraînant aucune dépense pour les mères, leur supprimant tout déplacement fatigant, toute perte de temps, effectué par ailleurs par des infirmières dévouées, consciencieuses et habiles, le traitement est facilement accepté et suivi, même par les mères qui, ne le croyant pas indispensable, ne l'auraient pas fait faire dans d'autres conditions.

Depuis que nous avons mis en pratique ce traitement gratuit à domicile, nous n'avons plus de mères mal ou irrégulièrement traitées ; nous n'avons plus jamais de refus de traitement.

Ne portant par ailleurs aucun préjudice aux praticiens, la mesure que nous avons prise nous paraît assez judicieuse pour qu'elle nous semble mériter d'être généralisée. Devraient pouvoir en bénéficier toutes les parturientes économiquement faibles, assurées sociales ou non.

Mais comment réaliser, dans la pratique, ce traitement gratuit à domicile des parturientes non assurées sociales ? C'est là, à notre avis, une question très facile à résoudre. C'est aux dispensaires antivénériens qu'incombe normalement le traitement de ces femmes. Il suffirait que, dans chaque dispensaire, une ou deux infirmières (suivant l'importance de sa clientèle) soient affectées au traitement à domicile des femmes enceintes [5]. Sans doute serait-ce là une dépense, mais elle serait bien faible en comparaison des résultats obtenus. Il serait d'ailleurs possible de réduire à bien peu de chose, sinon à rien, la participation financière du Centre. Si le dispensaire se chargeait, comme il serait normal, du traitement des assurées sociales dont nous avons parlé, les Assurances sociales pourraient allouer au budget du Centre une subvention équivalente à la dépense que ferait la Caisse départementale en assurant elle-même ce traitement, soit les appointements de deux infirmières. Celles-ci pourraient effectuer en outre, comme le font actuellement nos deux infirmières, le traitement, prescrit par le Centre, des enfants hérédo-syphilitiques, soit à domicile quand la mère est enceinte, soit aux consultations des Gouttes de Lait.

La pratique que nous avons du fonctionnement du Centre antivénérien nous permet d'affirmer que cette fructueuse amélioration que constitue le traitement gratuit à domicile des mères syphilitiques économiquement faibles est aisément réalisable par les dispensaires.

Ainsi les mères déshéritées de la fortune seraient-elles médicalement soignées tout aussi bien que celles qui ont la chance de vivre dans l'aisance.

Quand la Maternité est en cause, ne doit-on pas s'efforcer d'atténuer autant qu'il est possible les conséquences des inévitables inégalités sociales ?

J. Boisseau (Nice).

---

1. L'article 3 de la loi du 31 Décembre 1942 est ainsi libellé : « Toute femme enceinte susceptible de transmettre héréditairement la syphilis, soit directement, soit du fait d'une syphilis reconnue du procréateur, est astreinte à la même obligation », à savoir : se faire examiner et se faire traiter par un médecin jusqu'à la disparition de la contagiosité.

2. Dans notre ville, c'est 10 à 12 km. que doivent faire certaines mères pour aller de chez elles au Centre de Prophylaxie et en revenir.

3. Si la mère ainsi traitée à domicile a des enfants hérédo-syphilitiques antérieurement nés, habituellement soignés au Centre, l'infirmière, à l'occasion de ses visites, leur applique le traitement prescrit par le Dispensaire. Ainsi la mère n'a-t-elle pas à se déplacer, pendant sa grossesse, pour faire soigner ses enfants.

4. Soulignons que nous ne prenons pas en charge le traitement des mères atteintes de syphilis récente (primaire ou secondaire), la cure nécessitant, à cette période de la maladie, l'intervention et la constante surveillance du médecin. Nous envoyons ces cas, d'ailleurs exceptionnels, au Centre de Prophylaxie. Ces mères devant, de toute nécessité, être informées de la nature de leur maladie, nous n'avons pas à redouter pour elles l'inconvénient résultant de la spécialisation du Dispensaire.

5. Les infirmières doivent avoir à leur disposition une bicyclette pour leur permettre de gagner du temps et de diminuer la fatigue.

Médecin Général Inspecteur J. Émily

(1866-1944)

Avec le Médecin Général Inspecteur J. Emily vient de disparaître une des figures les plus marquantes de notre épopée coloniale. Il était le dernier survivant de la Mission Marchand à laquelle il prit part de 1896 à 1899 aux côtés des Mangin, Baratier, Largeau et autres figures prestigieuses dont les hauts faits illustrent l'histoire de France.

Ce n'étaient pas ses débuts dans la vie coloniale : dès 1892, avec Archinard, il avait participé à maintes colonnes lors de la conquête et de la pacification du Sénégal et du Soudan, quand une poignée de coloniaux entreprit la lutte contre les Samory et autres tyranneaux noirs qui dévastaient ces régions, s'y livrant au pillage, à la razzia des esclaves et au massacre des populations. Notamment il avait pris part aux opérations de Dienné et de Bandiagara et mérité à 29 ans, en 1895, la croix de la Légion d'honneur, quand Marchand, qui s'y connaissait en hommes, l'incorpora à la remarquable équipe avec laquelle, à la tête d'une poignée de noirs, il allait vivre cette épopée africaine qui le conduisit du Congo jusqu'au Nil et qui devait se terminer à Fachoda.

Si, pour des raisons politiques, il fallut renoncer à la réalisation des grands espoirs que cet exploit admirable justifiait, si la France ne tira pas de l'héroïsme de ses fils le bénéfice qu'elle était en droit d'en attendre, elle n'en retira pas moins aux yeux du monde entier un prestige magnifique dont on aurait tort de sous-estimer les conséquences lointaines.

Officier de la Légion d'honneur en 1899, le docteur Emily poursuivit sa carrière au Corps Expéditionnaire de Crête, puis en Chine, puis de nouveau en Afrique occidentale à laquelle tant de grands souvenirs l'attachaient.

Directeur du Service de Santé du 2e C. A. C. pendant la guerre 1914-1918, 2 fois cité à l'ordre, commandeur de la Légion d'honneur en 1917, il obtint les étoiles en 1919.

Dès lors, c'est dans les grandes directions qu'il fut appelé à exercer ses qualités de chef, et ce sont ces hauts postes qu'il allait marquer de sa puissante personnalité : l'armée du Rhin avec Mangin en 1918, l'armée du Levant avec Gouraud en 1919, enfin le Corps d'armée colonial jusqu'à l'heure impitoyable de la retraite. Depuis 1928, il était grand officier de la Légion d'honneur.

Un homme comme lui ne pouvait renoncer à servir, et c'est à de nombreuses associations scientifiques, sociales et amicales qu'il apporta désormais l'appui de son prestige et sa collaboration active.

Il réunit ses souvenirs de la Mission Marchand dans 2 volumes qui sont parmi les lectures les plus exaltantes qu'on puisse proposer à une jeunesse ardente et éprise d'action [1].

Cette carrière de droiture, de science, d'humanité, de bravoure et de modestie restera un haut modèle pour ceux à qui incombe de poursuivre sa tâche.

A l'heure où nos colonies viennent de montrer leur fidélité à la France, leur patriotisme vigilant et leur amour de la mère-patrie en prenant une part si active à notre Libération, il faut rendre un hommage aux courageux pionniers qui créèrent à la France cet Empire dont elle a lieu d'être fière, et cela souvent malgré elle ou tout au moins dans son indifférence et en dépit des obstacles accumulés par une bureaucratie timorée et des politiciens sans envergure, tremblant devant leurs responsabilités.

Parmi ces grands capitaines qui surent joindre à leur énergie, à leur courage, à leurs qualités de soldats et de chefs les qualités d'humanité qui nous valurent l'affection et la reconnaissance de nos sujets en même temps que leur obéissance, n'oublions pas les médecins coloniaux dont le rôle fut immense dès les débuts de notre expansion et restent parmi les agents les plus actifs de notre influence dans les immenses territoires formant notre Empire. Dans ce Corps de Santé colonial le nom du docteur Emily brillera comme celui d'un de ses héros dont la France peut tirer gloire.

PIERRE NOËL.

1. EMILY : *Mission Marchand* (Hachette, 1912) ; *Fachoda* (Hachette, 1935).

Correspondance

Tuberculines et réactions tuberculiniques.

L'intéressant article du professeur Handuroy, paru le 13 Janvier 1945, pose à nouveau la question de la sensibilité comparée des épreuves de Mantoux et de Pirquet dans la recherche de l'allergie cutanée chez les sujets spontanément infectés.

Dans une communication à la Société de la Tuberculose (séance du 10 Juin 1944) et dans un article publié dans *Paris-Médical* (10 Août 1944, p. 162) nous avons longuement discuté les résultats obtenus par M. Madsen et ses collaborateurs. Nos recherches personnelles nous avaient permis d'aboutir aux conclusions suivantes :

La cuti-réaction avec la tuberculine brute de l'Institut Pasteur de Paris est suffisante lorsqu'il s'agit d'épreuves pratiquées sur un grand nombre d'enfants. La méthode est simple, suffisante dans l'immense majorité des cas. C'est incontestablement le procédé de choix pour mettre en évidence l'allergie tuberculinique chez les écoliers et surtout pour dépister le moment du virage qui doit toujours être considéré comme un moment d'alerte. En définitive, nous ne pouvons souscrire aux conclusions péremptoires des auteurs scandinaves d'après lesquelles « l'épreuve de Pirquet n'est pas à recommander ».

De plus, nous signalons qu'un large débat eut lieu sur « La standardisation de la Tuberculine et Epreuves Tuberculiniques » à la séance scientifique du Conseil de Direction de l'Union Internationale contre la Tuberculose (11 Juillet 1935). La plupart de nos maîtres (Bezançon, Sergent, Troisier, Rist, Lesné, Debré et Lelong, Boquet, etc.) ont pris nettement position pour tenter d'expliquer la divergence qui sépare les auteurs français de leurs collègues étrangers. Ajoutons que MM. Madsen et Holm avaient affirmé à ce moment que les tuberculines utilisées à Francfort-sur-le-Mein, à Londres, à Paris, à Tokio, possédaient la même activité.

ALFRED CAYLA et ANTOINE-CAMILLE MACLOUF.
(Paris).

Livres Nouveaux

Notions d'anatomo-pathologie humaine, par JEAN FIRKET (Liége), 1 volume de 604 pages. Edition Desoer à Liége (*Masson et Cie*), Paris, 1943. — Prix 325 fr.

Il m'est agréable de présenter ici le livre que vient de publier mon collègue et ami Jean Firket, professeur d'Anatomie pathologique à l'Université de Liége. Ce livre s'adresse aux étudiants en médecine ; il est le reflet de l'enseignement que fait à Liége M. Jean Firket depuis les temps déjà lointains où, revenant de Baltimore, il me fit l'honneur de travailler, durant quelques mois, dans mon laboratoire de la Faculté de Médecine et à l'Institut du Cancer. Ce livre renferme également une foule de notions dignes de retenir l'attention de ceux qui poursuivent des travaux ou des recherches d'ordre anatomo-pathologique.

L'ensemble de l'ouvrage, ainsi que nous l'indique Jean Firket dans son *Introduction*, est basée sur ce principe que la « plupart des processus morbides occasionnant des lésions macroscopiques ou microscopiques, peuvent être considérés comme étant des réactions qui tendent à rétablir un équilibre structural et fonctionnel plus ou moins compromis par des causes nocives endogènes ou exogènes ».

Sur cette base, M. Firket admet qu'il est possible de classer la plupart des lésions d'après les modalités étiologiques qui les entraînent. C'est donc sous l'angle de la pathologie générale qu'il étudie les altérations morphologiques provoquées dans l'organisme par les processus morbides, en s'efforçant de mettre en évidence les liens que présente l'anatomie pathologique avec les données puisées aux sources des autres sciences médicales, de la physiologie pathologique, de la bactériologie, de la chimie pathologique et de la clinique. Ce sont, nous dit l'auteur, les nécessités de travail qui ont créé les diverses sciences pathologiques (dont l'anatomie pathologique), alors qu'il n'y a qu'une pathologie générale.

Je ne peux l'analyser ici comme j'aimerais le faire quelques-uns des chapitres les plus intéressants de ce livre d'Anatomie pathologique conçu sous une forme essentiellement didactique, si richement et admirablement illustré, ni dire tout le bien que je pense de l'enseignement et des travaux personnels du professeur Firket. A ce livre, je me bornerai donc à souhaiter tout le succès qu'il mérite.

G. ROUSSY.

Thérapeutique clinique journalière des maladies du foie et des voies biliaires, par le Prof. M. CHIRAY de la Faculté de Médecine de Paris, avec la collaboration de MM. A.-R. SALMON et E. ROGER, 1 volume 14,5 × 23 *cm.* de 176 pages (*Librairie Maloine*, 27 rue de l'Ecole-de-Médecine), Paris, 1943. — Prix 95 fr.

Tout le monde connaît les beaux travaux de Chiray sur la pathologie hépatique. Il nous donne aujourd'hui avec sa maîtrise en la matière, avec A.-R. Salmon et E. Roger, un petit livre essentiellement pratique, où sont résumés, pour chaque maladie du foie et des voies biliaires, les signes de début, les éléments de diagnostic clinique et de laboratoire, le pronostic, et tout particulièrement le traitement. Après avoir envisagé les maladies du foie et des voies biliaires, il consacre deux chapitres, l'un à la thérapeutique clinique des maladies du foie et des voies biliaires secondaires aux affections viscérales (accidents hépatiques des cardiaques, des gros mangeurs, des diabétiques par exemple), l'autre à celui des syndromes viscéraux consécutifs aux maladies du foie et des voies biliaires (angine de poitrine, dyspepsie, migraines, etc.). Enfin, des chapitres particulièrement importants et intéressants sont consacrés aux grands médicaments, aux régimes avec leurs indications et contre-indications, au mode de préparation des diverses variétés d'aliments, aux cures thermales dans le traitement des affections hépato-biliaires.

Ainsi se trouvent exposés très clairement tous les problèmes pratiques de la pathologie du foie et des voies biliaires. C'est le premier volume d'une collection de « Précis de thérapeutique clinique journalière » publiée sous la direction du Prof. Chiray, et qui, si l'on en juge par celui-là est appelée à rendre les services les plus appréciés au praticien.

L. RIVET.

INFORMATIONS

La réinstallation de l'Académie de Strasbourg

Du rapport de M. le Recteur de l'Académie de Strasbourg paru au B. O. de l'Education Nationale, nous extrayons les passages suivants :

Il convient d'abord de ne point perdre de vue que les services de l'Instruction publique d'Alsace ont été à peu près entièrement maintenus à l'intérieur et qu'ils continuent d'y fonctionner dans une très large mesure. Les circonstances actuelles, notamment les conditions de sécurité et de transport, ne permettent pas immédiatement leur retour massif. On doit donc faire vivre parallèlement deux administrations : l'une repliée, l'autre en voie de réorganisation, en affaiblissant progressivement la première au profit de la seconde, sans cependant rien détruire avant que n'existent dans les deux départements du Haut-Rhin et du Bas-Rhin des conditions de vie, sinon normales, du moins possibles.

RECTORAT ET DIRECTION DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE.

Afin d'assurer la direction simultanée des deux catégories de services, le rectorat est provisoirement fixé à *Paris*, 13, *quai d'Orsay*. A Strasbourg, il a été repris possession des locaux antérieurement occupés, *rue de la Toussaint, n°* 6.

UNIVERSITÉ.

L'Université fonctionnera intégralement à Clermont-Ferrand jusqu'à la fin du premier semestre, soit le 28 Février 1945. Une décision interviendra alors quant à l'opportunité du retour à Strasbourg de l'ensemble des Facultés ou de certaines d'entre elles.

L'Université populaire a été réouverte, à Strasbourg, le 4 Décembre par M. COSTE-FLORET. Aux cours qui portent surtout sur les langues française et anglaise sont jointes des conférences sur divers sujets d'intérêt général. La direction des cours est actuellement assurée par M. SIMON, médecin-colonel, directeur des Services de Santé de la 10e région. Le nombre des inscrits ayant atteint 1.500, les registres ont été clos.

A ce propos, il convient d'observer que si le Palais de l'Université est intact, les aménagements intérieurs faits par les Allemands doivent être considérés comme très malheureux. Outre qu'ils ont enlevé aux diverses salles tout cachet personnel, ils ont multiplié les locaux dits « séminaires » dont l'enseignement français fait un emploi beaucoup plus restreint. En revanche, il manquera des salles de cours pour l'enseignement magistral. Une redistribution des salles entre les diverses facultés sera nécessaire. Sans doute aussi faudra-t-il, malgré la nouveauté des travaux, procéder à certaines remises en l'état ancien.

En attendant le retour de l'Université, il sembl

opportun de diriger sur Clermont-Ferrand un certain nombre d'étudiants et d'étudiantes qui réclament avec impatience de continuer leurs études. M. Haas reçoit chaque jour, au quai Koch, les étudiants et les oriente quant aux décisions individuelles qu'ils doivent prendre.

Conseil supérieur d'hygiène publique de France

Parmi les membres du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, nous avons relevé les noms de MM. : Barthe, Boivin, Bonnet (Paris), Boulanger (Lille), Broquet, ancien directeur de l'Institut Pasteur de Saïgon, Brouardel (Paris), Cavaillon, Cheymol (Paris), Courtels (Paris), Couvelaire (Paris), Cruveilhier (Institut Pasteur), Dabat, Dequidt, Debré (Paris), Lucien Dreyfus (Paris), Dujarric de la Rivière (Institut Pasteur), Gastinel (Paris), Hazemann (Seine), Julien Huber (Paris), Kling (Paris), Kohn-Abrest (Paris), Leclercq (Lille), Lemoigne (Institut Pasteur), Lepape (Collège de France), Lesné (Paris), Lormand (directeur du Laboratoire national de contrôle des médicaments), Magheboeuf (Bordeaux), détaché à l'Institut Pasteur, Martel (Paris), Louis Martin, Mazel (Lyon), Melnotte (Nancy), Mouriquand (Lyon), Nattan-Larrier (Collège de France), Pierret (Office international d'hygiène), Ramon, Jules Renault, Santenoise (Nancy), Schaeffer (Strasbourg), Simonnet (Alfort), Tanon (Paris), Tiffeneau (Paris), Verge (Alfort), Wibaux.

Les nominations sont faites pour trois ans. Elles sont renouvelables.

Sont nommés parmi les membres honoraires : Prof. Vallée et M. Paquet.

(*J. O.*, 2 Février 1945.)

Hommage AU PROFESSEUR HENRI CLAUDE

Les amis, collègues et élèves du Prof. Henri Claude ont l'intention, en souvenir de sa vie médicale et spécialement de son enseignement à la Clinique des Maladies mentales et de l'Encéphale à l'Hôpital Sainte-Anne, de lui offrir son portrait dont l'exécution a été confiée au peintre Lévy-Dhurmer.

Un Comité est créé à cette intention sous la présidence du Prof. Balthazard, doyen honoraire de la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine et du Prof. Baudouin, doyen de la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine.

En l'absence du Prof. Lévy-Valensi, qui fut l'initiateur de cette manifestation, le Prof. Jean Delay et Mme le docteur Michon ont bien voulu l'organiser. Une photographie du portrait sera adressée à chaque souscripteur d'au moins 250 francs.

Prière d'envoyer les souscriptions : à M. André Roux-Dessarps, trésorier, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris-6e, par chèque bancaire ou mandat, ou par chèque postal au nom de la Librairie Baillière et fils, compte chèque postal Paris 202, en indiquant la destination.

Rétablissement des syndicats de médecins de praticiens de l'art dentaire, de pharmaciens et de sages-femmes

Par décret du 31 Janvier 1945, les commissions de reconstitution syndicale instituées par ordonnance du 15 Décembre 1944 fixent elles-mêmes leur procédure et statuent valablement en présence de 4 de leurs membres, dont le président.

Les commissions sont saisies des plaintes portées contre les médecins, praticiens de l'art dentaire, pharmaciens ou sages-femmes.

La personne mise en cause sera invitée à prendre connaissance de son dossier au minimum 8 jours avant sa comparution devant la commission. Elle pourra se faire assister, pour la défense, par une personne de son choix.

Lorsque des bureaux ou autres organismes directeurs des syndicats, unions et fédérations de syndicats désirent reprendre leur activité, demande doit en être faite à la commission qui devra statuer dans les deux mois qui suivent.

Sauf exception motivée et notifiée au demandeur, passé ces délais, le groupement sera considéré comme autorisé à reprendre son activité.

(Ext. du *J. O.*, 1er Février 1945.)

Le même *J. O.* du 1er Février 1945 publie le début de la *liste des commissions départementales de reconstitution de syndicats.*

Augmentation des tarifs d'honoraires

Réponse ministérielle du 28 Décembre 1944.

57. M. Henri Gout rappelle à M. le ministre du Travail et de la Sécurité sociale l'accroissement des exigences matérielles de la vie et le défaut de correspondance dans les tarifs médico-chirurgicaux actuellement pratiqués et relatifs aux actes quotidiens de la profession et lui demande si les groupements professionnels médicaux (anciens syndicats médicaux) ne pourraient obtenir une révision de ces tarifs et un rajustement en rapport avec les conditions actuelles pour l'assistance médicale gratuite, les Assurances sociales, les accidents du travail, la mutualité et les mutuelles chirurgicales.

Réponse. — La question posée comporte les réponses suivantes :

1° Les services d'assistance médicale gratuite sont placés sous l'autorité de M. le ministre de la Santé publique.

2° Les tarifs médicaux des Caisses d'Assurances sociales, dits « tarifs de responsabilité », sont fixés par ces organismes. Le tarif prévu par l'article du 7 Octobre 1938, qui constituait précédemment un tarif limite de réassurance est devenu, depuis la loi du 29 Mai 1941, un tarif minimum. En conséquence, les Caisses d'Assurances sociales ne doivent pas pratiquer des tarifs inférieurs à ce tarif minimum ; elles peuvent adopter des tarifs supérieurs. Toutefois, la situation financière actuelle des Assurances sociales commande une très grande prudence dans le relèvement des tarifs. En outre, la plupart des Caisses d'Assurances sociales redoutent que toute augmentation de leurs propres tarifs ne motive un nouveau relèvement des tarifs minima fixés par les groupements médicaux [1] et qu'en définitive les assurés sociaux ne conservent à leur charge une fraction au moins aussi importante des frais médicaux. Les conversations sont actuellement engagées avec le ministère de la Santé publique et les représentants du Corps médical en vue de remédier à ces difficultés et de rechercher une solution qui concilie les intérêts légitimes des praticiens avec ceux des assurés sociaux.

3° Les tarifs des frais médicaux en cas d'accidents du travail ont été relevés de 50 pour 100 par un arrêté du 17 Mars 1943. Il est actuellement procédé à une étude sur la possibilité et l'opportunité d'une nouvelle majoration.

4° Les tarifs de remboursement des actes médicaux pratiqués par les sociétés de secours mutuels, y compris les mutuelles chirurgicales, sont fixés librement par ces institutions ou par voie de convention entre elles et le Corps médical. L'administration n'intervient pas dans la discussion de ces tarifs ; son rôle se limite à l'approbation des dispositions statutaires si celles-ci sont conformes aux lois et règlements qui régissent les sociétés de secours mutuels.

(*J. O.*, 29 Décembre 1944.)

Académie de Chirurgie

Prix à décerner en 1944.

Beaucoup de candidats, par suite des circonstances, n'ayant pu adresser leurs travaux en temps opportun, l'Académie a décidé de décerner les prix de 1944 avec ceux de 1945.

Prix Duval-Marjolin, annuel (300 francs). — A l'auteur (ancien interne des hôpitaux ou ayant un grade analogue dans l'armée ou la marine) de la meilleure thèse inaugurale de chirurgie publiée dans le courant de l'année 1944.

Prix Edouard Laborie, annuel (1.200 francs). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie.

Prix Dubreuil, annuel (400 francs). — Destiné à récompenser un travail sur un sujet d'orthopédie.

Prix Le Dentu, annuel. — A l'interne médaille d'or de chirurgie en 1944.

Prix Gerdy, bisannuel (2.000 francs). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet choisi par l'Académie de Chirurgie et dont voici le titre : Hypertonies biliaires en dehors de la lithiase.

Prix Demarquay, bisannuel (700 francs). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet choisi par l'Académie de Chirurgie et dont voici le titre : Traitement des grandes cystocèles.

Prix Chupin, bisannuel (1.400 francs). — Au meilleur mémoire inédit ou imprimé de pathologie chirurgicale portant plus particulièrement sur les affections ou blessures observées aux armées.

Prix Aimé Guinard, triennal (1.200 francs). — Au meilleur travail de chirurgie générale présenté par un interne des Hôpitaux de Paris, pendant qu'il sera en exercice ou pendant l'année qui suivra la fin de son internat.

Prix des Elèves du docteur Eugène Rochard, triennal (10.000 francs). — A l'auteur interne ou ancien interne des Hôpitaux de l'Assistance Publique de Paris, au meilleur travail inédit ou paru, dans les trois dernières années sur un sujet de chirurgie générale.

Prix à décerner en 1945.

Prix Duval-Marjolin, annuel (300 francs). — A l'auteur (ancien interne des Hôpitaux ou ayant un grade analogue dans l'armée ou la marine) de la meilleure thèse inaugurale de chirurgie publiée dans le courant de l'année 1945.

Prix Edouard Laborie, annuel (1.200 francs). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie.

Prix Dubreuil, annuel (400 francs). — Destiné à récompenser un travail sur un sujet d'orthopédie.

Prix Le Dentu, annuel. — A l'interne médaille d'or de chirurgie en 1945.

Prix Ricord, bisannuel (300 francs). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de Chirurgie, ou un mémoire publié dans le courant de l'année et n'ayant été l'objet d'une récompense dans une autre Société.

Prix Jules Hennequin, bisannuel (1.500 francs). — Au meilleur mémoire sur l'anatomie, la physiologie, la pathologie ou les traumatismes du squelette humain.

*
* *

Les manuscrits destinés au prix Laborie, au prix Gerdy et au prix Demarquay doivent être anonymes et accompagnés d'une épigraphe reproduite sur la suscription d'une enveloppe renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat.

Les travaux des concurrents devront être adressés au Secrétaire général de l'Académie de Chirurgie, 12, rue de Seine, Paris (VIe arrond.), avant le 1er Novembre 1945.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

La Commission chargée de la revision des nominations sur titres exceptionnels instituée au Ministère de la Santé publique vient d'être complétée ainsi qu'il suit :

Pour les services extérieurs du ministère.

1° *Directeurs régionaux de la santé et de l'assistance* : Drs Olieu (Châlons-sur-Marne) et Leclaincue (Paris).

. . . .

3° *Inspection de la santé* : Drs Poncet et Rousset (Puy-de-Dôme).

. . . .

5° *Médecins de sanatoriums publics* : Dr Keramrrun (Franconville).

6° *Institut national d'hygiène* : Dr Chevalier.

. . . .

(*J. O.*, 26 Janvier 1945.)

Épuration des Médecins dentistes et sages-femmes

Une ordonnance du 18 Janvier 1945 vient de paraître au *Journal officiel* dont nous extrayons les passages suivants :

Sans préjudice de l'application des mesures prévues par l'ordonnance du 26 Juin 1944 relative à la répression des faits de collaboration, par l'ordonnance du 27 Juin 1944 relative à l'épuration administrative, par l'ordonnance du 26 Août 1944 instituant l'indignité nationale, des sanctions peuvent être prises contre les médecins, dentistes ou sages-femmes prévenus d'avoir déployé depuis Juin 1940 une activité antinationale sous quelque forme que ce soit.

Le Conseil régional des médecins institué par l'ordonnance du 11 Décembre 1944 élit en son sein une *section d'épuration* composée de 50 pour 100 de ses membres, présidée par un magistrat.

Les peines peuvent être le blâme, la suspension du droit d'exercer, l'exclusion des fonctions universitaires, hospitalières ou administratives.

Les dossiers des intéressés présentés 4 mois après la publication de la présente ordonnance ne seront plus recevables.

(*J. O.*, 19 Janvier 1945.)

Universités de Province

Election des Doyens des Facultés [1]. — A la suite des élections prévues par l'ordonnance du 20 Novembre 1944, M. Lucien a été nommé *doyen de la Faculté de Médecine de Nancy.*

Faculté de Médecine de Bordeaux. — Par arrêté en date du 25 Janvier 1945, la chaire de pathologie et thérapeutique générales est transformée en *chaire de clinique médicale des maladies des enfants.*

Faculté de Médecine de Lyon. — Vacance de chaire. Par arrêté en date du 25 Janvier 1945, la chaire de pathologie générale et thérapeutique (dernier titulaire M. Dechaume, transféré dans la chaire de clinique neurologique et psychiatrique) est déclarée vacante.

Un délai de 20 jours, à dater du 31 Janvier 1945, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

Institut d'hygiène de la Faculté de Médecine de Bordeaux (Prof. Eug. Leuret). — Un enseignement spécial pour l'obtention du diplôme d'hygiène aura lieu en Mars-Avril-Mai 1945. Ce cours, destiné à former des médecins-hygiénistes spécialisés, comprend :

1° Une série de travaux pratiques de bactériologie ;

2° Une série de travaux pratiques de parasitologie ;

1. Au cours de l'audience accordée le 18 Janvier par le ministre du Travail aux représentants du Conseil départemental des Médecins de la Seine, il a été fait justice de cette accusation répétée des Caisses d'Assurances sociales à l'endroit du Corps médical. Chiffres en mains, il a été prouvé à M. Parodi et à M. Laroque que dans la région parisienne ni les Syndicats médicaux, ni les Conseils de l'Ordre n'ont jamais modifié les honoraires à la suite d'un relèvement du tarif de responsabilité des Caisses et encore moins qu'ils aient pris prétexte de ce relèvement pour rehausser les honoraires. Nous espérons que cette assertion calomnieuse ne figurera plus désormais dans un texte officiel (N D.C.R.).

1. Voir *La Presse Médicale*, 1945, n° 3, 35 et n° 4, 55.

3° Une série de conférences d'hygiène et d'épidémiologie ;

4° Des séances d'instruction dans divers services hospitaliers et des visites d'installation d'hygiène.

Il commencera le 1er Mars 1945, durera 3 mois et sera suivi d'un examen sanctionné par un diplôme.

Droits à verser, T. P. : 550 fr. ; cours d'hygiène et examen : 790 fr.

Concours et places vacantes

Hôpital psychiatrique de Pau. — Un poste de médecin chef est vacant. Adresser les candidatures jusqu'au 21 Février 1945 au ministère de la Santé publique (direction du personnel, 2e bureau), 7, rue de Tilsitt, Paris.

Inspection de la Santé

— M. le docteur LIÈVRE-BRIZARD est nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la santé de *Seine-et-Oise*, au maximum pour la durée des hostilités.

— M. le docteur BONNET (Georges) est nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la santé dans le département de l'*Allier*, au maximum pour la durée des hostilités.

— L'offre de démission de M. le docteur BLANCHARD (Pierre), médecin inspecteur adjoint intérimaire de la santé de la *Haute-Loire*, a été acceptée.

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

— M. EISSEN, médecin chef à l'Hôpital psychiatrique de Font-d'Aurelle (Hérault), est nommé *médecin directeur à l'Hôpital psychiatrique de Stephansfeld* (Bas-Rhin).

— L'arrêté du 9 Octobre 1944 affectant M. PERRET, médecin chef de l'Hôpital psychiatrique Marchant-Bracqueville à *l'Hôpital psychiatrique de Lannemezan* (Htes-Pyrénées) est rapporté.

SANATORIUMS PUBLICS

Aux termes d'un décret du 29 Janvier 1945 les médecins directeurs des sanatoriums publics sont nommés par le ministre. Peuvent accéder à l'emploi de médecin directeur les médecins adjoints des deux sexes ayant au moins 5 années de fonctions dans leur grade et figurant sur une liste d'aptitude arrêtée chaque année au cours du mois de Décembre, après avis d'une commission comprenant les membres du jury du concours des médecins adjoints (tuberculose pulmonaire) et du jury du concours des médecins adjoints (tuberculose chirurgicale).

(*J. O.*, 30 Janvier 1945.)

Nouvelles diverses

Cours de chirurgie de guerre. — Une série de 12 conférences sur des sujets d'actualité concernant la chirurgie de guerre sera organisée sous la direction du médecin lieutenant-colonel MERLE-D'AUBIGNÉ, directeur adjoint du Service de Santé de l'Armée.

Ces cours, destinés particulièrement aux jeunes chirurgiens et aux internes des Hôpitaux, se feront à l'Hôpital Léopold-Belland, rue Jules-Guesde, à Paris, à 16 heures, les lundi, mardi, mercredi, jeudi et vendredi. Le premier cours aura lieu le 5 Février 1945.

Programme :

Méd. Cdt Gouyrand : *Organisation du Service de Santé de l'Armée.* — Méd. Cdt Toulemonde : *Les plaies de guerre.* — Méd. Cdt Marx : *Complications des plaies de guerre, Gangrène gazeuse, Tétanos.* — Méd. Lt-Col. Merle-d'Aubigné : *Fractures ouvertes.* — Méd. Cdt Boudreaux : *Plaies articulaires.* — Méd. Cdt Duban : *Plaies thoraciques.* — Méd. Lt-Col. Leibovici : *Plaies abdominales.* — Méd. Cdt Cordier : *Plaies du périnée.* — Méd. Lt-Col. Tzanck : *Soins pré- et post-opératoires, Traitement anti-choc, Réanimation.* — Dr David : *Plaies cranio-cérébrales et rachi-médullaires.* — Dr Marc Maroger : *Anesthésies (acquisitions récentes).* — Méd. Lieut. Bessis : *Brûlures.*

A ces cours théoriques succédera un stage pratique.

Médecins rappelés à l'activité. — Le *J. O.* du 26 Janvier 1945 publie (p. 365 et 366) deux listes de médecins rappelés en activité, l'une concernant des officiers du Service de Santé de l'armée, l'autre concernant des médecins du Service de Santé des troupes coloniales.

Une Commission provisoire d'optique lunetterie est créée au ministère de la Santé publique. Parmi les 11 membres qui la composent figurent M. COTTREL (Paris), un médecin ophtalmologiste des Quinze-Vingts et un médecin ophtalmologiste désigné par le Conseil supérieur des Médecins.

(*J. O.*, 2 Février 1945.)

Le Centre d'hygiène mentale de Marseille est rattaché à l'Assistance publique. — Par un décret du 31 Janvier (*J. O.*, 2 Février 1945) les terrains et constructions, meubles, titres et valeurs ayant appartenu au « Centre d'hygiène mentale » sont attribués à l'Assistance publique à Marseille.

Celle-ci se substituera dorénavant au Centre dans ses droits et obligations.

Distinctions honorifiques

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES

MÉDAILLE D'ARGENT.

M. FLOCH, directeur de l'Institut Pasteur de la Guyane.

MÉDAILLE DE BRONZE.

M. GIPPET, médecin de l'Assistance médicale en Guyane.

Nos Échos

Naissances.

— Le docteur et Madame ANDRÉ DUFOUR ont le plaisir d'annoncer la naissance de leur sixième enfant *Guillaume* (Paris, 19 Janvier 1945).

— Le docteur BERNARD LÉGER, ancien interne des Hôpitaux de Paris et Madame BERNARD LÉGER sont heureux de faire part de la naissance de leur fils *Patrice* (Montluçon, le 20 Janvier 1945, 48, rue des Grands-Prés).

— Monique, Françoise, Jacqueline, Michèle, Christiane BENAUDEAUX sont heureuses de faire part de la naissance de leur frère *Jean-Pierre* (de la part du docteur MAURICE BENAUDEAUX et de Mme, née DENISE NOBÉCOURT), Paris.

Mariage.

— On annonce le mariage du docteur MICHEL BONDUELLE, fils de M. et de Mme H. BONDUELLE avec Mlle YVONNE COLLETTE, fille du général et de Mme M. COLLETTE (Paris, 22 Décembre 1944).

Décès.

— On annonce le décès à Paris, le 26 Janvier 1945, du docteur MICHEL DE ZALEWSKI, de la Faculté de Médecine de Paris, de la Faculté de Médecine de Kiev (de la part de Mme G. POPPER, sa sœur, du docteur Roberte Alexandre d'Oblonsky, sa nièce.

— On annonce le décès du docteur GEORGES PITSCH, stomatologiste honoraire des Hôpitaux de Paris, professeur à l'École française de Stomatologie.

— Nous apprenons la mort de Mme CHEVASSU, mère du professeur MAURICE CHEVASSU et veuve du médecin général.

— Le médecin lieutenant JACQUES PETIT, interne des Hôpitaux de Paris, a le regret d'annoncer le décès survenu à Saumur, le 24 Janvier 1945, de son père, le docteur CONSTANT PETIT, membre de la Société française d'Ophtalmologie.

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

Le gérant : F. THOMAS.

Imprimé par l'Ancne Imprimerie de la Cour d'Appel, 1, rue Cassette, à Paris (France)

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées aux Périodiques, la Direction scientifique de La Presse Médicale *a dû fixer à 4 colonnes maximum l'étendue des mémoires originaux. Tout manuscrit dépassant cette étendue sera retourné à son auteur.*

DE LA BLANCHEUR MARMORÉENNE D'UN SEGMENT DE MEMBRE SIGNE D'ALARME DE L'ISCHÉMIE

Par **René LERICHE**

Ce symptôme d'ischémie est connu. Il ne peut pas ne pas être remarqué. Mais on ne lui donne généralement pas la signification qu'il a. On le regarde et on attend comme s'il allait disparaître le lui-même.

Il n'est, d'ailleurs, généralement pas isolé. Mais les signes qui l'accompagnent et qui ont la même cause ne sont, d'habitude, ni cherchés ni interprétés. On les note parfois, sans en tirer la conclusion qu'ils comportent. Leur ensemble est cependant caractéristique. Il veut dire ischémie irrémédiable. Aucune anesthésie sympathique, aucune novocaïnisation intraartérielle, aucune gangliectomie ne peut y changer quoi que ce soit. L'effet de ces gestes s'arrête à l'endroit même où se trouve l'obstacle matériel à la circulation, car la subite blancheur, marmoréenne et froide, de la main ou du pied a toujours pour cause un obstacle matériel à la circulation. Le spasme seul ne donne pas cela. Il y a urgence à lever l'obstacle. L'intervention directe sur l'artère au point malade est une nécessité impérieuse.

Quelques mots d'abord sur le symptôme et sur le syndrome.

En général, la blancheur marmoréenne apparaît brusquement, mais sans douleur. Tout le segment périphérique est blanc, albâtre. Il est froid jusqu'à un certain endroit où, sans transition, la peau est plus chaude que du côté opposé, signe d'hyperhémie sus-jacente à la zone ischémiée. Rien ne réchauffe l'extrémité, ni les enveloppements ouatés, ni les infiltrations sympathiques. Si l'on fait un chauffage artificiel, la peau prend la température ambiante mais se refroidit dès que la source de chaleur est supprimée.

L'extrémité est en même temps insensible. Pour le malade, elle est morte. Il n'en a pas conscience. Cette insensibilité n'est pas douloureuse. L'analgésie est absolue. Dès que le malade essaie de faire des mouvements, si le mouvement s'ébauche et si les muscles sus-jacents se contractent, la douleur apparaît, une douleur cuisante mal localisée. Un de mes malades se trouvait sur un banc à 300 mètres de chez lui quand, brutalement, son pied et sa jambe devinrent insensibles et froids. Il voulut rentrer chez lui. Dès qu'il fut debout, des douleurs violentes apparurent. Il mit une heure pour faire ces 300 mètres au prix de souffrances effroyables. Quand il s'arrêtait, la douleur s'apaisait. Dès qu'il fut couché, elle disparut.

Si, alerté par cette triade symptomatique, on cherche le pouls périphérique, on n'en trouve pas.

Devant ces constatations, l'intervention s'impose d'urgence. Attend-on, les choses peuvent rester en l'état un à deux jours, trois au grand maximum, puis apparaissent des taches violacées, des lividités, puis des phlyctènes roussâtres et, dès ce moment, il n'y a plus qu'une seule ressource : l'amputation.

Voici dans quelles conditions j'ai observé ce symptôme :

Je laisse de côté les blessures artérielles ou les blessures portant sur une ligne de vaisseaux qui par elles-mêmes comportent une indication urgente de vérification. Je n'envisagerai que ce qui est spontané, pour ainsi dire.

*
* *

J'ai vu cette blancheur marmoréenne après des fractures fermées du coude et du tiers inférieur de jambe. L'artère ou les artères contusionnées s'étaient rapidement thrombosées. En intervenant j'ai trouvé par exemple, au deuxième jour, la tibiale postérieure thrombosée et embrochée sur une pointe osseuse et la tibiale antérieure prise dans une infiltration ecchymotique étendue. La tibiale postérieure fut réséquée, l'antérieure dégagée, la fracture synthésée. Le pied fut sauvé. Au coude, j'ai vu l'humérale coupée, ne saignant pas. Les deux bouts furent réséqués, le stellaire infiltré. La main se réchauffa et retrouva ses mouvements.

Dans les embolies, on observe habituellement ce symptôme, mais il dure peu. Rapidement des placards violacés apparaissent, et si l'on intervient ce n'est pas à cause de la pâleur de marbre mais en vertu du diagnostic lui-même.

Dans les artérites, la pâleur de marbre ne se voit, à mon expérience, que quand les veines périphériques sont oblitérées alors que l'artère principale l'est depuis longtemps. L'évolution n'est pas aiguë, l'allure est toute autre et la signification différente. Je laisse les artérites hors du débat.

J'ai vu la triade dont je parle comme premier signe de la thrombose massive d'un anévrisme ignoré ou connu dont j'ai recueilli 6 cas. L'observation suivante, que je résume, précise bien ce que j'ai observé :

Observation. — *Blancheur marmoréenne du pied durant quarante-huit heures. Anévrisme ignoré de la poplitée et thrombose massive aiguë. Ablation de l'anévrisme. Amputation basse de jambe secondaire.*

Le Vendredi 28 Avril je suis appelé dans l'après-midi auprès de M. M..., homme vigoureux de 60 ans, qui me raconte que le dimanche, dans l'après-midi, vers 5 heures, alors qu'il était assis sur un banc au Trocadéro, il eut soudain l'impression que sa jambe droite était insensible et ne lui obéissait plus. Il se mit debout pour rentrer chez lui et, dès les premiers pas, éprouva une violente douleur dans le mollet et une telle gêne qu'il mit une heure pour faire les 300 *m.* qui le séparaient de son domicile. Arrivé chez lui, il se déshabilla et examina son pied et sa jambe. Il eut la surprise de les trouver complètement blancs jusqu'à mi-jambe et froids, d'un blanc de marbre. La peau était insensible mais non douloureuse. Après une nuit médiocre, le lendemain le pied et la jambe étaient toujours dans le même état. Toujours blancs, froids, non douloureux sauf dans les mouvements. Un médecin appelé fit faire de l'acécoline. Le mardi, dans l'après-midi, donc au bout de quarante-huit heures, apparurent des taches violacées sur les orteils et sur le dos du pied. Le médecin fit une infiltration lombaire qui amena une sensation de bien-être et fut renouvelée le mercredi devant l'extension des placards violacés. Le jeudi, des douleurs vives apparurent. Le pied tout entier était violacé. Les orteils n'obéissaient plus à la volonté. Je vis le malade le vendredi, cinq jours après le début brutal des accidents. Le membre inférieur droit était immobile, froid, sans mouvement et peu douloureux. Le pied était totalement violacé jusqu'au-dessus de l'interligne tibio-tarsien. La peau était froide, uniformément lilas foncé avec quelques petites taches rouges. La coloration était un peu plus cyanique aux points déclives. Les orteils n'étaient pas noirs. Leur peau n'était ni desséchée ni frippée. Elle était un peu œdémateuse. Il n'y avait nulle part la moindre amorce de momification. Au-dessus de la région malléolaire, la coloration violacée remontait irrégulièrement. Elle augmentait d'étendue, me dit le médecin, mais une chose me frappa : à la limite des taches violettes, la peau était manifestement hyperhémique. Elle était rosée et chaude, plus chaude que la partie du côté opposé. La cuisse était normale, ainsi que le genou. La tension était de 15/9. Le cœur était normal, avec des bruits réguliers et bien frappés.

Je fis coucher le malade sur le ventre pour examiner la face postérieure de la jambe et de la cuisse et chercher le pouls poplité. J'eus la surprise de voir en haut du creux poplité, côté interne, une saillie peu marquée mais pulsatile. Les battements y étaient forts sur une surface relativement large. On était là au niveau de la fin du canal de Hunter. Il n'y avait pas de souffle. Je ne trouvai pas de battement plus bas, dans le creux même du jarret. Je fis tout de même le diagnostic d'anévrisme poplité haut, pensant à une gangrène par embolie. Le malade fut opéré à l'hôpital américain à 18 h. 30, en somme cinq jours pleins après le début des accidents.

Sous rachianesthésie, aidé par Kunlin, j'intervins par voie postérieure et enlevai un volumineux anévrisme thrombosé, gros comme une grosse aubergine. Toutes les collatérales naissant du sac étaient thrombosées, puis j'abattis le pied gangréné sans lambeau. Huit jours après, les fils d'attente mis sur la plaie postérieure furent serrés. La réunion se fit sans incident.

Le 20 Mai, donc au vingt-deuxième jour, je régularisai la plaie de désarticulation tibio-tarsienne demeurée sèche et nette en faisant une amputation à la partie moyenne. La section passait dans du muscle jaunâtre, histologiquement mort. Malgré cela, la réunion se fit sans incident et le malade a été revu en Octobre 1944 en excellent état, appareillé avec un moignon souple et indolore. Il est probable que si l'intervention avait eu lieu le premier jour sur le signe blancheur de marbre, le pied aurait pu être sauvé.

Quelques mots sur la conduite que j'ai tenue dans ce cas (ablation de l'anévrisme d'abord, amputation basse secondaire) au lieu d'amputer d'emblée au-dessus de l'anévrisme c'est-à-dire dans la cuisse.

Je ne sais pas si, dans ces brusques états ischémiques massifs, la suppression précoce de la lésion peut permettre de sauver le membre ainsi qu'il en est dans les embolies. Je le crois, mais je n'en suis pas sûr. Nous ne savons pas combien de temps des tissus fragiles, les nerfs et les muscles, peuvent supporter une suppression totale du courant sanguin ainsi qu'il en est dans la blancheur marmoréenne. Cela n'a pas été cherché. Probablement quelques heures. Mais ce dont je suis certain, c'est que la suppression de la lésion par artériectomie peut permettre de réduire le sacrifice et d'amputer au-dessous de la lésion, même parfois assez bas. Je l'ai vu souvent dans les thromboses artérielles massives des gens âgés. L'artériectomie met le réseau des collatérales en vaso-dilatation. Elle assure donc aux lambeaux les conditions optima d'une bonne vitalité.

Autre détail : Plutôt que de remonter la section osseuse, j'ai, dans le cas que je viens de rapporter, conservé, dans les lambeaux, une partie importante des jumeaux, ayant un aspect nécrotique et étant de fait histologiquement morts. L'utilisation, dans les amputations, du muscle en nécrose aseptique est possible à condition d'une parfaite asepsie. Je l'ai faite plusieurs fois. Pour ma tranquillité personnelle, dans le cas particulier, j'ai tamponné une partie de la plaie. Or, au sixième jour, quand j'ai enlevé la gaze, une grande partie du muscle mort (j'avais fait un prélèvement pour examen histologique à ce niveau) était recouverte d'une couche de granulations bien vivaces, venant manifestement de la périphérie. La cicatrisation par seconde intention s'est faite sans incident dans les délais minimum, et l'opéré a eu un moignon souple et bien étoffé. Il y a donc, dans ces cas d'ischémie aseptique des possibilités de conservation que l'on ne connaissait pas autrefois.

*
* *

Je crois que la connaissance de la signification exacte de la paleur marmoréenne et de la triade dont j'ai parlé pourra permettre dans l'avenir d'éviter des amputations.

LES CORRÉLATIONS HISTOLOGIQUES ET CLINIQUES DANS LA MALADIE DE BASEDOW

PAR MM.
J.-F. MARTIN et P. GUINET
(Lyon)

Un des problèmes les plus intéressants que posent les hyperthyroïdies est celui de la corrélation entre les modifications du tissu glandulaire et les troubles cliniques. On conçoit l'importance d'une telle confrontation, tant pour la connaissance des processus histo-physiologiques thyroïdiens que pour la compréhension des états d'hyperfonctionnement pathologique. C'est dans ce but que l'un de nous a réuni dans sa thèse [1] 610 observations anatomo-cliniques de tumeurs thyroïdiennes (210 maladies de Basedow, 200 goitres toxiques, 200 adénomes simples). Nous voulons ici définir dans quelle mesure les éléments tirés de l'examen microscopique des biopsies prélevées en cours d'intervention permettent d'établir un pronostic valable de la maladie de Basedow.

I. L'hyperplasie basedowienne. — *L'involution lésionnelle.* — Pour donner tout leur sens aux figures histologiques on doit considérer la glande malade comme le théâtre d'un conflit entre deux tendances opposées : l'hyperplasie basedowienne et l'involution lésionnelle.

La *première* nous arrêtera assez peu : elle se caractérise par des modifications parenchymateuses qui témoignent de l'intensité et du caractère anormal du processus d'excrétion hormonale : vésicules papillaires, rétractées ou collabées, cellules cylindriques, chromophobes, à gros noyau basal, colloïde rare, fluide et vacuolisée; les cellules éosinophiles doivent être considérées comme un mode particulier de dégénérescence de ce tissu hyperplasié. Secondairement, les éléments mésenchymateux vont réagir à l'atteinte épithéliale : le stroma s'organise sur un dispositif lobulé, grêle et fibrillaire, des îlots lymphoïdes ou à centre clair vont apparaître : il pourra même y avoir des édifications histioplasmodiales intravésiculaires ; très fréquemment enfin, nous avons pu déceler des lésions vasculaires.

Nous reconnaissons à ces altérations des divers éléments mésenchymateux la valeur d'une simple réaction locale d'ordre irritatif, et l'on devra bien se garder de les considérer comme spécifiques de la maladie de Basedow. C'est ainsi que l'on rencontre les îlots lymphoïdes dans 85,7 pour 100 des cas de maladie de Basedow, dont 32,3 à centre clair, contre 21 pour 100 et 6 pour 100 dans le goitre simple. Il en est de même pour la réaction plasmodiale que l'on rencontre aux chiffres de 8 et 3,5 pour 100, suivant que l'on s'adresse à l'une ou l'autre des deux affections; quant aux lésions vasculaires, nous les avons retrouvées dans 64,7 pour 100 des cas de maladies de Basedow, contre 25,5 pour 100 dans le goitre simple.

Nous insisterons plus longtemps sur *l'involution lésionnelle*, terme sous lequel il faut entendre la rétrocession de certains caractères pathologiques du tissu basedowien.

Précisons tout d'abord que ce processus régressif laisse strictement en dehors de lui les diverses altérations, conjonctives, lympho-histiocytaires ou vasculaires : toutes trois ont en commun un caractère d'irréversibilité qui les met à l'abri de toute influence thérapeutique. L'involution est avant tout un phénomène vésiculaire et réalise le retour au type normal de l'aspect primitivement basedowien : la colloïde augmente en volume et en densité, les follicules se distendent et finalement l'épithélium reprend l'aspect aplati. Les cellules éosinophiles sont touchées au prorata de la régression de l'hyperplasie.

Cette dégradation lésionnelle ne se fait pas d'un bloc et d'une façon définitive; la topographie, tout au moins au début, est parcellaire, mal systématisée; de même, à chaque instant l'hyperplasie est susceptible d'un retour offensif qui balaiera les tentatives d'involution. Lorsque cette dernière a le loisir de se poursuivre jusqu'à son terme, la glande se présente sous les apparences d'un adénome colloïde banal. L'analogie avec le goitre simple peut même aller plus loin, et l'on peut voir apparaître des réactions locales du tissu conjonctif, avec plages d'imbibition œdémateuse, d'envahissement colloïde ou d'hyperplasie collagène, à l'intérieur desquelles la mise au repos fonctionnel de la vésicule fera peu à peu place à une véritable dégénérescence anatomique.

Oscillant perpétuellement entre deux processus aussi opposés, le tissu pathologique des glandes basedowiennes réalise une grande diversité d'aspect; nous avons tenté de les plier à une classification, et croyons pouvoir isoler 5 types fondamentaux :

Le type A : Vésicules totalement basedowiennes, répondant à l'hyperplasie pure, avec importante prolifération épithéliale et extrême rareté de la colloïde.

Le type B : Vésicules en involution diffuse parcellaire, caractérisées par l'apparition dans un tissu comparable au précédent de follicules remplis d'une colloïde normale.

Le type C : Vésicules en involution diffuse homogène où sur l'ensemble de la préparation on assiste à la réhabilitation de vésicules à l'épithélium en pleine hyperplasie basedowienne, par de la colloïde non pathologique.

Le type D : Vésicules totalement involuées avec un épithélium ayant fait retour au type normal : l'aspect est celui d'un adénome simple, avec ça et là quelques points de persistance basedowienne.

Le type E : Basedow à réaction localisée du stroma, montrant au sein d'une hyperplasie plus ou moins involuée des îlots à l'intérieur desquels le stroma différencie les plages que nous avons signalées plus haut.

Ainsi jalonnée, l'involution peut se concevoir comme un processus de guérison anatomique substituant à la figure pathologique initiale des aspects adénomateux et l'on conçoit aisément qu'il ne sera pas indifférent pour le chirurgien d'avoir à intervenir sur l'une ou sur l'autre.

Or il est un médicament qui va nous permettre de déclencher ce processus régressif : c'est l'iode. On sait l'affinité de ce produit pour la thyroïde, son rôle modérateur sur l'excrétion hormonale. Et cette action est d'autant plus remarquable qu'elle se déroule suivant une modalité en quelque sorte physiologique, venant redresser la polarité fonctionnelle de la cellule, et lui ôter son caractère jusqu'alors exclusivement résorbant.

Une double conclusion va donc s'imposer : d'une part la justification anatomo-pathologique du traitement iodé pré-opératoire, d'autre part la possibilité pour l'histologiste de déceler la mise en œuvre d'une cure médicamenteuse.

Cette dernière proposition appelle cependant quelques restrictions qui tiennent à la fois aux faits d'involution spontanée et d'iodo-résistance. L'iodo-résistance est un terme qui revendiquera les faits anatomiques de persistance des foyers d'hyperplasie, malgré la thérapeutique. Quant à l'involution spontanée, elle explique assez bien ce que nous savons des poussées évolutives et régressives de la maladie de Basedow, et l'on doit la rendre responsable des cas où l'on se trouve en face de figures nettement involuées, en désaccord avec la discrétion ou même l'absence du traitement iodé.

II. Considérations pratiques sur le diagnostic histologique. — Les données que nous venons d'exposer nous ont permis de répartir en cinq groupes nos 210 observations de maladie de Basedow ; pour chacune d'elles, nous avons étudié en fonction des différents éléments du tableau histologique la gravité et la durée de l'affection, le traitement iodé, la qualité des suites opératoires.

En ce qui concerne la *gravité* de l'affection, nous dirons tout de suite qu'il est impossible d'établir une relation constante et obligatoire entre l'histologie et la clinique. Certaines remarques permettent cependant d'atténuer la rigueur de cette affirmation : les aspects vésiculaires involués s'accompagnent plus volontiers d'une élévation moindre du métabolisme basal.

La présence de cellules éosinophiles est en faveur d'un accroissement important du métabolisme basal ; elle coïncidait 17 fois avec une élévation au delà de 40 pour 100 et 6 fois avec une élévation inférieure à ce chiffre.

Les îlots lymphoïdes à centre clair s'accompagnent volontiers d'une élévation forte du métabolisme (8 fois au delà de 60 pour 100, 14 fois de 40 à 60 pour 100 et 13 fois au-dessous de 40 pour 100).

La réaction plasmodiale se rencontre un peu plus souvent avec un métabolisme accru de 40 à 60 pour 100.

L'appréciation de la *durée* de l'affection semble devoir s'appuyer sur des éléments plus précis :

Les aspects de Basedow à réaction localisée du stroma sont en faveur d'une évolution prolongée, très rarement égale ou inférieure à six mois, variant le plus souvent entre un et trois ans, voire même quatre ans et au delà.

Les cellules éosinophiles se rencontrent surtout dans les formes de l'affection évoluant depuis un ou deux ans.

Les îlots lymphoïdes ne possèdent presque jamais de centre clair avant six mois d'évolution, ceux-ci se voient avec prédilections entre six mois et cinq ans, et, au delà de ce délai, entrent en régression et diminuent de fréquence.

La réaction plasmodiale est plus fréquente entre six mois et trois ans.

Quant au *pronostic post-opératoire*, nous n'avons à notre disposition que des éléments assez maigres :

10 de nos observations se terminent par l'exitus, dont 2 avant toute intervention ; cliniquement et anatomiquement, l'ensemble était assez disparate et nous nous garderons d'être trop systématique. Remarquons cependant que :

Le plus fort pourcentage de mortalité est fourni par le type E (Basedow à réaction localisée du stroma); ce fait peut paraître en discordance avec ce que l'on pourrait logiquement espérer d'une involution poussée à son maximum; en réalité, il faut tenir compte du fait que l'involution, ici plus qu'ailleurs, est un phénomène parcellaire et que ces nodules peuvent se trouver enchâssés au sein d'un tissu thyroïdien lui-même plus ou moins hyperplasié.

Le type C (involution diffuso-homogène) comporte 5 décès, alors que le type D (involution complète) n'en a aucun pour un nombre à peu près égal d'observations (70 et 71); rappelons que la différence entre les deux types réside uniquement dans l'aspect de l'épithélium, alors que la colloïde est normale et identique dans les 2 cas. Ce fait a la valeur d'une expérience cruciale et permet d'affirmer que ce qui importe, c'est la conservation des caractères basedowiens des cellules qui fait ainsi figure, et elle seule, de critère de gravité.

Les cellules éosinophiles ont été retrouvées dans 40 pour 100 des cas mortels.

10 autres de nos malades furent l'objet d'une poussée transitoire d'hyperthyroïdie, et 8 autres revinrent secondairement se faire opérer pour une récidive; ici encore se fait jour la notion de la plus grande bénignité et des meilleurs résultats de l'intervention, lorsqu'elle porte sur une glande appartenant au type D; l'hyperplasie épithéliale et les cellules éo-inophiles paraissent au contraire favoriser l'apparition de ces complications.

Quant à nos 6 observations de myxœdème post-opératoire elles ne permettent guère de tirer de conclusions précises, si ce n'est la constance des lésions vasculaires.

C'est par le *traitement iodé préopératoire* que nous terminerons, car nous le considérons comme un des facteurs les plus importants des variations histologiques ; et nous avons pu vérifier qu'il entraînait la rétrocession de l'hyperplasie. L'iode détermine directement le processus involutif, et la glande examinée doit être considérée comme le reflet de la thérapeutique dans les jours qui précèdent l'intervention, autant que comme l'expression d'un état pathologique antérieur.

1. P. Guinet : Etude histologique du corps thyroïde dans la maladie de Basedow et le goitre toxique. *Thèse Lyon*, 1943-1944.

Il ne nous semble guère possible d'aller plus loin, et d'établir une concordance rigoureuse entre le degré d'involution et la durée du traitement iodé; trop d'inconnues subsistent encore sur le mode d'action du médicament et en particulier sur l'involution spontanée et l'iodo-résistance.

Tout ceci, il faut bien le reconnaître, n'a souvent que la signification d'une présomption, et l'on ne possède guère de notions certaines en matière de pronostic histologique dans la maladie de Basedow. Il est cependant possible de dégager quelques données, sur lesquelles on puisse fonder quelques déductions anatomo-cliniques :

L'état de l'épithélium mesure le processus toxique au moment de l'intervention; il permet ainsi de se faire une idée sur les suites opératoires, mais ne permet pas de définir avec certitude l'allure évolutive antérieure de l'affection; son hyperplasie fera redouter les complications post-opératoires, l'hyperthyroïdie passagère ou mortelle, ou les récidives, alors que les aspects involués ne s'accompagnent presque jamais de telles éventualités.

Les cellules éosinophiles ont une signification analogue, notre statistique nous ayant montré que leur taux décroissait à mesure que se précise l'involution histologique; leur présence signifie que l'hyperplasie basedowienne a gardé ses modes particuliers de dégénérescence, qu'elle n'est pas encore totalement réduite, qu'elle est donc susceptible de poussées évolutives et nous les considérons comme un test péjoratif : elles se voient de préférence non seulement dans les formes à suites opératoires troublées, mais encore dans les cas où l'élévation du métabolisme est forte, et dont l'évolution dure depuis un à deux ans.

L'aspect de la colloïde mesure, et de façon plus précoce que l'épithélium, le retour au type normal; c'est avant tout un indice du traitement préopératoire suivi, beaucoup plus qu'un signe pronostique.

La réaction lymphoïde atteste la chronicité de l'évolution et lorsqu'elle se complète par l'apparition de centres clairs elle situe au delà de six mois le début de la scène clinique.

Au terme de cette étude, nous pouvons affirmer que l'examen microscopique ne permet pas seulement à l'histologiste d'affirmer la réalité d'un processus d'hyperthyroïdie, qu'il rapportera soit à une maladie de Basedow (lésions diffuses), soit à un goitre toxique (hyperplasie localisée dans une glande adénomateuse). Dans le cas particulier du goitre exophtalmique, l'analyse serrée des modifications tissulaires lui permettra souvent de formuler certaines appréciations d'ordre clinique ou de déceler l'application d'une thérapeutique préopératoire, voire même de prévoir la possibilité de suites accidentées, la plupart de ces considérations se centrant en général sur la notion d'involution iodée qui constitue le fait fondamental des maladies de Basedow actuellement adressées au chirurgien.

ACTION ANTICOAGULANTE D'UN DÉRIVÉ DE LA CUMARINE

APPLICATION AUX PHLÉBITES

PAR MM.

C. OLIVIER et M. MATTEI [1]

Prévenir et traiter les phlébites post-opératoires à l'aide de substances qui allongent le temps de coagulation est une préoccupation de date fort ancienne. Mais les anticoagulants simples, précipitant le calcium ou le fibrinogène, sont doués *in vivo* d'une faible activité pour une toxicité élevée ; l'hirudinisation, tout en conservant en France de nombreux partisans, n'est utilisée que de façon restreinte.

Dans les pays anglo-saxons, ces recherches ont été développées sur une grande échelle ; depuis Virchow, en effet, la théorie de la thrombose primitive a, du moins en ce qui concerne les veines profondes, conservé toute sa faveur. L'héparine, après sa préparation à l'état cristallisé par Charles et Scott, a été l'objet de multiples travaux. L'école suédoise a bien prouvé que son introduction suffisamment prolongée dans l'organisme empêchait l'apparition de phlébite ; lorsque celle-ci se déclare chez un malade qui n'a pas été traité, l'héparine s'oppose à l'extension des coagulations intravasculaires. L'action est immédiate mais dure peu, ce qui nécessite chaque jour plusieurs injections intraveineuses. Nous dûmes cependant abandonner le projet d'étudier cette substance, tant à cause des difficultés que nous éprouvâmes à obtenir une quantité suffisante de cet anticoagulant qu'en raison de son prix de revient vraiment prohibitif.

L'héparine agirait, soit comme antithrombine, soit comme antiprothrombine. Cette seconde propriété est également attribuée au néodym-acétate et à quelques dérivés de la cumarine qui prennent naissance dans le foin de trèfle gâté par certaines moisissures. Nous avons choisi le 3, 3^1 — méthylène — 4 — oxycumarine, corps d'obtention synthétique facile (Anschutz, 1903), étudié par von Kaulla. Au cours de nos expériences, le temps de coagulation a été mesuré par la méthode habituelle et la prothrombine dosée selon le coefficient de Meunier (R) [2].

Il est aisé de vérifier leur commune élévation après introduction dans l'organisme de ce produit.

Neuf lapins soumis à un régime sec, sans fourrage, reçoivent 2 *mg.* d'oxycumarine. R, qui était en moyenne de 0.20, s'élève au quatrième jour à des taux variant de 0,56 à 0,82, ce qui correspond à une chute importante de la prothrombine. Un chien de 19 *kg.*, dont le temps de coagulation est de huit minutes avec R = 0.20, subit dans la cuisse une injection de 3 *cg.* d'oxycumarine. Au quatrième jour, le sang est incoagulable; il est redevenu normal sous ce rapport au septième jour. R monte à 0.66 dès la deuxième journée, 1,66 la quatrième, puis il s'abaisse progressivement à 0,8 les septième et huitième, pour ne revenir à 0.25 que le quatorzième jour. Si la dose n'est que de 2 *cg.*, les modifications sont moins importantes, le temps de coagulation doublant seulement. Toutes les autres expériences nous ont confirmé ce maximum d'efficacité au quatrième jour, ainsi que le lent retour à la normale de la prothrombine. Cette dernière notion est intéressante, car Dickerhoff et Gossens ont prouvé qu'un abaissement du taux de prothrombine, insuffisant à faire varier le temps de coagulation, empêchait les thromboses que provoque ordinairement l'injection d'extraits musculaires.

Nous avons également étudié l'effet préventif et curatif que pouvait avoir cette oxycumarine sur les thrombophlébites. Pour réaliser celles-ci, nous nous sommes adressés à la solution de quinine uréthane que nous utilisons habituellement pour la sclérose des varices des membres inférieurs : nous l'avons injectée dans la saphène externe de 2 chiens en maintenant par une compression sus et sous-jacente la stase du produit pendant une minute. Le premier animal, pesant 24 *kg.*, reçut 0 cm^3 5 de quinine uréthane et absorba le lendemain *par la bouche* 30 *cg.* de cumarine. Au quatrième jour, une quantité équivalente de quinine fut introduite dans l'autre saphène, et deux jours après ces veines furent prélevées. La première seule contenait un petit thrombus long de 1 *cm.*, adhérent par son sommet et n'oblitérant que partiellement la lumière vasculaire. L'expérience fut conduite de la même façon chez une chienne de 19 *kg.* ; les doses seules varièrent : 0 cm^3 8 de quinine uréthane et 40 *cg.* d'oxycumarine. Lors du prélèvement, les deux veines étaient absolument libres. Ainsi, autant que l'on puisse conclure de ces essais que les conditions actuelles ne permettent malheureusement pas de multiplier, les espoirs que l'on pouvait mettre en ce produit ne sont pas déçus : l'effet préventif s'est réalisé dans les deux cas; l'effet curatif une fois sur deux.

Cependant, il restait à notre sens plusieurs observations importantes à faire à ce dérivé de la cumarine, et tout d'abord celle-ci : si une réintervention devenait nécessaire alors que le patient est sous cette influence, comment faire cesser rapidement les modifications du coefficient de Meunier, source probable d'hémorragies post-opératoires ?

Nous nous sommes adressés à la vitamine K pour son action bien connue sur la prothrombinémie et à l'adrénaline comme excitant du splanchnique. Le premier chien, pesant 24 *kg.*, ayant un coefficient de Meunier à 0,32, absorbe par voie buccale 0 *g.* 20 d'oxycumarine. Quatre jours plus tard, à 10 h. 45, R = 0.70. Il reçoit à ce moment par voie intramusculaire 0 *mg.* 5 d'adrénaline et 30 *mg.* de vitamine K. A 17 heures, R = 0.20. Une chienne de 19 *kg.* (R = 0,16), quatre jours après absorption buccale de 20 *cg.* d'oxycumarine, présente un coefficient de Meunier R = 1,60. Cinq heures après injection intramusculaire de 30 *mg.* de vitamine K, R est retombé à 0.50. L'adrénaline seule peut aboutir au même résultat. Notre troisième animal, 7 *kg.* (R = 0,65), absorbe par la bouche 10 *cg.* d'oxycumarine. Après quatre jours, R = 1,66. Cinq heures après injection intramusculaire de 5 *mg.* d'adrénaline, R = 0,58. Ainsi il est possible, à l'aide de ces deux substances, de ramener rapidement à la normale le taux de prothrombine.

Mais si l'on continue, comme nous l'avons fait, à doser la prothrombine de deux en deux jours, on s'aperçoit que son chiffre peut remonter, temporairement il est vrai, au double ou triple de la normale. Nous avons donc cherché, pour stabiliser celle-ci, un mode d'administration plus aisé et plus lent des substances précédentes. Par une mesure grossière du temps de coagulation seul, nous avons vérifié l'effet favorable de l'absorption buccale de vitamine K. Un chien témoin de 24 *kg.*, dont le temps de coagulation est de quatre minutes, absorbe 20 *cg.* d'anticoagulant. Deux jours plus tard la coagulation est deux fois plus lente. Elle est revenue à la normale après trois jours. Aux deux autres animaux, pesant 19 et 7 *kg.*, nous faisons prendre respectivement *per os* 20 et 10 *cg.* de cumarine. Le lendemain et pendant six jours consécutifs ils absorbent *per os* 40 *mg.* de vitamine K; le temps de coagulation ne s'élève pas.

Des mesures plus précises et une étude comparative plus soigneuse des diverses voies d'introduction — sous-cutanée, buccale et rectale — de la vitamine K étaient nécessaires. A cet effet, nous avons choisi 9 lapins carencés en vitamine K et leur avons fait prendre par la bouche 2 *mg.* de notre 3-3^1-méthylène-4-oxycumarine. Après quatre jours nous vérifions l'augmentation du coefficient R de Meunier et leur administrons à ce moment 5 *mg.* de vitamine K par différentes voies. Le taux de R est suivi par des dosages faits de deux en deux jours. Dans ces conditions la voie rectale nous a semblé la plus rapide, puisque chez ces 3 animaux, dès le premier dosage fait vingt-quatre heures après l'introduction de vitamine K, R était revenu à la normale. L'absorption *per os* nous a donné un effet plus progressif mais plus stable.

Nous avons pu contrôler opératoirement l'action rapide de cette vitamine chez 2 chiens dont le sang avait été rendu incoagulable par l'oxycumarine. Le premier, après un prélèvement veineux superficiel, saigna jusqu'au soir. L'hémorragie cessa une heure après l'injection de 20 *mg.* de vitamine K. Chez le second, celle-ci fut injectée une heure avant l'opération, puis de nouveau une heure après ; il n'y eut aucun saignement anormal. Il en fut de même pour l'exérèse d'une seconde veine chez le premier animal qui avait fait une hémorragie diffuse.

Lehmann a étudié histologiquement sur le lapin les effets de cette préparation ; il n'a observé aucune lésion ni hépatique ni rénale. Nous avons de même confié à Mlle le Prof. agrégée Gauthier-Villars des fragments de divers viscères chez un chien mort accidentellement quatre jours après absorption de cumarine : le foie était très congestif, son pa-

1. Les dosages de prothrombine ont été effectués par Mlle Régnier que nous tenons à assurer de toute notre reconnaissance.

2. Le coefficient de Meunier étudie par photométrie la formation de fibrine. En suivant les variations de transparence du plasma en voie de coagulation, on détermine R qui normalement est compris entre 0,10 et 0,30. Plus R est augmenté, plus il y a carence en prothrombine.

renchyme proprement dit normal. Les autres organes ne présentaient pas de modifications visibles.

Nous regrettons que les circonstances présentes ne nous aient pas permis de multiplier ces recherches et, en particulier, d'étudier les variations individuelles d'action de l'oxycumarine mentionnées par von Kaulla. Il nous semble néanmoins que ce produit, d'obtention facile, se prescrivant *per os*, et qui dans nos expériences n'a déterminé aucun phénomène toxique général, mérite d'être retenu. Il allonge le temps de coagulation et abaisse de façon durable la prothrombinémie. Ses effets peuvent être corrigés rapidement par la vitamine K et l'adrénaline. Chez l'animal enfin, il semble doué d'une action préventive et peut-être, jusqu'à un certain point, curative sur les thromboses veineuses au début. Nous nous proposons de publier ultérieurement les résultats de son emploi en pathologie humaine; leur appréciation demande en effet beaucoup de temps et de prudence.

(Travail de la Clinique chirurgicale de la Salpêtrière [Prof. H. Mondor].)

SOCIÉTÉS DE PARIS

ACADÉMIE DE MÉDECINE

6 Février 1945.

Notice nécrologique sur M. J.-L. Faure. — M. **Mocquot**.

Rapport au nom de la Commission de l'alcoolisme sur la vente des anis à 45°. — M. **Tanon**, rapporteur, en réponse à une lettre d'une chambre syndicale de débitants de boissons, lettre transmise pour avis par le ministre de la Santé publique, expose que la Commission maintient l'avis constant de l'Académie d'interdire les boissons apéritives à base d'alcool et donne en tout cas un avis entièrement défavorable à la fabrication et à la mise en vente des boissons anisées à 45°.

— Ces conclusions sont adoptées.

Comportement de la famille rurale au contact de la tuberculose bovine. — M. **Garnot** présente une note de M. **Durand** (Courville) qui poursuit ses recherches sur la cuti-réaction en milieu rural sédentaire et non contaminé; dans les fermes où le bétail est très atteint par la tuberculose bovine, on trouve des groupes de sujets ayant des cuti-réactions positives; ces sujets n'ayant pas de tuberculose manifeste et ne crachant pas, il est impossible de déterminer la variété du bacille en cause et de prouver que la contamination est d'origine bovine; néanmoins cette contamination est vraisemblable. L'auteur demande que les fermes particulièrement infestées par la tuberculose bovine et signalées par les vétérinaires sanitaires soient l'objet d'un dépistage et d'une prophylaxie humaine minutieuse.

Les restrictions alimentaires dans les hôpitaux de Paris pendant l'occupation. — M. **L. Justin-Besançon** montre que dans un hôpital parisien ne comportant ni enfants, ni vieillards et recevant des adultes ayant pour une grande part des tickets supplémentaires (carte T ou de suralimentation) le déficit global de l'alimentation pendant les plus mauvais mois de 1944 a été de 35 à 40 pour 100 par rapport à 1939 et que ce régime a été fortement déséquilibré par la baisse massive des lipides et des protides. Actuellement, la situation alimentaire dans les hôpitaux ne s'est pas améliorée d'une façon suffisante pour permettre un traitement correct et rapide des sujets en état de dénutrition; il serait sage de prévoir l'attribution de prestations supplémentaires d'aliments pour cette catégorie de malades qui seront nombreux parmi les rapatriés.

Recherche du bacille tuberculeux par la méthode du moussage-essorage. — MM. **Cruveilhier**, **Faguet** et Mlle **Grandjean** ont réussi à trouver par cette méthode les bacilles tuberculeux dans des expectorations, des liquides de tubage, des épanchements pleuraux et des liquides céphalo-rachidiens, 32 fois sur 83, alors que les méthodes usuelles pratiquées pour la presque totalité dans des laboratoires d'hôpitaux avaient donné des résultats négatifs.

Note concernant l'état physique du personnel des mines de fer. — M. **Chailley-Bort** montre que dans toutes les mines de fer il y a eu un amaigrissement généralisé du personnel (les chiffres moyens par mine étant de 10 à 18 pour 100) et une baisse de la maxima d'autant plus nette qu'auparavant la tension était généralement élevée chez ces travailleurs robustes (dans aucune mine la moyenne des maxima ne dépasse 13,5, et dans une, elle est de 10,8); la minima a tendance à s'élever et ce pincement tensionnel est un indice de fatigue; la fréquence du pouls est souvent inférieure à la normale et il y a un accroissement très sensible de la durée et de la fréquence des absences pour blessure ou maladie.

Election d'un membre titulaire dans la 2e section (chirurgie et spécialités chirurgicales). — M. **L. Bazy** est élu par 47 voix contre 3 à M. Heitz-Boyer, à MM. Mondor et Cl. Vincent.

Lucien Rouquès.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

31 Janvier 1945.

Décès du Prof. agrégé M. Auvray. — M. le **Président** annonce à la Compagnie le décès de M. Auvray et prononce l'éloge du défunt.

Fractures antéro-postérieures, sagittales, du corps de l'astragale. — M. **Küss**, après avoir montré que ces fractures peuvent exister, insiste sur un signe clinique, autrefois décrit par lui, et qui permet d'en faire le diagnostic : c'est le signe de dédoublement apparent des malléoles, dû à la saillie au-dessous d'elles des fragments astragaliens. Ce signe, aisément reconnaissable, se différencie des saillies anormales, et volumineuses créées par des fragments astragaliens asymétriques (fractures du col ou du corps).

A propos du traitement des abcès du foie. — M. **Rudler** lit cette communication de M. **Lecercle** (Damas). L'auteur, après avoir montré la diversité des thérapeutiques mises en œuvre dans le cas d'abcès du foie, attente et traitement médical, traitement médico-chirurgical, traitement chirurgical *a minima* ou largement effectué, décrit la ligne de conduite qu'il suit actuellement. Il utilise, après un abord aussi direct que possible, la simple ponction suivie d'aspiration, comme s'il s'agissait de vider un abcès froid. Ce traitement lui a donné d'excellents résultats. Parfois il doit être répété une deuxième fois. Il est rare qu'on soit obligé de faire une incision plus importante, sauf lorsqu'il s'agit d'abcès à évolution rapide, à flore microbienne variée et abondante.

Certains abcès, malgré l'usage associé d'émétine, d'arsenic, finissent par entraîner la mort par insuffisance hépatique grave. Deux observations illustrent la lenteur évolutive de certaines hépatites amibiennes et la gravité d'autres formes progressivement extensives.

Hernies discales. — M. **Chavannaz** (Bordeaux) envisage, du point de vue de l'expert chargé d'arbitrer certaines questions d'accidents du travail, ou d'assurances sociales, la question des hernies discales. L'auteur pense que la fréquence de cette lésion est grande, et qu'à côté des formes invétérées justiciables du traitement chirurgical, il en est beaucoup d'autres, frustes dans leurs signes ou temporaires dans leur évolution, qui méritent cependant d'être reconnues.

L'examen radio-lipiodolé affirme la réalité de la lésion, mais des malades peuvent le refuser. Cependant le diagnostic de hernie discale peut et doit être fait. Plusieurs exemples montrent que le traitement orthopédique, consistant en traction sur les membres inférieurs associée au décubitus dorsal sur plan rigide, et suivi du port d'un corset plâtré, puis d'un corset en duralumin, peut donner d'excellents résultats.

Dans 9 sur 10 des cas soumis à l'examen, cette conduite thérapeutique s'est montrée suffisante. Une fois seulement il a fallu recourir à l'intervention chirurgicale.

— Dans la discussion qui suit cette communication, M. **Sicard** dit qu'il renonce peu à peu au diagnostic lipiodolé des hernies discales. Dès qu'une sciatique se montre permanente malgré les thérapeutiques mises en œuvre, dès qu'elle est unilatérale, et surtout dès qu'elle s'accompagne d'irradiations radiculaires, le diagnostic peut être fait. M. Sicard pense qu'il vaut mieux éviter l'emploi du lipiodol qui, même utilisé avec les précautions d'usage, risque d'entraîner pour le malade des inconvénients désagréables. Une série de 24 cas lui permet de dire que, grâce à ces moyens de diagnostic, 19 fois la hernie discale a été confirmée par l'intervention.

— M. **Petit-Dutaillis** insiste sur l'intérêt du radiodiagnostic lipiodolé. Certaines conditions rendent son emploi inoffensif. D'abord il doit être fait la veille de l'opération. Ensuite il ne doit être pratiqué que dans le cas de sciatiques invétérées, cas dans lesquels une intervention chirurgicale est toujours nécessaire. Enfin, lors de l'opération, il est toujours possible d'évacuer complètement le lipiodol par incision dure-mérienne et aspiration. On peut cependant faire cliniquement le diagnostic de hernie discale. On s'aidera de notions étiologiques, bien qu'elles n'aient qu'un intérêt relatif, puisque le traumatisme manque dans 30 pour 100 des cas. Deux signes faciles à rechercher imposent presque le diagnostic : l'existence de troubles de la sensibilité, spécialement au niveau de la face externe de la jambe et du dos du pied ou des orteils; la présence d'une douleur précise au niveau d'un espace interlamellaire latéro-vertébral, douleur qui coïncide avec une exacerbation de la sciatique préexistante. L'intervention chirurgicale est toujours bénigne et suivie de succès.

Perforation d'ulcus duodénal après gastrectomie pour exclusion. — M. **P.-P. Prat** (Nice) a observé chez un malade antérieurement opéré de gastrectomie pour exclusion un syndrome perforatif. L'opération ne montra pas la cause des accidents. Il survint ensuite une fistule biliaire de quelques jours. Après guérison, les radiographies affirmèrent l'existence d'un ulcère duodénal.

— M. **Gueullette**, rapporteur, pense qu'il ne s'agit pas d'une perforation ulcéreuse. Il critique la gastrectomie insuffisante. Il indique que bien des accidents pourraient être évités si la gastrectomie, correctement pratiquée, s'opposait au reflux dans l'anse afférente. Il décrira ultérieurement un procédé de gastrectomie suspendue mais, en attendant, estime que l'observation ne prouve rien contre la gastrectomie par exclusion.

Reflux duodénal après cholédocotomie. — M. **Alain Mouchet**, après avoir pratiqué chez une malade une cholédocotomie pour lithiase cholédocienne, mit un drain en T de Kehr. Quelques jours après il constata l'existence d'un reflux duodénal incontestable. Malgré la restriction liquidienne, associée à l'emploi d'atropine l'état de la malade s'aggrava rapidement. On mit alors en œuvre une aspiration duodénale, puis une infiltration splanchnique. Cependant la mort survint 20 jours après l'opération.

L'auteur cherche la cause de ce reflux duodénal. Le drain ne peut en être responsable. Il pense qu'il a mis en œuvre trop tard l'aspiration duodénale et les infiltrations splanchniques. Il discute ensuite la conduite opératoire à la lumière des cas publiés devant l'Académie. Une fois la fistule reconnue, on peut envisager de faire soit une jéjunostomie, soit une gastro-entérostomie avec exclusion du pylore. L'auteur opte pour la première méthode, étant donné l'état précaire des malades. Pour ce qui est du traitement des lithiases cholédociennes, lorsque le cholédoque est très distendu on doit préférer au drainage externe l'anastomose cholédoco-duodénale.

— M. **Moulonguet** différencie les exemples de cholédoque dilaté dans son entier avec les cas où les calculs siègent dans un cholédoque partiellement dilaté mais normal au-dessous. Dans ces derniers, taille cholédocienne; dans les autres, anastomose cholédoco-duodénale.

— M. **Jean Gosset** se demande si ce reflux duodénal est dû à la béance de la papille duodénale, forcée, ou au contraire à la sténose de celle-ci. Il s'agirait alors d'un reflux non duodénal, mais pancréatique. Il y a lieu dans les fistules, après cholédocotomie, d'étudier le liquide en y recherchant la présence de diastases pancréatiques.

Traitement de l'énurésie par la laminectomie. — MM. **Sicard** et **Küss** étudient les 23 cas qu'ils ont rassemblés. Chez tous leurs malades dont les âges s'échelonnent de 10 à 21 ans, les traitements usuels avaient été essayés sans aucun résultat.

La maladie datait souvent de la naissance. Certains sujets avaient à la radiographie des lésions de spina bifida, les autres rien. Les auteurs ont fait une laminectomie L 5, S 1, S 2, et ont libéré la dure-mère. Ils n'ont pas trouvé les brides ou les épaississements ligamentaires classiquement signalés. L'opération, simple, toujours bénigne, ne laissant aucune séquelle, a donné 5 guérisons, 3 échecs et quelques améliorations.

En somme, les données classiques ne sont pas confirmées : aucune cause de compression n'a été retrouvée. Le lipiodol n'a jamais montré d'anomalie du transit sous-arachnoïdien. La laminectomie est parfois efficace. Mais le facteur psychique semble essentiel dans l'affection.

— M. **Pasteau** insiste sur le fait que chez les énurésiques le spina-bifida est beaucoup plus rare qu'on ne l'avait dit.

— M. **Richard**, s'appuyant sur 40 cas de laminectomies pour spina-bifida, dit avoir trouvé plusieurs fois un chevauchement des arcs vertébraux, et quelquefois une nette hypertrophie des ligaments jaunes. Les résultats sont décevants, car les récidives, bien que non immédiates, sont fréquentes. Dans un cas l'énurésie fut guérie, et des pieds creux concomitants furent améliorés.

— M. **Sorrel** n'a jamais obtenu de résultats par les laminectomies. L'amélioration immédiate ne se poursuit jamais longtemps. Il faut chercher la cause de l'énurésie dans le psychisme de ces malades.

— M. **Petit-Dutaillis** a obtenu une ou deux guérisons sur 10 cas.

— M. **Couvelaire** pense que la thérapeutique chirurgicale est sans effet. La source de l'affection est dans le mécanisme psychique.

— M. **Wolfromm** pense aussi qu'il s'agit d'un trouble du sommeil.

— M. **Huc** cite un cas récidivé après 8 ans. Cependant les lésions osseuses des spina-bifida existent réellement.

Présentation de pièce. — M. **Richard** apporte une pièce de splénectomie et insiste sur la facilité de l'ablation d'une rate hypertrophiée ayant allongé son pédicule vasculaire.

Jean Calvet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

2 Février 1945.

Formes « fébriles pures » de la spirochétose ictéro-hémorragique. — MM. **S. de Sèze** et **M. Guéniot**. Si l'on réserve, comme cela paraît logique, le nom de « formes fébriles pures de la spirochétose » aux formes dans lesquelles, à l'absence absolue de signes d'atteinte hépatique et rénale, s'ajoute une absence d'atteinte méningée vérifiée par l'intégrité du liquide céphalo-rachidien, on doit reconnaître que cette forme représente une forme, non pas banale, mais au contraire très rare de la spirochétose ictéro-hémorragique. Encore fait-on remarquer que dans ces quelques observations les myalgies donnent presque constamment à cet état fébrile pur un aspect bien particulier. Quand aux cas où même cette note myalgique fait défaut, e

orte que la maladie se présente vraiment sous l'aspect 'un état infectieux fébrile absolument pur, ils doivent tre exceptionnels.

— M. **Lemierre** rappelle le cas de spirochétose à orme fébrile pure qu'il a jadis publié et où la seule hose qui a orienté le diagnostic fut une chute dans a Seine 10 jours auparavant.

Septicémie à staphylocoques traitée et guérie par la pénicilline. — MM. **Donzelot** et **Durupt** relatent 'observation d'une jeune fille atteinte d'une septicémie taphylococcique maligne, à la suite d'un furoncle de a face, qui fut d'abord traitée sans succès par la radiothérapie locale et les sulfamides qui ne furent pas tolérées. La malade étant dans un état d'une gravité extrême, on fit localement et par voie parentérale 200.000 unités le pénicilline par jour. La transformation de l'état général fut presque immédiate et le staphylocoque se varélia dans les hémocultures, poussant de plus en plus tardivement. Cependant une reprise de la fièvre avec localisation pleuro-pulmonaire se manifesta, mais céda à de nouvelles injections de pénicilline faites en partie dans la plèvre. Un mois après le début, la malade était complètement guérie. Dans ce cas il est possible qu'un traitement plus hâtif et des injections plus répétées aient évité la complication pleuro-pulmonaire.

— M. **R. Martin** estime que le traitement local, bien plus économique, peut diminuer de beaucoup les quantités employées pour le traitement général. Toutefois les trop petites doses utilisées pour ce dernier traitement peuvent être suivies de complications, surtout pulmonaires. De nombreux cas de guérison de septicémie staphylococcique ont été relatés en Amérique. Il a récemment observé 2 cas de septicémie à streptocoques hémolytiques, consécutifs à un accouchement, dont l'un a guéri après une rechute due à l'interruption de la pénicilline après 3 jours de traitement, et dont le second, qui s'accompagnait d'endocardite végétante, a été mortel. On doit déduire de ces 2 observations qu'il faut avoir d'assez grandes réserves de pénicilline pour pouvoir poursuivre le traitement, sans quoi on risque de voir éclater de nouveaux accidents, et que la présence d'une endocardite, et même d'un souffle cardiaque, contre-indique formellement l'emploi de la pénicilline.

— M. **Cattan** a vu guérir une septicémie grave à staphylocoques consécutive à un furoncle du sourcil, qui avait résisté aux sulfamides, par la pénicilline, faite à la dose de 100.000 unités pendant 5 jours, à raison d'une injection toutes les 3 heures. Dès le lendemain, l'état général se transforma. L'apparition d'un petit foyer pulmonaire nécessita une reprise du traitement, avec 50.000 unités par jour pendant 5 jours. La guérison fut complète en 1 mois après apparition de deux petits abcès à la cuisse.

— M. **Marquézy** a traité avec succès une septicémie à staphylocoques avec ostéomyélite, péricardite suppurée et localisation pleuro-pulmonaire ; il a injecté 100.000 unités par jour, toutes les 3 heures. La localisation osseuse a dû être opérée. Il faut séparer ces staphylococcémies malignes des simples épisodes staphylococcémiques fugaces que l'on peut rencontrer dans les ostéomyélites.

Dans une septicémie à pneumocoques avec épanchement pleural, la pénicilline a négativé l'hémoculture et le liquide pleural est devenu clair, mais le malade a succombé à une néphrite azotémique. En cas d'azotémie prononcée, mieux vaut s'abstenir de pénicilline.

— M. **Mouquin** pense que des doses même moyennes de pénicilline peuvent rendre grand service. Il a vu une septicémie à staphylocoques après anthrax du cou résister à la méthyldiazine, puis céder d'une façon spectaculaire à 300.000 unités de pénicilline. Malheureusement le traitement fut cessé trop tôt et de nouveaux accidents se produisirent : méningomyélite avec hémiparalysie linguale et paralysie du membre supérieur, escarres énormes, etc. La méthyldiazine amena une régression progressive. Il ne reste plus qu'une légère réaction méningée apyrétique. Le succès semble attribuable ici à l'association pénicilline-méthyldiazine.

Un cas de leucosarcomatose de Sternberg à type de tumeur médiastinale très radio-sensible. Diagnostic précoce, au stade dit pré-leucémique, grâce à la ponction sternale. — MM. **Mouquin, Macrez** et **Bastin**. Chez un garçon de 17 ans se constitue en quelques jours un syndrome médiastinal dramatique : accès de suffocation avec tirage et cyanose, jugulaires turgescentes, toux quinteuse et voix rauque par paralysie récurrentielle droite, masse médiastinale d'opacité homogène, nettement limitée, empiétant largement sur le champ pulmonaire droit. Il s'y associe une polyadénopathie surtout cervicale, mais le foie et la rate restent normaux à ce stade, de même que la formule sanguine (11.200 leucocytes dont 77 pour 100 polynucléaires). Cependant le myélogramme révèle une prédominance de cellules jeunes indifférenciées ; et la biopsie montre que les ganglions hypertrophiés sont farcis de cellules identiques. Ainsi la leucose aiguë est saisie et identifiée au stade de cryptoleucémie.

La radiosensibilité est telle que 2 séances suffisent à supprimer tous les troubles médiastinaux et que 5 séances (750 r au total) assurent une résorption radiologique pratiquement complète, si bien que la phase tumorale est interrompue avant que la phase leucémique attendue et guettée de jour en jour se déclare. Une semaine se passe en effet avant que les masses cervicales et parotidiennes prennent un développement progressif (au point d'amener une paralysie faciale du type périphérique à droite), mais radio-résistant cette fois. Alors grosse rate, gros foie, pétéchies, fièvre viennent en quelques jours composer un tableau commun de leucémie aiguë, dominé bientôt par des hémorragies terminales.

La radiosensibilité vraiment spectaculaire de la tumeur, le diagnostic anticipé de leucémie aiguë grâce au myélogramme fait l'intérêt pratique de cette observation, qui comporte aussi un enseignement théorique : la tumeur médiastinale y apparaît non pas comme un foyer primitif d'où essaimeront les cellules leucémiques (conception de Sternberg), mais comme une localisation cliniquement décelable d'un processus leucosique déjà généralisé, mais encore clandestin.

— M. **N. Fiessinger** remarque que dans la leucosarcomatose on trouve, non pas des cellules analogues à celles de la leucémie aiguë, mais des cellules sarcomateuses assez différentes.

Adéno-dermatomyosite. — MM. **Julien Marie, Ph. Seringe H. Bricaire** et **R. Tricot** rapportent l'étude clinique et biopsique d'une variété ganglionnaire de poïkylodermatomyosite du type Petges-Jacobi observée chez une enfant de 7 ans. L'affection débuta par une éruption du membre inférieur droit, assez diffuse, faite de petits placards de deux types : les uns érythémateux et pigmentaires, les autres télangiectasiques. Le diagnostic posé à ce moment fut celui d'un début d'angiome à topographie radiculaire. Six mois après, le nouvel examen de l'enfant révèle des lésions singulièrement modifiées. L'affection strictement limitée au membre inférieur droit et au quadrant inféro-droit de l'abdomen se caractérise par des lésions tégumentaires, musculaires et ganglionnaires. Les lésions tégumentaires comprennent des modifications pigmentaires, un aspect atrophique, une infiltration scléreuse qui affecte avec une électivité frappante le territoire de D 10 à L 5, des modifications vasculaires.

Les lésions musculaires s'objectivent par une limitation de certains mouvements et par une atrophie progressive.

Les lésions ganglionnaires frappent les ganglions de la chaîne sous-crurale et une importante masse rétro-crurale.

Les lésions histologiques de la peau et des muscles sont celles habituellement décrites dans la maladie de Petges. Les groupes ganglionnaires montrent des follicules lymphoïdes volumineux avec centre germinatif hypertrophié très riches en mitoses. Les sinus ont le plus souvent disparu. La trame réticulo-endothéliale a fortement proliféré. La capsule est par endroits épaissie envoyant des prolongements dans le tissu ganglionnaire qui prend un aspect ficelé.

Accidents de la sulfamidothérapie : anémie hémolytique avec érythroblastose. — M. **Cattan** relate l'observation d'un enfant de 3 ans qui reçut pour un état grippal 2 *g.* de sulfapyridine pendant 4 jours : le 5e, se produisit une dyspnée intense accompagnée d'une grande pâleur et d'émission d'urines sanglantes sans hémoglobinurie, ni azotémie, ni œdèmes. L'examen hématologique révéla une anémie intense avec 46 hématies nucléées pour 100 leucocytes. Trois transfusions amenèrent une guérison rapide avec retour de la formule sanguine à la normale.

A souligner qu'un frère du malade, âgé de 11 ans, avait présenté, l'année précédente, au cours d'un traitement par la lysococcine, un syndrome d'anémie aiguë comparable au précédent avec érythroblastose passagère. On peut invoquer ici des accidents d'intolérance.

— M. **Perrault** signale que la papavérine associée aux sulfamides peut provoquer des lésions anaphylactoïdes.

Traitement des escarres graves de la fièvre typhoïde par la pénicilline. — M. **Cattan** a vu, au cours d'une épidémie de fièvre typhoïde très grave en Tunisie, survenir fréquemment de vastes escarres qui amenaient souvent la mort des malades. Aucun des traitements employés, sulfamides en poudre, pommades vitaminées, etc., ne se montra efficace ; par contre, la pénicilline non purifiée, appliquée en pansement, donna d'excellents résultats. Un cas de coma fut aussi guéri de même façon.

— M. **Lemierre** a obtenu aussi un beau résultat avec des injections sous-cutanées de pénicilline chez un ancien ostéomyélitique atteint d'escarre sacrée.

Syndrome spléno-ganglionnaire d'origine bacillaire. — M. **Poumeau-Delille** a observé un homme de 60 ans, qui, à cause de volumineuses adénopathies axillaires, d'une splénomégalie importante accompagnant une monocytose sanguine, avait été considéré comme un leucémique. Mais la ponction sternale montra un myélogramme normal et la biopsie ganglionnaire une formule tuberculeuse typique. La mort survint par granulie généralisée et méningite tuberculeuse.

Maladie hémolytique révélée par une fièvre typhoïde. — M. **Poumeau-Delille**. Chez cette jeune femme une fièvre typhoïde légère fut suivie d'hémorragies intestinales peu abondantes et d'un état d'anémie grave, avec ictère et poussée d'érythroblastose considérable. Cette maladie hémolytique semblait d'origine congénitale, mais non familiale, vu les lésions crâniennes caractéristiques. Splénectomie. Pas de calcul dans le cholédoque. Aggravation de l'état général et mort au milieu d'un tableau d'ictère grave. A l'autopsie, lésions d'hépatite aiguë graisseuse dégénérative.

Acrodynie infantile fibrillaire. — MM. **Ferru** et **Michel Coirault** (Poitiers) rapportent l'observation d'une fillette de 6 ans atteinte d'une acrodynie, dont le syndrome caractéristique était complété par des fibrillations musculaires, nettes et persistantes, visibles au droit antérieur de la cuisse et, surtout, à l'orbiculaire des paupières. Ce trait particulier, apparemment rare, semble constituer un lien étroit, concret, entre l'acrodynie et la chorée fibrillaire de Morvan, celle-ci n'étant qu'une acrodynie de l'adulte, selon l'hypothèse déjà émise par Roger et que les auteurs soutiendront dans un prochain travail d'ensemble.

P.-L. Marie.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS

7 Décembre 1944.

Pneumatose kystique du vagin (vaginite emphysémateuse). — MM. **Bret** et **Duperrat**. Deux cas de cette affection rarissime constituée par une éruption latente de bulles de gaz sous la muqueuse du vagin, des culs-de-sac vaginaux et même du col utérin : au spéculum on voit des bulles brillantes de la taille d'une lentille ou d'une cerise qui s'affaissent quand on les crève avec, parfois, un petit claquement. Elles disparaissent et réapparaissent d'un examen à l'autre. Elles semblent surtout le fait de femmes enceintes et coexistent avec des leucorrhées ou des lésions cervicales : érosions, polypes, etc. Leur pathogénie est inconnue, les phénomènes infectieux ne paraissent pas suffisants pour expliquer la formation de ces bulles que les coupes histologiques semblent localiser dans la lumière des capillaires sous-muqueux, lymphatiques et peut-être même sanguins.

Forme et neuromérie du cerveau postérieur. — M. **G. Picard-Leroy** démontre que la forme losangique du rhombencéphale n'est pas déterminée comme le pensait His par la courbure pontique. Il précise la neuromérie du cerveau postérieur. Sept rhombomères peuvent être décrits, ils sont visibles entre le 15e et le 40e jour de la vie fœtale. Le 1er et le 7e disparaissent très rapidement. Le 2e se réduit à une fossette (fovea superior). Les crêtes qui dominent latéralement les 4e et 5e vallées s'épaississent et fusionnent pour former le tubercule acoustique.

Les parties médiales des 6e, 5e et sans doute 4e vallées confluent pour former le fovea inferior.

Embryogénèse et phylogénèse du cervelet. — M. **G. Picard-Leroy**. Après avoir précisé certains détails sur l'embryologie du cervelet humain, l'auteur fait remarquer que le mode d'apparition des plis, l'histogénèse de l'écorce, la myélogénèse suivent un ordre précis que l'on retrouve dans le développement phylogénétique de l'organe.

Avec l'appui des données anatomo-cliniques et physiologiques on peut en déduire une systématisation qui infirme les hypothèses localisatrices de Bolk.

Le cervelet comprend :

1° Un bloc très peu variable formé par le nodule et le flocculus et la luette à connexions surtout vestibulaires au service de l'équilibration.

2° Un territoire englobant le lobe antérieur (en avant du sillon transverse antérieur), la pyramide et le paraflocculus (remplacé chez l'homme par l'amygdale à connexions olivaires). Ce territoire recevant les fibres spino-cérébelleuses sert à la régulation du tonus pour la statique et la marche (ou la natation).

3° Les parties latérales du lobe moyen sont au service de la motilité volontaire précise des membres.

4° Enfin il existe une zone de signification imprécise, comprenant la partie moyenne du vermis qui est en nette régression chez les primates et l'homme.

B. Duperrat.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

17 Novembre 1944.

Adénite mésentérique caséeuse. Epiploïte. Occlusion. — M. **P. Barbet** présente le cas d'un bacillaire pulmonaire de 29 ans chez lequel les accidents étaient dus à la présence et à l'ouverture dans l'abdomen d'énormes ganglions caséeux de la racine du mésentère. Résection de l'épiploon barrant l'intestin grêle ; Mikulicz ; guérison abdominale mais évolution et aggravation des lésions pulmonaires.

Tumeur du corpuscule carotidien. — M. **J. Leuret**. M. **Masmonteil**, rapporteur. A propos d'un cas personnel, l'auteur reprend l'étude de cette affection dont l'exérèse avec sacrifice des vaisseaux entraîne une hémiplégie et souvent la mort. Mais la radiothérapie étant inefficace et souvent nocive, c'est au traitement chirurgical, essentiellement conservateur vis-à-vis des vaisseaux, auquel on est finalement tenu de recourir.

Gastrectomie d'urgence pour ulcère peptique perforé. — M. **A. Le Roy**. M. **G. Luquet**, rapporteur. Un homme de 48 ans ayant précédemment subi une exclusion du pylore et une G. E. fit brusquement une perforation d'un U. P. développé au niveau de la bouche. Trois heures après le début des accidents, l'auteur opéra et lui pratiqua une résection gastrique haute avec Polya. Guérison. Ce serait le deuxième cas publié jusqu'alors en France.

Lipome de l'estomac. — M. **A. Le Roy**. M. **Luquet**, rapporteur. Chez un malade de 52 ans soupçonné de cancer de l'estomac, l'auteur trouve deux tumeurs de la taille d'une mandarine. Il pratique une gastrectomie et l'examen histologique révèle qu'il s'agissait d'un lipome.

Examen radiologique d'urgence dans un cas de perforation d'ulcère duodénal. — M. **P. Séjourne** rapporte un cas dans lequel, devant un diagnostic douteux, l'examen radiologique, après prise de bouillie opaque, permit de faire le diagnostic ferme de perforation.

Fracture diaphysaire de l'humérus par balle. Appareil de Séjournet. Consolidation sans séquelle fonctionnelles. — M. **P. Séjournet** présente un malade ainsi traité avec un excellent et rapide résultat.

G. Luquet.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE EXOTIQUE

11 Octobre 1944.

Immunisation du cobaye contre le virus de la ièvre jaune par scarifications cutanées. — M. **R. 'avarel** établit que l'immunisation du cobaye par scaifications cutanées est possible avec le virus neurotrope ; ur 11 cobayes vaccinés 7, soit 63 pour 100, ont été imnunisés avec le virus de culture, et pour 6 cobayes, il 'a pas été observé d'immunité dans les mêmes condiions. La divergence des résultats obtenus pourrait s'exliquer par la différence de neurotropisme qui existe entre e virus neurotrope et le virus de culture. L'immunité eut exister chez le cobaye sans que le sérum de l'animal résente un pouvoir protecteur à un taux appréciable is-à-vis de la souris.

— M. **G. Stefanopoulo** rappelle qu'avec le virus de ulture la vaccination par scarification est souvent insufisante ; au contraire la vaccination par la voie sousutanée permet d'injecter des quantités de virus assez ortes pour réaliser une vaccination efficace. La dose niuima nécessaire pour l'immunisation d'un sujet peut tre évaluée à 500 doses minima mortelles pour la souris.

Résultats de la splénectomie chez le cobaye au ours de la récurrente à « Spirochæta persica ». — MM. **R. Pirot** et **M. Bourgain** ont constaté que la spléectomie chez le cobaye sain comme chez l'animal déjà nfecté par *S. persica* semble s'opposer à la multiplicaion des spirochètes dans le sang. Chez l'animal convaescent ou en négativité de période sanguine elle ne prooque pas la réapparition des spirochètes dans le sang t ne fait pas fléchir l'immunité acquise par une première tteinte.

Résistance au jeûne chez le moustique commun Culex pipiens L. ». — M. **E. Roubaud** note que les emelles appartenant aux différents représentants du roupe *pipiens* autogènes ou anautogènes sont susceptiles d'une résistance au jeûne beaucoup plus grande en ir humide qu'en air sec, dans les mêmes conditions, à ne température moyenne de 15° environ.

R. Deschiens.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE FRANCE

19 Décembre 1944.

Un cas d'ostéite nécrosante mandibulaire chez ne fillette de 4 ans 1/2. — MM. **Lebourg, Lambert** et Mlle **Blanc-Tailleur** présentent une intéressante observation d'ostéite nécrosante mandibulaire. Ils ont comlété le traitement anti-infectieux et chirurgical habituel ar une calcithérapie intensive qui a stimulé la régéération osseuse au point que celle-ci était déjà sensible noins de 6 jours après le début du traitement et qu'une mportante fracture pathologique s'est spontanément onsolidée en 12 jours.

Traitement des stomatites ulcéreuses par les sulfamides. — MM. **Lattes, Vrasse** et **Laroche** apporent le fruit de leur travail de 5 années. Ils exposent es indications et contre-indications de la thérapeutique l'ordre local et général, les médicaments utilisés, les loses nécessaires, les excellents résultats obtenus. Ils nsistent sur l'observation nécessaire des règles de toute ulfamidothérapie et sur la nécessité de s'entourer des garanties médicales habituelles (observation clinique, aboratoire) lorsque cette thérapeutique est utilisée.

Contribution à l'étude de la pathologie du nerf dentaire inférieur. — MM. **Gernea** et **Descrozailles.** Après avoir rappelé l'anatomie très spéciale de ce nerf lue à son long trajet intra-osseux, les auteurs étudient les troubles du nerf dentaire inférieur au cours des traumatismes, des tumeurs et des infections mandibulaires.

Ils arrivent aux conclusions suivantes : Les traumatismes, les infections, les tumeurs malignes du maxillaire inférieur entraînent fréquemment des troubles de la sensibilité dans le territoire du nerf dentaire.

La présence de signes de souffrance du nerf a une valeur diagnostique certaine au cours des processus infectieux et humoraux, car elle traduit habituellement une atteinte profonde de l'os et ne s'observe jamais au cours de l'évolution des tumeurs bénignes. Parfois même une anesthésie labio-mentonnière peut être révélatrice d'une métastase, d'un épithélioma glandulaire. A l'opposé, il peut cependant exister des destructions considérables avec conservation de la sensibilité qu'explique a résistance du nerf à l'infection et aux processus néoplasiques.

Anesthésie mentonnière révélatrice d'une métastase d'un épithélioma. — M. **Bataille.** Venant confirmer les données développées dans la communication précédente, l'auteur rapporte l'observation d'une malade ayant présenté une anesthésie du nerf mentonnier qui fut le premier signe clinique d'une métastase cancéreuse mandibulaire.

M. Hénault.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'UROLOGIE

15 Mai 1944.

Deux cas de rétromigration de calculs de l'uretère pelvien jusqu'au rein. — M. **J. Pérard.** A propos de ces observations, l'auteur rappelle les mécomptes opératoires auxquels peuvent donner lieu ces migrations de calculs ; il insiste sur l'intérêt de l'U.I.V. qui, lorsqu'elle montre la dilatation des voies excrétrices, doit particulièrement faire redouter la possibilité de fuite du calcul vers le rein.

Le retour à la miction normale dans une pyurie persistante à bacille de Koch. — M. **de Beaufond.** Cette observation montre que les lésions vésicales peuvent évoluer pour leur propre compte sans être toujours sous la dépendance des lésions du rein.

A propos de la radiothérapie des tumeurs vésicales. — MM. **G. Patoir** et **L. Lemaître** (Lille), M. **B. Fey,** rapporteur. Dans 8 observations de tumeurs d'apparence bénigne, la radiothérapie a été appliquée soit d'emblée, soit sur récidives ; après électrocoagulation ou taille et M. Fey souligne que les résultats ont été supérieurs lorsque la rœntgenthérapie a été appliquée d'emblée.

Calculs endogènes de la prostate. — MM. **E.** et **A. de la Pena** (Madrid). M. **Chevassu,** rapporteur de cet important mémoire sur les calculs de la prostate, insiste sur l'utilité de l'uréthrographie pour distinguer des calculs endogènes les calculs exogènes ou diverticulaires.

19 Juin.

Sur la technique de l'adénomectomie transvésicale. Conclusions de la discussion. — M. **R. Couvelaire.** La technique d'adénomectomie à ciel ouvert avec énucléation instrumentale proposée par M. Fabre ne peut supplanter ni en sécurité, ni en rapidité la technique classique.

Tuberculose rénale et grossesse. — M. **R. Gouverneur.** Le plus souvent la tuberculose rénale est découverte à l'occasion de la grossesse et la grossesse semble être cause d'une poussée évolutive sur une tuberculose jusque-là latente.

Dans la première moitié de la grossesse, l'indication opératoire doit être celle d'une tuberculose rénale habituelle. Dans les 3 derniers mois, il faut attendre l'accouchement.

Un cas de cancer primitif de la prostate ayant évolué pendant plus de 9 ans. — M. **Thévenard.** M. Busson a suivi pendant 11 ans un malade atteint de cancer de la prostate.

Les résultats des resserrements de l'urètre pour incontinence d'urine par insuffisance sphinctérienne. — M. **R.-H. Martin** rapporte les résultats de 79 opérations de Marion faites à Necker : 60 pour 100 de guérison, 15 pour 100 d'amélioration, 25 pour 100 d'échec.

— M. **L. Michon** pense que l'opération de Marion doit être réservée aux petites incontinences ; une incontinence marquée est redevable d'une suspension aponévrotique du col.

— M. **Gouverneur** réserve l'opération de Marion aux femmes atteintes d'insuffisance sphinctérienne acquise ayant accouché.

— M. **Fey** explique par une mauvaise qualité des muscles périnéaux les résultats actuellement inconstants de la réfection du col.

Infiltration anesthésique lombaire, mode de traitement des calculs de l'uretère. — MM. **Patoir** et **Watel.** M. **Couvelaire,** rapporteur. Les auteurs rapportent 2 observations où dans les suites immédiates de l'infiltration fut expulsé le calcul, alors que les tentatives endoscopiques avaient échoué.

La résection endo-urétrale et les fibres musculaires de la vessie. — M. **R. Denis.** M. **Louis Michon,** rapporteur. Les fibres musculaires vésicales sont refoulées en arrière des gros adénomes ; elles forment une barrière transversale qui doit être réséquée sur la ligne médiane pour faire communiquer largement la vessie et la loge prostatique.

Orchi-épididymite blennorragique suppurée. — MM. **Lecoq** et **G. Patoir.** M. **P. Bouteau,** rapporteur.

Quand a-t-on terminé une résection ? — M. **R. Denis** (Mâcon). M. **Louis Michon,** rapporteur.

R. Küss.

SOCIÉTÉS DE PROVINCE

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE LYON

21 Novembre 1944.

Sur la recrudescence actuelle des goîtres chez le jeune enfant. — MM. **Mouriquand, Wenger** et Mme **Enselme** ont constaté dans la région Rhône-Alpes l'augmentation considérable des goitres chez les jeunes enfants avant la puberté, surtout chez ceux qui ont fait un séjour prolongé dans les villages alpestres. Ils invoquent pour l'expliquer la pauvreté en iode dans la région et la notion d'une carence ou surtout d'un déséquilibre alimentaire. Assez facilement guérissable par le traitement iodé, semble-t-il, les auteurs pensent qu'il y aurait intérêt à diffuser dans cette région le traitement préventif iodé.

« Dysbasia cyphotica » et démarche camptogone. — MM. **A. Guichard, Fraisse** et **R. Brette.** Un parkinsonien post-encéphalitique présente une dystonie d'attitude inverse de celle qui a été discutée sous le nom de *dysbasia lordotica*, dans le cas particulier cette *dysbasia* que l'on peut étiqueter du nom de *cyphotica* s'accentuait progressivement, ainsi que la démarche camptogone qui lui était associée, au fur et à mesure que la maladie se poursuivait. La marche à reculons, la descente des escaliers, l'épreuve dite du sac tyrolien améliorent cette dystonie, prouvant la réalité des dystonies par insuffisance décrites par M. Froment. Cette dystonie d'attitude semble traduire l'insuffisance des muscles extenseurs du tronc et des membres ou plutôt du système des amarres postérieures du tronc. Ce cas forme une transition avec l'attitude habituelle du parkinsonien dont il ne représente que l'ultime exagération.

Variations tensionnelles et troubles endocriniens chez la jeunesse universitaire lyonnaise durant 4 années des restrictions alimentaires. — M. **Morènas** expose les données de statistiques établies au Centre de Médecine préventive universitaire : hypotension dominante (max. à 10 et au-dessous) atteignant la proportion maxima de 47 pour 100 chez les jeunes filles, diminution plus modérée du pourcentage d'hypertension. Le fait le plus remarquable est la fréquence triplée des hypertrophies thyroïdiennes habituellement légère, observations dans les 2 sexes. Accroissement également considérable du pourcentage des aménorrhées et des irrégularités menstruelles. Ces troubles ont été au maximum en 1942-1943 et ont nettement diminué de fréquence depuis.

Sur l'épidémie actuelle de goitres infantiles. — MM. **Bernheim, Jeune** et **Flattot** rapportent une série de 33 goitres chez des enfants de 9 à 13 ans, habitant Lyon ou sa banlieue. Pas de données étiologiques, même fréquence chez le garçon que chez la fille. Cette épidémie est à mettre sur le compte de l'apport insuffisant de matières protéiques et de matières grasses amenant un trouble de l'équilibre alimentaire qui retentit sur le métabolisme de l'iode. Heureux effet thérapeutique de l'iode.

Syndrome neuro-anémique et syndrome pyramidal dissocié. — M. **J. Ballivet.**

Etude statistique du goitre et teneur en iode des eaux de Lyon. — MM. **Santy, Enselme** et **Boussat.**

G. Desruelles.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LILLE

10 Novembre 1944.

Séance consacrée à l'aspiration duodénale dans l'occlusion. — M. **P. Decoulx,** rapporteur, après un exposé théorique de la question, fait état des statistiques de divers chirurgiens apportant leur expérience de la méthode : MM. **Delannoy, Vandecasteele** et **Verhaeghe** (30 cas), MM. **Swynghedauw, Lainé** et **Renard** (10 cas), M. **Decoulx** (19 cas), M. **Stérin** (Saint-Omer) M. **Vandendorp** (radiodiagnostic), M. **Driessens** (syndrome humoral au cours de l'aspiration). Rassemblant ces divers documents, le rapporteur classe ainsi les 49 observations recueillies.

1° *Occlusion primitive* (27 cas). — Qu'il s'agisse d'un sujet qui a déjà été opéré (occlusion post-opératoire tardive par bride, coudure, volvulus sur bride, etc.) ou d'un sujet neuf, la question est discutable et les indications difficiles à poser. On élimine facilement des occlusions du gros intestin par la clinique et la radio : l'aspiration n'y donne rien. Mais il est plus délicat de faire le départ entre l'obstruction simple (tumeur, iléus biliaire, adhérences), où elle fait merveille, et la strangulation (volvulus, étranglements internes, etc.) où elle serait dangereuse pour la vitalité intestinale. On éliminera l'aspiration toutes les fois que la strangulation est à craindre, et l'on se basera sur les éléments suivants : début très aigu, douleurs continues et non intermittentes comme dans le syndrome de Kœnig pur, ballonnement modéré, signes généraux précoces et graves, et surtout examen radiologique soigneux sans préparation montrant une anse isolée fortement dilatée. Dans tous les autres cas, la mise en place d'une aspiration, sous contrôle radiologique, suivie d'un affaissement spectaculaire du ventre, facilitera énormément l'intervention ultérieure. La laparotomie sur anses plates sans éviscération sera simple et anodine et la mortalité opératoire sera ainsi fortement abaissée.

En colligeant les diverses statistiques, le rapporteur arrive à un pourcentage de 75 pour 100 de bons résultats, à condition de sérier les cas et de repousser la méthode dans tous les cas suspects.

Lorsque le déballonnement est complet, faut-il opérer systématiquement ? Plusieurs observations montrent qu'il est dangereux de s'abstenir et que de tels malades sont voués à la récidive. Il ne faut donc pas hésiter à compléter par une libération complète les bons résultats de l'aspiration.

2° *Occlusion post-opératoire précoce.* — C'est la plus belle indication de l'aspiration. Elle a donné ici 80 pour 100 de guérisons rapides. Les résultats sont meilleurs dans l'iléus paralytique, bons dans les agglomérats inflammatoires d'anses grêles, moins bons dans les abcès collectés, type abcès de Douglas. L'aspiration évite une intervention pénible et grave, telle qu'iléostomie ou anastomose, et constitue vraiment un progrès dans les suites opératoires troublées de toute la chirurgie abdominale.

8 Décembre.

Iléus spasmodique. — MM. **Swynghedauw, Lainé** et **Renard,** après échec des infiltrations splanchniques ont obtenu une guérison définitive par simple laparotomie.

Iléus spasmodique. — M. **Stérin** (Saint-Omer) rapporte 2 cas. Dans une observation, début par une accélération du transit colique, témoin probable d'une hypertonie vagale.

Occlusion par corps étranger. — M. **Minne.** Il s'agit d'une grande compresse, en place depuis 15 mois seulement, engagée à la fois dans le côlon droit et dans une anse grêle, à travers une fistule iléo-colique.

Iléus alimentaires. — MM. **Delannoy** et **Charvet** Dans l'un, oblitération d'un rétrécissement tuberculeu

ar un fragment végétal : guérison par résection. Dans autre, obstruction de la fin du grêle par pépins de aisin : guérison par expression et refoulement dans le cæcum.

Occlusion par ascaris. — M. **Vaudeau,** dans 2 cas vec énorme boudin étendu du grêle, a obtenu la guérison par simple dissociation du boudin, suivie de 'administration de vermifuge.

Occlusion par ascaris. — MM. **E.** et **M. Verhaeghe.** L'occlusion siégeait sur la fin du grêle. L'entérotomie, suivie de l'évacuation des parasites et de suture, amena a guérison.

Iléus paralytique révélateur d'une hydronéphrose par vaisseau anormal. — MM. **Decoulx** et **Patoir** ont jugulé l'occlusion très rapidement par une infiltration splanchnique. L'affection rénale était entièrement latente. Son traitement par section du vaisseau et pexie fut suivi d'un rétablissement complet des fonctions intestinales.

Occlusion intestinale au cours d'une appendicite méso-cœliaque avec abcès. — MM. **Ingelrans, Wattel** et **Groult** ont pratiqué une entéro-anastomose suivie de rétablissement du transit.

P. Decoulx.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU NORD

29 Septembre 1944.

Paraplégie flasque et tumeur thoracique. — MM. **Nayrac, Warembourg, Linquette** et **Belbenoit.** La paraplégie flasque, conséquence de la condensation ossense des L 2 et L 3, a précédé de plusieurs mois l'apparition d'une tumeur ganglionnaire médiastinale de nature vraisemblablement lymphogranulomateuse.

Réticulose histio-monocytaire à forme ganglio-spléno-cutanée. — MM. **C. Auguste, J. Driessens** et **J. Paris** rapportent l'observation d'un cas de réticulohistio-monocytose à symptomatologie fonctionnelle purement digestive malgré l'absence de lésions du tractus digestif caractérisé par des lésions cutanées à type d'histiocytome et des lésions ganglio-spléniques à type de monocytome.

Effets de grosses doses de vitamine D sur les tuberculoses cutanées. — MM. **Cl. Huriez** et **J. Leborgne.** L'activité des doses massives de vitamine D associées au calcium suivant la méthode de Charpy est remarquable dans le lupus tuberculeux de la peau et des muqueuses. Ce traitement étendu à d'autres formes dermatologiques de la tuberculose (gommes ramollies, lichen scrofulosorum, tuberculides papulo-nécrotiques) a donné des résultats de valeur égale.

L'histologie avant et après traitement montre bien le processus intime de guérison de ces lésions.

Variations dans la disposition des bronches du lobe supérieur. — MM. **Warembourg, Schœpelynck, Graux** et **Fievez** dégagent l'importance plus grande des zones constantes, malgré les variations de l'arbre bronchique.

Infiltrations anesthésiques dans un cas de polynévrite arsenicale particulièrement douloureuse. — MM. **Doumer, Merlen, Barlet** et **Tacquet.**

Phases d'anergie au cours de la gonococcie. — MM. **Wanhœcke** et **Warembourg.**

Cancer pulmonaire à forme circonscrite. Vérification opératoire. — MM. **Delannoy, Driessens, Warembourg** et **J. Swynghedauw.**

Cancer du poumon à forme micronodulaire bilatérale. — MM. **Gernez, Driessens** et **Garcenot.**

27 Octobre.

Hémiplégie au cours d'accidents sériques. — MM. **A. Verhaeghe** et **J. Balde.** Hémiplégie droite avec Babinski, mais sans aphasie, survenue brusquement, 24 heures après le début d'accidents sériques, 2339 RP. Régression incomplète.

Soustraction par ponction du cul-de-sac dural par la voie épidurale sacrée d'un lipiodol antérieurement injecté par voie lombaire pour un diagnostic radiologique de sciatique. — MM. **A. Verhaeghe** et **J. Balde.**

Le cardiazol intraveineux dans le coma apoplectique. — MM. **A. Verhaeghe** et **Lorriaux.** Contrairement à la tolérance et à l'efficacité de doses, même plus élevées, dans le traitement du coma barbiturique, l'injection de 5 cm^3 dans un cas de coma par ramollissement cérébral déclenche des manifestations convulsives.

Réticulose histio-monocytaire chronique ou maladie de Besnier-Bœck-Schaumann à forme spléno-ganglio-pulmonaire. Téléradiothérapie totale. — MM. **A. Verhaeghe, Driessens,** Mlle **Cornillot** et **M. A. Lorriaux.**

Trois cas d'intoxication par inhalation d'alcool méthylique. — MM. **Merville** et **Marchand** ont noté les symptômes suivants : céphalées, nausées, ébriété, scotome central, dyschromatopsie. Guérison acquise en 3 ou 4 jours.

Syndrome grosse pulmonaire-petite aorte avec péricardite calcifiante. — MM. **R. Legrand** et **Desruelles.**

Deux malformations hépatiques : foie plissé et gros foie symétrique.

R. Pierret.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET BIOLOGIQUES DE MONTPELLIER ET DU LANGUEDOC MÉDITERRANÉEN

7 Juillet 1944.

Thymocytes et lymphocytes. — M. **F. Granet.** La réaction de Turchini, Castel et Kien (hydrolyse et phénylthrihydrolluorone), en montrant une différence dans la constitution chimique des nucléoprotéides des thymocytes et des lymphocytes, permet de conclure que, malgré les apparences données par les techniques de préparation habituelles, le thymus ne saurait être considéré comme un organe lymphoïde.

Polynévrite avec éosinophilie. Granulome éosinophilique. — MM. **J. Euzière, Ng. Duc, P. Cazal, A. Pineau** et **H. Latour.** Polynévrite sensitivo-motrice atteignant surtout les membres inférieurs avec éosinophilie sanguine à 77 pour 100 et médullaire à 72 pour 100. Anémie (2.800.000 G. R.) avec valeur globulaire à 1,09, accompagnée d'hyperleucocytose, hypochlorhydrie et purpura. Liquide céphalo-rachidien normal. Examen coprologique négatif. Evolution en un an et demi, entrecoupée d'une période d'amélioration de plusieurs mois. Etat subfébrile au début.

A l'examen histologique des pièces anatomiques après décès, granulome éosinophilique à localisations multiples, mais prédominant électivement sur les nerfs de la queue de cheval, et provoquant secondairement des lésions dégénératives visibles aussi bien après coloration myélinique qu'après coloration des cylindraxes.

Cirrhoses ictérigènes de classement difficile. — MM. **L. Rimbaud, H. Serre, P. Passouant** et **A. Vedel** rapportent 2 observations de cirrhose hypertrophique avec ictère chronique intense, passagèrement accompagné de décoloration des selles. La rate n'est pas grosse, les signes d'insuffisance hépatique sont modérés, le syndrome d'hypertension portale léger ou tardif. L'étiologie est incertaine : pas d'antécédents lithiasiques, léger éthylisme dans un cas. La ponction-biopsie montre une sclérose à prédominance périportale sans altération marquée des cellules parenchymateuses. De tels cas s'éloignent du cadre classique des cirrhoses biliaires et ne paraissent pas prendre place parmi les formes de la cirrhose de Mossé-Marchand-Mallory, récemment individualisée par Fiessinger.

Réactions nucléales et structure du noyau. — MM. **J. Turchini, P. Castel** et **Khan van Kien.**

Quelques aspects du chondriome de la prostate (glande pelvienne) de « Molge palmatus Schn. ». — MM. **Tuchmann-Duplessis** et **Ch. Bonhomme.**

Syndrome sous-thalamique. Vérification anatomo-pathologique. Ramollissement lacunaire controlatéral sous-thalamique, intégrité du noyau rouge, atrophie homolatérale de l'olive bulbaire. — MM. **P. Boulet, J. Chardonneau, J. Rodier, P. Cazal** et **A. Biscaye.** Présentation de pièces.

Association de manifestations d'hystérie et d'une syphilis cérébrale. — MM. **L. Rimbaud, H. Serre, P. Passouant** et **H. Souchon.**

Sur les modalités évolutives de l'hypertension artérielle de jeûne. — MM. **L. Rimbaud, H. Serre, P. Passouant** et **H. Souchon.**

Manifestations sudorales isolées, symptôme initial d'une maladie de Hodgkin à forme abdominale. — MM. **L. Rimbaud, H. Serre, A. Vedel** et **H. Souchon.**

Accidents nerveux de la thérapeutique antisyphilitique chez deux Indochinois. — MM. **L. Rimbaud, H. Serre, A. Vedel** et **H. Souchon.**

Epanchement interlobaire cloisonné avec image ovalaire chez une cardiaque. — MM. **L. Rimbaud, H. Serre, A. Vedel** et **J. Andreani.**

Œdème de Quincke après injection intraveineuse de rose bengale chez un cirrhotique. — MM. **L. Rimbaud, H. Serre, P. Passouant** et **H. Souchon.**

Œdème de Quincke après injection de rose bengale avec ou sans purpura (3 observations). — MM. **G. Giraud, J.-M. Bert, T. Desmonts** et **P. Cazal.**

Réticulose hystio-monocytaire subaiguë à début ganglio-pulmonaire. — MM. **M. Janbon, P. Bétoulières** et **P. Cazal.**

A. Puech.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE, CHIRURGIE ET PHARMACIE DE TOULOUSE

Juin 1944.

Mononucléose simulant la leucémie aiguë. — MM. **J. Tapie** et **Albarède** présentent l'observation d'un malade chez lequel la coexistence d'une angine, de multiples adénopathies, d'un syndrome infectieux grave et d'une forte mononucléose avec cellules jeunes atypiques avait fait penser à une leucémie aiguë. L'absence de purpura et de phénomènes hémorragiques, l'intégrité de la série rouge, le résultat positif de la réaction de Paul et Bunnel permirent de porter le diagnostic d'adéno-lymphoïdite aiguë que confirma la guérison du sujet.

Les auteurs insistent sur le rôle qu'a pu jouer chez ce malade l'ingestion répétée de produits sulfamidés. Certains syndromes hématiques complexes qu'on observe à l'heure actuelle avec une particulière fréquence reconnaissent une origine chimiothérapique. Les sulfamides ne doivent être prescrits qu'à bon escient et sous une surveillance hématologique régulière.

Perforation typhique et élimination d'ascaris par la plaie opératoire. — MM. **Bouïaran, Cahuzac** et **Gouzy** rapportent l'observation d'un garçonnet de 7 ans opéré d'urgence pour péritonite par perforation qui est traitée par la suture et le drainage. Suites normales : mais par la plaie abdominale font issue dans les jours qui suivent l'intervention 7 ascaris. Les auteurs discutent du rôle qu'ont pu jouer les ascaris dans ces perforations qui par le laboratoire (séro-diagnostic à l'Eberth positif) et la clinique (typhoïde simultanée vérifiée par hémoculture chez le frère du malade) se révèlent comme des perforations typhiques. Pour terminer, les auteurs rappellent les travaux récents sur le pronostic et le traitement de ces perforations intestinales typhiques souvent itératives.

Les formes centrales de la coxarthrie. — MM. **Gadrat** et **Prouzet** ont observé chez 2 malades, en plus des lésions radiographiques habituelles de la coxarthrie, la présence d'images lacunaires siégeant dans la tête fémorale.

Ces images pseudo-kystiques, arrondies ou ovalaires, uniques ou multiples, à centre clair, de 1 à 2 *cm.* de diamètre, caractérisent la forme centrale de la coxarthrie décrite par Huc et Benoist dans laquelle la douleur nettement accentuée persiste la nuit et ne cède pas au repos.

A propos de la novocaïne intraveineuse. — M. **P. Mériel** communique une étude critique des résultats obtenus dans diverses affections : variables dans les dyspnées asthmatiformes, bon dans un cas d'aortite abdominale rebelle à toute thérapeutique, excellents dans les engelures, favorable dans une anurie au cours d'une endocardite maligne, incertains dans la maladie de Raynaud.

Plaie pénétrante de l'abdomen par éclat d'obus, issue d'un ascaris par la plaie intestinale. — M. **J.-P. Tourneux** relate le cas d'un jeune soldat blessé en Mars 1915 par un éclat d'obus ayant déterminé une plaie pénétrante de l'abdomen et chez lequel au cours de la laparotomie on constata la présence d'un ascaris faisant saillie à travers une plaie de l'intestin grêle. Le blessé qui présentait deux perforations intestinales guérit sans complications.

Adéno-cancer du foie avec cirrhose. — MM. **Roques, de Brux** et **Bollinelli.**

Natalité et avortements. — M. **J.-P. Tourneux.**

J.-P. Tourneux.

SOCIÉTÉ D'OTO-NEURO-OPHTALMOLOGIE DE TOULOUSE

1er Mai 1944.

Traitement des hémorragies rétiniennes des diabétiques. — MM. **Pechdo** et **Gayral.** Chez 7 grands diabétiques, avec hémorragies rétiniennes évolutives, amélioration considérable après suppression de l'insuline par l'iode, Bi, calcium et collyres à l'adrénaline.

Pseudo-signe d'Argyll-Robertson. — MM. **Calmette** et **Tabarly.** Au cours de la régression d'une paralysie traumatique de la IIIe paire, réapparition de la réaction à la convergence et absence du photo-moteur.

Maladie de von Hippel. — M. **Couadau.**

Syndrome de Gradenigo. — MM. **J. Bardier, R. Escat** et **L. Ribaut.**

Fractures multiples fermées des deux régions fronto-orbitaires ; effondrement des sinus, hernie encéphalique intra-orbitaire. — MM. **Lieux** et **Rouzet.**

16 Juin.

Tumeur du nerf optique. — MM. **Calmette** et **Deodati.** Tumeur gliomateuse du type astrocytaire, avec des zones d'aspect schwannoïde, propagée dans le canal optique, avec trou optique élargi visible à la radiographie. La voie d'accès de Guillaume a permis l'extirpation orbitaire de la tumeur.

A propos de deux cas d'écoulement du liquide céphalo-rachidien par voie nasale. — MM. **Rigaud** et **J. Bardier.** Après traumatismes craniens, écoulement de liquide, pendant 2 ans, sans le moindre trouble et perdus de vue.

Actuellement, les auteurs pratiqueraient l'obturation de la brèche par voie endocranienne, 20 à 30 jours après le trauma. Intérêt de la sulfamidothérapie.

Paralysie hétéro-latérale de la VIe paire au cours de l'évolution d'une oto-mastoïdite aiguë. — MM. **Escat** et **Deodati.** Au 40e jour d'une oto-mastoïdite torpide, apparition d'une paralysie de la VIe paire et d'une grosse stase, qui ont cédé à une mastoïdectomie.

A propos d'un cas de labyrinthite syphilitique. — MM. **Bazex, Deodati** et **Lo.** Hérédo-syphilitique qui à l'âge de 53 ans, au cours d'un traitement par Bi subit une labyrinthite pure.

Variétés macroscopiques et histologiques de méningiomes. — MM. **Riser, Gayral** et Mlle **Lavitry**

PETITES CLINIQUES DE "LA PRESSE MÉDICALE"

N° 668.

Pneumopéritoine pour syndrome gastrique consécutif à une phrénicectomie gauche

Guérison complète et durable

par S. Belbenoit
Service Phtisiologique de l'Hôpital d'Arras.

A la suite des interventions sur le nerf phrénique gauche, on a signalé, depuis longtemps déjà, des troubles fonctionnels gastriques, habituellement bénins mais parfois plus graves, au point même d'entraîner dans certains cas des interventions chirurgicales, telles que la gastro-entérostomie. Monaldi et Sisti ont montré que ces troubles constituent une bonne indication du pneumopéritoine thérapeutique. Voici une observation :

S... Auguste, 40 ans, présente une tuberculose pulmonaire bactériologiquement confirmée, qui date apparemment de Juillet 1942. Il s'agit d'une petite lésion du sommet gauche, sous-claviculaire interne, ne semblant pas excavée. Un pneumothorax gauche échoue en raison d'une symphyse totale et cette tentative infructueuse est suivie d'une phrénicectomie gauche qui est réalisée le 15 Juillet 1942 (résection du nerf sur 8 *cm.*). Or, immédiatement après l'intervention, chez cet homme, qui n'avait auparavant jamais ressenti le moindre trouble, s'installe un syndrome digestif particulièrement sérieux et tenace. Ce syndrome persiste en effet plus d'un an après la phrénicectomie, en Octobre 1943. A cette date, on relève les symptômes suivants : des douleurs épigastriques survenant deux heures après chaque repas matin, midi et soir, et habituellement calmées à la suite d'un vomissement muco-alimentaire. Il n'y a pas de périodicité nette et le malade a souffert à peu près tout le temps depuis la phrénicectomie avec des atténuations légères qui n'ont jamais dépassé trois semaines. Accessoirement sont signalés des vertiges accompagnant les douleurs. Pas de céphalée. Les selles sont normales ; ni constipation, ni diarrhée, ni melæna.

Les diverses thérapeutiques courantes sont peu efficaces. Les poudres alcalines soulagent légèrement les douleurs. Une série de laristine apporte aussi un calme momentané, notamment en ce qui concerne les vomissements.

Bien entendu, l'état général est altéré, sans rapport avec l'état pulmonaire qui n'a marqué aucune aggravation, et malgré un repos relatif. Le poids demeure à 10 *kg.* en-dessous du poids d'avant la maladie.

En présence de signes digestifs aussi importants, différents médecins ont envisagé le diagnostic d'ulcère d'estomac. Un examen radioscopique, sans prise de clichés, aurait même donné confirmation. Une intervention chirurgicale a été discutée et rejetée sur le conseil de M. Château, médecin-chef de l'hôpital d'Arras, en raison de la tuberculose pulmonaire.

A l'examen, sujet maigre. Pratiquement pas de signes objectifs ; légère sensibilité abdominale. Foie normal. Pas de grosse rate. Du point de vue pulmonaire, la lésion du sommet gauche est comparable à ce qu'elle était en Juillet 1942. Un nouveau cliché montre la même opacité discrète sous-claviculaire interne. L'hémidiaphragme est moyennement relevé et en scopie les mouvements sont à peu près supprimés et inversés. Un examen de crachats s'est montré positif un mois auparavant, en Septembre 1942, à la suite d'un certain nombre d'examens négatifs. La température est normale. Il n'y a rien à signaler d'autre part, sinon un soupçon d'éthylisme.

Devant ce tableau, il semble qu'on puisse s'orienter vers le diagnostic de troubles fonctionnels consécutifs à une phrénicectomie gauche et tenter l'épreuve du pneumopéritoine. Quant au diagnostic d'ulcère d'estomac qui n'a jamais été étayé d'aucun examen sérieux, il n'est guère vraisemblable cliniquement.

Une première tentative de pneumopéritoine échoue le 8 Octobre 1943. L'aiguille ne pénètre pas dans la cavité péritonéale et la radioscopie ne montre pas l'image caractéristique après une minime insufflation. Cette fausse route n'entraîne aucun incident et naturellement ne modifie pas les troubles gastriques.

Deuxième tentative le 14 Octobre, avec, cette fois, réalisation d'un pneumopéritoine correct. L'aiguille enfoncée au symétrique du point de Mac Burney en direction de la xiphoïde, biseau en l'air, pénètre dans la cavité abdominale après une infiltration anesthésique de tous les plans de la paroi. Insufflation de 400 cm^3 suivie d'une douleur dans l'épaule lorsque le malade se relève. En radioscopie, petite collection gazeuse qui se localise électivemnt sous l'hémidiaphragme gauche et se réduit du côté droit à un mince liséré.

Lors de l'insufflation suivante, on constate en radioscopie que le pneumopéritoine est presque résorbé. Les douleurs et vomissements tout d'abord calmés viennent de reprendre. Une insufflation de 1.000 cm^3 calme immédiatement la douleur. D'ailleurs la sédation va se confirmer dans la suite, le pneumopéritoine étant régulièrement entretenu. D'Octobre 1943 à Mars 1944, 21 insufflations sont pratiquées sans incident (tous les huit jours, puis tous les quinze jours). Les chiffres d'insufflation varient entre 600 et 1.100 cm^3. Le résultat du point de vue digestif est parfait et se maintient tel. Disparition totale des douleurs et des vomissements. Le malade a supprimé toute médication buccale, en particulier les poudres alcalines auxquelles il recourrait continuellement. Amélioration du psychisme et du caractère. Légère reprise du poids. Du point de vue pulmonaire, malgré un relèvement important de l'hémidiaphragme gauche par le pneumopéritoine, la lésion du sommet demeure stationnaire. Expectoration rare inconstamment bacillifère. Quelques crachats hémoptoïques en Février 1944.

Pour compléter le diagnostic on procède à de nouveaux examens radiologiques de l'estomac et à une laparoscopie.

Les *examens radiologiques*, du reste incomplets pour des raisons matérielles, ne montrent plus de signes d'ulcus.

La *laparoscopie* [1] est faite le 7 Février au pleuroscope à vision indirecte, le trocart étant placé au point habituel des insufflations. Grâce à l'injection intraveineuse préalable de phlébaffine et à l'insufflation continue au piézogène Lumière, on explore sans difficulté la moitié inférieure de l'abdomen. Dans le flanc droit et la fosse iliaque droite on constate un aspect anormal qui contraste avec l'aspect d'ensemble. A ce niveau, masse viscérale agglomérée à surface chagrinée creusée de sillons plus ou moins profonds. Un segment de tube intestinal de coloration lilas se détache sur la tonalité jaunâtre du voisinage. Une adhérence nacrée falciforme unit l'intestin à la paroi et la pression extérieure au point d'insertion détermine de la douleur, de même que les mouvements du pleuroscope au voisinage de l'adhérence.

Les suites de l'endoscopie sont parfaitement anodines. Le pneumopéritoine a été entretenu régulièrement jusqu'au 29 Mars 1944. A ce moment le malade doit s'absenter quelque temps. Revu à la consultation de l'hôpital d'Arras le 27 Avril, il accuse à nouveau des douleurs et surtout des vomissements muco-alimentaires. L'examen radioscopique nous donne l'explication : on ne voit plus qu'un mince liséré gazeux sous-diaphragmatique droit. Une insufflation de 1.200 cm^3 supprime immédiatement le syndrome digestif et ce résultat est maintenu par l'entretien régulier du pneumopéritoine en cure ambulatoire. A ce jour l'état est satisfaisant. Un pneumothorax extrapleural es envisagé pour collaber le sommet gauche [2].

Cette observation suscite quelques réflexions. L pneumopéritoine a supprimé radicalement un syndrome gastrique sérieux apparu à la suite d'un phrénicectomie gauche et persistant depuis plu d'un an. La contre-épreuve a été réalisée par l'abandon involontaire du pneumopéritoine, ce qui entraîné la réapparition des troubles digestifs, e par sa reprise qui les a de nouveau suppri més. Dans ces conditions, il est à craindre qu'o ne soit condamné à un traitement perpétuel. Cett éventualité ne paraît pas avoir été signalée Monaldi et Sisti, cités par Bruno Besta et Dutrenit ont guéri des cas semblables en une semain à deux mois.

Sur l'étiquette précise à donner aux trouble digestifs la discussion est possible : on pourrai critiquer ici le terme de troubles fonctionnels gastriques et attribuer le syndrome digestif à de lésions organiques extra-gastriques ou même gastriques. Les constatations endoscopiques apporten en effet la notion d'une tuberculose intestinale probable. Quant au diagnostic d'ulcère d'estomac, i n'avait été envisagé que par ignorance des complications digestives de la phrénicectomie gauche. supposer qu'il fût exact, l'apparition des trouble après l'intervention et l'action du pneumopéritoin n'en seraient que plus curieuses.

Quant au mode d'action du pneumopéritoine e pareil cas, il demeure incertain. On peut dire simplement que l'interposition d'un tampon gazeux en supprimant l'étroite solidarité du contenu et d contenant, a remédié au tiraillement exercé su une masse viscérale peut-être pathologique par un ventouse pulmonaire que n'équilibrait plus la tonicité diaphragmatique.

1. S. Belbenoit : Pneumo-péritoine et laparoscopie chez les tuberculeux pulmonaires. *Société d'Etudes Scientifiques sur la Tuberculose*, 9 Mai 1942.

2. En Octobre 1944, un an après la création du pneumopéritoine

---

Pharmacologie de l'Osier rouge ou Saule pourpré

(*Salix purpurea* L.)

Depuis l'introduction du quinquina en Europe, les pharmacologistes se sont livrés à de patientes recherches pour trouve dans la flore indigène des plantes qui pussent remplacer u remède si précieux, aux époques, comme la nôtre, où de grave événements s'opposent à ce qu'il nous arrive des contrées don il est originaire. Ces recherches ont été, jusqu'à ce jour, pe fructueuses : ni le marronnier d'Inde, ni l'aune, ni le chêne ni le berbéris, ni le saule qu'on a proposé de substituer a quinquina ne peuvent lui servir de succédané. De ces arbres, s communément répandus dans notre pays, le seul dont on pourrait escompter quelque profit est le saule, notamment la variét connue sous les noms d'osier rouge, de saule pourpré, le *Salix purpurea* L, arbrisseau abondant le long des cours d'eau et a bord des marécages où il dresse ses pousses grêles et allongée que recouvre une écorce lisse et brillante, d'une teinte olivâtr ou d'un pourpre foncé et qui se distingue surtout de se congénères par la disposition opposée de ses feuilles.

Si les hétérosides que contient cette écorce, la *salicine* o *salicoside* et le *salipurposide*, ce dernier isolé en 1931 pa MM. Charaux et Rabaté, ne peuvent jouer le rôle dévolu à l quinine et conférer à l'osier rouge de vertu antépériodique appréciable, leur association à d'autres substances, principalement au tanin, en fait du moins un remède qu'on peut prescrir avec avantage dans les cas de la pratique courante où il est d tradition d'employer le quinquina, non pas comme fébrifug mais comme tonique astringent chez les tuberculeux justiciable de la médication tannique, chez les convalescents au cours de fièvres adynamiques, chez les malades dont il est nécessaire d relever l'état général et de stimuler les réactions de défens organique. J'ai souvent utilisé avec succès, dans des famille indigentes auxquelles il eût été difficile de se procurer le classique vin de quinquina, de 100 à 150 *g.* par jour d'un œnol préparé en faisant macérer pendant 10 jours 100 *g.* d'écorc d'osier rouge dans 1 litre de vin rouge.

Chez les patients qui le seraient trop peu pour attendre qu se fût écoulé le temps qu'exige cette préparation, on la remplacera par l'extrait fluide à la dose de 2 à 3 *g.* avant chacu des deux repas, pris tel quel dans un peu d'eau ou mélang à du vin dans les proportions qu'indique le Codex pour l vin de quinquina (30 *g.* d'extrait pour 970 *g.* de vin). Si l'o a la possibilité d'utiliser un vin liquoreux dans le genre d Banuyls, on obtient un breuvage dont la saveur n'a rien qu d'assez agréable, si j'en juge à l'accueil que lui faisaient, lor de la grande pandémie de grippe espagnole de 1918, le malades qui venaient tendre leur « quart » à l'infirmier charg de le leur distribuer.

Henri Leclerc.

CHRONIQUES
VARIÉTÉS • INFORMATIONS

L'Hôpital Necker ancien Hospice de Charité [1]

Les hôpitaux de l'Ancien Régime n'étaient pas eulement insuffisants, ils étaient souvent mal administrés. L'établissement de la rue de Sèvres faisait xception à la règle. C'est à la clairvoyance de Necker, à la philanthropie de ce grand ministre que 'on doit la création de cette maison destinée à 'origine aux malades indigents des paroisses de Saint-Sulpice et du Gros Caillou.

« L'hôpital Necker fut le premier, écrit Clavareau, qui fit faire des réflexions sérieuses sur les vices de la plupart des hôpitaux de Paris. » Convaincu de la nécessité d'apporter un changement radical dans l'organisation hospitalière, dont il déplorait les lacunes, le ministre de Louis XVI résolut d'user de tout son pouvoir pour améliorer le sort des malheureux. Dans une lettre datée de Juin 1778, Mme Necker écrivait à son amie Mme Reverdil : « M. Necker, qui voulait réformer les hôpitaux du royaume, désirait d'avoir sous les yeux un modèle en petit qui lui donnât une idée précise de ce que doit coûter chaque malade. » Préoccupation légitime chez un ministre économe des deniers publics.

« Il s'agissait, écrit M. d'Haussonville, de démontrer par l'expérience la possibilité de réaliser sans dépenses exagérées un progrès considérable pour l'époque : soigner chaque malade dans un lit séparé, et Mme Necker se consacra à cette tâche avec l'ardeur qu'elle mettait à toute chose [2]. »

Ce modeste établissement, qui ne disposait à l'origine que de 120 lits, répondait donc à un but bien précis. C'est alors que Mme Necker se mit en quête d'un établissement susceptible d'être transformé en hôpital. Un ancien couvent de la rue de Sèvres, abandonné depuis peu par les bénédictines de Notre-Dame-de-Liesse, fut rapidement aménagé à cet effet. Aidée du curé de Saint-Sulpice, elle passe un bail de neuf ans avec les religieuses, au prix de 3.600 livres par an. Dès le 1er Juillet 1778, elle avait la jouissance de cette maison qu'elle organisa et dirigea pendant dix ans.

Outre la subvention annuelle de 42.000 livres accordée par Louis XVI, elle disposait encore d'une somme considérable [3] : 500.000 livres données par Mgr de Beaumont. Avec une générosité qui prouvait à la fois sa sollicitude envers les malheureux et sa confiance dans la bonté de M. Necker, l'archevêque de Paris pensa ne pas en faire un meilleur usage que de lui remettre « les dits fonds pour être employés, dit l'acte de donation, suivant ses vues à tel objet d'utilité publique qu'il jugera convenable, voulant qu'il ne puisse être tenu de rendre compte du dit employ qu'à Sa Majesté seule. » Cet exemple d'un prince de l'Eglise prêtant son appui à la philanthropie d'un ministre protestant montre que notre ancien clergé savait à l'occasion faire preuve d'une certaine largeur de vues.

Dès le 27 Septembre, l'*Hospice de Charité*, appelé aussi *Hospice des paroisses de Saint-Sulpice et du Gros Caillou* [4], était en état de recevoir ses premiers pensionnaires. Séduit par l'élan charitable de Mme Necker, le Dr Galatin, qui en fut le premier médecin, proposa ses services à titre gratuit. « L'ordre et l'économie [5], déclare Clavareau, ont présidé à l'organisation de cet établissement », qui était fort bien tenu au point de vue administratif. Les admissions se faisaient sur un simple billet signé de la Supérieure ou du curé de la paroisse. Le nom de chaque entrant était inscrit sur un registre ainsi que sur une fiche jointe aux vêtements du malade. Une étiquette fixée au pied du lit portait la date d'entrée et le régime prescrit. Le service, assuré par 12 sœurs de charité, se faisait avec la plus grande régularité. Chaque mois, un rapport médical était adressé à la direction. Dans une petite brochure intitulée : *L'Hospice*, se trouvaient exposés les premiers résultats obtenus.

Deux éditions successives prouvaient le succès de cette habile propagande. Au reçu de cette notice, Diderot adressait à Madame Necker ces lignes élogieuses : « Madame... j'ai vu... la bienfaisance et la pitié tendre leurs mains secourables à la partie de l'espèce humaine la plus à plaindre, les malades indigens. *L'Hospice* enseigne leurs devoirs à tous les fondateurs et directeurs d'hôpitaux ; grandes leçons qui resteront infructueuses ; mais ceux qui les ont données marcheront sur la terre au milieu de l'admiration et des éloges de leurs contemporains. Ils n'en mériteront pas moins de leur vivant ou après leur mort un monument commun où l'on nous montrerait l'un instruisant les maîtres du monde, et l'autre relevant le pauvre abattu... [6] »

Hôpital Necker, 2e cour et jardins (*Arch. de l'Assistance Publique*).

Buffon, lui aussi, témoignait une admiration profonde à Necker qu'il appelait « notre grand homme ». « Je vois M. Necker, écrivait-il à sa femme, non seulement comme un génie, mais comme un dieu tutélaire, amant de l'humanité, qui se fait adorer à mesure qu'il se découvre. J'en dirais bien autant d'une autre moitié de lui-même, mais vous me désavoueriez, mon adorable amie... »

Si la tenue de cet établissement pouvait être donnée en modèle, malheureusement il laissait beaucoup à désirer au point de vue du cubage d'air très insuffisant. Rien n'approchait des immenses salles de la Charité, si bien installées par les Frères de Saint-Jean-de-Dieu.

Sur 6 salles, distribuées moitié au rez-de-chaussée, moitié au premier étage, 2 seulement, affectées aux maladies chirurgicales, étaient de construction récente. Les autres, destinées aux fébricitants ordinaires, aux convalescents et aux fièvres malignes, avaient été aménagées à la hâte dans les anciens dortoirs des religieuses où régnait « en tous sens un air épais et fétide [7] ».

Aussi, la mortalité était-elle « la plus forte connue après l'*Hôtel-Dieu* [8] ». Fâcheux résultat pour un hôpital modèle, bientôt réputé pour le plus insalubre de la capitale ! Il est vrai qu'entre temps le ministre avait été disgracié ! Aussi, Mme Necker, un peu déçue, s'en prit-elle aux Frères de Saint-Jean-de-Dieu auxquels elle reprocha leur « savoir faire » sous prétexte qu'ils ne recevaient chez eux ni vieillards, ni contagieux. Mais la raison qu'elle invoquait, d'ailleurs valable, ne suffisait pas à expliquer leurs succès, qu'ils devaient principalement à la stricte application des règles de l'hygiène.

Désigné sous le nom d'*Hospice de l'Ouest* à l'époque révolutionnaire, il prit sous le Consulat le nom de sa bienfaitrice. Un rapport de l'époque [9] nous apprend que « les bâtiments vieux et mal disposés n'étaient pas beaux même pour un couvent ». Aussi le Conseil des Hospices fit-il procéder à de nombreuses réparations et améliorations. Entièrement reconstruit sous le règne de Louis-Philippe [10], l'établissement actuel ne conserve plus de l'ancien couvent que la chapelle construite en 1663. Placée à l'extrémité des bâtiments, dans l'axe de l'entrée, elle était encore intacte à la fin du siècle dernier. Son toit plat et sa façade décorée de pilastres lui donnent l'aspect d'un petit temple antique. On aperçoit encore quelques motifs sculptés au-dessus de la porte d'entrée, ainsi que des têtes d'angelots placées entre les volutes des chapiteaux ioniques.

Le beau portrait « classé [11] » de Mme Necker que l'on voit aujourd'hui dans le cabinet du Directeur, à côté de celui de Mme de Staël, décorait autrefois le parloir des religieuses.

Une toile également « classée » « offerte par les sœurs de Charité de l'hospice à M. le Directeur général des Finances » représente *une salle de l'Hospice de Charité de la paroisse de Saint-Sulpice* en 1780.

Sur la porte d'entrée ornée d'un fronton triangulaire, on lit : HOPITAL NECKER, MDCCLXXIX [12]. A droite, une plaque [13] rappelle le nom de l'illustre médecin qui assura le service de cet hôpital de 1816 à 1823.

A en juger par l'appréciation flatteuse qu'il en donne, Maxime du Camp semble avoir gardé une impression favorable de sa visite en 1870 : « Les préaux de Necker, écrit-il, sont charmans ; il y a des berceaux de clématite, de beaux gazons, des plates-bandes de fleurs. Cet hôpital du reste, ajoute-t-il, est bien connu, il est presque célèbre dans la population parisienne. Ses hautes salles, son calme parfait, l'espèce de petit parc qui l'avoisine le font rechercher par les malades. Aussi, les lits y sont-ils rarement libres, car c'est à qui demandera à y être admis [14]. »

Devenu avec Guyon et ses successeurs le centre d'enseignement de l'urologie, la grande maison de la rue de Sèvres, fidèle à la tradition, conserve le prestige qui s'attache à l'Ecole de Necker.

Pierre Vallery-Radot.

1. Raymond Gervais : Histoire de l'Hôpital Necker. *Thèse de Paris*, 1885.
2. Le salon de Mme Necker d'après des documents tirés des archives de Coppet. *Revue des Deux Mondes*, 15 Décembre 1880.
3. Gagnée dans un procès contre la Ville de Paris.
4. Pour le distinguer de l'Hospice de Charité de la rue des Saints-Pères.
5. La dépense journalière par malade n'exédait pas 17 sols, alors qu'elle était de 29 sols à l'Hôtel-Dieu, de 30 sols à la Charité, de 42 sols aux Incurables. Clavareau : *Mémoire sur les Hôpitaux civils de Paris*, 1805.
6. Texte complet cité par M. d'Haussonville.
7. Clavareau.
8. Tenon : *Mémoire sur les Hôpitaux de Paris*, 1788.
9. Camus et Duquesnoy : An XI. *Rapport au Conseil général des Hospices sur les hôpitaux et hospices.*
10. Premiers travaux d'agrandissement commencés de 182 à 1839 et continués en 1851 et 1858.
11. L'original, par Duplessis, se trouve à Coppet et appartient à Mme d'Haussonville.
12. A la place de cette date, qui est erronée, lire : 177
13. « Dans cet hôpital, Laennec découvrit l'auscultation 1781-1826. »
14. Les Hôpitaux de Paris. *Revue des Deux Mondes* 1er Août 1870.

Suicide et chantage au suicide chez l'enfant et l'adolescent

Le suicide chez l'enfant, qui avait déjà été l'objet d'intéressants travaux, vient d'être repris comme sujet d'étude dans la thèse de M. Le Moal [1], inspirée par M. Heuyer. Basée sur 165 observations personnelles ayant trait soit au suicide, soit au chantage au suicide d'enfants et d'adolescents, l'auteur s'efforce de préciser le rôle qui revient aux divers facteurs qui ont joué un rôle dans leur genèse : troubles caractériels, hérédité, antécédents personnels, milieu.

Le nombre des suicides croît avec l'âge, et le maximum est atteint à la puberté. Le suicide est plus fréquent chez les garçons (3 garçons pour 2 filles).

Le mode de suicide n'est pas le même dans les 2 sexes : le garçon de 10 à 14 ans se suicide par pendaison, par arme à feu de 15 à 19 ans ; la fille se suicide par noyade ou arme à feu, elle ne se pend pas.

Il faut distinguer dans la tentative de suicide celle qui est sincère, et celle qui ne l'est pas. Sur 165 observations, 53 relèvent du chantage, 99 sont sincères, 13 sont à mettre à part.

Le chantage au suicide, menace ou tentative formulée ou exécutée sans conviction, peut présenter trois degrés : menaces, tentatives seulement ébauchées, tentatives achevées.

Quant au mobile du chantage, on peut distinguer : 1° le chantage vrai, celui du pervers, du « bourreau domestique » ; 2° le chantage affectif, celui du mythomane, du pithiatique ; 3° le chantage du coléreux, le plus fréquent, relevant de l'impulsivité.

Même prédilection dans les deux sexes pour le chantage, mais précocité plus grande du garçon où le chantage apparaît vers l'âge de 7 ans, chez la fille vers 13 ans. L'ensemble de ces sujets avait un niveau mental moyen.

Dans les antécédents héréditaires de ces sujets on retrouve en premier l'éthylisme (40 pour 100 les cas) et surtout les tentatives avortées ou réussies de suicide ; sur le plan familial, la dissociation ou les tares familiales dans 37 pour 100. Dans 8 pour 100 seulement des cas, absence de tout antécédent.

Les idées de suicide, les tentatives sincères se présentent chez des sujets pour lesquels la vie est devenue insupportable; soit parce que le sujet hyperémotif ressent trop vivement, et s'exagère les peines et les difficultés de la vie; soit parce que insensible à toutes les émotions, il est devenu indifférent à tout.

Les idées de suicide se greffent essentiellement sur un fond d'hyperémotivité ou de dépression 23 fois sur 27).

Les tentatives sincères de suicide peuvent apparaître chez des impulsifs, des émotifs, des déprimés, des cyclothymiques, des pervers et des paranoïaques.

Les tentatives impulsives, les plus fréquentes (34 pour 100 des cas), prédominant chez le garçon, imputables beaucoup plus à l'impulsivité qu'à l'impulsion vraie, peuvent se grouper sous quatre chefs : 1° l'impulsion au suicide de l'épileptique survenant au cours d'une crise, équivalent ou impulsion mnésique ; 2° l'impulsion au suicide par absence chronique d'un psychisme cohérent, impulsion absurde, inadaptée; 3° le suicide impulsif simple caractérisé par sa soudaineté, le sujet obéissant à une force qui le domine; 4° le suicide impulsif des petits déprimés chez lesquels l'impulsivité agit sur un fond de dépression.

Les tentatives des hyperémotifs sont celles où l'hyperémotivité, bien que suffisante parfois à elle seule pour déclencher la tentative, s'associe plus souvent à l'anxiété et la dépression qui en résulte, pour justifier le passage à l'acte. Des deux facteurs intimement intriqués, émotivité et dépression, il est difficile de savoir lequel des deux a joué le rôle principal ou prédominant.

Les tentatives des déprimés se présentent chez des déprimés simples, des mélancoliques, des cyclothymiques en phase de dépression. La mélancolie ne se rencontre que chez l'adolescent.

Les tentatives des paranoïaques peuvent se manifester au cours d'un paroxysme d'orgueil blessé, ou par l'association d'impulsivité et de dépression à la paranoïa.

Les tentatives des pervers sont dues à un appoint émotif ou dépressif.

Les idées et tentatives de suicide sont plus précoces chez le garçon, on en a cité à 5 ans et même 3 ans. La puberté joue un rôle plus grand chez la fille, et ces idées n'apparaissent guère avant 13 ans. Les suicides les plus précoces relèvent de la dépression et de l'impulsivité. Les paranoïaques et les pervers ne se suicident pas avant 14 ans.

L'émotivité joue un rôle plus important chez la fille dans la genèse des tentatives de suicide.

La théorie sociologique qui rend le milieu responsable du suicide ne saurait être admise, car le milieu est le même pour tous et le nombre des suicides est minime. La cause est psychiatrique et réside presque toujours dans la constitution mentale du sujet qui a été étudiée précédemment ; elle peut résumer à elle seule le motif du suicide. Souvent il existe en plus un prétexte qui lui est d'ordre social. Celui-ci peut paraître souvent minime chez l'enfant, mais il faut tenir compte de la sensibilité de l'enfant, et de ce que la fixation sur l'objet est d'autant plus forte et plus exclusive que le sujet est plus jeune.

Dans la démence précoce, le suicide peut survenir au cours d'un accès mélancolique, être provoqué par un processus impulsif, ou encore par une hallucination auditive.

Les problèmes thérapeutique et prophylactique se confondent. Le traitement psychique devra s'adresser à la fois au milieu et à l'enfant. Quand le milieu est par trop indésirable, il vaut mieux retirer l'enfant. Le sujet prédisposé peut trouver des prétextes de suicide, dans la famille, à l'école, en apprentissage. Le rôle de la famille dissociée, déséquilibrée, tarée, socialement et moralement, est très important. Dans sa thèse, Le Moal ne trouve que 25 pour 100 de familles à peu près normales.

A l'action néfaste de la famille s'ajoute celle de la société moderne, et en particulier du cinéma des lectures pernicieuses où le suicidé peut se trouver prôné, et qui sapent la résistance morale du sujet.

Quand la constitution mentale du sujet est la cause principale de la tentative de suicide, on a peu de chance de la modifier. On peut peut-être agir sur les complications qui ont déclenché la tentative.

Si au contraire les mobiles principaux sont d'ordre affectif, alors une psychothérapie bien conduite pourra donner d'appréciables résultats.

En tout état de cause, la conjonction de deux facteurs, le milieu et l'individu, s'associent pour aboutir à la tentative ou au suicide. Dans la mesure du possible, il faudra agir sur l'un et l'autre afin de l'empêcher.

H. Schaeffer.

1. Le Moal : Suicide, chantage au suicide chez l'enfant et l'adolescent. *Thèse de Paris*, 1944 (Impr. Laboureur).

Livres Nouveaux

L'Année médicale pratique, 13e année, édition 1944 publiée sous la direction du Professeur C. Lian, médecin de l'Hôpital Tenon. 1 volume in-16° couronne 500 pages (*Edition Lépine*, 39, rue d'Amsterdam) Paris, 1944. — Prix : 75 francs.

L'Année médicale pratique vient de paraître, cette année comme les années précédentes, en dépit des difficultés de l'heure, et il convient d'en féliciter hautement auteurs et éditeur. Comme chaque année, on y trouve, en des articles clairs et condensés, toutes les notions pratiques que chaque médecin doit retenir des publications parues sur les sujets d'actualité. Ce ne sont pas de sèches analyses, mais des mises au point de chaque sujet, avec une note personnelle de l'auteur, qui est toujours un homme particulièrement qualifié, et souvent lui-même un des maîtres de la Faculté ou des Hôpitaux de Paris. Exprimons le vœu que les prochaines éditions, grâce à la fin de la crise du papier retrouvent, comme dans les éditions d'avant-guerre l'index alphabétique des 5 années précédentes, qui permettait à chacun de se documenter aisément pour chaque question sur les travaux antérieurs.

L. Rivet.

Théorie de l'Electro-encéphalogramme (états élémentaires), par Ivan Bertrand et R.-S. Lacape. 1 vol. de 160 pages (*Doin*, édit.), Paris, 1943. — Prix : 180 fr.

Que l'étude des séries de Fourier pût un jour être de quelque utilité en physiologie du système nerveux voilà qui eût étonné bien des neurologues du début du siècle. C'est pourtant ce qui ressort de la lecture du beau livre de MM. Ivan Bertrand et R.-S. Lacape.

Des courbes en apparence inextricables de tracé électro-encéphalographiques, ils isolent des groupes particuliers : les « groupes fuseaux » qu'ils soumettent à l'analyse harmonique. Ils obtiennent ainsi des « spectres » de ces groupes. Envisageant ensuite les possibilités théoriques de combinaison en fréquence, en amplitude et en phase des composants élémentaires, ils sont amenés à prévoir l'existence de groupes nouveaux (en particulier les groupes cosinus), qui sont effectivement retrouvés dans certains tracés. On peut en tirer la conclusion qu'il n'y a pas lieu de maintenir la distinction classique entre ondes α, β et δ.

Les auteurs condensent ces résultats en une formule qui représente une loi générale des états élémentaires des électro-encéphalogrammes.

Ils tentent d'en donner ensuite une interprétation très intéressante, mais à laquelle ils reconnaissent eux-mêmes un caractère encore largement hypothétique.

A. Strohl.

INFORMATIONS

CONSEIL SUPÉRIEUR DES MÉDECINS

Par arrêté du 3 Février 1945, la Commission des praticiens de l'art dentaire complétant le Conseil supérieur des médecins est composée comme suit :

MM. Angot (Paris) ; Avdane (Paris) ; Bertrand (Amiens) ; Guilleux (Meaux) ; Lentulo (Bleneau) ; Jouvet (Saint-Malo) ; Malarto (Avignon) ; Marandas (Paris) ; Martin (Lyon) ; Moreau (Paris) ; Payan (Nice) ; Pichenez (Virollay) ; Rosenstiel-Rheller (Strasbourg) ; Jarthon (Bordeaux) ; Sennac (Paris) ; Soulet (Clermont-Ferrand).

(*J. O.* du 7 Février 1945.)

Par arrêté du 3 Février 1945, la Commission des sages-femmes complétant le Conseil supérieur des médecins est composée comme suit :

Mmes Baivet (Morbihan) ; Castamagno (Marseille) ; Delhaye (Rouen); Galiou (Paris) ; Jay (Persan) ; Lanrier (Tonneins) ; Martin (Montluçon) ; Mieur (Angers) ; Mosse (Paris) ; Renaudier (Toulouse) ; Tredez (Lille) ; Valby (Paris).

(*J. O.* du 7 Février 1945.)

Section spéciale des praticiens de l'art dentaire

Par arrêté du 3 Février 1945, la Section d'appel disciplinaire du Conseil supérieur des médecins est complétée comme suit :

MM. Avdane (Paris) ; Marandas (Paris) ; Pichenez (Virollay) ; Soulet (Clermont-Ferrand).

(*J. O.* du 7 Février 1945.)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Comité consultatif du Comité d'organisation des industries et du Commerce des produits pharmaceutiques

Par arrêté du 6 Février 1945, sont nommés membres du Comité consultatif auprès du Comité d'organisation des industries et du commerce des produits pharmaceutiques :

Mlle Jeanne Levy, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris. MM. Damiens, professeur agrégé à la Faculté de Pharmacie de Paris. Le docteur Justin Besançon, médecin des Hôpitaux de Paris. Le docteur Duvellenoy, représentant des médecins praticiens M. Merma, représentant du personnel des services hospitaliers. (*J. O.*, 8 Février 1945.)

— Par arrêté du 30 Janvier 1945, Mme le docteur Larsol (Paulette) est nommée médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé dans le département de la *Haute-Garonne*, au maximum pour la durée des hostilités. M. le docteur Stoder est affecté en la même qualité dans le département du *Haut-Rhin*.

(*J. O.* du 11 Février 1945.)

— Par arrêté du 8 Février 1945, M. le Prof. Duvoir, de la Faculté de Médecine de Paris, a été nommé conseiller technique sanitaire du ministère de la Santé publique pour l'hygiène industrielle et la médecine du travail. (*J. O.* du 11 Février 1945.)

— Par décret du 9 Février 1945, le nombre des membres du Conseil permanent d'hygiène sociale choisis par le ministre de la Santé publique parmi les personnalités présentant une compétence particulière en matière d'hygiène sociale est porté provisoirement de 60 à 100.

(*J. O.* du 10 Février 1945.)

Conseil régional des Médecins
de la région de Paris

Par arrêté du 6 Février 1945, le Conseil régional des médecins pour la région de Paris est composé comme suit :

MM. Armandon (Aincourt) ; Arsonneau (Saint-Arnoult-en-Yvelines) ; Jehan Coste (Paris) ; François (Versailles); Gaye (Châtillon-sous-Bagneux) ; Gerson (Paris) ; Lamaze (Paris) ; Lacroix (Meaux) ; Marchesseaux (Bourg-la-Reine) ; Matry (Fontainebleau) ; Edouard Michon (Paris) ; Pelbois (Melun) ; Peyrugat (Essonnes) ; Pironneau (Paris) ; Pochon (Paris) ; Por'heu (Paris) ; Powilewicz (Paris) ; Ribadeau-Dumas (Paris) ; Rouèche (Paris) ; Roulland (Paris) ; Marcel Sénéchal (Paris) ; Jean Spindler (Paris) ; Sorrel (Paris) ; Uhry (Neuilly-sur-Seine) ; Valingot (Achères) ; Veau (Paris).

(*J. O.*, 8 Février 1945.)

ADMINISTRATION CENTRALE

Par arrêté en date du 31 Janvier 1945, Mlle Danzig, MM. Bassette et Delecourt, médecins inspecteurs de la Santé, ont été appelés à l'administration centrale en qualité de conseillers techniques, à compter du 1er Février 1945.

(*J. O.*, 8 Février 1945.)

Sociétés d'Arrondissement
Conseil Général

Réunion du mercredi 17 Janvier 1945

Au cours de sa dernière réunion, le Conseil Général des Sociétés d'Arrondissement, actuellement seul représentant régulièrement élu du corps médical parisien, s'est préoccupé de la reconstitution rapide des syndicats médicaux de Paris et de banlieue. Nous croyons savoir de source autorisée qu'une procédure simplifiée d'épuration pourra être suivie, et que les anciens Conseils pourraient être ainsi prochainement réunis. En attendant la reprise d'activité des syndicats professionnels, le Conseil général a étudié avec attention les projets d'ordonnance relatifs aux tarifs d'honoraires en matière d'assurances sociales. Il a affirmé avec force son indéfectible attachement aux principes de la Charte médicale, et notamment au principe de l'entente directe, qui différencient du régime allemand le régime français des assurances sociales. Une Commission a été nommée en vue de prendre contact à ce sujet avec les ministères intéressés.

D'autre part il a été procédé à l'étude des statuts de la future organisation syndicale unique qui doit résulter de la fusion des syndicats anciens reconstitués. Le Conseil a adopté à ce sujet les propositions de sa Commission spéciale en ce qui concerne notamment la représentation des arrondissements et des communes de banlieue par des délégués élus en nombre variable suivant la densité médicale de chaque circonscription, et la création d'un Collège des délégués chargé d'élire le Conseil d'administration, lequel comprendrait, en outre, des membres cooptés. Il a été décidé enfin que le Conseil devrait donner une image aussi fidèle que possible de la géographie médicale de la région parisienne.

Le « Bruxelles Médical » reparaît

Nous sommes heureux de saluer la réapparition du *Bruxelles Médical*. Ce journal avait cessé de paraître le 12 Mai 1940. Dans son numéro spécial où il dit sa joie de se retrouver libre, il dresse le bilan provisoire des pertes qu'a éprouvées le Corps médical belge durant ces années d'oppression. Malgré les persécutions journalières, les exécutions, les déportations, le Corps médical belge s'est montré fidèle aux traditions de sa nation.

Dans la longue liste des victimes de la barbarie allemande, nous relevons le nom d'Albert Dustin que nos lecteurs connaissent bien. Elève de Prenant, c'est dans le laboratoire du professeur d'Histologie de la Faculté de Médecine de Paris où il passa deux années qu'il commença ses travaux sur l'histophysiologie. Ses recherches sur l'histologie du thymus, sur les poisons caryoclasiques, sur les agents caryocinétiques, sur l'action de la colchicine, sur les divisions cellulaires ont porté son nom au delà des frontières de son pays. Incarcéré à deux reprises par l'autorité occupante dont il avait refusé de suivre les directives, sa santé n'y résista point et il mourut le 29 Octobre 1942.

On peut lire également dans ce numéro un article du Prof. Jean La Barre, directeur du laboratoire de pharmacodynamie de l'Université de Bruxelles sur la « Chimiothérapie à bases de substances bactéricides en provenance des champignons inférieurs », un article du docteur Léon Dekeyser sur les « Acariens parasites de l'homme » et aussi des relations sur ce qu'a été la vie des Universités de Bruxelles, de Louvain, de Liège et de Gand sous l'occupation allemande et leur magnifique résistance.

Nous savons que dès les premiers numéros notre confrère retrouvera son audience d'avant-guerre et toute la sympathie d'autrefois, augmentée de notre admiration sincère pour la ténacité et le courage des médecins belges.

ORDONNANCE DU 8 FÉVRIER 1945
modifiant
les articles du Code pénal
sur les répressions de la corruption

Une ordonnance du 8 Février 1945 modifie les articles 160, 177, 178, 179 et 180 du Code pénal réprimant la corruption et le trafic d'influence. La loi du 16 Mars 1943 avait déjà modifié ces articles.

L'esprit dans lequel a été rédigé cet acte, dit l'exposé des motifs, n'appelle pas de critiques, et l'application des principes posés par l'ordonnance du 9 Août 1944 conduisait à envisager sa validation.

Toutefois ce texte appelant en la forme certaines observations, il est apparu préférable de préparer une ordonnance nouvelle.

Voici quelques extraits de cette ordonnance :

Article premier. — Les articles 160, 177, 178, 179 et 180 du Code pénal, modifiés par l'acte provisoirement applicable, dit la loi n° 98 du 16 Mars 1943 susvisés, sont abrogés et remplacés par les dispositions suivantes :

« *Art.* 160. — Hors le cas de corruption prévu à l'article 177 ci-après, tout médecin, chirurgien, dentiste ou sage-femme qui, dans l'exercice de ses fonctions et pour favoriser quelqu'un, certifiera faussement ou dissimulera l'existence de maladies ou infirmités ou un état de grossesse, ou fournira des indications mensongères sur l'origine d'une maladie ou infirmité ou la cause d'un décès sera puni d'un emprisonnement d'une à trois années.

« Le coupable pourra, en outre, être privé des droits mentionnés en l'article 42 du présent code pendant cinq au moins et dix ans au plus à compter du jour où il aura subi sa peine. »

« *Art.* 177. — Sera puni d'un emprisonnement de deux à dix ans et d'une amende double de la valeur des promesses agréées ou des choses reçues ou demandées, sans que ladite amende puisse être inférieure à 5.000 fr., quiconque aura sollicité ou agréé des offres ou promesses, sollicité ou reçu des dons ou présents pour :

. . . .

« 2° Etant arbitre ou expert nommé soit par le tribunal, soit par les parties, rendre une décision ou donner une opinion favorable ou défavorable à une partie ;

« 3° Etant médecin, chirurgien, dentiste, sage-femme, certifier faussement ou dissimuler l'existence de maladies ou d'infirmités ou un état de grossesse ou fournir des indications mensongères sur l'origine d'une maladie ou infirmité ou la cause d'un décès.

. . . .

« *Art.* 179. — Quiconque, pour obtenir, soit l'accomplissement ou l'abstention d'un acte, soit une des faveurs ou avantages prévus aux articles 177 et 178, aura usé de voies de fait ou menaces, de promesses, offres, dons ou présents, ou cédé à des sollicitations tendant à la corruption, même s'il n'en a pas pris l'initiative, sera, que la contrainte ou la corruption ait ou non produit son effet, puni des mêmes peines que celles prévues auxdits articles contre la personne corrompue. »

« *Art.* 180. — Dans le cas où la corruption ou le trafic d'influence aurait pour objet un fait criminel comportant une peine plus forte que celle de l'emprisonnement, cette peine plus forte sera appliquée aux coupables.

. . . .

« Dans les cas prévus aux trois articles qui précèdent les coupables pourront, en outre, être interdits des droits mentionnés dans l'article 42 du Code pénal pendant cinq ans au moins et dix ans au plus, à compter du jour où ils auront subi leur peine.

« Il ne sera jamais fait au corrupteur restitution des choses par lui livrées ni de leur valeur ; elles seront confisquées au profit du Trésor. »

Université de Paris

Faculté de Médecine. — Elections. Le Conseil de la Faculté a décidé de proposer à l'agrément du ministre pour occuper la chaire de clinique urologique (dernier titulaire M. Chevassu) en première ligne, M. Fey ; en seconde ligne, M. Couvelaire.

Universités de Province

Elections des Doyens des Facultés[1]. — A la suite des élections prévues par l'Ordonnance du 20 Novembre 1944, ont été désignés comme Doyens :

Faculté d'Aix-Marseille. — Médecine et Pharmacie : M. Cornil.

Faculté de Lille. — Médecine et Pharmacie : M. Combemale.

Faculté de Lyon. — Médecine et Pharmacie : M. Hermann.

Faculté de Montpellier. — Médecine : M. Giraud ; Pharmacie : M. Astruc.

Faculté de Strasbourg. — Pharmacie : M. A. Sartory.

Ces nominations ne sont faites qu'à titre provisoire et les intéressés n'exerceront leurs fonctions que jusqu'à une date qui sera fixée par décret après le retour des prisonniers et déportés.

Faculté de Médecine de Bordeaux. — Enseignement spécial pour l'obtention du Diplôme de Médecine du Travail, Mars-Avril-Mai 1945, sous la direction des professeurs Labat et Dervillée avec la collaboration de MM. Beauvieux, Delmas-Marsalet, Dubecq, Fabre, de Grailly, Joulia, Réchou, Rivière, Rocher, R. Sigalas, Despons et Piéchaud et de MM. Servanton, Ballan, Lasserre, l'Epée, Jeoffroy.

Cet enseignement comportera :

1° Des conférences théoriques relatives à la Médecine du Travail, à l'organisation des services médico-sociaux et de la sécurité dans les établissements industriels ;

2° Des travaux pratiques de toxicologie industrielle ;

3° Des visites d'usines et d'infirmeries d'usines ;

4° Des stages auprès des services médicaux d'usines.

Il commencera le 1er Mars 1945 et durera 3 mois. Il sera suivi d'un examen sanctionné par un diplôme.

Le diplôme de Médecine du Travail sera obtenu après examen subi par les docteurs en médecine français. Les aspirants à ce titre doivent se faire inscrire au secrétariat de la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux. Les inscriptions sont reçues jusqu'au 15 Février pour une scolarité de 3 mois à compter du 1er Mars. Les étudiants en médecine pourvus de 20 inscriptions (A. R.) et (N. R.) pourront être inscrits comme aspirants au diplôme de Médecine du Travail, mais le diplôme ne leur sera délivré que lorsqu'ils seront docteurs en médecine.

L'examen comportera :

1° Une épreuve écrite anonyme d'une durée de 3 h.;

2° Une épreuve pratique de toxicologie industrielle ;

3° Des épreuves orales.

Les droits à verser sont : travaux pratiques de toxicologie, 300 fr. ; droit d'immatriculation, 300 fr. ; droit de bibliothèque, 200 fr. ; droit d'examen, 200 fr. Total : 1.000 fr.

Programme de l'Enseignement :

I. — La Médecine du Travail et la Médecine d'entreprise.

II. — Physiologie du Travail. Sélection des travailleurs et sports. Hygiène du travailleur.

III. — Les maladies professionnelles causées par les agents chimiques, les agents physiques et les agents animés.

IV. — Les principaux syndromes anatomo-cliniques d'origine professionnelle.

V. — Principes généraux d'hygiène industrielle.

VI. — Visites d'usines et d'infirmeries d'usines.

VII. — Stages auprès de services médicaux d'usines.

VIII. — Travaux pratiques de toxicologie industrielle.

Faculté libre de Médecine de Lille. — Le Prof. L. Langeron a été nommé doyen de la Faculté libre de Médecine de Lille à la date du 1er Novembre 1944 en remplacement du Prof. Lepoutre.

Concours et places vacantes

10 postes d'Assistantes médico-sociales départementales rurales sont vacants dans la Côte-d'Or. — Les échelles de traitement en vigueur sont les suivants :

Titulaires du diplôme d'Etat d'Assistante sociale 3.150 à 4.350 francs.

Titulaires du diplôme d'Etat d'Infirmière hospitalière 2.850 à 3.750 francs.

Titulaire du diplôme de la Croix-Rouge ou d'un diplôme élémentaire équivalent : 2.050 à 3.250 francs.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser à l'Inspection de la Santé, 3, rue Andra, Dijon.

Inspection de la Santé

— Mlle le docteur Maas est nommée médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé dans le département du *Bas-Rhin*, au maximum pour la durée des hostilités.

— Mme le docteur Haas (Hélène) est nommée médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé dans le département du *Rhône*, au maximum pour la durée des hostilités.

1. Voir *La Presse Médicale*, 1945, n° 3, 35 ; n° 4, 55.

Nos Échos

Naissances.

— Le médecin commandant et Mme JEAN WEILL sont heureux de faire part de la naissance de leur fille *Laurence* (Paris, 12 Janvier).

— Le docteur COSTIL et Madame sont heureux d'annoncer la naissance de leur troisième enfant, *Catherine* (Paris, 16 Décembre 1944).

— Pierre-Jean BRENUGAT est heureux de faire part de la naissance de sa petite sœur *Marie-Claude* (docteur BRENUGAT, médecin adjoint, Sanatorium de La Grolle Saint-Bernard, Baignes (Charente). [7 Janvier 1945.]

— Le docteur et Mme R. VASSIÈRE ont le plaisir de faire part de la naissance de leur fille *Martine* (Rebon, le 27 Janvier 1945).

— Le docteur et Mme CHARLES GRUPPER, née Lourde, sont heureux de faire part de la naissance de leur fille *Catherine* (Paris, le 1er Janvier 1945).

— Madame et le docteur PIERRE GÉRARD-MARCHANT, chirurgien des Hôpitaux, Madame et Monsieur RÉMI GÉRARD-MARCHANT, externe des Hôpitaux, médecin sous-lieutenant aux Armées, ont le plaisir de faire part de la naissance de leur petit-fils et fils *Guy*.

— Le docteur et Madame ROGER BRETTON ont la joie d'annoncer la naissance de leur fille *Christine* (20 Janvier, Annemasse [Haute-Savoie]).

— Le docteur et Madame GEORGES ROLLIN ont la joie d'annoncer la naissance de leur troisième enfant *Claude* (8 Janvier 1945, 1, place de Silly, Saint-Cloud).

Mariage.

— On annonce le mariage du docteur MAURICE PERRET, médecin de 1re classe de la marine, avec Mlle JACQUELINE JULES-VERNE (3 Février 1945).

Décès.

— Le Prof. LOUIS GOUGEROT, le docteur LOUIS GOUGEROT, chef de clinique à la Faculté, le docteur JEAN GOUGEROT, médecin lieutenant et aide-d'anatomie ont la douleur de faire part du décès de leur épouse et mère, Mme LOUIS GOUGEROT.

— On annonce le décès du docteur FERDINAND DUGÉ DE BERNONVILLE, ex-chef du Service d'Orthopédie des Hospices civils de La Rochelle.

— On annonce le décès, le 22 Janvier, à Paris, de Mme CHARLES JARVIS, épouse du docteur CHARLES JARVIS.

— Nous apprenons le décès du docteur Henri FORESTIER, d'Aix-les-Bains.

— Le médecin colonel J. DIDIÉE, professeur au Val-de-Grâce, fait part du décès, survenu à Aix-les-Bains le 30 Janvier 1945, de son père M. JOSEPH DIDIÉE, ingénieur en chef honoraire du Service vicinal.

— On annonce le décès, à Paris, du docteur MICHEL DE ZALEWSKI, des Facultés de Médecine de Paris et de Kiev (de la part de Mme G. Propper, sa sœur, du docteur Alexandre d'Oblonsky, son neveu, et du docteur Roberte Alexandre d'Oblonsky, sa nièce).

— On annonce le décès de Madame ONFRAY, médaille d'argent de la Famille française, épouse du docteur ONFRAY.

Soutenance de Thèses

Paris

THÈSES DE MÉDECINE.

MERCREDI 17 JANVIER 1945. — M. Youlfow : *Etude de la mortalité maternelle dans le service de la maternité Hôpital Tenon* (années 1942-1943-1944). — M. Bertagna : *Le traitement simplifié des aménorrhées primaires et secondaires par la méthode de Zondek.* — M. Delpech : *Tumeurs amyloïdes localisées des voies respiratoires supérieures.* — M. Soulier : *La prothrombine et la vitamine K chez l'enfant.* — M. Dubois : *La maladie de Werner-Schultz.* — M. Saldes : *Nouvelle contribution au rôle de la tuberculose dans l'asthme.* — M. Cacault : *La vaccination avec l'émulsion de BCG, 75 mg. par centimètre cube.* — M. Dubois : *La place du forceps dans la thérapeutique obstétricale moderne.* — Mlle Montrun : *Le traitement des accidents nerveux de la maladie d'Adams-Stokes par l'épidrine.*

JEUDI 18 JANVIER. — M. Surugne : *Du délai de révision dans la législature des accidents du travail.* — M. Maignan : *La duodénectomie rétrograde dans le traitement des ulcères duodénaux graves (technique et indications).* — M. Michon : *Considérations sur l'étiologie et l'anatomie de la maladie de Dupuytren.* — M. Caillol : *Les indications actuelles des interventions sur le nerf phrénique.* — M. Courtin : *A propos des accidents nerveux d'origine pleurale.* — M. Weiller : *Syndrome korsakowien secondaire aux tumeurs de mésodiencéphale.* — M. Boitelle : *Syndrome neuro-biologique de l'électrochoc.* — M. Bismuth : *La cœlioscopie gynécologique, son application à l'étude de la stérilité.* — M. Bourgeois-Gavardin : *Contribution à l'étude de la préparation des sérums agglutinants A.B.O. pour la détermination des groupes sanguins.*

MERCREDI 24 JANVIER. — M. Bernard Loygue : *Les réactions douloureuses abdominales dans l'ictère catarrhal des enfants.* — M. Lacoste : *Les grands kystes séreux du rein.* — M. Coüasnon : *D'un cas de tuberculose à forme spléno-ganglionnaire de l'adulte.* — M. Mathieu-Eloffe : *L'arcénicisme chronique.* — M. Gerson : *D'un cas d'intoxication par le thallium.* — M. Jacquemart : *La théophylline et ses solvants dans les coronarites.* — M. Rottenberg : *Du volvulus du cæcum.* — M. Paque : *Sur deux cas de rhabdomyosarcome des membres.* — M. Grumler : *Action pharmacodynamique de l'ipéca dans l'examen radiologique de l'estomac.* — M. Renard : *Syndrome du scalène et côte cervicale.* — M. Durin : *Contribution à l'étude du volvulus de vésicule biliaire. A propos d'un cas de volvulus chronique incomplet.* — M. Huc : *Education physique à l'âge scolaire. Plan organisation.*

JEUDI 25 JANVIER. — M. Raingeard : *Efficacité de l thoracoplastie unilatérale chez les tuberculeux cavitaire bilatéraux.* — M. Berge : *Le facteur psychique dan l'énurésie.* — M. Catherine : *L'association iodo-sulfamid dans le traitement de l'impetigo et des dermatoses impé tiginées.* — M. Langlois : *Le traitement de la maladi de Raynaud par l'hyohimbine.* — M. Baillet : *Sur un ca d'angiome de la rotule.* — M. Lemenager : *Sur un ca d'anasarque par hypothyroïdie.*

MERCREDI 31 JANVIER. — M. Gautier : *Première appa rition d'un rhumatisme type Poncet après injection d tuberculine.* — M. Verriez : *Les accidents rénaux de l sulfamidothérapie.* — M. Dussaux : *Un cas de luxatio ouverte de l'épaule.* — M. Lannes : *Anémie de Bierme et polypose gastrique.* — M. Ortega : *A propos de formes graves de la tuberculose en temps de guerre.*

JEUDI 1er FÉVRIER. — M. Velly : *Contribution au trai tement par la vitamine B 1 chez l'enfant de souche lym phatique et névropathique.* — M. Sénéchal : *Sur un ca de péricardite chronique ayant évolué vers la constric tion du cœur.* — M. Huc : *Du dépistage du sulfocarbo nisme professionnel.* — M. Deboos : *Du traitement de septicémies à staphylocoques par la pénicilline.* — M Essel : *Altérations transitoires de l'électrocardiogramme* — M. Vigouroux : *Le traitement des polyglobulies. L'an kylostomothérapie.* — M. Teissier : *Epilepsie et trauma tisme obstétrical.* — M. Lovel : *Aspects cliniques et évo lutifs de la tuberculose des sous-alimentés.* — M. Hygon net : *Contribution à l'étude étiologique des sclérodermies parathyroïdes et syphilis.* — M. Poirault : *Etude de troubles de la glycorégulation dans le diabète bronzé*

THÈSES VÉTÉRINAIRES.

MERCREDI 24 JANVIER 1945. — M. Bonju : *De la li thiase urétrale du cheval et des petits carnassiers.*

MERCREDI 31 JANVIER. — M. Hamon : *Expertise e matière de tuberculose bovine.* — M. Liauzu : *De l vagotonine dans le problème de l'anesthésie générale d état.*

Bordeaux

DOCTORAT D'ETAT.

DU 15 AU 20 JANVIER 1945. — M. Berrin : *Ectopie tes ticulaire et hypogénitalisme. Etude thérapeutique.* — M Savigny : *L'Institut d'éducation physique de l'Universit de Bordeaux.* — M. Boucher : *Contribution à l'étude d traitement chirurgical du mégaœsophage.* — M. Bira ben : *Contribution à l'étude des épithéliomas des glande sébacées et des gaines des pores.* — M. Laigret : *Di ans de vaccination anti-amarile.*

DU 22 AU 27 JANVIER 1945. — M. Baup : *Les dermite sulfamidées.* — M. Lacaze : *La place des infiltration novocaïnées des sinus carotidiens dans le traitement de laryngites tuberculeuses.*

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

Le gérant : F. THOMAS.

Imprimé par l'Anc^ne Imprimerie de la Cour d'Appel, 1, rue Cassette, à Paris (France)

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées aux Périodiques, la Direction scientifique de La Presse Médicale *a dû fixer à 4 colonnes maximum l'étendue des mémoires originaux. Tout manuscrit dépassant cette étendue sera retourné à son auteur.*

CONSIDÉRATIONS SUR LA MÉTHODE DES « VACCINATIONS ASSOCIÉES » ET SUR SON APPLICATION A LA LUTTE CONTRE CERTAINES MALADIES INFECTIEUSES (DIPHTÉRIE, TÉTANOS, FIÈVRES TYPHOÏDES) LA LEÇON DES FAITS

Par **G. RAMON**

Dans deux communications que nous avons présentées récemment à l'Académie de Médecine, MM. Besson et Giraud de Paris, d'une part [1], MM. Sohier, Marchetti et Poulin de Lyon, d'autre part [2], ont mis en évidence et de façon incontestable *l'innocuité* « actuelle », spécialement chez l'enfant, des vaccinations associées en général et plus particulièrement de la vaccination associée triple, « antidiphtérique-antitétanique-antitypho-paratyphoïdique ». On pouvait appréhender chez les sujets soumis aux restrictions de toutes sortes et mis ainsi en état de moindre résistance une sensibilité excessive aux injections vaccinales. Il n'en a rien été et avec le vaccin employé dans les essais relatés, les réactions ont été exceptionnelles et dans tous les cas bénignes. En conséquence, les parents pusillanimes ne pourront plus invoquer de prétendus accidents pour soustraire leurs enfants à un procédé d'immunisation capable de les préserver à la fois contre les atteintes malignes et trop souvent mortelles de la diphtérie, du tétanos et des affections typhoïdes.

A vrai dire, *l'innocuité* des vaccinations associées était depuis longtemps affirmée, notamment par l'application partielle de 1930 à 1936, puis générale de 1936 à 1940, dans l'armée française, de la méthode que nous avons mise au point avec notre regretté collaborateur Christian Zœller, il y a maintenant près de vingt années [3]. Une telle application a porté dans son ensemble sur plus de 1 million d'individus, elle a comporté au total plusieurs millions d'injections.

Cette belle réalisation, que nous devons à l'heureuse initiative des médecins généraux inspecteurs Dopter et Rouvillois, a non seulement démontré l'innocuité de notre méthode mais encore elle a apporté les preuves les plus évidentes, les plus indéniables de son *efficacité* dans la lutte contre des maladies infectieuses qui ont toujours été considérées comme des plus redoutables.

C'est ainsi qu'à la suite de l'application des vaccinations associées, les médecins militaires ont été unanimes à déclarer que la *diphtérie* avait pratiquement disparu de l'armée française où elle sévissait à l'état endémique dans un certain nombre de corps de troupe [4].

En ce qui concerne le *tétanos* et bien que le nombre des blessés ait été relativement réduit au cours de la campagne 1939-1940, aucun cas dûment établi n'avait été signalé parmi les soldats correctement vaccinés [5].

Pour ce qui regarde les *maladies typhoïdes*, une comparaison fort suggestive peut être faite. Lors de la précédente guerre et avant que sous la très énergique impulsion du Prof. Vincent la vaccination antityphoïdique ait pu être mise en œuvre selon sa technique initiale, il y eut du 2 Septembre 1914 au 1er Mai 1915 près de 70.000 cas d'infections typhiques avec plus de 11.000 décès. Par contre, durant la période correspondante de la guerre actuelle, de Septembre 1939 à Mai 1940, il n'a été observé que 144 cas de fièvres typhoparatyphoïdes avec 5 décès connus [6].

Tel est le remarquable bilan à porter à l'actif des vaccinations associées et qui est à l'honneur du Corps de Santé militaire français tout entier, lequel a compris et rempli jusqu'au bout cette tâche, noble entre toutes, qui est de protéger l'armée confiée à ses soins contre les épidémies de diphtérie et de typhoïde qui la guettent en temps de paix comme en temps de guerre, et de garantir les combattants contre les risques individuels d'une infection aussi meurtrière, au cours d'une campagne, que le tétanos.

Tout au début du présent conflit mondial, nous avons, en ce qui nous concerne, redoublé d'efforts afin que l'application des méthodes d'immunisation dont nous avions doté notre pays et les pays étrangers, et qui avaient donné de si beaux résultats dans notre armée, soit étendue à la population civile française.

Il y a près de cinq ans, en Octobre 1939, nous déclarions d'une manière prophétique [7] :

« Il est à craindre qu'à la faveur des exodes de populations et des grands rassemblements d'enfants, des épidémies de diphtérie éclatent et se propagent sur notre territoire. Ces épidémies nous n'aurions pas à les redouter si la loi (loi du 25 Juin 1938) rendant la vaccination obligatoire n'avait été entravée dans son exécution et si elle avait eu immédiatement son plein effet. »

Un an après, en Octobre 1940, revenant à la charge, nous écrivions [8] :

« Quelques années d'application obligatoire des vaccinations associées ont abouti, dans notre armée, à la disparition pratiquement complète des affections typhoïdes, de la diphtérie, du tétanos et à la réduction quasi totale de la mortalité que ces maladies provoquent. De même, la généralisation des « vaccinations associées » dans l'ensemble de la population française, et tout spécialement chez les jeunes, préviendra l'apparition et le développement de ces mêmes maladies qui trouvent chez les individus affaiblis par les privations et sous-alimentés, un terrain propice à leur éclosion et dont la propagation est facilitée par les déplacements de populations en détresse. »

Faisant écho à nos appels, le médecin général Liégeois et ses collaborateurs Sohier et Aujaleu concluaient à la suite d'une communication à l'Académie de Médecine, en Mars 1942 : « A l'heure où les circonstances restent favorables au développement éventuel des maladies épidémiques... il n'était pas sans intérêt d'insister sur les remarquables résultats que cette méthode d'immunisation a permis une fois de plus d'obtenir dans une collectivité aussi exposée aux infections contagieuses que peut l'être une armée en campagne [9]. »

Nous pouvons dire aujourd'hui que s'il avait été effectivement répondu par une large application des vaccinations associées, d'ailleurs rendues obligatoires, aux appels successivement lancés, si la méthode avait été généralisée en temps voulu, pour la plus grande partie de la population, celle qui est exposée à contracter les infections visées, on n'aurait pas à déplorer tant de décès d'enfants [10], à la suite de la recrudescence de la diphtérie devenue, depuis trois ans, plus fréquente (et plus maligne aussi), en raison surtout des évacuations répétées et de la dispersion des enfants [11] ; on n'assisterait sans doute pas non plus à l'extension, sans cesse croissante, des maladies typhoïdes, durant ces derniers mois, du fait de l'inobservance des règles d'hygiène alimentaire ou autre; enfin une forte proportion d'habitants de nos villes et de nos villages seraient actuellement protégés contre les risques de tétanos, risques auxquels, on le sait, il est difficile à l'heure présente d'apporter les remèdes appropriés tels que désinfection, pansement des plaies, etc. [12].

Et cependant, l'Académie de Médecine avait, à maintes reprises, appuyé de sa haute autorité nos efforts, en particulier il y a quatre ans dans sa séance du 3 Septembre 1940 au cours de laquelle elle avait, à l'unanimité, sur le rapport de Robert Debré et après discussion, émis le vœu que la loi du 25 Juin 1938 qui a rendu obligatoire la vaccination antidiphtérique chez l'enfant à partir de la deuxième année soit *effectivement appliquée;* que la vaccination antitétanique soit associée à la vaccination antidiphtérique en utilisant le vaccin mixte diphtérique et tétanique; que la vaccination antityphoparatyphoïdique selon la formule des vaccinations triples associées soit *rendue obligatoire* chez les jeunes gens groupés dans les camps dits « de jeunesse » et enfin que cette même vaccination associée *soit déclarée obligatoire* chez les sujets de 10 à 30 ans par décision du Ministre, sur proposition du Secrétaire général à la Santé publique, dans tout secteur du territoire menacé par une épidémie de fièvre typhoïde ou paratyphoïde [13].

Ce faisant, l'Académie, comme l'a déclaré souvent ces temps-ci, à différents propos, notre éminent collègue Georges Duhamel, a fidèlement et judicieusement accompli sa mission auprès des Pouvoirs publics et devant l'Histoire.

Telles sont les réflexions que suggèrent les faits résultant soit de l'application réelle, soit de l'application trop longtemps différée, de la méthode des vaccinations associées [14].

1. A. Besson et P. Giraud : Académie de Médecine, séance du 11 Juillet 1944.
2. R. Sohier, H. Marchetti et R. Poulin : Académie de Médecine, même séance.
3. G. Ramon et Chr. Zœller : Les « vaccins associés » par union d'une anatoxine et d'un vaccin microbien TAB ou par mélange d'anatoxines. *C. R. Soc. Biol.*, 1926, **94**, 106.
4. Voir en particulier : Ch. Dopter : *Bull. Acad. Méd.*, 1931, **104**, 794 et 1932, **105** ; *Annales Institut Pasteur*, 1933, **50**. — Pilon : *Revue Médicale française*. Mai 1938, n° 5, 377. — R. Sohier et J. Buvat : *Soc. Méd. militaire française*. Octobre 1938, n° 8, 115. — Meerssemann et Helis : *La Presse Médicale*, 12 Juin 1940, 592. — Sacquépée, Pilod et Jude ; *Bull. Acad. Méd.*, 1936, **116**, 209 ; *Revue d'Immunologie* 1936, **2**, 437 ; 1938, **4**, 391, etc.
5. G. Ramon : *Le Mouvement Sanitaire*, 1940-1941, **18**, n° 192.
6. D'après les statistiques du Service de Santé militaire communiquées par MM. Liégeois, Sohier et Aujaleu : *Bull. Acad. Méd.*, 1942, **126**, 229.
7. G. Ramon : *Bull. Acad. Méd.*, 1939, **122**, 221.
8. G. Ramon : *La Presse Médicale*, Octobre 1940, nos 77-78, 803 et le *Mouvement Sanitaire*, Juin 1940, Mai 1941, n° 192, 53.
9. M. Liégeois, R. Sohier et A. Aujaleu : *Bull. Acad. Méd.*, 1942, **126**, 229.
10. Voir à ce propos G. Ramon : *Bull. Acad. Méd.*, 1943, **127**, 658.
11. Car c'est un fait bien connu des Hygiénistes et des Immunologistes que les habitants des villes possèdent, pour un assez grand nombre d'entre eux, une immunité de base des suites d'atteintes apparentes ou inapparentes de la diphtérie, et pouvant être dans ces conditions porteurs sains de germes diphtériques, sont alors susceptibles de contaminer les ruraux qui sont, en règle générale, vierges de toute immunité diphtérique surtout dans leur jeune âge et se montrent particulièrement réceptifs à la diphtérie. C'est ainsi que chaque année on assistait dans certains régiments à l'éclosion de la diphtérie, les jeunes soldats des grandes agglomérations urbaines contaminant les recrues des villages. Celles-ci étant immunisées au moyen des vaccinations associées, dès leur arrivée au Corps, les endémies diphtériques avaient rapidement disparu.
12. Ajoutons que la généralisation des « vaccinations associées » comportant la vaccination antitétanique représente le seul moyen efficace pour prévenir le tétanos « post abortum » qui cause actuellement tant de ravages et au sujet duquel l'Académie de Chirurgie vient de pousser un nouveau cri d'alarme (voir *Mémoires de l'Acad. de Chir.* 1944, **70**, 184).
13. G. Ramon : *Bull. Acad. Méd.*, 1940, **123**, 599.
14. Le manuscrit de cet article a été remis pour impression en Juillet 1944.

L'ENCLOUAGE CENTRO-MÉDULLAIRE DES OS LONGS[1]

Par **Christian ROCHER**
(Bordeaux)

Depuis 1942 nous pratiquons l'enclouage centro-nédullaire des os longs comme moyen d'ostéosyn-hèse ; nous pensons avoir été le premier en France à appliquer cette technique et à vulgariser son expérience. Les considérations qui vont suivre s'appuient sur 18 cas d'enclouage médullaire (E. M.) [3 tibias, 5 fémurs, 2 humérus, 3 radius, 1 cubitus, 3 métacarpiens, 1 clavicule, comprenant : 5 pseudarthroses, 4 cals vicieux, 1 retard de consolidation, 2 fractures irréductibles, 1 fracture chez un arriéré mental, 2 fractures pathologiques (Paget et kyste hydatique), 1 raccoureissement orthopédique du fémur] (ces observations feront l'objet de la thèse l'un de nos élèves[2]). D'abord séduit par les travaux les auteurs allemands Kuntscher, Erlich, Lexer, nous avons rapidement eu foi dans cette technique dont le principe a toujours été condamné formellement par les chirurgiens du monde entier. Nous voudrions aujourd'hui faire appel de cette condamnation. L'expérimentation abondante sur l'animal, la pratique opératoire dans les fractures semblent devoir faire disparaître pour toujours la terreur de toucher à la « sacro-sainte moelle osseuse ». C'est pour traiter les fractures justiciables d'ostéosynthèse, puis pour les pseudarthroses que l'E. M. fut d'abord préconisé et employé pour l'humérus, le fémur et le tibia. En 1941, Kuntscher a, semble-t-il, le premier mis au point et vulgarisé une technique et une instrumentation spéciales. Son intervention consiste à enclouer la moelle des os longs fracturés en y enfonçant à force un clou occupant toute la longueur de l'os. Ce clou a une section en forme de V. D'autres auteurs ont employé des lames, des tiges en forme de gouttière ou encore de longs clous à trois ailettes. Le diamètre du clou est calculé pour pénétrer à frottement dur dans le canal médullaire, mais sa forme de V évite que la moelle ne soit complètement détruite. D'exécution facile, cette technique permet d'appliquer idéalement deux principes orthopédiques majeurs paradoxalement opposés : immobilisation parfaite du foyer de fracture, mobilisation précoce du membre fracturé. Lorsque la fracture peut être momentanément réduite par manœuvres externes, l'E. M. n'a besoin pour être pratiqué que d'une incision minime des téguments pour permettre la pénétration de la tige. Cette pénétration (avantage tout particulier de la méthode) se fait toujours à distance du foyer de fracture. Ce n'est que lorsque la fracture est ouverte ou qu'elle est absolument irréductible par manœuvres externes qu'il faut naturellement combiner une intervention à ciel ouvert sur les extrémités fracturaires. Par cette technique brièvement résumée il est notamment possible (les observations des auteurs allemands en font foi) de faire marcher un malade sur ont membre fracturé un mois après l'enclouage. Cela représente, au point de vue orthopédique et social, un progrès considérable.

Critique de la technique de Kuntscher. — Malgré ces avantages énormes, la technique de Kuntscher est loin de rallier l'opinion de tous les auteurs allemands qui l'ont utilisée. Notre propre expérience nous a appris à en connaître les inconvénients majeurs. Tout d'abord l'approvisionnement de clous de Kuntscher en acier inoxydable en forme de V est rendu très difficile par les circonstances actuelles, car l'acier inoxydable est rare et très dur à travailler ; il faut par ailleurs avoir un jeu important de clous pour pouvoir disposer dans chaque cas de celui dont la longueur et le diamètre sont les plus favorables. D'autre part, l'introduction de ce clou demande souvent un déploiement de forces considérables et on a pu voir des diaphyses éclater avec des clous d'un diamètre trop fort. Dans tous les cas l'ébranlement osseux déterminé par les coups de marteau est important sur des fragments très mobiles. L'extraction de ce clou, qui doit être systématiquement pratiquée lorsque la fracture est consolidée, pose parfois des problèmes angoissants. La littérature relate quelques cas tragiques d'extraction. Pour obvier à cet inconvénient, des extracteurs à marteau, à palan, à treuil, à vis, etc., ont dû être construits. Il semble que les quelques auteurs qui sont très réservés sur cette méthode aient été surtout mal impressionnés par les incidents d'extraction qui sont inhérents au clou de Kuntscher.

Technique personnelle. — Pour être vulgarisée, une technique opératoire doit être facile. C'est dans ce sens que nous avons cherché à modifier celle de Kuntscher, dont il faut bien le dire les qualités de réduction et de contention sont idéales.

Le clou. — L'approvisionnement de l'acier inoxydable étant difficile, son travail demandant un outillage spécial, nous avons remplacé le clou de Kuntscher en forme de V par des tiges rondes en acier inoxydable. Ces tiges qu'il conserve dans son arsenal peuvent être façonnées très simplement par le chirurgien la veille de leur utilisation[3]. Elles doivent présenter les caractéristiques suivantes :

Corps : Diamètre de quelques millimètres inférieur au calibre du canal médullaire (mesuré par une radiographie prise à 70 *cm.*), il faut environ 7 *mm.* pour le fémur, 5 *mm.* pour le tibia et l'humérus, 3 *mm.* pour le radius et le cubitus, 1 *mm.* 5 pour la clavicule et les métacarpiens. Dans certains cas le clou doit être incurvé.

Tête : Elle doit être constituée soit par un recourbement à angle droit ou aigu de l'extrémité de la tige sur quelques millimètres, soit par une broche transversale sertie tout près de l'extrémité du clou. Cette poignée ainsi créée permet de manœuvrer le clou au moyen de n'importe quelle pince. La tête est noyée dans les parties molles ou dans l'orifice d'entrée de l'os.

Pointe : Elle doit être camarde, pour cathétériser le canal médullaire et éviter de piquer ou de traverser la corticale opposée à l'orifice d'entrée, ces incidents sont courants avec les pointes effilées. Le clou entier est poli, sa longueur est calculée pour chaque cas d'après la radiographie ou le membre opposé ; il est préférable qu'il aille d'une extrémité spongieuse à l'autre, afin d'éviter toute mobilité de la pointe. Nous préconisons cette forme ronde plutôt que celle en V car elle permet une extraction aisée par de simples mouvements de rotation du clou sur son axe. Un pousse-clou est nécessaire pour enfoncer les derniers centimètres du clou.

Technique opératoire. — L'intervention consiste à enfoncer le clou dans toute la longueur de l'os, sous contrôle constant des rayons X. Certains os mieux que d'autres se prêtent par leur forme à cette pénétration, car il est préférable de ne pas traverser une épiphyse par son extrémité articulaire ou à travers son cartilage de conjugaison. Il en résulte, comme nous allons le voir, que l'E. M. peut être fait par pénétration directe avec un clou rectiligne ou par pénétration oblique avec un clou légèrement incurvé.

Pénétration directe. — *Le fémur :* l'E. M. du fémur est un des plus fréquemment utilisé car il donne d'excellents résultats pour une exécution très rapide. Nous mettons le malade sur notre table orthopédique, les membres inférieurs portés en adduction, le côté fracturé surcroisant en ciseaux le côté sain (le pied droit doit être attaché sur l'étrier gauche, le pied gauche sur l'étrier droit), cette position est nécessitée par la visée que l'on doit donner à la tige enfoncée en dedans du trochanter dans la face supérieure du col du fémur. Sans adduction, le thorax du malade gênerait la main du chirurgien : Kuntscher préconise la position en décubitus latéral sur le côté sain avec flexion des deux cuisses sur le bassin. C'est là une position très incommode, qui par ailleurs gêne le contrôle radioscopique. Une incision de quelques centimètres est faite à un travers de main au-dessus du grand trochanter. De sa pointe la tige cherche et perfore la partie supérieure du col du fémur au ras du grand trochanter et est enfoncée très aisément à petits coups de marteau jusqu'au niveau du trait de fracture. Le fragment inférieur est amené à ce moment en face de l'extrémité de la tige qui reprend alors sa progression jusqu'au bulbe inférieur.

Humérus : Cet os peut être encloué par ses deux extrémités. L'enclouage par l'extrémité proximale est direct et plus aisé. Par une ponction de la peau et du deltoïde le clou est directement enfoncé à travers le massif tubérositaire jusqu'au foyer de fracture et dans un second temps jusqu'à la palette humérale.

Cubitus : Par une ponction des téguments du coude le clou est enfoncé par la face supérieure de l'olécrâne jusque dans son extrémité inférieure.

Métacarpiens : Lorsque la réduction par manœuvres externes peut être exécutée, ce qui est rare, une broche de Kirschner peut être enfoncée à travers la tête du métacarpien (doigt fléchi), la piqûre du cartilage articulaire est sans gravité, car l'immobilisation du doigt n'est pratiquée que quelques jours. Si on est obligé de faire une réduction sanglante, la manœuvre de Godard pour la clavicule peut être utilisée.

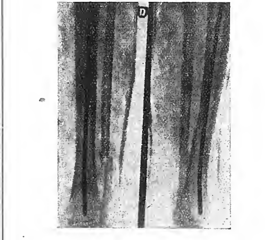
Pénétration oblique. — Lorsque la morphologie de l'os ne permet pas d'enfoncer directement le clou dans l'axe de la moelle pour faire l'enclouage, il faut attaquer une des faces de l'os par un orifice oblique rattrapant le canal médullaire. Le clou doit être légèrement incurvé vers sa pointe. Attaquant tangentiellement la paroi opposée du canal médullaire, il chemine ensuite aisément, s'incurvant ou se redressant légèrement selon les nécessités de son parcours. L'orifice d'entrée pratiqué au moyen d'une petite gouge ou d'un gros poinçon doit être oblong et de diamètre légèrement supérieur au clou de façon à pouvoir bien orienter celui-ci dans l'axe de l'os. Cette pénétration oblique est la seule possible pour certains os (clavicule, radius, tibia).

Clavicule : L'extrémité interne de la clavicule étant repérée, une trépanation oblique d'avant en arrière et de dedans en dehors est faite dans sa face antérieure. Une tige métallique légèrement incurvée (à extrémité mousse) est alors enfoncée par percussion, par petits coups de marteau ou par rotation. Il est le plus souvent nécessaire de faire une incision minime au niveau du foyer de fracture pour porter le fragment externe en face du fragment interne car, contrairement aux autres os, les fragments de la clavicule sont difficiles à mobiliser par manœuvres externes. D'exécution délicate, l'enclouage de la clavicule n'a que de rares indications.

Radius : Le meilleur accès dans le radius nous a paru la voie dorsale inférieure. Une petite incision ou même une simple ponction des téguments permet d'enclouer le radius de bas en haut, la pénétration se fait à 1 *cm* environ au-dessus de l'interligne articulaire, il faut utiliser un clou légèrement incurvé vers sa pointe.

Humérus : L'humérus peut aussi être encloué par l'extrémité inférieure. Par une incision sus-olécranienne verticale trans-tricipitale la palette humérale est dénudée au-dessus de la fossette olécranienne ; un orifice oblique et oblong y est foré, un clou légèrement incurvé est introduit. Si une réduction difficile doit être effectuée l'E. M. par l'extrémité supérieure est préférable.

Tibia : L'enclouage du tibia est aussi très simple. L'introduction du clou (incurvé) se fait à travers la tubérosité antérieure du tibia qui est forée au poinçon carré ou à la gouge. Il est préférable de faire la traction avec une légère flexion du genou (30°), cela facilite la manœuvre de l'extrémité saillante du clou pendant son introduction. Signalons un des avantages propres de l'E.M. : c'est la possibilité d'utiliser la partie encore saillante du clou enfoncé dans un des fragments pour le manœuvrer et l'amener en face du fragment opposé ; cela facilite beaucoup la réduction par manœuvres externes.



Enclouage médullaire du tibia pour une fracture irréductible de jambe chez un homme de 70 ans

Soins post-opératoires. — Dès l'opération terminée le membre a repris sa forme normale, car il ne peut y avoir de réduction imparfaite avec un enclouage réalisé correctement. La solidité de l'assemblage est fonction de la rigidité du clou. Avec le clou en V de Kuntscher aucun mouvement de rotation sur l'axe n'est possible, mais rançon terrible de cet avantage : l'extraction de ce clou est parfois extrêmement pénible. Par contre, notre clou d'extraction facile permet parfois pendant les premiers jours d'infimes mouvements de rotation sur l'axe ; il nous paraît difficile de concilier ces deux nécessités et nous pensons qu'il vaut mieux se résigner pendant les dix à quinze premiers jours à faire une légère immobilisation des articulations sus et sous-jacentes pour permettre au cal de « prendre » sans décalage dans la rotation. Cette recommandation s'applique surtout aux fractures à trait transversal rectiligne. Une légère fonction des muscles et des articulations péri-fracturaires peut être reprise progressivement dès quinze à vingt jours, parfois avant, tout dépend de la fixité immédiate de l'assemblage.

Extraction du clou. — Bien qu'elle ne s'impose pas lorsque le clou est parfaitement inoxydable, il est préférable de ne pas laisser celui-ci à prothèse perdue. I

1. Cet article a été écrit en Avril 1944. Depuis cette date nous avons fait 25 E. M. : dont 1 pour fracture pathologique pour métastase de néo du sein, 2 pour fractures ouvertes, pour pseudarthrose par ostéite post-fracturaire : 25 résultats excellents.

2. Mondéléguy : *Thèse Bordeaux*, Juin 1944.

3. Nous avons fait établir une instrumentation complète pour exécuter l'E. M. Brevetée S.G.D.G.

'y a pas pour cela de délai fixe, seul le contrôle adiographique doit guider le chirurgien, l'extraction era pratiquée deux à trois mois après consolidation ranche. Sous anesthésie locale, il suffit de saisir avec me forte pince son extrémité saillante et, aidée de quelques mouvements de rotation, l'extraction se fait isément sans outillage spécial [4].

Indications de l'E. M. — *Fractures traumatiques.* — Naturellement la méthode vise tout particulièrement les fractures diaphysaires. Nous tenons à avouer que c'est toujours à regret que nous avons là pratiquer des ostéosynthèses. L'E. M. par contre n'est le plus souvent qu'un acte de petite chirurgie, sa simplicité et la rapidité de son exécution l'assimilent presque à la pose d'une broche de Kirschner. Cela explique notre tendance, ainsi que celle des chirurgiens qui ont bien voulu déjà nous suivre à le préconiser dans des cas où nous aurions rejeté l'ostéosynthèse. Quoi qu'il en soit, l'E. M. nous paraît devoir être toujours préféré aux autres ostéosynthèses. Ses indications peuvent en être considérablement étendues selon le tempérament chirurgical de chacun, mais nous pensons qu'il est raisonnable de pratiquer l'E. M. dans les cas que nous allons énumérer.

1° Fractures réductibles de contention difficile.

2° Fractures irréductibles : E. M. combiné avec la reposition sanglante. La forme du trait de fracture importe peu, l'E. M. donnant de bons résultats dans les fractures transversales, obliques, comminutives et même dans les fractures ouvertes. L'E. M. s'impose pour les fractures dans lesquelles on craint un retard de consolidation (polytraumatisés ou misère physiologique) ou quand il y a nécessité d'un lever précoce. Les retards de consolidation nous ont toujours paru en bénéficier grandement. Dans les pseudarthroses on a grand intérêt à pratiquer l'E. M., mais il faut naturellement le combiner à une intervention à ciel ouvert sur les fragments pour les aviver, faire des forages périfocaux ou apporter des greffons ostéo-périostés. Les cals vicieux en sont une indication majeure, les raccourcissements orthopédiques du fémur en sont justiciables au même titre qu'une fracture difficile à maintenir réduite, c'est même là un procédé idéal donnant toute sécurité. Dans les fractures pathologiques par tumeur maligne, l'E. M. a toujours apporté au malade un réconfort moral par la survie fonctionnelle qu'il lui procurait.

Incidents. — Dans l'E. M. tout incident fâcheux est provoqué par une faute de technique : éclatement de l'os (clou trop gros), pénétration du clou dans les parties molles (clou trop pointu, insuffisamment coudé, non contrôlé par les R. X.), infection (faute d'asepsie), etc. L'embolie graisseuse n'a jamais été observée.

Résultats. — *a*) Anatomiques : on obtient un bout à bout parfait et l'os accouplé se réduit spontanément par l'enclouage de son satellite ; *b*) biologiques : les nombreux enclouages effectués chez l'homme et l'animal prouvent que la moelle tolère très bien ce volumineux corps étranger, le processus de réparation osseuse, quelquefois légèrement retardé, est le plus souvent normal ou même accéléré avec parfois production de périostose engainante sur tout le trajet du clou. L'infection de la moelle est exceptionnelle ; dans les rares cas où elle s'est produite (nous n'en avons pas personnellement observé) les auteurs allemands n'ont jamais assisté à un syndrome d'ostéomyélite aigu : il s'agissait d'une simple ostéite sans conséquence grave ; *d*) fonctionnels : ils sont en fonction de la perfection de la réduction (longueur, axe). « La maladie du plâtre » n'est plus observée, les téguments, les muscles conservent leur trophicité, les articulations leur souplesse à peu près absolue. Au point de vue social on note une réduction de 50 pour 100 dans la durée d'hospitalisation et dans les frais médicaux. La reprise du travail a lieu dans des délais beaucoup plus courts, les I.P.P. observées sont diminuées de moitié. C'est l'ensemble de ces avantages unis à une technique de réalisation facile qui font de l'E. M. l'ostéosynthèse de l'avenir.

4. Si une difficulté particulière se présente, nous conseillons de frapper latéralement sur l'instrument d'extraction de manière à déterminer un ébranlement molléculaire qui mobilise immédiatement le clou.

QUESTIONS D'ACTUALITÉ

LES CARIES DES DENTS DE LAIT

ENQUÊTE MÉDICO-SOCIALE EN SUÈDE

Si parents et médecins attachent une grande importance à la sortie des premières dents et aux incidents qui l'accompagnent, ils se désintéressent ensuite des dents de lait et sous prétexte qu'elles sont temporaires, ils négligent le plus souvent de les examiner et de les soigner.

Contrairement à l'opinion classique, et plus rarement, il est vrai, que les dents définitives, les dents de lait présentent parfois des stigmates et des dystrophies qui témoignent de la souffrance de leur germe chez le fœtus pendant les premiers mois de la gestation. Mais surtout, pendant toute la première enfance, elles sont, comme les téguments et les phanères, des témoins de l'état général, spécialement du système osseux. La transparence de l'émail, le nombre, l'importance et la rapidité d'évolution des caries traduisent un trouble du métabolisme calcique et la déminéralisation de l'organisme. Les lésions dentaires révèlent et accompagnent souvent aussi des troubles digestifs et des carences.

Les dents gâtées gênent la mastication, les douleurs retentissent sur l'état général de l'enfant, troublent l'appétit et le sommeil.

La destruction de la couronne d'une molaire de lait, ou son extraction, causent un préjudice fonctionnel en diminuant la surface de mastication. La perte est relativement beaucoup plus importante que chez l'adulte puisque chaque dent représente une portion plus grande de la surface totale.

La chute ou l'extraction précoce des dents de lait peut avoir également une action néfaste sur le développement du maxillaire, et être la cause de malpositions. De nombreux auteurs, et en particulier Scheidt, ont longuement étudié l'influence nuisible des caries de la première denture sur les dents permanentes. En général celles-ci font éruption plus précocement et leur sortie ne se faisant pas en bonne place, il arrive fréquemment que les dernières ne trouveront plus un intervalle suffisant et pousseront de travers.

Les infections dentaires prolongées peuvent être le point de départ d'ostéomyélite localisée qui entravera ultérieurement le développement des maxillaires.

Les caries peuvent être des portes d'entrée microbiennes dangereuses. Des néphrites aiguës, des rhumatismes probablement, quelques cas d'érysipèle, de tétanos et d'actinomycose ont parfois cette origine. L'infection peut envahir la gencive, provoquer gingivite et stomatite. C'est en général par l'intermédiaire d'une ulcération gingivale qu'elles sont indirectement la cause d'un chancre d'inoculation tuberculeuse et d'adénite tuberculeuse ou aiguë.

Pour toutes ces raisons, la prophylaxie des caries des dents de lait doit être un souci constant du médecin ; il importe en outre de les rechercher systématiquement et de leur appliquer un traitement conservateur.

Les traités de pédiatrie et de puériculture sont muets sur la fréquence, l'étiologie et le traitement des altérations de la première denture et ceux de l'art dentaire sont très peu prolixes sur ce sujet. C'est pourquoi il nous a paru intéressant d'attirer l'attention sur l'enquête très minutieuse et très approfondie à laquelle vient de se livrer M. Bertil Roos en Suède, à Malmö et dans la partie sud-ouest de la province de Skåne.

Son étude a porté sur 2.593 enfants entre 1 an et demi et 7 ans, appartenant à diverses couches sociales, urbaines et rurales, tant au point de vue de l'état de leur denture que de leurs antécédents et du milieu auquel ils appartenaient.

Contrairement aux statistiques habituelles, qui sont faites sur des malades d'hôpital, de dispensaire ou de polyclinique, médicaux ou dentaires, tous ces sujets étaient en principe bien portants et ont été examinés pour la plupart à l'école maternelle et pour un petit nombre entre 1 an 1/2 et 3 ans, dans une Crèche de Malmö ou dans un Jardin d'enfants privé.

L'enquête s'est faite en 1938, en dehors de toute période de restrictions. Elle a porté pour moitié sur des petits citadins représentant les 2/3 de la population infantile de Malmö. Les autres vivaient à la campagne dans plusieurs districts fertiles des environs de Lund et de Malmö, dont ils constituaient 70 pour 100 de la totalité des enfants de cet âge. Le pourcentage des garçons (52 pour 100) est un peu plus élevé que celui des filles (48 pour 100).

Au point de vue social, les enfants ont été répartis en 3 groupes : le groupe A comprenant les familles aisées, le B la classe moyenne et le C les économiquement pauvres.

Dans le groupe A, à la ville, sont rangés les professeurs et instituteurs, médecins, ingénieurs et directeurs, employés supérieurs (banques, commerce et trafic), commerçants aisés. Dans le groupe B, les travailleurs industriels et du bâtiment, les fonctionnaires, les artisans comme bottiers, tailleurs et menuisiers, petits commerçants, employés inférieurs (tramway, chemin de fer, poste, police), chauffeurs. Dans le groupe C, les travailleurs non spécialisés, les travailleurs saisonniers, les manœuvres, quelques artisans inférieurs comme brossiers, sabotiers, les familles dont le chef ou le soutien est mort depuis quelques années.

A la campagne, il y a plus de différence encore entre les groupes sociaux. Le groupe A de la ville se situerait plus près du groupe B en milieu rural. Le groupe A est composé des enfants de pasteurs, professeurs, ingénieurs, gros commerçants, agriculteurs ayant au moins 20 hectares cultivés, fermiers de domaines d'au moins 25 hectares.

Dans l'ensemble, on trouve une augmentation assez régulière du nombre de dents cariées à mesure que l'enfant grandit. Le pourcentage de dents cariées est de 4,4 à 1 an 1/2, 13,9 à 2 ans, 29,9 à 3 ans, 40,1 à 4 ans, 49,2 à 5 ans et 52,2 à 6 ans. Le nombre des dents totalement cariées est moindre : 0,3 pour 100 à 1 an 1/2, 0,5 pour 100 à 2 ans, 2 pour 100 à 3 ans, 3,9 pour 100 à 4 ans, 8,4 pour 100 à 5 ans et 11 pour 100 à 6 ans. Nous n'avons pas trouvé de statistique comparable en France. M. Dechaume et J. Cauhépé signalent que 70 à 83 pour 100 des enfants de 4 à 18 ans ont des dents cariées. A 4 ans, chaque enfant a en moyenne 2 dents cariées. Les moyennes données par les divers auteurs sont assez variables : de Willeke (24,9 pour 100 à 4 ans, 80 pour 100 à 6 ans), Zesen (26,5 pour 100 à 3 ans, 60 pour 100 à 6 ans), Oravecz (30 pour 100 à 3 ans, 80 pour 100 à 6 ans), Jones (86,2 pour 100 à 3 ans, 91 pour 100 à 5 ans), Mc Call (81 pour 100 à 3 ans, 97 pour 100 à 5 ans), Lenthold (50 pour 100 à 3 ans, 97,6 pour 100 à 6 ans).

Le nombre des dents cariées est sensiblement plus élevé chez les citadins que chez les campagnards. La différence, à peine marquée à 3 ans (+ 0,6 pour 100) est nette à 6 ans (+ 9,7 pour 100). Nous ne pouvons suivre B. Roos dans son étude minutieuse qui envisage le degré des caries, leur localisation, leur fréquence à chaque âge et dans chaque groupe social, à la ville et à la campagne.

Les dents de beaucoup les plus atteintes sont les molaires (47 pour 100 à 3 ans, 80 pour 100 à 6 ans), puis les incisives supérieures (36 pour 10[illegible] à 3 ans, 46 pour 100 à 6 ans), les canines (10 pou[illegible] 100 à 3 ans, 27 pour 100 à 6 ans) et enfin le[illegible] incisives inférieures (8 pour 100 à 3 ans, 14 pou[illegible] 100 à 6 ans).

La fréquence des dents totalement cariées aug[illegible]mente progressivement avec l'âge : 13 pour 10[illegible] des enfants de 3 ans et 65 pour 100 des enfant[illegible] de 6 ans ont au moins une dent totalemen[illegible] cariée. Chez les enfants de 6 ans, 23 pour 10[illegible] de l'ensemble des molaires sont totalemen[illegible] cariées et 3 pour 100 des molaires sont extraites

D'une façon générale, dans les familles où la situation sociale est meilleure, on trouve moins d'altérations dentaires que dans les autres groupes. Cette différence est beaucoup plus nette à la ville qu'à la campagne où l'on trouve presque autant de caries dentaires dans le groupe A que dans le groupe B.

Les caries circulaires du collet apparaissent déjà entre 1 an 1/2 et 2 ans, mais à cet âge elles se limitent aux incisives et aux canines supérieures. Une dent au moins est atteinte chez 11 pour 100 des enfants, 3 dents chez 7 pour 100. A 2 ans et 3 ans, la fréquence de ces caries augmente, puis elle se ralentit ensuite. On ne trouve pour ces lésions aucune différence entre les petits citadins et les ruraux, mais à la ville les enfants de milieu social aisé sont moins frappés que les autres.

Au dire des parents, 40 pour 100 des enfants ont eu au moins une fois des douleurs dentaires (16 pour 100 des enfants de 3 ans et 54 pour 100 de ceux de 6 ans). Mais si 19 pour 100 des petits citadins ont été au moins une fois se faire soigner chez le dentiste, à peine 7 pour 100 des campagnards s'y sont résolus. Au point de vue du traitement, les enfants du groupe social A se sont trouvés dans une situation plus favorable, ceux du groupe C les plus défavorisés. Pour le groupe C aussi bien à la ville qu'à la campagne et pour le groupe B rural, l'extraction est la seule intervention thérapeutique employée. Des traitements conservateurs sont plus fréquents dans les groupes B à la ville et A à la campagne. Dans ce dernier, il y a à peu près autant d'obturations que d'extractions. C'est seulement chez les enfants des familles aisées de la ville que le traitement conservateur est largement employé : 1/3 environ des dents de lait cariées sont traitées.

Il est remarquable de noter que les 3/4 des enfants ayant souffert de douleurs dentaires n'ont pas été conduits chez le dentiste; c'est dire le peu d'importance que l'on attache à la valeur des soins des dents de lait. On ne saurait cependant trop souligner l'utilité de leur traitement précoce.

L'enquête de B. Roos ne montre pas de différence sensible dans la fréquence et la gravité des caries dentaires chez les enfants allaités au sein ou non.

La proportion des dents cariées ne paraît pas non plus très augmentée chez les enfants ayant des stigmates osseux de rachitisme, ou ayant eu dans leur première enfance un rachitisme dûment constaté à l'hôpital (16 pour 100 à la ville, 18 pour 100 à la campagne).

La prophylaxie antirachitique systématique par l'administration de facteur antirachitique sous forme d'huile de foie de morue pendant l'hiver était peu développée en Suède avant 1938. Les enfants qui y auraient été soumis ne semblent pas avoir un pourcentage de dents cariées très différent des autres.

Si l'important travail de Roos met bien en évidence la moindre fréquence des caries des dents de lait chez les enfants vivant à la campagne ou appartenant à un milieu social dont les ressources économiques sont meilleures, il ne permet de tirer aucune conclusion précise sur les causes favorisant leur développement.

Il serait intéressant de savoir les répercussions sur la pathologie dentaire de l'enfance des divers modes d'alimentation, l'importance de l'absorption des crudités et la richesse du régime en vitamines et en acides aminés, le rôle de l'acidité ou de l'alcalinité buccale, la valeur des soins de bouche et du brossage des dents.

Ces diverses notions permettraient d'assurer une meilleure prophylaxie de la carie dentaire.

M. Dechaume et J. Cauhépé ont trouvé un pourcentage plus considérable de dents saines en 1942 qu'en 1941. Ils supposent que cette amélioration est due à la diminution des sucreries et des gâteaux après les repas et surtout à ce que le régime est alcalin.

Boitel, de Vevey, après enquête dans un orphelinat où les enfants avaient moins de carie en moyenne qu'ailleurs, insiste sur l'utilité du régime alcalin pour la fixation des phosphates de chaux, la régularité des repas avec interdiction de manger entre temps, le régime à prédominance végétarienne, la diminution des plats doux. Newton Hugelmans examinant 100 enfants sujets à la carie, note que 43 d'entre eux avaient été alimentés avec un régime comportant des acides, tandis que parmi 100 enfants réfractaires à la carie, 45 avaient un régime formant des alcalins. Il en conclut (bien que ces chiffres paraissent peu démonstratifs) que la prépondérance dans l'alimentation de lait, de fruit et de légumes, facteurs formant des alcalins, est efficace dans l'arrêt de la carie dentaire.

Pour Dechaume, ce sont surtout les aliments collant aux dents, à base d'hydrates de carbone fermentescibles (cakes, pain d'épices, gâteaux) qui sont dangereux : ce sont moins les sucres que la levure qui serait nocif. Un régime trop riche en éléments énergétiques, surtout avec une vie sédentaire, peut également avoir une action néfaste.

Dès à présent, nous savons qu'il est important de déceler précocement les caries des dents de lait et de les traiter le plus rapidement possible car très vite une carie superficielle va permettre l'infection de la pulpe, celle-ci nécessitera la dévitalisation de la dent, principale cause de mauvaise résorption et d'élimination de la racine, et facteur de malposition des dents permanentes.

ROBERT CLÉMENT.

BIBLIOGRAPHIE

M. DECHAUME : Alimentation et dents. Acad. de Méd. 28 Juillet 1942. — M. DECHAUME et J. CAUHÉPÉ : La carie dentaire chez les enfants est un fléau social. Acad. de Méd. 12 Mai 1942. — M. DECHAUME et J. CAUHÉPÉ : Prophylaxie de la carie dentaire chez les enfants. Acad. de Méd. 9 Mars 1943. — Bertil Roos : Ueber die Caries des Milchgebisses bei Kleinkindern mit besonderer Berücksichtigung der Bedeutung einiger sozialer und medizinischer Faktoren. *Acta Pediatrica*, 1944, **31**, supplément I, 1-386. — C. SCHEIDT : Die Bedeutung der Milchzähne für die Entwicklung des bleibenden Gebisses. *Arch. f. Kinderh*, 1931, **93**, n° 192.

SOCIÉTÉS DE PARIS

ACADÉMIE DE MÉDECINE

13 Février 1945.

Notice sur M. Sigalas. — M. **Fabre.**

Aspects radiologiques et troubles fonctionnels de la silicose pulmonaire. — M. **Ameuille** rappelle que chez les sujets exposés de façon durable à l'inhalation massive de poussières siliceuses, il apparaît souvent des modifications radiologiques : 1° accentuation de la trame portant principalement sur la région hilaire ; 2° dispersion dans tout le champ pulmonaire de nodules miliaires ; 3° apparition de grosses condensations opaques ; on a tendance à considérer ces états comme successifs et par suite à juger de la gravité de la silicose par l'aspect radiologique. Or, les trois aspects ne se succèdent pas nécessairement ; il peut y avoir par exemple des silicoses pseudo-tumorales primitives; d'autre part, l'aspect radiologique ne correspond pas toujours aux troubles fonctionnels, ni comme date d'apparition, ni comme gravité. Lorsque la silicose professionnelle donnera lieu à une indemnisation, il ne faudra pas fixer celle-ci sur l'importance des anomalies radiologiques, mais d'après les troubles fonctionnels estimés en eux-mêmes et pour eux-mêmes, en n'oubliant pas que la silicose est évolutive et qu'un sujet retiré du milieu silicogène à peine dyspnéique peut devenir incapable de tout mouvement quelques années après ; des épreuves objectives dans lesquelles la volonté du sujet ne pourra pas intervenir devront être trouvées. L'examen radiologique en série ne permettra pas de faire la prophylaxie de la silicose ; il conduirait à éliminer des sujets qui n'auront jamais de troubles fonctionnels importants, il ne décèlerait pas des formes à la limite de la visibilité et visibles seulement sur de très bons clichés ; ce n'est pas le médecin qui peut faire la prophylaxie, mais l'ingénieur en écartant les poussières de silicose de l'air respiré.

Statistique de 731 cas de pleurésies séro-fibrineuses. — M. **Fauvet,** ayant étudié les documents de la caisse interdépartementale d'Assurances sociales, montre qu'il y a des variations saisonnières indiquant le rôle des conditions atmosphériques (3 fois plus de cas en Mars qu'en Août) et que les pleurésies ne sont pas forcément une maladie des sujets jeunes (36 cas pour 100.000 assurés de moins de 20 ans, 27 cas pour 100.000 assurés de 50 à 60 ans), ce qui permet de souder des rapports avec la primo-infection ou la phase secondaire. Des complications sous forme de rechute ou d'autres manifestations tuberculeuses ont été relevées dans 12,5 pour 100 des cas ; elles apparaissent presque toutes au cours des deux premières années et leur fréquence augmente avec l'âge des malades. La reprise du travail avant 6 mois amène presque toujours la rechute de la pleurésie, mais le repos prolongé ne suffit pas à modifier le pronostic à distance, ce pronostic ne peut être basé ni sur la gravité clinique, ni sur l'intensité des séquelles fonctionnelles, ni sur l'importance des séquelles radiologiques.

La polyfibromatose héréditaire. — M. **Touraine** décrit sous ce nom un état constitutionnel, familial, héréditaire, caractérisé par la tendance à former des infiltrations fibreuses nodulaires en divers points de l'organisme ; les plus communes sont les fibromatoses cutanées ; leur association la plus fréquente se fait avec la maladie de Dupuytren ou l'induration des corps caverneux, mais on connaît leur coexistence avec des chéloïdes, des fibromes des tendons extenseurs, des acnés chéloïdiennes, des sclérodermies en plaque, parfois des fibromes des os, des exostoses, des fibromatoses viscérales ou artérielles ou des troubles du métabolisme (goutte, diabète, rhumatisme, hypercalcémie). Ces formations se développent insidieusement, sans adhérer aux organes voisins ni s'y propager ; anatomiquement, elles sont bien limitées, non encapsulées, sans lésions inflammatoires ; ce sont les éléments d'un état d'ensemble polyphénique, héréditaire en dominance.

Eventuels dangers de l'actuelle épidémie de grippe. — M. **Maurice Renaud** montre que les rigueurs de l'hiver, l'insuffisance du ravitaillement, les exodes des sinistrés, la défaillance de l'hygiène créent une situation propice à la diffusion de la maladie et à l'éclosion des complications et qui le deviendra encore plus pour les prisonniers et les déportés lors de leur libération ; l'exemple de la grippe chez les prisonniers rapatriés en 1919 incite à attirer l'attention des Pouvoirs publics sur ce grave danger.

LUCIEN ROUQUÈS.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

7 Février 1945.

Transfusion du sang et réanimation dans les armées en campagne. — M. **Tzanck** pense que la transfusion de sang frais doit être très rarement pratiquée à l'échelon avancé. A ce stade, seul doit compter le traitement d'urgence de la blessure. L'emploi des plasmas et sérums secs lui semble aussi contestable. Il rappelle en effet que les médicaments ont pour effet de créer dans l'organisme la mobilisation de réserves globulaires. Il faut donc ne les employer que lorsqu'on est assuré de la fin de l'hémorragie. D'ailleurs ces transfusions sont loin d'avoir la même valeur que les transfusions de sang frais qui doivent toujours leur être préférées.

— M. **Robert Monod** est aussi d'avis qu'on généralise peut-être un peu trop l'emploi des transfusions alors que dans le shock des blessés de guerre entrent en jeu de nombreux facteurs, nerveux, émotionnels, et des conditions thermiques. Ces facteurs compliquent le problème, alors que par ailleurs ils sont justiciables de thérapeutiques médicamenteuses souvent efficaces. Ceci dit, il lit un travail du médecin capitaine Bolo sur l'organisation des centres de réanimation, qui résume l'excellence des résultats actuellement obtenus sur le front.

On n'opère plus un blessé non réanimé et on en vient presque à considérer que la blessure crée une urgence plus médicale que chirurgicale. A côté des causes de shock bien connues, la fréquence des polyblessures lui paraît importante. En fait la réanimation doit être le premier geste, et force peut être de faire passer au second plan la lutte anti-infectieuse, c'est-à-dire le parage de la plaie. Quelques exceptions évidemment à cette règle : les blessés de l'abdomen, encore qu'on ait toujours une heure devant soi pour la réanimation ; les blessés chez lesquels on redoute une hémorragie ; les thoraciques avec traumatopnée.

Etudiant la pathogénie du shock, l'auteur montre l'association de phénomènes d'insuffisance vasomotrice, de troubles neurovégétatifs et de la toxémie par attrition ou par infection. Plusieurs tableaux peuvent être ainsi créés, du shock pur, au shock avec hémorragie, au shock toxique, enfin au shock avec infection. Certains de ces aspects sont compensés, d'autres non et c'est l'étude de l'hémo-concentration qui permet de prévoir, diagnostiquer et différencier les shocks accompagnés ou non d'hémorragie.

Le traitement comprend avant tout le réchauffement, la lutte contre l'anoxémie à l'aide d'oxygène à forte concentration, contre l'épuisement nerveux par la morphine intraveineuse, l'huile camphrée, le pressyl. Enfin le rétablissement de la masse sanguine et de sa concentration normale. L'emploi de grandes perfusions intraveineuses de plasmas secs ou liquides, telles que les fournissent les Anglo-Américains est le plus favorable. A défaut on utilisera du sang dilué au 1/3 ou au 1/4, ce qui permet d'ailleurs de tâter la susceptibilité du blessé.

Lorsque à ce syndrome pur s'ajoute l'hémorragie, on utilise le sang total conservé que l'armée fournit de manière commode à employer.

Le médecin réanimateur doit donc aller au-devant du blessé. A chaque échelon il est nécessaire que se trouve une équipe complète, médecins, infirmiers sachant étudier chaque cas à l'aide de l'hémoglobinométrie et de la chloruréimétrie

On peut en résumé dire qu'à l'avant est l'échelon du sang conservé, à l'arrière celui de sang frais qui peut être au besoin prélevé sur l'entourage et plus à loisir.

Grands accidents d'hypoglycémie. Ablation d'un gros adénome de la queue du pancréas. Guérison avec retour à la normale de la glycémie. — MM. **Brocq** et **Garcin** présentent cette première observation française d'un syndrome d'hypoglycémie par adénome langerhansien. Leur malade précédemment montrée à l'Académie a présenté le tableau clinique de l'hypoglycémie grave, avec coma récidivant cédant aux administrations de sérum glucosé.

La glycémie avait atteint chez elle des chiffres très bas (0. *g.* 34). M. Garcin demanda, après un examen détaillé du système endocrinien de la malade, l'exploration chirurgicale du pancréas. Il y fut trouvé un gros adénome de 75 *g.* dont l'ablation put être heureusement achevée. Le taux de la glycémie redevint rapidement normal après une petite poussée d'hyperglycémie.

— M. **Brocq** cite les travaux étrangers qui ont trait à cette question. Il insiste sur l'intérêt de ces observations qui montrent que le chirurgien peut apporter son concours aux physiologistes et aux cliniciens.

La pièce était un adénome végétant, nécrosé en son centre et du type langerhansien.

— M. **Sicard** dans un cas d'hypoglycémie rebelle a fait une pancréatectomie partielle, pour réduction, mais sans que la pièce ne renferme d'adénome vrai.

— M. **Mondor** cite plusieurs exemples d'adénomes de ce genre, pris dans la littérature étrangère et qui paraîtront dans un ouvrage de M. Mallet-Guy.

— M. **Quénu** se demande s'il n'est pas un peu difficile de savoir quel type d'hypoglycémie nécessite un traitement chirurgical puisqu'il existe des hypoglycémies spontanément curables.

— M. **Brocq** insiste en concluant sur le fait que la plupart des tentatives opératoires n'aboutissent qu'à une pancréatectomie partielle pour réduction, opération parfois heureuse mais critiquable. Il est peu d'exemples où l'on ait trouvé un adénome aussi net. Les hypoglycémies rebelles et graves nécessitent l'exploration.

JEAN CALVET.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

9 Février 1945.

Augmentation de l'activité cholinestérasique du sérum dans les polynévrites chez l'homme et rôle de la vitamine B 1. — MM. **J. Froment** et **A. Kaswin** (Lyon), mesurant l'activité cholinestérasique du sérum dans les polynévrites, ont noté l'augmentation de celle-ci dans les polynévrites éthyliques et arsenicales, alors que son taux reste normal dans les polynévrites diphtériques et diabétiques. Dans les premières, le taux redevient normal lorsque survient la guérison clinique. Cette augmentation de l'activité cholinestérasique ne pourrait être considérée que comme élément du mécanisme des troubles parétiques, étant donné la limitation de ceux-ci à des groupes musculaires isolés. L'augmentation de la cholinestérase paraît secondaire à une avitaminose B 1 et les auteurs supposent une action propre sur la cholinestérase des métabolites des glucides qui s'accumulent dans le sang dans l'avitaminose B 1. En dehors de son intérêt physiologique, l'augmentation de l'activité cholinestérasique du sérum dans les polynévrites peut avoir un certain intérêt diagnostique — le taux de la cholinestérase dans la poliomyélite se montrant normal — compte tenu de certaines causes d'erreur, en particulier l'association de polynévrite et de cirrhose.

— M. **Garcin** remarque que l'augmentation de l'activité cholinestérasique s'observe dans les polynévrites éthylique et arsenicale qui touchent le foie ; par contre, dans la polynévrite diabétique, son taux est normal. Pratiquement, il y a là peut-être une possibilité de diagnostic entre certaines polynévrites et les poliomyélites.

— M. **Fiessinger** rappelle que la cholinestérase est un thermomètre hépatique. Dans les cirrhoses elle s'abaisse jusqu'à 3 *mg.*, puis tombe encore plus bas avec l'aggravation terminale. Le comportement de la cholinestérase éclaire les relations entre le foie et le système nerveux.

— M. **Kaswin** n'a pas constaté de troubles nerveux dans les cirrhoses où la cholinestérase est très basse.

P.-L. MARIE.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

10 Février 1945.

Comparaison des taux sanguin et hépatique de vitamine PP chez l'homme. — MM. **H. Gounelle**, **Y. Raoul** et **J. Marche**. En considérant comme normaux des taux sanguins supérieurs à 6 *mg.* pour 1.000 on se rend compte qu'aux taux hépatiques élevés, déterminés par biopsie au cours d'interventions chirurgicales, correspondent des taux sanguins élevés et inversement, mais il n'existe pas de parallélisme rigoureux.

Influence de l'anesthésie chirurgicale sur la différenciation chronaxique des antagonistes chez l'homme. — MM. **A.** et **P. Chauchard**, Mme **B. Chauchard** et M. **G. Cordier**, ayant effectué des déterminations chronaxiques au cours d'anesthésie chirurgicale sur l'homme en salle d'opération, ont constaté que la différenciation chronaxique des groupes neuro-musculaires squelettiques et notamment des antagonistes, provenait bien, comme chez l'animal, d'une influence des centres nerveux (subordination), puisque les chronaxies s'égalisent sur le sujet anesthésié.

Dosage d'acide ribrométique dans les tissus cancéreux et sains. — MM. **Khouvine** et **J. Grégoire**.

Election. — M. **Poumeau-Delille** est élu membre titulaire.

A. ESCALIER.

ASSOCIATION DES MICROBIOLOGISTES DE LANGUE FRANÇAISE

2 Novembre 1944.

Etude, par enregistrement photométrique, du mode d'action « in vitro » des sulfamides. — MM. **P. Bonét-Maury** et **R. Pérault**. Les courbes enregistrés sur le biophotomètre de Bonét-Maury et Walen permettent d'évaluer graphiquement et de mesurer d'une façon précise l'activité antimicrobienne d'un corps quelconque. Les expériences sur le staphylocoque et le *B. coli* montrent que la croissance de ces germes est ralentie proportionnellement à la concentration en sulfamide. On n'observe pas, pour les concentrations élevées, de bactériostase vraie comme avec les radiations ionisantes.

Etude, par enregistrement photométrique, du mode d'action de la corylophyline et de la pénicilline. — MM. **P. Bonét-Maury** et **R. Pérault**. L'enregistrement photométrique montre que l'action de la pénicilline sur le staphylocoque est très différente de celle de la corylophyline ou des sulfamides : elle est beaucoup plus rapide et produit en outre la lyse des germes.

Peut-on, en matière d'antigène O des bactéries, distinguer de façon absolue entre haptènes et antigènes complets ? — MM. **A. Boivin** et **A. Delaunay**. Cette distinction, qui reste vraie en pratique, n'est pas aussi absolue théoriquement qu'on l'avait généralement cru jusqu'ici.

Sur la constitution chimique des antigènes O des bactéries. — M. **A. Boivin**. Artefacts par rapport aux cellules bactériennes vivantes, les polysaccharides libres se retrouvent en dissolution dans les autolysats bactériens tels qu'on sait les obtenir au laboratoire et sûrement aussi dans les autolysats spontanés qui se forment au sein des tissus infectés. Ils sont les responsables essentiels des propriétés biologiques fondamentales de ces autolysats. Par là même ils perdent tout caractère d'artefacts relativement aux bactéries telles qu'on les rencontre dans les cultures et les tissus infectés.

Action de l'aneurine sur la fructification conidienne de « Penicillium claviforme » Bainier 1905. — MM. **J. Magrou** et **H. Marneffe**. L'aneurine paraît stimuler puissamment la fructification conidienne de *P. claviforme*. La souche étudiée est incapable d'effectuer la synthèse totale de l'aneurine, mais elle est apte à combiner ses constituants : pyrimidine et thiazol, et à en réaliser la synthèse partielle à partir du thiazol.

Recherches sur la chimiothérapie associée à la désensibilisation en tuberculose expérimentale. — M. **B. Kreis** observe une diminution des lésions tuberculeuses du cobaye désensibilisé par la tuberculose ou traité par les sulfamides par rapport aux témoins. Cette diminution est nettement plus significative chez le cobaye à la fois désensibilisé et sulfamidé.

Essai de micromanipulation chimique colorimétrique (salicylate, sulfamides). — M. **J. Browaeys** décrit l'appareil qu'il a imaginé et qui lui permet d'effectuer des micromanipulations chimiques portant sur des quantités de 1 milligamma.

Culture du « Bacillus megatherium » en milieu synthétique glucosé. — M. **N. Grelet**. Ce milieu a permis à l'auteur d'effectuer des recherches sur la sporulation, la réduction des nitrates, l'utilisation des aliments carbonés et la synthèse du lipide hydroxybutyrique.

Etude sur les composés solubles de la réaction de précipitation spécifique (anticorps de cheval-polyoside du pneumocoque type VIII). — MM. **P. Grabar** et **J. Oudin** étudient certaines particularités par des méthodes immunochimiques quantitatives. La précipitation des surnageants de la zone d'excès de haptène par un sérum de lapins anti-anticorps SSSVIII de cheval n'entraîne généralement pas de SSSVIII précipitable par un sérum de lapins antipneumococcique type VIII : le comportement, à l'égard du même sérum anticheval, des anticorps de cheval présents dans certains de ces surnageants, est très différent de celui des anticorps purs, constatation qui résulte de la comparaison des courbes de précipitation.

P. LÉPINE.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

14 Décembre 1944.

Epithélioma baso-cellulaire sur brûlure par corps gras. — MM. **Touraine** et **Balter** en présentent un exemple, sur la lèvre supérieure, 2 ans après une brûlure superficielle par une goutte de beurre chaud. Depuis 2 mois, extension lente.

Granulome télangiectasique géant du cuir chevelu. — MM. **Touraine** et **Harlez** montrent un granulome de 4 × 3 *cm.* de base et de 2,5 de relief, datant de 4 ans sur le vertex d'une femme de 81 ans et consécutif à de multiples microtraumatismes.

Sébocystomatose héritée en dominance. — MM. **Touraine** et **Meunier** signalent une famille dans laquelle la sébocystomatose, accompagnée de troubles mentaux graves, a atteint 4 membres en 3 générations, en dominance régulière.

Pyodermites végétantes pseudo-néoplasiques épithéliomatiformes d'Azud. — MM. **Touraine** et **Ruel** étudient un cas de cette très rare dermatose, en éléments multiples sur les membres, chez un garçon de 15 ans et datant de 6 mois. L'aspect clinique et histologique est très épithéliomatiforme ; mais la régression est rapide par les seuls traitements antiseptiques locaux.

Coussinets des phalanges et maladie de Dupuytren. — MM. **Touraino** et **Uhl** retrouvent, chez un homme de 34 ans, cette association, élément du syndrome de « polyfibromatose ».

Nouveau traitement de la gale par l' « huile blanche soufrée ». — M. **Lépinay** recommande un mélange de soufre sublimé (100 *g.*) dans 900 *g.* d'huile blanche insecticide « White Spray » américaine dite d'été, à indice de sulfonation de 95 pour 100 (ou Blanchol). Deux applications à 15 minutes d'intervalle, sans bain ni savonnage.

Scléro-atrophie de l'anneau préputial ; kraurosis penis. — MM. **Degos**, **Delort** et **Hewitt** présentent un homme de 57 ans atteint depuis 4 ans d'une scléro-atrophie de l'anneau préputial ; rien ne permet d'incriminer une inflammation balanique initiale, contrairement à la théorie qui veut faire de tout kraurosis penis un kraurosis postbalanique. La lésion du gland, simple tache érythémateuse, ni atrophique, ni scléreuse, rappelle une érythroplastie.

Sclérodermie traumatique. — MM. **Gougerot**, **Blum** et **Duperrat** versent au dossier de la sclérodermie traumatique le cas d'un homme qui à la suite d'un violent bombardement vit apparaître des placards de sclérodermie typique et atypique des membres inférieurs.

Lésions fixes et circinées. — MM. **Gougerot**, **Duperrat** et **de Sablet** présentent une femme qui depuis plusieurs années offre à la face postérieure des cuisses et aux fesses une éruption érythémateuse fixe et circinée de nature indéterminée.

Erythrodermies arsenicales et sulfamidothérapie. — MM. **Gougerot**, **Sclafer**, **de Sablet** et **Piguet** rapportent 2 cas d'érythrodermies, l'un chez une femme, l'autre chez un homme, qui ne furent pas enrayés par les sulfamides, même au début. Pour les auteurs l'érythrodermie est un érythème toxique, avec staphylococcie surajoutée.

— M. **Flandin** a toujours eu des échecs avec les sulfamides dans les érythrodermies et a renoncé à cette médication.

Parapsoriasis en plaques. — MM. **Weissenbach** et **Fernet** présentent un malade qui depuis 3 mois avait une tumeur végétante de l'oreille et depuis un an des placards peu apparents de parapsoriasis sur le tronc et les membres ; l'histologie de ces placards montre l'aspect d'un pemphigus végétant.

Epithélioma de la verge. — MM. **Flandin** et **Richon** présentent un homme de 53 ans atteint de lésions ulcéro-végétantes du gland et du prépuce avec grosse adénopathie inguinale ; évolution rapide en 6 mois. Histologiquement : épithélioma spino-cellulaire.

Pigmentation traumatique du visage. — MM. **Joulia** et **Le Coulant** ont observé chez une femme de 23 ans, à la suite d'une chute de bicyclette, sur la joue gauche une pigmentation foncée de la joue ; il existait une carence en vitamine C. La guérison fut obtenue par la vitamine C et l'extrait cortical surrénal.

Réticulo-sarcome généralisé. — MM. **Gougerot**, **Civatte** et **Burnier** rapportent la terminaison mortelle survenue chez un homme atteint de réticulo-sarcome généralisé. La mort survint par agranulocytose (un seul polynucléaire neutrophile).

Maladie de Besnier-Bœck-Schaumann. — MM. **Cordonnier** et **D'Hour** ont observé chez un homme de 30 ans atteint de lésions typiques de maladie de Besnier-Bœck des membres une ulcération du frein de la verge ayant les caractères d'un granulome infectieux.

— MM. **Cordonnier** et **Christin** rapportent l'observation d'une femme de 46 ans atteinte de maladie de Besnier-Bœck typique (lupus pernio du nez, nodosités des jambes, des joues, lésions osseuses des phalanges), qui fit une pleurite avec fièvre et mourut avec les signes d'une méningite tuberculeuse.

La léproline dans le diagnostic de la lèpre. — MM. **Flandin**, **Basset** et **Jeanson** ont utilisé la léproline obtenue par broyage d'un nodule riche en bacille de Hansen, en intradermo-réaction comme moyen de diagnostic de la lèpre : 15 à 28 jours après l'inoculation on note une papule infiltrée, parfois une phlyctène qui dure 8 à 30 jours : cette réaction serait négative dans la lèpre nerveuse et fortement positive dans la lèpre tuberculoïde.

Les auteurs ont expérimenté la léproline sur un certain nombre de lépreux et leur entourage. Ils ont noté 3 cas positifs sur 21 cas de lèpre nerveuse et 100 pour 100 de cas positifs dans la lèpre tuberculoïde ; dans la famille et l'entourage des lépreux, le pourcentage de cas positifs est de 83 pour 100 ; enfin chez les non lépreux, ils ont trouvé 33 pour 100 de cas positifs (2 sur 61 cas examinés).

La part du toxique et de l'infection dans l'agranulocytose. — M. **Huriez** a enregistré en 3 ans, sur 9 observations d'agranulocytoses, 2 décès dans 2 ca

non traités ; la réparation hématologique dans deux formes mortelles du fait d'une hépato-néphrite et d'une endocardite d'Osler ; enfin la guérison de 5 cas d'agranulocytose primitive ou post-chimiothérapique (arsenic-sulfamides divers), malgré parfois la disparition de tout polynucléaire.

L'auteur démontre que les sulfamides, parfois générateurs d'agranulocytose, sont capables d'aider à la guérison du syndrome infectieux mais encore des stigmates hématologiques. Dans 1 cas d'agranulocytose primitive, il obtint la guérison d'un abcès pulmonaire par pneumothorax et administration de 477 *g*. de sulfamides en 80 jours.

A condition d'être dépistée précocement, l'agranulocytose est le plus souvent curable par une thérapeutique énergique, à base de nucléotides du pentose — et plus accessoirement de médullo-transfusions.

— M. **Chevallier** oppose la facilité de réparation d'ailleurs souvent spontanée des cas où la moelle osseuse est intacte et le caractère habituellement fatal des cas d'agranulocytose où la moelle est atteinte.

Granulomes annulaires des oreilles. — MM. **Sézary** et **Bolgert** ont guéri par le salicylate de soude des granulomes annulaires des oreilles chez un ancien rhumatisant; ce cas est une confirmation de la théorie de l'origine hyperergique du granulome annulaire.

Pemphigus vulgaire. — M. **Bolgert** a constaté dans 2 cas de pemphigus vulgaire une hépatite graisseuse massive, associée à une néphrite, à une fibrose de la rate et à une surrénalite scléreuse légère. L'hépatite paraît responsable de certains symptômes observés et de la mort de ces malades.

— MM. **Bolgert** et **Mollinedo** ont inoculé à la souris du liquide céphalo-rachidien de malades atteints de pemphigus vulgaire ; ils ont constaté chez 3 animaux des signes de parésie du train postérieur et des lésions hépatiques, rénales et spléniques, rappelant les lésions observées chez l'homme dans le pemphigus.

Traitement du lupus tuberculeux. — MM. **Meyer** et **Gaulier** associent la méthode de Charpy et la finsenthérapie ; après avoir mis les lupiques au traitement par la vitamine D 2 et le gluconate de calcium, les auteurs attaquent, au bout de 2 mois, les éléments résistants au Finsen. La moitié des maladies guérit rapidement : les autres ne gardent que des lupomes enchâssés dans un tissu de sclérose cicatricielle et non évolutif. Les cas les plus favorables sont les lupus ulcérés, évolutifs, avec forte sédimentation.

Nodule des trayeurs. — MM. **Sézary**, **Bolgert**, **Chapuis** et **Mollinedo** ont étudié un cas de nodule des trayeurs (9 nodules à la main droite, 11 à la gauche) chez une femme de 41 ans. Les lésions étaient cliniquement et histologiquement œdémateuses (bulles autour ou au-dessus des nodules). La malade, qui n'a jamais été vaccinée contre la variole, a subi avec succès la vaccination jennérienne un mois après le début de l'affection ; fait en contradiction avec certains autres publiés.

La photothérapie solaire artificielle. — M. **Meyer** a mis au point depuis 1939 la technique suivante : devant une source à mercure, on interpose une cuve filtrante à faces de quartz, renfermant, pour une épaisseur de 40 *mm*., une solution d'acide nicotinique (vitamine PP) à 1 pour 100, à raison de 2 gouttes pour 30 *cm*^{3} d'eau distillée. Toutes les radiations au-dessous de 2.700 Amstrong sont interceptées. Au-dessus, l'absorption est insignifiante. Le spectre ultraviolet ainsi filtré se rapproche de celui du soleil. La finsenthérapie au contact et avec compression se fait en 5 à 10 minutes. En irradiation générale, la durée des séances est environ augmentée de moitié.

Erythème induré de Bazin guéri par les sulfamides. — MM. **Coste**, **Boyer** et **Berger** ont observé une régression rapide d'un érythème induré sus-malléolaire chez un garçon de 15 ans (19 *g*. en 5 jours).

Pityriasis versicolor. — MM. **Coste**, **Boyer** et **Berger** ont constaté que le pityriasis versicolor guérit rapidement par une seule friction au benzoate de benzyle ; par prudence on en prescrit une deuxième 15 jours après.

Psoriasis réveillé par une éruption syphilitique secondaire. — MM. **Coste**, **Boyer** et **Tourneur** rapportent l'observation d'un ancien psoriasique qui contracte la syphilis : chancre phagédénique et éruption secondaire papulo-squameuse, traitée par le novarsénobenzol et le bismuth. On nota la transformation progressive des syphilides en taches de psoriasis, histologiquement typiques.

Erythème polymorphe récidivant cyanotique et intoxication benzolique. — MM. **Coste** et **Gaultier** ont observé chez une femme de 52 ans travaillant depuis 22 ans dans le benzol un érythème polymorphe des membres, à poussées successives, dont les éléments éruptifs avaient un caractère cyanotique et purpurique. Leucopénie sanguine, avec neutropénie et éosinophilie.

Mélanose de Riehl. — MM. **Merklen**, **Sallet** et **Rathery** estiment que dans cette affection, à côté des données étiologiques classiques, peut intervenir un facteur particulier : une surcharge de l'organisme en soufre d'origine thérapeutique.

Erythème noueux après sulfamidothérapie. — MM. **Rabut** et **Leca** signalent un cas d'érythème noueux avec fièvre, douleurs articulaires, phlyctènes de la cornée après ingestion de sulfamide thiazolée ; guérison rapide, puis récidive après une nouvelle cure ; le soludagénan par contre ne déclencha aucune poussée. Il semble s'agir d'une intolérance ou d'un phénomène allergique ; pas de primo-infection bacillaire dans ce cas.

R. BURNIER.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET D'HYGIÈNE DU TRAVAIL

20 Novembre 1944.

Organisation du dépistage des tumeurs dans une collectivité. — MM. **René Huguenin**, **Guy Albot**, Mlle **Monique Parturier-Lannegrace** et M. **René Saracino** rappellent que la mortalité par le cancer égale, et souvent dépasse, celle de la tuberculose en fréquence. Pour l'une et l'autre maladie, la lutte sociale exige deux types de rouages distincts : des centres d'étude, de diagnostic et de traitement ; des organisations de dépistage. Les centres d'étude du cancer existent et ont porté leurs fruits : les procédés modernes permettent de guérir le cancer, à condition qu'il soit reconnu précocement. Mais l'organisation du dépistage est fort en retard : aussi les cancers dépistés précocement sont-ils exceptionnels et le nombre de décès est toujours aussi élevé, le résultat social reste donc mauvais. Il faut organiser le dépistage précoce.

L'éducation du public, la création de caisses d'assurance contre le cancer peuvent jouer un rôle de propagande. Mais celle-ci ne résout pas le problème. Le cancer est maladie trop sournoise, aussi les malades ne viennent pas consulter spontanément et le diagnostic précoce exige des connaissances techniques et un appareillage spécialisé que ne possèdent pas les médecins praticiens. Il faut donc créer, pour aider ceux-ci, des centres de diagnostic et de prophylaxie des tumeurs spécialement outillés et qui réalisent des examens gratuits pour les sujets suspects ; ce qui existe depuis 4 ans dans le cadre de la S. N. C. F.

Les examens étant trop onéreux pour être applicables à tous les sujets sains d'une collectivité, on tournera la difficulté en n'examinant que des sujets suspects, déjà triés par divers praticiens. C'est dire que ce dépistage trouve naturellement sa place dans les grandes collectivités : médecins d'usine, caisses d'Assurances sociales.

Le dépistage des tumeurs dans les caisses d'Assurances sociales a été prévu par la Commission du Cancer de l'I. A. S. A. S., sous l'impulsion de M. le Recteur Roussy. Chargés d'un premier essai, dans le cadre de la Fédération mutualiste de la Seine, les auteurs apportent leurs premiers résultats et les enseignements recueillis.

Le recrutement des sujets suspects est assuré, en partie par les médecins praticiens, en partie par les médecins d'entreprises, en particulier par les médecins contrôleurs de la F. M. S.

Durant les 9 premiers mois, 8 cancers et 2 récidives ont été dépistés sur 303 malades examinés : 1 cancer pour 35 malades. Ce résultat est presque surprenant et combien encourageant.

Une seule conclusion logique : la nécessité d'amplifier et de multiplier les organismes de dépistage des tumeurs malignes, en attendant la création d'un organisme national, destiné à mener une lutte efficace contre une maladie qui cause chaque année 1 mort pour 500 habitants de notre pays.

Enquête industrielle sur la pathologie des substituts d'huile de graissage à base anthracénique. Etudes clinique, chimique et spectrographique. — MM. **R. Fabre**, **R. Delsol**, **A. Andant** et **R. Barthe** indiquent que l'usage de substituts de graissage à base d'huile anthracénique a pris un développement considérable depuis la guerre. Ces huiles de remplacement (coupe, mouvement, démoulage ou agricole) ont parfois provoqué chez leurs usagers des accidents cutanés. Ceux-ci sont variés et appartiennent à trois ordres de faits : boutons d'huile, brûlures légères, dermites avec photosensibilisation. Par ailleurs, ces huiles sont de composition très variable et contiennent de nombreux corps chimiques. Pour mettre un peu de clarté et de précision dans ce combiné de facteurs, il convient de faire une étude systématique des phénomènes pathologiques, en les confrontant avec l'analyse chimique détaillée des produits incriminés.

L'enquête médicale à l'atelier a été menée parallèlement aux études du laboratoire de chimie. Les recherches expérimentales sur l'animal ont été conduites avec des produits de base déterminés.

Des convergences remarquables ont marqué les différents résultats. Elles permettent les conclusions suivantes.

Les huiles de remplacement actuelles doivent déjà, pour des raisons techniques et hygiéniques, être déphénolées et désanthracénées. Mais il convient également de les priver de leurs composés basiques afin d'en éliminer les produits dits pyridiques et acridiniques.

Cela est possible industriellement : l'économie nationale trouve ainsi une utilisation rationnelle de sous-produits de la distillation de la houille, sans dommage pour les travailleurs.

De l'hygiène industrielle à la thérapeutique. L'exemple de l'aminothiazol antithyroïdien électif. Vérifications expérimentales. Premiers résultats cliniques. — MM. **M. Perrault**, **D. Bovet**, **P. Droguet** et **Jeantet** indiquent que c'est à l'occasion de la manipulation industrielle de l'aminothiazol, entraînant chez les ouvriers qui respiraient des poussières l'apparition de goitres, que des recherches expérimentales furent entreprises et aboutirent à la notion que ce composé possédait un pouvoir antithyroïdien électif. L'utilisation humaine confirma l'action bien spéciale de l'aminothiazol n'entraînant pas d'augmentation du métabolisme basal mais au contraire le diminuant diminuant les troubles fonctionnels, le tremblement, la tachycardie des basedowiens.

Dosage du plomb tétraéthyle en présence des poussières de plomb dans l'atmosphère. — MM. **J. Delga**, **P. Renaud** et **R. Gibert**.

L. DÉROBERT.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE DE FRANCE

13 Novembre 1944.

Au sujet de la toxicité des sels de cuivre. Intoxication mortelle par injection intra-utérine de sulfate de cuivre. — M. **Kohn-Abrest**, à propos de l'analyse toxicologique des viscères mettant en évidence la présence de 49 *mg*. de cuivre dans le foie, de 14 *mg*. dans le tube digestif et de 6 et 7 *mm*^{3} dans les reins et la rate d'une femme qui s'était injecté dans le vagin une solution de sulfate de cuivre à 5 pour 100, rappelle qu'il existe du cuivre à l'état normal dans les viscères. Ce métal introduit dans l'organisme par les aliments végétaux et animaux par les boissons, se retrouve à la dose de 2 à 5 *mg*. par kilogramme.

Cheveux arrachés ; cheveux chus spontanément. — MM. **J. Fourcade** et **G. Simonin** montrent que les cheveux arrachés sont essentiellement caractérisés par le polymorphisme de la racine, la présence fréquente de gaines ou de fraction de gaine provenant des couches épidermiques entourant la racine en manchon, en doigt de gant et la prédominance de cheveux jeunes à bulbe en bouton, en cuiller ou en éventail. Au contraire, les cheveux chus spontanément n'offrent que des racines droites à bulbe plein, en forme de massue ou de pointe d'asperge et dépourvues de gaine.

Intoxication par le chlorate de soude. — MM. **R. Piédelièvre** et **L. Dérobert**, à l'occasion d'une triple intoxication, dont une a été mortelle, consécutive à l'usage de chlorate de soude en guise de sel ordinaire durant 6 repas consécutifs, rappellent que les chlorates, classiquement poisons méthémoglobinisants, ne le sont que faiblement, par contre ils produisent des verdohémochromogènes en grande quantité et transforment l'hémoglobine en hématine. C'est la raison pour laquelle la méthémoglobinémie n'est jamais constatée au cours de ces intoxications.

Intoxications alimentaires par staphylocoques. L'entérotoxine staphylococcique. — MM. **L. Dérobert**, **L. Truffert** et **Navellier**, à l'occasion de deux morts de nourrissons, l'un de 18 jours, l'autre de 8 mois, consécutives à l'ingestion de lait condensé sucré souillé par du staphylocoque doré, indiquent les nombreuses observations étrangères, américaines en particulier, dans lesquelles ce germe fut incriminé. Les troubles consécutifs à l'ingestion d'aliments souillés sont déterminés par une entérotoxine qui résiste à l'ébullition pendant 30 minutes.

L. DÉROBERT.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

28 Octobre 1944.

Gros hématomètre révélateur d'un épithélioma du corps utérin. — M. **Pierre Le Gac**. Une malade de 57 ans, ménopausée à 53 ans, consulte pour douleurs utérines et amaigrissement, aucune perte sanguine. A l'examen, volumineuse tumeur. Il s'agissait d'un gros utérus néoplasique. Une sténose du col empêchait la métrorragie, d'où la constitution d'un volumineux hématomètre cause des douleurs utérines. Hystérectomie totale. Guérison.

La pénicilline et ses applications thérapeutiques. — M. **René Martin** passe en revue les différents travaux de laboratoire concernant la culture et la préparation de la pénicilline. Il rappelle ses propriétés *in vitro* et *in vivo* et définit l'unité Oxford et les méthodes de dosage de la pénicilline. Il tâche ensuite de donner une vue d'ensemble de ce que la médecine et les chirurgiens sont en droit d'attendre de ce produit qui a des applications multiples au cours des infections à staphylocoques, à streptocoques, à pneumocoques, à gonocoques et à méningocoques, ainsi que sur la gangrène gazeuse et la syphilis.

Il montre enfin que la chirurgie, et en particulier la chirurgie de guerre, sont très redevables à cette nouvelle thérapeutique qui a grandement amélioré le pourcentage des guérisons.

Essai d'un traitement étiologique de l'asthme. Vingt observations. — M. **Michelet** traite l'asthme en partant de ses causes mêmes : nez, déformations thoraciques, poumons, foie, cœur, endocrines, etc... Il cite 20 observations de malades ne présentant plus de crises depuis des années.

Un cas d'anurie traité par l'injection intraveineuse de novocaïne. — MM. **Régis** et **Goväert** rapportent l'observation d'un malade atteint d'insuffisance ventriculaire gauche avec divers symptômes graves, notamment une oligurie rebelle à tous les traitements habituels. Cette oligurie céda immédiatement à l'injection intraveineuse de 2 *cg*. de novocaïne. De 200 *cm*^{3} le volume des urines passa de 1.200 à 1.500 *cm*^{3} et s'y maintint.

L. BORY.

SOCIÉTÉS DE PROVINCE

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE LYON

28 Novembre 1944.

Tête courbée par dystonie d'attitude qui fit dépister un parkinsonisme latent. — MM. **J. Froment, H. Savet** et Mlle **G. Valette** attirent l'attention sur une dystonie d'attitude par déficience tonique portant exclusivement sur la tête qui ne peut être maintenue droite. Convaincus que la rigidité parkinsonienne n'est que rigidité dystasique par déficit des mécanismes de stabilisation automatique, ils ont été conduits à incriminer ici un parkinsonisme latent, bien qu'ils n'aient jamais encore observé pareille attitude dans la maladie de Parkinson.

Les auteurs ont pu en faire ici la preuve en décelant par le test du poignet une rigidité de type dystasique des plus nette et en recourant à l'hyoscine qui rectifie l'attitude vicieuse.

Un cas de maladie de Weirr-Mitchell avec pigmentation cutanée. Influence passagère du traitement radiothérapique. — MM. **Paliard, Galy** et **Béraud.** Un cas de maladie de Weirr et Mitchell ou l'érythromélalgie se singularise par une pigmentation cutanée s'accentue à la suite de chaque crise, le début de chaque crise par une émotion violente et un cortège symptomatique douloureux ayant fait songer à une artérite de la tibiale postérieure droite. La radiothérapie sympathique semble avoir eu une influence favorable passagère. Du point de vue pathogénique les auteurs signalent la possibilité de lésions centrales, ce que semblerait confirmer l'existence d'altérations du fond d'œil.

Acidose salicylée avec réaction méningée lymphocytaire. — MM. **Fr. Paliard, A. Gonin** et **André Bertoye** rapportent le cas exceptionnel d'une réaction méningée survenue au cours d'un coma salicylé chez un malade n'ayant pas reçu simultanément du bicarbonate de soude. On trouve des observations analogues dans les vomissements acétonémiques de l'enfant.

Le traitement salicylé a pu être repris en alcalinisant le malade. Il y a lieu d'insister sur la nécessité absolue de ne jamais donner de salicylate sans bicarbonate de soude, surtout chez les sujets porteurs d'une tare hépatique.

Sur l'avitaminose P et sur le signe de l'épistaxis provoquée. A propos d'une observation d'avitaminose complexe. — MM. **Jeune** et **Flattot.** Rachitisme semi-tardif chez une fillette de 3 ans avec décalcification généralisée, douleurs osseuses et fractures multiples. Insaturation de l'organisme en vitamine C. Signe du lacet positif dont la recherche déclenche l'apparition d'une épistaxis et d'un purpura frontal. Persistance des signes sanguins malgré une invitamination massive par l'acide ascorbique. Disparition de ces signes par l'ingestion de citrons entiers.

G. Despierres.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET BIOLOGIQUES DE MONTPELLIER ET DU LANGUEDOC MÉDITERRANÉEN

21 Juillet 1944.

La novocaïne intraveineuse dans les toxicoses infantiles. — MM. **J. Boucomont, D. Brunel, J. Rodier** et **Souchon.** La novocaïne intraveineuse à 1 pour 100 injectée dans le sinus longitudinal supérieur donne parfois des résultats inespérés dans le choc neuro-végétatif qui caractérise les « toxicoses » de la première enfance. On constate notamment une influence nette sur les vomissements, la cyanose et surtout les troubles de la conscience. L'action est éphémère, mais on peut faire 4 injections de 2 cm^3 dans les 24 heures, même chez un nourrisson de 3 à 4 kg. Le médicament semble agir en amortissant les effets brutaux de la toxicose sur le système nerveux végétatif: il corrige la déshydratation dans une certaine mesure, mais il ne dispense pas d'employer les médicaments usuels (sérum, camphre, cortine parfois, éventuellement, suivant la cause, sulfamides). Sur 39 malades ainsi traités, les auteurs ont obtenu 21 guérisons ; 7 malades sont morts moins de 24 heures après leur entrée à la clinique.

La forme cachectisante et curable de l'encéphalite mélitococcique et les cachexies mélitococciques. — MM. **G. Giraud, J.-M. Bert, T. Desmonts,** Mlle **C. Bonnefont** et M. **H. Latour** relatent un cas d'encéphalite mélitococcique prolongé à forme surtout psychique et extrapyramidale déterminant un état de cachexie grave avec complications trophiques et infectieuses multiples et terminée, contre toute attente, par la guérison. La cachexie, au cours des infections mélitococciques et typhoïdiques, coïncide souvent avec une atteinte diencéphalique qui peut permettre de suspecter qu'il existe un lien entre cet accident et cette localisation. Mais il faut faire aussi, parfois, la part de l'atteinte hépatique et endocrinienne.

Les variations de la cholestérolémie au cours de l'évolution de la tuberculose pulmonaire. — MM. **J. Vidal, P. Monnier** et **C. Benezech.**

Forme prolongée de l'œdème pulmonaire infectieux du nouveau-né. — MM. **J. Boucomont, R. Jeanjean** et **D. Brunel.**

Tachycardie paroxystique chez un enfant de 4 ans. — MM. **J. Boucomont** et **A. Armand.**

Syndrome de Chauffard et Ramond : ses rapports avec la maladie de Still. — MM. **G. Giraud, J.-M. Bert, P. Cazal** et **G. Vallat.**

Péricardite tuberculeuse symphysaire d'emblée et cliniquement latente au cours d'une tuberculose pulmonaire évolutive. — MM. **J. Vidal, J. Fourcade** et Mme **Faure.**

Petits kystes aériens apicaux et tuberculose pulmonaire abortive. — MM. **J. Vidal, Fourcade** et **Salager.**

Les vices de notre organisation antituberculeuse. — M. **J. Vidal.**

Sur la fréquence actuelle des vergetures dans le sexe masculin. Rôle possible d'une dysendocrinie carencielle. — MM. **J.-M. Bert** et **P. Cazal.**

Sur un granulome éosinophilique expérimental. — MM. **P. Pagès** et **P. Cazal.**

Encore au sujet des anévrismes mangeurs d'os. — M. **M. Godlewski.**

Un nouveau cas de myotonie atrophique (maladie de Steinert). — M. **M. Godlewki.**

Curieuse image radiologique dans un cas d'abcès froid costal. — MM. **H. Michel-Béchet** et **M. Godlewski.**

Deux cas d'encéphalite typhoïdique B. — M. **J. Chaptal.**

A propos de 14 cas de goitres avec troubles sécrétoires. — MM. **J. Terracol** et **L. Fabre.**

Tachycardie paroxystique chez un valvulaire. Guérison au 8e jour par quinidine intraveineuse. — MM. **L. Rimbaud, Pagès, Serre, Passouant** et **Cazal.**

A. Puech.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE, CHIRURGIE ET PHARMACIE DE TOULOUSE

Juillet 1944.

Septicémie streptococcique rapidement guérie par les sulfamides. — MM. **J. Tapie** et **Batmale** présentent l'observation d'un homme de 35 ans, qui, à la suite d'une plaie superficielle de la jambe, fut hospitalisé pour des accidents infectieux graves avec douleurs articulaires et placards érysipélateux de teinte blanc jaunâtre. La nature streptococcique de cette infection fut confirmée par l'hémoculture. Après 7 jours de traitement par le Dagénan à la dose quotidienne de 3 *g.*, la température était normale. Une semaine après l'arrêt des sulfamides, le malade fut pris de nouveaux accès fébriles, en même temps qu'apparaissait un autre placard d'érysipèle suppuré ; la deuxième phase septicémique fut aussi rapidement jugulée. Pour assurer la guérison, il a suffi d'une dose totale de 53 *g.* de Dagénan, en associant la voie buccale et la voie intramusculaire.

Le traitement médical du mégacôlon par un sympatholytique d'origine végétale : le chlorhydrate de corynanthine. — M. **J. de Brux** rappelle les propriétés de ce corps, antagoniste presque parfait de l'adrénaline, de toxicité à peu près nulle. Il rapporte 8 observations démonstratives de guérison fonctionnelle parfaite de méga-dolichocôlon, datant de plus de 13 mois, grâce à 2 cures de quelques jours de ce produit ingéré sous forme de comprimés de 2 *cg.* En revanche, il rapporte des échecs du traitement : mais il ne s'agissait pas en réalité de méga-dolichocôlon primitif. Les malades étaient porteurs soit de côlites, de constipation rebelle sans modifications du calibre du gros intestin, ou de mégacôlons secondaires à des lésions organiques (cancer, ulcère, rétrécissement) du tube digestif. L'auteur indique la posologie qui lui paraît la plus efficace, 2 cures de 5 jours à raison de 2 comprimés par jour. Il souligne l'innocuité absolue du médicament qui a tous les avantages de l'infiltration du sympathique lombaire sans en avoir ni les dangers, ni les inconvénients.

Un cas de cysticercose musculaire décelée par la radiographie. — MM. **J. Fabre, F. Escande** et **J. Prouzet,** après avoir mentionné le petit nombre de cas de cysticercose musculaire publiés en France et à l'étranger, décrivent les signes radiologiques sur lesquels peut être basé le diagnostic : aspect de vésicules allongées orientées dans le sens des fibres musculaires, renforcement de l'opacité centrale de la vésicule correspondant au scolex invaginé. Ils insistent sur ce dernier caractère qui ne paraît pas avoir été décrit et terminent en faisant le caractère différentiel avec la trichinose.

A propos de 2 cas de kyste essentiel des os. — MM. **Charry** et **Vives** présentent 2 cas de kyste essentiel des os qui ont évolué suivant une allure classique. Le premier signe a été la fracture pathologique : celle-ci consolidée, le kyste a continué à évoluer. L'intervention chirurgicale a été suivie d'un succès total et durable. Les auteurs profitent de cette occasion pour faire un court exposé clinique de l'évolution des kystes essentiels des os et décrivent la technique particulière qu'ils ont employée : découpage d'un volet osseux, curettage à ciel ouvert de la cavité, bourrage de greffons tibiaux vivants prélevés au moment même de l'intervention, enfin repose du volet osseux. Ils attribuent le succès thérapeutique à l'exécution rigoureuse de cette technique.

Kyste aérien suppuré du poumon. — M. **J. Gourdou** présente un cas de kyste solitaire aérien du poumon qui s'est révélé par une suppuration de la poche, cas analogue aux cas publiés par Sergent et Pruvost. Il vient d'avoir tout récemment l'occasion d'observer un cas du même genre encore en observation.

Image médiastino-pulmonaire de diagnostic malaisé : méga-œsophage. — MM. **J. Tapie, Pons, Ruffié** et Mme **Mirc.** La radiographie systématique d'un homme de 36 ans révèle une ombre médiastino-pulmonaire d'autant plus surprenante que ce cultivateur ne se plaint d'aucun trouble fonctionnel. Ombre allongée de haut en bas à la droite de la silhouette cardio-vasculaire (rectangulaire, 10 *cm.* de large, bord externe polycyclique, trame pulmonaire visible au travers), comblant l'espace rétro-cardiaque en vue oblique. L'examen radiologique de l'œsophage révèle un méga-œsophage. Seule une dysphagie discrète avait attiré l'attention au point de vue clinique.

Les obésités de disette. — M. **Sendrail** insiste sur la multiplication des cas d'obésité au cours de ces 4 dernières années chez les jeunes filles de 15 à 25 ans. On observe avec une grande fréquence la triade symptomatique : adipose diffuse, acrocyanose, hypoménorrhée du type hypo- ou hyperhormonal. Le métabolisme basal est normal ou légèrement abaissé : le quotient respiratoire tend vers l'unité. Il n'y a pas dans ces cas de troubles du métabolisme de l'eau, ni du métabolisme minéral et ces obésités doivent donc être distraites du cadre des obésités avec rétention hydrochlorurée de Kourilsky.

L'auteur observe combien il est paradoxalement malaisé à l'heure actuelle d'instituer un régime contre l'obésité, faute de pouvoir prescrire des protides. La ration présente apparaît comme nettement déséquilibrée du fait de sa richesse relative en glucides. Avec ce même type de ration, les uns maigrissent, les autres engraissent, car le mode d'épargne varie d'un individu à l'autre. Ainsi la ration actuelle se montre-t-elle adipogène au premier chef pour les organismes qui constituent surtout leurs réserves de graisses à partir des glucides, ce qui semble le cas des malades considérés.

Le dérèglement hypophyso-ovarien serait donc ici le facteur responsable : ces obésités sont d'ailleurs favorablement influencées par l'hormonothérapie sexuelle (œstradiol, progestérone, androgènes, gonatropines selon les cas). Comme le dérèglement hypophyso-ovarien, si répandu dans les circonstances actuelles, paraît lui-même sous la dépendance d'un facteur nutritif mal précisé, il n'est point abusif d'énoncer qu'une carence alimentaire est capable en définitive d'aboutir à des phénomènes de surcharge graisseuse.

J.-P. Tourneux.

SOCIÉTÉ D'OTO-NEURO-OPHTALMOLOGIE DE TOULOUSE

24 Juillet 1944.

Nouvelles tentatives thérapeutiques contre les acouphènes par infiltration novocaïnique du sinus carotidien. — MM. **Planques, Maurice Escat** et Mlle **Dussol.** Sept cas traités ; résultats excellents trois fois (otite chronique sèche, acouphènes après polynévrite diphtérique et acouphènes associés à sympatalgie hémifaciale) ; résultats médiocres ou nuls pour les autres cas, en particulier au cours d'une maladie de Lermoyez.

Résultats de l'infiltration sino-carotidienne chez un aphasique. — MM. **P. Fabre** et **L. Ribaut.**

Gomme du paquet vasculo-nerveux du cou avec médiastinite syphilitique. Mort subite par névrite probable des rameaux cardiaques. — MM. **Nanta, Bazex, Garric** et **Pigassou.**

Conservation partielle de l'audition après ablation extra-capsulaire d'une tumeur du nerf auditif. — MM. **Rigaud, Lazorthes** et **Jean Bardier.**

Double paralysie de la VIe paire d'origine traumatique. — MM. **Jean Bardier** et **Tabarly.**

9 Octobre.

Rôle du sinus carotidien dans les états tensionnels. — MM. **Riser, Planques** et Mlle **Dussol.**

Les schwannomes du larynx. — M. **Calvet.**

Essai thérapeutique de la rhinite atrophique ozeneuse par la sympathectomie péri-maxillaire interne. — MM. **M.** et **R. Escat** et **Philip.**

Epilepsie d'origine syphilitique. — MM. **Bazex** et **Pigassou.** Guérison par le traitement spécifique intensif et prolongé, en un an, d'un comitial de 12 ans, sans aucun signe d'hérédo-syphilis. Liquide céphalo-rachidien normal. Père spécifique.

NOTES
DE MÉDECINE PRATIQUE
STOMATOLOGIE
PUBLIÉES PAR LES SOINS DE M. DECHAUME

Du rôle des troubles sympathiques d'origine dentaire dans l'évolution des stomatites, des ostéites et de la carie

La fréquence des troubles réflexes en stomatologie s'explique à l'aide des notions suivantes exposées à différentes reprises par Rousseau-Decelle : « Le trijumeau, qui est le nerf par excellence du système dentaire, entre, par ses centres, en connexions intimes avec la plupart des nerfs crâniens. » Ou mieux, comme dit Bounier : « Le nerf trijumeau, dans sa portion intrabulbaire, semble s'étaler comme la main d'un pianiste sur le clavier des noyaux bulbaires. » De plus, il présente des anastomoses multiples avec les nerfs de l'œil, le facial, le pneumogastrique, le grand hypoglosse, avec les nerfs cervicaux et le sympathique. Par ailleurs, Brown-Séquard a prouvé que parmi les diverses régions du système nerveux, c'est le bulbe rachidien et la partie supérieure de la moelle cervicale qui produisent le plus aisément, quand on les irrite, des phénomènes d'inhibition et de dynamogénie. Il est donc naturel que le trijumeau soit un des nerfs les plus réflexogènes de l'organisme.

Ces troubles réflexes déterminés par les accidents de dentition ou les complications de la carie dentaire sont polymorphes : oculaires, auriculaires, cutanés, glandulaires, nerveux, viscéraux...

Leur description est maintenant classique. Je signalerai seulement que Rousseau-Decelle attribue essentiellement les troubles réflexes des glandes salivaires à une hypersécrétion salivaire par vaso-dilatation, alors que l'irritation du sympathique semble agir aussi sur la musculature des canaux de ces glandes et de leurs sphincters [1].

De même Rousseau-Decelle a décrit la stomatite ulcéreuse neuro-trophique au cours des accidents liés à l'évolution anormale de la dent de sagesse inférieure. Mais il ne mentionne pas le rôle des infections apicales ou des irritations pulpaires dans la production de ces stomatites ulcéreuses neuro-trophiques. Elles sont cependant fréquentes et parmi les nombreuses observations que j'ai pu recueillir je retiendrai la suivante, parce qu'elle a la valeur d'une véritable expérience :

Mlle B..., 17 ans 1/2, en séjour à l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul, vient, comme tous les autres enfants, pour les soins dentaires nécessités par le très mauvais état de sa denture.

Le 15 Avril 1944, on pratique l'extraction de la 1re molaire supérieure gauche atteinte d'infection apicale chronique, mais sans accidents aigus.

Le 17 Avril, on fait une obturation triturante de la 2e molaire inférieure gauche.

Le 18 Avril, obturation des 2 incisives supérieures gauches. Les jours suivants, autres obturations du côté droit.

Dès le 18 Avril, la malade accuse des douleurs du côté gauche, qui semblent provoquées par une alvéolite supérieure gauche. En l'absence de cicatrisation de la plaie alvéolaire, le 26 Avril, on fait une injection de novocaïne périfaciale.

Puis, s'installe progressivement et rapidement une hémistomatite ulcéro-membraneuse intense, caractéristique, avec adénopathie et état subfébrile.

Le 3 Mai, les deux arcades supérieure et inférieure, ainsi que la joue gauche, sont le siège d'ulcérations étendues.

On essaie d'abord des traitements locaux : détartrage, cautérisations avec de l'acide trichloracétique.

Le 10 Mai, un examen de sang donne : globules rouges, 3.700.000 ; leucocytes, 7.400 et une formule leucocytaire normale.

Le 15 Mai, une radiographie confirme l'absence de dent de sagesse, mais décèle l'existence de petites lésions apicales sur g7. La dent est trépanée : il persiste une légère sensibilité dans le canal distal ; un arsénieux est placé. L'obturation sur g7 avait dû être faite sur une corne pulpaire (insensible probablement parce qu'elle était déjà partiellement mortifiée).

Le 17, l'amélioration de la stomatite est considérable. Depuis hier il n'y a plus de douleur. La dent est dévitalisée, traitée par l'ozone, les canaux obturés.

Le 19 Mai, la guérison est complète.

A côté de ces manifestations classiques, il en existe d'autres où la relation de cause à effet, pour n'être pas aussi évidente, n'en est pas moins certaine. Ainsi peuvent évoluer des troubles osseux trophiques analogues à ceux que l'on rencontre sur la muqueuse buccale.

En 1937, Rousseau-Decelle les avait pressentis, sans toutefois affirmer nettement le rôle du sympathique. Constatant la plus grande fréquence des ostéites d'origine dentaire au maxillaire inférieur, il écrivait : « Par conséquent, la modalité de la circulation au maxillaire inférieur joue un rôle capital dans la localisation de l'ostéomyélite au niveau de cet os. »

« Mais il est certainement une autre cause anatomique qui ne lui cède en rien comme importance : c'est la présence du canal dentaire. »

C'est alors que pour expliquer le mode d'action de ces causes, dont l'importance est évidente, j'écrivais : « Le foyer infectieux, au voisinage du nerf dentaire, produit une irritation génératrice elle-même d'une vaso-constriction. Il en résulte une diminution de la circulation (déjà moins riche qu'au maxillaire supérieur), donc un affaiblissement de la défense locale. Cette vaso-constriction n'est ni uniforme, ni constante ; elle est plus ou moins forte et durable suivant les individus (sympathicotoniques). D'autre part, elle peut survivre ou non à la cause, lorsque celle-ci a été supprimée. »

L'observation suivante nous paraît, entre autres, susceptible de confirmer cette opinion.

M. L..., 30 ans, vient nous consulter le 11 Septembre 1940 avant d'entrer le soir à la clinique où il doit subir le lendemain un curettage pour une ostéite du maxillaire inférieur. Il nous raconte les faits suivants :

Un premier confrère lui a, fin Mai 1940, sous anesthésie régionale, extrait la dent de sagesse inférieure droite dont la désinclusion provoquait des accidents inflammatoires légers. L'extraction nécessita une résection osseuse qui fut faite à la fraise. Les suites opératoires furent troublées par des accidents cellulaires, dont l'évolution fut mal surveillée en raison des événements de guerre et aboutit à une ostéite. L'exode empêcha le malade de prendre des soins réguliers et le conduisit auprès de différents confrères dont l'un, en particulier, enleva trois séquestres, après qu'un autre eut extrait la 2e molaire. L'histoire clinique se résume donc simplement : accidents de désinclusion de dent de sagesse, extraction avec alvéolectomie, accidents cellulaires, ostéite.

Actuellement, il conserve un excellent état général, sans température. Localement la face est légèrement déformée par une tuméfaction de la branche horizontale et de l'angle droit du maxillaire inférieur. Il n'y a pas d'anesthésie dans le territoire du mentonnier.

Après ouverture de la bouche, qui se fait facilement, sans trismus, on découvre dans la région molaire les alvéoles des deux dernières molaires par où sourd du pus. L'exploration au stylet conduit sur un foyer d'ostéite.

Sur l'arcade subsistent toutes les dents jusqu'à la 1re molaire. Elles paraissent solidement implantées, sans signes d'arthrite. La 2e prémolaire et la 1re molaire, qui portent des obturations, ne réagissent pas aux agents thermiques.

La radiographie confirme la mortification de ces deux dernières dents, dont les canaux ne sont pas obturés ; il existe des lésions apicales importantes. Elle montre, aussi, dans la région des deux dernières molaires, une vaste zone de résorption à contours flous, sans séquestration visible.

L'interrogatoire ne révèle rien de particulier dans les antécédents, en particulier il n'existe aucun signe en faveur de la syphilis.

Nous décidons alors, avant toute intervention chirurgicale, le traitement par l'ozone de la 2e prémolaire et de la 1re molaire inférieures droites, bien qu'il ne semble pas y avoir de relations de contiguïté entre la zone d'ostéite et les apex de ces dents.

Le 13 Septembre 1940, la 1re molaire est traitée, ses canaux obturés.

Le 16 Septembre, le malade nous annonce que la suppuration a déjà diminué et qu'il a éliminé quelques petits séquestres lamellaires. La 2e prémolaire est traitée par l'ozone, son canal obturé.

Le 19 Septembre, l'amélioration est encore plus sensible.

Le 28 Septembre 1940, la cicatrisation est complète. En Novembre, la guérison se maintient.

Ces complications osseuses, après extraction, sont malgré tout exceptionnelles. Et ce serait une erreur de croire que, en dehors de la syphilis, leur déve loppement soit le fait du seul hasard. Nous avon déjà souligné, dans des articles antérieurs, le rôl des troubles vaso-moteurs, des altérations de l crase sanguine. Dans le cas particulier, la patho génie des accidents s'éclaire par l'examen de l radiographie avant toute extraction. Elle nous mon tre, en effet, l'existence de lésions apicales sur l 2e molaire inférieure droite (en plus de celles qu nous avons déjà mentionnées sur la 1re molaire e la 2e prémolaire).

Il est donc permis de supposer que les microbe venus du foyer apical de la 2e molaire ont conn un regain de virulence après le traumatisme d l'extraction, et qu'ils ont trouvé un milieu propic dans le foyer de contusion, d'où l'éclosion de accidents cellulaires. Puis, les infections apicale de la 1re molaire et de la 2e prémolaire inférieur ont joué un rôle dans le développement de l'os téite, bien qu'elles semblent loin du foyer d'ostéite En effet, Prader a montré par des examens histo logiques que des infections apicales de molaires o prémolaires supérieures pouvaient inoculer le sinus malgré l'existence d'un mur osseux d'apparenc saine.

D'autre part, il est également possible de fair intervenir le système nerveux (trijumeau et sym pathique) : l'irritation du nerf dentaire par le foyers d'infection apicale déclenche des trouble sympathiques qui entretiennent l'ostéite, comm cela se voit dans les stomatites neuro-trophiques.

Le rôle du trijumeau semble d'ailleurs confirm par les travaux de Corradi, Lhermitte et Constan tinesco ; ceux-ci ont montré que l'infection bucco dentaire est capable de déterminer, de la manièr la plus nette, un retentissement sur la structure de ganglions de Gasser. Il est évident toutefois qu ces lésions n'apparaissent qu'après une assez longu période, pendant laquelle l'irritation du nerf peu expliquer des troubles réflexes.

Ces considérations justifient, avant toute inter vention sur les maxillaires, la mise en état de l bouche avec des traitements systématiques d toutes les infections apicales, même latentes A *fortiori* ce traitement s'impose lorsque survien nent des complications inflammatoires cellulaire ou osseuses.

A côté de ces ostéites graves, il semble que l sympathique intervienne dans d'autres lésion moins caractérisées. Certains auteurs ont observé assez rapidement, après une dévitalisation, un zone de raréfaction à l'apex de la dent dévitalisé et n'ont pu expliquer l'évolution aussi rapide de lésions. Il semble qu'on puisse rapprocher ces fait des ostéoporoses d'origine traumatique. En effet la dévitalisation comporte, après pansement arse nical, sous anesthésie locale, l'extirpation du file radiculaire. Il n'est pas impossible que, l'anesthési ou la mortification étant incomplète, l'arrachemen du filet nerveux provoque des troubles sympathi ques, générateurs d'une ostéoporose péri-apicale e créant peut-être un terrain favorable au dévelop pement d'un granulome. Ceci implique la néces sité de ne jamais faire une extirpation des filet nerveux alors qu'il subsiste la moindre sensibilité ou alors de faire suivre ces dévitalisations d'un injection périfaciale pour neutraliser les déséqui libres vaso-moteurs.

Enfin, pourquoi les dents échapperaient-elles ces manifestations réflexes ? Malheureusement l'ob servation de ces désordres est encore plus difficil à suivre que sur les maxillaires. Persuadés du rôl du sympathique dans l'évolution de la carie den taire, nous croyons à une irritation entretenue pa la présence de caries non traitées ou insuffisam ment traitées (lésions de la dentine, de la pulpe o infections apicales). Elles sont à l'origine de trouble réflexes d'ordre trophique, favorables à l'éclosio de nouvelles caries. C'est pourquoi il est nécessair pour la prophylaxie de la carie, d'assurer le trai tement correct des caries existantes ainsi que de infections pulpaires ou apicales.

M. DECHAUME

1. DECHAUME : Sous-maxillites et parotidites d'origine réflexe. *La Presse Médicale*, 23 Octobre 1943, n° 40, 396 ; Distension des glandes salivaires et de leurs canaux, Sous-maxillites et parotidites d'origine réflexe. *Revue de Stomatologie*, Novembre-Décembre 1943, 44, nos 11-12, 141.

CHRONIQUES
VARIÉTÉS • INFORMATIONS

MÉDECINE SOCIALE

Réadaptation au travail et reclassement professionnel des tuberculeux

La lutte antituberculeuse est un triptyque: le dépistage, le traitement, le reclassement social. La loi Léon Bourgeois en 1916 stipula la création des dispensaires de prophylaxie, la loi Honnorat en 1918 celle des sanatoriums. Les deux premiers volets du triptyque ont ainsi leur charte. Pour le reclassement social, rien n'est encore codifié, presque rien n'est encore réalisé en France. Il faut reconnaître que le problème est complexe. Des tentatives effectuées dans des pays où la lutte antituberculeuse est beaucoup plus avancée que chez nous n'ont pas toujours réussi. Une formule peut être fructueuse dans un pays et échouer dans un autre. Il faut tenir compte des mœurs, des goûts, des disciplines. *Le problème est à la fois médical et social.* Il est aussi divers que sont diverses les formes de la maladie, et diverses les professions. Il suffit de comparer cet étudiant dont la lésion précocement dépistée et précocement traitée par un pneumothorax efficace permettra un retour rapide aux études antérieures, avec ce manœuvre qui ne s'écoute pas, et dont le mal tardivement reconnu, péniblement traité, laisse des séquelles incompatibles avec la reprise de son dur métier. Dans la première catégorie, 90 p. 100 de récupérés (E. Rist) ; dans la deuxième, moins de 20 p. 100.

Ce n'est pas que toutes les faces du problème n'aient déjà été abordées dans maints congrès ou maintes conférences. Mais il faut aujourd'hui dépasser le plan des doctrines et des projets. Il faut réaliser. Un pays comme le nôtre, dont la natalité est faible, n'a pas le droit de négliger ses « valeurs humaines réduites ».

C'est l'importance des décisions à prendre qui a incité la Société de la Tuberculose a consacrer, sur la proposition de Courcoux, sa séance de Décembre dernier à cette question médico-sociale de premier plan. Un auditoire particulièrement nombreux et singulièrement attentif, des médecins venus de loin malgré l'inconfort des voyages ont témoigné de l'intérêt exceptionnel qui s'attache à la réadaptation et au reclassement des tuberculeux guéris ou stabilisés.

Even aborda le problème des tuberculeux pulmonaires en fonction des formes cliniques de la maladie et montra comment les différentes catégories de malades doivent *s'adapter* au travail.

Les tuberculeux fibreux localisés ou tuberculeux valides, qui nous sont parfois connus par le dépistage systématique et qui souvent n'ont besoin d'aucun traitement, peuvent garder le même métier sans conditions de travail particulières, mais il faut leur imposer des examens semestriels et leur accorder un congé chaque fois que leur état le nécessite.

Les tuberculeux ulcéro-fibreux et fibreux extensifs, quand ils ne sont pas des infirmes du fait de leurs troubles fonctionnels, sont souvent des chroniques invétérés, de véritables tuberculeux professionnels. Pour eux, on a préconisé des cités sanitaires spécialisées. Elles ne sont pas réalisables actuellement. (Sont-elles même souhaitables ?) Il faut en général laisser à ces sujets le même métier, avec des conditions de travail particulières ; il faut leur imposer des examens trimestriels et, le cas échéant, veiller à l'application des mesures prophylactiques.

Les tuberculeux caséeux et fibro-caséeux guéris ou stabilisés après une période de traitement comportent deux catégories :

D'abord les sujets jeunes, sans métier antérieur. Il faut leur faciliter un apprentissage normal : c'est, avant leur adaptation au travail, un problème d'*orientation professionnelle :* celle-ci sera facilitée par l'établissement d'une fiche médicale d'aptitude au travail. Il faut éliminer les métiers exposant au surmenage, aux atmosphères viciées, aux intempéries.

Ensuite les sujets qui ont un métier antérieur. Parmi eux deux groupes : ceux dont le métier est à condamner, ceux dont le métier est à conserver.

Pour les premiers, il faut une adaptation à un métier nouveau — ce que la plupart des auteurs appellent la *rééducation* — et proposer pour eux, selon Even, un apprentissage d'autant plus simple et rapide qu'il s'agit de sujets plus âgés.

Pour les autres, c'est le problème de la *réadaptation* proprement dite à leur métier.

Comme l'a bien exposé Pruvost, le problème est à la fois d'ordre médical et d'ordre social.

Problème médical : Il faut s'assurer par tous les moyens que nous avons à notre disposition que les lésions sont suffisamment stabilisées, avec disparition des bacilles de l'expectoration, nettoyage radiologique ou amélioration substantielle des images en foyer.

Dans des cas limites, certains tuberculeux pourront être repris si leur expectoration n'est bacillifère que par intermittence, mais ces cas nécessitent des conditions de travail spéciales pour éviter le danger de la contagion.

Les deux principes essentiels de la réadaptation sont de la commencer au moment opportun et de ne la réaliser que si une surveillance attentive et périodique est assurée pendant plusieurs mois et même plusieurs années.

Cette réadaptation doit être essentiellement progressive et graduée suivant les possibilités de chaque malade. La première étape, comme y a insisté depuis longtemps L. Guinard, se passera au sanatorium. Là, sera entreprise une sorte de réentraînement, une *réadaptation à l'effort* plutôt qu'un travail professionnel proprement dit. En dehors du sanatorium commencera véritablement la reprise du travail, et encore celle-ci sera-t-elle progressive et mesurée.

Le côté social du problème est complexe. Il n'y a pas une solution, il y en a un grand nombre.

La réadaptation pourra commencer dans des établissements dits de *post-cure*, en rapport avec le médecin de sanatorium, étape intermédiaire, comparable à ce que Douady a réalisé pour les étudiants à Belledonne, entre Saint-Hilaire-du-Touvet et Grenoble.

Dans certains cas, les petits ateliers de réadaptation rendent des services. Ils sont encore peu nombreux, mais leur intérêt est évident. Citons comme exemple l'atelier pour tuberculeux pulmonaires créé par Suzanne Fouché. Cet atelier a comme spécialité la confection. Les femmes qui sortent de sanatorium sont soumises là à un travail progressif qui atteint au maximum cinq jours par semaine et cinq heures par jour. Elles font une cure de silence de deux heures en chaise-longue après déjeuner.

Une autre formule est celle adoptée par l'œuvre des Amis de l'hôpital Laennec (Mme Herbette), qui fait travailler les malades chez elles (lingerie et couture). Depuis 1932, plus de 500 malades ont été réadaptées de cette façon.

Le Comité d'Assistance aux tuberculeux du département de la Seine a réalisé depuis 1942, pour les intellectuels avec le concours du Centre de Documentation, une organisation de travail à domicile, dont le Prof. Bezançon et P. Lafosse ont exposé en 1943 les premiers résultats.

Pour les travailleurs manuels, il faut trouver des employeurs qui consentent à donner momentanément un travail réduit, devant être augmenté progressivement. Le salaire est proportionné aux heures de travail, mais un complément doit être donné par une Caisse d'assistance ou par l'Entr'aide française, pour que le tuberculeux ait un salaire normal lui permettant d'assurer son existence et celle de sa famille. Bien entendu, le contrôle médical doit être effectué périodiquement par un phtisiologue qualifié.

Courcoux et Lafosse ont pu obtenir déjà l'adhésion d'industriels et de directeurs de grands établissements, qui ont accepté de reprendre leurs ouvriers dans leur emploi, mais en les faisant travailler un nombre d'heures d'autant plus restreint que la sortie du sanatorium était plus récente. La surveillance médicale est assurée par les médecins et les assistantes sociales de l'entreprise et aussi par les médecins et assistantes sociales de l'O.P.H.S. et du Comité d'assistance aux tuberculeux. L'employeur ne paye que les heures de travail ; le complément de salaire est réglé par une subvention de l'Entr'aide française, gérée par le Comité d'assistance aux tuberculeux.

C'est une formule comparable à celle qu'Etienne Berthet a adoptée dans l'Isère et dans la région lyonnaise, et dont le Prof. Courmont nous a dit les mérites. Elle repose sur le principe de l'*allocation compensatrice de salaire.* Contrairement à la classique pension des tuberculeux, cette allocation a le double caractère d'être régressive et temporaire. Assez élevée durant les semaines qui suivent immédiatement la sortie du sanatorium, régressive entre les 5e et 6e mois suivants, elle est en général arrêtée entre le 6e et le 9e mois. Chaque cas, au reste, pose des problèmes particuliers et doit être envisagé et résolu individuellement.

Soulignons que depuis un certain nombre d'années déjà, la S. N. C. F. a appliqué une formule excellente : elle fait surveiller ses employés, anciens malades, par un médecin phtisiologue attaché à son service et elle assure la totalité du salaire comme si le travail était normal, alors même qu'il est très réduit au début de la réadaptation.

Voilà quelques réalisations qui sont d'un puissant intérêt. Comme le remarque Pruvost, il reste à généraliser et à grouper toutes les initiatives qui s'occupent de réadaptation. Il reste à créer des centres médico-sociaux régionaux, s'occupant de cette question et aussi du logement, du placement, du contrôle et de la surveillance médicale, en rapport avec les dispensaires qui restent les organismes essentiels, tout cela sous l'égide du Comité national de défense contre la tuberculose.

La propagande éducative est plus que jamais nécessaire. Il faut tout faire pour lutter contre la phobie de la rechute qui hante certains malades contre la phobie de la contagion qui hante certains employeurs. Bien des tuberculeux peuvent, en effet, reprendre le travail, et cela parfois de façon définitive, après une cure sanatoriale bien conduite, sans danger pour eux et pour leur entourage.

* * *

Le problème des *tuberculeux osseux*, comme l'a montré Sorrel, est délicat car ces sujets ne sont pas seulement des débiles, ils restent le plus souvent des infirmes après leur guérison.

Il est cependant du plus haut intérêt, aussi bien pour les malades que pour la Société, de pouvoir les récupérer.

Le problème se pose d'une façon différente suivant l'âge : l'enfant d'âge scolaire doit recevoir à l'hôpital, et souvent à son lit même, une instruction normale. Lorsque l'enfant arrive à

l'âge où il doit choisir une profession et apprendre un métier, le problème est plus compliqué. Il doit être conseillé, non seulement par un médecin, mais par un orientateur professionnel.

Il existait aux environs immédiats de Berck un centre d'apprentissage pour les jeunes garçons de 12 à 16 ans, guéris ou convalescents. Différents métiers à tendance artisanale y étaient enseignés. Sur 200 élèves revus en 1939 par A. Richard, 75 p. 100 exerçaient normalement le métier qu'ils avaient appris.

Pour les sujets plus âgés, qui avaient déjà un métier, c'est aussi pendant leur séjour à l'hôpital, séjour qui dure souvent plusieurs années, qu'il faut prévoir à quelle sorte de travail ils seront encore aptes, et les mettre le plus tôt possible à même de le faire. Mais un facteur intervient : ce sont les moyens dont on dispose à l'hôpital même ou dans le voisinage immédiat, pour que le métier choisi puisse être appris, d'où la nécessité de grouper les établissements hospitaliers afin que le nombre élevé des malades justifie la création d'écoles professionnelles et d'ateliers.

Pour les femmes, le problème est relativement simple, car les travaux de couture et de lingerie offrent une gamme d'emplois assez étendue. Pour les hommes, comme le souligne Sorrel, il faut d'abord qu'ils ne perdent pas l'habitude du travail, même si pendant le temps de leur traitement l'occupation à laquelle ils s'adonnent est différente de leur métier. Mais à la fin du traitement ils devront être reclassés dans leur catégorie professionnelle tout en changeant de poste si leur invalidité ne leur permet pas d'occuper leur poste antérieur. On utilisera ainsi au mieux les connaissances qui avaient déjà été acquises, et ce retour dans leur ancien milieu facilitera leur réadaptation.

Cette dernière notion est importante et concerne aussi bien les tuberculeux pulmonaires que les tuberculeux osseux. Gros et Jourdan Laporte ont montré récemment qu'il faut tenir le plus grand compte du *milieu professionnel* auquel appartenait le malade, et faire tous ses efforts pour le reclasser à nouveau dans ce milieu. On peut le faire bien souvent, disent-ils, car dans une même industrie, à côté de métiers de force ou de précision ou de cadence rapide que l'ancien malade ne pourra plus faire, d'autres métiers existent que son état lui permettra encore d'exercer. Partant de ce point de vue, ils ont étudié toute une série d'industries, les unes occupant une majorité de manœuvres, comme l'industrie du caoutchouc, les autres occupant une majorité d'ouvriers qualifiés et de manœuvres, comme les usines d'aviation, d'autres, enfin, occupant une majorité d'ouvriers professionnels, comme l'industrie du livre. Ils ont montré que dans chacune de ces catégories professionnelles la gamme des métiers est telle que l'on pouvait le plus souvent y utiliser l'ouvrier qui ne peut garder la position antérieurement occupée.

*
* *

Soulignons ici, comme nous l'avons fait nous-même à cette séance, combien de tels problèmes dépassent les possibilités du seul phtisiologue. Celui-ci peut bien définir une doctrine de la réadaptation, préciser les conditions médicales requises pour qu'elle soit possible, les méthodes les meilleures pour qu'elle se déroule avec, au point de vue des rechutes, un minimum de risques. Mais pour que les tentatives sporadiques et isolées qui ont déjà vu le jour, et qui sont au reste du plus haut intérêt, soient autre chose que des prototypes, il faut une coopération étroite des phtisiologues avec les médecins-conseils de profession, les médecins d'entreprises et aussi les patrons et les techniciens du travail, une coopération avec les Assurances sociales, les grandes Associations mutualistes, les Œuvres privées ou agréées d'entr'aide (au premier chef l'Entr'aide française), les Assistantes sociales, les représentants des Associations de malades.

C'est de cette coopération que devra naître, comme nous l'avons demandé, une *Charte de la Réadaptation* au travail des tuberculeux guéris ou stabilisés, qui, dans notre pensée, doit s'insérer dans une charte plus vaste concernant tous les diminués physiques.

De quoi s'agit-il ? Rien de moins que d'*une modalité nouvelle de l'économie humaine, sous l'égide de la médecine sociale*.

Cette charte, que nous appelons, devra codifier beaucoup de points déjà acquis, mais elle devra garder une grande souplesse. En effet, le problème de la réadaptation, ne peut être résolu par une formule. Comme nous l'avons écrit naguère, c'est une *création continue*, car il est fonction de *facteurs mouvants :* l'âge, le degré de guérison, la situation professionnelle, le niveau de la vie sociale.

Il n'y a pas *une* solution du problème de la postcure. Comme il n'y a pas une tuberculose mais des tuberculeux très divers, il n'y a pas une réadaptation, mais des sujets diversement récupérables. Quels que soient d'ailleurs les moyens employés, le but reste le même : obtenir que, chaque année, des dizaines de milliers d'hommes puissent reprendre, avec le minimum de risques, la situation professionnelle et sociale qu'ils ont momentanément perdue du fait de la maladie, et empêcher qu'ils ne deviennent des inutiles — et des aigris ! — à la charge de la Société.

Etienne Bernard.

MÉDECINE SOCIALE

La réadaptation professionnelle et sociale des tuberculeux guéris [1]

(Résultats d'une expérience de trois ans)

La lutte contre la tuberculose est un problème d'une angoissante actualité. Dans le monde en guerre les privations, les soucis, les souffrances de tous ordres ont amené une sensible recrudescence d'un fléau que des années d'efforts avaient réussi à limiter. Tout le terrain gagné risque, hélas ! d'être perdu et c'est un nouvel assaut qu'il faut entreprendre.

La lutte antituberculeuse est une création continue, elle doit aujourd'hui tendre à apporter au problème une solution totale. Le traitement de la tuberculose ne doit plus se limiter à la guérison anatomique des lésions ; ce qui importe au tuberculeux, lorsqu'il quitte le sanatorium, ce n'est pas seulement la bonne fortune de savoir que ses lésions sont cicatrisées, ce qui le préoccupe c'est de savoir si oui ou non il a récupéré sa capacité de travail, la possibilité de gagner sa vie, de faire vivre normalement sa famille.

Organiser l'assistance post-sanatoriale c'est autant de tuberculeux guéris rendus à leur vie familiale et sociale, c'est autant d'existences utiles pour la cité et souvent aussi de foyers sauvegardés.

En dehors de tous les sentiments de pitié que nous éprouvons, de toute l'angoisse morale que représente pour le tuberculeux une nouvelle poussée évolutive, une nouvelle rupture avec la vie normale, c'est gaspiller un argent précieux que de laisser un ancien malade rechuter avec toutes les conséquences qui peuvent en découler au triple point de vue social, familial et individuel. Est-il pour un état de dépense plus inutile et plus absurde que celle qui consiste à renvoyer en sanatorium un malade qui en était sorti guéri alors qu'on n'a pas tout fait pour éviter cette rechute ?

Ce problème est aujourd'hui plus important que jamais. Bientôt va se poser d'une façon impérieuse la question du retour des prisonniers et des déportés, parmi lesquels le nombre des tuberculeux ne sera certainement pas inférieur à 20.000 si on tient compte du pourcentage habituel des malades dépistés au cours des examens de médecine préventive et des conditions de vie extrêmement médiocres de nos compatriotes en Allemagne. Le problème se posera avec d'autant plus d'acuité qu l'Etat distribuera certainement beaucoup moin largement qu'il l'a fait après la guerre de 1914 1918 les pensions pour tuberculose.

Nous nous sommes attachés à trouver une solu tion à ce problème et nous avons pu, grâce au précieux concours que nous ont apporté M. le bâtonnier Tissot, délégué de l'Entr'aide françaisе (ex-Secours national) de l'Isère et de M. Foix médecin directeur du sanatorium de l'A.M.M. à Saint-Hilaire-du-Touvet, mettre au point une expé rience d'assistance post-sanatoriale qui date main tenant de trois ans. Ce sont les principes de cett expérience et ses premiers résultats que nou exposerons dans cet article.

Le problème présente un double aspect : aspec médical et aspect social. Pour le premier nou avons demandé et obtenu la collaboration des orga nismes de lutte contre la tuberculose (dispensaire et sanatoriums), pour le second le généreu concours de l'Entr'aide française (ex-Secours na tional).

Aspect médical du problème : le choix des malades. — Les malades ont été désignés par le médecins de sanatoriums et les médecins de dis pensaires antituberculeux. Il s'agit de malade guéris ou en voie de guérison présentant les carac téristiques suivantes :

Rétablissement d'un état général et fonctionne normal ;

Disparition des bacilles dans les crachats ;

Stabilisation sthétacoustique et radiologique.

Le terme de guérison ne signifiant pas dispari tion totale des lésions mais simplement arrêt évo lutif suffisamment prolongé.

L'Institut national d'Hygiène a publié sur le choix des malades une note détaillée que nou n'avons pas la place de reproduire ici.

A sa sortie de sanatorium le malade fait une demande d'assistance post-sanatoriale au servic spécialisé de l'Entr'aide française, demande à laquelle il joint un certificat du médecin de sana torium et un certificat du médecin de dispensair qui le prendra en charge. Ces deux certificats pré ciseront l'état actuel du malade, ses possibilités de reprise du travail et les professions qui lui sont spécialement conseillées.

Aspect social du problème : l'allocation compensatrice de salaire. — Chaque cas accompagné d'une enquête détaillée d'assistante sociale est étudié, et si le malade présente les conditions médicales et sociales nécessaires, une allocation compensatrice de salaire lui est accordée par l'Entr'aide française pendant la période de transition qui suit sa sortie de sanatorium et précède sa reprise total d'activité, période située comme le dit M. Dumarest « entre le repos complet désormais inutile et l'activité complète encore interdite ».

Cette allocation compensatrice de salaire a deux caractéristiques essentielles, elle est régressive et temporaire. Assez élevée durant les semaines qui suivent la sortie du sanatorium (le malade pouvant alors être considéré comme un convalescent incapable de reprendre tout travail), elle sera diminuée dans les six ou sept mois suivants, restant proportionnelle au salaire que rapportera au malade un travail partiel. De toutes façons elle sera arrêtée au bout de six à neuf mois ; on peut en effet admettre à ce moment que le malade doit pouvoir reprendre un travail normal ou que, s'il n'est pas guéri, une nouvelle période de traitement s'impose.

Cette conception de l'allocation compensatrice de salaire régressive ou temporaire évite le fait bien connu des phtisiologues que « la tuberculose pensionnée ne guérit jamais ».

De plus, le rôle du service d'assistance post-sanatoriale créé par l'Entr'aide française est de trouver à l'ancien malade un travail compatible avec ses possibilités physiques, ses aptitudes professionnelles et ses désirs. Ce sont là des facteurs souvent difficiles à concilier, surtout en période de crise. La chose n'est cependant pas impossible si nous savons, comme il est indispensable de le faire, nous assurer la collaboration du monde du travail (médecins et assistantes d'usines, milieux patronaux et syndicats ouvriers).

1. On trouvera une documentation plus complète sur la réadaptation des tuberculeux dans le mémoire de M. Berthet publié dans le *Recueil des travaux de l'Institut National d'Hygiène*, 1944, 1, 222 à 253. (Ce mémoire a obtenu en 1943 le prix Georges-Regard de l'Université de Genève.)

Résultats de trois ans d'expérience. — De Janvier 1942 à Novembre 1944, 129 malades ont bénéficié, dans l'Isère, de l'assistance post-sanatoriale :

40 malades ont pu reprendre leur métier antérieur ;

14 malades ont pu reprendre un métier similaire;

30 malades ont pu reprendre un autre métier ;

25 malades sont actuellement en cours de réadaptation ;

10 malades ont rechuté.

L'Entr'aide française, qui a assumé le financement de l'expérience, a dépensé 464.155 francs (soit en moyenne 3.600 francs par malade) pour un nombre total de cinq cent quarante et un mois d'assistance (soit en moyenne trois à quatre mois par malade).

Tels sont les premiers résultats d'une expérience qui, tant au point de vue médical que financier, paraît intéressante. Il est d'ailleurs dans les intentions de l'Entr'aide française, après accord avec le ministère de la Santé, le Comité national de Défense contre la Tuberculose et l'Institut national d'Hygiène, d'en étendre le fonctionnement à divers départements français et à Paris.

Etienne Berthet (Grenoble).

Livres Nouveaux

Précis de Séméiologie médicale élémentaire, par P. Rimbaud. 1 vol. de 282 pages avec 142 figures et 17 hors-texte (*G. Doin et Cie*, édit.), Paris, 1944.

Dans cet excellent ouvrage, le Prof. agrégé P. Rimbaud fournit aux jeunes étudiants de façon concise et claire les notions élémentaires de séméiologie médicale qui les guideront dès leur prise de contact avec l'hôpital et compléteront fructueusement les leçons faites au lit du malade. Quand on réfléchit à l'avidité à s'instruire du jeune étudiant et à l'étendue comme à la variété des notions qu'il lui faut acquérir, le rôle des premiers maîtres apparaît comme un des plus importants dans la grande responsabilité qu'est l'enseignement médical. Et rien n'est plus difficile que d'écrire un précis clair et pourtant complet pour les débutants. P. Rimbaud a parfaitement réussi à condenser dans cet ouvrage largement illustré les connaissances séméiologiques essentielles en faisant bonne place également aux explorations biologiques et radiologiques, compléments indispensables de l'exploration clinique. Ce livre rendra les plus grands services aux jeunes étudiants à qui il est destiné.

Raymond Garcin.

Formulaire de Phytothérapie, par F. Decaux. 1 vol. de 176 pages (*A. Legrand et J. Bertrand*, éditeurs), Paris, 1944.

Ce petit ouvrage frappe immédiatement par sa concision et son caractère précis. Tout ce qu'il est utile de connaître des médicaments végétaux : constituants essentiels, action pharmacodynamique, indications, pharmacologie et posologie est contenu dans ces 170 pages. Ces notions, très complètes, malgré leur caractère schématique, permettent au praticien de retrouver instantanément les indications et la posologie exacte des ressources thérapeutiques offertes par le monde végétal de la France et de son Empire. Un travail si complexe et si minutieux ne pouvait être réalisé que par un auteur rompu à la pratique de toutes les questions phytothérapiques. Il rendra à tous les médecins les plus grands services dans leur pratique courante, en mettant à leur disposition des ressources thérapeutiques innombrables dont certaines sont trop souvent négligées.

A. Ravina.

INFORMATIONS

La Direction de l'Hygiène scolaire et universitaire

La création de cette direction figure dans le projet de loi du 31 Décembre 1944 fixant le budget de l'année 1945.

Parmi ses attributions figureront notamment l'inspection médicale des écoles, la médecine préventive universitaire et plus généralement le *contrôle médical dans les établissements d'enseignement de tous ordres*, le *contrôle hygiénique des conditions de vie* des écoliers, élèves et étudiants, le contrôle et la coordination des *œuvres sociales* pour tout ce qui touche à la production de la santé et de la vie matérielle de la population scolaire universitaire.

Seront rattachés à cette direction, le bureau du contrôle médical scolaire qui fonctionnait jusqu'ici au Commissariat général à l'Education physique et aux Sports, et le bureau médical des Centres de formation professionnelle des jeunes qui fonctionnait jusqu'ici au Secrétariat général de la Jeunesse. La nouvelle direction comportera une *inspection générale* assurée par 3 médecins et sur le plan de la doctrine, de la recherche et de la documentation, des *conseillers techniques* et un *Comité consultatif de l'hygiène scolaire et universitaire;* la publication d'un « Bulletin français d'hygiène scolaire » est envisagée.

Dans chaque Académie, il existait jusqu'ici un médecin inspecteur du contrôle médical scolaire, rattaché à l'administration des sports. Dorénavant, le médecin inspecteur de l'Hygiène scolaire de chaque Académie sera placé auprès du recteur. Il sera secondé par une assistante sociale chef. A cet effet, il pourra être fait appel aux cadres d'assistantes sociales qui étaient placées auprès des médecins régionaux contrôlant les Centres de formation professionnelle des jeunes.

Une fois la nouvelle direction pourvue de ses cadres, elle aura pour tâche de reprendre, en le réorganisant au besoin, le *contrôle médical dans les établissements d'enseignement.* Pour le moment, et en ce qui concerne l'année scolaire 1944-1945, le fonctionnement des visites médicales dans les écoles, lycées, etc., demeure en vigueur selon les règles qui avaient été fixées d'un commun accord par l'Education nationale et la Santé.

Un bureau chargé du contrôle médical des activités physiques et sportives continuera à fonctionner à la direction générale de l'Education physique et aux Sports, à laquelle il demeure administrativement rattaché. Il sera placé sous l'autorité de la direction de l'Hygiène scolaire et universitaire pour tout ce qui concerne le contrôle médical des activités physiques et sportives *scolaires*, et en recevra des directives pour la surveillance médicale du *sport extra-scolaire*, afin que soient évitées toutes mesures pouvant faire double emploi.

En ce qui concerne les *œuvres sociales*, la direction est chargée de la liaison, pour tout ce qui concerne la protection de la santé et l'amélioration de la vie matérielle, avec les *œuvres de l'enseignement du premier degré*, groupées dans leur fédération, et avec celles qui sont groupées par le *Comité supérieur des œuvres en faveur des étudiants et scolaires* (logement de l'étudiant, services sociaux et secours en nature, maison de repos et convalescence, œuvres en faveur des élèves de l'enseignement du second degré). Enfin, les *établissements sanitaires* ayant qualité d'œuvres universitaires : sanatorium des étudiants, maisons de post-cure et de précure, sanatorium des lycéens et collégiens seront placés sous le contrôle de cette direction.

Le docteur Douady, ancien interne des Hôpitaux de Paris et médecin directeur du sanatorium des étudiants, a reçu la mission d'organiser cette nouvelle direction.

(*Bulletin officiel* du ministère de l'Education nationale, 1er Février 1945.)

Conseil régional des Médecins pour la région de Paris

Par arrêté du 9 Février 1945, le Conseil régional des Médecins pour la région de Paris est complété :

Pour les affaires concernant les praticiens de l'art dentaire, par :

MM. Ancey (Paris) ; Journée (Levallois) : Lecomte (Poissy) ; Lemoine (Paris) ; Maret (Melun) ; Madre (Paris) ; Picamal (Enghien-les-Bains) ; Richard (Paris) ; Rimmel (Paris).

Pour les affaires concernant les sages-femmes, par : Mmes Delebarre (Montereau) ; Genty (Paris) ; Jay (Paris) ; Lenfant (Seine-et-Oise) ; Mosse (Paris) ; Pierson (Seine-et-Oise) ; Valby (Paris).

(*J. O.* du 14 Février 1945.)

Centres régionaux d'éducation sanitaire

— Par arrêté du 21 Décembre 1944, un Centre régional d'Education sanitaire est créé à Grenoble, le docteur Etienne Berthet, directeur de l'Enseignement de la Croix-Rouge, en est nommé directeur.

— Par arrêté du 21 Décembre 1944, un Centre régional d'Education sanitaire est créé à Dijon, le docteur Kuhn, professeur anatomo-pathologiste à l'Ecole de Médecine, en est nommé directeur.

— Par arrêté du 30 Janvier 1945, le docteur Walter Stewart, chargé de cours à l'Ecole de Médecine de Rouen, est nommé directeur du Centre régional d'Education sanitaire de cette ville. (*J. O.*, 15 Février 1945).

Université de Paris

Faculté de Médecine. — Par arrêté en date du 7 Février 1945, M. Binet est nommé provisoirement assesseur du doyen jusqu'à une date qui sera fixée par décret après le retour des prisonniers. (*J. O.* du 17 Février 1945.)

Des travaux pratiques d'Hématologie seront faits au Laboratoire de Parasitologie (Prof. Brumpt), sous la direction de M. Paul Chevallier, assisté de MM. R. André, J. Bernard, L.-C. Brumpt, G.-H. Lavergne et J. Mallarmé. Ce cours, comprenant 12 séances, commencera le 28 Mai 1945, à 16 h. 30 et aura lieu les lundis, mardis, mercredis et vendredis suivants.

Programme : I. Le sang normal : numérations, hémoglobine, cytologie. — II. La coagulation, Plaquettes, Prothrombine. — III. Les organes hématopoïétiques, les moyens d'exploration. — IV. Groupes sanguins. Transfusions. — V. Généralités sur les maladies du sang. Les anémies secondaires. — VI. Les anémies primitives. Maladie de Biermer. Erythroblastoses, Maladie hémolytique, Chlorose. — VII. Les leucémies chroniques, Polyglobulies, Aplasies médullaires, Leucose aiguë. — VIII. Les réticuloses : Maladie de Hodgkin, Maladies de la crase sanguine — IX. Hématologie et infections. Les mononucléoses infectieuses. — X. Hématologie et Parasitoses — XI et XII. Récapitulation et interrogation.

Droits d'inscription : 400 fr.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat de la Faculté, guichet n° 4, tous les matins de 10 h. à midi et les lundis, mercredis et vendredis de 14 à 16 h.

Universités de Province

Election des assesseurs des doyens de Faculté. — Par arrêté en date du 7 Février 1945, sont nommés provisoirement assesseurs des doyens des Facultés, à compter du 1er Janvier 1945 et jusqu'à une date qui sera fixée par décret après le retour des prisonniers :

Faculté de Médecine et de Pharmacie d'Aix : M. Roche.

Faculté de Médecine de Montpellier : M. Jeanbrau.

(*J. O.* du 13 Février 1945.)

Ecole de Médecine d'Angers. — Par arrêté du 15 Janvier 1945, M. Denechau est maintenu dans les fonctions de directeur jusqu'à la fin de l'année scolaire 1944-1945.

— M. Lafargue, professeur suppléant, est chargé, en l'absence du titulaire, à titre provisoire et au plus tard jusqu'à la fin de l'année scolaire 1944-1945, de la chaire de Chimie biologique et analytique.

(*J. O.* du 23 Janvier 1945.)

Ecole de Médecine de Caen. — Par arrêté en date du 7 Février 1945, M. Rousselot, est nommé, à compter du 1er Janvier 1945, professeur titulaire de la chaire d'histologie (poste vacant).

— M. Villey est nommé professeur titulaire de la chaire de physiologie, en remplacement de M. Desbouis, retraité. (*J. O.* du 13 Février 1945.)

Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand. — Par arrêté en date du 7 Février 1945, M. Grimault, professeur suppléant de pathologie et clinique chirurgicale, est nommé, à compter du 1er Janvier 1945, professeur titulaire de la chaire de médecine opératoire, en remplacement de M. Bureau, transféré. (*J. O.* du 13 Février 1945.)

Ecole de Médecine de Dijon. — Par arrêté du 2 Janvier 1945, M. Pierre-Etienne Martin est nommé pour 3 ans, à dater du 1er Janvier 1945, directeur de l'Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie de Dijon, en remplacement de M. Leclerc, admis à la retraite.

Concours et places vacantes

Sanatorium de Bellegarde-les-Fleurs, à Châteauneuf-la-Foret (Haute-Vienne). — Le poste d'interne sera libre le 25 Mars (pour une étudiante ou un étudiant en fin de scolarité).

Conditions habituelles, indemnité mensuelle : 1.000 fr. Faire la demande au Médecin Directeur.

Nos Échos

Naissance.

— Le docteur et Mme Max-Fernand Jayle ont le plaisir de faire part de la naissance de leur seconde fille Aude (10 Février 1944).

Décès.

— Nous apprenons le décès, à Buenos-Ayres, le 21 Août 1944, de M. Benedetto Morpurgo qui était professeur de pathologie générale à la Faculté de Médecine de Turin depuis 1903 et qui avait dû s'exiler en Argentine.

— On annonce le décès du docteur Jean Bourguignon ancien interne des Hôpitaux de Paris, médecin-assistant à l'Hôpital Saint-Antoine (Paris, 3, rue du Général Langlois).

— On annonce le décès, le 3 Février, à Paris, du docteur Georges Weill, médecin-chef du Service d'oto-rhino-laryngologie de l'Hôpital de Rothschild.

— Le docteur Roger Masson, de Paris, fait part du décès de son père, M. Joseph Masson, à Lons-le-Saunier (Jura).

Soutenance de Thèses

Paris

Thèses de médecine.

Mercredi 7 Février 1945. — M. Deniker : *Sur un cas de perte totale de la sensibilité.* — M. Roussel : *Contribution à l'étude des aorto-myocardites syphilitiques.* — M. Gadral : *A propos des adénopathies trachéo-bronchiques tuberculeuses.* — M. Briens : *Les blessés de l'Hôpital de Vaugirard pendant l'insurrection de Paris.* — M. Granjon : *Les avortements gemellaires.*

Jeudi 8 Février. — M. Pounailloux : *Contribution à l'étude des thyroïdes accessoires.* — M. Bigoulot-Faure : *De l'amélioration des services de maternité des Hôpitaux de Paris.* — M. Sirot : *Contribution à l'étude de la passivité dans les affections du cervelet.* — M. Besson : *Un cas d'accroissement rapide d'angiome de la face au cours de la grossesse.* — M. Prudhomme : *Le classement des voix.* — M. Peldst : *Les accidents nerveux permanents de l'hyperinsulinisme* — M. Seguineau : *Une observation de maladie de Pick-Herxheimer.* — M. Boinet : *Le lit d'hôpital en France. Etude historique.* — M. Binet : *Contribution à l'étude radiologique de la maladie de Perthes, Calve et Legg.* — M. Tourtroy : *A propos du diagnostic radiologique et gastroscopique du schwannome intra-gastrique.* — M. Tinel : *L'évolution du traitement de la blennorragie.*

Vendredi 9 Février. — M. Godlewski : *De l'électro-choc. Ses incidents, ses accidents.* — M. Louis : *Effets du traitement de la maladie de Still par les sels d'or.* — M. Manger : *Organisation et fonctionnement des services médico-chirurgicaux de la défense passive.* — M. Laprade : *Pour une rénovation du Vieux Paris.* — M. Grimault : *A propos de la silicose évolutive après cessation du travail dengereux.* — M. Balandra : *L'anémie aiguë fébrile avec ictère et hémoglobinurie chez l'enfant.*

Mercredi 14 Février. — M. Libman : *L'arsénoxyde et ses applications en thérapeutique humaine.* — M. Nouaille : *L'érythromélalgie et son traitement par le tartrate d'ergomaline.* — M. Demoul : *A propos d'un cas de guérison d'une névralgie brachiale par le gardénal.* — M. Lewinson : *Les formes infectées et suppurées du cancer.* — M. Hausseray : *Incompatibilités des sulfamides.* — M. Martin : *Etat biscupide et sténoses orificielles de l'aorte.* — M. Bonnet : *Sur un cas de prurigo-strophantus guéri par le régime albumineux.* — M. Van Malderen : *Contribution à l'étude de l'extrasystolie.* — M. Hervé : *Contribution à l'étude du Botulisme.*

Jeudi 15 Février. — M. Kigfer : *Du diagnostic de la stérilité masculine.* — M. Porotin : *Avantages de l'homodiagnostic rapide en médecine rurale.* — M. Hug : *Hypoplasie primitive familiale du maxillaire supérieur. Syndrome de Maurice Villaret et Desoille.* — M. Valleteau de Moulliac : *La myélotomie commissurale postérieure.* — M. Guerret : *L'épilepsie giratoire.* — M. Rickard : *La méthode du repérage cutané dans la localisation des projectiles.*

Bordeaux

Doctorat d'Etat.

Du 29 Janvier au 3 Février 1945. — M. Péré : *Les modifications sanguines dans le mal des altitudes.* — M. Loez : *Lambliase intestinale et quinacrine : quelques considérations sur de nouvelles observations.* — M. Person : *Contribution à l'étude des myosites aiguës de la paroi thoracique.* — M. Agnèse : *Contribution à l'étude thérapeutique des plaies de guerre.* — M. Isnard : *Echinococcose du fémur.* — M. Garin : *Le rôle du rat dans la pathologie indochinoise.* — M. Hervé : *Deux nouveaux traitements de la gale.* — M. De Jaurréguiberry : *Considérations sur la race basque.* — M. Delarue : *Le dédoublement de la personnalité chez Edgar Poë.* — M. Lacour : *Contribution à l'étude du traitement des ulcères cornéens à hypopyon par les sulfamides.* — M. Bernard : *Les tumeurs embryonnaires du rein.* — M. Loubère : *Les complications hypertensives après l'extraction intra-capsulaire du cristallin.* — M. Gabarra : *Contribution à l'étude du sang dans la gastrectomie totale.*

Strasbourg

Thèses soutenues.

1er et 2e trimestres 1944. — M. T. Elloumi : *Contribution à l'étude de la dyspepsie basse chez l'enfant.* — M. P. Moutagnier : *A propos d'un cas d'un enfant de 6 ans, atteint de péritonite chronique encapsulante.* — M. J. Kohler : *La réduction sanglante sans ostéosynthèse dans le traitement des fractures sus-condyliennes de l'humérus chez l'enfant.* — M. J. Schumpp : *Contribution à l'étude du traitement de l'hypertension artérielle par la splanchnicectomie bilatérale.* — M. R. Besserve : *L'électro-choc dans le traitement de la mélancolie.* — M. A. Rusterholtz : *Contribution à l'étude et au traitement de l'hématurie au cours de la pyélonéphrite gravidique.* — M. H. Halsdorf : *Conceptions actuelles sur les variations de la réserve alcaline.* — M. H. Béal : *Contribution à l'étude clinique de quelques cas de lipomatose nodulaire multiple de la ceinture et des membres.* — M. J. Lenoir : *Contribution à l'étude du traitement de l'ozène.* — M. P. Blanquet : *Contribution à l'étude des mycoses pulmonaires.* — M. P. Dimoyat : *Conception actuelle du délit d'exercice illégal de la médecine.* — M. G. Uhl : *Traitement rapide de la métrite cervicale gonococcique.* — M. P. Pilla : *A propos de 31 interventions sur les parathyroïdes et le thymus. Indications et résultats.* — Mlle Bolzenkam : *Dysréflexie vestibulo-oculaire croisée.* — M. A. Faye : *Contribution à l'étude physiologique du nageur.* — M. R. Mosnier : *Sur un cas de maladie de Lobstein avec amyotrophie* — Mme Roux : *Contribution à l'étude de la fissuration du squelette.* — M. R. Lanter : *Contribution à l'étude de l'influence de la psychicité sur la pathologie lésionnelle.* — M. R. Portier : *Contribution à l'étude de la sédimentation sanguine dans les silicoses.* — M. M. Boujean : *Contribution à l'étude de l'épidermodyplasie verruciforme de Lewandowsky et Lutz. A propos de deux cas personnels.* — M. D. Ambard : *Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'hypertension artérielle chronique permanente.* — M. Ch. Eck : *Le syndrome réflexe des blessures des nerfs.* — M. P. Frank : *Des syndromes du scalène antérieur et du défilé costo-claviculaire* — M. L. Fruhling : *Une myélose érythroblastique familiale congénitale, la maladie de Schridde anasarque foeto-placentaire avec érythroblastose (ou érythromyéloblastose) tissulaire et sanguine. Revue critique des érythroblastoses ; à propos d'un cas personnel.* — Mlle Roger : *Le monocyte : morphologie, histogénèse, physiologie, pathologie.* — Mlle Schappler : *Contribution à l'étude des phénomènes d'itération.* — M. P. Warter : *A propos de 25 observations d'ulcères de la face postérieure de l'estomac (Etude clinique et radiologique.)*

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

Les Petites Annonces dans La Presse Médicale *sont acceptées sous réserve d'un contrôle extrêmement sérieux. Aucune annonce commerciale n'est acceptée.*
Prix : 20 fr. la ligne (15 fr. pour les abonnés).

AVIS. — Prière de joindre aux réponses un timbre de 1 fr. 50 pour transmission des lettres.

Le gérant : F. Thomas.

Imprimé par l'Ancne Imprimerie de la Cour d'Appel, 1, rue Cassette, à Paris (France)

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées aux Périodiques, la Direction scientifique de La Presse Médicale *a dû fixer à 4 colonnes maximum l'étendue des mémoires originaux. Tout manuscrit dépassant cette étendue sera retourné à son auteur.*

ROLE DES MICROBES ANAÉROBIES DANS L'ÉTIOLOGIE DES SEPTICO-PYOHÉMIES CONSÉCUTIVES AUX APPENDICITES

PAR MM.

A. LEMIERRE et J. REILLY

(Paris)

En 1898, Dieulafoy a donné, dans ses Cliniques de l'Hôtel-Dieu, la description magistrale d'un syndrome anatomo-clinique qui vient parfois compliquer les appendicites aiguës non opérées et qu'il a désigné sous le nom de « foie appendiculaire ». Cliniquement, ce syndrome est caractérisé par de grands accès fébriles intermittents, précédés d'un frisson d'une violence et d'une durée particulières, par un ictère plus ou moins foncé et par une tuméfaction douloureuse du foie. La mort en est la terminaison, au bout de cinq à six semaines en moyenne.

L'autopsie montre, outre les lésions appendiculaires et péri-appendiculaires, un foie hypertrophié, criblé d'abcès du type des abcès aréolaires de Chauffard et, point d'une importance capitale, une thrombo-phlébite des veines péri-appendiculaires, pouvant s'étendre à la grande veine mésaraïque, à la veine porte et aux ultimes ramifications portes intrahépatiques, qui apparaissent comme le centre de formation des abcès. Au point de vue bactériologique, Dieulafoy a incriminé le colibacille qui a été constamment isolé des abcès péri-appendiculaires, des suppurations hépatiques ainsi que des caillots et des parois des veines thrombosées.

C'est encore le colibacille que Curschmann [2], en 1900, Lenhartz [3] en 1903, Liebermeister [4] en 1906, Jacob [5] et Wiens [6] en 1909, Panton et Tidy [7] en 1910 ont tenu pour responsable des redoutables accidents infectieux consécutifs à l'appendicite, identiques à ceux qu'avait décrits Dieulafoy et dans lesquels ils ont signalé la fréquence d'une pyléphlébite suppurée. Cette conclusion leur était d'autant mieux permise que, chaque fois, c'est un colibacille qui s'est développé à l'état de pureté dans les hémocultures pratiquées chez leurs patients.

Les observations de ces auteurs ont donc montré que le syndrome décrit par Dieulafoy sous le nom de foie appendiculaire est en réalité une septico-pyohémie d'origine appendiculaire. Mais s'agit-il réellement d'une septico-pyohémie colibacillaire ? C'est ce qui ne nous paraît pas pouvoir être accepté sans réserves.

En effet la pratique des ensemencements de pus et des hémocultures en milieux anaérobies, inaugurée ultérieurement par certains médecins, a donné des résultats tels que le rôle du colibacille dans le déterminisme des septico-pyohémies post-appendiculaires s'est trouvé relégué au second plan, tandis que le rôle principal, et peut-être exclusif, semble devoir être attribué à certains germes anaérobies commensaux de la cavité intestinale.

Rappelons tout d'abord que Veillon et Zuber [8] dès 1898, puis Weinberg, Prévot, Daverne et Claudie Bernard [9] en 1928, examinant le pus appendiculaire prélevé au cours des opérations, en ont isolé dans la presque totalité des cas des anaérobies seuls ou associés à quelques rares streptocoques et colibacilles. Parmi les anaérobies, les bacilles Gram-négatifs ont presque constamment figuré en quantité prédominante.

D'autre part Ghon et Mucha [10] en 1909, Kaspar et Kern en 1910, Maresch [11] en 1916 ont trouvé dans le pus des pyléphlébites, des suppurations hépatiques et des localisations à distance consécutives à des appendicites, un anaérobie Gram-négatif, rangé par eux dans le groupe *Bacillus fusiformis*. Mellon [12] en 1919 a découvert ce même germe dans le sang et les abcès métastatiques chez un jeune homme atteint d'une septico-pyohémie post-appendiculaire. Dans les cultures repiquées, ce bacille a pris la forme de sphérules et de filaments, ce qui nous conduit à penser qu'il s'agissait là en réalité du bacille décrit en 1898 par Jean Hallé sous le nom de *Bacillus funduliformis*.

Schottmüller [13], chez des sujets atteints d'appendicites compliquées de pyléphlébite et d'abcès du foie, a obtenu dans ses hémocultures un bacille anaérobie Gram-négatif associé à un streptocoque anaérobie, germe qu'il a dénommé *Bacillus symbiophiles* et que nous avons quelques raisons de croire identique au *Bacillus funduliformis*. Dans un cas semblable Nedelmann [14] a isolé un *Bacillus symbiophiles* à l'état de pureté.

Nous-mêmes avons eu l'occasion d'observer, au cours de ces dernières années, 3 septico-pyohémies à microbes anaérobies, consécutives à des appendicites, et réalisant le tableau clinique du foie appendiculaire.

Avec Mlle Ternois [15], l'un de nous a publié en 1940 l'histoire d'un homme de 63 ans qui, à la suite d'une crise d'appendicite méconnue et non opérée, présenta un état fébrile avec grands frissons répétés, subictère et hépatomégalie. La mort survint au bout de cinq semaines. Deux hémocultures donnèrent à l'état de pureté de nombreuses colonies d'un bacille anaérobie Gram-négatif, le *Bacillus serpens* de Veillon et Zuber. Une hémoculture pratiquée dans l'intervalle des deux précédentes montra au milieu de celles du *Bacillus serpens* quelques rares colonies de colibacilles.

En 1942, Jacquot [16] a rapporté dans sa thèse l'observation d'un homme de 41 ans, hospitalisé à Claude-Bernard pour un état fébrile avec grands accès intermittents, survenu à la suite d'une appendicite non opérée et qui a entraîné la mort au bout de deux mois. L'autopsie montra un appendice noyé dans une masse d'adhérences renfermant de petits abcès, une pyléphlébite suppurée, de multiples abcès du foie et une péritonite généralisée, celle-ci développée quelques jours avant la mort à la suite d'une tentative d'intervention chirurgicale.

Neuf hémocultures ont été pratiquées au cours de cette maladie prolongée, dont 8 ont été positives. Cinq fois elles ont donné un *Bacillus funduliformis* à l'état de pureté ; une fois un streptocoque anaérobie à l'état de pureté ; une fois un *Bacillus funduliformis* associé à un streptocoque anaérobie ; la dernière enfin, faite en pleine péritonite terminale, un *Bacillus funduliformis* associé à un streptocoque hémolytique aérobie.

Récemment nous avons eu l'occasion de voir un homme de 34 ans au quinzième jour d'une maladie fébrile reproduisant trait pour trait le tableau du foie appendiculaire de Dieulafoy et ayant débuté quelques jours après une crise douloureuse abdominale pour laquelle le diagnostic d'appendicite avait été envisagé. D'ailleurs la perception dans la fosse iliaque droite d'une masse empâtée, très sensible à la pression, ne nous a guère laissé de doute à ce sujet. La mort est survenue en un mois environ. Une hémoculture en milieu aérobie était restée stérile. Nous n'avons pu nous procurer que quelques centimètres cubes de sang, parvenus un peu tardivement et coagulés au laboratoire. L'ensemencement de ce caillot broyé, pratiqué dans de mauvaises conditions, car les anaérobies non telluriques en cause en pareil cas sont des germes extrêmement fragiles, n'a fourni qu'une unique colonie de colibacilles. Mais le sérum sanguin a donné une réaction de floculation de Laporte et Brocard [17] nettement positive, témoignant que le sujet était atteint d'une infection à *Bacillus funduliformis*.

Signalons enfin que Dixon et Deutermann [18], chez des sujets ayant présenté, après des interventions portant sur des cancers recto-sigmoïdiens, le syndrome anatomo-clinique de Dieulafoy, ont isolé du sang par hémoculture et du pus de la plaie opératoire le *Bacillus funduliformis*

Ainsi donc, depuis que la pratique des hémocultures en milieux anaérobies est devenue d'un usage plus courant, le rôle, tout d'abord méconnu, des germes anaérobies dans la production des septico-pyohémies post-appendiculaires apparaît comme d'une importance primordiale. On remarquera également que ce sont les bacilles anaérobies Gram-négatifs et, en première ligne, le *Bacillus funduliformis* qui ont été le plus souvent les agents de l'infection générale. Associés au *Bacillus funduliformis* des streptocoques anaérobies ont été trouvés avec une certaine fréquence. Quant au colibacille, simple comparse sans doute peu actif, sa présence dans la circulation sanguine a bien été constatée dans certains cas, mais toujours à l'état de rares colonies au milieu des très nombreuses colonies de germes anaérobies.

Pour expliquer la fréquence des suppurations hépatiques post-appendiculaires, contrastant avec leur défaut comme complication des ulcérations tuberculeuses ou typhoïdiques de la région iléo-cæcale, Dieulafoy avait invoqué la transformation du canal appendiculaire en une cavité close où s'exalterait la virulence du colibacille. Ce que nous savons aujourd'hui des propriétés pathogènes spéciales des germes anaérobies nous permet de donner à cette particularité, soulignée par Dieulafoy, une explication plus satisfaisante.

Au voisinage des foyers suppurés ou gangréneux provoqués par les microbes anaérobies, lorsque, devenus pathogènes pour une raison ou pour une autre, ils s'attaquent aux parois des cavités naturelles où ils végètent normalement à l'état saprophytique, se constituent souvent des thrombo-phlébites. C'est par l'intermédiaire de celles-ci que les agents pathogènes peuvent envahir la circulation générale.

A vrai dire, cette aptitude à produire des thrombo-phlébites de voisinage n'appartient pas en propre aux anaérobies. Il est bien probable, comme l'un de nous l'a soutenu avec Gastinel [19], qu'à la base de la plupart des septicémies, quelle que soit l'espèce bactérienne en cause, aérobie ou anaérobie et quel que soit le point de pénétration des microbes à travers la peau ou les muqueuses il existe un foyer thrombo-phlébitique. Mais les

1. G. Dieulafoy : Le foie appendiculaire. Abcès du foie consécutifs à l'appendicite. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1897-1898 (dixième leçon), 167.
2. Curschmann : *Münch. Med. Wochens.*, 1900, 303.
3. Lenhartz : *Die Septischen Erkrankungen*, 1903.
4. Liebermeister : Ueber die Bedeutung der Bakterium coli für die menschliche Pathologie. *Zeitsch. für Klin. Medizin*, 1906, vol. **69**, 473.
5. Jacob : Ueber Allgemeininfektionen durch Bakterium coli commune. *Deutsch. Archiv für Klin. Medizin*, 1909, vol. **97**, 301.
6. Wiens : Zur Kasuisik der Kolibakteriämie, *Münchener Med. Woch.*, 1909, 962.
7. Panton et Tidy : The occurence of the colon bacillus in the blood. *Lancet*, [illegible]
8. Veillon et Zuber : Recherches sur quelques microbes strictement anaérobies et leur rôle en pathologie. *Archives de Médecine expérimentale*, 1898, 517.
9. Weinberg, Prévot, Daverne et Claudie Bernard : Recherches sur la bactériologie et la sérothérapie des appendicites aiguës. *Annales de l'Institut Pasteur*, 1928, 1167.
10. Ghon et Mucha : *Centralblatt für Bakteriologie*, 1909, **49**, 493.
11. Maresch : *Centralblatt für Bakteriologie*, 1916, **77**, 130.
12. Mellon : A contribution to the bacteriology of a fuso-spirillary organisme. With special reference to its history. *Journal of Bacteriology*, Septembre 1919, **4**, 505.
13. Schottmüller. Cité par Nedelmann.
14. Nedelmann : Bacillus symbiophils (Schottmüller) als einziger Erreger einer Pylephlebitis nach Appendicitis. *Deutsches Archiv für Klinische Medizin*, 1926, 40.
15. A. Lemierre et Mme Ternois : Septicémie *à bacillus serpens*. *Bull. de l'Académie de Médecine*, 1940, **123**, 552.
16. A. Jacquot : Les septicémies et bactériémies à microbes anaérobies d'origine intestinale. *Thèse de Paris*, 1942 ; et A. Lemierre, J. Reilly et A. Laporte : Sur le rôle du *bacillus funduliformi* en pathologie chirurgicale. *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, 1941, **67**, 891.
17. A. Laporte et H. Brocard : La réaction de floculation du sérum en présence d'un extrait alcoolique microbien dans les infections à *B. funduliformis*. *C. R. de la Société de Biologie*, 1939, **121**, 4.
18. Dixon et Deutermann : Post-operative bacteroïdes infection. *Journ. of American Med. Association*, 1937, **108**, 181.
19. P. Gastinel et J. Reilly : Séméiologie générale de l'état septicémique. *Rapport au XIXe Congrès de Médecine*, Paris 1927.

chances de voir apparaître une septicémie sont beaucoup plus considérables quand les agents infectieux sont des anaérobies, parce que ces derniers ont une tendance, en raison de leur pouvoir protéolytique spécial, à provoquer la désagrégation du caillot intraveineux. Non seulement les microbes qui pullulent dans ce caillot passent alors d'une façon continue ou par décharges successives dans la circulation générale, mais des particules de fibrine se détachent du thrombus désagrégé et sont entraînées par le courant veineux, constituant autant d'embolies septiques qu'arrêtera le premier résidu capillaire rencontré.

Lorsque les veines de l'organe où siège le point d'inoculation virulente sont tributaires des circulations caves supérieure ou inférieure, on assiste à l'apparition d'infarctus pulmonaires susceptibles d'évoluer vers la suppuration. C'est ce qu'on observe au cours de certaines septico-pyohémies consécutives à des angines, à des otites, à des endométrites putrides, à des inflammations des voies urinaires, dues les unes et les autres à des germes anaérobies, *Bacillus funduliformis*, *Bacillus fragilis*, streptocoques anaérobies, etc. Les infarctus pulmonaires associés aux grands accès fébriles intermittents, révélateurs de décharges bactériémiques massives, constituent les manifestations les plus caractéristiques de ces septico-pyohémies.

En ce qui concerne les septico-pyohémies postappendiculaires, il n'est pas nécessaire, pour que se développent les abcès du foie, qu'un processus thrombo-phlébitique parti des veines de l'appendice s'étende jusqu'au tronc de la veine porte et à ses ramifications intrahépatiques. Sans doute suffit-il que la thrombose reste limitée aux veines appendiculaires et péri-appendiculaires et que, issues des caillots intraveineux désagrégés, des particules de fibrine soient entraînées jusque dans les veinules portes intrahépatiques, ces embolies septiques devenant l'origine des abcès du foie.

Enfin tout porte à croire que les lésions hépatiques provoquées par les anaérobies peuvent être elles-mêmes génératrices de thrombo-phlébites des veinules sus-hépatiques d'où partent dans la circulation cave inférieure des décharges bactériémiques massives et des embolies septiques. D'où l'existence des grands accès fébriles intermittents et la fréquence, au cours des septico-pyohémies d'origine appendiculaire, des déterminations pleuro-pulmonaires.

Comme on le voit, la notion du rôle joué par les microbes anaérobies dans l'étiologie des septico-pyohémies post-appendiculaires ne présente pas seulement un intérêt d'ordre strictement bactériologique. Elle nous permet de pénétrer plus avant dans la compréhension des phénomènes morbides qui se déroulent au cours de cette redoutable complication des appendicites.

REINS POLYKYSTIQUES
CHEZ L'ENFANT

PAR MM.

Marcel FÈVRE et **Tran Van HOA**

(Paris)

Nous avons eu l'occasion d'opérer 3 enfants pour tumeur rénale polykystique, et nous avons étudié dans la littérature 12 cas analogues. Nous pouvons en rapprocher un cas de kyste multiloculaire du rein opéré par le Prof. Ombrédanne chez un enfant de 2 ans. De ces 16 cas, 15 concernent des enfants dont l'âge ne dépasse pas 2 ans. Un seul fait exception et concerne un enfant de 9 ans. L'étude de ces observations permet quelques constatations intéressantes. Au point de vue étiologique, les cas héréditaires ne sont pas exceptionnels, mais ne se manifestent souvent qu'à l'âge adulte. La famille observée par Seboch et Schweizer était frappée dans deux générations, chez le père et six descendants.

Anatomiquement on rencontre deux sortes de lésions : des lésions de maladie kystique atteignant les deux reins et parfois le foie, des lésions unilatérales. Les cas bilatéraux (5 sur 16) sont des découvertes d'autopsie, tantôt chez des mort-nés, la malformation polykystique pouvant être associée à l'hydronéphrose (Tilmann, 2 cas), tantôt chez des nouveau-nés qui meurent dans les premiers jours de la vie, parfois après hématuries (2 observations de Lawrence). Mais si l'enfant survit, le plus souvent la lésion semble unilatérale, au moins lorsqu'elle se manifeste dans l'enfance.

Cliniquement, hormis les quelques cas, en règle suivis de mort, qui se sont manifestés par des hématuries du nouveau-né, hormis l'altération de l'état général, très accusée dans plusieurs de nos observations personnelles, il n'existe qu'un symptôme : la tumeur. Cette tumeur augmente l'abdomen de l'enfant. Elle est prise, en règle, pour une tumeur maligne du rein, dont elle présente les caractères. Notons d'ailleurs qu'il ne faut pas compter régulièrement sur le contact lombaire dans les volumineuses tumeurs rénales de l'enfant. Leur volume les rend abdominales, et c'est comme des tumeurs de l'abdomen qu'elles se présentent au palper, comme le faible espace qui sépare chez un tout-petit le rebord costal de la crête iliaque permet du reste de le prévoir. Le diagnostic porté devant une lésion unilatérale est celui de tumeur maligne du rein. Il est extrêmement curieux de constater qu'une biopsie a parfois semblé confirmer ce diagnostic de tumeur maligne (adéno-myxo-sarcome), alors que la survie de l'enfant et l'intervention ultérieure ont montré la réalité d'un rein polykystique, parfaitement bénin (observation de Söderlund et Wahlgren). Dans un de nos cas nous avions cru à une tumeur maligne. L'enfant était atteint de coqueluche, et la tumeur fut irradiée. Elle diminua un peu de volume et surtout durcit. L'intervention ultérieure a permis d'enlever avec succès un rein polykystique d'une dureté ligneuse. Si l'enfant n'avait pas été opéré, nous aurions conclu, à tort, à l'efficacité du traitement par radiations dans une tumeur maligne du rein, éventualité pratiquement inexistante lorsque les radiations sont employées isolément.

Quelques autres affections peuvent donner lieu à de gros reins chez l'enfant, et simuler le rein polykystique : kyste du bassinet (Galkin), kyste hématique du pôle inférieur du rein (Lombard, Bernasconi et Montpellier) ou hydronéphrose.

Le traitement doit consister chez l'enfant dans l'ablation du rein malade, si possible après s'être assuré par pyélographie de l'existence et de la valeur de l'autre rein. La pyélographie avec injection par le sinus longitudinal supérieur a pu être pratiquée efficacement chez un enfant de 12 jours (Jensen). Le rein polykystique chez les enfants qui ont passé les premiers jours de la vie paraît en effet unique dans la grande majorité des cas. Ainsi en témoignent d'abord l'unilatéralité clinique de la tumeur et l'examen pyélographique, parfois la constatation nécropsique. Dans le cas de Lederer rapporté par Oppenheim et rappelé par Wells, chez un nouveau-né atteint d'imperforation anale, l'autopsie permit de vérifier qu'un rein était polykystique, alors que l'autre paraissait rigoureusement sain. C'est aux résultats opératoires que se mesure en réalité l'utilité de ces interventions : sur 10 cas opérés, nous comptons 9 succès opératoires. Le seul décès correspond, ce qui n'est pas pour surprendre, à la seule statistique comportant 3 cas personnels (notre propre statistique). Il s'agit d'un décès au neuvième jour, par complication pulmonaire, chez un nourrisson de 20 mois. Ces résultats immédiats ont déjà leur valeur car les insuccès seraient la règle si l'autre rein était sérieusement malade. Mais par contre les résultats éloignés font sérieusement défaut. Il est beau qu'ils comptent une ancienneté d'un ou deux mois. La littérature ne nous a indiqué qu'un seul résultat vraiment éloigné, celui de Sorrel, qui a revu son petit opéré en excellent état au bout de quatorze mois. Nous avons recherché des nouvelles de nos deux petits opérés qui avaient survécu : pour l'un d'eux, notre lettre est revenue sans avoir atteint le destinataire, pour l'autre nous avons eu le plaisir de revoir l'enfant en parfaite santé plus de deux ans après l'opération. De tels résultats prouvent la valeur de l'opération dans ces cas.

Quant au traitement, ce doit être, en règle, la néphrectomie, d'autant qu'en général l'opérateur croit enlever une tumeur maligne. Cependant tous les intermédiaires existent, depuis le rein polykystique total jusqu'aux formes localisées, en passant par les grands kystes multiloculaires. Dans un cas du Prof. Ombrédanne, un kyste put être clivé du parenchyme rénal, en n'ouvrant qu'un peu le bassinet qui fut refermé, et les deux valves du rein clivées par le kyste purent être suturées l'une à l'autre avec succès. L'ouverture de la pièce montra un kyste multiloculaire, évoquant tout à fait l'aspect du rein polykystique. Comparant la photographie de cette pièce à celle des reins polykystiques que nous avons opérés, nous avons pu noter que dans nos cas le rein s'étalait aussi, comme ouvert en deux valves, sur la tumeur. Nous devons donc conseiller d'essayer d'abord le clivage du segment kystique. Il sera, en règle, impossible, par suite de la fusion du parenchyme rénal étalé et des formations kystiques sous-jacentes. Mais dans des cas heureux il s'agira d'un kyste ou de formations kystiques clivables, et un segment de parenchyme rénal pourra être conservé. Il faut tenter la manœuvre, étant donné que si nous savons que l'autre rein est sain au moment de l'opération, nous ignorons s'il n'aura pas tendance à subir ultérieurement la dégénérescence kystique.

L'existence du rein polykystique, généralement pris pour une tumeur maligne, apporte une raison de plus pour opérer les tumeurs malignes du rein chez l'enfant. Non seulement l'opération sauve quelques enfants atteints de tumeur maligne véritable, mais elle permet encore de redresser des erreurs de diagnostic et d'intervenir dans des cas où l'intervention s'imposait (rein polykystique, kyste du rein, mycose rénale, tuberculose de forme tumorale).

Le rein polykystique de l'enfant mérite donc la discussion de son diagnostic et sa constatation doit être sanctionnée par une intervention chirurgicale dans tous les cas, et ce sont les plus fréquents chez l'enfant, où la lésion paraît unilatérale.

CANCER CUTANÉ STÉRILISÉ PAR LE RADIUM
APRÈS DES DÉLAIS ANORMAUX

par **Émile WALLON**

(Paris)

L'observation rapportée ci-dessous a trait à un cancer de la grande lèvre siégeant sur la face cutanée. Le traitement de ces tumeurs est actuellement bien réglé ; il doit amener la guérison en quelques semaines. Or, dans notre cas, la régression a été très lente. La biopsie pratiquée deux mois après montrait encore des cellules néoplasiques en apparence actives ; elles étaient cependant frappées à mort puisque sans nouveau traitement la guérison a été obtenue ; elle se maintenait lors du dernier examen, fait six ans après.

Mme S... (Mathilde), âgée de 49 ans, nous est adressée par le Dr Loewy en Décembre 1931. Elle présente une tumeur siégeant sur la face cutanée de la grande lèvre gauche. Cette tumeur a débuté il y a dix ans par une petite papule prise pour une piqûre d'insecte. Pendant un an l'état est resté stationnaire. La lésion se présentait sous la forme d'un petit nodule dur non douloureux. Depuis trois à quatre ans, elle augmente de volume.

Actuellement l'on constate l'existence d'une tumeur qui occupe la partie supérieure et externe de la grande lèvre en pleine zone cutanée. Son volume atteint celui d'une noisette. La peau est envahie mais non ulcérée : elle présente une coloration rougeâtre et ne peut être détachée de la tumeur sous-jacente. La tumeur est mobile sur les plans profonds. Il s'agit donc d'une tumeur exclusivement cutanée.

La biopsie montre un épithélioma spino-cellulaire non kératogène avec peu de tendance à la lobulation. Nombreuses mitoses. Stroma-réaction minime.

Le 3 Décembre 1931 le traitement est entrepris. Curiethérapie de surface. 8 foyers de 25 microcuries-heure (au total : 26 *mg.* 66) sont disposés sur une lame de plomb de 1 *mm.* de plomb. La surface radiante est de 3 × 3 *cm.* : 9 cmq supportée par un petit appareil de nidrose. La filtration totale est de : 0 *mm.* 5 de platine, 1 *mm.* de plomb, 0,05 d'aluminium. La distance foyers

peau de 10 *mm*. Dose : 24 millicuries détruits en cinq jours.

Le 18 Décembre 1931, réaction érythémateuse atteignant le pli génito-crural. Réduction de volume de la tumeur peu accentuée.

Le 22 Janvier 1932 l'ulcération persiste et son aspect n'est pas celui que l'on observe habituellement six semaines après le traitement, les bords sont encore épais et infiltrés. La stérilisation ne paraît pas avoir été obtenue.

Le 1er Février 1932 l'ulcération est moins étendue mais encore creusante ; elle présente en son centre une zone sphacélique de la dimension d'un pois. Une biopsie montre la persistance d'éléments néoplasiques : épithélioma intermédiaire non kératogène avec nombreuses mitoses et atypies nucléo-protoplasmiques. Nous projetons un nouveau traitement.

Le 15 Février l'aspect est plus favorable : il y a toujours une perte de substance mais sa surface est lisse, ses bords sont souples, il persiste cependant au pôle inférieur un point suspect. Nous décidons d'attendre.

Le 21 Mars, l'ulcération est cicatrisée mais le doigt sent encore dans l'épaisseur de la peau un nodule dur.

Les mois suivants la malade est suivie régulièrement. Le nodule décroît lentement.

En Juin 1932, l'infiltration a disparu et l'on peut considérer la malade comme guérie.

En Novembre 1935, la malade est revue. L'état local est satisfaisant.

Le 26 Février 1937, la cicatrice est légèrement scléreuse, mais de bon aspect. La guérison se maintient depuis six ans.

Cette observation appelle quelques réflexions.

1° Il y a un désaccord curieux entre les données histologique et l'évolution clinique. Deux mois après le traitement, la lésion présentait des signes histologiques de malignité, et cependant le néoplasme était dépourvu de malignité clinique puisqu'il a guéri sans nouveau traitement. Nous aurions pu croire à un échec des radiations, conseiller une exérèse, comme nous le faisons en cas de radiorésistance et le succès aurait été attribué à tort à la chirurgie.

2° La régression de la tumeur s'est faite avec une lenteur anormale. Elle a duré près de six mois, cliniquement du moins.

Il est difficile de préciser la date à laquelle les cellules néoplasiques doivent disparaître. Différents auteurs ont étudié les transformations que subissent les tumeurs irradiées. Dustin, Lacassagne et O. Monod, Clunet et Raulet-Lapointe ont décrit des phases successives avec modification des mitoses et du stroma. Les avis diffèrent sur le temps que demande la stérilisation de la lignée, mais on admet en général qu'il est bien inférieur à celui qui est noté dans notre observation.

Comment peut-on expliquer cette évolution anormale ?

On peut l'attribuer ou à une dose insuffisante ou à une radio-résistance particulière.

Dose insuffisante : la dose thérapeutique dépend de différents facteurs : dose elle-même, filtration, éloignement de l'appareil des téguments, répartition spatiale, durée d'irradiation, etc. Le facteur temps, notamment, doit être respecté, surtout dans les tumeurs où la radio-sensibilité est différente suivant les points. C'est l'expérience qui permet de les évaluer. Or, dans le cas présent, le traitement a été correct si on le compare à celui appliqué à des tumeurs présentant les mêmes caractéristiques. La lésion a reçu 3 millicuries par cmq., l'irradiation a été étalée sur cinq jours. Donc, de ce côté, il n'y a pas de raison qui puisse expliquer la lenteur de stérilisation.

Radio-résistance : rien souvent ne permet de la prévoir. Il est cependant des signes qui peuvent la faire redouter.

Certains types histologiques passent pour plus résistants ; les formes glandulaires le sont plus que les spino et les spino plus que les baso-cellulaires. Il s'agissait, dans notre cas, d'un type spino-cellulaire. Dans ces formes, la radio-sensibilité varie d'une région à l'autre. La fonte d'une tumeur est moins rapide quand elle est formée en majorité de cellules radio-résistantes ; tel est le cas des cellules spino-cellulaires, qui s'éloignent du type embryonnaire pour évoluer vers le type épidermique.

Le point de départ de la tumeur joue un rôle. La radio-sensibilité paraît être moins une propriété cellulaire qu'une propriété tissulaire. Les tumeurs développées sur un kyste sébacé semblent plus résistantes. Notre tumeur doit appartenir à cette variété ; la tuméfaction a précédé l'ulcération ; elle formait un nodule inclus dans le derme.

L'infection est un facteur de radio-résistance ; notre tumeur était infectée.

Enfin, la tumeur s'est constituée très lentement ; peut-être la lenteur de la régression s'explique-t-elle par ce caractère évolutif.

Si ces différentes interprétations sont discutables, il n'en reste pas moins que le fait existe, et de ce fait on peut tirer une conclusion pratique : les caractères histologiques sont incapables d'apporter un renseignement *pronostique*. Une cellule peut garder un aspect de malignité histologique et elle peut cependant avoir perdu ses propriétés de prolifération. Elle peut être dépourvue de malignité vraie, celle qui envahit et détruit. Pour juger de la vitalité d'une tumeur, le microscope se base sur le grand nombre des mitoses ; ces mitoses indiquent un effort de multiplication mais ne donnent pas de renseignement sur la valeur de leur descendance qui peut être dégénérée ; la mort de la lignée peut être fatale et ne se manifester qu'après plusieurs mois. Il ne faut donc pas se hâter d'affirmer qu'une tumeur irradiée n'est pas stérilisée, même si l'examen histologique indique des signes de malignité ; cette affirmation peut être démentie les mois suivants.

(*Travail du Centre anticancéreux de la Salpêtrière.*)

MOUVEMENT MÉDICAL

LA TOXOPLASMOSE

Peu avant la guerre, était identifiée à New-York une nouvelle entité morbide parasitaire, se manifestant, chez le nouveau-né, par une encéphalomyélite. Wolf et Cowen en 1937 (1) et en 1938 (2) donnaient une étude complète du cas qu'ils avaient observé, y joignant d'autres retrouvés par eux dans la littérature, trois certainement identiques, ceux de Jankù (3), de Magarinos Torres (4), de Richter (5) et quatre autres peut-être de même étiologie, ceux de Wohlwill (6), Brandt (7), Fischl (8, 9). Par la suite, à l'occasion d'un nouveau cas observé à New-York, ils constataient avec Paige (10, 11) l'inoculabilité facile du parasite et en précisaient la nature; il s'agit d'un *Toxoplasma*. Depuis, alors que la littérature américaine ne nous était plus accessible, de nombreuses recherches étaient faites aux Etats-Unis élargissant considérablement le cadre primitivement limité de la toxoplasmose. Celle-ci est donc maintenant bien identifiée et le *J.A.M.A.* lui a récemment consacré un bref éditorial (12). Comme elle est restée jusqu'ici méconnue en Europe, je voudrais résumer les faits établis à son sujet par les cliniciens et chercheurs américains [1].

Notons tout d'abord que la toxoplasmose était déjà connue de longue date chez les animaux. Le nom de *Toxoplasma* fut donné en 1908 par Ch. Nicolle et Manceaux à un parasite rencontré chez un rongeur du Sud-Tunisien, le Gondi; des organismes analogues furent ensuite retrouvés chez les animaux les plus divers : Lapin, Rat, Souris, Cobaye, Chien, Taupe, Ecureuil, Chimpanzé, Marsupiaux, etc..., et de nombreux oiseaux parmi lesquels le Pigeon. On y vit primitivement autant d'espèces différentes, bien que la morphologie du parasite fût toujours la même; mais l'étude expérimentale montra bientôt qu'on pouvait, à partir du parasite d'une espèce, en infecter facilement beaucoup d'autres et même de très éloignées. Cela met donc en doute la valeur des nombreuses « espèces » créées et fait pencher pour un organisme unique dépourvu de spécificité parasitaire. La toxoplasmose spontanée, du lapin surtout, avait été très étudiée et, particulièrement en France, par Levaditi, Sanchis-Bayarri, Lépine et Schœn (13).

A deux reprises on crut avoir rencontré le parasite chez l'homme : Castellani dans un frottis de rate, Fédorovitch dans le sang périphérique. Mais, ainsi que le montra Wenyon, il s'agissait en réalité, dans les frottis, d'organismes de contamination apportés par l'eau distillée de la coloration, et c'est bien, en fait, à Wolf et Cowen que revient le mérite d'avoir établi l'existence de la maladie chez l'homme.

Aspects cliniques. — Cliniquement l'affection se présente avec des aspects différents suivant l'âge du sujet. C'est, ainsi que nous l'avons vu, chez le nourrisson que la maladie fut tout d'abord identifiée. Les observations rassemblées par Wolf et Cowen (1, 4); Wolf, Cowen et Paige (10, 11); Guimaraes (14); Steiner et Kaump (15) permettent d'en tracer le tableau : il s'agit d'enfants âgés de quelques jours (3 jours) à plusieurs mois (11 mois), souvent nés avant terme, montrant généralement un degré plus ou moins prononcé d'hydrocéphalie, ou au contraire microcéphales; mais chez qui l'hérédosyphilis n'est pas en cause. Ils présentent des tremblements des extrémités puis bientôt des crises convulsives généralisées avec contractures en opisthotonos. Souvent il y a une fièvre plus ou moins élevée, mais elle peut manquer et dans certains cas il y a même hypothermie. Les réflexes tendineux sont généralement normaux, il y a parfois un signe de Babinski bilatéral. Foie et rate se sont montrés dans quelques cas augmentés de volume, mais sont le plus souvent imperceptibles. Il y a presque toujours une atteinte oculaire concomitante : les pupilles réagissent à la lumière mais paresseusement; la conjonctive, la cornée, le cristallin sont généralement normaux et les milieux clairs, mais l'ophtalmoscopie révèle un aspect qui, pour Koch, Wolf, Cowen et Paige (16) est typique : la rétine de chaque œil montre au voisinage de la macula une tache surélevée blanc jaunâtre parsemée parfois de pigment noir. L'évolution est presque toujours fatale; les crises convulsives se multiplient, l'enfant dépérit progressivement et la mort survient en quelques jours ou quelques semaines généralement avec une température élevée, plus rarement en hypothermie, et avec des signes d'atteinte bulbaire. Cependant Cowen, Wolf et Paige (17) ont noté qu'il peut y avoir une évolution plus discrète avec une longue survie (jusqu'à huit années), mais il y a alors une diminution de vision due à la choriorétinite, parfois strabisme et autres atteintes oculaires mineures, crises épileptiformes; l'hydrocéphalie peut persister et même progresser; des foyers de calcification intracérébrale se forment et croissent en nombre et en taille; en tout cas le développement somatique et psychique est retardé et il y a une profonde déficience mentale. Il ne saurait faire de doute que cette encéphalo-myélite du nourrisson soit congénitale étant données sa précocité et son intensité.

Chez le grand enfant et l'adulte, il s'agit, au contraire, d'une infection acquise. Pour Sabin (18), elle prend chez le grand enfant l'allure d'une encéphalite atypique, avec fièvre, troubles de la démarche, crises convulsives et adénopathies, mais sans signes de méningite ni d'atteinte des nerfs crâniens. Le liquide céphalo-rachidien révèle une réaction cellulaire à prédominance de monocytes. L'œil peut se trouver intéressé mais l'aspect ophtalmoscopique des lésions n'a rien de caractéristique d'après Vail (19). Le pronostic est sévère mais la guérison spontanée peut survenir ainsi que Sabin l'a observé chez un enfant de 8 ans après dix jours de maladie.

Chez l'adulte la maladie a été étudiée par Pinkerton et Weinman (20), Pinkerton et Henderson (21), et par Guimaraes (14). Cliniquement elle ne rappelle en rien ce qu'on observe dans le premier âge. Elle se caractérise par une forte fièvre avec une céphalée prononcée, des parésies et surtout une atteinte pulmonaire : broncho-pneumonie avec hépatisation et œdème des bases, myocardite; il y

1. Il est un certain nombre de références que, par suite des circonstances, je n'ai pu encore consulter dans l'original, j'ai utilisé, alors, les excellentes analyses de C. M. Wenyon dans le *Tropical Diseases Bulletin*.

arfois un épanchement péricardique; le foie et
a rate sont augmentés de volume. Il peut y avoir
tteinte oculaire, mais l'aspect ophtalmoscopique
'a rien de caractéristique d'après Vail (19). Pinerton et Henderson ont observé 2 cas où il n'y vait aucun signe d'encéphalite mais une pneumonie bilatérale avec une éruption cutanée maculo-papuleuse étendue sur tout le corps, respectant toutefois le cuir chevelu et les surfaces palmaires et plantaires; de tels cas rappellent beaucoup l'aspect clinique de la fièvre tachetée des montagnes rocheuses et les auteurs pensent que la confusion a û être souvent faite entre les deux maladies.

Cette toxoplasmose aiguë de l'adulte où les atteintes viscérales, et plus particulièrement celles du poumon, l'emportent de beaucoup sur celles du ystème nerveux central est toujours mortelle. Il loit cependant exister aussi, comme le dit Weinman (22) des formes chroniques plus ou moins atentes: c'est ce que suggère d'abord l'infestation ntra-utérine des nouveau-nés dont les mères n'ont outefois présenté aucun trouble cliniquement décelable et aussi l'existence chez un certain nombre l'individus en apparence sains d'un pouvoir protecteur du sérum. L'existence de toxoplasmoses chroniques et latentes est d'ailleurs connue de longue date chez les animaux.

Diagnostic. — Le tableau clinique n'est pas suffisamment caractéristique pour permettre à lui seul l'établir le diagnostic du vivant du malade et il era nécessaire dans tous les cas de recourir à l'inoculation des animaux. *Post-mortem*, le type des ésions et la présence du parasite ne peuvent laisser ucun doute.

Anatomie pathologique. — Chez le nourrisson, pratiquement seuls le système nerveux central et a rétine sont atteints; cependant de petits foyers nflammatoires épars ont pu être en outre rencontrés dans le myocarde et les muscles squelettiques par Magarinos Torres (4), dans le myocarde seulement par Hertig (23). Macroscopiquement on note les lésions superficielles de leptoméningite avec des plages correspondantes d'atrophie corticale; à la coupe, les ventricules paraissent distendus et l'on voit, surtout au voisinage des parois ventriculaires, les zones de nécrose caséeuse jaunâtre. Microscopiquement il y a une encéphalo-myélite largement disséminée plus marquée dans le cerveau que dans a moelle, l'infiltrat étant surtout lympho-plasmocytaire; dans les zones nécrosées, il y a destruction totale des neurones et des éléments névrogliques, avec, au voisinage, des éléments macrophagiques. Dans le cas où la survie a été assez longue, on peut en outre observer des dépôts amorphes de nature calcaire dans les zones nécrotiques et même dans les zones simplement inflammatoires. Mais ce qu'il y a de plus caractéristique, c'est la présence de granulomes miliaires disséminés: ils mesurent de 90 à 130 μ de diamètre et sont situés au voisinage des capillaires; ils sont formés par des cellules épithélioïdes paraissant parvenir des parois vasculaires, auxquels s'ajoutent des lymphocytes, des plasmocytes, des monocytes et de rares éosinophiles. La grande majorité des granulomes présentent des parasites pour la plupart intracellulaires contenus dans les cellules épithélioïdes, rarement dans les neurones. Enfin les lésions oculaires consistent essentiellement en foyers de chorio-rétinite avec congestion, œdème, légère infiltration lymphoplasmocytaire, dégénérescence et disparition des cellules nerveuses et présence de parasites intracellulaires. Wolf et Cowen (12) ont donné une étude minutieuse de toutes ces lésions du nouveau-né.

Chez l'adulte, les lésions sont par contre avant tout viscérales. C'est dans le poumon surtout, dans le foie, dans la rate, parfois aussi dans le myocarde qu'on rencontre les foyers inflammatoires, avec présence de parasites intracellulaires, analogues, localisation à part, aux foyers cérébraux et médullaires du nouveau-né.

Le parasite. — L'aspect et les dimensions du parasite varient avec la technique employée. Sur les frottis effectués avec des organes ou des sérosités après étalement, dessiccation et coloration par a méthode de Romanowsky, il se présente comme un organisme mesurant de 4 à 6 μ de longueur sur 2 à 3 de largeur, latéralement courbé en croissant avec deux extrémités inégalement aiguës; le noyau, facilement colorable, est sphérique et dévié vers l'extrémité la moins aiguë. Dans les coupes, la rétraction due à la fixation humide diminue considérablement les dimensions; le parasite apparaît alors en croissant, piriforme ou ovale mesurant de 2 à 3,5 μ sur 1,5 ou 2 μ; le hasard du plan de section, la coloration différente modifient aussi quelque peu l'aspect.

Certains éléments parasitaires peuvent être isolés et libres, mais dans la grande majorité des cas ils sont contenus dans des cellules diverses (épithélioïdes, macrophages, neurones, etc.); on peut alors en compter de quelques unités à plusieurs dizaines; quand ils sont nombreux ils sont rassemblés en amas sphéroïdes pouvant mesurer jusqu'à 17 μ de diamètre avec, au pourtour, un aspect de paroi donnant ainsi à l'ensemble une allure kystique; mais il ne s'agit que de pseudo-kystes dont ce qui paraît former la membrane n'est en réalité que la couche extrême, amincie, du cytoplasme de la cellule parasitée, et on peut observer le noyau dégénéré de celle-ci refoulé latéralement. Il n'y a aucune différence morphologique entre le parasite de l'homme et celui qu'on connaissait déjà chez les animaux. Quelle est la place des toxoplasmes dans la classification et quelles sont leurs affinités? Chatton et Blanc, il y a déjà longtemps, les rangeaient parmi les sporozoaires, au voisinage des coccidies. En fait, ce rapprochement est hypothétique. Il n'est pas possible actuellement de classer ces parasites avec certitude; leur nature animale même n'est pas prouvée.

Cultures. — Les cultures peuvent être obtenues mais uniquement en présence de tissus vivants. Sabin et Olitsky (24) ont ainsi réalisé 6 subcultures sur broyat d'embryons de poulets, sans perte de pathogénicité. La vie intracellulaire est donc une nécessité absolue pour le parasite. Il n'y a pas actuellement, dans la culture, d'aide à attendre pour le diagnostic.

Inoculation. — La vraie méthode dans ce but est en effet l'inoculation à l'animal, de sang ou de liquide céphalo-rachidien, ou, à l'autopsie, de broyat des lésions cérébrales ou viscérales. Sabin préconise l'inoculation simultanée dans le cerveau et dans le péritoine de cobayes ou de souris. La voie sous-cutanée n'est pas recommandable. Le nombre des espèces réceptives est d'ailleurs très grand: outre les deux citées, mentionnons le Lapin, le Chien, le jeune Poulet (poussin de 1 à 11 jours), le Pigeon. Le Singe *Rhesus* réagit seulement par une courbe fébrile et l'apparition de propriétés humorales antitoxoplasmiques. Pour les autres animaux, l'infection se termine en général par la mort en neuf à treize jours pour le lapin, en dix-sept à quarante jours pour la souris, en cinq à six semaines pour le cobaye; une très forte proportion des animaux inoculés s'infecte; la maladie se traduit par peu de signes sauf le dernier jour (paresse, convulsions, dyspnée). Les subinoculations réussissent à tout coup et la virulence augmente rapidement; la souris, par exemple, est alors tuée à trois à cinq jours.

Chez les animaux inoculés les lésions portent sur le cerveau, toujours atteint, les poumons qui le sont à peu près toujours et parfois de façon considérable, puis le myocarde et les muscles striés, le foie et la rate; les reins sont rarement touchés. Tous ces organes présentent des granulomes disséminés avec présence de parasites. Le toxoplasme humain détermine des lésions identiques à celles des toxoplasmoses d'origine animale.

Réactions humorales et immunité. — On savait déjà, par l'étude de la toxoplasmose du lapin que, quand un animal ne meurt pas de son infection, il est immunisé contre une réinoculation. On peut donc entre souches d'origine diverse effectuer la classique épreuve d'immunité croisée. Wolf, Cowen et Paige (10, 11) ont ainsi constaté que l'animal immunisé contre le toxoplasme du cobaye l'est également contre celui de l'homme et réciproquement. Guimaraes (14) a vu de même que la toxoplasmose spontanée du pigeon le protégeait contre le virus humain. Il y a donc identité immunologique entre les parasites quelle qu'en soit la provenance.

D'autre part le *Rhesus*, après inoculation, présente seulement, ainsi que nous l'avons dit, un épisode fébrile de quelques jours et guérit spontanément; par la suite son sérum manifeste des propriétés nouvelles: le sérum mis en présence du parasite ne montre aucune action *in vitro*: il n'y a ni agglutination, ni lyse, ni disparition de l'infectiosité [Sabin et Olitsky (24)]; mais si l'on inocule dans la peau d'un lapin le mélange de matériel infectieux et de sérum tout se borne à une lésion cutanée. Ces anticorps sont présents chez le singe longtemps encore après la guérison; ils sont assez labiles non seulement à la chaleur (une demi heure à 56° les détruit), mais même à la température ordinaire et pour les conserver il faut garder le sérum en neige carbonique. Le sérum de Lapin de Souris, de Chat et de Chien infectés ne présente pas ces corps protecteurs; mais, fait important, le sang de l'homme se comporte comme celui du singe [Sabin et Ruchman (25)]. Il y a donc là un moyen de diagnostic rétrospectif que Sabin (26) a utilisé en employant un broyat de cerveaux très infectés de souris mis en suspension dans des quantités variables de liquide de Tyrode. Il mélange 0 cm^3 15 de ce matériel plus ou moins dilué à 0 cm^3 15 du sérum à examiner et inocule le tout dans la peau d'un lapin. Avec le matériel pur, la lésion cutanée est entièrement formée en sept à huit jours puis il se fait une généralisation mortelle; la dilution au 1/100 peut encore, si le sérum n'a qu'un faible pouvoir, déterminer une lésion mais la dilution au 1/1.000 reste toujours sans effet alors que, en l'absence de sérum, elle détermine toujours des lésions mortelles. Sabin a ainsi examiné le sérum de 151 personnes dont les anamnéstiques pouvaient faire soupçonner une atteinte antérieure de toxoplasmose; 59 se sont montrés positifs; il s'agissait surtout d'enfants présentant des troubles psychomoteurs divers: des cas de choroïdo-rétinite de la région maculaire chez des enfants ou des adultes se sont révélés 9 fois sur 10 comme associé à la présence d'anticorps.

Enfin Warren et Sabin (27) reprenant des recherches plus anciennes de Nicolau et Ravelo (28) dans les toxoplasmoses animales ont recherché une méthode diagnostique de fixation du complément. Après divers tâtonnements pour établir leur antigène, ils le préparent avec une suspension de cerveau de lapin très infecté. La réaction étudiée d'abord chez le singe apparaît positive de une à quatre semaines après l'inoculation, mais elle disparaît parfois dès le quatrième mois, alors que les corps protecteurs persistent très longtemps. Chez l'homme, ils ont recherché la réaction dans le même groupe d'individus que plus haut et ont eu quelques résultats positifs; 20 personnes qui avaient des anticorps protecteurs avaient une réaction de déviation négative. La positivité de cette réaction paraît donc correspondre à la phase d'activité de la maladie et les auteurs pensent qu'elle pourrait, à cette période, rendre des services pour le diagnostic rapide.

Thérapeutique. — Elle en est restée encore à la phase des recherches sur animaux. Warren et Sabin (29) ont noté une certaine action protectrice *in vitro* de l'atébrine et aucune de divers sulfamides. Mais *in vivo* [Sabin et Warren (30)] c'est l'inverse qui s'est manifesté: sulfathiazol et sulfapyridine ont montré une action nette chez la souris et le lapin. Indépendamment d'ailleurs de auteurs américains, Biocca et Pasqualin (31), en Italie, avaient noté l'influence du sulfathiazol dans la toxoplasmose du rat. Récemment Weinman à Berne (32) ont étudié chez la souris l'action de la sulfapyridine; ils arrivent à guérir tous les animaux inoculés en instituant le traitement avant le cinquième jour, mais au delà une proportion d'autant plus faible que le retard est plus grand. Cette guérison n'est pas accompagnée de stérilisation et le cerveau des animaux est encore virulent. Ces résultats indiquent une utilisation possible dans la maladie humaine.

Il reste encore dans nos connaissances sur la maladie d'importantes lacunes. Tout d'abord en

e qui concerne son étiologie : certes, les arguments morphologiques, anatomo-pathologiques et immunologiques montrent bien une identité totale du parasite de l'homme et de ceux des animaux ; l'infection humaine à partir des petits rongeurs paraît très probable, mais par quelle voie se réalise-t-elle ? On ignore encore comment se fait la propagation des épizooties de toxoplasmose que l'on observe souvent dans les élevages de lapins, de cobayes ou dans les parcs zoologiques. Sabin et Olitsky n'ont pas observé de contagion entre animaux simplement placés dans la même cage ; ils ont noté cependant l'infection de souris neuves qui avaient fortuitement dévoré des souris parasitées ; la porte d'entrée digestive est donc possible ; ils ont également pu infecter la souris par dépôt sans aucun traumatisme de matériel infectieux sur la muqueuse nasale ou buccale ; mais on ignore encore quelle est chez les animaux infectés la voie de sortie du virus.

Les auteurs américains, d'autre part, ne paraissent pas s'être intéressés à l'hématologie des malades. Or Nicolau et Kopciowska (33), dès 1938, avaient noté dans le sang des animaux infectés une monocytose prolongée et d'autant plus prononcée que la maladie est plus intense : de 10 à 20 pour 100 de leucocytes dans les formes chroniques, jusqu'à 50 pour 100 dans les cas aigus. S'il en était de même chez l'homme, il y aurait là un élément susceptible d'aider au diagnostic.

Enfin il nous reste à connaître la distribution et la fréquence de la maladie. Aux Etats-Unis sa répartition semble déjà être très large et, depuis que l'attention a été attirée sur elle, les cas reconnus se sont multipliés ; les enquêtes sérologiques de Sabin et collaborateurs ont révélé une fréquence insoupçonnée. Au Brésil, l'affection a été signalée à plusieurs reprises. Le cas de Jankù, survenu à Prague, montre qu'elle existe aussi en Europe. La toxoplasmose humaine a donc probablement une distribution mondiale comme les toxoplasmoses animales. Il serait donc intéressant de la rechercher dès maintenant en France.

G. Lavier.

BIBLIOGRAPHIE

(1) A. Wolf et D. Cowen : *Bull. of the neurological Inst., New-York*, 1937, **6**, 306. — (2) A. Wolf et D. Cowen : *Bull. of the neurol. Inst., New-York*, 1938, **7**, 266. — (3) J. Janku : *Casopis lekarew ceskyc*, 1923, **62**, 215. — (4) C. Magarinos Torres : *C. R. Soc. de Biol.*, 1927, **97**, 1778, 1787, 1797. — (5) R. Richter : *Arch. Neurol. and Psych.*, 1936, **36**, 1075. — (6) F. Wohlwill : *Zeitschr. med. Woch.*, 1897, **22**, 307, 323, 335. — (9) R. Fischl : *Virchow's Arch.*, 1934, **293**, 487. — (8) R. Fischl : *Prager med. Woch.*, 1897, **22**, 307, 323, 335. — (9) R. Fischl : *Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1899, **49**, 58. — (10) A. Wolf, D. Cowen et B. H. Paige : *Amer. J. of Pathol.*, 1939, **15**, 657 et *Science*, 1939, **89**, 226. — (11) A. Wolf, D. Cowen et B. Paige : *J. exper. Med.*, 1940, **71**, 187. — (12) Editorial : *J. of the Amer. Med. Ass.*, 1944, **124**, 441. — (13) C. Levaditi, V. Sanchis-Bayarri, P. Lépine et R. Schoen : *Ann. Inst. Pasteur*, 1920, **43**, 673, 1063. — (14) F. N. Guimaraes : *Acta medica* (Rio de Jan.), 1943, **11**, 127. — (15) G. Steiner et D. H. Kaump : *J. Neuropath. and exp. Neurol.*, 1944, **3**, 36. — (16) F. L. P. Koch, A. Wolf, D. Cowen et B. H. Paige : *Arch. of Ophtalmol.*, 1943, **29**, 1. — (17) D. Cowen, A. Wolf et B. H. Paige : *Arch. of Neurol. and Psych.*, 1942, **48**, 689 — (18) A. B. Sabin : *J. Am. med. Ass.*, 1941, **116**, 801. — (19) D. Vail : *Proc. Roy. Soc. Med.*, 1943, **36**, 629. — (20) H. Pinkerton et D. Weinman : *Arch. of Pathol.*, 1940, **30**, 374. — (21) H. Pinkerton et R. G. Henderson : *J. Am. Med. Ass.*, 1941, **116**, 807. — (22) D. Weinman : *J. Infect. Dis.*, 1943, **73**, 85. — (23) A. T. Heatig : *Amer. J. of Pathol.*, 1934, **10**, 413. — (24) A. B. Sabin et P. K. Olitsky : *Science*, 1937, **35**, 336. — (25) A. B. Sabin et I. Ruchman : *Proc. Soc. exp. Biol. and Med.*, 1942, **51**, 1. — (26) A. B. Sabin : *Proc. Soc. exp. Biol. and Med.*, 1942, **51**, 6. — (27) J. Warren et A. B. Sabin : *Proc. Soc. exp. Biol. and Med.*, 1942, **51**, 11. — (28) J. Nicolau et A. Ravelo : *Bull. Soc. Path. exot.*, 1937, **30**, 855. — (29) J. Warren et A. B. Sabin : *Proc. Soc. exp. Biol. and Med.*, 1942, **51**, 15. — (30) A. B. Sabin et J. Warren : *Proc. Soc. exp. Biol. and Med.*, 1942, **51**, 19. — (31) E. Biocca et R. Pasqualin : *Annali d'Igiene*, 1942, **52**, 12. — (32) D. Weinman et H. Berne : *J. of the Am. Med. Ass.*, 1944, **124**, 6. — (33) S. Nicolau et L. Kopciowska : *C. R. Soc. Biol.*, 1938, **126**, 881.

SOCIÉTÉS DE PARIS

ACADÉMIE DE MÉDECINE

20 Février 1945.

Encombrement et mortalité. — M. N. **Fiessinger** insiste sur les dangers de l'encombrement actuel des hôpitaux qui entraîne une extrême difficulté des soins, la menace constante des surinfections et l'aggravation des conditions épidémiques. Cet encombrement résulte d'un mode administratif basé sur l'idée médiévale de l'hôpital refuge ; la médecine contemporaine nécessite des conditions de protection et d'examen que compromet l'absence de méthode dans l'admission dans les hôpitaux ; l'administration doit comprendre que soigner et abriter ne sont pas synonymes.

Sur certains facteurs physiologiques d'ordre chimique qui peuvent modifier l'évolution de la tuberculose expérimentale. — MM. **Nègre, Berthelot** et **Bretey** montrent que certains lipides ou glucides administrés en excès peuvent avoir une influence activante sur le processus tuberculeux des animaux de laboratoire ; le pouvoir aggravant de l'huile d'olive est supprimé par le succinate d'éthyle injecté en même temps qu'elle ou par le vieillissement. D'autres recherches prouvent que les esters éthyliques d'acides gras saturés tels que le palmitate et le stéarate d'éthyle sont dans certains cas accompagnés de substances assez volatiles qui, injectées simultanément à des cobayes tuberculeux, ont une action retardante sur l'évolution de leurs lésions. On peut espérer parvenir un jour par des changements physiologiques d'ordre chimique, concernant en particulier les lipides, à modifier dans une certaine mesure le terrain sur lequel se développe la tuberculose et à ralentir l'évolution de celle-ci.

Réceptivité du macaque au virus de l'encéphalomyélite des équidés américains. — MM. **Remlinger** et **Bailly** montrent que l'instillation de ce virus dans les fosses nasales après simple friction de la muqueuse suffit à provoquer chez le macaque une paralysie ascendante mortelle ; l'incubation et la durée de l'évolution sont les mêmes après cette inoculation peu agressive qu'après l'injection intracérébrale ; le macaque a donc une sensibilité accusée vis-à-vis de ce virus. L'exemple du singe permet peut-être de comprendre certains cas de transmission accidentelle de la maladie à des travailleurs de la boucherie chez qui la voie de pénétration était restée hypothétique et souligne le danger pour l'homme de la contamination par les voies nasale et oculaire.

Enquête sur l'état de nutrition de la population scolaire de Clermont-Ferrand de 1941 à 1944. — MM. **P. Rohmer, Sacrez, J. A. Rohmer** et **Beyer** montrent que l'insuffisance de la croissance pondérale a été plus évidente en 1943-1944 qu'en 1942 ; l'état général des enfants ne s'est cependant pas sensiblement modifié et il n'a pas été noté de troubles graves de sousalimentation ni de signes cliniques de carence vitaminique ; on peut signaler toutefois une tendance à l'anémie et à la diminution du taux des vitamines A et B dans le sang. La population infantile de la ville a sérieusement souffert, mais l'atteinte dans l'ensemble n'a pas été jusqu'à présent irrémédiable.

La synthèse de la vitamine C de l'organisme humain ; expériences sur des enfants soumis à une carence prolongée. — MM. **P. Rohmer, Bezssonoff, Sacrez** et Mlle **Leroux** ont soumis pendant des périodes allant jusqu'à 312 jours des enfants de 16 mois à 4 ans à des régimes carencés en vitamine C ; ils n'ont pas observé de signes de scorbut ; le liquide céphalo-rachidien et les urines renfermaient des traces de vitamine C pendant toute la période expérimentale et les épreuves à l'antipyrine ont été positives, la synthèse pendant la période expérimentale prouve que le besoin optimum n'était pas couvert et qu'il y a lieu de distinguer l'action spécifique antiscorbutique de la vitamine de son action sur l'état général.

Election d'un membre titulaire dans la première section (Médecine). — M. **Sézary** est élu par 53 voix contre 4 à M. L. Ramond, 2 à M. Brulé, 1 à MM. Chiray, Chabrol et Touraine.

Lucien Rouquès.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

14 Février 1945.

Syndrome péritonéal consécutif à une injection intra-utérine d'eau de savon. — MM. **Boudreaux** et **René**. M. **S. Blondin**, rapporteur. Cette observation se présente avec le tableau classique du syndrome péritonéal après tentative d'avortement. L'hystérectomie rapide fut suivie d'une guérison sans incidents. L'intérêt du cas est donné par l'examen de la pièce opératoire qui montrait des lésions de nécrose muqueuse avec congestion vasculaire et œdème. Le liquide recueilli dans le péritoine était stérile.

Luxation de la hanche avec fracture du col et fracture du cotyle. Reposition sanglante. — M. **Luzuy** (Blois). M. **Padovani**, rapporteur. Cette observation a trait à une complication rare des lésions traumatiques de la hanche. La coexistence d'une fracture cervico-trochantérienne avec troisième fragment trochantérien et d'une luxation de la tête avec fracture du rebord cotyloïdien est exceptionnelle. Les règles de son traitement sont mal codifiées alors qu'on connaît bien les complications fracturaires des luxations de l'épaule.

Dans l'observation de l'auteur, le traitement ne put être mis en œuvre qu'au bout d'un mois à cause d'autres lésions associées, thoraciques en particulier. L'auteur fit une reposition sanglante de la tête fémorale après avoir reconstitué le rebord cotyloïdien par un fragment d'os purum. Puis il réajusta le fragment cervico-capital dans le fragment diaphysaire en maintenant cette fixation par deux chevilles d'os purum.

Le résultat définitif est fonctionnellement correct, puisque la hanche se montre solide et qu'une flexion de cuisse de 30° permet la marche.

A la radio, les modifications secondaires de l'épiphyse fémorale sont considérables, un remaniement osseux complet s'étant effectué.

— M. **Padovani** montre que cet ensemble de lésions, rare à la hanche, succède presque toujours à un traumatisme violent portant sur le genou, la cuisse étant déjà fléchie sur le bassin. Il rassemble les quelques observations publiées (Luzuy, Basset, Patel) et cherche à en tirer des conclusions thérapeutiques.

N'opérer que lorsque les phénomènes de shock auront disparu.

Par une incision antérieure élargie vérifier l'état de la tête et la longueur du fragment cervico-capital. S'il existe un moignon de col suffisant attenant au trochanter, pratiquer une résection type arthroplastique. Sinon se servir du fragment capital comme d'un véritable greffon maintenu en place par des fragments d'os purum ou un cerclage.

L'évolution de ce fragment capital est imprévisible mais le résultat fonctionnel se montre souvent satisfaisant.

Etude statistique des blessés traités à l'Hôpital de Neuilly lors des combats de la Libération de Paris. — MM. **Braine** et **Perrotin** apportent une statistique homogène car ils ont vu pratiquement tous les blessés de Neuilly dans des laps de temps réduits, malgré cela ils tiennent à insister sur l'extrême gravité des blessures par combats de rues et sur la mortalité importante qu'elles entraînent. Les facteurs essentiels qu'ils mettent en évidence sont :

La promptitude des secours, due au dévouement du personnel de la Défense Passive et des infirmières.

Le rôle frappant de la réanimation, des transfusions, des sérothérapies antitétaniques et antigangréneuses, de l'emploi des sulfamides. Enfin de l'observance stricte des règles de non-fermeture des plaies des parties molles des membres.

Ils n'ont eu aucun cas de gangrène gazeuse. Mais leur statistique accuse une proportion importante de décès par plaies abdominales.

— M. **Moulonguet** rappelle que l'emploi de perfusions sanguines massives s'est montré particulièrement heureux lors du traitement des plaies de l'abdomen.

— M. **Maisonnet** met en valeur la différence qui existe entre les plaies de guerre déjà traitées avant le premier échelon chirurgical et les plaies reçues dans les hôpitaux parisiens au cours de la Libération.

— M. **Brocq**, fort d'un ensemble de 1.400 blessés traités à l'Hôtel-Dieu pendant les combats de Paris, pense que les plaies qu'il a vues avaient une gravité toute spéciale parce qu'elles étaient toujours, ou presque, faites à bout portant. Certains états de shock par bombardements, sans blessures graves apparentes, se sont montrés au-dessus des possibilités de la réanimation.

— M. **Monod** croit, comme facteurs de gravité dans ces blessures de la rue :

A la proximité des coups de feu ; à la multiplicité des lésions ; à l'âge des sujets (civils de tous âges) ; et enfin à l'état de carence alimentaire des Parisiens. Pour ce qui est de la réanimation, il faut bien faire la différence entre les états d'hémorragie et les états de shock. Dans ces derniers elle est moins opérante, évidemment.

— M. **Sauvé** fait la comparaison entre les blessés de Juin 1940, ceux des bombardements, ceux de la Libération. Les derniers ont donné lieu à des succès thérapeutiques qui tiennent à la précocité des secours, à l'habitude acquise des chirurgiens, enfin à l'emploi plus réglé des sulfamides.

— M. **Quénu** propose qu'on fasse un examen détaillé des résultats acquis dans les différents services lors des combats de la Libération.

— M. **Brocq** insiste enfin sur le rôle remarquable de la Défense Passive de Paris dans le ramassage des blessés.

Note sur les kystes hydatiques du foie. — M. **Chavannaz** (Bordeaux) montre, par deux exemples, les problèmes que posent chez des malades opérés très longtemps avant de kyste hydatique du foie (35 et 25 ans) la réapparition de troubles épigastriques. Il discute la pathogénie de ces kystes tardifs : est-ce une latence prolongée des dizaines d'années ou une greffe opératoire dans la cicatrice ?

Présentation de pièce. — M. **Meillère**.

Jean Calvet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

16 Février 1945.

Tumeur du thymus. — MM. **Lecœur** et **Mathey** lors d'un examen de dépistage, ont rencontré, chez un homme de 45 ans ne présentant aucun trouble fonctionnel, une tumeur du médiastin antérieur qui fut d'abord considérée comme un kyste dermoïde. Devant l'augmentation rapide de volume de la tumeur, on fit d'abord un pneumothorax diagnostique qui montra des adhérences pleuro-pulmonaires postérieures, puis une thoracotomie exploratrice qui permit de constater que la tumeur encapsulée adhérait fortement à l'oreillette droite et à la veine cave supérieure, ce qui rendait son extirpation impossible. La mort survint une heure après par hémorragie aiguë. Il s'agissait d'une tumeur épithéliomateuse d'origine thymique. Cette observation montre les risques de la thoracotomie exploratrice dans certains cas.

— M. **Weill-Hallé** a eu un résultat favorable dans 1 cas de tumeur thymique où l'évolution avait été plus lente.

— M. **Ameuille** souligne l'intérêt de la pleuroscopie qui permet de voir la tumeur avant l'intervention et de la délimiter.

— M. **Mathey** remarque que les kystes dermoïdes ont en général une évolution lente, mais souvent par poussées. Parfois l'évolution est rapide, donc ce signe n'a pas de valeur absolue. Cependant une augmentation rapide est en faveur d'une tumeur maligne. La pleuroscopie était techniquement impossible dans ce cas.

— M. **Poumeau-Delille** a vu une tumeur du médiastin postérieur tripler de volume en quelques mois ; il s'agissait d'un anévrysme avec rupture intrathoracique. La rapidité de développement ne permet pas d'affirmer une tumeur maligne.

Organisation des services de réanimation-transfusion en Afrique du Nord. — M. **Benhamou** (Alger), très applaudi, décrit toute l'organisation qu'il a réalisée en Afrique du Nord, au milieu de difficultés matérielles énormes, absence de verrerie, de caoutchouc et d'aiguilles, pour assurer à nos soldats d'Algérie, de Tunisie, d'Italie et de la campagne de France les bienfaits des méthodes de transfusion les plus modernes.

— M. **Hillemand** ajoute que 80 pour 100 des blessés de ces armées ont pu être sauvés grâce aux transfusions et insiste sur l'intérêt qu'il y a à pratiquer d'avance le groupage des donneurs de sang éventuels, au cas où des quantités considérables de sang deviendraient subitement nécessaires.

— M. **Benhamou** a observé des réanimations après transfusion intra-cardiaque et la transfusion intra-artérielle à contre-courant a à son actif quelques résurrections de blessés mourants.

— M. **Weill-Hallé** dit l'intérêt qu'il y aurait à prélever du sang chez les infirmières qui, depuis longtemps en contact avec des contagieux et des infectés, ont pu élaborer des anticorps.

— M. **Benhamou** remarque qu'en effet on a trouvé un sérum riche en agglutinines chez le personnel soignant des typhiques.

Action du salicylate de soude sur une néphrite chronique. — MM. **Pasteur Vallery-Radot** et **P. Blamoutier** rapportent une observation qui montre l'influence néfaste de l'absorption de salicylate de soude chez un sujet présentant une néphrite chronique. Leur malade, brightique, eut une poussée aiguë de néphrite, avec augmentation rapide de l'albuminurie, azotémie progressive et hypertension qui aboutit à la mort en 5 mois.

Asthme par sensibilisation à un « Aspergillus » développé sur des pieds de haricots. — MM. **Pasteur Vallery-Radot** et **P. Blamoutier** relatent l'observation d'une jeune femme qui présente des crises d'asthme imputables à une sensibilisation par un champignon, *Aspergillus herbariorum*, parasite des pieds de haricots desséchés qu'elle manipule. La cuti-réaction à cet *Aspergillus* ainsi que l'épreuve de Prausnitz-Küstner sont très positives. Ce fait est un exemple de plus de la multiplicité des antigènes asthmogènes.

— M. **Weissmann-Netter** a observé un érythème semblable à un érythème sérique chez un leucémique qui recevait de la poudre d'agaric.

Lupus vulgaire et tuberculose miliaire des poumons. — MM. **Etienne Bernard, Jean Meyer** et **R. Génevrier** présentent une observation d'une femme de 29 ans chez qui des adénopathies cervicales sont survenues dans l'enfance, puis dans l'adolescence, dont certaines se sont fistulisées. A l'âge de 19 ans, des éléments lupiques font leur apparition au niveau de la cicatrice d'une de ces fistules. Ces éléments vont d'abord s'étendre localement et ronger le lobule de l'oreille, puis dans un second stade, et pendant 10 ans, il y aura extension et dissémination du lupus par poussées successives touchant le larynx et le pharynx et surtout couvrant la peau d'une grande partie du corps. Il s'agit de taches planes, non ulcérées.

Au bout de 10 ans, une granulie pulmonaire apparaît, qui, avec une fièvre élevée, va persister pendant 6 mois, puis la cachexie survient, favorisée par une atteinte du névraxe.

Peu de lupiques meurent de tuberculose pulmonaire, et surtout il est exceptionnel qu'un lupus hématogène disséminé s'accompagne de granulie. Celle-ci, pour une miliaire chaude, s'est prolongée d'une façon insolite. Rôle du terrain ? Sans doute. Rôle de l'agent pathogène ? Peut-être.

Bacille tuberculeux bovin cause d'un lupus vulgaire et d'une tuberculose miliaire concomitante. — MM. **Etienne Bernard, A. Saenz** et **G. Canetti** présentent l'étude bactériologique et expérimentale du bacille provenant du lupus et du bacille trouvé dans les crachats. Colonies rares, d'apparition lente et d'aspect dysgonique, absence chez le cobaye de lésions viscérales permettant de dire qu'il s'agit de deux souches sensiblement identiques, de virulence atténuée. Les résultats des inoculations au lapin, joints aux caractères de la culture, tendent à prouver qu'il s'agit d'une souche bovine atténuée. Il s'est agi d'un même germe qui s'est cantonné d'abord au niveau des ganglions cervicaux, puis au niveau de la région cutanée de voisinage, qui a diffusé par voie hématogène au niveau de la peau pendant 10 ans, puis au niveau des poumons, et aussi des reins, des ganglions mésentériques et du névraxe.

Le bacille bovin est souvent à l'origine du lupus, mais son rôle est très rare dans les lésions pulmonaires. Exceptionnelles sont les observations où l'étude bactériologique a permis de retrouver le bacille bovin d'une façon concomitante au niveau de la peau et au niveau des poumons.

R.-J. Marie.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HÉMATOLOGIE

16 Novembre 1944.

La plasmocytose des cancéreux. — M. **R. Delcourt** rapporte une observation de cancer avec généralisation osseuse s'accompagnant d'une importante plasmocytose médullaire (17 pour 100).

Le sang et la moelle osseuse dans l'ostéopsatyrose. — M. **R. Delcourt** étudie le sang et la moelle de 11 sujets appartenant à une famille d'ostéopsatyrose dont 4 indemnes de fractures et 7 atteints de fractures multiples. Chez les sujets sains ou malades, on trouve les mêmes stigmates humoraux : hypercalcémie légère, hypercholestérolémie, augmentation de l'activité phosphatasique, accélération de la sédimentation, déficience en fibrinogène par la technique de Sassier. Par contre, seuls les sujets malades présentent une plasmocytose médullaire modérée (8 pour 100) et une hyperplasie rouge.

L'anémie expérimentale du rat blanc par inanition protéique. — M. **A. Aschkenezy.** Anémie avec grosses lésions globulaires, hyperplasie médullaire et hémolyse splénique. Altérations constantes du cycle œstral.

Myélophtisie arsénobenzénique retardée. — MM. **P. Harvier** et **C. Albahary** rapportent 1 cas de myélophtisie survenue 6 mois après une cure arsénobenzénique importante chez un sujet âgé et discutent le rôle du noyau benzénique.

Sur 1 cas de leucose aiguë à monocytes. — MM. **R. Moreau** et **C. Albahary** rapportent 1 cas de leucose aiguë avec tumeurs cutanées, remarquable par le faible pourcentage des cellules souches contrastant avec le taux considérable des mono- et pro-monocytes (80 pour 100).

L'éosinophilie dans les helminthiases. — M. **Lavier** fait une étude d'ensemble de l'éosinophilie dans les helminthiases ; il précise les variations chronologiques de celle-ci, le rôle du parasite en cause et de l'état de réceptivité de l'hôte. Il considère cette éosinophilie comme un « phénomène d'amortissement ».

Les hémoglobinogrammes des sujets normaux et des sujets anémiés. — MM. **Paul Chevallier** et **A. Fieher.** La similitude des courbes de densité optique suggère l'hypothèse d'une seule variété d'hémoglobine chez l'homme.

La coagulation sanguine retardée, étude d'un cas d'hémophilie. — MM. **Paul Chevallier** et **A. Fiehrer.** L'élévation du chiffre des densités optiques des thrombogrammes étudiés par la méthode de Lian-Frumusan-Sassier n'est pas liée à la quantité de fibrinogène mais à l'augmentation de la durée de la coagulation.

Etude photographique de la coagulation. — MM. **Paul Chevallier, M. Guillot** et **A. Fiehrer.**

Leucémie myéloïde aiguë. — MM. **R. Delcourt** et **G. Foyt.**

La granulomatose éosinophilique avec polynévrite ; précisions histologiques ; nosologie. — M. **P. Cazal.**

G. Bilski-Pasquier.

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DES HOPITAUX DE PARIS

21 Août 1944.

Epingle dans la bronche souche gauche d'un nourrisson de 10 mois. Extraction sous écran radioscopique. — M. **Aubin.** Un nourrisson de 10 mois inhale une épingle. Un bronchoscope de 4 mm. ne pénétrant pas dans la bronche, l'extraction est faite sous écran ; la modification de l'ampoule permet, par les mouvements des ombres de la pince et du corps étranger, de faire une prise correcte et de pratiquer l'ablation.

Septicémie à staphylocoque citrin, consécutive à un anthrax de la lèvre inférieure, guérie par la pénicilline. — M. **Tran Ba Huy** a traité un cas de septicémie à staphylocoques extrêmement grave par la pénicilline associée aux sulfamides. La pénicilline a été partiellement injectée par voie intraveineuse. Dose totale : 80.000 unités.

Volumineux corps étranger chez un nourrisson de 16 mois. — M. **Aubin.**

16 Octobre.

Ostéite extensive des os de la face traitée par la pénicilline. — M. **Ramadier.** Il s'agit d'une ostéomyélite du maxillaire supérieur consécutive à une cure radicale de sinusite maxillaire. La pénicilline a été utilisée par voie locale et intraveineuse. Dose totale : 600.000 unités. Le résultat, au moins temporaire, a été excellent.

Paralysie récurrentielle. — M. **Ramadier.**

Ostéite végétante du conduit. — MM. **Leroux** et **Aurenche.**

Tumeur aérienne probable de la base du cou. — MM. **Leroux** et **Loiseau.**

Autoplastie cervico-faciale par la méthode hongroise. — M. **Aubry.**

Présentation d'un enfant atteint d'un méningo-encéphalocèle. — M. **Aubry** expose la technique qui lui a permis d'obtenir la réduction définitive d'un volumineux méningo-encéphalocèle.

R. Caussé.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE DE FRANCE

11 Décembre 1944.

Sur la recherche toxicologique des alcoylhalogènes. — M. **L. Truffert** a perfectionné l'appareil de Kohn-Abrest pour la recherche des alcoylhalogènes par pyrolyse et soigneusement recherché les causes d'erreur. Il fait remarquer que cette excellente méthode permet de déterminer l'importance de la quantité d'alcoylhalogène présente dans les viscères, mais ne renseigne pas sur sa nature exacte. Pour combler cette lacune, il propose une méthode d'identification d'après les différentes colorations obtenues en effectuant certaines réactions : 1° pyridine et soude ; 2° naphtol dans le cyclohexanol et soude, puis traitement par l'acide sulfurique ou l'acide acétique. Pour effectuer cette seconde série de réactions, il préconise d'extraire les alcoylhalogènes du distillat de viscères à l'aide d'une petite quantité de pentane.

Cette méthode a déjà été appliquée avec succès à des expertises judiciaires et pourra rendre de grands services aux toxicologues.

8 Janvier 1945.

L'œdème aigu pulmonaire au cours des intoxications par le chloralose. — M. **Dérobert,** à l'occasion de deux autopsies pour intoxication volontaire à l'aide du chloralose, indique que les poumons présentaient dans chaque cas des lésions d'œdème aigu pulmonaire. Le chloralose, outre son action sur le système cardio-vasculaire, possède une action pulmonaire indéniable dont l'importance doit entrer en ligne de compte dans l'estimation du pronostic. Le chloralose s'avère en définitive être un toxique contre lequel des mesures réglementaires de vente s'imposent.

L. Dérobert.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

14 Décembre 1944.

Enorme anévrysme artérioso-veineux fémoral. Extirpation. — M. **Talbot.** L'anévrysme, consécutif à une blessure de guerre avec hématome, avait pris des proportions considérables (17 cm. sur 12) mais n'entraînait pas d'autres troubles que ceux qu'occasionnaient son volume et son poids.

Il fut enlevé après hémostase provisoire puis définitive, et les suites furent excellentes.

Trois cas d'anévrysmes artériels de la fémorale commune traités par artériectomie. — M. **Favre.** Il s'agit de 3 anévrysmes de la zone dangereuse de la bifurcation du tronc commun fémoral, dont les deux premiers étaient en imminence de rupture, qui ont été traités avec efficacité par l'artériectomie de Leriche. Ces interventions, dont la pratique est extrêmement simple, ont été réalisées par l'auteur avec l'appareillage des plus modestes dont il disposait dans un hôpital de prisonniers.

Effets physiologiques des levures en alimentation humaine. — M. **R. Crosnier.** Les levures (aérolevures de mélasse) n'ont d'action physiologique valable que si elles sont consommées en quantité suffisante et pendant une période suffisamment prolongée (rôle pondéral). Leur état de pureté leur confère une innocuité absolue. Leur incorporation à des préparations nutritives et énergétiques renforce les effets physiologiques de ces dernières. Il faut donc les considérer non comme des aliments de substitution ou de remplacement, mais comme des facteurs de complément très intéressants dont le rôle catalyseur est possible.

Les formes monosymptomatiques de la pellagre. — M. **A. Charlin.** L'étude de nombreux cas de pellagre permet d'insister sur l'aspect de certaines formes monosymptomatiques, en particulier les formes mentales, digestives ; rectites et diarrhée. Les signes certains sont absents, ce qui rend le diagnostic difficile. Ces formes doivent être connues car une thérapeutique nicotinique intensive à dose de 1 g. d'acide nicotinique par jour permet d'éviter tantôt l'internement, tantôt la mort. Les résultats de cette thérapeutique sont rapides et surprenants.

Gelures et artérite. — MM. **Guillermo** et **Kliszowski.** Les gelures sont très probablement dues à des lésions artériolaires dont l'extension aux vaisseaux plus importants peut entraîner des gangrènes sèches ou infectées plus ou moins étendues. Il faut insister sur le fait que ces lésions anatomiques apparaissent relativement tard après l'atteinte par le froid, d'où l'intérêt de traiter les gelés le plus tôt possible, par des infiltrations du sympathique lombaire, des injections intra-artérielles de novocaïne, dont l'action sur les troubles vaso-moteurs est connue.

R. Thiel.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

7 Décembre 1944.

Evolution des chronaxies motrices dans 1 cas de myatonie. — MM. **Bourguignon** et **Bastin** ont étudié le malade présenté par MM. Guillain et Mollaret à la séance précédente; à 17 mois, alors qu'il ne marchait pas, ses chronaxies avaient la distribution caractéristique de celles des enfants normaux de 6 à 7 mois, c'est-à-dire qu'elles étaient plus grandes aux segments proximaux qu'aux segments distaux ; parvenu à l'âge de 20 ans et marchant normalement, ce myatonique a

…utes ses chronaxies normales. La myatonie apparaît donc comme un retard dans le développement du système neuro-musculaire.

Syndrome de Laurence-Moon-Bardet-Biedl. — MM. **R. Garcin, Man** et **Piguet** présentent un sujet de 11 ans chez qui l'on constate ce syndrome au complet : lystrophie adiposo-génitale avec absence complète de libido sans autres troubles infundibulo-tubériens, arriération intellectuelle avec puérilité mais conservation d'un certain jugement, cécité par rétinite pigmentaire avec cataracte postérieure bilatérale, polydactylie ; on note aussi un petit syndrome cérébelleux, ce qui n'est pas très fréquent, avec hyperexcitabilité vestibulaire ; légère hypertension artérielle. Les deux grand'mères de ce sujet étaient jumelles.

Poussées évolutives gravidiques au cours d'un épendymome de la moelle lombo-sacrée. — MM. **R. Garcin, Guillaume, Sénéchal** et **Guéret** rapportent l'observation d'une femme ayant eu au cours de ses 3e et 4e grossesses des poussées paraplégiques avec automatisme médullaire, complètement régressives ; elle avait accouché sans douleur mais avait senti le passage à la vulve ; une rechute se produisit lors d'une 5e grossesse ; l'examen montra une hyperalbuminose avec blocage et arrêt lipiodolé en D 12 ; l'opération permit d'enlever complètement un épendymome intramédullaire ; la récupération ne se produisit pas et la malade mourut avec des escarres ; l'autopsie montra des cavités syringomyéliques au-dessus de l'emplacement de la tumeur.

Forme fruste de polyradiculonévrite type Guillain-Barré. — MM. **Alajouanine, Thurel** et **Courchet** présentent une malade se plaignant depuis 1 mois de brûlures dans les membres chez qui on ne constatait que des fibrillations musculaires et une diminution des rotuliens ; une ponction lombaire confirma l'hypothèse de syndrome de Guillain-Barré en montrant une forte dissociation albumino-cytologique ; une paralysie faciale transitoire survint ensuite.

Pertes de substance cranienne après traumatismes fermés. — MM. **Alajouanine** et **Thurel** rapportent 5 cas de perte de substance cranienne consécutive à un traumatisme obstétrical ou à un traumatisme de la première enfance ; leur point de départ est une fracture qui s'élargit sous l'influence de la poussée cérébrale. Les lésions cérébrales dont témoignent les signes cliniques ou la dilatation du ventricule latéral, en regard de la brèche osseuse, sont peut-être la conséquence de la hernie que le cerveau en pleine croissance pousse à travers la perte de substance.

Sclérose latérale amyotrophique et anémie pernicieuse. — M. **Barré** a observé dans 2 cas de syndrome amyotrophique radiculaire inférieur avec troubles pyramidaux et anesthésie vibratoire une formule sanguine d'anémie pernicieuse ; il ne pense pas qu'il s'agisse d'une forme spéciale de syndrome neuro-anémique mais de l'association d'une maladie de Charcot à un syndrome neuro-anémique fruste, ce dernier étant responsable des troubles de la sensibilité profonde.

Réflexes de défense provoqués par l'excitation cutanée de n'importe quel point du corps, dans une hémiplégie bulbo-protubérantielle. — MM. **Thiébaut, Guiot** et **Corrinaud** présentent un sujet ayant une hémiplégie gauche à prédominance brachiale avec paralysie du VI et des masticateurs droits, un Babinski bilatéral, des troubles discrets des sensibilités profondes et de gros troubles du schéma corporel, de la phonation et de la déglutition ; le pincement de la peau en un point quelconque provoque un mouvement de grande amplitude du bras paralysé et un triple retrait de la jambe. Il s'agit probablement d'une hémorragie bulbo-protubérantielle.

Hémiplégie guérie par évacuation d'une méningite séreuse de la fosse postérieure. — MM. **Thiébaut, Klein, Léger** et **Pluvinage** rapportent l'observation d'une malade atteinte d'hémiplégie avec aphasie, hémianesthésie et troubles épileptiques ayant abouti en un an à un état très grave ; la ventriculographie montra une légère dilatation ventriculaire ; une intervention permit d'évacuer une abondante méningite séreuse de la fosse postérieure et l'hémiplégie guérit sur la table d'opération ; la guérison persiste depuis 11 mois.

Myélite post-arsenicale. — MM. **Thiébaut, Houdart** et **Barré** rapportent l'observation d'une malade non spécifique chez qui une première série d'acétylarsan a été suivie au bout d'un mois de fourmillements et de parésie des membres inférieurs ayant disparu en 2 à 3 mois ; une nouvelle série, 6 mois plus tard, a provoqué dans le même délai les mêmes troubles, puis une paraplégie complète.

Addendum à la séance du 6 Juillet 1944.

Les engagements dans les tumeurs cérébrales : la hernie présylvienne. — MM. **Bériel** et **Cathalan** montrent que consécutivement à la poussée développée dans les lobes frontaux sous l'influence d'hydropisie ventriculaire, d'œdème ou d'une tumeur, il peut se produire un engagement des portions orbitaires des circonvolutions frontales et parfois de l'insula, en arrière de la petite aile du sphénoïde, dans la région qui surplombe la queue de la fente sphénoïdale. Ces engagements jouent un rôle dans certaines manifestations des tumeurs.

LUCIEN ROUQUÈS.

SOCIÉTÉS DE PROVINCE

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE LYON

5 Décembre 1944.

Un cas de tubercule de la moelle épinière. — MM. **J. Barbier, M. Plauchu** et **Augay** rapportent l'observation d'une jeune fille de 18 ans qui 2 mois après une pleurésie fit une paraplégie flasco-spasmodique sans mal de Pott. La mort survint par granulie généralisée. A l'autopsie : granulie viscérale. Pas de mal de Pott, mais tubercule de la moelle lombo-sacrée.

Histologiquement : la moelle est presque complètement occupée par une nappe caséeuse sans cellules géantes avec îlots inflammatoires lymphocitaires et épithélioïdes. Lésions méningées discrètes, non caséeuses.

Accident mortel (asystolie irréductible avec gros cœur) du traitement d'un cas de maladie d'Addison par les implantations de cortine de synthèse. — MM. **F. Paliard** et **M. Plauchu.** Maladie d'Addison grave, tension artérielle : 7,5-4 en Juillet 1943, inclusion de 250 mg. de cortine de synthèse (5 comprimés). Très grosse amélioration, mais légère hypertrophie cardiaque. Rechute en Juin 1944. Réimplantation de 500 mg. (10 comprimés). Apparition en Octobre 1944 d'un énorme cœur, malgré le régime déchloruré. Mort fin Novembre dans un tableau d'asystolie irréductible.

Hypertension artérielle considérable au cours d'une néphrite subaiguë de l'enfance. Considérations thérapeutiques. — MM. **P.-P. Ravault, J. Viallier** et **J. Fontan.** Observation d'une enfant de 12 ans qui, au cours d'une néphrite subaiguë d'origine amygdalienne très probable, fit une réaction vasculaire particulièrement intense avec hypertension artérielle à 26,5/17, œdème du fond d'œil et purpura. La cure de soif suivie d'assaut clinique selon la méthode de Volhard, auxquels on adjoignit des infiltrations novocaïniques du splanchnique et des injections de novocaïne intraveineuses, amenèrent une chute de la tension artérielle et son retour à la normale. Une amygdalectomie pratiquée fut suivie de signes de septicémie sévère qui entraîna la mort, la tension artérielle restant normale.

Maladie de Vaquez avec ulcère pylorique. Guérison par gastro-entéro-anastomose. — MM. **P. Ravault** et **G. Vignon.** Polyglobulie associée à l'hyperchlorhydrie d'un ulcère qui résista à la radiothérapie pylorique mais disparut rapidement après guérison de l'ulcus par G. E. A., fait qui confirme les liaisons étroites unissant la muqueuse gastropylorique et l'hématopoïèse.

12 Décembre.

Résultats du traitement de quelques cas de sclérose en plaques par des injections de ferriscorbone magnésienne. — MM. **J. Viallier, J. Ballivet** et **P. Rouchet** rapportent leur expérience basée sur 21 observations de sclérose en plaques traitées par ce produit. Les résultats sont les suivants : 5 cas où l'action fut nulle ; une aggravation manifeste ; 6 améliorations subjectives, sans que l'examen puisse la mettre en évidence, 9 améliorations réelles et objectives.

Gynécomastie au cours d'une maladie d'Addison traitée par implantation sous-cutanée d'acétate de désoxycorticostérone. — MM. **M. Levrat, L. Roche** et **J. Emery.** Observation d'un homme atteint de maladie d'Addison qu'ils ont traité par implantation sous-cutanée d'acétate de désoxycorticostérone. Avant tout traitement hormonal existait une gynécomastie du côté droit, au cours du traitement est apparue une gynécomastie du côté gauche. Les auteurs n'ont pas retrouvé d'observation comparable de gynécomastie au cours de la maladie d'Addison et, rapprochant leur cas de certaines observations de tumeurs de la cortico-surrénale avec gynécomastie, émettent l'hypothèse d'une variation de la sécrétion cortico-surrénale.

Tétanies frustes au cours de l'ostéomalacie. Les hypocalcémies de famine. — MM. **M. Levrat, L. Roche** et **J. Emery** ont constaté avec une certaine fréquence l'association aux ostéomalacies de famine d'un signe de Chvosteck et de signes frustes de tétanie. Ils rapportent 2 observations complètes où le tableau clinique s'accompagnait d'hypocalcémies et où l'examen électrique confirmait l'hyperexcitabilité musculaire. Ils expliquent ces tétanies frustes comme les ostéomalacies par la carence calcique de la ration alimentaire ; il s'agit d'hypocalcémies de famine.

Confrontation en action d'une « Dysbasia lordotica » et d'une « Dysbasia cyphotica » (Projection du film cinématographique analytique.) — M. **J. Froment.**

Hémorragies intestinales d'allure primitive par ulcère du diverticule de Meckel. — MM. **P. Ravault, M. Girard, M. Latarjet** et **J. Meneault.**

G. DESPIERRES.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE CLERMONT-FERRAND

Addendum 9 Mai 1944.

A propos de la prescription médicale des stupéfiants. — M. **J. Fourcade.**

29 Octobre.

Mégasigmoïde guéri cliniquement et radiologiquement par une série d'infiltrations du splanchnique gauche. — MM. **A.-G. Weiss** et **G. Ackermann.** Jeune fille de 25 ans souffrant d'une constipation opiniâtre (10 à 15 jours sans selles) et d'insuffisance menstruelle résistant à des doses élevées de benzo-gynœstryl. Six infiltrations lombaires basses ne donnèrent aucune amélioration de la constipation. La première infiltration du splanchnique gauche fut suivie d'une selle spontanée ; 6 infiltrations ont été pratiquées en 15 jours. Depuis 5 mois la malade a, chaque jour, une selle spontanée. Le lavement baryté montre un sigmoïde minuscule au lieu de l'énorme mégasigmoïde vu antérieurement. En même temps, les règles sont devenues régulières et indolores, la malade a engraissé et retrouvé la joie de vivre. Les résultats observés ici à la suite de simple infiltration du splanchnique sont supérieurs à ceux obtenus, dans d'autres cas, par section chirurgicale du splanchnique.

Anorexie élective et fixation à un régime végétarien à base de pommes de terre chez un garçon de 14 ans. Normalisation par suggestion. — MM. **Lagache** et **Menut.** A propos de ce cas dans lequel la suggestion est arrivée à la guérison, les auteurs analysent les facteurs cliniques et psychologiques dominant la question. Ils retiennent ici : 1° un facteur héréditaire (même syndrome chez le père, mais plus discret) ; 2° un facteur traumatique : sevrage brusqué et presque dramatique à 6 mois ; 3° un facteur éducatif : faiblesse du père, comportement dominateur de la mère. Par ailleurs, la croissance physique et psychique a été normale ; les examens clinique et psychologique montrent un caractère asthénique.

Un cas d'abcès du poumon à évolution mortelle. — MM. **H. Paillard, G. Petit** et **G. Verrier** rapportent l'observation complète de ce cas dont ils avaient déjà présenté les tomographies. Après une longue période d'apyrexie, d'amélioration générale avec engraissement, de diminution de l'expectoration (le tout obtenu par la posture de drainage), la fièvre s'est rallumée et le drainage chirurgical n'a pu amener la guérison ; l'intervention a montré non seulement deux poches qui ont été drainées, mais aussi de nombreux abcès miliaires entourant les lésions principales. Bactériologiquement, streptocoques et anaérobies. Le traitement sulfamidé a semblé inopérant.

26 Novembre.

Asystolie traitée par la thyroïdectomie en 1942. Guérison fonctionnelle depuis 2 ans. — MM. **A. Weiss** et **J. Warter** rapportent l'observation d'une mitrale de 47 ans, non basedowienne, thyroïdectomisée en 1942 en raison d'une asystolie irréductible. Etat fonctionnel excellent 2 ans après l'intervention. Les auteurs voient dans l'âge relativement jeune, dans le caractère récent de l'insuffisance cardiaque et dans l'intégrité des complexes ventriculaires les indications opératoires essentielles.

Une pelote humaine. Un curieux cas de collectionnisme chez une débile mentale. — M. **Pierre Doussinet.** Femme de 50 ans, déséquilibrée depuis l'enfance, ayant présenté des fugues et ayant fait des tentatives de suicide. Elle souffre de crises anxieuses qu'elle arrête à coup sûr en presque en introduisant sous sa peau une ou plusieurs aiguilles ou épingles ; plus de 150 ont été introduites ainsi ; 130 sont encore repérées par la radiographie (spécialement sein gauche, avant-bras et jambe gauches) ; en 10 ans plusieurs dizaines d'aiguilles ont été extériorisées spontanément ou artificiellement.

GERMAIN PETIT.

SOCIÉTÉ D'OTO-NEURO-OPHTALMOLOGIE DE TOULOUSE

20 Novembre.

Maladie de Recklinghausen et tumeur orbitaire, puis endocranienne. — MM. **Calmettes, Deodati** et **Tabarly.** Une enfant de 4 ans, atteinte de maladie de Recklinghausen, a présenté une tumeur de l'orbite qui a régressé par la radiothérapie ; puis, 5 ans après, une tumeur endocranienne de l'étage moyen. Le nerf optique a été atteint dès la première localisation. Lors de la seconde, on a constaté des trous optiques normaux, mais un agrandissement de la selle turcique avec ébauche de l'aspect en gourde décrit par Cushing pour les gliomes du chiasma. Il n'y a cependant pas de troubles hémianopsiques.

Les auteurs concluent à une tumeur du nerf optique orbitaire, puis endocranien, en raison des signes cliniques et radiologiques.

Une singulière forme de tétanos : le trismus récidivant. — MM. **Riser, Gayral** et Mlle **Lavitry.** Tétanos confirmé, sans porte d'entrée décelable, se manifestant à 2 et 3 mois d'intervalle par un trismus isolé, puis quelques signes minimes de contracture des membres supérieurs. Guérison par sérothérapie massive et anatoxine.

Artério-sclérose cérébrale des jeunes. — MM. **Riser, Dardenne** et Mlle **Lavitry.**

Gomme syphilitique de la queue de cheval. — MM. **Bazex, Garric** et **Gayral.**

PETITES CLINIQUES DE "LA PRESSE MÉDICALE"

N° 669.

Un mystère dévoilé

Par Louis Ramond.

Le 13 Novembre 1944 je reçois la visite d'un jeune homme que m'adresse de province son médecin en raison d'une fièvre qui persiste depuis trois mois et demi, avec grave atteinte progressive de l'état général. Cette pyrexie a paru, à un moment donné, pouvoir être attribuée à une infection rénale à cause des douleurs lombaires gauches, assez vagues d'ailleurs, dont elle s'accompagnait et surtout à cause de l'évacuation soudaine, mais éphémère, d'urines fortement troubles et manifestement purulentes d'après un laboratoire local. Cependant un examen complet de l'appareil urinaire — cystoscopie, cathétérisme des uretères, examen des urines après leur séparation, urétéro-pyélographie rétrograde — pratiqué à l'hôpital régional a montré l'intégrité complète des reins, des bassinets et de la vessie. Et la fièvre persiste! Son origine reste un mystère. On me demande de l'éclaircir. Essayons.

M. Jean N.... — le prévenu! — introduit dans mon cabinet avec sa mère qui l'accompagne, ne paye vraiment pas de mine. De grande taille, il est très amaigri, pâle et paraît très fatigué. Prié de me raconter l'HISTOIRE DE SA MALADIE, voici ce qu'il m'apprend :

Agé de 18 ans, très vigoureux et jamais souffrant, il est employé de chemins de fer et il est occupé à des travaux de force qu'il exécutait avec la plus grande facilité jusqu'au *28 Juillet dernier*, date à laquelle il fait remonter le début de ses troubles. Depuis ce jour il est resté à la chambre en proie à des courbatures généralisées, à une très grande asthénie et à une forte fièvre, et, pour bien prouver ses dires, il m'exhibe 4 pages 1/2 de cahier de copies sur lesquelles sont notées ses températures du *28 Juillet au 12 Novembre*. Il s'agit d'une fièvre à grandes oscillations, à maximum vespéral, qui a évolué par poussées atteignant, pendant quelques jours 40° le soir, tandis qu'à d'autres périodes — notamment du *18 au 30 Septembre* — elle n'a pas dépassé 37°8 le soir. Actuellement elle se maintient autour de 38° le matin, 39°5 le soir. Cet état fébrile s'accompagne d'une grande fatigue générale, de courbatures et en particulier de douleurs lombaires gauches qui, plus ou moins marquées suivant les époques, ont toujours existé depuis l'origine de la maladie.

Sur les raisons qui ont motivé son envoi à l'hôpital pour examen complet des voies urinaires, il me donne les explications suivantes : Un beau jour — *vers le 10 Août* — il s'est aperçu que ses urines étaient extrêmement troubles : « comme si quelque chose avait crevé! » Et cependant il n'y avait ni pollakiurie, ni dysurie. Un examen de laboratoire a conclu à la présence effective de pus dans ces urines. C'est ce qui a déterminé son médecin à le faire examiner à la ville voisine par un urologue qui a conclu à l'intégrité complète des voies urinaires.

Au début d'Octobre, la recrudescence du point du côté gauche, son exagération lors des fortes inspirations et un certain degré d'oppression ont fait craindre que la tuberculose pulmonaire ne fut la cause de ce syndrome infectieux cryptogénétique, bien que ce cheminot ne toussât pas et que ses antécédents personnels et héréditaires fussent excellents (ses père et mère et ses deux frères sont en parfaite santé). Une radiographie du thorax a montré que ses deux poumons et ses plèvres sont absolument normaux.

Aussi l'on se demande quelle peut bien être la cause de cet état infectieux persistant qui entraîne peu à peu ce jeune homme vers la cachexie en dépit des remèdes désinfectants ou remontants qu'on ne lui ménage pas!

Eh bien! cette histoire me paraît suffisamment suggestive pour orienter le DIAGNOSTIC vers l'idée d'un PHLEGMON PÉRINÉPHRÉTIQUE, ou tout au moins de son stade préliminaire d'ABCÈS CORTICAUX RÉNAUX. En effet, est-ce que je n'y trouve pas la fameuse *triade symptomatique révélatrice* : 1° la fièvre, traduisant l'infection; 2° les douleurs lombaires unilatérales, situant la maladie au niveau du rein; 3° enfin, l'absence de modification des urines indiquant que c'est autour du rein et non dans le bassinet que se trouve le foyer infectieux?

Mais pour confirmer ce soupçon il me manque un élément anamnestique de grande valeur — *une infection staphylococcique antécédente* — que ni le médecin ni le malade ne m'ont signalé. Je demande donc à mon client s'il n'a pas eu des furoncles, un anthrax, un panaris, ou une plaie quelconque infectée avant de tomber malade *le 28 Juillet*, et c'est sans étonnement que j'apprends qu'il a eu quelques furoncles au bras gauche et un gros anthrax à l'épaule gauche dans *les premiers jours du mois de Juillet*. Traité par des pulvérisations locales, il en a été guéri en une quinzaine de jours.

Dès ce moment le diagnostic de suppuration périrénale ou cortico-rénale ne fait plus de doute pour moi et l'EXAMEN PHYSIQUE que je vais maintenant pratiquer me paraît presque superflu. Il ne peut me fournir que des renseignements de second ordre.

A l'inspection je trouve sur l'épaule et sur le bras gauches des cicatrices, séquelles de la furonculose antérieure. Par contre, la région lombaire gauche, vers laquelle mon attention est tout particulièrement attirée, est tout à fait normale, sans voussure et sans œdème. Au palper je ne sens aucune contracture de défense dans l'angle costo-lombaire entre le bord inférieur de la 12e côte et le bord externe des masses musculaires sacro-lombaires. Je n'arrive pas à palper le rein gauche; mais cette exploration provoque un peu de douleur, tandis qu'au niveau du rein droit elle est tout à fait indolore.

Par ailleurs, l'examen somatique complet est entièrement négatif : cœur, poumons, foie, rate, abdomen, intestins... sont normaux. Il n'y a pas de ganglions tuméfiés dans les aisselles, au cou ni dans les aines. La pression artérielle est à 12×8 au Vaquez.

Cet examen clinique, très pauvre en renseignements, a pourtant l'avantage de me permettre d'éliminer un certain nombre d'affections susceptibles de provoquer un état fébrile continu avec asthénie et amaigrissement : la *tuberculose pulmonaire*, *l'endocardite aiguë à marche lente* ou *maladie d'Osler*, *la maladie de Hodgkin*, *la leucémie myéloïde* ou *lymphoïde*..., toutes ces affections se révélant par des manifestations viscérales propres à chacune d'elles et qui font défaut ici.

La douleur au rein gauche permet de localiser l'infection au niveau de cet organe, tandis que l'absence complète de modification des urines — (à part la pyurie d'un jour) — me fait écarter toute possibilité d'une des nombreuses maladies infectieuses rénales capables d'engendrer de la fièvre, des douleurs lombaires et une hypertrophie douloureuse des reins telles que : une *néphrite aiguë*, une *pyélonéphrite à colibacilles*, une *lithiase rénale infectée*, une *tuberculose rénale*.

Il ne peut donc s'agir que d'une suppuration localisée autour du rein ou dans le rein lui-même en dehors des voies d'excrétion urinaire, et, vu l'absence de signes de collection purulente autour du rein (il n'y a ni œdème, ni voussure de la région lombaire; il n'existe pas d'empâtement de consistance rénitente et très douloureux au niveau des lombes), je puis conclure que j'ai affaire à ce que l'on considérait autrefois comme *l'inflammation simple présuppurative* de l'atmosphère cellulo-adipeuse périrénale et que l'on sait aujourd'hui être des ABCÈS CORTICAUX DU REIN — des « furoncles du rein » — susceptibles de s'ouvrir dans la capsule adipeuse du rein pour donner naissance à un *phlegmon périnéphrétique*, mais capables aussi de se vider dans le bassinet, comme cela s'est produit sans doute chez mon malade le 10 Août.

Cette conclusion je puis la fortifier encore en demandant AUX RAYONS X et à l'HÉMATOLOGIE des renseignements complémentaires.

Je fais donc entrer Jean N... dans mon service hospitalier et dès le lendemain je l'examine à l'écran radioscopique pour rechercher chez lui le *signe de Chevassu* : la parésie de l'hémidiaphragme du côté malade par suite d'une légère réaction périrénale supérieure. Ce symptôme manque : les deux hémidiaphragmes sont aussi mobiles l'un que l'autre.

Mais un EXAMEN DE SANG — numération et formule leucocytaire — est beaucoup plus instructif. Il révèle l'existence d'une hyperleucocytose polynucléaire qui permet d'affirmer une suppuration profonde : il y a 12.400 globules blancs et 84 pour 100 de polynucléaires neutrophiles.

Finalement il ne fait aucun doute que cette fièvre mystérieuse ne soit sous la dépendance de multiples abcès à staphylocoques localisés dans la substance corticale du rein gauche.

Il s'agit là d'une maladie sérieuse. Abandonnés à eux-mêmes ces abcès corticaux rénaux peuvent durer des mois et entraîner une asthénie, un amaigrissement et une anémie considérables. Ils peuvent entraîner la mort par cachexie progressive ou à la suite d'une complication infectieuse surajoutée (pleurésie, péritonite, phlébite, congestion pulmonaire... et surtout abcès staphylococciques métastatiques en divers points de l'organisme : sous la peau, dans les articulations, dans le cerveau...) Ils aboutissent souvent à la constitution d'un phlegmon périnéphrétique qui réclame une intervention chirurgicale. C'est exceptionnel qu'ils guérissent spontanément. Le PRONOSTIC doit donc être réservé.

Il peut fort heureusement être amélioré par le TRAITEMENT.

J'ai le choix entre la chirurgie et la médecine. Pour le moment, chez ce jeune homme encore résistant et qui n'a pas été soumis jusqu'ici à une médication antistaphylococcique, j'opte pour le traitement médical.

Ce n'est qu'après échec de celui-ci que je confierai mon client au chirurgien qui lui fera suivant les circonstances : *l'incision d'un phlegmon périnéphrétique secondaire; l'incision et le drainage des abcès corticaux rénaux*, s'ils sont gros et peu nombreux : une *néphrectomie*, s'il s'agit d'abcès multiples du cortex rénal.

La thérapeutique médicale m'offre trois médicaments : la *pénicilline*, qui n'est pas encore utilisable en pratique civile, le *zinc-stovarsol* à la dose de 3 comprimés à 0 *g*. 25 par jour pendant une semaine, enfin *les sulfamides*.

Je choisis ces derniers. A partir du 14 Novembre j'ordonne de la *fontamide* à la dose de 12 *g*. par jour pour commencer, associée à XV gouttes quotidiennes de *lugol* en solution forte (iode : 2 *g*. iodure de potassium : 4 *g*., eau distillée : 20 *g*.) J'ajoute à cette médication des injections sous cutanées quotidiennes de *soluseptazine* à partir du 23 Novembre.

Sous l'influence de cette sulfamidothérapie intensive, admirablement supportée, la température tombe en lysis à la normale. Elle est à 36°5 le matin, 37° le soir le 2 Décembre. Elle reste définitivement à ce chiffre. Les douleurs lombaires ont cessé. La leucocytose polynucléaire a disparu. La guérison est complète. Elle a été obtenue en vingt-six jours pendant lesquels le malade a reçu oralement ou par voie parentérale au total 208 *g*. de sulfamides.

CHRONIQUES
VARIÉTÉS • INFORMATIONS

Captage gallo-romain du Puits Chomel

Au cours de travaux de nettoyage et de protection que M. Baugnies, Administrateur général, et M. Brian, Directeur de la Compagnie Fermière, faisaient exécuter autour de la « Lanterne » [1] de la Source Chomel, on est tombé sur un puits



Fig. 1. — *Coffrage du puits gallo-romain.*
En haut, les planches de chêne ont été enlevées et on distingue les empreintes qu'elles ont laissées dans le ciment romain.
En bas, on aperçoit le début de la cavité naturelle qu'on est en train de vider des matériaux de démolition.

bétonné, de forme octogonale, que j'ai pu dater de l'époque gallo-romaine [2], grâce à la composition du ciment à tuileaux.

C'est au nord-est de la Lanterne, au droit du trottoir est de l'avenue Thermale, qu'on a rencontré, à 3 *m*. 50 au-dessous du dallage actuel du Palais des Sources, un robuste coffrage de 1 *m*. 60 de côté, fait de planches de chêne renforcées aux angles par de gros madriers.

Ce coffrage était plein de déblais de démolition, agglomérés par les dépôts calcaires de l'eau minérale, dans lesquels on a trouvé de nombreux objets gallo-romains [3] : fragments de colonne d'ordre toscan, débris de poterie rouge, tuyaux de céramique vernissés à l'intérieur, tuiles à rebords, etc.

Le bâti en bois est ceinturé extérieurement d'un épais massif de béton fait de chaux, de gravier et de tuileaux, selon le mode romain, construit pour protéger le puits et non la Lanterne comme l'avait cru M. François. Cet ingénieur avait été trompé par le fait qu'à la suite de l'érosion des marnes sous-jacentes par l'eau minérale, toute une portion de cette ceinture bétonnée s'était affaissée dans la Lanterne.

Après cet effondrement une partie du puits de captage se trouva secondairement en communication avec l'extérieur par l'intermédiaire de la Lanterne. Vers 8 *m*. 50 de profondeur, on a pu constater, en effet, l'existence d'une sorte d'ancien tunnel en plan incliné, fait de couches stratifiées de travertin, reliant le puits à la cavité de la Lanterne. Cette disposition explique la trouvaille au-dessous de ce niveau d'objets d'époques plus récentes [4], alors que dans les couches supérieures on rencontrait uniquement des objets gallo-romains.

Beaucoup plus profondément, à partir de 12 *m*. 50 environ, les déblais concrétionnés livrèrent en outre différents objets d'époque celtique, dont une écuelle en bois et un important fragment de coupe en céramique grossière, présentant un bec simplement obtenu par le pincement de l'argile entre deux doigts, comme à l'époque néolithique. Ces deux dernières trouvailles établissent que nos ancêtres utilisaient l'eau de Chomel en boisson bien avant l'arrivée des Romains.

*
* *

A mesure que l'on déblayait le puits de captage, on voyait l'eau minérale sourdre du fond en quantité de plus en plus grande. Lorsqu'on arriva à 7 *m*. 80 de profondeur la Lanterne, dont le niveau d'eau s'était toujours équilibré avec celui du puits, se trouva asséchée. En effet, à cet étage, elle communiquait, par son extrême pointe, avec le puits de captage, grâce à un orifice de 0 *m*. 50 de diamètre environ.

La source de la Grande-Grille diminuait aussi progressivement mais de façon moindre, car elle est branchée sur le griffon commun, beaucoup plus profondément. Toutefois pour maintenir le service de la buvette on dut abaisser le niveau de son point de captage et élever l'eau à l'aide d'une pompe électrique.

Enfin, on nota, au cours des travaux, que l'eau arrivant au fond du coffrage avait 2° de plus que celle de la Lanterne du Puits Chomel.

*
* *

Ces différentes constatations permettent d'arriver aux conclusions suivantes :

1° Le coffrage octogonal, entouré d'un épais massif de béton à tuileaux, constitue le puits de captage que les Romains avaient établi sur le griffon de Chomel.

2° La cavité de la Lanterne est de formation secondaire et relativement récente. Ce furent les Barbares qui, en comblant le puits de captage, à la fin du III[e] siècle, obligèrent le griffon de Chomel à se frayer un passage dans les marnes tertiaires situées à l'ouest, et à y creuser la vaste cavité de la Lanterne où l'eau minérale se trouvait au contact de l'air avant d'arriver à la buvette.

3° Le jaillissement de la Grande-Grille n'est peut-être également qu'une résultante du comblement du puits de captage gallo-romain. L'expansion de l'eau et de l'acide carbonique à l'air libre étant ainsi arrêtée, l'augmentation de pression centrale a pu faire sourdre à l'est ce nouveau filon profondément branché. Le diamètre réduit de la cheminée de la Grande-Grille et la faible épaisseur de ses parois, constituées par des dépôts calcaires successifs, semblent bien indiquer que ce griffon est relativement récent.

Quoi qu'il en soit — et eût-elle antérieurement existé — la Grande-Grille ne devait pas jaillir tant que le puits de captage de Chomel fonctionnant normalement assurait la diminution de pression sur le filon central. Et même si elle jaillissait avant tous travaux, elle devait s'écouler simplement dans la nappe d'eau commune [5]. Si bien que les Romains en établissant leurs travaux de captage à l'endroit du plus fort bouillonnement n'avaient pas dû se rendre compte de l'existence de cette

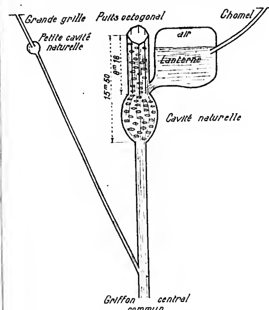


Fig. 2. — *Disposition schématique de l'ensemble, autour du puits de captage gallo-romain.*

source. C'est ce qui explique qu'on n'ait jamais trouvé le moindre vestige antique auprès de la Grande-Grille.

4° Il est certain cependant que l'eau qui jaillissait en abondance dans le puits de captage gallo-romain était beaucoup plus proche de celle de la Grande-Grille actuelle que de celle de Chomel qui, en somme, n'a pris son entité que par son séjour artificiel dans la Lanterne où elle était au contact de l'air. Elle devait au temps des Romains posséder, comme la Grande-Grille actuellement, à un degré plus élevé, ce que MM. Lescœur et Glénard appellent le « potentiel d'oxydo-réduction » [6] qui ouvre un chapitre nouveau dans l'histoire de la vie mystérieuse des eaux de Vichy à la source.

*
* *

On peut maintenant se demander pourquoi les Romains, après avoir établi un coffrage aussi soi-

1. On nomme ainsi la cavité souterraine où séjournait l'eau du Puits Chomel avant d'être amenée à la buvette, à l'aide d'une pompe électrique.
2. A. Morlet : Captage des sources aux *Aquis calidis*. *Vichy Médical*, Septembre 1941. — A. Morlet : Captage gallo-romain unique du Puits Chomel et de la Grande-Grille, *Centre Médical*, Septembre-Octobre 1941.
3. On a également exhumé divers ossements de la série animale et deux fragments d'os humains. Ce remplissage datait, en grande partie, de l'époque de la destruction des Thermes par les Barbares à la fin du III[e] siècle.
4. Ce sont des objets d'époques mérovingienne et franque, et peut-être même de date plus récente : paire de ciseaux, couteaux, fers à cheval, bêche, céramique à vernis gris argenté, pied de verre, serrures, etc.
5. Cet état de choses primitif possible se reproduisit d'ailleurs après les invasions. Mallat et Cornillon nous disent, en effet, que « jusqu'en 1675, l'histoire du Puits Chomel se confond avec celle de la Grande-Grille ».
6. Si après avoir restauré le captage gallo-romain, la Compagnie Fermière veut donner aux malades une eau identique à celle de la source Chomel des années passées, il lui faudra reproduire ce que le griffon avait constitué lui-même avec la Lanterne, c'est-à-dire construire un réservoir où l'eau se transformera au contact de l'oxygène de l'air ; car peu de personnes auraient la patience d'agiter l'eau dans leur verre pour l'aérer, jour après jour, tout au long de la cure.

gné et l'avoir ceinturé d'une épaisse couche de béton, ne complétèrent pas leurs travaux en construisant, comme à la source de l'Hôpital, un mur intérieur fait de gros blocs de pierre taillée [7]. Ils en furent vraisemblablement empêchés par l'afflux considérable de l'eau qui dut inonder le puits. En effet, bien que les Romains connussent les pompes aspirantes et foulantes, comme nous l'ont appris les trouvailles d'Ehl, l'antique Helvetus, la puissance de leurs machines ne put sans doute pas égaler le gros débit du geyser sur lequel ils étaient tombés.

D'après un sondage au trépan effectué sur un côté du coffrage, en plein massif de béton, ce dernier ne descendait qu'à une profondeur de 8 *m.* 16. Les Romains avaient donc construit leur puits au-dessus d'une excavation naturelle existant à ce niveau [8] : en effet, des déblais de démolition ont été rencontrés jusqu'à 15 *m.* 50, donc à plus de 7 *m.* au-dessous des murs de béton. A partir de là, apparaît le travertin naturel à grandes alvéoles.

Quoi qu'il en soit, grâce à ce puits et à sa ceinture de ciment, les Romains se trouvèrent avoir réalisé ce que la nature édifie avec ses dépôts calcaires : une cheminée de jaillissement dont les couches d'aragonite laissées par l'eau sur le coffrage vinrent parfaire l'étanchéité.

Comme à la source de l'Hôpital, sa margelle devait supporter une vasque dont on a retrouvé un élément au fond des déblais de remplissage. Ce bloc de pierre présente une gorge concave de 12 *cm.*, formant cuvette, et un piquetage destiné à assurer l'adhérence d'un revêtement de marbre dont on a retiré de nombreux fragments. Cet ensemble, relevant de l'indestructible *opus cœmenticium* romain, se serait à coup sûr conservé jusqu'à nous sans la démolition des Thermes par les Barbares [9].

A. Morlet (Vichy).

7. A. Morlet : Captage gallo-romain de la Source de l'Hôpital. *La Presse Médicale*, 14 Août 1943. — A. Morlet : Découverte d'un captage gallo-romain à la Source de l'Hôpital. *Annales de l'Institut d'Hydrologie*, Juillet-Septembre 1943.

8. On peut également émettre l'hypothèse, moins plausible, que les Romains aient continué de creuser dans le travertin sans construire de murs dans la partie la plus profonde.

9. A. Morlet : Les Thermes des *Aquis calidis*. *Vichy Médical*, Août 1941.

Fernand Arloing

(1876-1944)

En Septembre de l'an dernier, tandis que Lyon célébrait sa libération sur ses quais dévastés, Fernand Arloing s'éteignait après avoir eu cette dernière joie.

Depuis plusieurs mois, ses intimes avaient gravi avec lui le calvaire de sa dernière maladie, sans savoir s'il avait ou non fait son diagnostic et son pronostic, car pour rien au monde il n'aurait voulu créer de la gêne et de l'inquiétude autour de lui. Il avait en effet hérité de son père S. Arloing, avec le goût de la recherche scientifique, une sorte de distinction native qui n'avait rien d'artificiel ni d'affété. Pareil don s'accompagnait d'une culture générale très complète, puisée non seulement dans les livres mais en de nombreux voyages. Enthousiaste, il aimait à ressentir le frisson délicieux au contact de l'œuvre d'art, à parcourir les terres nouvelles et à s'extérioriser vers tout ce qu'il aimait. Aussi fut-il entièrement dévoué aussi bien à ses maîtres que plus tard à ses élèves; aussi s'adonna-t-il à ce penchant qu'a le médecin pour le malade, penchant fait de pitié pour la souffrance et de joie pour la soulager.

C'est avant tout en médecin qu'il faisait son enseignement de médecine expérimentale et de bactériologie, s'efforçant d'établir un trait d'union entre la pathologie et la physiologie pathologique pour mieux faire comprendre aux jeunes intelligences le mécanisme des processus morbides. Il fut l'élève préféré de J. Teissier et lui resta fidèlement attaché. Il travailla auprès de Chauveau, de S. Arloing, de Jules et Paul Courmont. Je ne veux pas énumérer toutes les étapes de sa carrière scientifique. Nommé en 1919 professeur de médecine expérimentale et de bactériologie, il fut secrétaire de l'association des médecins de langue française depuis 1920, membre d'un grand nombre de sociétés médicales françaises et étrangères et titulaire de nombreuses distinctions.

*
* *

Les principales recherches scientifiques dirigées par lui concernèrent successivement l'anaphylaxie, la tuberculose et le cancer.

Avec Langeron, il s'intéressa à la question des anaphylaxies digestives; ils étudièrent quel était le pouvoir sensibilisant et déchaînant de diverses protéines et de leurs produits de dégradation par digestion artificielle. Ils virent que l'administration prolongée de protéines remplaçait l'hypersensibilité par un état d'immunité.

Avec Dufourt et Langeron, avec Thévenot, il se servit du choc pour traiter des animaux inoculés par divers microbes et réussit à atténuer ces infections : c'est ainsi que les données de la médecine expérimentale venaient rejoindre celles de la médecine clinique, pour démontrer l'utilité de ce que Soulier appelait « la médication propulsive ».

La deuxième partie de sa vie scientifique fut surtout consacrée à la tuberculose; parmi de nombreuses recherches, il convient de réserver la première place aux travaux qu'il consacra avec Dufourt à l'ultravirus tuberculeux. Arloing et Dufourt eurent le mérite, non seulement de décrire quel était l'effet biologique de l'ultravirus, mais de préciser d'emblée avec exactitude comment il fallait concevoir cette nouvelle notion. Ils montrèrent que la forme dite filtrable du virus tuberculeux ne se comportait pas comme les véritables ultravirus intracellulaires auxquels elle n'était assimilée que par un abus de langage.

En réalité, les éléments qui se détachent du bacille pour traverser les bougies filtrantes sont capables de reconstituer les éléments bacillaires quand on les cultive ou quand on les inocule; ces éléments n'ont plus les caractères du bacille dont ils proviennent; ils sont essentiellement labiles : leurs cultures sur milieu de Löwenstein sont minuscules et fragiles; leur inoculation au cobaye détermine l'atteinte primitive des ganglions trachéobronchiques, maladie tuberculeuse expérimentale cachectisante, inconnue jusqu'alors, essentiellement différente de l'infection tuberculeuse classique, à la fois par ses lésions, par ses symptômes et par sa fréquente bénignité. Ces éléments sont capables de traverser le filtre placentaire et d'envahir l'organisme fœtal, ainsi qu'Arloing et Dufourt ont pu l'établir expérimentalement, et sans doute en résulte-t-il assez souvent un état de dénutrition passager chez le nouveau-né de mère tuberculeuse. Mais il s'agit là d'une infection entièrement distincte de la véritable tuberculose congénitale, maladie rare et dont on compte les observations publiées jusqu'à ce jour.

A côté de ces travaux prennent place d'autres études faites également par Arloing et Dufourt sur la bacillémie tuberculeuse, sa recherche par cultures sur milieu de Löwenstein, la signification des macro- et des micro-cultures, les essais de culture du bacille de Koch sur milieux pauvres, l'obtention de formes mycéliennes ramifiées, des expériences sur le phénomène de Koch intrapulmonaire et sur le rôle de la réinfection dans la production des lésions tuberculeuses des poumons; enfin, avec Dufourt et Demonfaucon, des recherches sur la fixation et l'élimination médicamenteuses au cours de la chrysothérapie.

En collaboration avec Thévenot, Fernand Arloing étudia le phénomène de Koch par réinoculation dans les séreuses, la résistance du rein à l'infection tuberculeuse expérimentale du cobaye, ainsi que l'influence des extraits de cet organe sur les cultures du bacille de Koch.

Avec Thévenot et Viallier, il étudia les types S. et R. des bacilles tuberculeux humains et bovins, l'influence des extraits d'organes sur les cultures homogènes.

L'étude du cancer expérimental et l'observation clinique des cancers humains au Centre anticancéreux retint la majeure partie de son activité depui une dizaine d'années en collaboration avec A. More et A. Josserand. Ils constatèrent expérimentalemen sur une souche d'épithélioma de la souris blanch un effet frénateur des protéines surrénaliennes, pré cipitées soit par les acides dilués soit par le chlo rure ferrique. Ils se demandèrent alors si, dans ce dernier cas un certain rôle n'était pas dévolu à la combinaison du fer avec l'acide ascorbique, qu existe en abondance dans les capsules surrénales

Ces études furent continuées sur une souche d tumeur testiculaire métastatique du lapin, afin d pouvoir faire aisément des injections intravei neuses. Il fut alors possible de voir que dans ce conditions l'ascorbate de soude jouait un rôle favo risant sur la dissémination métastatique, en parti culier dans le foie et le rein où l'on assistait à la production d'un semis néoplasique rappelant un granulie. Par contre, le même corps oxydé pui combiné au fer ferrique perdait ce pouvoir favori sant qui s'inversait dans une certaine mesure, ralen tissant l'évolution des lésions et permettant la survi d'un plus grand nombre d'animaux. Cette actio paraissait principalement due à la désinfiltratio diminuant l'œdème des cordons consécutif à la greffe testiculaire. Adaptée à la clinique, cette thé rapeutique permit en effet d'obtenir une désinfil tration des lésions et très fréquemment une actio antalgique sans que l'on pût affirmer qu'il existâ un effet cellulicide; pourtant, une lyse partielle de cellules-filles du néoplasme était probable en raiso de l'augmentation des polypeptides sériques fré quemment constatée à la suite du traitement. Cett action désinfiltrante fut employée à titre palliati et pré-opératoire, en particulier pour les cancer digestifs.

D'autre part, ces recherches permirent de jete une lumière nouvelle sur les œdèmes périnéopla siques qui jouent un rôle important pour favorise la propagation métastatique du cancer.

Cette désinfiltration périfocale a pu donner de résultats heureux en dehors du cancer, vis-à-vi des ulcères calleux gastriques et de certains rhuma tismes chroniques.

En collaboration avec J. Lépine, A. Morel et A Josserand, Fernand Arloing fit des essais satis faisants pour traiter la sclérose en plaques par de dérivés ferriques de l'acide ascorbique oxydé où l sodium était remplacé par le magnésium.

Je ne ferai que mentionner les principales re cherches auxquelles Arloing participa dans les au tres domaines de la pathologie expérimentale. E partant d'un antigène obtenu par bactériophagie, i prépara avec Josserand un sérum antiendotoxiqu contre le bacille typhique; d'autre part, il étudi avec lui une nouvelle forme d'épilepsie expérimen tale en montrant que l'on reproduisait chez l cobaye des crises comitiales par réinoculation intra dermique d'une très faible dose de toxine diphté rique, un mois après l'injection sous-dure-mérienn de ce produit.

Avec Josserand et Levrat, il étudia sur le lapi l'action cardio-rénale d'un dérivé ferrique d l'adrénaline.

Il apporta avec Thévenot une contribution à l'étude de l'athérome adrénalinique expérimenta et il précisa avec Dufourt et P.-E. Martin quelle étaient les variations du pouvoir vaccinant de protéines microbiennes suivant leur état de dégra dation.

Enfin, au cours de ces dernières années, il s'inté ressa avec Viallier à l'étude des granulations toxi ques leucocytaires, aux ponctions sternales et à l médullo-culture.

*
* *

Je ne veux pas pousser plus loin cette énuméra tion qui restera incomplète; notre maître tra vailla beaucoup et s'efforça sincèrement de bien faire. Maintenant il nous a quittés pour l'autre rive en dehors de l'espace et du temps, là où tout doi disparaître, y compris même le souvenir que nous laissons de nous : tout, sauf la qualité des âmes Mais Arloing a pu mourir dans la sérénité, car i a certainement contribué à soulager la souffrance humaine.

André Josserand.

TERMINOLOGIE MÉDICALE

Du genre du mot « sulfamide »

Pour en terminer avec la question de « Terminologie médicale » posée dans le numéro du 27 Janvier sur le genre du mot « Sulfamide », nous publions deux réponses qui nous ont été adressées :

Votre dernier numéro de *La Presse Médicale* (27 Janvier 1945, 54) pose un problème de terminologie ; je ne crois pas que la question soit assez grave pour sacrifier à l'heure actuelle quelques lignes d'une publication scientifique, mais une solution étant demandée aux chimistes, je vous propose une mise au point.

Ce n'est point par inadvertance et surtout par la déformation du terme sulfamidé que le genre masculin a été adopté pour le mot sulfamide. Les chimistes qui prêtent attention à leur texte ont délibérément pris position alors que le genre du mot amide est resté longtemps indécis. Ils ont eu deux motifs. Quand le genre d'un mot n'est pas consacré par un long usage il faut tenir compte de la désinence ; or tous les noms chimiques terminés en ide (suffixe évoquant l'origine ou l'analogie) sont incontestablement du masculin, les plus récents (glucide, saccharide, peptide, protide, lipide, phosphatide, ozonide, glycide, etc.) comme les plus anciens (acide, oxide, qu'on écrit aujourd'hui oxyde) ; la plupart des mots français ayant la même désinence sont aussi masculins quand l'étymologie ne s'y oppose pas ; le cas du suffixe oïde est différent. Le second motif est d'ordre pratique ; on ne distingue bien oralement amine et amide qu'à l'aide du genre : un amide, une amine. Si l'on veut se référer à une autorité indiscutable, il faut consulter Littré ; on y trouve : amide, *s. f.* et mieux s. m. ; Littré propose de nombreux substantifs masculins en ide : carbonide, iodide qui n'ont pas été adoptés en français, et quand tous les chimistes croient pouvoir dire réaction de la murexide, il rectifie murexide, subs. masc.

Etendre systématiquement le genre masculin de sulfamide à tous les noms chimiques équivalents est une erreur ; le genre est imposé par le dernier mot ; les synonymes n'ont pas nécessairement un genre unique (charge et fardeau).

R. Charonnat,
Directeur de la Pharmacie centrale des Hôpitaux de Paris,
Professeur de Chimie à la Faculté de Pharmacie de Paris.

*
* *

Je lis dans *La Presse Médicale* du 27 Janvier 1945 « Terminologie médicale », une lettre d'un confrère à propos du genre masculin ou féminin attribué au « Sulfamide ».

Chimiquement, le mot autonome « Sulfamide » n'existe pas. Sulfamide est en effet une fonction rattachée à un noyau cyclique ou hétérocyclique.

De même qu'il existe un Benzène chloré, il existe un Benzène para-aminosulfamidé que nous avons coutume d'appeler le Para-aminobenzènesulfamide (ou 1162 F). Quand le noyau porte un nom féminin, le corps a le même genre, exemple : la Sulfamidopyridine.

Daniel Reulos,
Assistant à la Faculté des Sciences de Paris.

Correspondance

Le traitement des ulcères de la cornée par l'action combinée de l'injection rétro-bulbaire de novocaïne et de l'application de teinture d'iode.

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt dans *La Presse Médicale*, 13 Janvier 1945, n° 2, l'article de M. Van Lint, ayant moi-même, depuis plusieurs années, employé la méthode dans le traitement des ulcères graves à hypopion de la cornée, avec des résultats particulièrement satisfaisants. J'employais, au lieu de novocaïne, une solution de scurocaïne adrénaline (4 pour 100) ; depuis un an, je fais usage de scurocaïne adrénaline alcool (1 cm^3 d'alcool à 95°, scurocaïne : 2 cm^3), en remplaçant la teinture d'iode — depuis sa pénurie — par une solution alcoolique de bleu de méthylène ou de fuchsine (alcool : 10 cm^3, colorant : 1 *g.*) avec les mêmes résultats.

Je crois que l'injection rétro-bulbaire joue le rôle principal, sinon exclusif, en produisant l'anesthésie du globe, de la mydriase et surtout une hypotonie notable qui permet, probablement, le remplacement de l'humeur aqueuse première par une H.A. seconde riche en substances albuminoïdes (anticorps) venant imbiber les lames cornéennes.

L'effet le plus remarquable, comme le souligne Van Lint, est la véritable euphorie succédant, très rapidement, souvent en vingt-quatre heures, aux douleurs parfois intolérables et, mieux encore, la reconstitution dans leur presque totale intégrité de transparence, des lames cornéennes, quelle que soit l'étendue des lésions et le microbe en cause.

J'espère pouvoir, sous peu, présenter une étude de cette méthode, de ses résultats satisfaisants.

L. Camuzet (Montpellier).

LA MÉDECINE A TRAVERS LE MONDE

Angleterre.

L'accroissement de la population anglaise, au cours de la présente guerre, est un phénomène démographique exceptionnel. L'excédent des naissances sur les décès, en 1943, pour l'Angleterre et le Pays de Galles, a atteint 181.127, dépassant de 88.036 les excédents moyens constatés de 1937 à 1941. Le taux de natalité, pour la même année, fut de 0,7 pour 1.000, le plus élevé depuis 1928 ; la mortalité infantile fut de 0,2 pour 1.000 plus basse que toutes celles constatées jusqu'ici.

Le « taux effectif de reproduction » tel qu'il est défini par Kuczinski est 1, si le chiffre de la population reste stationnaire. Il fut en 1935, en Angleterre, de 0,75, signifiant s'il devait persister, un abaissement de la population, une réduction des 3/4 de la population dans les générations futures. Ce taux est pour 1943 de 0,903. Par conséquent, la réalisation reproductive anglaise atteint les 9/10 du chiffre de remplacement nécessaire.

Ces résultats satisfaisants sont dus à l'accroissement imposant du nombre des mariages depuis le début de la guerre. La disparition du chômage et les allocations familiales y ont aussi beaucoup contribué.

États-Unis.

La session de l'Association médicale américaine qui s'est tenue en Juin 1944, à Chicago, fut exceptionnellement brillante. Elle réunissait 7.284 congressistes, et fut consacrée en grande partie à l'avenir de la profession médicale, pour laquelle on propose, là-bas comme ici, des réformes radicales. Les bases de tous les projets, ou de toutes les réformes, étaient l'importance de l'éducation du médecin, la répartition la meilleure des meilleurs soins médicaux possibles, leur perfectionnement constant, et une large distribution de ces soins toujours plus satisfaisants à une population toujours plus grande.

Les délégués de l'Etat de Californie se firent remarquer par leur ardeur réformatrice. C'est de cet Etat que partaient généralement, dans le passé, les propositions les plus radicales, c'est-à-dire les plus voisines de la fonctionnarisation de la médecine. Mais, comme à l'accoutumé, la Californie vit ses motions repoussées à une forte majorité.

Le Dr Roger I. Lee fut choisi, par un vote unanime, comme Président de l'année prochaine.

On sait que ces sessions de l'American medical Association ont dans leur programme non seulement les intérêts professionnels, mais aussi l'avancement de la science médicale, et cette branche de leur activité donne lieu à des conférences, à des expositions, à des séances cliniques, à des démonstrations de toutes sortes. Dans la session de 1944, l'assistance à ces travaux dépassa très souvent la capacité des locaux qui leur étaient assignés. Ce succès fut surtout pour les communications relatives à la pénicilline, aux sulfamides, à la fièvre rhumatismale, aux vitamines et à la médecine de guerre. Toutes ces conférences, toutes ces démonstrations, avaient un caractère nettement didactique et pratique.

Des correspondants étrangers assistaient en grand nombre aux conférences relatives à la médecine de guerre. Nous regrettons de ne pouvoir citer, parmi eux, aucun non français.

Avec ces imposantes manifestations annuelles, l'Association américaine peut se vanter de remplir dignement un des articles de son programme : « perfectionner la science médicale et la pratique de la médecine ainsi que l'amélioration constante de la santé publique. »

Ph. D.

INFORMATIONS

CONSEIL SUPÉRIEUR DES MÉDECINS

Élection du Bureau

A la suite de la première assemblée générale du Conseil supérieur, qui s'est tenue les 23, 24 et 25 Février 1945, le Bureau a été ainsi constitué :

Président : Dr Coutela (Paris) ; *Vice-président* : Prof. Rohmer (Strasbourg) et Dr Lefrançois (Le Havre) ; *Secrétaire général* : Dr A. Placeet (Paris) ; *Trésorier* : Dr Duvelleroy (Saint-Denis).

Conseil des Médecins de Seine-et-Oise

Après la réunion de la Commission Paritaire des Assurances Sociales

Le Conseil départemental des Médecins de Seine-et-Oise, dans sa séance du 11 Février 1945 :

Après avoir entendu le compte rendu de son délégué à la réunion de la Commission paritaire des Assurances sociales du 5 Février 1945,

Tout en se déclarant rigoureusement solidaire des décisions que pourront prendre les représentants qualifiés du Corps médical ;

En considérant :

1° Que l'intérêt général des malades et de la Santé publique doit être la préoccupation majeure des médecins.

2° Que l'évolution sociale actuelle exige une organisation générale de la médecine de soins nécessitant une collaboration étroite et loyale des Pouvoirs publics, du Corps médical et des Assurances sociales.

3° Qu'il existe une sorte d'incompréhension et de méfiance réciproques entre les dirigeants des Caisses d'Assurances sociales et les représentants du Corps médical, dues à ce que :

a) Les Caisses reprochent aux médecins d'augmenter exagérément leurs tarifs, alors que ceux-ci ne l'ont été que très progressivement et ont été loin de suivre l'augmentation du coût de la vie et de l'indice salarial.

b) Les médecins craignent que les caisses ne veuillent les asservir et les transformer en simples employés techniques placés sous leur direction, alors que l'indépendance absolue des médecins est indispensable à un exercice normal de la profession ; cette indépendance est, pour les assurés sociaux, une garantie capitale ; le jour où les médecins dépendront des Caisses ou des Pouvoirs publics, ne fût-ce que pour leurs honoraires, ils ne tarderont pas à être sous leur dépendance pour leurs prescriptions thérapeutiques et pour la durée des arrêts du travail, l'indépendance des médecins n'est donc pas un principe égoïste, mais dans l'intérêt général.

Ces points de vue devraient être facilement rapprochés et acceptés.

Le Conseil départemental émet le vœu :

Que disparaisse le plus rapidement possible la méfiance réciproque entre les Assurances sociales et les représentants du Corps médical et que soit étudiée entre eux une vaste réorganisation de la médecine de soins où chacun garde son indépendance et sa liberté.

*
* *

Ayant pris connaissance des propositions faites par les représentants des Caisses à la réunion de la Commission paritaire des Assurances sociales du 5 Février 1945, à l'unanimité, le Conseil départemental prend acte de ce que :

Les Groupements médicaux conserveraient le droit absolu de fixer leur tarif minimum d'honoraires, compte tenu de l'indice salarial, tarif minimum à observer par tous les médecins sous les réserves prévues à l'art. 4 de la convention « Ordre-Caisses ».

Les Caisses, dans un esprit social envers les Assurés, fixent un tarif de remboursement corrélatif.

Les Caisses ont très naturellement besoin, au point de vue financier, d'une certaine stabilité, si difficile que cela puisse être dans les circonstances actuelles.

Les Caisses proposent la création d'une Commission paritaire d'enquête et de conciliation qui connaîtra des dépassements d'honoraires avant toute transmission au Conseil régional.

*
* *

Le Conseil serait tout disposé à discuter, voire à accepter les conditions proposées, mais, du point de vue droit d'une part, le Conseil départemental, organisme provisoire, n'a pas actuellement le pouvoir de prendre une décision qui engagerait tous les médecins du département ; d'autre part, étant à la veille de la reconstitution du syndicat, il ne voudrait pas prendre, vis-à-vis des Caisses, une décision et fixer une date que le syndicat pourrait ne pas approuver, ce qui donnerait aux Caisses une fausse sécurité, créerait ensuite une situation difficile et pourrait être une nouvelle source de conflits que le Corps médical désire éviter.

Le Conseil départemental attire l'attention des Pouvoirs publics et de l'Administration des Caisses sur le fait que l'établissement d'un tarif opposable avant toute discussion avec les syndicats élus créerait dans tout le Corps médical un malaise profond et constituerait un obstacle grave aux désirs réciproques d'entente.

Le Secrétaire général,
Dr A. Rémilly.

Allocation de charbon

aux Médecins phtisiologues de la Seine

Le Comité National de Défense contre la Tuberculose porte à la connaissance des intéressés que sur sa demande M. le Ministre de la Santé Publique a bien voulu intervenir auprès de M. le Directeur des Mines, au Ministère de la Production Industrielle, pour qu'il soit alloué aux médecins phtisiologues de la Seine, pour l'exercice de leur profession, une allocation exceptionnelle de 300 kg de charbon par mois d'hiver. Ce qui a été accordé.

Une mesure analogue avait déjà été prise pour le médecins radiologues.

Université de Paris

Leçon inaugurale (Chaire de technique chirurgicale). — Le Prof. P. Moulonguet fera sa leçon inaugurale le jeudi 8 Mai 1945, à 18 heures, au Grand Amphithéâtre de la Faculté de Médecine.

Il continuera son cours de technique chirurgicale à l'Amphithéâtre Vulpian, à 18 heures, les samedis et mardis suivants.

Sujet du cours : Asepsie, anesthésie et transfusions.

Cours de Pathologie hépatique. — Le Prof. Chanol commencera son cours de Pathologie hépatique le lundi 12 Mars, à 17 heures, au Petit Amphithéâtre de la Faculté de Médecine. Il traitera ce jour-là « De l'esprit physiologique dans l'étude des maladies du foie ».

Universités de Province

Faculté de Médecine de Lyon. — Vacance de chaire. — Par arrêté du 7 Février 1945, *la chaire d'hygiène* (dernier titulaire : M. Rochaix, décédé) est déclarée vacante.

Concours et places vacantes

Union régionale des Assurances sociales (20, rue Victor-Hugo, Rennes). — Un concours sur titres est ouvert pour le recrutement d'un Médecin-Conseil. Candidatures reçues jusqu'au 31 Mars 1945. Pour renseignements, écrire en indiquant âge, titres et références.

Nouvelles diverses

Union Médicale Latine. — Le Conseil d'administration de l'Union Médicale Latine (U.M.F.I.A.) fera célébrer le jeudi 15 Mars, à 10 heures précises, en l'Eglise Espagnole, 51 *bis*, rue de la Pompe, Paris-16e, une messe commémorative à la mémoire de ses regrettés Présidents : les Drs Dartigues, Banzet de Pardenne et le Prof. Cunéo.

Les Membres et Amis de l'U.M.F.I.A. sont invités à assister à cette cérémonie.

Chambre syndicale des Médecins de la Seine. — Conformément à la loi du 21 Mars 1884, un organisme unique de défense professionnelle : « *La Chambre syndicale des Médecins de la Seine* », vient d'être créé, étant donné le retard apporté à la reconstitution des anciens syndicats et devant l'offensive des Assurances sociales.

Les adhésions sont reçues dès maintenant par le Secrétaire général provisoire : Dr Dupas, 99, avenue Ledru-Rollin, Paris-11e ; joindre la somme de 200 fr. à valoir sur la cotisation dont le montant sera fixé par l'Assemblée générale constitutive.

Le Bureau provisoire : Pour Paris : MM. Blanc et Boëlle ; pour la banlieue : MM. Besançon et Fanton d'Andon.

Recensement des laboratoires publics et privés dans le département de la Seine. — Le Ministère de la Santé publique vient de prescrire le recensement de tous les laboratoires publics et privés et une enquête sur le rôle et l'activité de chacun d'eux.

En conséquence, le Préfet de la Seine vient de demander aux Maires de lui fournir, avant le 10 Mars, leur rapport en spécifiant :

Pour les laboratoires publics, leurs noms et adresses, les analyses effectuées, le barème des prix, la proportion entre les analyses payantes et gratuites, le personnel employé, les diplômes et traitements.

Pour les laboratoires privés, ceux qui pourraient faire les mêmes analyses ou certaines d'entre elles avec la même sécurité quant aux résultats.

Un compte administratif de chaque laboratoire sera fourni pour les années de 1938 à 1943 (selon un modèle annexé (Extr. du *Bull. Mun. Off. Paris*, 27 Février 1945).

SERVICE DE SANTE MILITAIRE

Le Service de Santé Militaire a lancé un appel pour satisfaire les besoins des Armées et du Territoire aux Médecins, Pharmaciens et Dentistes de réserve.

Le Directeur du Service de Santé de la région de Paris précise que les intéressés peuvent répondre à cet appel de trois façons différentes :

1° Ceux qui appartiennent aux Cadres des Réserves peuvent être rappelés à l'activité et recevoir une affectation aux Armées ou dans les formations du Territoire.

2° Ceux qui sont rayés des cadres par la limite d'âge de leur grade, peuvent contracter un engagement pour la durée de la guerre, sous réserve de ne pas avoir dépassé de plus d'un an cette limite d'âge. En conséquence, ne peuvent être admis et reçus que : les médecins et pharmaciens colonels n'ayant pas dépassé 61 ans ; les médecins et pharmaciens lieutenants-colonels n'ayant pas dépassé 59 ans ; les médecins et pharmaciens commandants n'ayant pas dépassé 57 ans ; les médecins, pharmaciens et dentistes : capitaines, lieutenants et sous-lieutenants n'ayant pas dépassé 55 ans.

3° Ceux enfin qui ne désirent pas abandonner en totalité leurs occupations, mais qui, désireux de servir, accepteraient de donner quelques heures par jour ou par semaine à l'Armée, peuvent, tout en restant civils, signer une convention avec le Service de Santé pour un emploi déterminé.

Cette convention ne préjuge pas des mesures de mobilisation qui pourraient les toucher ultérieurement.

Tous renseignements complémentaires peuvent être demandés à la Direction du Service de Santé de la région de Paris, 28, avenue de Friedland, Bureau du Personnel Officiers, Paris-8e. Tél. : Wagram 84-40.

Nos Echos

Décès.

— On annonce le décès du docteur André Leuret, chirurgien honoraire de l'Hôpital Saint-Joseph. — Du docteur Jean Bourguignon, ancien interne des Hôpitaux de Paris, assistant de l'Hôpital Saint-Louis. — Du docteur Georgette Bernheim, de Poitiers (7 Février 1945).

— Le docteur H. Bellanger (Paris) a la douleur de faire part du décès de son père, le commandant Bellanger.

— On annonce la mort, à 23 ans, de Mlle Thérèse Tedesco, ingénieur-chimiste, tombée aux mains des Allemands, au cours d'une mission en Haute-Savoie et tuée par eux le 20 Avril 1944, à Barberaz (Savoie). Elle était la fille de Mme le docteur Béatrix Tedesco, de Paris.

— On annonce le décès, à Paris, le 2 Novembre 1944, du Dr Philippe-Aimé Kroun.

— On annonce le décès survenu à Paris, le 30 Janvier 1945, de Mme P.-E. Duchein, femme du docteur P.-E. Duchein, chirurgien de Sedan.

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

AVIS. — Prière de joindre aux réponses un timbre de 2 francs pour transmission des lettres.

Le gérant : F. Thomas.

Imprimé par l'Anc. Imprimerie de la Cour d'Appel, 1, rue Cassette, à Paris (France).

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées aux Périodiques, la Direction scientifique de La Presse Médicale a dû fixer à 4 colonnes maximum l'étendue des mémoires originaux. Tout manuscrit dépassant cette étendue sera retourné à son auteur.

LE TRAITEMENT DES GONOCOCCIES SULFAMIDO-RÉSISTANTES

PAR MM.

Claude HURIEZ, G. PATOIR et **J. LEBORGNE**

(Lille)

Ces dernières années furent celles de la Résistance... même en matière de sulfamidothérapie des gonococcies. Et cependant celles-ci étaient apparues initialement comme une des indications majeures, comme un des triomphes de la chimiothérapie organo-soufrée.

Jusqu'en 1940, en donnant 3-4 *g.* de Dagénan en prises réfractées, la plupart des auteurs enregistraient 85 à 90 pour 100 de guérisons. En 1942, des résultats du même ordre nécessitaient déjà l'administration de 10 *g.* par jour de Thiazomide en traitement minute. En 1943, certains en arrivaient à donner trois jours de suite la dose impressionnante de 14 *g.* de Thiazomide et de 4 *g.* de Soludagénan par vingt-quatre heures.

Cette évolution thérapeutique, cette course à la posologie record cadrait avec la constitution progressive d'une *sulfamido-résistance* croissante des infections gonococciques.

A la consultation de la Clinique urologique de M. le Prof. agrégé Maquet, sur 90 malades examinés, l'un de nous enregistrait 32 pour 100 seulement de guérisons après une seule cure sulfamidée, 30 pour 100 après 2 cures, 30 pour 100 après 3 cures et plus, 8 pour 100 d'échecs complets après plus de six mois de traitement.

La statistique des gonococciques hospitalisés à la Clinique dermato-vénérologique est encore plus éloquente: sur 39 malades, 32 (soit 82 pour 100) représentaient des échecs de la sulfamidothérapie, enregistrés avant ou après hospitalisation. Ces chiffres sont sans doute de nature à exagérer la gravité d'un phénomène qui pour être banal est loin cependant d'être constant et d'atteindre dans la pratique 82 pour 100 des gonococcies. Ce taux anormalement élevé tient à ce qu'il s'agit de malades qui avaient subi dans des consultations de praticiens ou de dispensaires une ou plusieurs cures sulfamidées, avant une hospitalisation *volontaire*.

A défaut de la quantité, nous avions donc la mauvaise qualité et c'est pourquoi nous disposions d'assez bonnes conditions pour rechercher toutes les causes possibles de cette résistance nouvelle du gonocoque à la chimiothérapie organo-soufrée et pour en tirer les déductions thérapeutiques.

Parmi les facteurs qui ont engendré cette sulfamido-résistance, certains peuvent tenir aux malades, d'autres aux microbes.

1° En ce qui concerne le terrain, on pourrait incriminer un *affaiblissement général et progressif des moyens de défense organique*. Nous avons enregistré les mêmes résultats thérapeutiques chez des sujets affaiblis par des restrictions sévères et chez d'autres qui avaient pu les éviter. D'autre part les données de la clinique générale ne montrent heureusement pas un pareil phénomène de chimiorésistance au cours des infections à pneumocoques, à méningocoques, à streptocoques et même à staphylocoques. La sulfamido-résistance est encore un phénomène limité au gonocoque et ne s'étend pas, tout au moins actuellement, à d'autres types microbiens. Cette donnée, à elle seule, suffit à montrer que les facteurs de sulfamido-résistance doivent tenir plus au germe qu'à son porteur.

2° *L'hypothèse d'une accoutumance du gonocoque au sulfamide*, d'une véritable mithridatisation, apparaît tout aussi vraisemblable. Le gonocoque est en effet mis en présence des sulfamides avec une exceptionnelle fréquence, dans des conditions qui sont encore favorables à sa reproduction. Il y a beaucoup de responsables à l'usage intempestif et souvent mal réglé de la sulfamidothérapie. L'initiation publicitaire fait que la thérapeutique actuelle de la gonococcie est trop connue du grand public. Il est habituel que le médecin voit son malade après une ou plusieurs cures pratiquées toujours de façon déplorable. La responsabilité du pharmacien est souvent en cause par la délivrance, sans ordonnance, d'un monotube de sulfamide, peu importe qu'il soit pyridiné, thiazolé ou acétylé.

Il faut bien le reconnaître, c'est trop souvent aussi une initiation médicale insuffisante qui est responsable de l'échec de la cure. L'administration n'est pas correcte pour plusieurs raisons: les doses sont insuffisantes, ne dépassant pas 3 *g.* les premiers jours; les prises sont irrégulières, parce que le malade se soigne en cachette; les cures sont interrompues, pour la moindre céphalée ou dyspepsie; le traitement est pratiqué sans le repos et le régime indispensables.

Mais la plus grande responsable, c'est sans doute la péripatéticienne. D'abord comme source commune du contage, elle a fait de tout temps du gonocoque un véritable microbe de repiquage. Mais depuis qu'elle s'est abonnée à la sulfamidothérapie, elle transmet à ses partenaires des germes modifiés. En effet, pour pouvoir continuer à exercer son industrie, elle doit régulièrement montrer patte blanche, c'est-à-dire avoir un bon prélèvement au Dispensaire de salubrité.

Et voici une conséquence indirecte, malheureusement fâcheuse, de la plus orthodoxe des règles de prophylaxie vénérienne. Bien des intéressées font précéder chaque examen gynécologique de la prise régulière d'une petite dose de sulfamide, suffisante à un blanchiment temporaire, mais incapable de tarir une gonococcie au long cours et malheureusement très susceptible, par sa répétition, d'entraîner une véritable sulfamido-accoutumance. L'hypothèse de *souches de gonocoques accoutumées et résistantes* aux sulfamides peut être retenue.

A ces quelques aperçus sur le problème de la sulfamido-résistance des gonococcies, il nous est possible d'ajouter le résultat de constatations pratiques, qui nous ont progressivement conduits à modifier notre tactique thérapeutique.

I. — Sulfamidothérapie isolée.

Il est d'abord de *fausses sulfamido-résistances*: ce sont les *sulfamido-insuffisances* et 13 pour 100 de ces soi-disant échecs de la sulfamidothérapie avant hospitalisation guérirent sous l'influence d'une seule cure bien réglée.

Notre posologie a évolué progressivement tant dans l'horaire et la durée que dans la nature des prescriptions.

Au début, nous utilisions la *sulfapyridine*, à doses moyennes (0,10 par kilogramme) en prises parfaitement réfractées dans le nycthémère. Cette posologie fut celle avec laquelle nous avons enregistré le plus d'insuccès (64 pour 100).

Au début de 1943, nous en étions arrivés à considérer la gonococcie comme l'échec le plus cuisant de la sulfamidothérapie. Totalisant des centaines de grammes, les cures se succédaient les unes aux autres durant des mois, amenant chaque fois un tarissement de l'écoulement qui réapparaissait douze à trente-six heures après l'ingestion du dernier comprimé.

Avec l'emploi des thiazolés, à même posologie, les résultats n'étaient guère meilleurs. Mais l'accentuation des doses quotidiennes à 8, 10, 12 *g.* (soit de 0,15 à 0,20 par kilogramme), a entraîné une amélioration sensible des résultats, plus nette encore quand nous eûmes recours à la technique des *prises minutes*, préconisées par Mischer, Gaté et Guilleret. Nous l'avons modifiée en administrant 0,10 par kilogramme matin et soir, évitant par cette division des prises quotidiennes le creux de la nuit et du lendemain matin enregistré par la monodose.

II. — Traitements mixtes.

Malgré l'adaptation de la posologie à l'accroissement de la sulfamido-résistance, les échecs restaient nombreux. Pour essayer de les réduire nous avons eu recours à des traitements mixtes associant aux sulfamides, soit des *méthodes de choc* (Propidon, Dmelcos, Nucléïd), soit des *méthodes spécifiques* (vaccin, sérum), soit des *traitements locaux* (sulfamidés ou urologiques).

a) Sans détailler nos résultats, on peut dire que les *méthodes de choc* nous ont permis la réduction de la moitié des sulfamido-résistances. Leur efficacité paraît surtout fonction de l'acuité de la fièvre provoquée et à ce sujet signalons que le Dmelcos nous a paru donner de meilleurs résultats que le Propidon.

b) Les *méthodes spécifiques* étaient théoriquement susceptibles de donner mieux par l'apport d'anticorps capables de détruire les germes, préalablement dévitalisés par la bactériostase sulfamidée. L'association *sulfamides-vaccins* ne s'est pas avérée supérieure à la simple sulfamidothérapie dans le traitement des gonococcies.

La *sérothérapie antigonococcique* a donné mieux. Alors que par voie parentérale elle s'était avérée si décevante dans le traitement des diverses gonococcies, son application locale en instillations urétrales ou en tamponnements cervicaux nous a permis de réduire de 55 pour 100 les sulfamido-résistances traitées par cette association sulfamides + sérum. L'action du sérum antigonococcique apparaît ici comparable à celle des injections intrarachidiennes de sérum antiméningococcique ou antipneumococcique dans les rares cas de méningites purulentes sulfamido-résistantes.

c) Mais ainsi de la méthode spécifique, nous en arrivons à la nécessité des *soins locaux*. Ceux-ci ont été par trop abandonnés, tant que les cures sulfamidées simples s'avèrent efficaces. Et cependant, la sulfamido-résistance des gonococcies résulte le plus souvent de la constitution de *repaires microbiens* vis-à-vis desquels la chimiothérapie générale est peu active. Les skenites, bartholinites et annexites chez la femme, les littrites, cowpérites, prostatites ou vésiculites chez l'homme constituent autant d'obstacles à l'action des sulfamides et nécessitent pour la plupart une *thérapeutique urologique*.

La sulfamidothérapie locale n'offre par contre que peu d'intérêt, qu'il s'agisse des poudrages du col à la poudre de septoplix ou de la pose, si difficilement maintenue, de crayons. Personnellement, nous avons utilisé chez 8 malades en instillation urétrale à la seringue de Bonneau ou en pansements cervicaux une *glycérine sulfamidée* à 10 ou 20 pour 100 qui nous a donné 3 succès et 5 échecs. Le seul avantage de cette technique est de permettre une concentration massive, fût-elle momentanée, et cela est parfois intéressant.

Finalement nous avons tiré plus de bénéfices de l'association à la cure sulfamidée générale de soins urologiques ou d'une sérothérapie locale que d'une sulfamidothérapie locale complémentaire.

III. — Malgré l'amélioration incontestable apportée par les traitements mixtes au problème des gonococcies sulfamido-résistantes, il subsistait un

ombre d'échecs de l'ordre de 40 pour 100. Nous vons été progressivement amenés à *associer aux ures sulfamidées à la fois un choc et des soins ocaux.*

L'association qui nous a donné les meilleurs résultats comporte :

a) Une *cure thiazolée* (0,08 par kilogramme en rise minute toutes les douze heures ; durant sept ours, soit habituellement 70 *g.* de thiazomide par emaine).

b) Un *choc thermique* (au début, au milieu et n fin de cure par injections de Dmelcos, de préérence au Propidon).

c) Une *thérapeutique locale* (avec instillation ou ansements au sérum antigonococcique et *soins*

DURÉE MOYENNE DES DIVERS TRAITEMENTS

Fig. 1.

urologiques, notamment massages sur béniqué droit à la moindre littrite).

Alors que nous avions dû enregistrer en 1942-1943 82 pour 100 d'échecs de la sulfamidothérapie, nous avons obtenu sur un lot de même importance en 1944 92 pour 100 de succès (34 sur 37) dans un délai majeur d'une semaine en associant une bactériostase thiazolée énergique et prolongée, une pyrétothérapie et des soins locaux.

Parmi les 3 échecs de cette association thérapeutique, 2 obéirent à un deuxième traitement triple, cependant qu'il fallait y recourir une troisième fois dans un dernier cas, qui s'était avéré également

POURCENTAGE DE GUÉRISONS SUIVANT L'EMPLOI DE TRAITEMENTS SIMPLES MIXTES TRIPLES

Fig. 2.

résistant à la *pénicilline* malgré l'emploi de 240.000 unités en quarante-huit heures.

Nous n'avons enregistré que 3 *incidents* au cours de l'emploi de ce traitement triple.

Deux hématuries nous paraissent imputables à la sulfamidothérapie, mais l'une d'elles fut suivie d'une anurie avec azotémie à 2 *g.* 40 et coma dont la guérison fut cependant obtenue par injection de sérum glucosé hypertonique, comme nous la pratiquons dans toute lithiase sulfamidurique. Par contre, nous rattacherions plus volontiers aux injections de Propidon le développement d'une poussée évolutive chez un gonococcique par ailleurs atteint de tuberculose. Malgré sa parfaite tolérance chez tous les autres malades, nous ne croyons pas qu'on puisse considérer comme une méthode ambulatoire un traitement qui nécessite un repos absolu, un régime strict et une surveillance médicale qui ne sont obtenus qu'à l'hôpital ou en clinique.

CONCLUSIONS.

La lecture de ces deux diagrammes schématisera (fig. 1 et 2) les aléas de la lutte antigonococcique de 1916 à 1944, puisque les guerres marquent les sommets des fluctuations du péril vénérien.

En 1916, la *méthode des grands lavages* fournissait la guérison de 90 pour 100 des blennorragiques en une moyenne de six semaines de traitement. L'avènement des *sulfamides* permit d'obtenir d'aussi bons résultats en gagnant quatre semaines par la méthode des doses réfractées et en réduisant le traitement à quelques jours dès la prescription des doses massives « minute » de thiazolés.

A ses débuts, la sulfamidothérapie avait donc trouvé dans le traitement de la blennorragie un de ses succès les plus éclatants. Vulgarisée à l'extrême, et surtout mal utilisée, l'arme a montré son deuxième tranchant, car s'installait une sulfamido-accoutumance. Pour dominer le flot montant des échecs, fruit souvent de sulfamido-insuffisance, on crut de façon un peu simpliste qu'il suffirait de recourir à des posologies de plus en plus massives. Malgré cela la sulfamido-résistance devenait de plus en plus inquiétante. Les guérisons furent deux fois moins nombreuses que les insuccès qui ne pouvaient être jugulés qu'en des délais anormalement longs, c'était la faillite de la sulfamidothérapie simple.

Les *traitements mixtes* (associant aux organosoufrés, soit un choc, soit une sérothérapie locale, soit des soins urologiques) ont permis de sortir de l'ornière mais sans prétendre venir à bout de plus de la moitié des sulfamido-résistances. Pour les éviter ou les dominer et obtenir des résultats semblables à ceux de 1940, il a fallu en arriver à des *traitements plus complexes*, qui rappellent que les sulfamides ne sont que des bactériostatiques, dont l'action est heureusement complétée par une action locale, qu'elle soit antiseptique ou spécifique, et par l'exaltation de tout le potentiel défensif d'un organisme par la méthode des chocs pyrétiques.

TUMEUR CÉRÉBRALE ET GROSSESSE

Par **B. DUPERRAT**
(Paris)

La grossesse, ou bien l'accouchement, sont susceptibles de hâter l'évolution d'une tumeur des centres nerveux jusqu'alors latente. Nous avons été témoin de 2 cas de cet ordre particulièrement nets.

Le premier concerne une femme de 34 ans, dont nous avons rapporté l'observation avec MM. Hornet et Grépinet à la Société de Neurologie le 5 Mai 1938. Primipare, elle accouche normalement, après une grossesse normale, le 13 Janvier 1937. *Le lendemain* elle se plaint d'une atroce céphalée occipitale qui persiste en s'aggravant les jours suivants. L'examen ne montre pas de perturbations de la motilité, ni de la sensibilité, ni des réflexes. Il n'y a pas d'attitude particulière de la tête. Le 24 Janvier, l'examen ophtalmologique décèle une stase pupillaire considérable. Le soir même surviennent des paroxysmes atrocement pénibles, qui arrachent des cris à la malade, et le lendemain l'examen du fond d'œil montre une hémorragie rétinienne bilatérale. La malade meurt subitement, à 19 heures, avant qu'on ait eu le temps de la diriger sur un service de neuro-chirurgie. L'autopsie découvrit un volumineux hémangio-réticulome du lobe latéral gauche du cervelet, sans modifications macroscopiques de l'encéphale.

L'interrogatoire avait appris que depuis l'âge de 13 ans cette femme ressentait, d'une façon intermittente, des douleurs dans la région occipitale gauche, qui n'avaient jamais limité son activité et qui l'empêchaient seulement de faire un effort la tête en position déclive.

Le second cas intéresse une jeune femme de 34 ans, cinquième pare, qui est prise, *le lendemain* d'un accouchement normal, d'une brusque céphalée occipitale. Celle-ci est interprétée, malgré l'absence d'hypertension artérielle et d'albuminurie, comme un accident éclamptique. Le régime lacté n'a aucune influence sur la céphalée, qui va en s'aggravant et s'accompagne de nausées. Quinze jours après, le 30 Décembre 1942, l'état de la malade est le suivant : très amaigrie, non fébrile, parfaitement lucide, elle évite tout mouvement par crainte d'exacerbation de la douleur. *La tête est légèrement penchée en arrière et à droite.* L'examen neurologique, difficile à pratiquer, ne montre aucun autre trouble objectif. Tension artérielle : 13-9. Pouls : 70. Respiration : 20.

L'interrogatoire apprend : 1° que le mari est rentré 18 mois auparavant d'un camp de prisonniers avec des lésions pulmonaires tuberculeuses ; 2° que la malade a présenté peu de temps après le retour de son mari une pleurésie droite ; 3° que pendant sa grossesse elle a eu 5 petites crises bravais-jacksoniennes brachiales gauches.

Cet ensemble de faits amène à redouter une tumeur du cervelet de nature tuberculeuse. La malade transportée à Paris dans le service de M. Clovis Vincent devait y être opérée 1 mois plus tard et l'intervention découvrit en effet un tuberculome du vermis.

A ces 2 observations on peut ajouter celle de Lukas, bien qu'elle ne concerne pas une tumeur mais un abcès du cervelet d'origine otitique entièrement latent :

Une femme de 30 ans, seconde pare, après une grossesse et une parturition normales, présente, le 4e jour des suites de couches, des nausées et de la somnolence. Celle-ci s'accentue pour devenir coma. Sur la foi de la constatation d'une légère glycosurie (?) avec acétonurie, on porte le diagnostic de coma diabétique et on pratique un traitement insulinique. La température est à 39°2, pouls : 72, tension artérielle : 14-7. Mort 12 heures plus tard.

A l'autopsie, volumineux abcès bien limité du lobe droit du cervelet avec carie de l'os pétreux.

L'interrogatoire des parents apprit que la malade avait souffert d'une otite suppurée 4 ans avant.

Parfois l'accouchement n'a qu'un rôle aggravant :

Dans le cas de Bernard il existait une hémiparésie gauche depuis le 5e mois de la grossesse, mais ce n'est qu'après l'accouchement à terme qu'apparurent des crises convulsives avec paralysies du III et du VII gauches. Mort le 18e jour. Gliome de la couche optique de l'hémisphère droit, de la grosseur d'une noix.

Dans d'autres observations, c'est pendant la seconde moitié de la grossesse qu'apparaissent les symptômes cérébraux :

Meade a soigné une primipare de 24 ans qui est prise au 7e mois de céphalées avec vomissements sans hypertension ni albuminurie. Léger œdème papillaire. Lorsque la malade arrive à terme, la céphalée est assez vive pour nécessiter des injections hypertoniques intraveineuses. Cinq minutes après une injection, surviennent des convulsions avec Babinski bilatéral, pouls à 140, puis coma. Césarienne donnant un enfant vivant. Mort de la patiente. Il s'agissait d'un kyste épendymaire du plexus choroïde avec dilatation du ventricule droit et œdème de l'hémisphère correspondant.

Puccioni relève le cas d'une troisième pare de 31 ans, qui présente au 6e mois des vomissements, des crises convulsives, avec ptosis de la paupière gauche puis coma. Tension artérielle : 16-8, température : 36°8, pouls : 70, fond d'œil : pas d'œdème papillaire, mais vaisseaux dilatés. P. L. liquide xanthochromique hypertendu. Le 4e jour, extraction de l'enfant vivant. Mort. Autopsie : cavernome du 3e ventricule de la taille d'un œuf de pigeon ; œdème cérébral, dilatation des ventricules.

M. Bret nous a communiqué l'observation d'une primipare de 20 ans, atteinte d'un volumineux angiome trigéminé qui, exempte de tout antécédent épileptique, fit de nombreuses crises convulsives pendant les deux derniers mois de sa grossesse. Il est logique dans ce cas de suspecter la présence d'un angiome encéphalique latent.

Enfin le cas de Vaudescal et Heuyer concerne une primipare de 20 ans prise le 6e mois de vomissements incoercibles. La découverte d'une masse latéro-utérine amène à provoquer l'interruption de la grossesse. Cinq jours après, vives douleurs dans la nuque, incoordination motrice, troubles de la parole, nystagmus, hyperhémie bilatérale du fond d'œil. Trépanation ; l'intervention est arrêtée par la chute de la tension artérielle. Mort le lendemain. Il s'agissait d'un tuberculome du cervelet.

Dans d'autres cas il existait des troubles antérieurs à la grossesse actuelle.

Bickenbach a observé le cas d'une femme qui, après un premier accouchement, normal, avait présenté des convulsions avec perte de connaissance et morsure de la langue. La fin d'une seconde grossesse est marquée de céphalée, de convulsions de la moitié gauche du corps avec Babinsky gauche et nystagmus bilatéral sans modification du fond d'œil. Coma. Césarienne. Mort 60 heures après dans un tableau d'infection générale. A l'autopsie : cholestéatome de l'hémisphère droit de la grosseur d'une pomme. Physiométrie.

Dans une seconde observation de Puccioni, une neuvième pare de 42 ans avait présenté deux ans avant sa dernière grossesse une céphalée frontale avec crises dépressives. Au 7e mois, convulsions, hémiparésie gauche, Babinsky bilatéral, coma. Tension artérielle : 12-7. Pouls : 100. Température : 38°5, stase papillaire bilatérale, hypertension du liquide céphalo-rachidien, glycosurie. Césarienne vaginale. Mort. On découvrit dans la fosse cérébrale gauche un méningiome de la taille d'une mandarine.

Mais l'observation la plus démonstrative de l'influence néfaste de la grossesse et de l'accouchement est celle de Bailey :

Il opère une jeune femme d'un épendymome kystique. Trois ans après elle est enceinte. Accouchement à terme, normal. Une heure après apparaît une hémiplégie qui s'aggrave progressivement. On intervient sans tarder : l'épendymome kystique a récidivé. On l'extirpe pour la seconde fois. L'hémiplégie persiste définitivement.

Enfin, il convient de signaler la curieuse observation d'Armstrong :

Chez une jeune femme on avait fait, dès l'âge de 16 ans, le diagnostic d'angiomatose bilatérale de la rétine (maladie de von Hippel). A 22 ans, la première grossesse se complique le 5e mois de troubles oculaires tels que l'ophtalmologiste estima que ces vaisseaux hyperdilatés ne pourraient soutenir la poussée tensionnelle du travail et proposa la césarienne qui fut exécutée sans complications.

Les observations de ce genre ne sont pas exceptionnelles et Bickenbach en collige 25 cas dans la littérature, dont malheureusement la plupart ne sont pas décrits en détail. Dans tous, cependant, on note le rôle aggravant ou précipitant de la puerpéralité, rôle qui apparaît nettement lorsque les troubles cliniques régressent entre deux grossesses (Hoppenheimer).

En général, les premiers symptômes font leur apparition pendant la seconde moitié de la grossesse ou à terme. Mais il est curieux de constater qu'ils peuvent ne survenir qu'après l'accouchement, fait à rapprocher de la notion longtemps controversée mais actuellement admise de l'éclampsie post-partum (Ganjoux).

La symptomatologie est infiniment variable et le diagnostic semble toujours des plus malaisés.

L'éclampsie est la première invoquée. En réalité aucun des symptômes qui lui sont classiquement attribués n'a de valeur absolue : l'élévation tensionnelle peut se rencontrer dans les crises épileptiques pures et même en dehors d'elles ; l'albuminurie, les œdèmes ne sont pas spécifiques de l'éclampsie et sont assez fréquents à la fin de la grossesse. Des symptômes en foyer apparaîtraient-ils qu'il faudrait envisager les névrites et les paresthésies de la grossesse. D'autre part, l'éclampsie peut se compliquer, par un mécanisme encore obscur, d'hémorragie cérébrale dont Levent et Portes fixent la fréquence à 2,7 pour 100 des cas de toxémie gravidique. Enfin, des symptômes cérébraux peuvent être provoqués par des *apoplexies* pures de la grossesse, sans éclampsie, véritables encéphalopathies de la gravidité, dont la nature demeure encore mystérieuse bien que les observations s'en soient multipliées. Il est d'ailleurs possible que ces lésions soient reliées à l'éclampsie par toute une série d'états intermédiaires et que l'éclampsie essentielle soit déclenchée dans certains cas par des processus thrombotiques et apoplectiques conduisant à des lésions en foyer. Il est regrettable que les modifications chimiques humorales (acidose, hypocalcémie, troubles du métabolisme du phosphore) trouvées dans l'éclampsie ne donnent que des résultats inconstants et contradictoires. En tout cas il apparaît évident qu'il est dangereux d'appeler éclampsie toute convulsion survenant au cours de la grossesse.

Le *mécanisme* de l'action aggravante de l'état puerpéral sur les tumeurs cérébrales a été diversement interprété. Il est possible que la grossesse favorise l'accroissement, parfois brutal, de certaines tumeurs qui ont ensuite tendance à régresser pendant les suites de couches. Tarnier, Bar, Grassi en ont montré des exemples. Dans un article de *La Presse Médicale* du 18 Septembre 1935, Fruhinsholz, Louyot et Richon ont souligné l'action exaltante de la grossesse sur la neurofibromatose généralisée et citent une observation de Hirsch concernant une paralysie gravidique chez une primipare neurofibromateuse avec régression spontanée post-partum expliquée par l'accroissement momentané de la tumeur médullaire.

Par ailleurs, en cas de tuberculome, il est loisible d'admettre le rôle favorisant de l'hypoergie gravidique.

Mais comment expliquer le déclenchement soudain d'accidents dramatiques aux approches du terme ou même le lendemain de l'accouchement ?

Bickenbach admet qu'il existe à la fin de la grossesse une prédisposition convulsive latente et rappelle les recherches de Seitz sur l'excitabilité du nerf médian, concluant qu'aux approches du terme 10 pour 100 des femmes seraient dans un état subtétanique.

Mais l'importance des phénomènes vasculaires paraît beaucoup plus grande. Fruhinsholz et Richon ont noté la fréquence des spasmes vasculaires de la corticalité cérébrale en relation, pour eux, avec l'hypersympathicotonie normale du dernier tiers de la grossesse. A l'inverse, c'est une vasodilatation diffuse qu'Alajouanine et Hornet ont découverte dans 2 cas d'hémorragie méningée *sine causa* du post-partum. « Il s'agit, disent-ils, d'un type spécial de lésion cérébrale ou cérébro-méningée d'ordre circulatoire où le phénomène majeur est la vaso-dilatation diffuse : c'est elle qui tient sous sa dépendance deux autres phénomènes associés : l'œdème cérébral diffus, du fait de la distension œdémateuse, par exsudation plasmatique vraisemblablement, l'hémorragie méningée du fait de la vaso-diapédèse hématique sans rupture vasculaire. » Il y aurait dans ce cas une sorte d'inhibition vasculaire évoquant l'intervention d'un mécanisme sidérateur.

Quand on lit les protocoles d'autopsie, on remarque en effet la fréquence de l'œdème cérébral avec ou sans dilatation ventriculaire. Il n'est cependant pas obligatoire et manquait totalement dans le cas que nous avons étudié avec Hornet et Grépinet. Il n'en demeure pas moins que seules des perturbations vaso-motrices peuvent expliquer la soudaineté des accidents observés. A ce propos, il convient de rappeler la curieuse observation de Barré et d'Andrade concernant une femme de 18 ans, enceinte de sept mois, qui, indemne de toute tare, fit un brutal ramollissement segmentaire de la moelle, que devait plus tard vérifier l'autopsie.

Ainsi donc on peut imaginer que pendant la puerpéralité et la parturition il existe une instabilité vaso-motrice qui peut s'extérioriser d'une façon dramatique sous l'influence de divers facteurs, généraux ou régionaux, connus ou non, parmi lesquels les tumeurs cérébrales jouent un rôle localisateur de premier plan.

BIBLIOGRAPHIE

Alajouanine, Hornet et Powilewicz : L'hémorragie méningée du post-abortum et l'éclampsie tardive. *J. de Méd. et Chir. pratiques*, 10 Juin 1937, 281-292. — M. V. Armstrong : Angiomatosis rétinal (von Hippel's disease) complicating by pregnancy. *Am. J. of Obs. and Gyn.*, 1937, **34**, 494-496. — Belloni et Maurizio : Tumore cerebrale in gravidenza. *Atti. Soc. Ital. di Ost. e Gin.*, Juillet 1938, **34**, 720. — H. Bernard : Sarcome cérébral à évolution rapide au cours de la grossesse et pendant les suites de couches. *Bull. Soc. Obs.*, Paris, 9 Novembre 1898, 296-298. — W. Bickenbach : Hirn tumor and Schwangerschaft. *Zentral. f. Gynäk*, 16 Février 1929, **53**, 422-428. — V. Cohen : Un cas de maladie de Cushing. Ses rapports avec la grossesse. *Tunisie Médicale*, 3 Février 1937, 76-82. — Emmert : Brain Tumor in pregnancy. *Nebraska Med. J.*, Décembre 1937, **22**, 471-473. — G. Fleischmann : Ist die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft bei angeborenem, erblichen Star oder bei gehirdnen nr berechtigt. *Zentral. f. Gynäk*, 26 Juillet 1930, **54**, 1870-1873. — Fruhinsholz : Morts subites intra-partum et morts subites post-partum immédiat. *Bull. Soc. d'Obs. Gyn.*, Janvier 1934, 83-87. — Fruhinsholz et Richon : Spasmes vasculaires et grossesse. *Gynécologie et Obstétrique*, Février 1938. — Gaussel : Vomissements incoercibles au cours de la grossesse par tumeur de la protubérance. Réunion obstétricale de Montpellier, 1910. *Bull.*, 334-336. — Holiday Croom : *J. of Gyne. British Empire*, 1913, **23**, 213. — Hornet, Dupernat et Grépinet : Tumeur cérébrale et grossesse. Un cas d'angio-réticulo du cervelet se manifestant par des troubles circulatoires graves à l'occasion d'un accouchement. *Soc. Neurol.*, 5 Mai 1938 494-498. — F. Isbruch : Konglomerattuberkulei in Kleinhirn unter dem Bilde eines Hirntumors während der Schwangerschaft. *Med. Welt.*, 11 Février 1933, **7**, 198-199. — Knakora : Mort subite dans un angiome racémeux du cerveau après salvarsan. *Sbornik lekarskie*, 1923, **24**, 1' — Laubry, Lévy-Solal et Tzanck : Circulation de retour et gestation. *Paris Médical*, 9 Avril 1932. — Levent et Portes : Hémorragies des centres nerveux et éclampsie. *Gyn. et Obstét.*, 1923, **7**, 332-348. — Lukas : Abcès du cervelet comme cause de mort subite pendant la grossesse. *Casop. lek cesk.* 4 Septembre 1930, **75**, 1124-1125. — B. Mann : Brain Tumor in pregnancy. *Am. J. of Obs. and Gyn.*, Juin 1939, **37**, 1051-1052. — W. H. Meade : Brain Tumor complicating pregnancy. *J. of the Michigan Med Soc.*, 1935, **34**, n° 293. — Ospelt : Glioma in Schwangerschaft. *Zentralbl. f. Gynäk*, 24 Juin 1939, **63**, 1401-1405. — Luigi Puccioni : Contributo chimico allo studio dei Tumori cerebrali in gravidanza. *Riv. it. ginec.*, Bologne, 1935, **18** (suppl.), 690-710. — R. Reckmann : Hypophysentumor und Gravidität. *Arch. f. Gynäk*, **160**, 454-459. — Roemans : Méningite tuberculeuse et grossesse. *Bruxelles Médical*, 18 Août 1935 — Ruoaux : De la mort subite pendant l'accouchement. *La Clinique*, Février 19'3 82. — Sauvebelle-Bouchet : Contribution à l'étude des rapports de la grossesse et des tumeurs cérébrales. *Thèse de Paris*, 1943. — Tarnier : *Soc. de Chirurgie*, 1872. — Vaudescal et Heuyer : Vomissements incoercibles du 0e mois de la grossesse sous la dépendance d'une tumeur cérébelleuse en évolution. *Bull. Soc d'Observ. et de Gyn. de Paris*, 1920, **9**, 345-348. — E. W. Winter : Hypophysentumor in Graviditate. *Arch. f. Gynäk*, 1931, **147**, 95-112

MOUVEMENT MÉDICAL

LA PÉNICILLINE

L'avènement de la Pénicilline a apporté dans le traitement des infections microbiennes une véritable révolution. Beaucoup d'articles et de recherches lui ont été consacrés en Angleterre et aux Etats-Unis. Il nous a paru utile de faire une mise au point actuelle de ce nouveau chapitre de la thérapeutique, inspirée surtout de ces articles étrangers, et pour une bien moindre part de l'expérience de nos propres observations.

*
* *

En Septembre 1928, Alexandre Fleming étudiant au Sainte Mary's Hospital de Londres une culture de staphylocoques accidentellement souillée par une moisissure, constata qu'en un point s'était développée une colonie mycélienne autour de laquelle les cultures de staphylocoques subissaient un phénomène de lyse étendue à plusieurs millimètres alentour. Fleming, qui depuis vingt ans s'intéressait aux substances antibactériennes, ensemença cette colonie mycélienne sur milieu de Sabouraud et constata que les repiquages gardaient vis-à-vis des staphylocoques le même pouvoir de destruction. Le champignon appartenait au genre *Penicillum*. La culture avait une action spécifique sur certaines bactéries, et singulièrement sur le staphylocoque. Elle pouvait être impunément injectée à fortes doses aux animaux et ne déterminait aucune altération leucocytaire.

Mais aucune recherche chimique tendant à isoler la partie active du *Penicillum* ne fut entreprise à cette époque, et c'est seulement en 1937 que l'Ecole d'Oxford prit l'initiative de nouveaux travaux.

Ce n'est qu'en 1940 que Chain, Abraham et leurs collaborateurs arrivèrent à purifier et à doser la Pénicilline.

Depuis cette date, en pays anglo-saxons, les travaux se multiplient, perfectionnant la connaissance et l'usage du produit nouveau, qui allait devenir bientôt le plus puissant agent anti-bactérien de l'arsenal thérapeutique.

La Pénicilline est extraite du *Penicillum notatum*, moisissure analogue à celle du fromage et que l'on trouve communément en Norvège sur les plants d'hysope fanés. Il est cultivé sur milieu de Czapek dosé à 24° et pH 7. Au bout de vingt-quatre heures, la culture se développe en une pellicule blanche et feutrée qui s'épaissit, se teinte de violet puis de bleu verdâtre. Partant de ce milieu, on acidifie à pH 2, on fait passer la culture à travers une colonne contenant de l'acétate d'Amyle, dans quoi la Pénicilline est soluble. On élimine des impuretés pyrétogènes et l'on prépare une solution aqueuse à 1/10, additionnée de baryte.

Après reprise par le noir animal, on prépare une solution éthérée que l'on fait passer dans une colonne d'alumine aux fins de titrage chromatographique. On dilue par l'eau alcalinisée et l'on dessèche dans le vide. On obtient ainsi une poudre brunâtre qui contient seulement 10 à 30 pour 100 de substance active, le reste étant constitué d'impuretés sans action spécifique connue.

On conçoit les difficultés que peut constituer sur le plan industriel une aussi complexe épuration. A l'heure actuelle, malgré la construction de véritables usines (dont *La Presse Médicale* a récemment donné les images), la production hebdomadaire des nations alliées n'excède pas quelques dizaines de kilogrammes de Pénicilline.

La composition chimique de celle-ci n'est pas encore complètement élucidée. Il semble s'agir d'un peptide ou de glucopeptide. C'est en tous cas un acide dont le produit d'hydrolyse a pour formule brute $C^6H^{11}O^4NHCl$. La Pénicilline est soluble dans l'acétate d'amyle, l'éther, le chloroforme. Très altérable à l'air et très instable (sauf à pH 6,8) elle est détruite par les solutions acides ou alcalines, les métaux lourds, les alcools primaires, les cétones, les oxydants. Les sels alcalins ou alcalino-terreu[x]

de la Pénicilline sont très solubles dans l'eau. Les plus employés en thérapeutique sont le sel de sodium, très instable, et le sel de calcium. De nombreux travaux sont en cours tendant à préciser la formule chimique exacte, mère de la synthèse qui doit faire de la Pénicilline un produit plus accessible et moins coûteux qu'à l'heure présente.

L'unité Oxford fut d'abord définie par la quantité de Penicilline qui, dissoute dans 1 cm^3, produit le même effet anti-bactérien qu'un échantillon-standard. Florey et Jennings, en 1942, ont défini l'unité comme la plus petite quantité qui, dissoute dans 50 cm^3 d'un milieu donné, est capable d'empêcher le développement d'une colonie de staphylocoques dorés.

Les tests de sensibilité vis-à-vis des divers microbes ont été recherchés par deux procédés.

Le premier consiste à remplir, sur une plaque de gélose ensemencée par un germe bactérien, deux orifices pratiqués dans le milieu nutritif avec deux solutions de Pénicilline dosées à 1 et 10 unités. Après séjour à l'étuve, la croissance des microbes sensibles est arrêtée dans une zone circulaire dont le rayon mesure le degré de sensibilité.

Le second procédé, linéaire, reproduit le même test au long d'une gouttière longitudinale tracée dans la gélose. C'est à l'aide de ces tests que l'on a pu, *in vitro*, diviser en deux classes les germes pathogènes :

a) *Germes sensibles à la Pénicilline:* gonocoque, méningocoque, staphylocoques blanc et doré, streptocoques hémolytiques ou *viridans*, pneumocoques, certaines espèces d'entérocoques, *B. perfringens, œdematiens*, vibrion septique, bactéridie charbonneuse, bacille de Klebs Löffler, tréponème pâle, *treponema recurrentis, leptospira icterohemorragiæ*, bacille de Nicolaïer, bacille botulinique, *bacillus subtilis*, virus de la maladie de Nicolas-Favre, virus de la psittacose, actinomyces hominis. Le bacille de Gärtner est assez peu sensible.

Abraham et ses collaborateurs ont pu titrer le pouvoir antibactérien de la Pénicilline vis-à-vis de ces différents germes.

β) *Germes non sensibles à la Pénicilline:* Pyocyanique, colibacille, bacilles d'Eberth, para A et B, certaines espèces de streptocoque, d'entérocoque, 5 pour 100 des staphylocoques, le bacille de Friedländer, bacilles dysentériques, blastomyces plasmodium vivax, le vibrion cholérique, le bacille de Koch, le bacille de Yersin, les bacilles des Brucelloses, le Proteus, les vaccins neurotropes de l'encéphalite.

L'action de la Pénicilline est bactério-statique et non bactéricide. La Pénicilline semble agir en empêchant la division cellulaire, qui peut reprendre dès que l'influence du produit a cessé. Comme les sulfamides, la Pénicilline agit en paralysant le développement des germes et en laissant aux leucocytes et autres agents de défense le soin de la destruction microbienne.

Des germes sulfamido-résistants peuvent être pénicillo-sensibles, et inversement. Il ne semble pas que, au contraire de ce qui se passe pour les sulfamides, des doses insuffisantes de Pénicilline puissent provoquer une pénicillo-résistance ultérieure des germes attaqués.

La pénicilline s'élimine très rapidement des organismes humains ou animaux. Un quart d'heure après une injection intraveineuse on ne retrouve plus dans le sang que 25 pour 100 du produit injecté. Après une demi-heure on ne retrouve que 10 pour 100. Après une heure tout a disparu. La plus grosse partie est éliminée par les urines à de hautes concentrations. On a retrouvé la Pénicilline dans la bile, dans la salive, mais on note son absence presque complète dans les épanchements pleuraux et dans le liquide céphalo-rachidien, ce qui explique facilement que les pleurésies ou les méningites ne soient sensibles qu'à l'inoculation directe au sein du foyer infecté. Le sort de la Pénicilline dans l'organisme est encore assez mal connu. Elle passe par le foie, y subit sans doute une destruction partielle et se retrouve intacte dans les urines où l'on s'efforce de la récupérer pour un nouvel usage, sans qu'elle ait subi aucune transformation chimique.

Alors que les antiseptiques et les sulfamides perdent habituellement leur pouvoir en présence de pus ou d'autolysats venus des tissus ou du sang, la Pénicilline n'en est nullement influencée et garde toute sa vertu bactériostatique.

A son innocuité envers les leucocytes il faut ajouter celle envers les hématies. Chez les malades traités à Oxford, on n'observa jamais de réactions anémiques, mais au contraire des augmentations du nombre des globules rouges allant de 25.000 à 500.000 par semaine au cours du traitement.

Dans l'ensemble, *in vitro* comme *in vivo*, l'expérience montre l'action remarquable de la Pénicilline sur certains germes bactériens, son élimination rapide par les urines, son arrêt devant la barrière des séreuses, sa persistance d'action devant le pus ou les autolysats, son innocuité hématologique.

Ces constatations de première importance devaient conditionner en clinique humaine les indications et le mode d'emploi du produit nouveau.

*
* *

Deux grands principes dominent en pratique le traitement des maladies par la Pénicilline :

1° Il faut, autant qu'il est possible, mettre la Pénicilline *au contact direct des lésions et des germes infectants.*

2° L'élimination étant très rapide, il faut, pour maintenir une concentration bactériostatique suffisante, recourir à des injections continues ou fréquemment répétées.

La voie buccale est défendue par la labilité de la Pénicilline que détruisent les sucs gastriques ou intestinaux. Les injections parentérales sont donc seules indiquées.

Elles se font à partir du sel de sodium, poudre jaune brunâtre, très instable que l'on doit conserver à une température inférieure à 10°.

Les premiers échantillons contenaient 40 à 50 unités par milligramme. Les actuels vont jusqu'à 700 et 1.000 unités par milligramme. Le contenu des ampoules varie entre 25.000 et 100.000 unités que l'on dissout dans 10 cm^3 de sérum, ou beaucoup plus si l'on recourt à la voie intraveineuse en perfusion lente.

La voie intramusculaire est la plus employée. Les doses de 15.000 à 25.000 unités doivent être renouvelées toutes les trois heures. Il ne semble pas qu'on ait intérêt à augmenter ces doses au delà de 20.000 unités ni à rapprocher les injections.

A l'exception des cas où l'on cherche à obtenir un succès local dans les régions sous-cutanées, la voie intramusculaire reste la meilleure. La perfusion intramusculaire continue, à raison de 5 à 10.000 unités par heure, s'avère dans certains cas être une excellente méthode.

La voie intraveineuse en perfusion lente est indiquée surtout dans les cas où l'on cherche à atteindre directement un germe circulant dans le milieu sanguin. On peut ainsi injecter 5.000 unités par heure jusqu'à 40 à 80.000 unités en diluant le produit dans de grandes quantités de sérum. Malgré ces dilutions, nous avons assisté dans un cas à un choc violent qui faillit être mortel. Dans le traitement d'une septicémie, très vite la voie intraveineuse doit céder le pas à la voie intramusculaire.

La voie intrarachidienne ou intraventriculaire est indispensable dans les méningites du fait de l'imperméabilité méningée à la Pénicilline, si l'on veut porter directement au contact des germes le produit injecté. Il faut alors employer une solution de 1.000 à 2.000 unités par centimètre cube, préalablement filtrée, et injecter en une ou deux fois de 5.000 à 20.000 unités pour réaliser une concentration bactériostatique suffisante qui persiste environ pendant vingt-quatre heures. Dans la plèvre, ou dans les grandes séreuses articulaires on peut injecter de 5.000 à 20.000 unités par jour.

On a aussi utilisé en vue *d'actions locales* un sel calcique de la Pénicilline que l'on doit maintenir en ampoules scellées, à l'abri de l'humidité ou de la lumière. Les Américains emploient une poudre de Pénicilline calcium mélangée de sulfathiazol qui titre de 500 à 5.000 unités par gramme et une pâte à base d'huile et de lanoline dans laquelle on incorpore la Pénicilline à la dose de 120 à 250 unités par centimètre cube.

La Pénicilline est remarquablement peu toxique et les quelques réactions rares et bénignes que l'on a pu observer étaient dues à des impuretés. C'est ainsi qu'on a signalé des cas de phlébo-sclérose oblitérante au décours d'injections intraveineuses, des réactions d'urticaire généralisée, des méningites séreuses après injection intrarachidienne ou ventriculaire. La piqûre intramusculaire est parfois un peu douloureuse et peut nécessiter l'adjonction de novocaïne; mais l'on n'a jamais signalé jusqu'ici d'accidents graves d'intolérance ou d'atteinte rénale. Au total, on peut affirmer, qu'à l'inverse de la sulfamidothérapie, la Pénicillothérapie ne comporte à son passif aucun accident sérieux.

Les injections de Pénicilline ne contre-indiquent pas les traitements sulfamidés, et l'on a parfois intérêt à combiner les deux méthodes, à condition de ne pas diminuer pour autant les doses de Pénicilline. Peut-être existe-t-il une action synergique des deux produits. Dans la plupart de nos cas la Pénicilline n'a été employée qu'après échec de la sulfamidothérapie qui n'a nullement inactivé l'action du traitement nouveau.

La Pénicilline étant altérée par la plupart des antiseptiques habituels, ceux-ci ne devront en aucun cas précéder ni accompagner les injections.

Les épreuves de laboratoire permettent de guider utilement le traitement par la Pénicilline en permettant non seulement d'identifier le germe pathogène, mais encore de préciser la sensibilité de ce germe. On ensemence une série de plaques de gélose contenant des quantités connues et décroissantes de Pénicilline et l'on arrive ainsi à préciser la concentration bactériostatique nécessaire et suffisante.

Le dosage de la Pénicilline dans le pus, les urines ou le liquide céphalo-rachidien se fait par extraction à l'acétate d'Amyle dans les liquides fraîchement prélevés ou conservés à la glacière.

Dans le sang, le dosage est beaucoup plus difficile, car les concentrations y sont extrêmement faibles. Cependant la méthode de Remnelkampf et Fleming permet d'apprécier des concentrations de l'ordre de 0,02 à 0,005 unités par centimètre cube alors que les concentrations bactériostatiques utiles sont comprises entre 0,06 et 0,12 unités par centimètre cube.

Enfin et surtout, il peut être demandé au laboratoire si l'échantillon de Pénicilline est encore actif malgré de mauvaises conditions de conservation, malgré une date de fabrication trop lointaine ou encore lorsque l'évolution clinique peut faire douter de cette action. La méthode de la prévention des formations d'hémolysines donne une réponse en soixante à quatre-vingt-dix minutes sur la validité de l'échantillon examiné.

Sur l'emploi de la Pénicilline dans les diverses infections, nous ne pouvons donner ici que des indications générales que le terrain, la gravité de la maladie, l'apparition de foyers à distance peuvent modifier à chaque instant.

La température est un test infidèle. Elle peut, malgré le succès de la Pénicilline, persister dans certains cas d'un bout à l'autre du traitement, mais cède le plus souvent très vite à son action.

La plupart des *staphylococcies* graves, anthrax de la lèvre supérieure ou de l'aile du nez, staphylococcies malignes de la face, réagissent fort bien aux injections intramusculaires associées ou non aux injections péri-focales. Les ostéomyélites aiguës, phlegmons périnéphrétiques, pleurésies, arthrites, méningites, sont guéris en quatre à dix jours par des injections intramusculaires, associées dans ces derniers cas aux injections intraséreuses.

Dans les septicémies à staphylocoques il y a intérêt à attaquer directement le germe circulant par perfusion intraveineuse lente qu'on remplacera très vite par des injections intramusculaires poursuivies pendant dix à quinze jours, par crainte des récidives qui se montrent très fréquentes.

Les méningites cérébro-spinales cèdent le plus souvent à des injections intrarachidiennes de 10 à 20.000 unités, répétées deux fois par jour pendant trois à quatre jours.

Les uréthrites gonococciques récentes, même dans leurs formes sulfamido-résistantes sont le plus souvent guéries en vingt-quatre heures par un total de 100.000 unités injectées par voie intramusculaire. Le diplocoque disparaît dès le premier jour l'écoulement persiste parfois jusqu'au quatrième ou

inquième jour. Il est très rare qu'on soit obligé de recourir à une deuxième ou une troisième série d'injections. Une récente étude du major J. Robinson portant sur 1.000 cas de blennorragies sulfamido-résistantes relate 947 cas de succès dès la première série. 50 cas à la deuxième, un seul cas nécessita une troisième attaque. 2 cas seulement se montrèrent pénicillo-résistants.

Les arthrites gonococciques se montrent sensibles aux injections intra-articulaires renouvelées quatre fois par jour.

Les pneumonies graves ou sulfamido-résistantes cèdent aux injections intramusculaires. Les pleurésies pneumococciques requièrent les injections intrapleurales de 20 à 60.000 unités répétées chaque jour et associées aux injections intramusculaires.

Les méningites à pneumocoques, dont on connaît le pronostic fatal, guérissent dans la proportion de 5 cas sur 6 par des injections intrarachidiennes de 20 à 60.000 unités, associées à des injections intramusculaires pendant quatre à cinq jours. La guérison clinique est obtenue à la 2e ou 3e injection, cependant qu'on observe une disparition des germes et une chute verticale de la leucocytose dans le liquide céphalo-rachidien.

La plupart des *infections graves à streptocoques* cèdent le plus souvent à la sulfamidothérapie, et en particulier à la sulfadiazine, sans le recours à la Pénicilline. Celle-ci n'en agit pas moins remarquablement. Dans un cas très grave de septicémie post-partum déjà ancienne et sulfamido-résistante, et malgré une anémie inférieure à 1.000.000 de globules rouges par millimètre cube, une injection unique et massive de 300.000 unités en perfusion lente intraveineuse nous permit d'obtenir une guérison définitive.

Il faut accueillir avec prudence les guérisons d'endocardites d'Osler par des doses très élevées de Pénicilline, tant peuvent être trompeuses les améliorations temporaires, ou les stérilisations passagères des hémocultures au cours de l'endocardite maligne lente. Cependant Lœwe, du Jewish Hospital de Brooklyn rapporte 30 observations d'Osler incontestables traitées par des doses considérables de Pénicilline (jusqu'à 7.800.000 unités) dont l'apparente guérison se prolonge au delà de plusieurs mois.

Sous l'impulsion de Mahoney la Pénicilline a été employée dans les *syphilis* récentes à raison de 20 à 25.000 unités toutes les quatre heures pendant huit jours jusqu'à la dose totale de 1.000.000 à 1.200.000 unités. Le tréponème disparaît du chancre en quinze heures, les lésions secondaires s'effacent en quatre jours après une réaction d'Herxheimer très passagère. Les réactions sérologiques deviennent négatives entre la deuxième et la dixième semaine du traitement. Plusieurs grands services de vénéréologie des Etats-Unis étudient actuellement cette méthode, qui présente de brillants résultats immédiats, mais sur laquelle on ne saurait encore conclure quant à l'avenir éloigné.

En *oto-rhino-laryngologie* et en ophtalmologie les résultats ont été résumés dans les publications de Crewe, aux Etats-Unis et de Cashell, en Angleterre. L'ophtalmine purulente des nouveau-nés est régulièrement guérie par des injections intramusculaires à des doses variant de 60.000 à 300.000 unités.

Nous ne pouvons nous étendre dans ce court article sur les étonnants succès de la Pénicilline en *chirurgie de guerre*. Qu'il nous suffise de dire que son emploi précoce et systématique à presque entièrement supprimé l'infection des plaies et la gangrène gazeuse qui n'apparaît plus dans les armées alliées que comme un fait historique.

Ces quelques faits suffisent à montrer quelle est la puissance et quel peut être l'avenir de ce nouvel agent bactériostatique dont l'action remarquable a complété et dépassé celle des sulfamides, et dont la découverte a marqué une étape dans l'histoire du traitement des maladies.

L. DE GENNES et L. COURNOT.

BIBLIOGRAPHIE

Le nombre des publications Anglaises et Américaines sur la pénicilline dépasse actuellement 300. Celles qui ont été consultées pour la publication de cet article sont les suivantes.

ABRAHAM et CHAIN : Sur une diastase de provenance microbienne antagoniste de la pénicilline. *La Nature*, 1940, **146**, 837. — ABRAHAM et CHAIN : Sur la purification et sur quelques propriétés physiques de la pénicilline. *Brit. J. Exp. Path.*, 1942, **23**, 103. — CATCH, COOK et HEILBRON : Purification et propriété chimique de la pénicilline. *La Nature*, 1942, **150**, 633. — CHAIN, GARDNER, HEATLEY, JENNINGS, ORR-EWING, SANDERS : La pénicilline en tant qu'agent chimio-thérapeutique. 1940. — DUBOS : Les agents antimicrobiens d'origine biologiques., 1944, **124**, 633. — FLEMING : Sur l'action antibactérienne de culture de penicilium avec une note sur leur emploi, sur l'isolement du *B. influenzæ*. *Brit. J. Exp. Path.*, 1929, **10**, 226. — FLEMING : Sur une propriété spéciale antibactérienne de la pénicilline. *J. Path. Bact.*, 1932, **35**, 831. — FLEMING : Tests mesurant *in vitro* le pouvoir antibactérien de la pénicilline. *Lancet*, 1942, **1**, 732. — FLOREY et JENNINGS : Quelques propriétés biologiques d'une pénicilline très purifiée. *Brit. J. Exp. Path.*, 1942, **23**, 120. — ABRAHAM, FLETCHER, FLOREY, GARDNER, HEATLEY et JENNINGS : Nouvelles observations sur la pénicilline. *Lancet*, 1941, **2**, 177. — BLOOMFIELD, RANTZ et KIRBY : Emploi thérapeutique de la pénicilline. *J.A.M.A.*, 1944, **124**, 627. — DAWSON et HOBBY : 100 observations de malades traités par la pénicilline. *J.A.M.A.*, 1944, **124**, 611. — ERICKSEN : Ostéomyélites et septicémies à staphylocoques dorés traités par la pénicilline. *J.A.M.A.*, 1944, **124**, 103. — FLOREY : La pénicilline et son importance thérapeutique. *La Nature*, 1944, **153**, 40. — HAGEMAN, MARTIN et WOOD : La pénicilline. Etude clinique sur son efficacité thérapeutique. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 798. — HERREL : La thérapeutique par la pénicilline, agent antibactérien d'origine biologique. *J. A. M. M.*, 1944, **124**, 622. — GARROD et HEATLEY : Méthode de laboratoire employée au cours des traitements par la pénicilline. *Brit. J. Sur.*, 1944, **32**, 117. — ROBINSON : Le traitement de la blennorragie par la pénicilline. *Brit. J. Surg.*, 1944, **32**, 11. — WISE et PILLSBURY : Le traitement de la syphilis par la pénicilline. *Brit. J. Surg.*, 1944, **32**, 214. — LŒWE, ROSENBLATT, GREEN et RUSSEL : Guérison de l'endocardite d'Osler par la pénicilline. *J. A. M. A.*, Janvier 1944, 124-144 et *Bull. of NY Ac. Med.*, Juillet 1944, 20-113.

SOCIÉTÉS DE PARIS

ACADÉMIE DE MÉDECINE

27 Février 1945.

Un ou une sulfamide ? — M. **Delépine** montre combien les arguments donnés par ceux qui ont voulu fixer le genre du mot sulfamide sont arbitraires ; il estime que la commission du dictionnaire de l'Académie de Médecine devrait se prononcer sur cette question

— M. **Duhamel** pense que la seule règle valable est celle de l'usage : la commission du dictionnaire de l'Académie française n'a jamais réussi à imposer une décision, même grammaticalement ou éthymologiquement justifiée, lorsque la majorité des Français avait adopté la solution opposée.

L'influence de l'alcoolisme sur la défaite française en 1940. — M. **Laignel-Lavastine** rappelle que l'alcoolisme en France s'est aggravé dans les années qui ont précédé la guerre actuelle ; les lois restrictives de l'alcool ont diminué parallèlement les cirrhoses, les psychoses et la criminalité ; les lois facilitant l'alcoolisme ont eu une action inverse. Les effets physiques et moraux de l'alcoolisme se sont concrétisés historiquement dans la défaite de l'armée française en 1940. L'alcoolisme, surtout l'alcoolisme de vin, a eu une influence manifeste sur la défaite.

—M. **Lapicque** combat l'opinion intéressée de ceux qui soutiennent à tort que le vin ne provoque pas l'alcoolisme.

— M. **Armand-Delille** rapporte des faits qui montrent que l'alcoolisme doit être combattu dans l'armée et demande que les autorités militaires supérieures interviennent.

— M. **Laubry** admet les dangers de l'alcoolisme et l'urgence de la lutte contre ce fléau ; mais il trouve que le présentateur a surestimé les méfaits de l'alcoolisme dans l'armée ; il y a à notre défaite, bien d'autres causes et beaucoup plus importantes.

Le problème de la population en France et la puériculture. — M. **B. Weill-Hallé** montre que la régression de la population française va être aggravée par la guerre actuelle, comme elle l'a été par celle de 1914. Trois remèdes sont à envisager contre cette lourde menace pour l'avenir : l'appel à une main-d'œuvre sélectionnée, la lutte contre la mortalité et plus particulièrement la mortalité infantile, l'augmentation de la natalité. La puériculture a une mission essentielle : par la formation du corps et de l'esprit de l'enfant, elle doit déterminer le relèvement en qualité et en quantité des éléments jeunes de la population. L'organisation des écoles de puériculture, la vulgarisation de cette science sont, avec l'amélioration de la condition humaine, les facteurs indispensables du succès.

La lutte anti-vénérienne et les résultats depuis 25 ans en France. — M. **Cavaillon.**

Election de deux associés nationaux. — M. **Courmont** (Lyon) est élu au premier scrutin par 51 voix contre 2 à M. Burnet, 1 à MM. Dhéré, Nicolas et Parisot. M. **Dhéré** (Fribourg) est élu par 39 voix contre 6 à M. Nicolas, 2 à M. Nové-Josserand et 1 à M. Burnet.

LUCIEN ROUQUÈS.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

21 Février 1945.

Appendicite simulant un rétrécissement recto-sigmoïdien. — M. **Daniel Ferey** (Saint-Malo) apporte l'observation suivante : un homme de 67 ans, sans passé pathologique, présente à l'examen un blocage du petit bassin par une tumeur importante qui sténose le côlon. Une ouverture est faite au niveau du cæcum ; ultérieurement, le malade demande la suppression de la fistule. On pratique alors une cæco-rectostomie puis l'ablation d'un appendice pelvien perdu dans une réaction scléro-lipomateuse très marquée. La guérison ainsi obtenue se poursuit depuis 2 ans.

— M. **Houdart** (Marine) a publié 1 cas d'appendicite pelvienne à forme ambulatoire, qui simulait un néoplasme intestinal.

— M. **Küss** rappelle l'hsitoire des rétrécissements péricoliques pelviens qu'il a autrefois décrits. Il montre leurs origines diverses : appendicite pelvienne, affection suppurée des organes génitaux de la femme, abcès de la prostate, etc.

Dans l'évolution de ces rétrécissements, au premier stade, le toucher apporte un signe différentiel majeur : la muqueuse rectale glisse aisément sur la celluleuse sous-muqueuse conservée. Plus tard ce signe manque du fait des rétentions stercorales septiques qui créent la sclérose de la muqueuse. Lorsque l'affection est traitée dès l'origine, on note la surprenante récupération de calibre du rectum, au prix parfois d'une décortication poussée des adhérences inflammatoires péri-rectales. Si on intervient à un stade ultérieur, on peut être amené à pratiquer des interventions d'exérèse colique ou des anus artificiels temporaires

— M. **Sénèque** a publié plusieurs observations d'appendicite à forme tumorale. Il montre l'existence de signes pathognomoniques de l'affection : le cancer cæcal d'abord mobile se fixe par la suite ; l'appendicite à forme tumorale devient de plus en plus libre après les accidents primitifs. Le volume de la masse cancéreuse croît avec le temps. L'inverse est vrai pour l'appendicite pseudo-néoplasique. Enfin les encoches du fond cæcal, visibles sur les radiographies, constituent des signes indiscutables de l'atteinte appendiculaire.

— M. **D. Ferey** insiste sur le fait que son malade n'avait pas présenté d'accidents aigus : fièvre ou douleur, qui puissent faire penser à une lésion appendiculaire.

Fonctionnement d'un centre neuro-chirurgical aux Armées. — M. **Stricker** raconte le rôle d'une formation neuro-chirurgicale créée à Alger en 1943. Cette ambulance a eu à assurer le service des blessés du crâne et de la moelle à Alger d'abord, pendant la campagne de Tunisie, puis lors du débarquement Allié à Naples, enfin dans la France du Sud et de l'Est. L'organisation de ce service a été faite avec le Dr Goinard et une fidèle équipe de neuro-chirurgiens dont Mme Lepoutre. L'auteur rassemble un total de 238 blessés par projectiles de guerre sans compter les accidents ni les traumatismes fermés. Pendant la même période n'ont été traités que 25 blessés de la moelle ; 274 interventions donnent une mortalité globale de 20,2 pour 100 ; 83 projectiles intracérébraux ont donné 30,1 pour 100 de morts ; 56 projectiles tangentiels à la boîte cranienne, 28,6 pour 100 ; 43 plaies perpendiculaires avec déchirure de la dure-mère mais sans pénétration intracérébrale, 7 pour 100 de mortalité. Enfin 28 cas de lésions cérébrales sous une dure-mère intacte n'ont pas amené de léthalité.

Certains blessés déjà opérés à l'avant ayant présenté des accidents de hernie cérébrale ou d'infection grèvent la statistique.

Les règles thérapeutiques suivies par l'auteur comportent l'emploi de l'anesthésie locale, précédée d'injections de sédol ou de chloral. (Le penthothal n'a guère été utilisé, l'anesthésie locale étant toujours préféréc.) On a fait un usage constant des injections en perfusions de plasma et de sang total.

Au point de vue technique, l'auteur préfère l'agrandissement de la plaie d'entrée, plutôt que l'usage systématique d'un volet cranien. Ce procédé, moins traumatisant, moins hémorragique, lui a donné un jour suffisant.

L'essentiel est de faire une correcte toilette du foyer. L'aspiration joue un grand rôle, mais il est parfois nécessaire, pour enlever les esquilles, de faire une exploration digitale de la plaie.

La fermeture correcte de la peau semble un des actes essentiels du traitement.

Mais on ne peut toujours fermer la dure-mère, à l'inverse de ce qui est réalisé dans les opérations neuro-chirurgicales habituelles. On doit chercher seulement à réaliser un revêtement cutané excellent, sans traction, au prix d'incisions de décharge à distance si le besoin s'en fait sentir.

Les complications secondaires ont été rares. L'emploi de la pénicilline dans le liquide céphalo-rachidien, l'usage de ponctions ventriculaires à distance, ont permis de traiter avec succès les complications infectieuses les plus courantes.

Certains blessés ont pu être longuement suivis à Alger. Il n'y a eu aucun cas d'épilepsie traumatique. Certaines infections (gangrène cérébrale par exemple) ont été jugulées par la pénicilline.

—M. **Dufourmentel** rapporte un exemple de suppuration prolongée après plaie du lobe frontal par pro-

jectile dans la cavité orbitaire. La pénicilline a permis une guérison rapide du blessé.

Abcès centro-linguaux réalisant le syndrome dit angine de Ludwig. — M. **Baillis** (Marmande). M. **Mouchet**, rapporteur. Trois cas sont présentés par l'auteur. Ce tableau clinique était celui de l'angine de Ludwig. Deux résultats heureux, une mort. L'origine de ces phénomènes infectieux fut une fois dentaire.

— M. **Truffert** n'a jamais vu d'accidents centro-linguaux après infection dentaire sans qu'il n'y ait eu auparavant signes maxillaires.

Dix années d'expérience de la contre-extension plâtrée dans les fractures de la diaphyse fémorale. — M. **Rieunau** (Toulouse). M. **Mathieu**, rapporteur emploie depuis très longtemps dans les fractures de la diaphyse fémorale un système d'extension et de contre-extension comprenant deux broches placées dans des plans perpendiculaires afin de maintenir et de contenir des fractures dites « en rave » du fémur. Pour l'auteur, cette méthode a une place à prendre entre les moyens orthopédiques d'extension simple et les techniques chirurgicales d'abord direct du foyer de fracture.

Rupture spontanée du canal hépatique. — M. **Verne**. M. **Moulonguet**, rapporteur. Cet intéressant travail a trait à une lésion rare. En effet, sans cause appréciable, la lésion découverte au milieu d'un syndrome de péritonite siégeait au niveau de la sortie hilaire du canal hépatique. L'auteur a cherché dans l'expérimentation l'explication de la lésion. En créant une distension brutale des voies biliaires intrahépatiques, il est rare d'obtenir chez l'animal une rupture du canal hépatique. Cependant elle se rencontre parfois. Dans l'observation qu'il rapporte, l'auteur n'a rencontré aucune des causes habituelles de lésions des canaux biliaires extra-hépatiques, ni angiocholite, ni calculs, ni corps étrangers pouvant expliquer une nécrose pariétale. D'ailleurs la rupture de la voie biliaire dans son cas était linéaire. Le malade a heureusement guéri.

A propos des plaies de l'abdomen par blessures de guerre. — M. **Baumann** ajoute 101 nouveaux cas traités par son ambulance, aux 152 premiers cas rapportés dans une communication antérieure. Il étudie deux points particuliers de traitement : l'influence des sulfamides lui paraît beaucoup plus nette, lorsqu'il s'agit de lésions de viscères creux, que celle de la pénicilline, peut-être parce que cette dernière est sans action sur les colibacilles. Il ne faut donc pas mettre d'espoir exagéré dans l'emploi de ce moyen thérapeutique, du moins en présence d'une péritonite déclarée.

L'usage de l'iléostomie dans les plaies de l'intestin ne semble pas avantageux. Les résultats ne sont pas meilleurs que ceux que l'on obtient par l'aspiration duodénale. Il ne peut être recommandé que pour soulager des sutures sténosantes en vidant des anses distendues.

— M. **Moulonguet** insiste sur l'amélioration obtenue dans les résultats du traitement des plaies de l'abdomen par la méthode des tranfusions massives.

— M. **Bazy** rappelle que les sécrétions intestinales et pancréatiques détruisent la pénicilline et en suppriment les effets habituels.

— M. R. **Bernard** pense que l'iléostomie systématique est inutile, sauf si les anses sont dilatées.

Syndrome abdominal aigu, à type d'occlusion, consécutif à une intoxication par les sulfamides. — M. **Baillis** (Marmande). M. **Mouchet**, rapporteur.

J. Calvet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

23 Février 1945.

Ostéopathie hypertrophiante pneumique de Pierre Marie. — MM. **S. de Sèze** et **Y. Guéguen**. Chez un homme de 63 ans venu consulter pour une augmentation de volume des extrémités des membres, intéressant surtout les mains et les poignets, le diagnostic d'ostéopathie hypertrophiante pneumique de Pierre Marie est posé cliniquement. La radiographie confirme le diagnostic en montrant les images de « périostose engainante » caractéristiques. La radiographie pulmonaire, faite systématiquement pour rechercher une affection pulmonaire causale, fait découvrir une tumeur latente de la base du poumon droit : tumeur régulièrement arrondie de la taille d'une pomme, présentant à la pleuroscopie l'aspect et la mobilité d'une tumeur intrascissurale.

Les auteurs ne pensent pas que l'on puisse nier la fréquence des affections intrathoraciques chez les sujets atteints d'ostéopathie hypertrophiante. Cette fréquence ressort avec évidence des statistiques ; l'origine pneumique habituelle de la maladie est un fait incompréhensible actuellement, mais c'est un fait.

Ils insistent d'autre part sur le fait que l'hypertrophie des mains est liée à l'augmentation de volume des parties molles, bien plus qu'à l'épaississement osseux entraîné par les lisérés d'ostéite engainante, lesquels sont le plus souvent très minces, même quand l'hypertrophie des extrémités est considérable.

— M. **Decourt** remarque que ce curieux cas où il semble s'agir d'une tumeur bénigne non excavée, indique la précession possible de l'ostéopathie. La pathogénie reste très mystérieuse.

— M. **Armand-Delille** a observé la résorption des lésions d'ostéopathie hypertrophiante survenue au cours d'une bronchiectasie, à la suite d'un pneumothorax thérapeutique. La cessation du pneumothorax au bout de 2 ans fut suivie de la réapparition de l'ostéopathie. Ce n'est pas l'anoxémie qui engendre l'affection.

— M. **Rist** dit qu'il ne faut pas confondre l'ostéopathie hypertrophiante pneumique et les simples doigts hippocratiques. La première est exceptionnelle dans la dilatation des bronches.

— M. **Kourilsky** signale que l'hypertrophie des parties molles est très évidente chez le malade de M. de Sèze. On la retrouve dans l'hippocratisme des doigts ; ce n'est pas un hasard. La précession de l'ostéopathie ne doit pas faire rejeter l'existence de foyers infectieux dans la tumeur, même au début.

— M. **Rist** remarque que dans certains cas l'infection peut être éliminée.

— M. **Hillemand** rappelle que les doigts hippocratiques se voient assez souvent dans la polypose intestinale, alors qu'ils sont exceptionnels dans les lésions intestinales ulcéreuses infectées.

La phlegmatia des tuberculeux pulmonaires. — MM. **P. Ameuille** et **J.-A. Combet** insistent sur sa fréquence : près de 9 pour 100 des tuberculeux de leur statistique portant sur 1.000 observations, succombent avec un syndrome de phlegmatia. Elle est deux fois plus fréquente chez la femme que chez l'homme, siège toujours aux membres inférieurs. Le siège de la thrombose est presque toujours les grosses veines iliaques primitives, interne et externe, avec propagation fréquente à la veine cave inférieure. Les embolies pulmonaires qu'elle produit sont le plus souvent latentes.

Il est paradoxal qu'une maladie à développement pulmonaire engendre autant et plus de thromboses des veines iliaques que les opérations pelviennes et le traumatisme obstétrical. Les auteurs en voient une explication possible dans les ulcérations anales qu'ils trouvent souvent à l'autopsie des tuberculeux morts avec une phlegmatia. Ces ulcérations s'associent à des phlébites tronculaires de voisinage, à la thrombose de l'hémorroïdale moyenne, de la veine hypogastrique et des iliaques externe et primitive.

—M. **Fiessinger** trouve cette interprétation pathogénique plausible chez les tuberculeux cavitaires ; mais on rencontre des phlegmatia au cours de pleurésies sérofibrineuses banales. Il y a bien des imprécisions troublantes dans la pathogénie des phlébites.

— M. **Rist** remarque que l'on peut voir des phlébites lors des premiers temps de l'installation d'un pneumothorax, toujours aux membres inférieurs et presque toujours à gauche ; ces faits sont difficilement explicables. De plus, on rencontre des phlébites lors de la primo-infection. Le mécanisme doit donc être très varié.

Alvéolite hémorragique ou inondation alvéolaire? — MM. **P. Ameuille** et **J. Fauvet** rappellent les deux sources possibles des hémoptysies : rupture vasculaire ou bien diapédèse hémorragique, sans lésion vasculaire, sous l'influence d'une intervention neuro-végétative, pensent MM. Jacob et Brocard. Ces derniers auteurs ont décrit comme témoins possibles de cette diapédèse de petits foyers apoplectiques pulmonaires qu'ils appellent « alvéolite hémorragique ».

On peut penser que de tels foyers ne sont pas la cause de l'hémorragie, mais sa conséquence, par embolie bronchique et inondation alvéolaire, par le sang parti d'un foyer de rupture vasculaire méconnu.

Dans un cas d'hémoptysie terminale, on ne trouva au premier examen, à l'autopsie, aucune ulcération pulmonaire, ni rupture vasculaire dans le poumon. Les parties déclives des poumons étaient parsemées de petits foyers d' « alvéolite hémorragique » qui paraissent bien primitifs. Une dissection soigneuse des pièces arrive seule à découvrir un petit anévrysme de l'aorte qui avait passé inaperçu en clinique et risqué de passer inaperçu à l'examen anatomique insuffisamment poussé.

— MM. **Ameuille** et **Fauvet** croient que les hémorragies pulmonaires d'origine neuro-végétative peuvent exister. Ils citent le cas d'un sujet mort à la suite d'une énervation chirurgicale du plexus carotidien, chez lequel les capillaires pulmonaires étaient gorgés et les alvéoles inondés de sang. Mais le malade n'avait présenté aucune hémoptysie avant sa mort.

Anurie au cours d'un érysipèle. Sulfamidothérapie. Guérison. — MM. **A. Lemierre, M. Morin** et **Benhaim** relatent l'observation d'une femme de 65 ans, entrée à Claude-Bernard au 6e jour d'un érysypèle serpigineux du tronc et anurique depuis 3 jours. L'urée sanguine est à 2 *g*. 85. Pendant 5 jours la malade reçoit quotidiennement 2 *g*. de Septoplix. L'érysipèle rétrocède immédiatement. Bien que la diurèse se rétablisse progressivement, l'urée sanguine continue à s'élever pour atteindre 3 *g*. 45 le 12e jour de la maladie. En même temps les signes d'intoxication azotémique s'accentuent : torpeur profonde, hypothermie, odeur ammoniacale de l'haleine, hoquet, troubles du rythme respiratoire. Puis l'azotémie rétrocède lentement en même temps que la diurèse augmente. Au moment où l'urée sanguine revient à 1 *g*. 60, les signes d'intoxication se dissipent assez brusquement. Trois jours plus tard l'urée sanguine tombe à 0 *g*. 29 et la guérison survient.

Ce fait démontre, une fois de plus, que les néphrites survenant au cours de l'érysipèle, loin de constituer une contre-indication à la sulfamidothérapie, imposent d'instituer dans le plus bref délai possible ce traitement qui fait disparaître l'infection, cause de la néphrite.

Mononucléose infectieuse avec exanthème rubéoliforme. — MM. **A. Lemierre, Tournier** et **Michel Rathery** rapportent l'observation d'une jeune fille entrée à Claude-Bernard atteinte d'une angine, d'adénopathie et d'un exanthème rubéoliforme. La constatation d'une splénomégalie palpable dans l'abdomen oriente le diagnostic vers une mononucléose infectieuse. L'examen hématologique montre une hyperleucocytose à 16.000 avec 80 pour 100 de mononucléaires. La réaction de Paul et Bunnel est positive.

Les exanthèmes cutanés sont assez rares dans la mononucléose infectieuse. Dans les cas s'accompagnant d'un exanthème rubéoliforme, la réaction de Paul et Bunnel, toujours négative dans la rubéole, permet de trancher le diagnostic entre les deux maladies.

Pneumonie aiguë sévère traitée par la pénicilline. — MM. **R. Israël** et **J.-P. Massonat** ont traité par la pénicilline une pneumonie aiguë pneumococcique sévère, ayant résisté à 10 *g*. de sulfadiazine. L'injection intraveineuse continue de 400.000 U. Ox., entre le 2e et le 4e jour de la maladie, a donné de brillants résultats : crise urinaire et sudorale après quelques heures, guérison fonctionnelle en 48 heures, nettoyage radiologique en 6 jours. Une rechute après le 6e jour a cependant nécessité la reprise du traitement (400.000 U. Ox. en 3 jours), avec un succès analogue.

Les auteurs insistent donc sur la nécessité de prolonger le traitement par des doses réduites, quelque élevées qu'aient été les doses initiales et quelque brillants qu'aient été les premiers résultats.

Insuffisance ventriculaire gauche au cours d'un paludisme à « Plasmodium vivax ». — MM. **P. Bru, R. Israël** et **P. Boulard** rapportent un cas d'insuffisance ventriculaire gauche dû à un paludisme à *Plasmodium vivax* avec dyspnée, bruit de galop gauche, pincement tensionnel, pleurésie droite et légère augmentation du cœur.

L'infestation palustre n'a donné d'abord que des manifestations cardiaques sans caractère spécial. Les accès fébriles tierces ne sont survenus et le diagnostic n'a été possible que bien après les accidents cardiaques. Le syndrome infectieux avait résisté au salicylate et à la pénicilline. Le syndrome cardiaque n'a réagi à l'ouabaïne qu'après que la quinine lui eût été associée. Celle-ci a fait disparaître immédiatement la fièvre et en 3 semaines l'insuffisance ventriculaire gauche et le bruit de galop.

P.-L. Marie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

24 Février 1945.

Propriétés pharmacodynamiques du 8-quinoléyl-sulfate de sodium. — MM. **M. Loeper, D. Bargeton, Jean Cottet** et **J. Parrod** montrent que l'estérification par l'acide sulfurique de la fonction phénolique de la 8-hydroxyquinoléine, d'où résulte l'acide 8-quinoléyl-sulfurique, fait perdre à la 8-hydroxyquinoléine presque tout son pouvoir bactéricide. Par contre, ce corps est remarquablement cholérétique et diurétique.

La butelline, inhibiteur des actions de la nicotine sur le cœur et la pression, la respiration et l'intestin. — M. **R. Hazard** et Mlle **E. Corteggiani**. La butelline diminue ou supprime les effets de la nicotine sur le cœur, la pression, la respiration et l'intestin du chien, comme le fait la novocaïne, mais son action est plus forte et plus durable.

Elimination à prédominance biliaire d'un nouveau composé sulfamide. — MM. **Jean Cottet, D. Bargeton** et **J. Parrod** rappellent que le sulfamide s'élimine normalement par la bile à une concentration voisine de celle du sang et très inférieure à celle de l'urine.

Un nouveau composé sulfamidé, l'acide *p*-aminophényl-sulfamido-*p*-phényl-2-quinoléine-carbonique-4 permet de dévier une grande proportion de sulfamide de son pôle urinaire pour l'orienter vers la bile où on le dose à des concentrations 10 à 40 fois plus élevées que chez les animaux témoins recevant la même dose de 1162 F.

Augmentation du taux de l'acide pyruvique du sang après convulsivothérapie par électro-choc. — MM. **Gounelle, M. Bachet** et Mlle **Marnay**. La formation d'acide pyruvique au cours des processus fermentaires de la contraction musculaire étant établie, il paraissait probable de trouver une augmentation de l'acide pyruvique du sang circulant au cours de l'effort musculaire.

Les auteurs ont pensé à cette recherche dans la crise convulsive de l'électro-choc. Cette crise entraîne une augmentation immédiate et brutale du taux de l'acide pyruvique. Ce taux diminue rapidement mais 4 à 6 minutes après le début du choc il est encore plus élevé que le taux initial.

Etude d'une albumine isolée apparue au cours du diabète. — MM. **Harvier, Froment** et **Rougier.**

Erratum.

Dans la séance du 10 Février 1945, le titre de la dernière communication est :

Dosage d'acide ribonucléique dans les tissus cancéreux et sains. — MM. **Khouvine** et **J. Grégoire.**

A. Escalier.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

15 Décembre 1944.

Un cas de prolapsus récidivé chez une vierge. — M. **Guillot** relate le cas d'une vierge de 29 ans qui avait été opérée déjà deux fois pour cette affection. A la troisième, l'auteur fut obligé de lui faire, malgré son âge, une hystéropexie abdominale après ligature et section des trompes. Bon résultat éloigné.

Luxation de l'articulation de Lisfranc. — M. **Planson**, à propos d'une lésion de ce genre, se demande si, vu la puissance du ligament de Lisfranc, la fracture de la base du 2e métatarsien, comme c'était le cas pour son malade, n'est pas indispensable pour permettre la luxation.

Gangrène intestinale par ascaridiose chez un enfant de 2 ans. — M. **Bouroullec** (Lannion) enleve du grêle de cet enfant, obstrué près de la valvule iléo cæcale, un peloton de 95 ascaris. Il existait, à 40 *cm*

lus haut, une plaque de gangrène semblant due à un rocessus toxi-infectieux. Les ganglions mésentériques taient très augmentés de volume.

Fractures traitées par la broche de Küntscher. — M. **Rœderer** présente plusieurs radiographies de blessés chez lesquels cette méthode avait été employée.

Elections. — Sont élus : *Président*, M. **Rœderer** ; *Vice-président*, M. **Luquet** ; *Secrétaire général*, M. **Massart.**

G. Luquet.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE

20 Novembre 1944.

Eloge funèbre de J.-L. Faure — M. E. **Douay.**

Intérêt de la température lutéinique dans le diagnostic précoce de la grossesse. — M. **Claude Béclère.** Chez une femme dont on connaît la courbe de température habituelle au cours du cycle menstruel, dont le thermomètre est vérifié, et qui ne présente aucune autre cause d'élévation de température, la persistance de la courbe lutéinique de température rectale matinale chaque jour au-dessus de 37° pendant plus de 20 jours de suite est un signe biologique présomptif très important de grossesse débutante.

Ce signe de la température a une valeur toute particulière chez les femmes ayant souvent des phases d'améuorrhée et dont on suit depuis longtemps la courbe de température.

Parmi de nombreuses observations, 3 cas particulièrement démonstratifs viennent appuyer ces conclusions.

Adhérences épiploïques utérines après césariennes et myomectomie. — M. **P. Ulrich.**

Remarques sur les leucorrées d'origine vaginale. — M. **Louis Netter.**

Maurice Fabre.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

26 Mai 1944.

Les conditions d'une définition de la médecine. — M. **Claoué.** Après avoir insisté sur la double nécessité scientifique et sociale de préciser les facteurs conditionnels d'une définition, nous, en avons exposé les conditions logiques dont les trois formes verbale, descriptive et par classe traduisent la marche de l'esprit humain dans l'analyse pour retourner ensuite à une synthèse démontrée par la définition nominative. Les conflits des progrès humains avec le conformisme, tout comme les obstacles à la compréhension des faits scientifiques s'expliquent par l'ignorance ou par l'oubli de certains aspects de la définition. C'est donc une condition absolue de la découverte que d'envisager l'étude critique d'une de ces définitions dans le général et dans le particulier, comme dans le cas de la médecine et des faits médicaux.

Etiologie et thérapeutique pré-cancéreuse. — M. **Ch. Taguet** demande que dans la lutte contre le cancer on n'attende pas, pour agir, l'apparition de la tumeur. Il faut instituer une thérapeutique préventive d'ordre médicamenteux, diététique et hygiénique contre les facteurs étiologiques cancérigènes.

L'hallux-valgus et son traitement. — M. **V. Charry.** L'hallux-valgus est une affection acquise, évoluant sur un terrain prédisposé, dont le traitement comporte une intervention tendineuse, suivant la technique de l'auteur, et osseuse. En cas d'hygroma infecté, opération en deux temps espacés.

Diphtéro-réaction cutanée au moyen de timbres-tests diphtériques individuels. Etude expérimentale sur le cobaye. — M. **Philippe Kfouri.** Pour rendre plus commode le dépistage des réceptifs, simplifier la réaction de Schick, en lui conservant toute sa précision. Il remplace l'injection intradermique de toxine diluée par l'application sur la peau d'un carré de papier buvard stérile, imbibé de toxine diphtérique glycérinée, de haut pouvoir pathogène. Le timbre-test diphtérique a été expérimenté avec un constant succès sur des cobayes avant et après leur immunisation. Son application après épilation (épidermo-réaction) ou après épilation suivie de griffage superficiel (dermo-réaction) détermine une réaction cutanée des plus nettes, en tous points comparable à celle que produit l'intradermo de Schick

23 Juin.

Réflexions pratiques sur le traitement des tumeurs du sein. — M. **Bellanger** insiste sur l'utilité de la biopsie avec examen extemporané à l'Ultropack pour trancher histologiquement un diagnostic souvent impossible par le seul examen clinique. Cet examen est par ailleurs indispensable pour pouvoir utiliser les bienfaits de l'hormone mâle dans le traitement des mammites chroniques et éviter le coup de fouet nocif qu'il donne aux lésions dégénérées.

Erythème noueux et radiothérapie. — M. **Marcel Joly** vient d'observer 2 cas d'érythème noueux dont il a traité les lésions locales par radiothérapie à doses infimes. Ces lésions ont guéri dans le délai inhabituel de 4 jours. L'auteur ne propose pas un traitement de radiothérapie de l'érythème noueux mais se base sur cette sorte de thérapeutique expérimentale pour suggérer que l'érythème noueux ne représente peut-être qu'une lésion inflammatoire banale et non spécifique capable de se développer sur tout terrain présentant une déficience organique d'une étiologie quelconque.

Syndrome de Vernet post-diphtérique (paralysie du voile du pharynx et du larynx). — M. **Bécart.** La paralysie simultanée des trois nerfs du trou déchiré postérieur (glosso-pharyngien, pneumogastrique spinal) qui caractérise le syndrome peut se rencontrer dans toutes les affections ou blessures intéressant la base du crâne, en cette région du golfe de la jugulaire, où ces trois nerfs sont en contact intime.

On la signale moins fréquemment dans la diphtérie malgré la constance de l'hypertrophie ganglionnaire dans cette affection. En raison sans doute du traitement, les paralysies se limitent plus souvent au voile du palais par un processus de névrite périphérique.

Dans l'observation présentée, la paralysie unilatérale et simultanée du voile du pharynx et du larynx, après la diphtérie, ne peut être expliquée que par l'adénopathie importante au niveau du trou déchiré postérieur, étant donné l'absence du traitement sérothérapique.

A. Bécart.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

23 Octobre 1944.

L'assistance sociale psychiatrique (II). Son rôle hospitalier. Réglementation. Education professionnelle. — MM. **H. Beaudouin, X. Abély** et **Brousseau.** Proposition d'un programme de formation professionnelle. (A la suite de cette communication une Commission est désignée pour proposer un vœu relatif à l'Assistance d'hygiène mentale.)

Critique psychothérapique des conditions actuelles d'hospitalisation des aliénés. — MM. **Ch. Chanes** et **J. Vié.** Certaines conditions de vie dans les hôpitaux psychiatriques sont défavorables à la restauration de la personnalité, de l'activité et du sentiment de la responsabilité chez les malades, en créant une atmosphère d'imprécision, d'irréalité, une promiscuité fâcheuse, une absence d'initiative et de spontanéité. Pour y remédier, point n'est besoin de lois nouvelles, mais d'un esprit plus directement orienté vers la psychothérapie, et qui pour être efficace doit être partagé par les médecins et par l'administration.

L'équipement éducatif des consultations de psychiatrie infantile. L'éducatrice familiale. — M. **J. Dublineau.** La consultation de psychiatrie infantile doit voir son rôle éducatif et social s'étendre par la mise au point de techniques à base familio-éducative et psychoprophylactique. Donc, nécessité d'étendre la psychothérapie médico- et socio-éducative avec un personnel éducatif spécialisé (assistantes de psychothérapie, conseillères d'éducation familiale).

L'assistance éducative dans les centres psychiatriques de traitement. — M. **J. Dublineau.** Nécessité de modifier la conception actuellement ou trop asilaire ou trop hospitalière des hôpitaux psychiatriques par la mise au point de techniques psychothérapiques adéquates, ce qui comporte une révision des conditions de formation du personnel.

Patronage des invalides mentaux socialement isolés dans le cadre de la loi de 1838. — M. **Sivadon.** Mode d'assistance permettant de réinsérer ces sujets dans la société tout en leur conservant la tutelle morale et administrative prévue par la loi sur les aliénés.

Note sur Ritti à l'occasion du centenaire de sa naissance. — M. **Collet.**

13 Novembre.

Sur une forme particulière d'obsession. — M. **A. Barbe** et Mlle **Coulon.** Exposé d'un cas s'apparentant aux faits d'automatisme mental.

Le test de Rorschach. Interprétation méthodologique. — M. **Dublineau.** Nécessité d'orienter l'étude de ce test dans un sens à la fois plus clinique (étude du comportement verbo-moteur, analyse qualitative des réponses) et plus mathématique (réalisation d'un psychogramme après étude statistique basée sur les types caractériels).

Essai d'une étude chiffrée du comportement verbo-moteur dans le test de Rorschach. — M. **Dublineau.** Tentative d'application des données précédentes.

Chromotropisme et tendances caractérielles. — M. **J. Dublineau.** Le choix de la couleur préférée (dans les dernières planches du test de Rorschach, sur une bande spectrale ou dans des laines colorées) révèle une prédominance des bleus et verts chez les sujets de type impulsif et épileptoïde, des jaunes et orangés chez les thymopathes et les schizo-asthéniques. Renversement de la tendance aux extrémités du spectre, pour un petit nombre de cas.

Délires secondaires à des états crépusculaires hypoglycémiques. — MM. **J. Delay, P. Neveu, P. Desclaux** et Mme **Leulier.** Hypoglycémie paroxystique spontanée avec état crépusculaire et libération de phénomènes oniroïdes. Délire chronique de persécution ultérieur.

Sur le mécanisme du coma insulinique. — M. **Jean Delay** et Mlle **Moreau.** Malade chez lequel le non-parallélisme entre le taux de la glycémie et le coma est particulièrement net avec variations de la pression I.C. Discussion pathogénique sur le mécanisme des troubles de la conscience au cours des états insuliniques.

Palilalie chez un paralytique général. — MM. **X. Abély, Desclaux** et **Suttel.** Cas princeps de palilalie chez un P. G., s'apparentant d'ailleurs à l'hébéphréno-catatonie et à la maladie de Pick.

J. Dublineau.

SOCIÉTÉS DE PROVINCE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU NORD

24 Novembre 1944.

Sur une intoxication mortelle par l'huile de Harlem. — MM. **Nayrac, Merville, Fontan** et **J. Coupain** rapportent l'observation clinique, biologique et anatomo-pathologique d'une hépato-néphrite avec polynévrite ascendante, provoquée par de l'huile de Harlem contenant 9 pour 100 de phénols. Ils rapprochent ces faits des publications récentes de polynévrites toxiques par le phosphate de créosote.

Polynévrites diphtériques avec dissociation albumino-cytologique dans le liquide céphalo-rachidien. — MM. **Ed. Doumer, A. Verhaeghe** et **A. Lorriaux,** dans 1 cas, trouvent 6 *g.* d'albumine pour 1 élément ; dans le second, 1 *g.* pour 0,5 élément. La sérothérapie avait été tardive dans les 2 cas.

Le rythme de Cheyne-Stockes chez les cardiaques. — MM. **Ed. Doumer** et **Lorriaux** ont observé 5 fois un rythme de Cheyne-Stockes typique sur 40 cas d'insuffisance cardiaque. Ce rythme se rencontre surtout dans l'insuffisance ventriculaire gauche avec diminution du débit cardiaque. L'ouabaïne intraveineuse est le médicament de ces défaillances cardiaques.

Destruction complète de la moelle dorsale d'origine traumatique sans lésion rachidienne chez un enfant de 9 ans 1/2. — MM. **Christiaens, Wattel** et **Julien Pierret.**

Syndrome cérébelleux persistant, séquelle de méningo-encéphalite aiguë au cours d'une comitialité « essentielle ». — MM. **Nayrac, Linquette, Fontan** et **Mollet.**

Cancer du poumon à expression radiologique curieuse. — MM. **Driessens, Warembourg, Swynghedauw** et **Vandendorp.**

Hystérie épidémique au travail. — M. **L. Christiaens.**

Hypogranulocytose et cancer du foie. — MM. **Legrand, Warembourg, Driessens, Linquette** et **Desruelles.**

R. Pierret.

SOCIÉTÉ ANATOMOCLINIQUE DES HOPITAUX DE TOULOUSE

15 Décembre 1944.

Election du Président pour l'année 1944-1945. — M. **Bounhoure,** médecin-chef des Hôpitaux.

Polynévrite alcoolique, syndrome de Klippel et tuberculose pulmonaire. — MM. **Bounhoure, Bolinelli, Poutansant** et **Nicomède** rapportent l'histoire d'une polynévrite alcoolique grave chez une jeune femme de 34 ans, avec syndrome de Klippel associé à une tuberculose pulmonaire latente gauche. Troubles digestifs intenses et anciens. Mort au 3e mois. Echec et accidents de la collapsothérapie.

Cyanose au cours d'une lithiase rénale infectée. — MM. **Bounhoure, Souquet, Poutansant** et **Nicomède** ont observé un coma fébrile avec dyspnée intense et cyanose généralisée chez une femme de 50 ans admise d'urgence. Cliniquement, petit épanchement pleural gauche, avec pyurie. A l'autopsie, lithiase rénale infectée avec abcès multiples du rein gauche, abcès périnéphrétique, pleurésie purulente gauche (1.200 cm^3). La cyanose demeure inexpliquée.

Opérations pour méningiomes intracraniens ; présentation des malades et des pièces opératoires. — M. **Lazorthes.** Au cours de la présentation de 5 malades opérés ces dernières semaines, l'auteur insiste sur la latence de l'affection qui peut certainement durer des mois et des années.

Néphrite-néphrose chez un enfant de 30 mois. — MM. **Lasserre, Levrat, Bardier** et **Mouledous.** Chez l'enfant, la néphrose pure est de règle, cette association néphrite-néphrose est exceptionnelle.

Sclérites syphilitiques. — MM. **Calmettes, Deodat** et **Tabarly** rapportent l'observation d'une femme atteint de sclérite de l'œil droit, seule manifestation d'un syphilis ancienne avec Bordet-Wassermann positif ; il insistent sur l'importance d'une lésion qui peut passe si facilement inaperçue.

J. Laporte.

NOTES
DE MÉDECINE PRATIQUE
PUBLIÉES PAR LES SOINS DE A. RAVINA

Traitement du zona et des algies post-zonateuses par la novocaïne intraveineuse

M. R. Fleury vient d'ajouter une nouvelle indication à celles, déjà nombreuses, de la novocaïne intraveineuse. Il a proposé dans *Le Progrès Médical* du 10 Décembre 1943 de traiter ainsi les algies liées au zona. Il rapporte l'observation d'un homme de 48 ans, vu au sixième jour d'un zona lombo-abdominal gauche particulièrement douloureux. Une injection intraveineuse de 5 cm^3 de novocaïne à 1 pour 100 fait disparaître les algies presque instantanément. Au bout de quarante-huit heures, quelques légères douleurs réapparaissant, on pratique une nouvelle injection, identique à la première. La douleur disparaît dès lors d'une façon définitive. Mais le traitement n'a nullement modifié l'évolution du zona lui-même.

Des résultats analogues ont été obtenus chez 3 autres malades présentant des douleurs post-zonateuses datant de huit jours, d'un mois et de deux mois. Dans le premier cas, on fit 3 injections de 5 cm^3, à trois, puis à deux jours d'intervalle. Dans le second, 2 injections à trois jours d'intervalle, puis quatre jours après, comme il persistait de légères douleurs à la marche, une injection paravertébrale de 10 cm^3 de novocaïne dans la région du nerf intercostal intéressé. La même technique fut suivie chez le troisième malade.

Les douleurs disparurent complètement en quelques jours chez 2 des malades. Le 3e ne garda pendant quelques semaines que des picotements localisés et peu intenses.

Fleury insiste sur le fait que cette thérapeutique, qui paraît avoir une action remarquable sur les douleurs, n'influence pas l'évolution du zona. Mais il est probable que l'injection locale de vaccin antistaphylococcique, faite selon la méthode de Camescasse par voie intradermique, jointe à l'injection de novocaïne, doit améliorer cette évolution.

L'action de la novocaïne dans de tels cas est assez difficile à s'expliquer. On sait que cette drogue se comporte comme un sympatholytique. Elle doit couper la conduction douloureuse au niveau des relais végétatifs, ganglionnaires ou médullaires.

La méthode a l'avantage d'être simple et bien supportée, même par les sujets âgés, à condition de prendre la précaution d'injecter la novocaïne très lentement.

A. Ravina.

Le dernier mélange oblitérant pour varices résistantes : Iode et benzosalicylate

Le dernier..., parce que son efficacité réduit à rien les insuccès, parce qu'il ne restera plus, après lui, de nouvelles substances sclérosantes, parce qu'il procède d'une idée qui est séduisante pour l'esprit !

C'est un fait qu'un traitement oblitérant de longue durée laisse souvent un certain nombre de trajets qui refusent de se laisser scléroser, quelque liquide que l'on ait employé pour cela. Même les mélanges S.B.M. [1] et G.S.B. [2] que nous avons proposés voici cinq ans pour raccourcir la cure des grosses varices généralisées à toute l'arborisation saphénienne, ne parviennent pas toujours à un résultat suffisant.

Le nouveau mélange que nous avons essayé depuis trois ans procède de l'idée que l'iode proposée par Gerson (iode : 2 *g.*, iodure de sodium : 4 *g.*, eau distillée : 100 *g.*) [3] fragilise l'endothélium veineux et facilite la pénétration, jusqu'à la tunique musculaire — où elle provoquera une énergique contraction, puis une intense sclérose réactionnelle — du benzosalicylate que l'on devra injecter au voisinage de la première piqûre très peu de temps après elle.

Pratiquement, s'il ne reste qu'un trajet court, de 8 à 15 *cm.*, on injecte, en position debout, une première fois, au voisinage de son extrémité supérieure, 4 à 8 cm^3 d'iode à 2 pour 100, une deuxième fois, en son milieu, 1 à 8 cm^3 du mélange (salicylate, 40 pour 100, 3 à 5 cm^3 ; benzoate de soude, 40 pour 100, 1 à 3 cm^3). Si, au contraire, il reste un trajet continu et allongé de la cuisse à la jambe, on pratique 4 injections des mêmes quantités : iode tout en haut, dans le triangle de Scarpa au besoin ; benzosalicylate à 5 *cm.* environ au-dessus du genou ; iode à 5 *cm.* environ au-dessous du genou ; benzosalicylate à 10 ou 15 *cm.* au-dessous du genou.

On a soin de laisser entre les différentes piqûres cinq minutes environ et, après chaque injection, tenant comprimé avec le pouce de la main gauche le point de la piqûre que l'on vient de pratiquer, de masser, avec le pouce de la main droite, le trajet veineux au-dessous de celle-ci.

G. et J. Delater (Paris).

1 et 2. *La Presse Médicale*, 16 Janvier 1940.
3. Gerson : *Société de Dermatologie et Syphiligraphie*, 9 Novembre 1933.

Traitement de la céphalée post-rachianesthésique par les injections épidurales de sérum physiologique

La céphalée persistante constitue un lendemain à la fois si pénible et si banal de la rachi-anesthésie qu'on est forcé d'accueillir avec intérêt un moyen thérapeutique qui mettra peut-être un terme aux récriminations légitimes des patients et permettra aux chirurgiens d'envisager avec moins d'arrière-pensées l'opportunité de ce mode d'anesthésie.

Nous tenons d'un de nos confrères belges, assistant du Prof. Appelman (de Louvain), un moyen simple et qui, dans les cas où nous l'avons essayé, nous a paru *constamment* efficace. Il s'agit de l'injection épidurale d'une dose assez importante de sérum physiologique.

Ce procédé n'est donc pas personnel. Il n'est pas nouveau non plus, car nos recherches bibliographiques nous en ont fait trouver la description première sous la signature de Danis, dans les comptes rendus du Congrès Français de Chirurgie de 1928 (p. 380), et dans *La Presse Médicale* (17 Mai 1924, n° 40).

Cet auteur conseille l'injection de 60 à 100 cm^3 de sérum artificiel dans l'espace épidural.

L'efficacité, déclare Danis, est immédiate, la céphalée disparaissant pendant que l'aiguille est encore en place.

Suivant cet auteur, l'injection agirait en égalisant les pressions des espaces épi- et intra-dural. De fait, le sérum injecté remonte autour de la dure-mère rachidienne, dépassant le niveau de l'orifice de ponction : les pressions épi- et intra-durales tendent ainsi à s'équilibrer, ce qui supprime tout écoulement de liquide céphalo-rachidien.

Depuis plus d'un an, nous avons recouru systématiquement à ce geste thérapeutique simple, dans tous les cas de céphalée, après rachianesthésie ou après ponction lombaire. Il nous a souvent suffi d'injecter de 40 à 60 cm^3 de sérum ; dans les cas où l'amélioration fut seulement temporaire, nous avons recommencé le lendemain ou le jour suivant, et la guérison fut alors définitive.

L'injection épidurale a eu même raison des échecs du traitement classique par l'eau distillée intraveineuse, qu'au début de nos essais nous faisions encore à certains malades.

Dans un cas même, où la céphalée s'accompagnait de pénible névralgie obturatrice, deux « gonflages » de l'espace épidural eurent raison de l'une et de l'autre.

Jusqu'ici, nous n'avons pas eu d'échec.

C'est ce qui nous incite à rappeler ce geste thérapeutique simple, peut-être un peu oublié, mais qui nous semble utile à connaître.

Lucien Leger.

Le traitement des rétentions d'urine d'origine nerveuse par les injections de génésérine

La rétention d'urine est une complication redoutable de certaines affections cérébro-médullaires aiguës ou chroniques.

Qu'il s'agisse de tabes, de myélite, de lésions médullaires traumatiques, ces affections, si elles se compliquent de rétention d'urine, peuvent obliger aux sondages répétés avec les risques d'infection qu'ils comportent ou à la cystostomie, infirmité pour le malade.

MM. Bolgert et Viala, dans le *Progrès Médical* du 24 Avril 1944 (n° 8), rapportent trois observations de troubles nerveux avec rétention, dans lesquelles les injections de génésérine ont permis le rétablissement des fonctions normales de la vessie.

Dans un cas il s'agissait d'un homme atteint de tabes insipiens, dans un autre cas d'un homme atteint de méningite à pneumocoque, traité par les sulfamides ; dans le troisième cas enfin, d'une femme atteinte de paralysie générale. Dans les trois cas les malades ont reçu en injection sous-cutanées deux ampoules de 2 *mg.* de génésérine par jour. La rétention a cédé dès la deuxième injection. Le traitement fut poursuivi pendant deux à cinq jours, les mictions persistant spontanément après l'abandon de la thérapeutique.

Les injections ont été parfaitement tolérées. Dans un des cas, les auteurs avaient auparavant tenté les injections de pilocarpine (1 *cg.* par jour). Celles-ci avaient provoqué des phénomènes généraux, malaises, salivation, sueurs profuses qui ne furent pas reproduits par les injections de génésérine.

Cet essai thérapeutique mérite certainement de retenir l'attention. Nombreux sont les cas où la rétention d'urine survient en dehors de tout obstacle mécanique uréthral, prostatique ou autre, et où elle est véritablement d'origine nerveuse.

L'action heureuse de la génésérine paraît dans ces cas logique *a priori*.

Dans son livre sur le « Système nerveux végétatif » Tinel signale que l'ésérine excite les contractions vésicales et la sécrétion rénale.

L'ésérine est considérée comme une drogue parasympathomimétique. Elle agit sur le fonctionnement vésical, dans le même sens que le système parasympathique : or celui-ci détermine la contraction de la musculature du corps vésical et empêche la contraction du sphincter du col. Les fibres sympathiques exerceraient une action inverse.

Il est peut-être osé de chercher à préciser le point exact d'action de la drogue sur le système autonome, formations ganglionnaires de la paroi vésicale, ou centres des derniers segments de la moelle sacrée qui correspondent au parasympathique pelvien.

Le fait clinique reste à retenir et à rapprocher de deux autres faits d'expérience, très simples également.

L'émission nocturne d'urine chez l'enfant a lieu dans la seconde partie de la nuit, à l'heure où la vagotonie normale du sommeil est la plus forte. Parmi les nombreux traitements de l'énurésie, la belladone à dose souvent élevée a été proposée depuis longtemps et donne souvent de bons résultats.

Entraver le parasympathique est actif en cas de mictions nocturnes involontaires. L'aider paraît logique en cas de rétention.

P. Drouet.

CHRONIQUES
VARIÉTÉS • INFORMATIONS

Les Précurseurs

Les précurseurs sont les hommes qui courent, n tenant le flambeau, devant le char du triomphateur. Ce sont aussi les soldats qui constituent l'avant-garde de l'armée. Les uns et les autres ne ont que passer et ne fixent pas ou ne fixent guère l'attention de la foule.

Dans l'évolution des sciences, les précurseurs ont les hommes qui décèlent des faits nouveaux, mais n'acquièrent pas ou ne conservent pas le mérite de leurs recherches. Leur œuvre est condamnée à périr et, trop souvent, leurs découvertes sont de nouveau ensevelies.

A quoi tient cette injustice du sort ?

A l'une des trois causes suivantes. La découverte a été faite trop tôt et, les esprits n'étant pas préparés à la recevoir, elle n'a pas été comprise. La découverte, pour être exacte, ne s'appuyait pas sur des faits solidement établis et, ses assises étant vacillantes, elle s'est effondrée. La découverte était bien observée et bien établie, mais son auteur n'en ayant pas compris l'importance, n'a pas pu la mettre en valeur ; elle est restée isolée, comme une pierre convenablement taillée, que l'ouvrier n'a pas été capable d'insérer dans l'édifice. Beaucoup de matériaux gisent ainsi sur le sol, attendant qu'un homme de génie survienne, qui en saisira l'intérêt et leur assignera leur véritable place. Car il faut bien se rappeler que l'œuvre scientifique, contrairement à l'œuvre artistique ou littéraire, ne se suffit pas à soi-même ; elle n'est qu'une pièce du grand édifice auquel collaborent d'innombrables travailleurs et ne devient utile que lorsqu'elle a été scellée à la place qui lui convient.

Voilà comment les précurseurs sont condamnés à rester méconnus; la plupart d'entre eux ne méritent pas en effet de parvenir à la gloire, mais peut-être est-on quelquefois trop sévère et même un peu injuste. L'éclat répandu par un homme de génie est tellement éblouissant qu'on n'aperçoit plus les modestes chercheurs qui ont travaillé dans son ombre. Il arrive même que, par crainte de nuire au grand homme, on laisse de côté l'œuvre des précurseurs, on la passe volontairement sous silence. Il ne faut pas surcharger la mémoire du nom des médiocres, me disait un savant à qui je reprochais des omissions de ce genre; un grand nom, ajoutait-il, suffit à caractériser un fait nouveau.

Il me semble cependant qu'il n'est pas inutile de rappeler parfois le travail accompli par les ouvriers de la première heure.

Une des plus belles conceptions dont se puisse enorgueillir le génie humain est incontestablement celle du double mouvement de la terre, conception qui s'est heurtée à l'hostilité des préjugés imposés par ce qu'on appelle le bon sens. La démonstration inébranlable a été donnée par Copernic, dont l'ouvrage parut le jour même de sa mort, le 24 Mai 1543. Mais l'idée est fort ancienne. Dès le VIe siècle avant l'ère chrétienne, Pythagore ou plutôt l'Ecole pythagoricienne enseignait que la terre est sphérique et se meut dans l'espace. La formule exacte a été donnée au IIIe siècle, par Aristarque, de Samos : le soleil immobile au centre de notre système planétaire et ayant pour satellites les planètes parmi lesquelles la terre. Ce précurseur de Copernic fut dénoncé comme un impie et accusé de troubler le repos des dieux ; mais on ne sait s'il fut poursuivi et condamné.

On rend justice aujourd'hui aux initiateurs de la théorie atomique, qui tiennent une grande place parmi les penseurs illustres de la Grèce : il suffit de citer Leucippe, Démocrite et Epicure dont Lucrèce a exposé les conceptions. Mais le poète latin a bien d'autres mérites; véritable précurseur de Galilée et de Newton, il a énoncé fort exactement la loi de la chute des corps dans le vide. Après avoir fait remarquer que l'air et l'eau n'entravent pas avec une égale force le passage des divers objets, mais se laissent traverser d'autant plus facilement que le poids en est plus élevé, il ajoute : « Cependant, en aucun lieu et en aucun temps le vide n'est capable d'opposer la moindre résistance aux choses; à toutes il ouvre également un passage. Voilà pourquoi tous les corps sont forcément transportés dans le vide avec une égale vitesse, malgré l'inégalité de leur poids » (LUCRETII, *de Natura rerum*, L. II, V. 230-239).

Dans les sciences biologiques et médicales les précurseurs sont nombreux et, ce qui est curieux, c'est que les plus anciens se sont attaqués aux problèmes les plus ardus. Alcméon, disciple de Pythagore et fondateur de l'anatomie, car le premier il disséqua des animaux, reconnut l'existence de cécités et de surdités d'origine cérébrale et conclut de ses recherches que le cerveau est l'organe central de l'intelligence.

L'auteur de *La Maladie sacrée*, ouvrage qui a obtenu une place dans le Recueil hippocratique, a compris le rôle du cerveau dans le développement de la pensée, la perception du monde extérieur, l'appréciation du bien et du mal et a rattaché aux troubles de son fonctionnement la folie et le délire. Quelque cent ans plus tard, Erasistrate établissait un rapport entre la complexité du cerveau chez les diverses espèces animales et le degré de l'intelligence et Hérophile, précédant Flourens dans la découverte du nœud vital, logeait l'âme dans le quatrième ventricule. Ces travaux eurent peu d'influence ; Aristote les ignora ou du moins n'en tint pas compte et, au XVIIIe siècle, Buffon affirmait encore que le cerveau, qu'il appelle dédaigneusement la cervelle, est « une espèce de mucilage à peine organisé qui sert simplement à la nutrition des nerfs ». Les psychiatres n'étaient pas plus clairvoyants : Pinel et Esquirol n'osaient pas attribuer au cerveau le développement de la folie.

C'est alors que surgit un nouveau précurseur, Gall, qui soutint que les qualités intellectuelles et morales sont réparties dans 27 cases occupant l'écorce cérébrale et pouvant donner naissance à des bosses craniennes permettant d'apprécier la valeur des individus. Ces assertions, qui ne reposaient sur aucune base scientifique, produisirent une impression profonde, fort heureusement d'ailleurs, car elles servirent de point de départ aux travaux qui ont abouti à nos connaissances sur les localisations cérébrales. Ainsi, en partant de prémisses fausses on a abouti à des conclusions exactes. Il serait d'ailleurs facile de rapporter de nombreux cas où l'erreur a ouvert la porte à la vérité.

La découverte de la circulation du sang appartient sans conteste à Harvey. Mais on ne diminue en rien le mérite du grand physiologiste anglais, en rappelant l'œuvre préparatoire des savants italiens et de leurs disciples : Colombo et Michel Servet savaient que le sang, lancé par le ventricule droit, traverse le poumon; Césalpin, le premier, employa le mot « circulation » et il l'employa judicieusement, car il avait une notion assez exacte de la chose. Ainsi des travaux d'approche permettaient de prévoir le grand événement de l'an 1628.

Pour leur rendre hommage on a souvent attribué le nom de certains savants aux découvertes qu'ils ont faites, mais on n'a pas toujours été équitable et on a méconnu bien des précurseurs. La trompe d'Eustache, par exemple, avait déjà été décrite par Alcméon et le canal de Warthon avait été décrit par Oribase. L'os incisif de Gœthe était connu de Vicq d'Azyr. Depuis quelques années, on désigne souvent le rhumatisme articulaire aigu sous le nom de maladie de Bouillaud. Or Bouillaud a vu la relation entre les arthropathies rhumatismales et les cardiopathies, ce qui est déjà un grand mérite, mais le rhumatisme articulaire aigu avait été fort bien individualisé deux cents ans auparavant par Baillou.

C'est surtout dans l'évolution des maladies infectieuses que de nombreux précurseurs ont rempli un rôle important, souvent méconnu. On sait que l'histoire de cette évolution est intimement liée à celle des fermentations et de ce qu'on a appelé la génération spontanée. Pendant des siècles, il fut admis comme un dogme que les matières qui ont vécu peuvent donner naissance à des êtres vivants. Ainsi la vie se maintiendrait éternelle puisqu'elle triompherait de la mort. C'est seulement au XVIIe siècle qu'Harvey, ayant étudié la reproduction des insectes, émit l'aphorisme célèbre : « *Omne Vivum ex ovo.* » Mais il fallait arriver aux travaux de Pasteur pour qu'il fût démontré que la vie n'a pas de nouveaux commencements ou du moins qu'on n'est jamais arrivé à les mettre en évidence. Cependant des travaux importants avaient déjà paru sur la question, en tête desquels ceux de Spallanzani, qui, au XVIIIe siècle, avait montré que les liquides putrescibles restaient intacts quand on les avait stérilisés par la chaleur et qu'on les maintenait à l'abri des germes de l'air. Ces germes on les connaissait déjà ; dès le XVIIe siècle, Leeuwenhoeck en avait observé le développement dans les infusions, d'où le nom d'Infusoires qu'on leur donna plus tard, et en avait deviné l'origine aérienne.

Le premier microbe pathogène qui ait été observé est celui du charbon, découvert par Davaine, en 1850, dans le sang des animaux morts du sang de rate. Considéré d'abord comme un cristal, sa nature végétale fut démontrée par Delafond, professeur à l'Ecole Vétérinaire d'Alfort qui, ayant mis du sang charbonneux dans un verre de montre, vit les bâtonnets s'allonger et former les filaments comparables à des mycéliums. Davaine reprit alors l'étude du microbe qu'il avait découvert et essaya d'en établir le rôle pathogène; à ses expériences, exactes mais incomplètes, on opposa des expériences erronées qui suffirent à arrêter le progrès. Il fallut les travaux de Pasteur pour établir sans conteste possible la vérité que le précurseur n'avait pas été capable de faire triompher. Continuant ses études sur le charbon, Pasteur découvrit la vaccination par les cultures atténuées; il avait eu un précurseur, Toussaint, professeur à l'Ecole Vétérinaire de Toulouse, qui réussit à immuniser des moutons en leur injectant du sang charbonneux chauffé pendant dix minutes à 55°. La méthode était mauvaise, car infidèle; certains animaux succombant à la maladie contre laquelle on voulait les immuniser; elle n'en marque pas moins une étape intéressante dans l'évolution scientifique. Nous trouvons aussi un précurseur dans la vaccination antirabique, Galtier, professeur à l'Ecole vétérinaire de Lyon, qui immunisa des chiens en leur injectant dans les veines de la salive d'animaux enragés. La démonstration scientifique était parfaite, mais la méthode pratique était aléatoire, car la salive contenait des microbes pathogènes et, si une gouttelette en pénétrait dans les tissus, l'animal contractait la maladie.

Puisque nous parlons des vaccinations, nous pouvons dire que Jenner aussi a eu des précurseurs. Ce fut d'abord l'anonyme génial qui, il y a trois ou quatre mille ans, pratiqua en Chine la variolisation et conféra ainsi, non sans quelques risques, l'immunité contre la variole. Ce furent ensuite les paysans du Comté de Glocester qui savaient que les personnes, ayant contracté des pustules aux mains en trayant des vaches atteintes de Cow pox, sont à l'abri de la variole. En 1768 trente ans avant la première publication de Jen

ier, Sutton et Fewster avaient attiré l'attention ur ces faits.

Les nombreux précurseurs que l'on rencontre lans l'histoire des maladies infectieuses rentrent lans les trois catégories que nous avons admises. Ainsi A. Bassi, de Lodi, publia, de 1830 à 1835, des ravaux remarquables sur la pébrine des vers à soie t développa une théorie parasitaire qu'il appliqua à la pathologie humaine. Il était trop en ıvance et il ne fut pas compris. D'autres, plus ıombreux, entrevirent des faits nouveaux et intéressants, mais ne surent en parachever l'étude. Coze et Feltz, Nepveu, Doléris ont décelé le streptoroque dans divers liquides organiques, mais n'ont pas été capables de l'isoler. Talamon a cultivé, ıvant Frænkel, le pneumocoque, mais il n'en a pas ndiqué les caractères particuliers et notamment i'a pas vu la capsule. Bouchard, en collaboration ıvec Capitan et Charrin, a cultivé le bacille de la norve: mais, pourvu d'un mauvais microscope, il i'en a pas reconnu la forme exacte et l'a décrit omme un microcoque.

Non moins nombreux les précurseurs qui ont 'ait des découvertes dont ils n'ont pas gardé le nérite parce qu'ils n'ont pas su en poursuivre 'étude. Charrin a été de ceux-là. Il a eu une heure le célébrité, car le premier ou un des premiers, il nontra le rôle des sécrétions microbiennes dans le léveloppement des troubles morbides et dans le nécanisme des vaccinations. Il fut aussi un précurseur en sérologie car, dès 1889, il découvrit 'agglutination des Bactéries; il donna une description exacte du phénomène, mais ni lui ni son collaborateur qui, quelques années plus tard, faisait connaître l'agglutination des Champignons pathogènes, ne tirèrent la moindre gloire de leur lécouverte, car ils avaient simplement signalé un 'ait nouveau, dont ils ne comprirent pas l'importance et dont ils ne poursuivirent pas l'étude.

Pour ne pas trop allonger la liste des faits qu'on pourrait citer, je me contenterai de rapporter encore quatre exemples.

A l'époque où l'on s'accordait à rattacher la pellagre à l'ingestion du maïs parasité, Bouchard fit remarquer que les bergers, bien que mangeant du maïs comme les autres habitants des Landes, étaient épargnés par la maladie, simplement parce qu'ils buvaient du lait de chèvre. Il fut ainsi, dès 1862-1864, un précurseur dans la conception des vitamines.

On ne diminue en rien la portée immense de l'œuvre de Pavlov, en rappelant qu'au milieu du XIXe siècle, un physiologiste de Nancy, Blondlot, créa un premier réflexe conditionnel; il provoquait chez le chien la sécrétion du suc gastrique en lui faisant entendre le bruit obtenu par le frottement de deux morceaux de sucre l'un contre l'autre. Claude Bernard, Charles Richet firent des constatations analogues, et Richet proposa même de réunir ces faits sous le nom de « réflexes d'acquisition ». Voilà des constatations intéressantes, mais qui, tant qu'elles furent isolées, restèrent sans importance.

Le troisième exemple que je rapporterai montre que c'est quelquefois après une découverte qu'on exhume un fait analogue. Quand Richet et Portier nous eurent fait connaître l'anaphylaxie, on retrouva dans l'œuvre de Magendie une expérience démontrant qu'une première injection d'ovalbumine rend l'animal plus sensible à une injection ultérieure. C'était un fait isolé, dont personne n'avait compris l'intérêt et qui n'a exercé aucune influence sur l'évolution scientifique. Peut-être était-il arrivé trop tôt, comme cela se produisit, au XVIIIe siècle, pour l'embolie, dont Van Swieten fit une étude expérimentale et clinique, fort exacte et fort complète. Malgré la notoriété dont jouissait l'auteur, son travail passa inaperçu. Au siècle suivant (1845-1856), Virchow aborda l'étude de la même question et les résultats qu'il annonça, considérés comme entièrement nouveaux, soulevèrent un enthousiasme général.

Les faits que j'ai rapportés permettent de mieux comprendre l'évolution des idées scientifiques et la genèse des découvertes. Ils établissent que bien des savants ne sont pas capables de parachever l'œuvre qu'ils ont entreprise: doués d'un esprit original et pénétrant, mais instable, ils se détachent d'un problème dès qu'ils en ont entrevu la solution. Passant facilement d'un sujet à un autre, ils aperçoivent une série de petits faits nouveaux et se procurent ainsi de nombreuses satisfactions. Mais leur notoriété est éphémère, car leur œuvre est vite écrasée par les matériaux mêmes qu'ils ont accumulés et qu'ils n'ont pas été capables d'assembler et d'unir. Pour édifier un monument utile et durable, il faut avoir la patience de s'attacher pendant des années à un même travail, de revoir et perfectionner les premiers résultats obtenus et d'y ajouter des résultats nouveaux; œuvre complémentaire, en apparence simple et accessoire, en réalité complexe et capitale, exigeant un effort considérable. Il est souvent plus facile de faire une découverte que d'en tirer parti.

H. Roger.

Clément Sigalas

(1866-1944)

Une belle figure du monde universitaire et médical vient de disparaître.

Le Prof. Clément Sigalas, doyen honoraire de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux, membre correspondant de l'Académie de Médecine, commandeur de la Légion d'honneur, est mort subitement il y a quelques semaines en pleine activité physique et intellectuelle dans sa petite ville natale de Sainte-Bazeille, en Lot-et-Garonne.

Sa vie si bien remplie est un des plus beaux exemples que l'on puisse donner aux jeunes générations d'aujourd'hui. Doué d'une intelligence particulièrement précoce et d'une ardeur infatigable pour le travail, il fut reçu bachelier ès lettres et ès sciences à 16 ans après de brillantes études au Collège de Marmande. Licencié ès sciences à 18 ans, il était successivement préparateur de Merget en physique médicale et de Jolyet en physiologie. Pharmacien et docteur en médecine à 22 ans, reçu à l'agrégation de physique biologique à peine âgé de 25 ans, il devenait ainsi le plus jeune agrégé de France. Ses travaux scientifiques toujours classiques sur la calorimétrie et la mesure des échanges respiratoires sont à l'origine des déterminations modernes que l'on désigne sous le nom de métabolisme basal.

Enseigneur remarquable, ses débuts dans l'enseignement furent un triomphe. Par sa parole chaude et persuasive, par la sobriété de son langage et la précision de sa phrase il savait clarifier les problèmes les plus ardus de la physique et les mettre à la portée de tous. Ceux qui ont eu le privilège d'être ses collaborateurs et ses disciples sont encore marqués par l'empreinte du Maître. Travailleur infatigable, encore plus sévère pour lui-même que pour les autres, il nous a appris à aimer le travail et l'ordre dans le travail. Nous avons connu la rigueur des méthodes scientifiques et la minutie des techniques expérimentales. Et c'est en écoutant ses leçons que nous avons appris à aimer l'enseignement, à y trouver les plus grandes joies universitaires et parfaitement compris ce principe fondamental de pédagogie, qu'une leçon est faite non pour apprendre mais surtout pour faire comprendre. C'est au cours d'une de ses magnifiques leçons que se décida sa carrière. Le Prof. Bouchard, inspecteur général, y assistait et il en conserva une si forte impression que bientôt était créée pour lui une chaire de physique pharmaceutique. Il n'avait pas encore 35 ans. Clément Sigalas occupa cette chaire jusqu'en 1923 où par suite de la mort de Bergonié elle fut transformée en physique médicale et pharmaceutique.

Ses leçons magistrales rassemblées en un *précis de physique* appliquée devinrent bientôt le livre classique de tous les étudiants en pharmacie de France. Le Prof. Sigalas préparait une quatrième édition de ce manuel quand il fut frappé subitement par le destin.

Mais à son œuvre scientifique s'ajoute et se superpose pour la compléter une œuvre administrative considérable. Administrateur de premier plan, C. Sigalas fut pendant vingt et un ans doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux, et c'est à lui que l'on doit le développement considérable de cette Faculté, l'achèvement de constructions modernes, la création de chaire nouvelles, l'édification de cliniques chirurgicales modernes, la réalisation pratique du Centre régional de lutte contre le cancer, la création de l'Institut d'Éducation Physique.

Ses qualités administratives le firent appeler en 1919 à diriger la Division de l'Instruction publique à la mairie de Bordeaux.

Une activité aussi débordante, servie par une magnifique méthode de travail, ne pouvait se limiter aux questions d'ordre scientifique et universitaire. Les œuvres d'assistance sociale occupèrent aussi une part de ses travaux. Vice-président du Conseil départemental d'Hygiène, président de la Fédération des Œuvres antituberculeuses de la Gironde, président de l'Alliance d'hygiène sociale, vice-président de la Commission administrative des Hôpitaux de Bordeaux, Clément Sigalas s'est toujours penché avec sollicitude sur la misère et la souffrance des pauvres et des humbles. Et dans sa petite ville natale où il s'était retiré depuis son admission à l'honorariat, je peux dire que la quasi totalité de la population est venue frapper à sa porte pour demander un conseil ou chercher un réconfort.

A cet homme de science et de bien, dont les élèves et les amis mesurent aujourd'hui toute l'ampleur du vide causé par sa disparition, s'appliquait parfaitement la magnifique pensée de Littré: « Vivre comme si l'on devait mourir demain et travailler comme si l'on devait vivre toujours. »

R. Fabre.

Livres Nouveaux

Matières premières usuelles du Règne végétal (Thérapeutique, Hygiène, Industrie), par Em. Perrot (avec le concours de MM. M. Mascré, J. Régnier, P. Crété et R. Weitz). 2 vol., 2.344 pages (*Masson et Cie*), 1943-1944. Brochés, 1.400 fr.; cartonnés 1.650 fr.

Malgré les succès retentissants de la chimie synthétique et les apports sans cesse accrus de la chimiothérapie à l'art de guérir, les drogues simples d'origine végétale gardent en thérapeutique une valeur considérable, parfois même inégalable. Un traité de matière médicale moderne reste donc toujours le bienvenu. Mais l'ouvrage qui paraît aujourd'hui se distingue de tous les autres par son ampleur et son extension. Il traite, en effet, nous dit son auteur, « des médicaments simples et autres matières premières usuelles du règne végétal ». Il s'a[git] en effet non seulement de drogues, mais encore des produits alimentaires, odorants, textiles, oléagineux colorants, que peut fournir le règne végétal: vaste inventaire, et mondial, de toutes les richesses d'origine végétale. Tous les produits naturels qui peuvent être à des titres divers, utiles à l'homme sont ici décrits et l'on apprendra non seulement les conditions de leur culture, mais encore leur répartition mondiale et leur valeur économique.

Le caractère général de l'entreprise ne va pas empêcher l'ouvrage d'être surtout consacré à l'étude des drogues végétales utilisées en médecine. Aussi comporte-t-il une partie pharmacologique particulièrement importante. Si l'exposé général des matières est basé, comme il doit l'être, sur la classification botanique, près de 200 pages sont consacrées aux généralités sur la nature et les propriétés, sur l'activité physiologique des principaux constituants actifs des végétaux.

Le chapitre des Éléments de phytopharmacie (M. Mascré) comporte notamment — après un rappel des notions de chimie organique — l'étude générale des glucides, alcaloïdes, essences, diastases, etc. Le chapitre des propriétés physiologiques (J. Régnier) est consacré à la classification des drogues végétales d'après leur action prédominante en 9 groupes suivant le plan général adopté par le Prof. M. Tiffeneau.

La première partie se termine par de longues considérations sur les matières premières végétales du point de vue de leur utilisation courante en thérapeutique dans l'alimentation, dans diverses industries; sur leur production, leur culture, leur récolte, leur dispersion géographique.

La deuxième partie, qui est de beaucoup la plus importante, est remplie par la description détaillée de toutes les matières premières végétales avec leur origine, leur composition, leurs usages. Ici encore, une place importante est réservée pour chaque produit aux actions physiologiques et aux usages thérapeutiques.

L'ouvrage est abondamment illustré de planches, de photographies qui lui donnent un aspect plaisant à l'œil.

Ses qualités générales sont d'ailleurs telles que le lecteur non prévenu aura quelque peine à réaliser le prodigieux effort qu'auteurs et éditeur ont dû fournir pour mener à bien, à travers tant de difficultés matérielles, cette belle œuvre.

Le Prof. Perrot a beaucoup vu de choses à travers le monde et, de ses voyages, beaucoup retenu: c'est de son expérience que pourront largement profiter tous ceux qui puisent, directement ou non, dans les vastes ressources du règne végétal.

René Hazard.

INFORMATIONS

L'Union de la Presse Médicale française

Devant les difficultés actuelles, la PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE s'est constituée en 3 syndicats pour la défense de ses intérêts, ce sont :

1° Le Syndicat des Directeurs de journaux médicaux français

avec le Bureau suivant : *Président*, Prof. N. FIESSINGER ; *Vice-présidents*, Prof. JUSTIN-BESANÇON et Dr HAMANT ; *Secrétaire général*, Dr LASSABLIÈRE ; *Secrétaire général adjoint*, Dr ROUÈCHE ; *Trésorier*, Dr BONNET-ROY.

2° Le Syndicat des journaux médicaux français

avec le Bureau suivant : *Président*, Dr F. LE SOURD ; *Vice-présidents*, Prof. CASSOUTE et Dr DOIN ; *Secrétaires généraux*, MM. DUPIN DE LACOSTE et Jean MIGNON ; *Trésorier*, Dr ROUX-DESSARPS.

3° Le Syndicat de la publicité

avec le Bureau suivant : *Président*, M. THIOLLIER ; *Secrétaire général*, M. BATARD ; *Trésorier*, Dr ROUX-DESSARPS.

Ces 3 syndicats se sont réunis pour former :

L'Union de la Presse Médicale française

dont le Bureau est ainsi composé :

COMITÉ D'HONNEUR.

Président : Prof. LOEPER.
Membres : Prof. ROUSSY, Recteur de l'Académie de Paris ; Prof. BAUDOIN, Doyen de la Faculté de Médecine ; Prof. JUSTIN-BESANÇON, Président de la Croix-Rouge française ; Dr CAVAILLON, Secrétaire général du Ministère de la Santé publique et Dr DUHAMEL, Secrétaire perpétuel de l'Académie française.

BUREAU.

Président, Prof. FIESSINGER ; *Vice-présidents*, Drs LE SOURD et DOIN ; *Secrétaire général*, Dr P. LASSABLIÈRE ; *Secrétaires généraux adjoints*, MM. DUPIN DE LACOSTE et MIGNON ; *Trésoriers*, MM. ROUX-DESSARPS et BONNET-ROY.

Ainsi constitués, ces syndicats vont permettre à la PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE de remplir sa mission, c'est-à-dire :

1° De diffuser auprès des praticiens français les progrès incessants de la médecine ;
2° De défendre les intérêts moraux et professionnels des médecins français ;
3° De répandre à l'étranger les idées et le prestige de la science médicale française.

A une époque tragique de notre histoire, où plus que jamais toutes les énergies nationales doivent contribuer au relèvement de la Patrie, il est indispensable que la Presse Médicale française, fidèle à son passé, puisse continuer à rayonner dans tout l'univers et à contribuer ainsi à la grandeur de la France.

Conseil supérieur d'hygiène publique EN FRANCE

— Par arrêté du 16 Février 1945 sont nommés, pour l'année 1945 :
Président délégué : M. Jules RENAULT. — *Vice-présidents :* M. BROUARDEL et prof. TANON.
— Sont nommés pour une période de trois ans :
a) *Secrétaire :* M. BRIAU.
b) *Présidents de section :*
1re section : eau et assainissement : M. BROUARDEL.
2e section : épidémiologie : Prof. LEMIERRE.
3e section : alimentation : Prof. SCHAEFFER.
4e section : sérums et vaccins : M. TRÉFOUEL.
5e section : hygiène industrielle et médecine du travail : Prof. DUVOIR.
c) *Membre (en qualité de directeur régional de la santé et de l'assistance)* : M. LE BOURDELLES.
(*J. O.*, 23 Février 1945.)

COMMISSION NATIONALE DE Reconstitution des Syndicats Médicaux

Instituée par une ordonnance du 15 Décembre 1944 (*J. O.* du 17 Décembre 1944), créée par décret du 13 Janvier 1945 (voir *P. M.*, 20 Janvier 1945, p. 35), la Commission a été convoquée pour la première fois le 25 Février 1945.

Saisie des demandes de reconstitution de la part de la Confédération Générale et des Syndicats de spécialisation (chirurgiens, O.-R.-L., oculistes, pulmonaires, O.P.H.S.), elle regrette de ne pouvoir prendre aucune décision en l'absence de tous renseignements visant un certain nombre de membres des organismes directeurs de ces syndicats ; elle demande au Ministère de la Santé publique et aux Comités médicaux départementaux qui en seront saisis de faire toute diligence pour lui fournir ces renseignements afin que la reconstitution des syndicats puisse se faire le plus rapidement possible, conformément aux vœux du Corps médical tout entier.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Conseillers techniques sanitaires

— Par arrêté du 19 Février 1945, M. TOULOUSE a été nommé conseiller technique sanitaire du ministère de la santé publique pour la psychiâtrie.

NOMINATION A LA CLASSE EXCEPTIONNELLE des Professeurs titulaires de l'Enseignement supérieur

Un décret du 12 Février 1945 modifie l'article 4 du décret du 20 Janvier 1945. (Voir notre n° 5, p. 67.) :

La COMMISSION SUPÉRIEURE DE CLASSEMENT sera présidée par le directeur général de l'enseignement et comprendra en particulier le secrétaire général de l'académie de médecine, le recteur de l'académie de Paris, les doyens des facultés de l'université de Paris, l'administrateur du Collège de France et quatre doyens des facultés des universités de province de droit, médecine et pharmacie, sciences, lettres, comptant au 1er Janvier de l'année précédente le nombre le plus élevé d'étudiants inscrits ou immatriculés.

(Extr. du *J. O.*, 13 Février 1945.)

Université de Paris

Enseignement de la Radiologie et de l'Electrologie médicales organisé par la chaire de Physique médicale (Prof. André STROHL) et l'Institut du Radium (MM. A. DEBIERNE et A. LACASSAGNE) avec la collaboration des médecins électroradiologistes des Hôpitaux.

Troisième partie. ELECTROLOGIE-PHOTOTHÉRAPIE.

I. — Le cours aura lieu à l'Amphithéâtre de Physique de la Faculté de Médecine, à 18 heures, du 5 Mars au 23 Avril 1945.

II. DES TRAVAUX PRATIQUES porteront sur la technique électrologique et auront lieu à partir du 12 Mars au laboratoire de Physique, sous la direction de M. Desgrez.

III. STAGES. — Pendant toute la durée du Cours, les élèves accompliront un stage d'Electrologie dans un service qu'ils pourront choisir.

L'enseignement préparatoire au diplôme de Puériculture de la Faculté de Médecine de Paris, commencera le mercredi 11 Avril 1945, à l'Ecole de Puériculture (Dr M. LELONG, Directeur).

Cet enseignement, destiné aux docteurs en médecine et aux étudiants en médecine pourvus de 16 inscriptions comprendra : 1° des *stages* d'une durée de 1 mois pour l'obstétrique et de 3 mois pour la pédiatrie et des *cours* comprenant deux séances quotidiennes à l'Ecole de Puériculture de 17 à 19 heures, du 14 Mai au 15 Juin 1945.

La répartition des élèves dans les services hospitaliers aura lieu le 10 Avril 1945.

Inscription (cours théorique : 500 fr. ; ensemble des cours et stages : 750 fr.) au Secrétariat de l'Ecole, 26, boul. Brune, Paris-14e.

Cours complémentaire de Bactériologie. — Le Prof. GASTINEL, assisté du Dr Névot, chef des Travaux, du Dr Broeard, faisant fonction d'agrégé, commencera le lundi 9 Avril 1945, à 14 heures, un cours complémentaire de Bactériologie.

Ce cours aura lieu les lundi, mardi, mercredi et vendredi de chaque semaine jusqu'au 10 Juillet ; il se terminera par un examen.

Chaque séance comprendra un exposé théorique et des manipulations. Les auditeurs seront exercés aux techniques microbiologiques et immunologiques appliquées au diagnostic des maladies infectieuses de l'homme.

Inscription (1.500 fr.) au Secrétariat de la Faculté sur présentation d'une feuille d'admission délivrée par le laboratoire de bactériologie.

Universités de Province

Ecole de Médecine de Tours. — M. RICHARD, professeur suppléant est nommé, à compter du 1er Janvier 1945, professeur titulaire de la chaire de clinique obstétricale (M. Roy, décédé).

Concours et places vacantes

Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand. — Des concours pour les emplois de professeurs suppléants : 1° de clinique obstétricale ; 2° de clinique médicale, à l'école de médecine de Clermont-Ferrand s'ouvriront le 1er Octobre 1945 devant la faculté de médecine de Toulouse.

Registre des inscriptions clos le 1er Septembre.

Ecole de Médecine de Dijon. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de physiologie et d'histologie à l'école de médecine de Dijon s'ouvrira le 1er Octobre 1945 devant la faculté de médecine de Lyon.

Registre des inscriptions clos le 1er Septembre.

Ecole de Médecine de Poitiers. — Deux concours pour les emplois de professeurs suppléants : 1° d'anatomie et physiologie ; 2° de pathologie et clinique médicale, s'ouvriront le 10 Octobre 1945 devant la Faculté de médecine de Bordeaux. Registre des inscriptions clos le 10 Septembre.

Ecole de Médecine de Tours. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de pharmacie et matière médicale à l'école de médecine de Tours s'ouvrira le 1er Octobre 1945 devant la faculté de pharmacie de Paris.

Registre des inscriptions clos le 1er Septembre.

Préventorium infantile Armaingaud, à Moulleau, près Arcachon (établissement municipal). — Un poste de médecin-résident est libre. Situation réservée à un médecin sinistré ou mutilé. S'adresser à la mairie d'Arcachon.

Inspection de la Santé

— Mlle le docteur THÉRÈSE BROSSE, est nommée médecin inspecteur à l'assistance intérimaire de la Santé dans le département du *Puy-de-Dôme*.

— M. le docteur JOLLES est nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé dans le département de la *Loire-Inférieure*.

— M. le docteur HOFFANN, médecin inspecteur adjoint de la Santé de Meurthe-et-Moselle, est affecté, en la même qualité, dans le département de la *Moselle*.

— M. le docteur GERLINGER, médecin inspecteur adjoint de la Santé de la Vienne, est affecté, en la même qualité, dans le département du *Bas-Rhin*.

— Mlle BLEU, médecin inspecteur adjoint intérimaire de la santé du Loiret, est affectée, en la même qualité, dans le département du *Loir-et-Cher*.

— L'arrêté en date du 6 Décembre 1944, chargeant M. TONDRE, médecin inspecteur adjoint de la santé, de mission dans le Bas-Rhin pour une durée de trois mois, est rapporté.

— L'offre de démission de M. le docteur CHERRILS, médecin inspecteur assistant de la Santé du *Pas-de-Calais*, est acceptée.

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

— M. LETAILLEUR, médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique de Clermont-de-l'Oise, est affecté, sur sa demande, en la même qualité, à *l'hôpital psychiatrique de la Seine-Inférieure, à Sotteville-les-Rouen* (poste vacant).

— Mlle MOREL, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de la Seine-Inférieure, a été affectée, d'office, en la même qualité, à *l'hôpital psychiatrique de Saint-Venant* (Pas-de-Calais) [poste vacant].

Nouvelles diverses

Centre de Réanimation-Transfusion de l'Armée. — Le 4e stage de Réanimation-Transfusion de l'Armée a commencé le 5 Mars, à 15 h., sous la direction du médecin Lieutenant-Colonel TZANCK.

Ce cours se poursuit tous les jours à 15 h. et porte sur les sujets ci-dessous :

Aspects nouveaux de la Réanimation-Transfusion (Lieutenant-Colonel Tzanck). — Groupes sanguins et groupage (M. R. André). — Facteur Rh (Lieutenant-Colonel Tzanck). — Sang conservé (Capitaine Solal). — Appareillage à sang frais (M. R. André). — Appareillage à sang conservé (Lieutenant Massebeuf). — Plasma, sérums, solutions cristalloïdes (Capitaine Solal). — Les hémorragies aiguës. Le choc. Etiopathogénie. Clinique et traitement. Syndrome de Bywaters (4 leçons par le Lieutenant Chiche). — Accidents généraux des brûlures (Lieutenant Bessis). — Soins pré- et post-opératoires (Lieutenant Chiche). — Voies d'accès de la transfusion (Lieutenant Dausset). — Accidents de la transfusion (Lieutenant Chiche). — Lésion par explosion (Capitaine Morali). — Oxygénothérapie et carbothérapie (Capitaine Morali). — Asphyxie (Lieutenant Chiche). — Electrocution, submersion (Lieutenant Dausset). — Gaz de combat (Lieutenant-Colonel Moynier). — Organismes de Réanimation aux Armées (Capitaine Ricard).

Un *cours facultatif, théorique et pratique d'Hématologie* aura lieu en même temps avec la collaboration de MM. R. André, Albahary, Chiche, Bessis, Mallarmé Paris.

Un certain nombre de places sont disponibles pour les amateurs civils qui s'intéressent à ces questions. Les inscriptions seront reçues en nombre limité au Centre National de Transfusion de l'Hôpital Saint-Antoine (Secrétariat Militaire : le matin de 9 à 11 heures).

Cinq conférences sur l'Histoire de la syphilis seront faites par le professeur LAIGNEL-LAVASTINE, à l'Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques Paris-14e. Ces conférences s'adressent non seulement au

médecins, aux étudiants, aux assistantes sociales, mais encore à tous ceux qui s'intéressent aux questions d'hygiène sociale.

Elles auront lieu aux dates suivantes, à 17 h. :

10 Avril : La syphilis existait-elle dans le vieux monde avant Colomb ? — 17 Avril : Découverte de l'Amérique et syphilis. — 24 Avril : Syphilis et Renaissance. — 1er Mai : Fracastor et Rabelais. — 8 Mai : La syphilis au point de vue médical et social du XVIe au XVIIIe siècle.

S'inscrire au Secrétariat de l'Institut Alfred-Fournier.

Cours de Service social antivénérien. — 14 leçons seront faites du 7 au 12 Mai 1945, à l'Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris-14e et à la Clinique Baudelocque par MM. Gougerot, Milian, Sicard de Plauzolles, Durel, Cavaillon, Rabut et Fernet.

Deux visites auront lieu au Musée de l'Hôpital Saint-Louis, le jeudi 10 Mai, à 15 heures, et le samedi 12 Mai, à 15 heures.

Nombre des admissions limité, se faire inscrire (50 fr.) à la Ligue Nationale Française contre le Péril Vénérien, 25 boulevard Saint-Jacques, Paris-14e, le plus tôt possible.

ÉCOLE DE STAGE DE SERVICE SOCIAL. — La Ligue Nationale Française contre le Péril Vénérien a créé une École de stage de service social antivénérien pour l'instruction des infirmières assistantes d'hygiène sociale qui désirent se préparer à la lutte contre les maladies vénériennes. Un certificat est délivré aux élèves.

Centres Régionaux d'éducation sanitaire. — M. KUHN, professeur à l'École de Médecine de Dijon, est nommé directeur du Centre de Dijon.

— M. WALTER STEWART, chargé de cours à l'École de Médecine de Rouen, est nommé directeur du Centre de Rouen.

Médailles de la Famille française. — L'Association « Médecine et Famille » (28, place Saint-Georges, Paris-9e) serait heureuse de connaître rapidement toutes les familles médicales qui déposèrent en 1944 et 1945 un dossier de vue de la médaille de la Famille française, ou qui l'ont reçue depuis Avril 1944.

Indemnités annuelles allouées au personnel des établissements nationaux de bienfaisance. — Le J. O. du 21 Février 1945 publie, p. 911, l'échelle des indemnités annuelles allouées au personnel des établissements nationaux de bienfaisance ne recevant aucun traitement soumis à la retenue pour la retraite et uniquement rémunérés par indemnités.

Ces indemnités se rapportent particulièrement au personnel médical de la Maison maternelle nationale, des Quinze-Vingts, des Institutions nationales des Sourds-Muets, des Aveugles, de l'hôpital Dufresne-Sommeiller, des Asiles nationaux des Convalescents et du Vésinet, du sanatorium Vancauwenberghe.

Remplacements. — Les Médecins, Chirurgiens et Spécialistes trouveront immédiatement à l'Association corporative des remplaçants sérieux : Docteurs, Internes ou Étudiants ayant déjà fait des remplacements et remplissant toutes les conditions légales. S'adresser, de 13 h. à 18 h. 30, à l'Association corporative des Étudiants en Médecine, 8, rue Dante, Paris-5e. ODÉon 58-90.

Distinctions honorifiques

CITATIONS A L'ORDRE DE L'ARMÉE

Médecin lieutenant Jean BOUSQUET (ne R.T.A.).
Médecin auxiliaire Roger PIALOUX (ne dragons).

MEDAILLE DES ÉPIDÉMIES

(MAROC)

Médaille de vermeil. — Drs DELAGNE (Port-Lyautey), DUPUCH (Rhafsai).

Médaille d'argent. — Drs BÉGHEUR (Khouribga), BERNE (Oudjda), BLUTEAU (groupe sanitaire mobile du Dades Todra), BOUMEZ (groupe sanitaire mobile de Ouezzan), MERLIN-LEMAS (Rabat).

Nos Échos

Naissances.

— Les docteurs B. J. DOLTO et FRANÇOISE DOLTO-MARETTE sont heureux d'annoncer la naissance de leur second fils *Grégoire* (28 Novembre 1944).

— Le docteur et Madame Raoul PERROT sont heureux d'annoncer la naissance de leur deuxième fille *Sylvie* (Paris, le 9 Août 1944).

— Le docteur et Mme JEAN VAMEL, ont la joie d'annoncer la naissance de leur troisième enfant *Jacqueline* (Annecy, 7 Janvier 1945).

— Le docteur Jean CHEYNEL et Madame CHEYNEL-ROUVEYNOL sont heureux d'annoncer la naissance de leur fils *Henry* (Saint-Étienne, 22 Janvier 1945).

— JEAN-FRANÇOIS COUESPEL est heureux de faire part de la naissance de sa petite sœur *Marie-Agnès* (Évreux 11 Février 1945).

— M. V. NOLF-DESMANCHELIER, Interne des Hôpitaux de Lille et Madame sont heureux d'annoncer la naissance de leur fille *Thérèse* (Lille, 9 Février 1945).

— Le docteur et Mme MAX FILIPPI, de Lille, sont heureux de faire part de la naissance de leur fils *Charles*

— Le docteur MALVIEL et Madame sont heureux de faire part de la naissance de leur petite fille *Martine* (Brest, 13 Février 1945).

— Le docteur et Madame Robert JECDON ont le plaisir de faire part de la naissance de leur troisième enfant *Danielle* (Paris, 23 Février 1945).

— Marie-Hélène CHATAIN est heureuse de faire part de la naissance de son petit frère *Patrick* (Dr CHATAIN Châteauneuf-la-Forêt, Haute-Vienne, 26 Février 1945).

— Madame et le docteur Louis BROCHARD, de Versailles sont heureux de faire part de la naissance de leur fils *Alain* (Boulogne-sur-Seine, 6 Février 1945).

— Blandine, Paul et François VOISIN sont heureux d'annoncer la naissance de leur petit frère *Daniel* (Paris 2, rue de Narbonne, 14 Février 1945).

— Le docteur Pierre CAPRON, chef de clinique médicale à la Faculté et Madame, née Guillouët, sont heureux d'annoncer la naissance de leur deuxième fils *François-Noël* (Paris, 26 Décembre 1944).

— Le docteur et Madame Paul BAUD sont heureux de faire part de la naissance de leur septième enfant *Françoise-Marie* [Thiers (P.-d.-D.), 17 Février 1945].

— Catherine et Anne-Marie SEURÉ sont heureuses de faire part de la naissance de leur petite sœur *Sylvie* (Dr R. SEURÉ, Luzy, Nièvre).

Mariage.

— On annonce le mariage du docteur Maurice LE HIR (de Soulanger, M.-et-L.) avec Mademoiselle Marie CHEVALIER.

Décès.

On annonce le décès :

— Du professeur P. ABRAMI, professeur de clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris, commandeur de la Légion d'honneur.

— Du professeur ARTHUS, de l'Université de Lausanne

— Du docteur Albert CHAUCHARD, directeur honoraire du Laboratoire de neuro-physiologie de l'École des Hautes-Études (Châtillon, 22 Février 1945).

— De Mademoiselle Colette JUVIN, externe des Hôpitaux de Paris, fille du Dr JUVIN, de Candé (M.-et-L.).

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

AVIS. — Prière de joindre aux réponses un timbre de 2 francs pour transmission des lettres.

Le gérant : F. THOMAS.

Imprimé par l'Anne Imprimerie de la Cour d'Appel, 1, rue Cassette, à Paris (France).

TRAVAUX ORIGINAUX

SYNTHÈSE DES NUCLÉOPROTÉIDES ET GRANULATIONS CELLULAIRES

Par **C. LEVADITI**
(Paris)

Au cours de ces dernières années (1940-1943), J. Brachet (de Bruxelles) a révélé une série de faits particulièrement intéressants, concernant le rôle des acides nucléiques dans la physiologie cellulaire, en particulier dans l'anabolisme des protéides nucléo-cytoplasmiques. Au surplus, ce jeune savant vient de réaliser une microdissection des cellules animales et végétales (levures), en les réduisant à l'état de « granules », supports de fonctions enzymatiques spécifiques. Il nous a semblé utile de résumer ici ces travaux et les conclusions qui s'en dégagent, dont l'importance en cyto-physiologie apparaît de tout premier plan.

* * *

La biochimie nous enseigne qu'il existe dans la cellule au moins deux acides nucléiques : l'*acide thymonucléique*, isolé, en particulier, du thymus, et dont le constituant hydrocarboné est le *désoxyribose* ($C_5H_{10}O_4$), et l'acide *pentosonucléique* (zymonucléique, ribosonucléique), contenant, en tant que sucre, le *ribose* ($C_5H_{10}O_5$) et présent dans les levures. Des méthodes chimiques et histo-chimiques permettent d'identifier ces deux acides. Le premier, parmi eux, est décelable grâce à l'utilisation de la réaction de Feulgen, le second par la technique de Brachet. L'un de ces procédés étant classique, voici les détails du second, moins connu, quoique tout aussi précis :

Les tissus sont rapidement fixés par le réactif de Carnoy, puis colorés, après paraffinage et coupes, par la méthode de Unna-Pappenheim (vert de méthyle-pyronine). Les composants cellulaires contenant l'acide pentosonucléique se colorent en rouge, ceux à base d'acide thymonucléique prennent une teinte bleue. Ce qui prouve l'exactitude de cette définition histochimique, c'est l'action préalable de la *Ribonucléase* (Zymonucléase), enzyme qui hydrolyse l'acide pentosonucléique. Cette enzyme est préparée de la manière que voici :

Du pancréas de bœuf est broyé finement, puis traité par 1 ou 2 volumes d'acide acétique, à O, 1 N, pendant douze heures. On fait bouillir pendant dix minutes, on filtre et on neutralise. La filtration est renouvelée, puis on dialyse pendant vingt-quatre heures le liquide ainsi obtenu. Le précipité est séparé par centrifugation et le restant utilisé en tant que *Ribonucléase*. Cette enzyme, nous l'avons vu, hydrolyse sélectivement l'acide *pentosonucléique*, mais se révèle inactive à l'égard des protéides, des peptones, des glucoprotéides, des polysaccharides, des éthers phosphoriques, des glucides, des lipides, enfin de l'acide thymonucléique (Brachet [1]). Elle est thermostabile en milieu acide, soluble dans l'acétone à 50 pour 100 et son optimum d'action est à 70°.

Or, il suffit de soumettre à l'hydrolyse zymonucléasique une cellule dont, sans cela, le cytoplasme se colore en rouge par la pyronine, pour constater que sa faculté de révéler cette teinte disparaît totalement. L'action hydrolysante de la zymonucléase permet ainsi d'identifier la présence de l'acide pentosonucléique. C'est là l'essence même de la technique utilisée, avec plein succès, par Brachet et ses collaborateurs.

Répartition de l'acide pentosonucléique dans la cellule. Ses fonctions. — Alors que l'acide thymonucléique est localisé dans l'euchromatine nucléaire (à l'exception du nucléole), l'acide pentosonucléique est un constituant de l'hétérochromatine et du cytoplasma, c'est-à-dire présent là où la synthèse des protéines est intense. Virus végétaux, bactéries, levures, éléments cellulaires en état de mitose, en sont les principaux dépositaires. Il en est de même des caryocinèses au stade de prophase et de métaphase. Caspersson et ses collaborateurs l'ont décelé à l'aide de la spectrographie (rayonnement ultraviolet) dans les chromosomes, les granulations de Nissl et l'épithélium germinatif du revêtement cutané; Zylberszac [2] dans les plasmocytes.

Quant à son *rôle physiologique*, le voici en quelques mots : l'acide pentosonucléique semble constituer l'élément essentiel de la synthèse des protéides, lors de l'anabolisme cellulaire. Si l'acide thymonucléique, par suite de la forme allongée de ses molécules, paraît déclencher la synthèse des protéides spécifiques, par contre l'acide pentosonucléique, en vertu de l'état sphéroïde de ses constituants moléculaires, paraît déclencher la synthèse des protéides plus simples. Peut-être participe-t-il à celle du premier de ces acides. « Certaines observations (sa présence dans les nucléoles) cadrent bien avec l'hypothèse de la filiation entre les deux types d'acides nucléiques » (Brachet [3]). Quoi qu'il en soit, l'acide pentosonucléique n'offre pas de prédilection exclusive pour les éléments cellulaires des tissus en voie de croissance, ainsi que le soutenaient Caspersson et Schultz [4], car Brachet (*loc. cit.*) le décèle également dans des organes au repos, tels le foie, le pancréas, les neurones [5]. Substance de réserve ? C'est probable, mais non encore rigoureusement démontré. Quant à la constitution chimique des protéides auxquelles il donne naissance, il s'agirait de polynucléotides, voisines de l'acide zymonucléique, et non pas de mononucléotides (Brachet).

Les levures contiennent l'acide pentosonucléique en quantité considérable. La réaction histochimique de Brachet [6] le prouve amplement (bleu de toluïdine). Précédé par Herwerden [7], Delaporte [8], Brandt [9], ce chercheur insiste sur la colorabilité des cellules de levure par la pyronine et la suppression de cette colorabilité après traitement par la Ribonucléase. Jeener et Brachet [10] montrent, en outre, que « l'accroissement de la teneur des levures en acide pentosonucléique est parallèle à l'accroissement de l'azote total, principalement protéidique, qu'elles fixent au cours de l'évolution de la culture, preuve de plus en faveur du rôle de facteur de synthèse protéidique qu'il y a lieu de lui accorder » (*Cf* également Chantrenne [11]).

En résumé, l'acide pentosonucléique est un des principaux constituants des éléments cellulaires. Sa répartition est rigoureusement sélective, par rapport à celle de l'acide thymonucléique ; son principal rôle est de participer à la synthèse des protéides ; sa topographie, au sein de la cellule, autorise à conférer au nucléole, et, surtout au cytoplasme, des fonctions essentielles dans l'anabolisme de certaines de ces protéides [12].

Les « granules », ultime dissection des éléments cellulaires.

La cellule, soumise à certaines manipulations, se résout en granules microscopiques. Ces granules, constituants élémentaires des cellules normales, sont les supports des propriétés enzymatiques spécifiques intervenant dans l'anabolisme protéidique et, très probablement, sont douées de potentiel antigénique. C'est le thème de ce qui va suivre.

La dissection des cellules en granules date de 1913. Warburg [13] montre, en effet, que les éléments du foie peuvent se résoudre en granulations douées de potentiel respiratoire (fixation de O^2, dégagement de CO^2). En 1938-1939, Levaditi et ses collaborateurs [14] étudient la constitution du virus vaccinal. Se servant de la méthode de Smadel et Wall [15] (centrifugation fractionnée), ils isolent des membranes chorio-allantoïdes d'embryons de poulet, des corpuscules dits normaux (granules) visibles en fluorescence, dépourvus de virulence et associés à des granulo-corps vaccinaux. Si leur comportement à l'égard de la lumière polarisée et leur teinte en lumière de Wood (en présence de la thioflavine) ne permettent pas de les différencier des granulations vaccinales spécifiques, par contre, l'ultracentrifugation [16] (mesure des tailles) et, surtout, l'examen spectrographique en ultraviolet (Giuntini [17]) révèlent des dissemblances tant soit peu marquées. Soumises à la microscopie électronique, aucun écart essentiel ne permet, cependant, de discriminer les deux sortes de corpuscules élémentaires, les normaux des vaccinaux. Même aspect morphologique, même taille (254 m μ pour le CV et 242 m μ pour les CE). Et de conclure (Levaditi [18]) : « L'ensemble de ces constatations montre que les corpuscules vaccinaux et les corpuscules élémentaires normaux apparaissent sensiblement identiques sur l'image électronique. »

Mais déjà en 1937, Claude [19], aux Etats-Unis, réussit à isoler du sarcome de Rous des éléments corpusculaires visibles à l'ultramicroscope, précipitables en milieu acide (maximum de floculation à pH 3,8) et dont la bande d'absorption en ultraviolet est située entre 3.000 et 2.200 Å. Or, en 1938, le même auteur [20] découvre des granules analogues dans des *tissus normaux*, telles les cellules d'embryon de poulet. Il soumet ces granules nucléoprotéidiques à l'analyse chimique et y décèle de l'azote, du phosphore, des lipides et un acide nucléique du type ribose (ac. pentosonucléique). Le spectre d'absorption en UV est situé vers 2.600 Å.

Conformément à ce que nous avons montré au sujet des corpuscules élémentaires normaux des membranes allantoïdes, « il est donc possible d'extraire des tissus sains, des macromolécules (granules), qui, du point de vue physique et chimique, diffèrent relativement peu des macromolécules-virus (Levaditi [21]) ». Enfin, des éléments corpuscu-

1. *Cf.* au sujet de la Ribonucléase : Dubosc et Mc Leod : *Journ. of exp. Med.*, 1938, **67**, 791 ; Dubosc et Thompson : *J. of biol. Chem.*, 1938, **124**, 501 ; Schmidt et Levene : *J. of biol. Chem.*, 1938, **126**, 423 ; Kunitz : *Science* (N. Y.), 1939, **2**, 112 (cités d'après Brachet).

2. Zylberszac : *Acta Biol. Belg.*, 1941, **1**, 429.
3. Brachet : *Enzymologia*, 1941, **10**, 87.
4. Caspersson et Schultz : *Nature*, 1939, **143**, 602.
5. Caspersson, Landström et Aquilonius (*Chromosoma*, 1941, **2**, 111), Caspersson et Thorell (*Chromosoma*, 1941, **2**, 132) reviennent récemment sur la question. A l'aide de la spectrographie en ultraviolet et de la photographie, ces auteurs reconnaissent la présence de l'acide pentosonucléique, non seulement dans les cellules embryonnaires, mais encore dans les éléments glandulaires (partie basale du cytoplasme). Les éléments de l'embryon en pleine croissance sont le siège de pentoso-nucléotides et des protéines riches en bases hexoniques.
6. Brachet et Jeener : *Bière et Boissons*, 1942, **3**, 420.
7. Herwerden : *Acad. Wetersch.*, Amsterdam, 1917, **20**, 1.
8. Delaporte : *Rev. gén. de Botanique*, 1939, **51**, 449.
9. Brandt : *Protoplasma*, 1941, **36**, 77.
10. Jeener et Brachet : *Acta Biol. Belgica*, 1942, **2**, 273.
11. Chantrenne : *Acta Biol. Belg.*, 1943, **3**, 97 ; *Ibid.*, 99.
12. Nous avons, en collaboration avec J. Veillet, pleinement confirmé ces constatations histo-chimiques de Brachet : nous relaterons nos résultats ultérieurement (*Cf. C. R. Société de Biologie*, Décembre 1944, sous presse).

13. Warburg : *Arch. ges. Physiolog.*, 1913, **154**, 599.
14. Levaditi : *C. R. Soc. de Biol.*, 1939, **130**, 819 et 1173 ; *Annales Institut Pasteur*, 1940, **64**, 359-466.
15. Smadel et Wall : *Journ. Exp. Med.*, 1937, **66**, 325.
16. P. Lépine, J.-C. Levaditi et Giuntini : *C. R. Soc. de Biol.*, 1942, **136**, 283.
17. Giuntini : *C. R. Soc. de Biol.*, 1941, **135**, 325.
18. Levaditi : Monographies de l'Institut Alfred-Fournier, 1943.
19. Claude : *Am. Journ. Cancer*, 1937, **30**, 742.
20. Claude : *Proceed. Soc. Exp. Biol. a. Med.*, 1938, **39**, 398.
21. Levaditi : Considérations générales sur les ultravirus, Nature, genèse, structure, *in* : *Ultravirus des maladies animales* (C. Levaditi, P. Lépine et Verge), *Maloine, éditeur*, 1943, 59.

laires apparemment identiques à ceux-là, ont été isolés du cœur par Stern [22], en 1939.

Et nous arrivons ainsi aux recherches plus récentes de Brachet et Jeener (*Cf.* bibliographie). Ces savants réussissent à transformer en granulations divers tissus animaux (foie, rein, pancréas), et aussi des levures [23], en s'adressant à la technique suivante :

Broyage au sable, reprise avec 15 volumes de phosphate M/200 à pH 7, centrifugation à 3.000 t. m. pendant dix minutes. L'examen ultramicroscopique du liquide surnageant révèle la présence d'innombrables granulationss. Ultracentrifugation entre 75.000 et 200.000 t. m., pendant vingt minutes. Le culot renferme les mêmes granulations, que l'on peut laver à volonté et étudier du point de vue chimique et biologique.

Un fait prédomine : c'est qu'un parallélisme satisfaisant apparaît entre la teneur du tissu examiné en acide pentosonucléique et la richesse du même tissu en granulations isolables. L'analyse chimique montre que ces granulations contiennent un pentose, un groupement SH appartenant aux protéides, des phosphatides (plasmalogène). Il y a uniformité de constitutoin chimique, mais variabilité quantitative suivant les organes soumis à l'examen. Au surplus, et c'est là un point essentiel, *ces granules sont le support d'enzymes*, de la plupart des enzymes dont les tissus animaux et végétaux sont les dépositaires (en particulier la phosphatase alcaline, la même phosphatase acide, l'amylase, la trypsine, la cathepsine, la dipeptidase, la ribonucléase, la désaminase, la catalase, l'hydrolase).

Certaines, parmi ces enzymes, passent dans les liquides de lavage, mais d'autres, telles la dipeptidase et les phosphatases, et, à un moindre degré, l'arginase, la ribonucléase et la catalase restent intimement rattachées aux corps granulaires. La dipeptidase, diastase hydrolysante, offre une importance particulière ; elle est capable d'hydrolyser les dipeptides en acides aminés, mais, en outre, elle catalyse la réaction inverse de la synthèse des acides aminés et leur transformation en polypeptides (Brachet) [*Cf.* également Florkin [24]]. Quant aux diastases oxydantes, elles jouent un rôle de premier ordre en tant que fournisseurs d'énergie pour la synthèse des protéines (réactions endothermiques).

Tout ceci pour arriver à la conclusion que *les granules, en tant que constituants cellulaires riches en acide pentosonucléique et dépositaires de ferments, jouent un rôle important dans la synthèse des nucléoprotéides: elles représentent une matérialisation de ce qui, dans la cellule, assure, en premier lieu, cette synthèse.*

RAPPORTS ENTRE LES GRANULATIONS DE LA CELLULE ET LES ULTRAVIRUS.

Nous avons insisté sur les relations entre les granulations normales et les corpuscules élémentaires de certains ultravirus (vaccine, sarcome de Rous). Brachet revient sur la question. Les virus animaux et végétaux sont des éléments, les uns amorphes, les autres susceptibles d'une para-cristallisation ou d'une véritable cristallisation. Ce sont des macromolécules offrant des dimensions variables. Ils renferment l'acide thymonucléique (virus des animaux), ou l'acide zymonucléique (virus des végétaux). Or, un rapprochement entre certaines de ces macromolécules virulentes et les granulations des cellules normales s'impose. Et Brachet de formuler cette réflexion, dont on ne saurait méconnaître l'intérêt : « Les tissus animaux contiennent, parfois en grande abondance, des éléments très voisins des virus animaux (à la virulence près). Il n'est pas interdit de supposer que ces particules jouent, dans la cellule normale, un rôle comparable à celui de virus, et qu'elles interviennent dans les phénomènes de synthèse et de croissance. »

* *
*

En résumé, et malgré de nombreuses inconnues la synthèse des protéides paraît entrer dans le cadr des phénomènes accessibles à des investigations précises. La cellule normale peut être dissociée mécaniquement en particules (granules), qui semblen représenter l'ultime constituant matériel du complexe nucléo-cytoplasmique. Ces particules sont le dépositaires, non seulement de l'acide pentosonucléique, principal constituant des nucléoprotéides mais encore de certaines enzymes capables, en tan que catalyseurs, de déclencher la synthèse de ce mêmes nucléoprotéides. Dès lors, une analogie entr les macromolécules d'ultravirus et ces granules s présente à l'esprit. Les organites réceptifs ne recèleraient-ils pas des éléments granulaires offrant l même aspect morphologique et le même potentie de synthèse protéidique que les virus, mais qu seraient dépourvus d'activité pathogène, parce que « autochtones »? Il suffirait, dans ce cas qu'une macromolécule d'ultravirus envahisse l cellule sensible, pour que cette macromolécul confère, par induction, à l'ensemble des granulations normales la faculté d'engendrer d'autre types de synthèse, aboutissant à l'élaboration d complexes granulaires différents (virus), qui seraien pathogènes parce que « hétérochtones ».

BIBLIOGRAPHIE DES TRAVAUX DE J. BRACHET

BRACHET : *C. R. Soc. Biol.*, 1940, **133**, 88. — JEENER et BRACHET : *Acta Biol. Belg.*, 1941, **4**, 476 ; *Ibid.*, 481. — BRACHET : *Enzymologia*, 1941, **10**, 87. — BRACHET : *Arch. de Biologie* 1941, **53**, 207. — BRACHET : *Ann. Soc. Roy. Zool. de Belgique*, 1942, **73**, 93. — BRACHET : *Acta Biol. Belg.*, 1942, **1**, 16. — BRACHET : *Ibid.*, 1942, **1**, 13. — BRACHET et JEENER : *Ibid.*, 1942, **2**, 268. — JEENER et BRACHET : *Ibid.* 1942, **2**, 273. — BRACHET et JEENER : *Bières et Boissons* 1942, **3**, 422

22. STERN : *Cold Spring Harb. Symp.*, 1939, **7**, 312.
23. BRACHET et JEENER : *Bière et Boissons*, 1942, **3**, 422.
24. FLORKIN : *Introduction à la biochimie générale*, 1943, Masson, éditeur.

A PROPOS DU DIAGNOSTIC RAPIDE BACTÉRIOLOGIQUE DE LA DIPHÉTRIE

PAR MM.

M. LISBONNE (Montpellier) et **H. GALERNE** (Rennes)

Dans un récent numéro de ce journal [1], Demelenne-Jamenon et Legros passent en revue quelques méthodes bactériologiques propres à établir le diagnostic de la diphtérie en quelques heures. Avant d'exposer les résultats obtenus par une méthode originale à laquelle ils donnent leurs préférences, ils signalent l'imperfection de la méthode de Manzullo qui se propose d'obtenir une culture de bacille diphtérique à partir d'un exsudat dans le temps record de trois à quatre heures. Dans leurs mains, elle a été pratiquement sans valeur. C'est contre ce jugement sommaire que nous voulons en appeler.

L'un de nous, en 1940 [2], avait attiré l'attention sur cette technique de Manzullo encore ignorée en France, et avait montré, sur quelques cas, l'intérêt pratique qu'elle présente, en raison de sa rapidité et de sa correction.

Depuis, notre étude a porté sur un nombre plus élevé d'angines et nous avons vu se confirmer en tous points les résultats antérieurement obtenus. Les événements ne nous ont pas permis, jusqu'à aujourd'hui, de les publier : la thèse [3] de l'un de nous avait été néanmoins consacrée à ce sujet. Les détails de la technique y ont été bien précisés, qu'il importe de suivre littéralement si on veut pratiquer la méthode de Manzullo et non en quelque sorte quelque chose qui s'en rapproche, comme l'ont fait nos confrères belges.

Rappelons succinctement qu'elle consiste à plonger dans un milieu électif l'écouvillon sur lequel a été fait le prélèvement et à rechercher, à partir de la troisième heure, la présence du bacille de Loeffler. Le milieu est du bon bouillon (15 cm^3), du sang défibriné d'homme ou de bœuf (1 cm^3 5) et une solution de tellurite de potasse à 2 pour 100 (1 cm^3 5). On porte culture et écouvillon à l'étuve, en position horizontale, pour augmenter la surface aérée du milieu.

Les bacilles diphtériques présentent une morphologie qu'il importe de connaître dans ce milieu. Disposés en tas, en paquets, ils sont, individuellement, énormes, comme « gorgés » de nourriture. Ils prennent le Gram avidement. Peu nombreux au début, ils sont néanmoins en nombre très suffisant pour imposer un diagnostic vers la troisième heure.

La méthode n'est valable que pour le diagnostic des *angines membraneuses*. Il est indispensable que l'écouvillon ait fixé quelques parcelles de l'exsudat. Aussi la technique du prélèvement est importante à effectuer et trop souvent négligée. Il faut le faire au grand jour, en s'éclairant au besoin d'un miroir frontal, bref, en voyant ce qu'on fait et non à l'aveuglette.

Le tableau suivant, emprunté à la thèse de Galerne, résume les résultats qui n'ont pas besoin de longs commentaires.

DIAGNOSTIC CLINIQUE	NOMBRE DE CAS	SÉRUM COAGULÉ		MILIEU DE MANZULLO	
		+	—	+	
Angines diphtériques ou croups.	58	56	2	56	2
Sujets soupçonnés d'être porteurs de germes	13	10	3	7	6
Angines banales . . .	44	»	44	»	44

On somme, la méthode classique du sérum coagulé et la méthode rapide de Manzullo, appliquées à l'étude de 58 angines diphtériques, ont donné des résultats concordants dans 96 pour 100 des cas.

Il ne faudrait pas croire cependant à l'identit superposable des deux cas négatifs; ils ne concernent pas les mêmes prélèvements. Dans un de deux cas le Manzullo était négatif tandis que l culture sur sérum était positive, mais après plu de vingt-quatre heures et d'une façon très discrète dans l'autre, le Manzullo a été positif et l culture sur sérum négative. Ces exceptions tiennent certainement plus à la façon dont a été distribué le prélèvement sur la culture qu'à la supériorité de l'une ou de l'autre méthode.

Insistons sur ce fait que la recherche des porteurs de germes ne saurait en rien profiter d cette méthode rapide; mais en ce cas, le facteu temps est négligeable et les techniques usuelle gardent toute leur importance.

Reste à expliquer la discordance de nos résultat — presque parfaits — avec ceux des bactériologistes belges. Il semble, à la lecture de leur travail qu'ils aient quelque peu modifié la technique d Manzullo : au lieu de sang défibriné — liquid complexe et très nutritif — ils ont utilisé l'extrai globulaire qui ne contient que des facteurs de croissance; au lieu de bon bouillon préparé avec un « excellente peptone », de l'extrait Liebig dou la valeur alimentaire est inférieure à celle d bouillon. Il nous paraît injuste de critiquer un méthode dont on n'a pas observé scrupuleusemen les détails précisés par son auteur.

Pour nous, notre opinion reste sans changement : grâce au milieu et à la technique de Manzullo, on peut, dans la plus grande majorité de cas d'angine diphtérique, faire un diagnostic certain en moins de quatre heures. Et c'est là un aide puissante apportée à la thérapeutique.

1. *La Presse Médicale*, 1944, n° 11, 212.
2. LISBONNE : *La Presse Médicale*, 10 Février 1940.
3. GALERNE : *Thèse médecine*, Montpellier, 1943.

MÉTASTASE D'UN ÉPITHÉLIOMA MALPIGHIEN DE LA LANGUE DANS LE GANGLION CERVICAL SUPÉRIEUR DU SYMPATHIQUE

PAR MM.

J.-F. MARTIN et M. DARGENT

(Lyon)

L'envahissement du tissu nerveux sympathique par un épithélioma extrinsèque est un phénomène exceptionnel. Il est même remarquable de constater que de grosses tumeurs du cou ou du médiastin, s'accompagnant du syndrome oculaire dit de Pourfour du Petit ou de Claude Bernard-Horner, ne lèsent qu'indirectement le ganglion sympathique et ne s'accompagnent pas d'envahissement véritable de celui-ci.

La douleur à irradiation temporale, oculaire, dentaire inférieure, dont l'un de nous a décrit le substratum anatomique dans des lésions du ganglion cervical supérieur du sympathique, ne répond pourtant pas à une invasion du ganglion par le cancer. Ce sont des lésions d' « agonie » de la cellule sympathique, accompagnées d'une forte réaction inflammatoire du tissu de soutien, que l'on découvre sur les pièces prélevées opératoirement chez des sujets atteints de ces pénibles crises névralgiques en fin d'évolution de cancers bucco-pharyngés adénotropes. On peut les interpréter comme des manifestations d'origine vasculaire.

L'examen systématique des pièces prélevées au cours de ces tentatives antalgiques nous a permis de faire l'intéressante constatation que voici :

Observation. — M. Cl. B..., 56 ans, avait été hospitalisé au Centre anticancéreux de Lyon le 7 Février 1940 pour une tumeur ulcérée de la face inférieure gauche de la langue, dure, empiétant sur la muqueuse du plancher, semblant adhérer à l'os, évoluant depuis un mois et accompagnée d'une adénopathie sous-maxillaire bilatérale et d'une adénopathie carotidienne gauche. Il s'agissait d'un épithélioma spino-cellulaire lobulé, avec quelques ébauches bulbiformes en voie de kératinisation.

Du 12 au 19 Février 1940, on pratique une *curie-puncture :* 5 aiguilles de 20, soit 16,8 MCD en sept jours.

Du 23 Février au 18 Mars 1940, un *traitement télé-curiethérapique* sur les ganglions permet de donner : 315 MCD à gauche et 225 MCD à droite.

Le 5 Juin 1940 (Dr Schumann) : On pratique un curage cervical gauche, avec ligature de la carotide externe.

Le 17 Juillet, si la cicatrice de curage était satisfaisante, il n'en était pas de même de la lésion pelvi-linguale, qui présentait des caractères mixtes radio-nécrotiques.

Le 26 Juillet, on pratique une exérèse large des lésions au bistouri électrique (Prof. Bérard).

Ce malade est demeuré quatre ans sans revenir à notre consultation.

Le 26 Janvier 1944, il revient, porteur d'une adénopathie fixée de la région carotidienne, dure, entraînant de pénibles douleurs locales et des névralgies irradiées dans la tempe, l'oreille, l'œil. Ces lésions siègent à *droite*.

A gauche, la cicatrice de curage est en excellent état. Localement, le plancher présente des lésions cicatricielles fibreuses. Il existe un degré important de micrognathie, par lésions dystrophiques de l'arc mandibulaire.

Il s'agit donc d'une évolution tardive de la tumeur dans un ganglion contro-latéral. On propose uniquement à ce malade un traitement symptomatique, savoir la résection du ganglion cervical supérieur du sympathique, en raison de l'aspect bien caractérisé des douleurs, de leur topographie, de leur explosion en crise aiguë et du succès de l'infiltration.

Le 27 Janvier 1944 (Dr Dargent) : Sous anesthésie locale, découverte laborieuse du ganglion cervical supérieur. La jugulaire interne est entièrement thrombosée ; il faut la réséquer. Ligature de l'artère occipitale qui plonge dans la tumeur ganglionnaire et qui est très friable. Le ventre postérieur du digastrique a été sacrifié.

A ce moment, le malade présente des signes de collapsus et de l'aphasie. Le traitement médicamenteux permet de terminer l'intervention et de réséquer un gros ganglion cervical supérieur œdémateux.

A la fin de l'intervention, il y a une paralysie faciale droite ; l'aphasie a disparu. Il n'y a pas d'hémiplégie. Le pouls est bon. La tension artérielle est à 15-8.

Le soir, la paralysie a disparu ; le malade ne souffre plus et passe une bonne nuit.

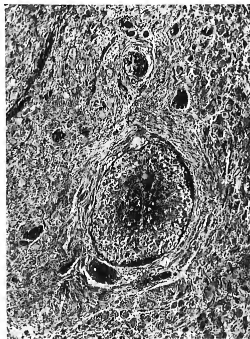


Fig. 1.

Le lendemain, à 6 heures, nouveau collapsus ; réapparition de la paralysie faciale et d'aphasie. Mort à midi malgré le traitement médical.

L'autopsie montre un léger œdème pie-mérien, mais aucune lésion macroscopique de l'encéphale.

Il y a une congestion marquée de la base pulmonaire gauche.

L'examen histologique (Prof. J.-F. Martin) a révélé, dans un ganglion qui a conservé sa structure normale :

1° Sous la capsule, vers l'un des pôles du ganglion, au milieu du tissu cellulaire péri-nerveux, plusieurs amas arrondis, l'un d'eux à contours mal définis, les autres bien limités (fig. 1). A un fort grossissement, on constate que les derniers sont développés dans des capillaires sanguins dont la paroi endothéliale est partiellement conservée, alors que la formation la plus volumineuse n'est plus sertie par un revêtement continu (fig. 2). Mêlée à des globules rouges ou les refoulant vers la périphérie du vaisseau qui les contient, cellules épithéliomateuses, polyédriques, à protoplasma clair, centrées par un noyau ovale ou incisuré, pauvre en chromatine. Mitoses assez fréquentes. De nombreuses cellules sont en voie de dégénérescence acidophile et en caryorexhies (fig. 3). Tout autour des vaisseaux thrombosés par un bourgeon néoplasique, il existe une stroma-réaction lymphocytaire. La seule plage néoplasique diffuse est découpée par des trousseaux fibreux, hyalins, trapus ou sinueux.

2° Le ganglion lui-même ne présente aucune lésion du tissu noble, fibres ou cellules nerveuses, pas plus que de son stroma. Mais vers l'une de ses extrémités, la section a intéressé 4 vaisseaux sanguins aisément identifiables par leur forme et la persistance en certains points de leur endothélium, dont la lumière est colmatée par des bourgeons épithéliomateux analogues à ceux décrits dans la capsule. Ici encore, des cellules en voie de mortification s'intriquent avec d'autres éléments cancéreux encore en pleine activité. Pas de stroma-réaction de voisinage.

Cette observation anatomo-pathologique a la valeur d'un fait curieux. Les commentaires en sont superflus. Deux points seulement méritent d'être soulignés :

1° Il ne s'agit pas à proprement parler d'envahissement du ganglion, mais de métastase ganglionnaire. La notion de la résistance pratiquement indéfinie du tissu péri-nerveux à l'envahissement néoplasique n'est pas infirmée de ce fait. La présence de bourgeons épithéliomateux doit s'expliquer par des migrations dans les vaisseaux ou dans les lymphatiques du ganglion. Quand on se remémore la riche vascularisation d'un ganglion sympathique, et même de certains sympathômes, on peut même s'étonner qu'il n'y ait pas davantage de métastases à point de départ bucco-pharyngé dans ces formations. Il suffirait d'ailleurs de poursuivre l'examen systématique des pièces prélevées opératoirement lorsqu'on entreprend la chirurgie de la douleur pour vulgariser peut-être cette notion.

2° L'absence du syndrome de Claude Bernard Horner est à retenir. Ce syndrome moteur semble bien être l'expression très tardive de la souffrance du ganglion et de troubles graves de la trophicité, équivalant à la section physiologique complète de celui-ci, puisque la présence de quelques îlots cancéreux au sein de son tissu ne donne que le syndrome sensitif banal observé chez de nombreux néoplasiques, porteurs d'adénomégalies cervicales.

(*Travail du Centre Anticancéreux de Lyon. Directeur :* Prof. Santy.)

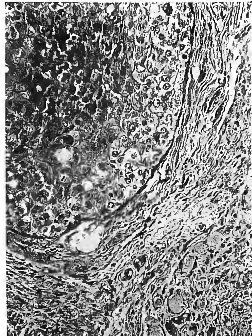


Fig. 2.

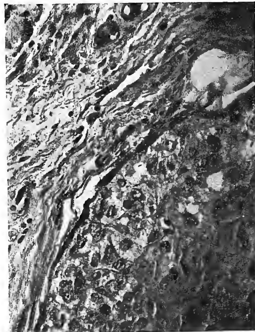


Fig. 3.

PHLÉBOGRAPHIE ET PHLÉBECTOMIE

DANS LES PHLÉBITES POST-OPÉRATOIRES RÉCENTES ET PROFONDES DU MEMBRE INFÉRIEUR

Par **C. OLIVIER**
(Paris)

Sans aucun incident d'ordre embolique, nous avons, au cours des premières semaines de leur évolution, radiographié, dans le service de M. Mondor, 9 oblitérations veineuses post-opératoires; parfois au thorotrast, le plus souvent avec du ténébryl et sous évipan. Nos premiers clichés datent du début de Janvier 1944. A l'étranger, G. Bauer et Lindblom nous avaient précédé dans cette voie. Servelle a rapporté un exemple intéressant.

Ces phlébites présentaient des caractères généraux très banaux; prédominance à gauche, apparition dans la première, parfois la deuxième semaine, après des laparotomies sus ou sous-ombilicales. Deux remarques cliniques ont pu être faites: dans un cas où la thrombose était strictement jambière, l'œdème s'étendait jusqu'à la cuisse; lorsque le réseau veineux sous-cutané se dessinait rapidement abondant, il y avait des oblitérations profondes étendues.

« Nous sommes trop mal renseignés, écrivaient en 1939, Leriche et Geisendorf, sur le siège initial et sur l'étendue secondaire de la thrombose ». La phlébographie nous a permis sans autre incident, qu'une injection de Ténébryl dans le tissu cellulaire, d'apporter quelques précisions sur ces deux points. Nous avions espéré que les aspects anatomiques correspondraient jusqu'à un certain point au temps écoulé entre les premiers signes de phlébite et la prise des radiographies. Il n'en a rien été, soit que nous ayons méconnu les symptômes initiaux de la maladie, soit, plutôt, que le mode d'envahissement du système veineux ait été très variable d'un patient à l'autre.

Chez un premier malade, au troisième jour, les veines profondes de la jambe étaient manifestement le siège de thromboses étagées (fig. 1), l'axe fémoro-poplité restant intact. Il est possible, comme le soutient Bauer, que ce mode de début soit en réalité plus fréquent; la douleur à la pression des masses du mollet nous a paru, en effet, un bon signe précoce.

Pour deux autres cas au quatorzième et au vingt-troisième jour, les clichés montraient à l'inverse, une oblitération de la seule veine fémorale à partir du canal de Hunter (fig. 3). Chez l'une de ces malades nous avons pu, sur un second film (fig. 4), cinq jours plus tard, surprendre l'envahissement rétrograde de la veine poplitée et la prise étagée du système jambier.

Fig. 1.

Chez quatre autres patientes, dès le premier cliché exécuté à des moments très différents (premier, quatrième, huitième et onzième jours) apparaissaient des thromboses disséminées à la cuisse et au mollet. La veine fémorale était totalement oblitérée. Mais en amont du moule convexe du thrombus, l'afférent poplité était à trois reprises visible sur une plus ou moins grande étendue, ou parfaitement (fig. 5) ou avec un caillot incomplètement oblitérant (fig. 6 et 7). Trois fois sur quatre, les troncs de jambe n'étaient pris que de façon segmentaire. Nous ne pouvons dire s'il s'était agi de l'extension au tronc fémoro-poplité d'une phlébite jambière analogue à celle de la figure 1 ou de coagulations étagées en amont d'un thrombus fémoral comme dans la figure 4. En tous cas, il semble évident que soit à son début, soit au cours de son évolution l'envahissement veineux présente souvent ce caractère *discontinu*. S'agit-il d'agressions endothéliales multiples simultanées ou successives? Faut-il voir l'effet seul de la stase et doit-on rapprocher cette donnée des réponses négatives à une exception près, qu'ont donnée les ensemencements du caillot et des tissus périveineux pratiqués sur nos 7 pièces opératoires par Mme François? On ne peut conclure; mais nous y avons vu un nouveau motif d'intérêt pour la médication anticoagulante.

Chez nos deux derniers malades, au septième et au dix-huitième jours, tout le réseau profond était oblitéré en totalité (fig. 8) ou presque (fig. 10). La circulation se faisait très rapidement par les veines saphène interne et fémoro-poplitée (fig. 10) ou par cette dernière seule (fig. 8). Il y avait là un contraste saisissant avec tous les exemples précédents dans lesquels le système profond n'était que partiellement thrombosé; chez ces derniers, la stase profonde était telle que cinq à six minutes après l'injection l'aspect était à peu près inchangé.

Lorsque nous avons entrepris ces examens radiologiques, notre but était de préciser les indications et les résultats d'un traitement chirurgical dont la supériorité nous était apparu très clairement au membre supérieur. Les quatre observations de Forster et Ducournau nous y encourageaient d'ailleurs.

Dans les 7 cas où nous sommes intervenus le diagnostic a toujours été vérifié. Le plus souvent surtout au début, nous avons trouvé autour de la gaine vasculaire un œdème jaunâtre et il est possible que son drainage ait contribué au bon résultat opératoire. L'artère était ordinairement petite, adhérente à la veine battant faiblement; nous n'avons pas cru bon, puisque le système de retour était

Les observations ont été publié *in extenso* dans la *thèse* de J. Boissier (Paris, 1945).
Tous nos clichés ont été exécutés, dans le service de M. Ledoux-Lebard, par Mlle Rouffe à qui nous adressons tous nos remerciments.



Fig. 2. Fig. 3.



Fig. 4.



Fig. 5. Fig. 6.

usuffisant de tenter de remédier à cet état. Nous ne 'avons pas vu se modifier sensiblement au cours e la phlébectomie. Tous nos patients subirent ine résection de la veine fémorale; dans un cas elle-ci ne porta que sur le segment huntérien. u triangle de Scarpa, nous complétâmes par une hrombectomie. Il est malheureusement difficile, our des raisons anatomiques locales, de pratiquer hez la même malade de nombreuses phlébogra-hies. Nous ne disposons que d'un exemple permet-ant d'apprécier le résultat anatomique; la patiente lont le film pré-opératoire est représenté figure 4 ubit un nouveau cliché vingt et un jours après 'acte chirurgical: à ce moment toute circulation rofonde avait disparu; mais l'opération n'avait as dépassé les limites de la zone thrombosée. Nous vons également cherché à apprécier le résultat de 'intervention sur le développement de la circulation ollatérale en pratiquant deux radiographies, dans les conditions expérimentales rigoureusement iden-iques, l'une immédiatement avant, l'autre aussitôt près l'opération. Chez une de nos patientes le ca-ibre et le nombre des veines n'a pas paru très nodifié; chez un autre dont nous reproduisons les leux films pris avant et après phlébectomie il sem-ble que l'on ait discerné une certaine amélioration fig. 10 et 11). Dans un troisième cas, le cliché pré-pératoire avait été fait cinq jours auparavant, on le peut donc exclure tout à fait le rôle de l'amélio-ation spontanée (fig. 8 et 9).

Ce sont surtout les résultats cliniques qui nous nt conduit à limiter les indications opératoires. ans doute la disparition de la douleur a-t-elle été resque immédiate. Mais l'atténuation de l'œdème ue nous avons suivi par mensuration quotidienne a été, après une phase heureuse, assez lente. Plusieurs mois après, nos malades souffrent encore un peu, ont les chevilles enflées. L'une de nos patientes avait une infection bilatérale: nous n'avons opéré qu'un côté et devons reconnaître que les troubles restent assez symétriques. Il faut enfin signaler que certaines cicatrices de cuisse sont restées larges et indurées jusqu'à l'application d'ionisation. Les suites vraiment favorables concernent les cas où la thrombose était limitée à la veine fémorale (1/3); c'est pour celles-là, surtout lorsqu'il semble possible de dépasser vers la région huntérienne les limites du thrombus, qu'on peut, croyons-nous, discuter la résection veineuse.

La phlébectomie n'ayant pas donné dans nos cinq premières opérations tout ce que nous attendions, nous avons tenté, dans 2 cas, au 11e et au 18e jour, la thrombectomie. La première se termina par une résection. Chez le second malade l'ablation du caillot fut menée à bien au triangle de Scarpa; la veine ne fut réséquée qu'en amont. Frund, Lawen, avaient déjà réalisé au niveau de la veine fémorale l'exérèse du thrombus; Leriche l'avait associée à la résection veineuse. L'hyperpression constatée en aval par Frund et que nous avons retrouvée chez notre malade expliquerait l'absence de risque embolique. Mais la veine a-t-elle des chances de rester perméable? Le Prof. agrégé Gauthier-Villars a bien voulu pratiquer des coupes étagées de nos pièces de résection fémorale qui montrent la progression rapide des lésions endothéliales. De plus, on ne touche pas aux collatérales, souvent thrombosées. Il nous semble donc que l'ablation du thrombus isolé ne peut être qu'une méthode d'exception. Lawen a d'ailleurs pu faire l'autopsie d'une de ses malades; le caillot avait reparu. Par contre, ce procédé doit être retenu en le faisant suivre d'une médication anticoagulante pour les segments où le caillot n'est pas oblitérant. Dans notre cas, trente-huit jours plus tard le segment débouché était resté perméable au ténébryl.

Nous avons ici même étudié expérimentalement, avec Mattei, un produit d'obtention synthétique facile, le 3-3' méthylène-4-oxycoumarine qui agit *per os* et, après un temps de latence, allonge la coagulation pour une durée d'une semaine environ. Ses avantages pratiques sur l'héparine sont nombreux. Chez une première malade dont seule la veine poplitée était restée perméable, nous ne pûmes empêcher son oblitération; encore devons-nous souligner que la résorption de l'œdème fut synchrone non de l'élévation du membre mais de l'allongement de la coagulation. Chez un second patient, qui n'avait de thrombose qu'à la jambe, nous n'observâmes ultérieurement sur les clichés aucune extension vers l'axe fémoro-poplité (fig. 1 et 2). Nos résultats expérimentaux, les conclusions des médecins nordiques au sujet de l'héparine nous autorisent, croyons-nous, à persévérer dans cette thérapeutique visant à limiter les zones perdues pour la circulation.

Grâce à la phlébographie on peut donc serrer de plus près les indications thérapeutiques au cours des phlébites du membre inférieur. Chaque fois que la thrombose a plus ou moins envahi le creux poplité et le mollet nous pensons qu'il vaut mieux s'abstenir de tout acte chirurgical. L'opération devient plus séduisante lorsque l'axe fémoral est seul atteint. Ici les conditions anatomiques sont assez proches en effet de ces phlébites du membre supérieur dites par effort qui ne frappent habituellement que le tronc veineux principal; avec L. Léger nous avons rassemblé dans un livre inspiré par le Prof. Mondor les arguments qui nous paraissaient en ce cas établir la supériorité de l'acte opératoire. Nous croyons qu'au membre inférieur la chirurgie, en présence de situation analogue, mérite de ne pas être, *a priori*, repoussée. Ailleurs, l'avenir des médications anticoagulantes nous semble beaucoup plus grand.

(*Travail de la Clinique chirurgicale de la Salpêtrière* Prof.: H. Mondor.)




Fig. 7.

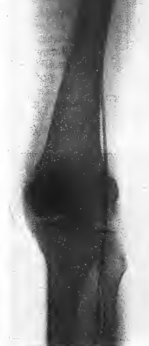



Fig. 8.




Fig. 9.

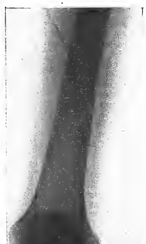



Fig. 10.




Fig. 11.

SCHWANNOME DE L'ESTOMAC

Par E.-A. PÉRIER
(Paris)

Depuis 1941, nous avons eu l'occasion d'examiner et de faire opérer trois exemples de ces schwannomes gastriques dont Neyrand écrivait, en 1938, qu'ils restent une des ›lus rares des tumeurs bénignes de l'estomac. Ces ›bservations ont présenté des caractères cliniques ‹ radiologiques communs qui nous ont chaque ›ois permis, avant l'intervention, d'évoquer et la ›énignité et même la présence d'une tumeur ›erveuse.

Observation I. — Mme X... se plaint depuis huit ans ›e douleurs post-prandiales, irrégulières, durant trois ›uarts d'heure, de siège vaguement épigastrique. En ›ctobre 1942, une hématémèse brutale, très importante. ›a fait transporter d'urgence à l'hôpital. Une transfusion › été pratiquée. L'intervention aurait été discutée puis ›iffèrée.

Lorsque la patiente vient nous voir quelques semaines ›lus tard, elle est porteuse d'un cliché remontant au ›ois de Mai (fig. 1), on y voit au-dessus du niveau tubéro›itaire opaque un demi-cercle régulier semblant émerger ›e la baryte à la façon d'un soleil levant. Les films que ›ous pratiquons sur l'estomac, partiellement évacué, ›onfirment la rotondité de l'image; celle-ci apparaît ›omme une niche régulièrement arrondie, plus ou ›oins complètement remplie d'une épreuve à l'autre, ›uspendue au milieu de la grosse tubérosité (fig. 2). Avec ›e diagnostic de tumeur bénigne nous conseillons à la ›alade une exérèse chirurgicale qu'elle préfère ajourner.

En Mars 1943, il n'existe toujours d'autre trouble ›igestif que de vagues douleurs post-prandiales. L'exa›en clinique ne révèle rien de particulier; l'image ›adiologique reste inchangée. Ne souffrant que fort peu, ›e maigrissant pas, Mme X... ne se décidera à l'opé›ation qu'en Octobre 1943, après deux nouvelles séries ›e clichés aussi démonstratifs. On y voit, lorsque l'es›omac est plein, un dôme arrondi émergeant au-dessus ›e la baryte; en couche mince on vérifie au voisinage ›mmédiat l'intégrité des plis (fig. 3 et 4).

L'intervention chirurgicale permit de sentir sur la ›aroi gastrique antérieure une masse ronde bien limitée ›mplantée à la hauteur de la faux de la coronaire sto›achique.

Il n'y avait pas de ganglions et aucun autre nodule ›alpable dans les parois du viscère. Gastrectomie facile. ›a pièce ouverte montre une masse ayant la forme d'un ›isque haut de 2 *cm.*, large de 4 à 5, excavé en cupule ›ur sa face muqueuse. A ce niveau existent deux petites ›lcérations. L'examen histologique est pratiqué par le ›rof. agrégé Gauthier-Villars; il s'agit d'un schwan›ome tout à fait typique, œdématié, mais sans nécrose, ›itué immédiatement en dehors de la tunique muscu›aire interne.

Observation II[1]. — Mme B..., âgée de 56 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 15 Mars 1941. Depuis cinq mois elle › maigri de 16 *kg.*, en même temps qu'elle ressentait ›e temps à autre quelques sensations désagréables dans ›a région épigastrique, parfois suivies de vomissements. ›n Décembre 1938, elle a présenté deux hématémèses ›mportantes. Toute la symptomatologie physique se ré›ume dans de fort belles radiographies (fig. 5 à 9) [MM. ›epennetier et Morin]. Une légère compression de l'or›ane, après absorption de 200 *g.* de baryte fait appa›aître une lacune arrondie, à bords polycycliques nets ›entrée par une tache opaque circulaire. Les contrac›ions passent normalement à ce niveau. En couche ›ince on obtient l'image inverse des précédentes. Une ›astroscopie pratiquée par M. Quirin fait voir à ce ›iveau « une saillie arrondie, coiffée d'une petite boule ›palescente qui semble largement pédiculée ».

La malade accepte aisément la perspective d'une gas›rectomie qui est pratiquée le 24 Mai 1941. Sur la pièce on voit une masse sous-muqueuse ›égulière de 3 *cm.* de diamètre, ›e 2 *cm.* de haut, déprimée sur sa face libre, implantée à la face postérieure de l'antre sur des tissus souples. L'histologie re›rouve l'image typique d'un schwannome recouvert partout ›e muqueuse normale. Le reste ›e la paroi gastrique est par›out intact.

Observation III. — Le 5 Août 1943, nous sommes appelé d'ur›ence auprès de M. R..., qui, la veille, a présenté par l'anus deux abondantes émissions de sang noir. Nous nous trouvons en présence d'un homme de 67 ans, pâle mais robuste et nullement amaigri. Il est habitué à de semblables mélænas. Le premier est survenu en Janvier 1939, les suivants dans le mois de Mai de la même année, en Juin 1940, puis en Mars 1943. Personne ne s'en est inquiété auprès du malade car une radiographie faite à l'issue du premier accident n'avait révélé aucune anomalie de l'image gastrique. L'appétit est resté excellent; aucune douleur, pas le moindre trouble digestif en dehors des hémorragies.

L'examen aux rayons montre une image lacunaire étendue, échancrant, à sa partie supérieure, le contour de la petite courbure (fig. 10). Ses bords sont arrondis, nets, sans rétraction de voisinage. Une exploration en couche mince fait voir sur la paroi postérieure de l'organe, non loin du cardia, une tache opaque arrondie entourée de plis muqueux conservés.

A l'opération, le siège juxta-cardiaque et la souplesse de la paroi tout autour sont confirmés. Gastrectomie en gouttière avec suture gastro-duodénale termino-terminale. Guérison.

Sur l'estomac ouvert, la tumeur apparaît unique, de 4 *cm.* de haut sur 3 de large, faisant une saillie de 20 *mm.* et largement sessile. La surface excavée est parcourue de trois petites ulcérations. L'examen au microscope permet de la classer sans réserves parmi les schwannomes.

Ces 3 malades présentaient une histoire clinique dont l'élément essentiel était constitué par des hémorragies, hématémèses chez les deux premières, mélæna chez le dernier. Il avait fallu que celui-ci se reproduisît cinq fois, de 1939 à 1943, pour que le patient commençât à s'en inquiéter; il est vrai qu'il n'y avait ni douleurs, ni amaigrissement. Les deux autres malades avaient saigné, la première une seule fois un an auparavant, la seconde à deux reprises quatre ans avant notre examen. Les manifestations douloureuses existaient dans ces 2 cas, mais n'avaient pris une réelle importance que dans le premier; encore n'y avait-il rien qui rappelât la périodicité ulcéreuse. Les modifications de l'état général et en particulier tout amaigrissement manquait deux fois sur trois.

Nous en rapprocherons une observation récent› d'Albot Redon et Libaude : chez une jeun› femme atteinte de douleurs sous-costales droite› survinrent 3 hématémèses à une semaine d'intervalle et un an après 2 nouvelles hématémèses. Les radiographies décelèrent en plein corps de l'estomac, en regard de l'angle de la petite courbur› une image arrondie moins opaque que le reste d› la baryte et contenant elle-même une grand› image arrondie concentrique et d'opacité normale. L'endoscopie confirma la présence d'une tumeu› sessile donnant à l'œil l'image d'un col utérin. Les auteurs rapportent leur observation sous l› dénomination de « niche en cocarde », term› qu'ils préfèrent à celui de « niche à ménisque d› face », proposé par Gutmann.

Il semble donc, à la lecture de ces quatre observations, que l'on puisse assez facilement porte› le diagnostic de Schwannome gastrique, non pa› la clinique (ou la notion d'hémorragies digestive› ne peut venir que comm› simple appoint), mais avan› tout par la radiologie.

Image en cocarde avec in›tégrité des courbures, persis›tance des plis et des contrac›tions, tels sont les élément› essentiels du diagnostic.

Après réplétion gastrique ce n'est le plus souvent qu'a› palper que se décèle l'exis›tence d'une lacune cycliqu› ou polycyclique à bords francs située en général sur les face› et près de la petite courbure zone particulièrement riche e› fibres nerveuses.

On s'aidera du signe décri› par Ledoux-Lebard, pour re›

Fig. 1 (Mai 1942). — Image « en soleil levant » passée alors inaperçue.

Fig. 2. — (Novembre 1942). — Image circulaire de la grosse tubérosité, persistant après l'évacuation. Évoque d'emblée l'idée de tumeur bénigne.

Fig. 3 et 4.
(Octobre 1943). — La tumeur a grossi et semble déborder latéralement en particulier sur la face antérieure.

1. Nous ne ferons que résumer les ›eux observations suivantes aux›quelles il a déjà été fait allusion, isolément, à l'Académie de Chirurgie ›t dans le *Journal de Radiologie et d'Électrologie*.



Fig. 5.
(2 Mai 1941). — Apparition d'une image centrale typique avec compression.



Fig. 6.
(2 Mai 1941). — En Trendelenburg avec compression, la tumeur se détache en battant de cloche.

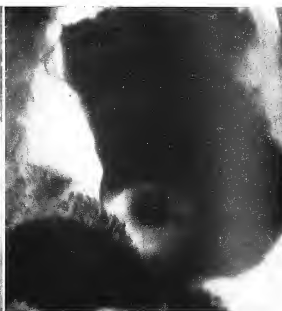


Fig. 7.
(2 Mai 1941). — Même image en décubitus ventral sans compression.

chercher le siège postérieur ou antérieur de la tumeur (dans ce cas l'appui monodigital ne détermine qu'une zone claire de petites dimensions, dans le cas de tumeur postérieure c'est la tumeur elle-même qui détermine la surface de la zone claire). L'existence d'une niche centrale par ulcération, l'intégrité des courbures, la persistance de contractions normales, les délais normaux d'évacuation sont également des signes de haute valeur.

Par les explorations de profil, en décubitus latéral, en Trendelenburg, on recherchera la conservation de la mobilité de la tumeur, comme le conseille vivement Porcher. Enfin, en s'aidant d'une insufflation prudente, on vérifiera la conservation de l'extensibilité des parois gastriques.

Quant à l'étude des plis, préconisée par Forsell, elle n'est pas sans donner parfois des résultats discordants. Ils sont en général conservés (pas de convergence comme dans l'ulcère, ni d'arrêt comme dans le cancer), cependant la tension de la muqueuse et la présence d'une ulcération peuvent réaliser une certaine anarchie.

Quoi qu'il en soit, si l'on peut très fortement soupçonner l'existence d'un schwannome, il est difficile de se montrer formel : Lecène, par exemple, figure un calque très analogue dans un cas de léiomyome.

D'autre part, la dégénérescence est toujours à craindre et quoique nous n'ayons trouvé aucun noyau aberrant chez 3 malades, seul l'examen anatomopathologique permet de lever complètement les doutes.

C'est pourquoi la gastrectomie nous semble toujours préférable; cependant, avec l'aide de l'affirmation pré-opératoire de bénignité très probable, avons-nous pu en limiter l'étendue; dans notre dernière observation, c'est une gastrectomie totale qu'il eût fallu pratiquer si le cancer avait été considéré comme l'éventualité la plus probable.

(Travail de la Clinique chirurgicale de la Salpêtrière. Prof. : H. Mondor.)



Fig. 8 (9 Mai 1941). — Examen en couche mince, avant insufflation. Malade debout.



Fig. 9.
(9 Mai 1941). — Insufflation. Radio prise en profil droit.

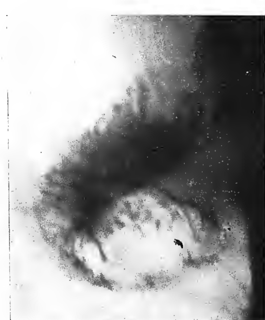


Fig. 10 (Août 1943). — Grosse tumeur circulaire de la partie supérieure de la petite courbure.

REVUE DES THÈSES

THÈSE DE PARIS

J. Wintrebert. *Mouvements post-opératoires de l'eau.* 126 pages (*Société anonyme de publications périodiques Desfossés*, Paris, 13, quai Voltaire), Paris, 1943. — Dans ce travail, W. étudie l'une des incidences de la maladie opératoire, la déshydratation. Chez tout opéré, mises à part les interventions mineures, l'absorption de l'eau, soit qu'il s'agisse d'opérations sur le tube digestif, soit qu'il s'agisse d'interventions portant sur les grands viscères, est obligatoirement diminuée ou même supprimée, tout au moins dans les premières 24 heures ; d'autre part, pendant l'opération, et dans les heures post-opératoires, alors que le rein élimine beaucoup moins d'eau que normalement, il existe une déperdition d'eau au niveau de la plaie opératoire, une plus grande déperdition par la peau, par les poumons. Ces deux dernières éliminations cutanée et pulmonaire ont été étudiées par les auteurs américains sous le nom de « perte insensible » qui peut aller de 1.000 à 2.500 *g.* par jour, par conséquent plus importante que chez le sujet normal. Pour 12 malades opérés, la « *perte insensible* » du jour opératoire a été en moyenne de 1.415 *g.* A tout opéré, il faudrait donc administrer au minimum 1 litre et demi d'eau. Par routine, ou par empirisme, nous administrons à nos opérés un demi-litre de sérum glucosé ou physiologique le jour de l'opération. Cette quantité est donc notoirement insuffisante. En outre, l'élimination rénale de l'eau nécessaire à l'évacuation des déchets, de 1.500 cm^3 tombe à 200 cm^3. Il faut alors administrer à l'opéré au minimum 2 litres et demi d'eau, nous sommes donc loin, dans la pratique habituelle, de cette dose. Sous quelle forme l'eau doit-elle pénétrer dans l'organisme W. conclut qu'il faut se garder d'administrer trop de chlorure de sodium, et que la réhydratation par le sérum glucosé est préférable. Une telle quantité de liquide est difficilement résorbée par le tissu cellulaire sous-cutané, aussi W. donne-t-il la préférence à l'instillation goutte à goutte intraveineuse.

Cette très bonne thèse est basée sur l'étude de tous les travaux inhérents à cette question, travaux étrangers et spécialement américains, travaux français de Achard, Gosset, Leriche, Cachera et Barbier.

P. Wilmoth.

SOCIÉTÉS DE PARIS

ACADÉMIE DE MÉDECINE

6 Mars 1945.

Notice nécrologique sur M. Souques. — M. **Guillain.**

Election d'un membre titulaire dans la 3e section (Hygiène). — *Classement des candidats :* en 1re ligne, M. Weill-Hallé ; en 2e ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. Cavaillon, Dujarric de la Rivière, Huber, Nègre et Pilod ; adjoints par l'Académie : MM. Besson et Cruveilhier.

Au 1er tour, M. **Weill-Hallé** a obtenu 32 voix contre 4 à M. Dujarric de la Rivière, 9 à M. Nègre, 5 à M. Huber, 4 à M. Cavaillon, 2 à M. Besson et 2 bulletins blancs.

Au 2e tour, M. **Weill-Hallé** a obtenu 29 voix contre 4 à M. Dujarric de la Rivière, 8 à M. Nègre, 2 à M. Huber, 1 à M. Cavaillon.

Au 3e tour, M. **Dujarric de la Rivière** est élu par 32 voix contre 27 à M. Weill-Hallé, 2 à M. Nègre, 1 à M. Huber et 1 bulletin nul.

Lucien Rouquès.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

28 Février 1945.

Deux cas de méga-rectosigmoïde, traités par sigmoïdectomie. Guérison fonctionnelle parfaite. — MM. **Moreau** et **Sébileau** communiquent 2 observations assez semblables. Il s'agit d'enfants de 11 et 16 ans qui depuis leur naissance présentaient les signes de méga-rectosigmoïde ; exonérations difficiles suivies de débâcles et accompagnées parfois d'incontinence. L'examen radiologique précisait l'existence de la dilatation recto-sigmoïdienne. Enfin il y avait présence d'une malformation anale, une fois à type d'imperforation incomplète. L'opération pratiquée, extériorisation puis résection immédiate avec anus *in situ*, suivie de fermeture secondaire de cet anus temporaire a donné dans ces 2 observations un résultat excellent.

— M. **Quénu**, rapporteur, ajoute à ces 2 cas une troisième observation. Il s'agit d'une fille de 18 ans présentant depuis l'enfance une incontinence totale de l'anus avec selles liquides. Elle avait en outre une malformation ano-vulvaire avec bride rétrécissant l'orifice anal et une communication large du rectum avec le vagin. Le traitement assez pénible consista après vidange du fécalome rectal, en une extériorisation du méga-sigmoïde avec résection type Quénu-Cruet, suivie ultérieurement d'une suture. Le périnée fut refait et la communication recto-vulvaire supprimée. Le résultat est excellent et se maintient longtemps après.

Le rapporteur pense que la malformation périnéale est en grande partie responsable de la dilatation colique sus-jacente. Les résultats fonctionnellement heureux ne correspondent pas aux images radiographiques qui montrent la persistance des dilatations coliques.

— M. **Mialaret**, citant l'exemple d'une fille de 16 ans traitée par colectomie pour un méga-sigmoïde monstrueux, insiste sur le fait que le résultat acquis immédiatement ; reprise du poids, apparition des règles, etc., n'a pas duré. Actuellement, au bout de 3 ans, la distension colique a repris toute son ancienne importance et les troubles premiers ont réapparu. Il semble donc que les exérèses sur ces côlons dilatés à parois épaissies ne sont qu'un pis-aller tant qu'on n'a pas d'action sur la cause même de la dilatation.

— M. **Moulonguet** rappelle que, pour Lecène, le méga-rectum n'était pas justiciable d'une résection, étant données les modifications des tuniques intestinales qui ne permettent pas des sutures étanches.

— M. **Leveuf** met l'accent sur l'importance des troubles neuro-végétatifs qui conditionnent ces lésions. Bien souvent les colectomies sont insuffisantes, la dilatation tendant à se reproduire au-dessus de la zone enlevée, jusqu'au niveau du cæcum.

— M. **Hepp** souligne la différence entre mégacôlon vrai et les dolichocôlons avec dilatation. Dans un cas qu'il suit, malgré un résultat immédiat favorable, la dilatation colique s'est reproduite et on envisage l'indication proche d'une colectomie totale.

— M. **Leriche** après avoir dit que les opérations sympathiques sont tantôt heureuses, tantôt inefficaces, cite deux exemples de colectomies étendues ayant eu d'heureux effets suivis 18 et 11 ans.

— M. **Monod** a dû réintervenir après 20 ans pour une occlusion chez une malade qui avait subi antérieurement une colectomie pour méga-sigmoïde.

Conditions, possibilités et difficultés du diagnostic des calculs enclavés dans l'ampoule de Vater. — M. **Mallet-Guy** (Lyon) montre que le diagnostic de ces calculs, théoriquement aisé, est en fait tout à fait difficile : souvent c'est après ouverture des voies biliaires que le diagnostic radiologique peut être fait alors que le cathétérisme le plus minutieux ne l'avait pas permis. Radiographie et manométrie des voies biliaires sont indispensables au diagnostic. Au point de vue clinique, sur 12 cas, deux fois existait un ictère chronique, deux fois un vague syndrome vésiculaire avec subictère fugace, trois fois un syndrome spécial signant l'épisode aigu d'enclavement du calcul : des symptômes de cholécystite, mais avec une grosse vésicule s'accompagnant d'une contracture modérée de la paroi. Température à 38°, mais état de shock évoquant l'idée de pancréatite œdémateuse. Ce syndrome de l' « iléus vatérien » serait caractéristique.

Les images radiographiques peuvent être aussi significatives, lorsque le calcul apparaît cerné par le lipiodol, ou lorsqu'il existe un arrêt lipiodolé en cupule ou un reflux dans le wirsung. Plus difficile à interpréter peuvent être les images d'arrêt lipiodolé incomplet, plan ou en franges, ou celles dans lesquelles on reconnaît le passage d'un filet opaque cependant décentré par rapport à l'axe cholédocien. L'auteur insiste sur la nécessité d'images radiographiques en série, étant données les variations de siège du calcul et les intermittences de l'œdème qui l'enchâsse.

L'enregistrement manométrique des pressions biliaires, par intubation du cystique ou par la cholédocotomie préalable, permet aussi d'affirmer l'existence d'un obstacle sur la voie principale.

Des clichés suggestifs contrôlent ces affirmations. L'auteur ajoute des examens post-opératoires montrant les excellents résultats obtenus par l'exérèse des calculs à l'aide d'une papillotomie transduodénale.

Contrairement à ce qui se produit chez l'animal, cette opération n'entraîne jamais chez l'homme d'incontinence biliaire.

— M. **Ameline** rappelle que les examens lipiodolés des voies biliaires sont dangereux lorsque les malades ne sont pas strictement à jeun.

A propos d'un cas de séminome ovarien chez une enfant de 10 ans 1/2. Guérison datant de 12 ans. — M. **Dupont** (Mantes) a eu l'occasion de réintervenir après 12 ans chez une malade opérée antérieurement de séminome ovarien. Il montre l'intérêt de cette observation : rareté du séminome à un âge aussi jeune ; absence de récidive après 14 ans. Il fait un exposé des anomalies parfois associées aux séminomes, discute l'intérêt de la radiothérapie et montre que la recherche du prolan dans les urines permettrait sans doute de dépister les récidives avant leur apparition.

— M. **Michon** a revu après 18 ans en excellent état une opérée de séminome ovarien.

Pneumatocèle intracranienne. — MM. **Petit-Dutaillis** et **Rouget** rapportent 1 cas curieux et typique de pneumatocèle intracranienne accompagnée de pneumocéphalie à la suite d'une lésion du sinus frontal par projectile de guerre. Le diagnostic a pu être fait par l'existence d'une rhinorrhée fétide accompagnée de vertiges et de l'impression subjective de glouglous intracraniens. Les radiographies confirment l'hypothèse en montrant la poche aérienne sous dure-mérienne et l'injection gazeuse du ventricule. A l'aide d'un volet les auteurs ont pu procéder à l'ablation des esquilles et d'un foyer d'attrition intracérébral, et électrocoaguler la muqueuse du sinus. La fermeture de la dure-mère assurée par une greffe de *fascia lata* a permis une excellente guérison du blessé.

Jean Calvet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

2 Mars 1945.

Crampe des écrivains et syndrome parkinsonien. — MM. **H. Hécaen** et **Bachet.** Dans un premier cas une crampe des écrivains précéda l'apparition d'un hémi-syndrome parkinsonien du même côté ; dans le second, une crampe des écrivains est associée à des signes légers mais indiscutables de la série parkinsonienne. Rapprochant ces faits des constatations d'André Thomas et Ajuriaguerra, les auteurs admettent dans le déterminisme de la crampe des écrivains le rôle des perturbations extra-pyramidales, qu'elles soient d'origine lésionnelle ou simplement fonctionnelle, comme c'est le cas le plus habituel.

Agranulocytose aiguë curable apparue au cours du traitement d'un asthme bronchique par un antihistaminique de synthèse (2339 RP). — MM. **Robert Clément** et **Stanislas Godlewski** relatent l'observation d'une enfant de 13 ans, asthmatique, qui reçut, pendant 15 jours, 0 *g.* 40 d'Antergan chaque jour. Brusquement : hyperthermie à 40° ; angine érythémato-pultacée intense, stomatite et gingivite ulcéreuse ; état général alarmant. Le chiffre des leucocytes, antérieurement à 11.000, est tombé à 1.800, avec disparition complète des polynucléaires neutrophiles. Pas de modifications des globules rouges. Pas d'hémorragies. Donc agranulocytose pure.

Evolution favorable, accélérée par la transfusion sanguine, avec poussée éosinophilique intense, atteignant 27 p. 100.

Les auteurs discutent le rôle de l'Antergan dans la production d'un syndrome explicable peut-être par la présence du radical benzyl-alanine.

Sur un nouveau cas d'ictère grave familial du nouveau-né sans érythroblastémie, avec érythroblastose uniquement hépatique. — MM. **Robert Clément** et **St. Godlewski** rapportent l'observation d'un nouveau-né mort le 3e jour dans un tableau d'ictère grave. Deux enfants de la même famille étaient déjà décédés dans les mêmes conditions. Deux aînés sont bien portants.

Il n'existait pas d'érythroblastes dans le sang ni dans la rate ; ils étaient rares dans la moelle sternale. Seul, le foie apparaissait bourré d'érythroblastes typiques.

Les auteurs insistent sur la nécessité d'examens viscéraux très complets dans les crypto-érythroblastoses.

Oblitération du carrefour aortique traité chirurgicalement. — M. **Servelle.** Malade de 48 ans, artéritique depuis 8 ans. Pas de pouls fémoral, pas d'oscillation, impuissance depuis 18 mois. Par voie sous-péritonéale dans un premier temps sympathectomie lombaire droite et artériectomie iliaque primitive droite ; dans un deuxième temps sympathectomie lombaire gauche et résection de l'iliaque primitive gauche et du dernier centimètre de l'aorte. Le malade a les pieds plus chauds, plus rosés et est amélioré au point de vue génital.

Phlébite « occasionnelle » des tuberculeux pulmonaires. — MM. **Etienne Bernard, J. Weil** et **Méninger** rapportent l'observation d'une tuberculeuse chez qui, aussitôt après le début d'un pneumothorax thérapeutique, est survenue d'abord une phlébite droite qui a avorté, puis une phlébite gauche qui a revêtu tous les caractères et connu la durée d'une phlegmatia typique. Ce cas peut être rapproché de quelques faits comparables où la phlébite est survenue après collapsus du poumon par pneumothorax ou phrénicectomie. A l'occasion d'un collapsus brusque, on peut incriminer une augmentation de la pression veineuse et une dissémination bacillaire. Il faut souligner l'appétence de la phlébite pour le membre inférieur gauche. Ici, comme dans une autre observation rapportée par les auteurs, une phlébite droite, après avoir commencé, a rapidement avorté, tandis que la phlébite gauche a été importante.

Volumineux abcès fétide du poumon résistant aux sulfamides, guéri par la pénicilline. A l'origine : petits kystes multiples. — MM. **Etienne Bernard** et **Jacques Weil** présentent l'observation d'un homme de 46 ans, porteur d'un volumineux abcès fétide du poumon droit. Le traitement sulfamidé n'apporta pas de changement, ni dans les symptômes fonctionnels, ni dans les signes radiologiques. Un traitement par la pénicilline commencé vers le 3e mois tarit l'expectoration et nettoya l'image de l'abcès. Injections intramusculaires toutes les 3 heures, jour et nuit, de 30.000 unités Oxford, la dose étant élevée à 50.000 unités à partir du 4e jour. Dose totale : 1.200.000 unités.

Après le nettoyage de l'image d'abcès, on put observer 3 ou 4 kystes échelonnés en profondeur (tomographies), sans doute kystes congénitaux qui ont été à l'origine de la suppuration. Aussi les auteurs font-ils des réserves pour l'avenir, car si la suppuration est actuellement jugulée, les anomalies anatomiques qui lui ont donné naissance persistent.

— M. **Ameuille** dit qu'on ne peut faire le diagnostic ferme de kystes aériens sur ces images qui représentent peut-être des résidus cicatriciels de la pneumopathie antérieure.

— M. **Cattan**, dans un cas de bronchite spirochétique, a vu la température tomber et le sang disparaître après un traitement de 5 jours par la pénicilline, qui malheureusement ne put être poursuivi.

Accidents d'acido-cétose salicylée rendant impossible tout traitement salicylé chez une rhumatisante. — MM. **Félix-Pierre Merklen, Jean Sallet** et **Jean Crosnier** insistent sur l'extrême facilité d'apparition des accidents d'acidose qui caractérisent cette nouvelle observation d'acido-cétose salicylée : la précocité des accidents, leur apparition malgré des doses modérées de salicylate, de l'ordre de 2 à 4 *g.* par jour, et des doses doubles concomitantes de bicarbonate, rendirent pratiquement impossible la mise en œuvre d'un traitement salicylé suffisant. 5 tentatives successives se heurtèrent à la répétition des accidents d'acidose et l'association insuline-glucose elle-même ne put éviter leur déclenchement.

Le trouble hépatique décelé par une épreuve anormale de galactosurie provoquée ne paraît pas pouvoir expliquer à lui seul la facilité extrême de l'acidose. Sans doute, seuls des troubles métaboliques profonds, liés au blocage de réactions enzymatiques essentielles par l'ion salicylique, peuvent permettre l'apparition de l'acido-cétose salicylée chez les sujets prédisposés.

La répétition des accidents au cours de cette observation précise par ailleurs leur gradation : signes d'alarme (troubles auditifs et oculaires, insomnie), phase d'excitation et de pré-acidose (agitation, délire), phase intermédiaire et d'acidose confirmée (respiration type Küssmaul, baisse de la réserve alcaline), phase de dépression et d'acido-cétose (torpeur progressive, réaction de Legal-Imbert-Bonnamour positive dans les urines) précèdent l'apparition du véritable coma salicylé acido-cétosique. La connaissance de cette gradation, la recherche systématique de la cétonurie, du *pu* urinaire et, à la moindre alerte, de la réserve alcaline, la suspension suffisamment précoce de la médication salicylée doivent éviter l'apparition des accidents graves, parfois mortels antérieurement signalés.

Le diagnostic du rétrécissement aortique calcifié. — MM. **J. Lenègre** et **A. Mathivat**, à la faveur de 68 observations personnelles, donnent une étude clinique du R.A.C., affection trop méconnue en France. Sa fréquence approche cependant celle de l'aortite syphilitique. Deux fois plus commun chez l'homme que chez la femme, le R.A.C. s'observe surtout entre 40 et 70 ans. Il peut se manifester par une angine de poitrine d'effort, rarement par des syncopes d'effort, quelquefois par une insuffisance ventriculaire gauche. Très souvent, du fait de sa longue latence, il est découvert par un examen médical fortuit. Son signe dominant est le souffle holosystolique, intense, râpeux et frémissant de la base ou de la région parasternale. Il s'y associe souvent un souffle diastolique ou un affaiblissement du 2e bruit. Les signes périphériques sont très variables. C'est la radioscopie et non la radiographie qui donne le signe anatomique de l'affection : les opacités sigmoïdiennes battantes. Mais il faut savoir les rechercher de parti pris, suivant une technique très précise, faute de quoi il est impossible de les voir. L'aorte est souvent dilatée ce qui peut prêter à erreur avec une aortite, et le cœur parfois volumineux. L'électrocardiogramme est presque toujours altéré. L'évolution est particulière par la très longue latence, l'insuffisance ventriculaire terminale absolument irréductible et la fréquence relative d'une endocardite d'Osler. Le R.A.C. est habituellement méconnu pris à tort pour une aortite syphilitique à Bordet Wassermann négatif, pour une maladie de Hodgson pour un souffle dit mitro-aortique, voire pour une insuffisance mitrale ou une cardiopathie congénitale. La constatation des opacités sigmoïdiennes bien battantes rest

a base fondamentale du diagnostic : encore faut-il avoir reconnaître, pour ne pas les confondre avec un R.A.C., les autres opacités intra-cardiaques ou apparemment telles.

Lésions et pathogénie du rétrécissement aortique calcifié. — MM. **J. Lenègre** et **A. Mathivat.** Le R.A.C. résulte, dans ses formes typiques, d'une véritable pétrification de lésions végétantes des sigmoïdes aortiques, d'où la formation, à la naissance de l'aorte, d'un véritable bourrelet calcaire percé d'un défilé rigide souvent très étroit et long de près de 1 *cm.* Les calcifications se prolongent rarement dans la cloison fibreuse interventriculaire, fréquemment sur les valvules mitrales. Le ventricule gauche subit une hypertrophie concentrique.

L'étiologie reste obscure : le rhumatisme articulaire aigu n'explique guère plus du 1/4 des cas : le rôle de l'athéro-sclérose est douteux ; celui de la syphilis et des malformations congénitales est pratiquement nul. Le plus souvent la cause de l'affection reste inconnue. On peut finalement faire du R.A.C. soit une maladie autonome (endocardite végétante spéciale, finalement calcifiée), soit une réaction anatomique banale susceptible de se développer sur des sigmoïdites aortiques d'étiologie variable (rhumatismale par exemple).

C'est essentiellement le facteur mécanique, c'est-à-dire l'obstacle circulatoire implacable réalisé par le R.A.C. serré, qui explique les signes et l'évolution de l'affection. L'insuffisance coronarienne, très probable malgré l'intégrité des orifices et des troncs coronariens, rend compte de l'angine de poitrine. L'ischémie cérébrale est la cause des syncopes d'effort. Quant à la défaillance ventriculaire gauche terminale, très tardive grâce à l'extraordinaire faculté d'adaptation du ventricule gauche, elle résulte du surmenage auquel est soumis le myocarde ventriculaire et se montre alors irréductible.

P.-L. Mahé.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE BIOLOGIE CLINIQUE

21 Décembre 1944.

Recherche sur les différenciations du colibacille d'origine fécale récente et du colibacille ubiquitaire. — M. **Meerseman** décrit en détail les nombreuses réactions et les tests qui permettent, selon lui, d'arriver à une différenciation entre les deux formes de colibacille. L'intérêt de cette différenciation est considérable dans le diagnostic de la potabilité des eaux.

Un séro-diagnostic instable et discordant avec la clinique. — M. **Giaccardy** présente 1 cas de séro-diagnostic qui a été effectué plusieurs fois chez le même malade atteint de syndrome de Fernet et Boulaud. Le séro-diagnostic a été tour à tour positif et négatif à des taux extrêmement variables allant dans la positivité jusqu'à 1/4.000. Plusieurs laboratoires privés ou publics ont participé à cette étude et les mêmes échantillons ont été fournis à plusieurs laboratoires simultanément.

— M. **Fleury** demande à quoi l'on peut attribuer ces discordances.

— M. **Durupt** déclare qu'il existe plusieurs raisons d'erreur ou de discordance dans les séro-diagnostics. Les principales tiennent au fait qu'on utilise de plus en plus des émulsions bactériennes stabilisées, au lieu de se servir d'une émulsion de bacilles de 24 heures. La concentration de l'émulsion bactérienne, si elle est trop forte, peut donner des taux plus faibles. Enfin le diagnostic qualitatif proposé ici ne résout pas la question, au contraire.

Etude des thromboplastines. — MM. **Mauric, Durupt** et **Gorny** présentent 3 notes sur l'étude de thromboplastines de diverses origines : lapin, cobaye, mouton, bœuf, homme. C'est la cervelle de lapin qui, chez l'homme, paraît la plus active. Ils montrent également l'action du vieillissement des poudres de cervelle sur leur activité. Ils étudient ensuite la variation des temps de coagulation sur un même malade, tous les jours, et sur un même sérum après séjour à la glacière de durée variable.

Vitamine A et thyroïde. — M. **Garabadian** montre que la vitamine A semble être antagoniste avec la thyroxine dans ses effets physiologiques. Il a étudié surtout la charge en vitamine A par le test de l'héméralopie.

25 Janvier.

Réaction à la lutéine, technique et intérêt clinique. — M. **Degos** a exposé en détail la technique de la lutéo-réaction, les espoirs qu'elle a fait naître au début, les déceptions qu'elle a suscitées ensuite et montre ce qu'il est possible de lui demander d'après ses travaux personnels.

L'auteur estime que cette réaction allergique chez les syphilitiques n'a rien à voir avec la réaction de Bordet-Wassermann et trouve qu'elle offre un grand intérêt diagnostique dans les syphilis tertiaires cutanéo-muqueuses dans lesquelles elle a pu quelquefois trancher le diagnostic en face d'un Bordet-Wassermann négatif.

Conditions expérimentales pour effectuer un dosage correct de la bilirubine du sang. — M. **Delcourt** (Bruxelles).

Présentation d'un appareil à épuisement pour dosages hormonaux et d'une lunette à réservoir. — MM. **Cheymol** et **Robert Henry.**

La réticulose dans la syphilis. — M. **Patoir.**

Dosage du fer sérique et hémoglobinique. — M. **Robert Henry.**

A. Durupt.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE

15 Octobre 1944.

La zone silencieuse supra-minimale, signe du rétrécissement aortique et des rétrécissements artériels en général. — MM. **C. Lian** et **A. Giraud.** En sphygmomanométrie auscultatoire, Gallavardin et Tixier ont décrit les « trous auscultatoires », constitués par une région silencieuse bordée par deux talus sonores ; ce phénomène qui occupe surtout les parties supérieure ou moyenne de la courbe auscultatoire n'a pas de valeur séméiologique précise.

Lian et Geismar ont isolé un groupe de cas où les bruits artériels, perçus au voisinage de la maxima, disparaissent 3 à 6 *cm.* de Hg au-dessus de la minima oscillométrique et ne réapparaissent plus. Ce signe, qu'ils ont appelé « *la zone silencieuse supra-minimale* », a une grande importance pratique pour le diagnostic du rétrécissement aortique et des rétrécissements artériels en général.

Lorsque ce signe est trouvé chez un porteur d'une insuffisance aortique avec un double souffle, il caractérise l'existence d'un rétrécissement aortique associé et permet d'écarter l'origine syphilitique de l'insuffisance aortique.

Ce signe est rarement observé dans les artérites des membres inférieurs, parce que les bruits artériels y sont rares et les battements oscillométriques faibles ou nuls. Mais il est de règle dans les artérites des membres supérieurs et rend les plus grands services dans leur diagnostic.

Ainsi, dans les rétrécissements artériels peu serrés, il existe une zone silencieuse supra-minimale, et dans les rétrécissements artériels serrés la zone silencieuse s'étend vers la maxima qu'elle englobe souvent.

Il est facile de trouver ce signe en mesurant la tension artérielle avec un sphygmomanomètre auscultatoire dont le tuyau de caoutchouc du brassard aboutit à un oscillomètre. Ainsi on mesure la maxima par la méthode auscultatoire et la minima par l'oscillométrie : c'est pour Lian la meilleure technique sphygmomanométrique. Pour qu'une zone silencieuse supra-minimale ait une valeur diagnostique, il faut qu'elle occupe une étendue d'au moins 3 *cm.* de Hg.

Tachycardie paroxystique revue 16 ans après deux crises d'insuffisance cardiaque. — MM. **N. Fiessinger** et **J. Carlotti.** Tachycardie paroxystique ayant débuté en 1914 à 21 ans. Cette même année syphilis, correctement traitée, sans séquelles. De 1914 à 1928, crises banales durant quelques minutes ou une heure, cédant spontanément ou par procédés personnels habituels. En Mars et Mai 1928, deux crises prolongées de 12 jours avec signes d'insuffisance cardiaque grave. En 1940, extrasystoles gênant le malade. L'E.C.G. montre une extrasystolie ventriculaire polymorphe avec tendance au bigéminisme et inversion de T 3. Ses crises persistent au rythme de plusieurs par semaine. En 1942, le malade, polonais, absorbe 1 litre de vodka. Coma éthylique prolongé. Depuis, disparition définitive des crises. Revu en Mars 1944 : l'appareil cardio-vasculaire est normal à l'examen clinique, radioscopique et électrique.

L'électrocardiographie dans le botulisme. — MM. **Mouquin, Macrez** et **Lafleur** présentent 2 observations de botulisme où l'électro-cardiographie systématique a révélé des altérations discrètes des complexes ventriculaires, portant sur l'onde rapide (crochetage), le segment S T et l'onde T.

Arythmie complète et syndrome de Stokes-Adams. — MM. **E. Ledoux** et **B. Decreux.**

R. Boucomont.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

11 Janvier 1945.

Maladie de Schamberg. — M. **Touraine** présente un nouvel exemple de ce type rare de capillarite chez un homme de 34 ans. Le début s'est fait, sur une ecchymose, une dizaine de jours après une contusion de la cuisse gauche ; l'affection est ensuite restée stationnaire et est aujourd'hui vieille de 3 mois, sans aucune modification ni aucune autre anomalie.

Epidermolyse bulleuse albo-papuloïde en homozygotie. — MM. **Touraine, Bailliet** et **Balter** présentent deux sœurs atteintes de ce type clinique dont il n'existe que 3 observations françaises et 44 au total. Leurs 8 frères et sœurs présentaient, tous, un degré plus ou moins accentué d'épidermolyse hyperplasique ordinaire. La mère, atteinte elle aussi et dont 16 de ses 19 frères et sœurs étaient morts en bas âge, avait épousé un de ses oncles, lui-même malade et dont 14 de ses 25 frères et sœurs étaient morts jeunes. On peut conclure à l'existence, unique dans la littérature, d'une homozygotie et à celle d'un haut facteur létal.

Polyfibromatoses. — M. **Touraine** rapporte 4 observations de cet état constitutionnel, héréditaire, caractérisé par la tendance à la formation de nodules fibreux dans le tissu conjonctif. Les deux premières réunissent maladie de Dupuytren et induration des corps caverneux. La troisième montre un fibrome de l'utérus chez la mère, des chéloïdes chez la fille. Dans la quatrième, la grand'mère a une maladie de Dupuytren, à laquelle la fille ajoute un volumineux fibrome pendulum de la cuisse ; la petite-fille a un fibrome de l'utérus et une chéloïde.

Facteur létal pris pour une syphilis congénitale. Non-observation de la loi rythmique de Günther. — M. **Touraine** relate l'observation d'une épileptique dont les 8 grossesses se sont terminées par 3 avortements, 1 enfant mort de méningite à 15 jours, 1 débile et 3 enfants normaux, sans aucune règle dans l'ordre de ces naissances et malgré de multiples traitements anti-syphilitiques, quoiqu'il n'existât aucun signe de syphilis.

Une fois de plus, la loi rythmique des 30 mois, énoncée par Günther et vérifiée par Schott, a été trouvée en défaut.

Porokératose de Mibelli. — MM. **Sézary, Bolgert** et **Galmiche** présentent un malade atteint d'une forme hypertrophique de la porokératose de Mibelli siégeant au pied gauche (pied droit amputé) ; des masses kératosiques grosses comme des noisettes émergent de dépressions limitées par un bourrelet où s'insère une lame cornée. De plus, sclérose marquée du derme des quatre derniers orteils, luxation traumatique de l'articulation interphalangienne du gros orteil où se voit un sillon transversal rappelant celui de l'aïnhum. Affection non héréditaire. Aucun signe de lèpre.

A propos des dermatoses hystériques. — M. **Cl. Simon** montre l'évolution des idées au sujet des dermatoses hystériques, acceptées par Charcot, niées par Babinski, et de nouveau à l'ordre du jour. L'auteur estime qu'il est possible d'accepter la réalité de ces dermatoses et d'en esquisser la pathogénie qui se rattache à la pathologie du diencéphale.

Apoplexie séreuse terminée par la guérison. — MM. **Gougerot** et **de Sablet** présentent un jeune homme de 17 ans, syphilitique secondaire avec Wassermann +, qui après une injection intraveineuse de novar à 0,90 présenta tous les signes d'une apoplexie séreuse : convulsions, incontinence, coma. La ponction lombaire ne montra ni lymphocytes, ni albumine, Wassermann négatif, benjoin positif. La guérison survint au bout de 3 jours et le Wassermann sanguin devint négatif.

Mammite tuberculeuse. — MM. **Gougerot, Duperrat** et **Danel** présentent une femme de 37 ans atteinte de nodosités gommeuses du sein qui se fistulisèrent ; le sein prit un aspect atrophique et ficelé ; l'histologie montra l'existence de lésions tuberculeuses.

Accidents cutanés et arthralgiques d'origine sulfamidée. — MM. **Gougerot** et **de Sablet** ont observé chez un malade qui avait pris 45 *g.* de sulfothiazol un érythème noueux typique et une arthrite pseudo-phlegmoneuse du poignet droit ; ces accidents guérirent rapidement après la cessation du sulfothiazol.

Ulcérations trophiques après section du cubital. — MM. **Cl. Simon, Philippe** et **Rudloff** ont observé des ulcérations trophiques du 5e doigt, avec troubles sensitifs et atrophie paralytique du territoire cubital après section du nerf dans la gouttière épitrochléenne ; ils soulèvent la question de la pathogénie des troubles trophiques, même en l'absence de troubles vasculaires.

Nouvel échec de la sulfamidothérapie dans l'érythrodermie arsenicale. — MM. **Burnier** et **de Sablet** rapportent l'observation d'un homme jeune atteint d'érythrodermie arsenicale qui se termina par la mort malgré un traitement sulfamidé de 83 *g.*

Statistique des cas de syphilis récentes en 1944. — MM. **Gougerot** et **Burnier** ont constaté au dispensaire de la Faculté, à l'Hôpital Saint-Louis, une légère diminution des cas de syphilis récentes en 1944 : 367 cas, au lieu de 395 en 1943 ; 3 chancres mous ont été en outre observés chez l'homme.

Le dépistage de la syphilis en grande série. — M. **Hirsch-Marie** a recherché sur 1.032 recrues la réaction de Wassermann par la technique de Laporte ; il a trouvé 30 cas positifs (2,95 pour 100), parmi lesquels 77 pour 100 de syphilis.

R. Burnier.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ÉLECTROTHÉRAPIE ET DE RADIOLOGIE

28 Novembre 1944.

Abcès du poumon asséché après radiothérapie fonctionnelle du carrefour carotidien. — MM. **J. Didiée** et **Besnoit.** Chez un malade de 39 ans atteint depuis 6 mois d'un abcès de la région sous-claviculaire droite avec image cavitaire démonstrative, l'échec du traitement médical et de l'aspiration fait envisager, en présence d'une nouvelle poussée, l'intervention chirurgicale. Mais l'application de 260 r (150 KV, 15 Al, FP 31) répartis en 4 séances bihebdomadaires sur le carrefour carotidien transforme l'état du sujet : l'expectoration diminue, l'image radiologique cavitaire s'efface et est progressivement remplacée par une opacité d'allure scléreuse, l'état général s'améliore considérablement. Le malade peut être considéré comme guéri.

La galvano-narcose du poisson. — MM. **G. Bounes, L. Bugnard, H. Fischgold** et **P. Marquès** (Laboratoire de Physique médicale de Toulouse). La galvano-narcose est un état réversible de diminution ou suppression d'activité de la substance vivante, déterminé par un courant galvanique d'intensité donnée, pénétrant par la tête de l'animal au pôle positif et sortant par la queue au pôle négatif (courant descendant).

Suivant les recherches de Schemintziki, de Vienne, les auteurs montrent l'importance du phénomène de galvano-narcose pour certaines recherches de pharmacodynamie : le courant électrique peut se substituer à une dose de narcotique et le contraire. Ce procédé pharmacodynamique est connu sous le nom de méthod

ourant-dose ; les auteurs l'ont appliqué à l'étude de l'uréthane.

A propos de l'électro-fibrogramme. — MM. **Lefebvre** et **Lerique** montrent les difficultés de l'amplification et de l'enregistrement des potentiels musculaires le repos et soulignent que leurs recherches portent plus spécialement sur les potentiels d'action, potentiels dont ils rappellent succinctement les caractères.

Application simplifiée de la méthode dite de Patte pour la localisation des corps étrangers. — M. **Lerique** propose des modifications à la méthode de Patte qui la rendent apte au repérage en plein jour et au cours d'opération. De plus, la substitution d'index métalliques opaques jalonnant le trajet des rayons aux traits des crayons gras qu'on fait habituellement sur l'épaisse glace de l'écran diminue les erreurs de parallèles et augmente la précision des procédés.

Atlas pathologique radiographique des docteurs Belot et Lepennetier. — Présentation par M. **Delherm.**

Contribution à l'étude clinique et thérapeutique de la maladie de Hodgkin. — M. **Desmergers.**

Y. Hélie.

SOCIÉTÉ D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE MÉDICALE DE FRANCE

12 Décembre 1944.

Election du Bureau de la Société pour 1945. — *Président :* M. **Didiée** ; *Vice-président :* M. **Detrée** ; *Vice-président province :* M. **Aimard** ; *Secrétaire général :* M. **Dariaux** ; *Secrétaire général adjoint :* M. **Nadal** ; *Trésorier :* M. **Peuteuil** ; *Secrétaires des séances :* MM. **Beau** et **Marchand** ; *Membre du Conseil :* M. **Cassan.**

Traitement par la radiothérapie des accidents dus aux côtes cervicales. — M. **Flipo** (Mans). Les douleurs du membre supérieur soit du type sympathique, soit du type tronculaire sont, plus souvent qu'on ne le pense généralement, le fait d'une côte cervicale comprimant l'artère sous-clavière ou la VIII[e] paire cervicale. Si les côtes longues commandent l'exérèse, dans le cas des côtes cervicales courtes ne donnant pas de troubles artériels, l'auteur rapporte 4 observations où il a obtenu la cessation des douleurs par l'irradiation de la 7[e] cervicale : 3 ou 4 séances de 100 r sous 100 kw, filtration 4 Al ont suffi dans tous les cas.

Un cas de kyste dermoïde intracranien. — MM. **Thoyer-Rozat, Klein** et M[me] **Mazars** rapportent 1 cas de kyste dermoïde intracranien de la fosse temporale droite, présentant des inclusions dentaires. Les radiographies ont permis le diagnostic, en montrant l'existence d'une masse osseuse para-sellaire droite et surtout de 6 dents adultes, parfaitement reconnaissables, avec leurs couronnes et leurs racines.

C'est un cas tout à fait exceptionnel : il n'existe, en effet, dans la littérature qu'un cas semblable, publié par Bochner et Scarff en 1938.

Présentation de clichés d'injection de lipiodol dans les glandes salivaires. — MM. **Leroux, Monnignault** et **Chevalier.** L'injection de lipiodol dans les canaux de Stenon et Warton permet de déceler les états pathologiques du système salivaire : dilatation du canal principal ou des canalicules terminaux, infection chronique du parenchyme, lithiase avec calcul non opaque aux rayons X.

La limitation de l'injection au canal principal et à ses grosses bifurcations indique une compression du parenchyme par adénite ou collection suppurée.

On peut ainsi considérer comme caractéristique d'une tumeur intraglandulaire maligne ou mixte l'aspect de tache non infiltrée, « découpée », dans une bonne infiltration du reste de la glande.

Avant toute intervention, la sialographie s'impose et permet un diagnostic clinique précis.

Une image peu fréquente dans la maladie osseuse de Paget. — MM. **Lepennetier, Morin** et **Grain** ont depuis plusieurs années l'attention attirée par une image spéciale, assez rare mais dont ils ont cependant pu rassembler plusieurs cas et qu'ils ont observée chez les malades présentant une maladie osseuse de Paget.

Cette image curieuse se trouve dans le tissu compact péri-médullaire dans la corticale osseuse. Elle consiste en une sorte de ligne ou de vacuole linéaire perpendiculaire à la corticale, parfois unique, plus souvent multiple. Ses dimensions sont variables, de 10 à 20 mm. de longueur sur 1 mm. d'épaisseur. Vers l'extérieur la corticale ne présente aucune rupture visible, aucun relief. Vers l'intérieur au contraire cette ligne se termine généralement dans une sorte de petite éminence bien visible et pointant vers le canal médullaire.

Souvent ces lignes présentent une discrète bordure de densification du tissu osseux avoisinant.

Toutes les images observées sont situées du côté convexe de la courbure si fréquente de l'os pagétique, et toutes sur des fémurs. Cependant leur localisation n'est pas spécialement à l'endroit le plus incurvé. De même certains os très incurvés ne présentent pas ces images.

L'un des fémurs observés montrait en plus une fracture pathologique. Les auteurs attirent l'attention sur ces curieuses images, peu fréquentes, dont la connaissance pourrait présenter un intérêt quant à la solidité de l'os malade : ne seraient-ce pas en effet des points de moindre résistance de la corticale et le siège possible de ruptures pathologiques ?

A propos d'un cas de stéatose pulmonaire. — MM. **Lepennetier, Morin** et **Chambonnet** présentent les clichés radiographiques d'un cas de stéatose pulmonaire confirmé opératoirement et par biopsie. Il s'agit d'une femme de 36 ans, chanteuse, qui subit en 1936 plusieurs instillations huileuses intralaryngées dans un but thérapeutique. En Novembre 1942, la malade présentant des troubles respiratoires fut examinée et radiographiée. L'image radiographique incita un phtisiologue consulté à conclure à une tumeur du poumon, mais une bronchoscopie révéla une bronche libre. Un peu plus tard et devant la persistance des troubles, de nouvelles radiographies, faites avant et après pneumo-diagnostic, révélèrent des images de condensations partielles du lobe moyen, à contours diffus, telles que de nouveau le diagnostic de néoplasme bronchique fut porté. MM. Maurer, Sauvage et Matthey décidèrent de pratiquer une lobectomie. L'intervention montra une masse indurée, parsemée de taches blanchâtres, et devant cet aspect anormal on décida après prélèvement biopsique de s'en tenir à ce temps explorateur. L'examen du fragment prélevé, fait par J. Delarue, révéla en réalité une « stéatose avec réaction fibreuse ».

Etude électrologique d'un malade atteint d'une polynévrite toxique (intoxication par une huile minérale contenant du tri-ortho-crésyl-phosphate). — MM. **Lepennetier, Morin** et **Aubert.** Le malade faisant l'objet de la communication présente des troubles gastro-intestinaux aigus quelques heures après absorption de l'huile toxique, ayant cessé spontanément en 24 heures. Mais 13 jours après, apparaît une paralysie des membres inférieurs, puis des membres supérieurs, bientôt suivie d'amyotrophie des muscles atteints. Caractère essentiel, cette paralysie est périphérique, sans aucune systématisation topographique, légèrement ascendante, mais n'ayant pas touché les segments proximaux des membres, progressive au point de vue des réactions électriques (hypoexcitabilité, puis R. D. partielle, puis totale). Elle est toujours restée indolore. Tout traitement, tant physiothérapique (ionisation à l'iodure de potassium, ondes courtes intensives) que médical a complètement échoué. La radiothérapie a été proposée.

A. Dariaux.

SOCIÉTÉ DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS

5 Juin 1944.

Eclampsie grave au 3[e] mois de la gestation : môle embryonnée. — MM. **Ravina** et **Jamain** rapportent l'observation d'une femme entrée à l'hôpital au 3[e] mois de sa grossesse en coma éclamptique grave avec albuminurie massive. On fait une saignée de 300 g. Dès le lendemain l'état s'est amélioré, au bout de 15 jours l'état est sensiblement normal. Au 5[e] mois la femme expulse une môle embryonnée.

Un cas de grossesse gémellaire avec môle de l'un des œufs ? — M. **Bérardier** (Chartres), lecture par M. **Le Lorier** qui se demande s'il y a eu grossesse gémellaire.

Délire mélancolique avec hallucinations chez une femme enceinte de 8 mois 1/2, guérison rapide par trois électro-chocs ; modification passagère des bruits du cœur fœtal. — MM. **Leroux, Norman** et **Longuet** (Nantes).

Passage des médicaments antisyphilitiques à travers le placenta. — MM. **Patoir, Bédrine, Poiteau** et **Biserte.**

A propos de notre communication sur le test biologique vaginal de la première activité hormonale folliculaire chez la fillette impubère. — M. **Chappaz.**

3 Juillet.

Lésions cutanées fœtales. — M. **Moullé** en a observé deux cas probablement dues à des adhérences amniotiques. Le premier enfant présentait des lésions cutanéo-osseuses du crâne et une cicatrice de la sacro-iliaque droite, de la cuisse droite et de la fesse gauche. Le 2[e] fœtus, né mort, présentait une cicatrice étendue allant du coccyx à la voûte cranienne près de la fontanelle antérieure.

De l'emploi de la quinine en obstétrique. — M. **Moullé.** Cet alcaloïde a une action paralysante qui agirait en supprimant l'inhibition musculaire de l'utérus. Elle ne serait donc pas excitante directement mais permettrait une augmentation du fonctionnement du muscle utérin.

Il faut utiliser la quinine (sulfate ou bromhydrate) par voie buccale à faibles doses, ne jamais dépasser 1 g. 50 par jour.

Elle peut être employée comme adjuvant de l'hormone post-hypophysaire dont elle permet l'emploi à petites doses, elle peut lui être substituée dans de nombreux cas au cours d'un travail peu énergique, elle peut être administrée préventivement et permettre un accouchement rapide et silencieux.

— M. **Lantuéjoul,** chez une centaine de femmes enceintes, a associé à un régime sans sel des 3 ou 4 dernières semaines l'administration de deux cachets de 0,10 de quinine pendant les 8 ou 15 derniers jours. Il lui a semblé que la dilatation se faisait plus vite et plus facilement.

Stérilité avec grossesse tubaire récidivante traitée par implantation ampullo-utérine bilatérale ; grossesse utérine consécutive avec hernie partielle de l'œuf par la zone d'implantation tubaire au 8[e] mois ; césarienne avec enfant vivant. — MM. **Palmer** et **Lacomme.** Les grossesses après implantation tubaire ne sont encore que des exceptions. La technique de l'implantation doit s'inspirer de deux difficultés : rétablir la perméabilité, mais surtout ne pas créer au niveau de l'orifice d'implantation un point faible susceptible de céder au cours de la gestation ou de l'accouchement.

L'endocervicite sténosique et son traitement par la stomatoplastie ambulatoire au bistouri électrique. — M. et M[me] **Palmer.** Le traitement consiste à fendre au bistouri électrique les deux commissures sur la moitié de la hauteur du museau de tanche, puis à électrocoaguler à l'électrode à boules toute la tranche de section en respectant la muqueuse endocervicale.

Malformations multiples de l'intestin chez un nouveau-né (mégaduodénum, mégajéjunum, micro-grêle, microcôlon). — MM. **Courtois, Mauviel** et **Béziaud.**

6 Novembre.

Trois cas de phlegmatia du post-partum traités par le 3,3'-méthylène bis-4,4'-dihydroxy-comarine. — M. **Lacomme.** Les trois observations sont analogues. Lorsque le diagnostic de phlébite est indiscutable, on administre par voie buccale dans la journée 6 comprimés d'anti K à 50 mg., puis une seconde prise analogue au bout de 4 jours. L'apyrexie se produit quelques jours plus tard, la reprise de la marche est extraordinairement rapide.

Sur l'accouchement électrique. — M. **Benoît** (Wassy). M. **Viala,** rapporteur. L'auteur présente, sous sa responsabilité, un procédé d'accouchement électrique basé sur l'emploi d'un courant électrique alternatif et modulé à volonté en longue période qu'il n'utilise que dans les accouchements normaux après début de la dilatation et rupture artificielle de la poche des eaux. Les accidents ont été nuls chez la mère, un décès fœtal non imputable à l'électrisation.

Le rapporteur ne partage pas l'enthousiasme de l'auteur sur l'innocuité de la méthode, surtout avec le courant électrique actuel et pense que des recherches devraient être faites dans un grand service hospitalier pour préciser si l'accouchement électrique est inoffensif ou dangereux.

— M. **Chomé,** qui a expérimenté la méthode à l'hôpital de Montfermeil et à la clinique Tarnier, a observé des œdèmes du col et des accidents de mort apparente chez les enfants. Il semble que l'utérus gravide soit relativement peu excitable par le courant électrique.

— M. **Lantuéjoul** estime qu'on ne peut parler actuellement d'accouchement électrique rapide, indolore et sans danger. Il faut étudier la méthode avec toute la prudence désirable.

— M. **Portes** pense qu'il y a de graves inconvénients à vulgariser cette méthode avant qu'elle n'ait reçu toutes les améliorations désirables.

Les interventions nécessitées par les accouchements gémellaires. — MM. **Portes** et **Granjon.**

P. Duhail.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HÉMATOLOGIE

20 Décembre 1944.

Syndrome hémorragique grave chez un malgache tuberculeux. Guérison rapide après transfusion médullaire. — MM. **Giacardy** et **Richard,** après injection intra-sternale de 2 cm^3 de moelle osseuse, voient la guérison rapide d'un grand syndrome hémorragique (coagulation : 25 minutes, irrétractilité du caillot, 40.000 plaquettes) tant clinique qu'hématologique : ils notent la réapparition des mégacaryocytes dans la moelle. La transfusion médullaire semble donc avoir été efficace.

Etude sur la maladie de Di Guglielmo (érythromyélose maligne). — MM. **J. Mallarmé** et **A. Moulonguet.** Etude très générale de l'érythrémie aiguë, dont les auteurs font, à propos de 8 observations, l'analyse clinique et hématologique. Ils précisent les formes cliniques, le diagnostic et montrent les rapports de la maladie de Di Guglielmo avec la leucémie aiguë, dont il existe une forme intermédiaire nullement exceptionnelle.

Un cas d'érythro-leucémie aiguë, remarquablement transformé par le sang de conserve. Guérison provisoire à la fois clinique et hématologique. — MM. **René Bénard** et **J. Mallarmé.** Observation remarquable de leucémie aiguë avec forte réaction érythroblastique du sang et totalement transformée (sang et moelle) par les perfusions répétées de sang conservé.

Sans vouloir affirmer la guérison définitive, les auteurs enregistrent cette transformation miraculeuse et admettent que certaines formes de leucémie aiguë au début sont susceptibles de réversibilité hématologique contrairement à la notion unanimement admise jusqu'alors.

Les hématomes intramusculaires des hémophiles. — M. **P. Emile-Weil.** Chez un hémophile non familial qui depuis l'âge de 3 ans fit de nombreux accidents hémorragiques, on pouvait noter deux faits curieux : d'une part l'absence d'hémarthroses, d'autre part un prédominance d'accidents hémorragiques musculaires, savoir : un hématome du psoas, un hématome du plancher de la bouche, un hématome du quadriceps crural, un hématome du triceps sural gauche et, l'année suivante, un hématome du triceps sural droit qui fut suivi d'une transformation fibreuse du muscle et cause d'un pied-bot équin définitif.

A propos de ce cas, l'auteur rapporte les divers cas qu'il a observés. Les hématomes musculaires sont relativement rares : ils se voient chez les grands hémophiles

u hémophilo-hémogéniques. Ils ne sont jamais des ccidents de début pour la diathèse. Ils apparaissent sur u terrain particulier : ou ils récidivent indéfiniment) situ, ou, comme dans le cas présent, constituent une orme clinique d'hémorragies presque exclusivement musulaire. La cause déterminante est un trauma même éger, un effort, une fatigue, et chez les hémophilohémogéniques une hémorragie antérieure récente ou ne infection.

Ces hématomes peuvent soit guérir entièrement, soit 'organiser (transformation osseuse ou fibreuse) : ils peuent s'accompagner de paralysies dues à la compression le nerfs ou à des hémorragies nerveuses concomitantes.

G. Bilski-Pasquier.

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DES HOPITAUX DE PARIS

20 Novembre.

Ostéite envahissante des os de la face consécutive à une ostéite du maxillaire banale, opérée (deuxième présentation). — **M. Ramadier.** Cette malade, présentée à la séance d'Octobre, a continué à présenter les accidents dès que la pénicilline a été suspendue. On a alors utilisé le 2632 RP. Cette fois encore le processus semble enrayé.

Un kyste du Foramen cæcum. — **M. Robert Bourgeois.** Ce kyste, situé sur la face postérieure de la langue, a pu être aisément énucléé par les voies naturelles.

D'une fistule branchiale latérale complète ; une observation qui compte deux particularités remarquables. — **MM. Aubin** et **Joublin** signalent : la très mauvaise tolérance fonctionnelle, de nombreuses crises d'angoisse ; l'isolement familial complet si exceptionnel.

Œdème cérébral à forme corticale compliquant une oto-mastoïdite aiguë. Large décompression temporale. Guérison. — **MM. Ombrédanne** et **Hecquet.** Au cours d'une otite bénigne, apparition du tableau clinique évoquant un abcès cérébral. Absence de signes méningés. Les auteurs pratiquent un large volet décompressif et la guérison est obtenue en quelques jours. Il faut noter dans ce cas l'absence d'hypertension céphalo-rachidienne.

Du triangle de Laimer. — **MM. Aubin** et **Joublin.** Etude anatomique qui permet d'établir que le point faible de la paroi postérieure du pharynx est non pas dans le constricteur inférieur, mais entre les cricoœsophagiens. Ce triangle classique est une fiction.

Un corps étranger pharyngo-œsophagien toléré 8 mois produisant un stridon laryngé. — **M. Robert Bourgeois.**

Corps étranger végétal intra-bronchique longtemps méconnu chez un enfant de 2 ans. Extraction, laryngo-trachéo-bronchite suffocante. Guérison au bout de 2 mois. — **M. Robert Bourgeois.**

Un cas de spasme du masseter. — **M. Aubry.**

18 Décembre.

Méningite otogène, guérison par méthyldiazine. Avantage de ce traitement. — **MM. Aubin, Cler** et **Sureau.** Observation d'une méningite otitique guérie par une intervention et administration de hautes doses du sulfamide, en l'espèce le dérivé dit « Mathyldiazine ». Cette observation, banale aujourd'hui, est intéressante pour la remarquable tolérance du produit. 18 *g. per os* n'ont entraîné aucun vomissement et n'ont pas empêché une alimentation normale, alors que des doses moindres de soludagénan (12 *g.*) entraînaient des vomissements incoercibles.

Tumeur mixte encapsulée du voile du palais. Récidive 9 ans après l'exérèse. — **M. Ombrédanne.**

Cancer de l'œsophage thoracique, succès opératoire. — **MM. Lortat-Jacob** et **Mathey.**

Un cas d'œdème pharyngo-laryngé. — **M. Louis Leroux.**

Un cas de pétrosite. Opération par voie sous-labyrinthique antérieure. — **MM. Halphen** et **Bérard.**

Sarcome du rocher chez un enfant de 6 ans. — **M. Bérard.**

R. Caussé.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET D'HYGIÈNE DU TRAVAIL

18 Décembre 1944.

A propos des troubles neutrophiques post-traumatiques de la main et des doigts et leur traitement. — **M. Desplas** rappelle les signes du syndrome neuro-tropho-fonctionnel post-traumatique bien étudié par Babinski et Froment que l'on observe comme séquelles des accidents du travail, en particulier de ceux ayant intéressé les mains et les doigts. Les manifestations de ce syndrome sont liées aux perturbations du système sympathique. Leur apparition doit être immédiatement recherchée car une thérapeutique appropriée et précoce permet d'en arrêter l'évolution tendant toujours à l'irréversibilité. A la thérapeutique sympathique préconisée par Leriche (infiltration novocaïnique, résections) peuvent être associés : le massage, l'ionisation, la diathermie descendante, la radiothérapie.

Silicose et métallurgie. — **MM. Eck** et **Royer de Véricourt** rapportent les résultats d'une enquête faite grâce à l'Institut national d'Hygiène, qui a montré que les postes particulièrement exposés au risque silicotique sont ceux des dessableurs, sableurs, meuleurs, ébarbeurs. La silicose peut apparaître dès la 3e année d'exposition, parfois dès la 3e pour les dessableurs et sableurs, dès la 5e année chez les meuleurs, vers la 10e année chez les ébarbeurs.

Silicose céramique. — **MM. Eck** et **Thiébaut** constatent que le risque silicotique est important dans l'industrie céramique et qu'il frappe tout particulièrement les ouvriers occupés à la préparation des pâtes de porcelaine, les calibreurs, les faiseurs de bords, les finisseurs. La silicose chez ces ouvriers apparaît après 3 à 5 ans d'exposition aux poussières.

Intérêt de l'exploration fonctionnelle de la respiration chez les silicotiques. — **M. Tulou.**

15 Janvier 1945.

Hypothèse sur la pathogénie du nystagmus des houilleurs. — **M. A. Chevallier,** à la lumière de ces travaux sur la vision nocturne, suggère que le nystagmus des houilleurs est dû à l'éclairage peu intense des mines et à l'absence de diffusion qui font que les cônes ne sont plus impressionnés et qu'en conséquence le globe oculaire subit un déplacement qui détermine le point de convergence des rayons lumineux sur une zone du système périphérique des bâtonnets. Il s'établit donc un mouvement des globes oculaires, dont le rythme peut être rapide, mouvement qui sera déterminé par les mouvements du sujet et les accidents de la surface de la paroi de la mine, chaque fois qu'un éclairement se trouvera être plus intense et qui entraînera l'axe optique à coïncider avec la macula.

Etudes sur le benzolisme. Sulfates urinaires (1re note). — **MM. Duvoir, R. Fabre, L. Dérobert** et **Bastien** montrent que les renseignements donnés par l'étude du comportement du rapport $\frac{\text{soufre conjugué}}{\text{soufre total}}$ au cours de l'exposition aux vapeurs de benzène ne peuvent servir comme test de dépistage du benzolisme professionnel. Ce rapport ne constitue pas un signe d'intoxication, tout au plus constitue-t-il un test d'exposition. Ces recherches ont confirmé les données de Folin et Benedict. La valeur normale du rapport $\frac{\text{soufre conjugué}}{\text{soufre total}}$ est de l'ordre de 6 à 7 pour 100. Il s'élève en fonction de l'absorption du benzène et peut atteindre 40 pour 100. Une valeur supérieure à 20 pour 100 indique une absorption de benzène.

Etudes sur le benzolisme. Dosage du benzène dans le sang (2e note). — **MM. Duvoir, R. Fabre, Dérobert, Bastien, Kormann, A. Fabre, Nahoum** et **Vaquier.** Grâce à une technique de dosage, les auteurs ont montré qu'il existe un taux d'imprégnation en benzène du sang qui ne disparaît pas en dehors des heures de présence à l'atelier. A cette quantité se surajoutent, au cours du travail, des taux variables de ce produit qui sont éliminés pour la plus grande partie par la respiration. Malgré cette imprégnation benzénique, les modifications hématologiques classiques ne sont pas observées, au contraire on observe assez souvent de la leucocytose.

Hémopathie benzolique. Dosage du benzène dans la moelle osseuse. — **MM. Rachet, Lumière** et **Dérobert,** à l'occasion d'une hémopathie benzolique classique, ont eu l'occasion d'observer l'absence de benzène dans la moelle osseuse. Ce résultat négatif, qu'explique le métabolisme du benzène dans l'organisme, ne doit pas entraîner une décision médico-légale de rejet de l'origine toxique de l'hémopathie.

L'hématologie de l'intoxication chronique par le trichloréthylène. — **M. Tara,** à l'occasion de 36 examens de sang d'ouvriers travaillant dans le trichloréthylène, n'a pas observé d'anémie. Par contre, la leucopénie a été trouvée dans 60 pour 100 des cas chez l'homme, dans 14 pour 100 des cas chez la femme. Il n'existait aucune modification de la formule leucocytaire.

— **M. Dérobert,** sur 25 ouvriers travaillant dans le trichloréthylène depuis des durées variant de 2 à 6 ans, n'a pas observé d'anémie, les leucocytes ont été au-dessous de la normale une fois seulement, la formule leucocytaire n'était pas modifiée. Le trichloréthylène ne semble pas être très toxique pour le système sanguin ; par contre, il s'avère être générateur d'œdème aigu pulmonaire lorsqu'il est inhalé en grandes quantités.

L. Dérobert.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

25 Novembre 1944.

Un cas de dysménorrhée spasmodique virginale. — **MM. Courtois** et **Roué.** Jeune fille de 20 ans, hyperfolliculinique, traitée et améliorée par des injections d'extrait lutéinique.

Biopsie d'endomètre dans la pathologie du follicule. — **MM. Courtois** et **Roué.**

Comment distinguer l'épilepsie et les convulsions infantiles ? — **M. Hartenberg.**

La cérébrasthénie visuelle douloureuse et son traitement. — **M. Georges Rosenthal.**

23 Décembre.

Métastases rénales et périrénales du cancer des poumons et des bronches. — **MM. J.-E. Marcel** et **J. Besché** présentent l'observation d'un épithélioma bilatéral du rein et celle d'un épithélioma périrénal, tous deux métastases d'un cancer des bronches ou du poumon, soupçonné dans le premier cas, ignoré dans l'autre. Ces métastases, qui, jusqu'alors, constituaient de très rares trouvailles d'autopsie, peuvent donc être diagnostiquées durant la vie et, à ce titre, doivent être connues des urologues. Il serait intéressant de pratiquer une urographie au cours de tout cancer des poumons et des bronches et, réciproquement, il convient de radiographier les champs pulmonaires des malades atteints de tumeur rénale ou pararénale, surtout lorsque celle-ci est bilatérale.

Sur l'utilité pratique d'un nouveau produit colorant antiseptique soufré dans le traitement des dermatites et plaies d'usine. — **M. Louis Bory.** Il s'agit du chlorure de bis-diméthyl-amino-3-6-thioxanthonium qui tue les germes Gram-positifs encore à une dilution de 1/50.000. La solution hydro-alcoolique à 0,3 pour 100, de toxicité nulle, remplace avantageusement les autres antiseptiques colorants et la teinture d'iode. Entre autres usages, elle est particulièrement précieuse pour le traitement de la prophylaxie des infections de surface dans les milieux usiniers.

Luquet.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

27 Novembre 1944.

L'électrocardiogramme au cours de l'électrochoc. — **MM. Jean Delay, Heim de Balzac** et **Neveu.** Vingt cas : aussitôt après le choc, modifications du rythme : tachycardie et bradycardie sinusales, parfois intriquées, arythmie respiratoire, plus rarement extrasystoles ventriculaires banales. Complexes ventriculaires à peine, mais très souvent altérés. Le parallélisme de ces particularités et de celles observées chez des sujets porteurs de troubles neuro-végétatifs confirme le rôle probable du diencéphale dans leur pathogénie.

Le test de Rorschach dans l'épilepsie essentielle. — **Mme Minkowska** développe les termes essentiels de sa méthode d'examen. Intérêt : 1° pour le diagnostic de l'épilepsie, des interprétations à type d'adhésivité : 2° pour celui de la schizophrénie, des interprétations à type de fragmentation.

Le test de Rorschach et le problème typologique. — **M. J. Dublineau.** L'étude anthropométrique de 100 sujets soumis au test montre une liaison entre la proportion typo-asthénique et les états de type émotionnel.

Note sur la solidarité des problèmes doctrinaux et des problèmes d'assistance en psychiatrie. — **MM. L. Bonnafé** et **P. Fouquet.** Le rôle social du psychiatre déborde les fonctions médicales et psychologiques. Discussion de ces rôles divers face aux problèmes doctrinaux.

Le traitement de la paralysie générale par le dérivé de la phényl-dichlorarsine (4.000 M). — **MM. R. Bessière** et **M. Zaborowski.** 21 cas (4.000 M seul, ou associé à la malariathérapie) : rémissions comparables à celles du stovarsol mais plus précoces et sans contre-indication oculaire. Doses maxima employées : 0,26 *cg.* par injection et un total de 3 *g.* 20 par série (sans accident).

Quelques résultats de traitements des troubles du caractère. — **M. H. Daussy** et **Mlle Edith Wolff.** Traitement de troubles à type d'impulsivité et violence : 1° par l'acétylcholine sans barbituriques, corroborant les résultats d'autres auteurs ; 2° par le salicylate de soude, le colchique et le cautère chimique.

Constatations médicales et sociales au centre d'accueil des mineurs délinquants d'Ille-et-Vilaine. — **MM. H. Daussy** et **P. Flot.** Foyer familial dissocié dans 50 pour 100 des cas. 40 pour 100 des mineurs sont chétifs, avec stigmates dégénératifs. Alcoolisme avéré des ascendants dans 46 pour 100 des cas. Le déséquilibre psychique est fréquent. Chez 50 pour 100 des pervers, antécédents familio-tuberculeux.

Niveau mental et activité sociale des P. G. — **MM. Leconte** et **F. Marty.**

L'assistante sociale psychiatrique. Son rôle au dispensaire. — **MM. Beaudouin, Hazemann** et **Fouquet.**

L'électro-choc sous évipan sodique. — **MM. J. Delay, Boureau** et **Mme Leulier.**

18 Décembre.

Sur quelques liaisons psycho-cliniques dans le test de Rorschach. — **M. J. Dublineau.** Le nombre des réponses au test, le chromotropisme, le temps moyen d'examen (plus long chez les sujets de type émotionnel) la proportion typo-asthénique suivent des courbes sensiblement parallèles à la répartition caractérologique de l'échantillonnage.

Le terrain convulsif. — **M. J. Dublineau.** La notion de terrain convulsif paraît répondre à une réalité (communauté des antécédents chez les convulsifs de tous ordres, tendances caractérielles similaires, similarité de certaines manifestations psycho-cliniques). On peut se demander si la typologie n'interviendrait pas sur ce terrain commun pour donner sa forme à la crise elle-même.

L'avortement et la stérilisation thérapeutiques *n psychiatrie.* — MM. **P. Chatagnon, J. Mabon** et Mlle **P. Lamole.** Le psychiatre, après analyse de l'hérédité d'une internée en état de gestation, et constatation le la chronicité devrait pouvoir faire interrompre la rossesse, puis stériliser la patiente, après examen de rois experts et d'un accoucheur ou chirurgien. La mesure ne serait pas systématique et ne s'appliquerait qu'à certains sujets internés ; elle constituerait la meilleure des rophylaxies mentales et permettrait des économies budgétaires énormes.

Un cas d'accoutumance au dolosal. — MM. **P. Chatagnon, J. Mabon** et Mlle **Lamole.** L'accoutumance est beaucoup plus le fait du psychisme que de la drogue. A propos d'un cas d'intoxication chez une emme de 54 ans, les auteurs demandent l'inscription e cette substance au tableau B.

Action de l'électrochoc sur la sécrétion gastrique. L'hyperchlorhydrie de l'électrochoc. — MM. **J. Delay, A. Soulayrac** et **G. Boittelle.** La crise convulsive e l'électrochoc est suivie d'une augmentation des acidités libre et totale du suc gastrique, qui a son Max. 5 minutes après le choc et dure 2 heures environ.

Analogies de cette hyperchlorhydrie avec les résultats obtenus par excitation de l'hypothalamus antérieur.

Un paralytique général guéri par l'électrochoc après échec de la malaria et de la chimiothérapie. — MM. **G. Ferdière** et **J. Latrémolière.** Deux mois près l'impaludation, un P. G. guérit en 3 séances 'électrochocs (forme agitée avec aspect pseudo-démentiel).

Un cas de mutisme hystérique guéri au bout de 34 ans. — MM. **G. Ferdière** et **J. Latrémolière.** Débile profond hypocondriaque et schizoïde ayant présenté en 1905 des crises épileptiformes d'origine pithiatique, puis n mutisme hystérique absolu pendant 34 ans. Guérison avec 3 séances de torpillage. Conclusion : Ne jamais bandonner les malades et s'occuper d'eux malgré l'apparence de la chronicité.

J. DUBLINEAU.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE MICROBIOLOGIE

(Association des microbiologistes de langue française)

7 Décembre 1944.

Pouvoir pathogène des cultures tuberculeuses du type humain et bovin additionnées d'huile d'arachide. — M. **J. Solomidès.** La désintégration du bacille tuberculeux par l'huile d'arachide, ou oléolyse, ne semble pas supprimer la vie et le pouvoir pathogène le ces germes.

Action du para-aminophénylsulfamide (1162 F) sur le départ des cultures d' « Entamœba dysenteriæ ». — M. **L. Lamy.** Le 1162 F, en freinant le développement bactérien, permet un démarrage beaucoup plus sûr des cultures d'*E. dysenteriæ*, évite les premiers repiquages journaliers et enfin entrave le développement des Blastocystis en associant son action à celle de l'amidon de riz.

Traitement du sodoku expérimental du cobaye par de faibles doses de pénicilline. — MM. **F. Nitti, M. Conge** et Mlle **G. Kauffmann.** Les doses essayées (600 à 1.000 unités par kilogramme et par jour), bien qu'insuffisantes pour juguler la maladie, permettent cependant d'arrêter pendant un certain temps le processus infectieux et de retarder la mort.

Propriétés et composition de la toxine du « Bacillus perfringens ». I. Action hémolytique. — Mmes **M. Guillaumie, A. Kreguer** et M. **Fabre.** L'effet hémolytique de la toxine du *B. perfringens* fraîchement préparée est plus rapide et plus intense en milieu tamponné à pH 6,6 qu'en présence d'eau physiologique ordinaire. Dans 35 pour 100 des cas, le calcium augmente autant que la cystéine l'action hémolytique des toxines *perfringens* ayant perdu une partie de leur activité pendant la conservation. Après 5 minutes de séjour dans un bain-marie à la température de 70°, la toxine *perfringens* (pH 6,8 à 7,1) n'est plus hémotoxique ; par contre, après 5 minutes de chauffage à 100°, elle l'est nettement.

Propriétés et composition de la toxine du « Bacillus perfringens ». II. Action léthale. Effet nécrosant. Activité enzymatique. — Mlles **Maylis Guillaumie, A. Kreguer** et M. **Fabre.** La toxine élaborée par le *Bacillus perfringens* dans des bouillons complexes contient en quantité importante l'antigène nécrosant α, l'hémolysine θ et l'antigène non nécrosant χ. A pH 6,8-7,1 ces antigènes perdent leur activité en 5 minutes dans un bain-marie à la température de 70°. La toxine *perfringens* chauffée pendant 5 minutes à 100° contient les antigènes α et θ.

Les résultats obtenus en recherchant, en présence de sérum humain, l'activité anti-lécithinasique des sérums anti-*perfringens* mis en contact avec des toxines *perfringens* plus ou moins complexes montrent que l'antigène η n'influence pas la détermination du titre anti-lécithinasique des sérums anti-*perfringens*.

Propriétés comparées des toxines élaborées par les différents types de « B. perfringens ». I. Etat actuel de la question. — Mlles **M. Guillaumie, A. Kreguer** et M. **Fabre** indiquent dans un tableau les antigènes présentés dans les toxines *perfringens* des types A, B, C et D respectivement élaborées dans du bouillon VF par les bacilles *perfringens* des types A, B, C et D.

Etude histochimique des lésions dues aux ultravirus. I. Acides nucléiques. — M. **P. Lépine** et Mlle **V. Sautter.** La recherche des acides nucléiques par la réaction de Feulgen et par le bleu de toluidine après action de la ribonucléase montre que les lésions dues aux ultravirus se divisent en deux grandes catégories. Dans l'une, les corps spécifiques (maladie de Nicolas et Favre, psittacose) se comportent comme le font les bactéries et les rickettsies. Dans l'autre (inclusion intranucléaire de la maladie de Borna, de la maladie d'Aujeszky, de l'herpès ou de l'ectromélie), les deux réactions sont négatives, montrant l'absence d'acides nucléiques ou leur trop faible quantité pour être décelables. La rage, la fièvre jaune, la vaccine présentent des modalités montrant qu'on a affaire à des formations plus complexes, où domine la présence d'acide thymonucléique.

L'inhibition de la diapédèse par les endotoxines bactériennes et son mécanisme. — M. **A. Delaunay** et Mlle **J. Pagès.**

Influence de la composition du milieu sur la bactériophagie. I. Rôle du calcium. II. Rôle de l'aneurine. — M. **R. Wahl.**

P. LÉPINE.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

11 Janvier.

Sur la chronaxie vestibulaire. — M. **Barré** estime que pour rechercher la chronaxie vestibulaire, on devrait, comme il s'agit d'un nerf sensitif, prendre pour test la sensation de vertige et non le mouvement de la tête ; par la méthode de Bourguignon, on obtient la chronaxie d'un réflexe d'origine vestibulaire mais pas celle du nerf vestibulaire. L'auteur reste fidèle à la méthode du vertige voltaïque.

— M. **Bourguignon** estime qu'avec des précautions particulières (excitation relativement lente, mesure de la rhéobase, emploi de condensateurs d'une forte capacité), la méthode de détermination de la chronaxie vestibulaire qu'il a proposée donne des résultats précis ; les lois d'Horweg s'y appliquent parfaitement.

Troubles palpébraux et syndrome d'Hertwig-Magendie traumatiques. — M. **Fribourg-Blanc** présente un sujet de 34 ans chez qui sont apparus il y a quelques mois, aussitôt après un traumatisme fermé minime de la région sourcillière, une paralysie du releveur de la paupière supérieure droite, une rétraction de la paupière supérieure gauche et un syndrome d'Hertwig-Magendie (déviation d'un œil en haut et en dehors, de l'autre en bas et en dedans) ; après une étude des diverses syncinésies et en particulier montré que dès que l'œil droit est bouché, la rétraction de la paupière gauche diminue. L'auteur admet comme probable une petite hémorragie de la calotte pédonculaire.

Hémiplégie droite et aphasie congénitales. — MM. **Heuyer** et **Duchesne** présentent un enfant de 11 ans ayant subi un traumatisme obstétrical et atteint d'hémiplégie droite congénitale ; il ne prononce que des monosyllabes, ne peut répéter les mots mais comprend parfaitement ; son niveau mental est de 7 ans ; il ne s'agit pas d'une véritable aphasie car on ne note que des troubles de l'intégration du langage mais pas de phénomènes de désintégration.

La mousse de fibrine en neuro-chirurgie. — MM. **Lebeau** et **Houdart** présentent un sujet opéré d'un abcès du cerveau traumatique, dont la dure-mère saignait abondamment, chez qui ils ont obtenu une bonne hémostase en appliquant de la mousse de fibrine imbibée de thrombine, suivant la technique mise au point à Harvard en 1942.

Syndrome pédonculo-protubérantiel traumatique. — MM. **Thiébaut, Daum** et **Houdart** présentent un sujet chez qui l'on a constaté après un violent traumatisme un coma prolongé, puis une obnubilation accusée avec perte des urines, des troubles de la phonation et de la déglutition, un syndrome de Parinaud, une paralysie de la VIe paire, la perte presque complète des réflexes pupillaires, une contracture intentionnelle, quelques signes cérébelleux, un syndrome pyramidal bilatéral. Il ne s'agit pas de lésion en foyer, mais de lésions diffuses prédominant dans la région pédonculo-protubérantielle. Le syndrome est en voie de régression.

Hydrocéphalie considérable sans hypertension intracranienne, remontant à l'enfance et révélée tardivement. — MM. **Thiébaut** et **Daum** rapportent 2 cas d'hydrocéphalie communicante datant de l'enfance comme permet de l'affirmer le volume du crâne, qui ne se sont décompensés qu'à l'âge adulte, l'un après un traumatisme, l'autre au cours d'une dénutrition générale ; la symptomatologie a été surtout psychique ; le traitement habituel de l'hypotension ventriculaire a guéri les troubles, ce qui fait penser à son rôle pathogénique.

Secousses fibrillaires et chronaxie. — M. **Bourguignon** a constaté chez le malade présenté par M. Alajouanine à la séance précédente que les chronaxies étaient diminuées dans les muscles présentant des secousses fibrillaires ; elles redevinrent normales lorsque les secousses disparurent, la malade guérie ; au niveau des muscles de la face, paralysés et ne présentant pas de secousses fibrillaires, les chronaxies étaient augmentées. La diminution de la chronaxie traduit l'irritation des cellules radiculaires, cause des secousses fibrillaires ; elle s'observe aussi dans la sclérose latérale amyotrophique, mais dans ce cas, les secousses fibrillaires disparaissent lorsque la dégénérescence se développe et les chronaxies augmentent.

Sur l'électro-myographie de la myotonie. — MM. **Lefèvre** et **Lerique**, à l'aide d'un dispositif d'enregistrement sonore et optique des courants d'action des fibres musculaires, ont pu constater que la contraction persistante de la myotonie s'accompagne de décharges en rafale d'une fréquence maxima de 50 par seconde, persistant pendant 2 à 4 secondes ; elles semblent caractéristiques de la myotonie et sont très accusées chez les thomséniens et se retrouvent à un plus faible degré dans la myotonie atrophique et les myotonies.

Lésion cérébrale dans 1 cas de tumeur prémédullaire. — MM. **Guillaume** et **Mazars** rapportent l'observation d'un sujet atteint de paraplégie flasque avec amyotrophie et abolition des réflexes sans troubles de la sensibilité ; la radiographie montrait une lésion des corps vertébraux de D 8 à D 12 (décalcification, fusion, aplatissement) ; une épreuve lipiodolée ayant mis un obstacle en évidence, on fit une laminectomie qui permit d'enlever un neurinome prémédullaire étendu de D 8 à D 12.

Gliomes kystiques jumelés avec tumeur murale indépendante. — MM. **Alajouanine** et **Thurel** présentent un sujet épileptique depuis 16 ans chez qui l'intervention a montré dans le lobe frontal deux gliomes kystiques avec tumeur murale indépendante ; le second kyste a été découvert lors de l'ablation de la paroi du premier. Les auteurs insistent sur la nécessité d'enlever en plus de la tumeur murale la paroi des kystes gliomateux, des nodules gliomateux susceptibles de se développer à leur tour pouvant se trouver dans cette paroi.

LUCIEN ROUQUÈS.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS

21 Octobre 1944.

Un cas de phototraumatisme rétinien bilatéral par blessure de guerre. — M. **M.-A. Dollfus.** Présentation d'un malade qui au cours d'un combat de rue à Paris, le 24 Août 1944, est ébloui et brûlé superficiellement à la face par une arme mal précisée projetant une flamme éblouissante. Depuis cette date la vision demeure à 1/30 des deux yeux, sans lésions apparentes des fonds d'yeux, avec large scotome central pour le blanc et les couleurs, une photophobie persistante et un clignement anormal des paupières. Malgré l'existence certaine du phototraumatisme, l'auteur se demande si les phénomènes actuels ou leur prolongation ne seraient pas en rapport avec du pithiatisme.

Un cas de leptospirose grippotyphosa à complications oculaires tardives. — MM. **M.-A. Dollfus** et **D. Dénéchau.** Présentation d'un malade âgé de 34 ans qui, après un bain de rivière en Août 1943, est atteint d'une affection aiguë fébrile avec signes méningés dont le diagnostic étiologique n'est pas alors précisé. Ce n'est que 8 mois plus tard qu'à l'occasion d'un trouble visuel important, en relation avec une hyalite sans autres complications chiorirétiniennes, que le diagnostic de leptospirose grippotyphosa est posé et confirmé par le sérodiagnostic. Le trouble du vitré s'est amélioré mais demeure cependant après 4 mois.

Amaurose barbiturique. Incidents évolutifs. — MM. **Guy Offret** et **Ardouin.** Une jeune femme de 22 ans absorbe dans un but de suicide 3 *g.* de gardénal Après un épisode subcomateux, la malade présente une cécité brusque complète avec conservation du réflexe photo-moteur. L'examen au 6e jour de l'intoxication montre que le fond d'œil est normal mais qu'il existe une hypotension artérielle rétinienne (8 à droite, 5 à gauche) pour une tension artérielle de 11-8. Une injection rétrobulbaire de novocaïne-acétylcholine amène à l'œil gauche une amélioration passagère qui est nettement plus importante que l'amélioration spontanée observée à l'œil opposé, mais qui est transitoire.

Les auteurs rappellent à propos de cette observation quelques considérations pathogéniques sur l'intoxication de l'appareil visuel par les barbituriques.

Une complication exceptionnelle de la furonculose : décollement choroïdien spontané. — M. **Hébert.** Au cours d'une infection staphylococcique (anthrax de la nuque, furonculose du nez), traitée par les sulfamides, apparaissent chez un malade non diabétique des troubles visuels graves avec violentes douleurs. Il n'y a ni hypertension ni signes d'iritis. Les milieux sont clairs. A l'examen du fond d'œil, on trouve de chaque côté un aspect de décollement périphérique, saillant, sans plis, à bords nets. Repos au lit. Injection sous-conjonctivale de sang et de cyanure à 1/5.000. Guérison complète.

L'auteur considère qu'il s'agit là de décollements choroïdiens, qui sont sans doute, précisément puisqu'ils guérissent, peut-être plus fréquents qu'on ne le croit. Il est probable que le traitement par les sulfamides en a bien modifié la gravité.

18 Novembre.

Un cas de paralysie de l'iris avec mydriase maximale, suite de corps étranger intra-oculaire. — M. **Dollfus** rapporte le cas d'un jeune homme blessé au cours d'un bombardement. Trois semaines après apparaît une mydriase rapidement maximale avec abolition complète des réflexes, sans baisse de la vue ni trouble des milieux, ni paralysie de l'accommodation. L'ophtalmoscope décèle une tache de chorio-rétinite traumatique très périphérique sans aspect de corps étranger intra-oculaire. Les films radiographiques montrent cependant un fragment métallique mobile aux mouvements du globe.

Au bout de quelque temps la vision commence à baisser légèrement. La pilocarpine détermine rapidement un myosis de courte durée. L'auteur invoque une pathogénie toxique du fait de l'intervalle libre entre le traumatisme et le début des accidents et se propose de retirer le corps étranger lorsqu'une localisation radiographique plus précise aura été effectuée. Le pronostic reste réservé en raison d'un début de sidérose.

Action de l'acide para-sulfamido-phényl-azo-salicylique dans 1 cas de dacryocystite chronique avec ulcère de la cornée. — M. **Jean-Gallois** a pu enrayer en 48 heures et cicatriser en 8 jours un ulcère de cornée déjà compliqué d'iritis, par la seule action de ce produit (corps 33 de A. Girard), en lavages du sac lacrymal et en instillations ; la thérapeutique classique, en pareil cas, est l'ablation du sac, qui a pu être évitée.

Deux autres cas de dacryocystite chronique ont été aussi rapidement influencés par le même traitement.

La sécurité trompeuse des acuités visuelles normales. — M. **Jean-Gallois.** L'ophtalmologiste examinant complètement l'appareil oculaire de malades venus le consulter pour une simple prescription de verres reconnait souvent le premier des affections locales passées inaperçues et même des maladeis générales.

C'est ainsi que sur 500 malades quelconques, 238 étaient atteints de lésions apparentes ou ignorées, locales ou localisées mais d'origine générale. Des troubles de la circulation rétinienne se rencontraient chez 64 d'entre eux de façon indubitable et chez 80 de manière plus discrète. On trouvait 21 cas de glaucome, 22 uvéites et 80 cataractes ou opacités des cristallins.

L'auteur conclut judicieusement à la sécurité trompeuse que confère une acuité visuelle normale ou rendue normale par des verres tant qu'elle n'est pas contrôlée par un examen complet.

La modestie du matériel indispensable met donc particulièrement en évidence ce fait que chaque ophtalmologiste peut apporter une documentation d'une richesse considérable au médecin de famille.

Remarques anatomiques sur les corps concentriques des gaines du nerf optique. — M. **Guy Offret.** Il existe, entre dure-mère et arachnoïde, chez l'homme adulte, de petits nodules arrondis qui sont souvent calcifiés. Ces nodules dérivent des cellules arachnoïdiennes qui sont dans les gaines péri-optiques, comme partout ailleurs, des méningoblastes. Les corps concentriques calcifiés ne sont autre chose que des « calcosphérites » qui confirment la nature des cellules de la gaine arachnoïdienne pré-optique. Les corps concentriques ne sont pas autre chose que des granulations de Paccioni en miniature.

Projet d'équipement des cliniques et services hospitaliers ophtalmologiques. — M. **Onfray,** devant la nécessité de rééquiper une grande partie de nos services ophtalmologiques, dotés d'instruments surannés, détériorés ou détruits, envisage l'inventaire de nos besoins et une collaboration entre physiciens, oculistes et fabricants d'instruments pour les satisfaire.

Syndrome de Claude Bernard-Horner par œsophagite traumatique chez le chat. — M. **A. Brion** (Lyon).

16 Décembre 1944.

Mydriase unilatérale, symptôme révélateur d'un corps étranger intra-oculaire méconnu. — MM. **Kalt** et **Viellard.** Chez un ouvrier métallurgique se disant indemne de tout traumatisme et présentant, depuis 2 mois, à l'œil droit, une mydriase de 8 mm. avec abolition des réflexes photo-moteurs direct et consensuel et affaiblissement considérable de la réaction pupillaire à l'accommodation convergente, l'examen montre la pénétration d'un corps étranger à travers la cornée, l'iris et le cristallin (opacité cristallinienne sagittale limitée au trajet) et, à la périphérie inférieure du fond d'œil, l'existence de placards noirâtres vraisemblablement post-traumatiques ; après localisation radiographique, le corps étranger est enlevé à l'électro-aimant par voie postérieure.

Quatre semaines après l'extraction : la pupille commence à se rétrécir et à réagir à la lumière.

Quatre mois et demi après l'extraction, la pupille est égale à sa congénère et réagit normalement (cette égalité pupillaire se maintient au bout de 13 mois).

La sidérose initialement limitée à un dépôt brunâtre pulvérulent sur la cristalloïde antérieure a disparu.

Six semaines après l'extraction, l'iris droit est resté simplement un peu verdâtre. Il existe quelques corps flottants du corps vitré.

L'acuité visuelle est restée stationnaire (Vod + 0,5) et l'accommodation est normale.

Cette mydriase unilatérale était donc liée à la présence d'un corps étranger intra-oculaire magnétique puisqu'elle a disparu progressivement après l'extraction et que les réactions pupillaires sont redevenues normales.

Les délais d'apparition de la mydriase après la plaie pénétrante et de sa disparition après l'extraction du corps étranger sont très variables, d'après les rares cas publiés. La sidérose causale semble provoquer la mydriase par divers processus (inhibition du ganglion choroïdien, parésie des fibres sphinctériennes, excitation du dilatateur de l'iris).

L'intensité de la sidérose semble indifférente.

La sidérose peut régresser après l'extraction du corps étranger.

Documents anatomiques sur la sidérose oculaire. — M. **Guy Offret.** A propos de 2 cas ayant nécessité l'énucléation, l'auteur insiste sur la gravité des lésions de la membrane visuelle, ce qui exclut, au bout d'un certain temps, toute possibilité de retour de la vision.

Anatomiquement aussi, les fibres du sphincter de l'iris sont très altérées et largement infiltrées de pigment brun. La réaction au bleu de Prusse n'est pas positive pour tous les composés organiques du fer, et le problème difficile à résoudre est, devant des cellules pigmentées, de dire que leur pigment est ferrugineux plutôt que mélanique.

L. GUILLAUMAT.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE EXOTIQUE

8 Novembre 1944.

La Rickettsiose bovine à « Rickettsia bovis » au Soudan français — MM. **H. Girard** et **R. Rousselot** rapportent des observations de Rickettsiose bovine observées au Soudan français ; la symptomatologie varie depuis l'infection inapparente jusqu'aux manifestations cliniques d'ordre nerveux : contracture des membres, démarche ataxique ; on décrit des formes aiguës, suraiguës, rarement observées, subaiguës et chroniques ; les lésions consistent en hypertrophie ganglionnaire, particulièrement des ganglions superficiels ; l'hydropéricarde est noté, de même qu'une augmentation du volume du liquide céphalo-rachidien comprimant la moelle épinière et pouvant expliquer les signes nerveux.

Conditions expérimentales de l'action anthelminthique du chlorure de sodium et des sels alcalins et alcalino-terreux. — M. **R. Deschiens** a mis en évidence expérimentalement chez la souris et chez le lapin les propriétés du chlorure de sodium et de sels alcalins, alcalino-terreux et terreux bivalents. Chez la souris, on observe, avec une injection de 1 cm^3 d'une solution de ClNa à 45 pour 1.000, *per anum*, la destruction des oxyuridés en 8 jours. Chez le lapin, l'ingestion de pilules gluténisées de ClNa amène la destruction des oxyuridés en 10 jours. ClK, $ClNH^4$, Cl^2Ba, Cl^2Ca, BrK, IK, Co3NaH étant toxiques pour la souris aux concentrations actives sur les parasites ne sauraient être retenues du point de vue thérapeutique. So^4Na^2 et So^4Mg sont inactifs. Les propriétés anthelminthiques des solutions étudiées ne correspondent pas uniquement à leurs concentrations moléculaires, certains ions, l'anion Cl en particulier, semblent favorables à une action vermicide, alors que d'autres ions, comme l'anion So^4, paraissent défavorables.

Le quinquina au Cameroun, culture, rendement, perspectives d'avenir. — M. **M. Lagarde,** directeur de la Station expérimentale du quinquina de Dschang (Cameroun), rend compte des travaux qui lui ont permis d'introduire la culture du quinquina (*Cinchona succirubra, Cinchona ledgeriana* et leurs hybrides) au Cameroun ; seul *C. ledgeriana* donnant des écorces commerciales qui titrent de 6 à 7 pour 100 de quinine sert à l'extraction de cet alcaloïde. Les rendements obtenus indiquent que les exploitations se trouvent dans des conditions normales de culture.

Note sur l'alimentation de la population indigène dans le département de l'Ogooué-Maritime. — M. **C. Margrat** signale que dans l'Ogooué-Maritime une très grande partie de la population a un régime alimentaire caloriquement insuffisant ; ce régime est normal en glucides, mais l'apport de protides est faible, très irrégulier et parfois nul, la teneur de la ration en lipides, en sels et en vitamines est insuffisante. Une telle ration influe défavorablement sur la capacité de travail, la résistance et la fécondité de l'indigène.

Excitants d'éclosion de l'œuf chez l' « Aëdes geniculatus ». — MM. **E. Roubaud** et **J. Colas-Belcour.**

R. DESCHIENS.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

19 Décembre 1944.

Trois frères atteints de maladie hémolytique. — MM. **Heuyer, Aubertin,** Mme **Dauphin** et M. **Loubrieu** présentent 3 frères de 10, 13 et 14 ans chez lesquels on note les signes caractéristiques de la maladie hémolytique avec anémie accentuée. On compte 2 à 3 millions de globules rouges chez 2 des enfants, moins de 2 millions chez le troisième. La rate, énorme chez l'un des enfants, est aisément palpable chez les 2 autres. Enfin ictère, ou plutôt subictère, chez les 3 frères. La résistance globulaire, le pourcentage d'hématies granuleuses, le dosage de la bilirubinémie confirment le diagnostic.

Fait important, leur père est atteint de la même maladie, mais fruste avec splénomégalie modérée et subictère des conjonctives. Cette maladie familiale entraîne une hypotrophie staturale et pondérale très importante chez les enfants et même une véritable cachexie chez l'un d'eux.

Le problème qui se pose est thérapeutique. La splénectomie est à envisager pour les 2 enfants les moins gravement atteints et ultérieurement pour le troisième, si son état général s'améliore.

— M. **Lamy** souligne les indications formelles de la splénectomie chez de tels enfants exposés à l'infantilisme. L'âge des enfants doit être pris en considération pour la date de l'intervention.

— M. **Cathala** constate chez 2 de ces enfants une glossite : glossite exfoliatrice marginée chez l'un, langue plicaturée chez l'autre. Il se demande si la glossite ne doit pas être considérée comme élément du syndrome.

— M. **Lamy** avec M. Debré a également observé une langue plicaturée chez 2 enfants atteints de maladie hémolytique.

— M. **Heuyer** fait remarquer que la langue plicaturée est également une maladie familiale. A son avis, il s'agit vraisemblablement d'une coïncidence de deux maladies familiales.

Androgynoïde avec troubles du caractère. — M. **Heuyer,** Mme **Dauphin** et M. **Loubrieu** présentent une enfant de 16 ans, d'aspect féminin chez laquelle une intervention pour hernie fit découvrir en 1941 l'absence d'utérus, d'ovaires et la présence de testicules ectopiques. Depuis cette époque, l'enfant présente un retard statural et pondéral ; absence totale de puberté. Les organes génitaux externes sont d'aspect typiquement féminins. Certains caractères morphologiques (bassin plus étroit que les hanches) ; certains troubles du comportement et du caractère évoquent la masculinité et posent la question de l'opportunité d'une castration.

— M. **Oberthür** a constaté que chez de tels sujets le psychisme suit surtout les organes génitaux externes. Amené à enlever les testicules ectopiques chez un androgyne, il a eu soin de n'en rien dire à la famille.

— M. **Leveuf** a vu un hermaphrodite à caractères extérieurs féminins, mais avec testicules, avoir des désirs de garçon. Il conseille de ne pas procéder à l'ablation des testicules avant que le développement du squelette soit terminé. Il ne suffit d'ailleurs pas de faire un « eunuque » ; il faut généralement en outre approfondir le vagin.

Etude anatomo-pathologique de l'oreille du nourrisson athrepsique. — M. **R. Caussé** a pratiqué l'étude microscopique des rochers de 11 sujets morts au cours d'un syndrome athrepsique. Comme contrôle, il a examiné l'oreille de 2 nourrissons dont la mort ne pouvait être attribuée à l'athrepsie. Dans l'athrepsie, on trouve des lésions auriculaires variées, depuis l'otite la plus bénigne jusqu'à la mastoïdite avec labyrinthite. Dans la plupart des cas, on ne trouve pas les lésions osseuses qui caractérisent la mastoïdite. Les sujets de contrôle présentaient également une suppuration auriculaire. Les conclusions que l'on peut tirer de ces examens sont que l'otite du nourrisson athrepsique n'est généralement pas une mastoïdite, que l'athrepsie, contrairement à ce qui a été soutenu, n'est pas toujours d'origine auriculaire, que l'antrotomie n'est pas toujours justifiée. Inversement, il serait dangereux de méconnaître le rôle qui, dans certains cas, revient à l'oreille. L'abstention opératoire serait d'autant plus fâcheuse qu'une complication aussi redoutable qu'une labyrinthite peut apparaître sans expression clinique. Il faut pratiquement s'attacher à reconnaître les cas où l'oreille peut valablement être incriminée.

Pneumothorax spontané chez un nourrisson. Abcès staphylococciques multiples des deux poumons. — M. **Maurice Lamy,** Mlle **M.-C. Jammet** et M. **J.-C. Camus** rapportent une observation de pneumothorax spontané survenu chez un nourrisson de 2 mois et demi, porteur d'un volumineux abcès mentonnier à staphylocoques. Le diagnostic porté sur la constatation d'un syndrome amphoro-métallique et sur celle d'une image radiologique tout à fait typique fut confirmé 3 jours plus tard par l'examen anatomique. Celui-ci montra la présence d'abcès staphylococciques multiples disséminés dans les deux poumons et dont plusieurs occupaient une situation sous-pleurale.

Les auteurs rappellent la fréquence relative dans le premier âge du pneumothorax spontané consécutif aux broncho-pneumonies et aux abcès pulmonaires. Ils font des réserves au sujet du pronostic relativement favorable qui est communément porté dans un cas de ce genre.

Présentation d'un ouvrage. — M. **Hallé** présente la quatrième édition du livre de M. BLECHMANN : *Maladies des nourrissons et des enfants*, dont il fait l'éloge, en regrettant que l'auteur ait cru bon de le faire compléter par un formulaire d'homéothérapie rédigé par un collaborateur.

— M. **Weill-Hallé** condamne le traitement de la diphtérie par l'homéothérapie et demande à la Société de Pédiatrie de mettre cette question à l'ordre du jour d'une de ses prochaines séances.

— M. **Marquézy** fait remarquer que les succès invoqués par les homéopathes dans le traitement de la diphtérie sans sérum n'ont guère de valeur, car bien avant l'ère du sérum un pourcentage déjà appréciable de diphtéries guérissaient.

— M. **Delthil** se rappelle avoir vu guérir par la sérothérapie à hautes doses un cas de diphtérie grave qui n'avait d'abord été soumis qu'à une thérapeutique homéopathique.

Erythroleucocytose chez un enfant de 20 mois — MM. **Levesque, R. Perrot** et **Brisset** communiquent l'observation d'un enfant qui en Décembre 1943 fit une maladie aiguë avec fièvre irrégulière et douleurs articulaires non influencées par le salicylate. Un traitement sulfamidé fut institué sans succès. L'enfant présenta un aspect toxique avec dyspnée, de l'acidose avec agitation pouvant être attribuée à la sulfamidothérapie et améliorée par un traitement bicarbonaté. L'examen du sang révéla une anémie accentuée avec 1.860.000 globules rouges et 13.600 globules blancs. On nota 2,5 pour 100 de leucoblastes et la présence de globules rouges nucléés atypiques. La ponction révéla une moelle aplasique.

En dépit des traitements institués (tranfusions sanguines, injections d'extrait de foie, de moelle osseuse) l'état de l'enfant ne tarda pas à s'aggraver. Le foie et la rate augmentèrent de volume, des adénopathies apparurent. Les examens révélèrent une augmentation considérable du nombre des paraérythroblastes avec 34 pour 100 de leucoblastes le jour de la mort.

Deux cas de myélose ostéomalacique à symptomatologie pseudo-paralytique. — MM. **Levesque, R. Perrot** et M. **Bœswilwald** communiquent les obser

ations de 2 enfants de 3 ans et demi et 7 ans atteints l'une myélose ostéomalacique qui pendant plusieurs mois se manifesta uniquement par une impotence fonctionnelle des membres inférieurs. La nature réelle de la maladie ne fut reconnue que beaucoup plus tard.

G. Schramm.

SOCIÉTÉS DE PROVINCE

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE LYON

19 Décembre 1944.

Allocution à l'occasion du décès du Prof. Paviot. — **M. Roubier**, Président.

Tuberculisation secondaire d'un abcès pulmonaire opéré. Guérison par drainage endo-cavitaire et aspiration. — MM. **A. Dufourt, M. Bérard, G. Despierres** et **J. Dumarest.** Tuberculisation d'une récidive d'abcès pulmonaire 3 mois après une pneumotomie — qui se comporte alors comme une caverne précoce, avec ensemencement bronchogène de tout le territoire sous-jacent. Guérison par drainage cavitaire et aspiration précédés d'une phrénicectomie destinée à modifier la perméabilité de la bronche de drainage. Les auteurs ont pu obtenir en injectant dans la caverne du lipiodol une démonstration expérimentale de la dissémination bronchogène des bacilles de Koch à partir de cette caverne tuberculeuse, le lipiodol ayant rapidement envahi un territoire se superposant exactement à celui dans lequel on constatait une dissémination miliaire.

Tétanie spontanée chez l'adulte par lésions parathyroïdiennes inflammatoires d'origine probablement syphilitique. Calcifications parathyroïdiennes visibles à la radiographie. — MM. **M. Levrat, L. Roche** et **J. Emery.** Observation d'une malade morte d'asystolie au cours d'une néphrite hypertensive et qui pendant 4 mois présenta des crises de tétanie spontanée très améliorée par la thérapeutique calcique. L'hypocalcémie à 70 *mg.* et l'existence de calcifications de la région thyroparathyroïdienne visibles par l'examen radiologique firent admettre cliniquement l'origine parathyroïdienne de la tétanie. L'autopsie confirma celle-ci, montrant des lésions de sclérose inflammatoire thyroparathyroïdiennes dont l'étiologie syphilitique était rendue probable par la coexistence d'une aortite syphilitique.

L'ulcère de la face postérieure de l'estomac. — MM. **M. Levrat** et **J. Bonnet-Eymard.** Se basant sur les 4 observations personnelles inédites et 33 observations recueillies dans la littérature, les auteurs montrent les caractéristiques cliniques et radiologiques de cette localisation de l'ulcère d'estomac qui paraît moins rare qu'on ne le croyait jusqu'ici lorsque l'on pense à le rechercher systématiquement.

Deux observations de bulles géantes d'emphysème. — MM. **F. Paliard, M. Plauchu, P. Galy** et **A. Bertoye** rapportent 2 observations, l'une clinique, l'autre anatomique de bulles géantes d'emphysème. Ils insistent sur le caractère polylobé de l'image radiologique de l'emphysème bulleux qui le différencie du kyste bronchique et sur les caractères anatomiques microscopiques et macroscopiques qui permettent d'opposer kyste bronchique et emphysème bulleux.

G. Despierres.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE, CHIRURGIE ET PHARMACIE DE TOULOUSE

Octobre 1944.

Les striatites aiguës chez l'enfant. — M. **Sorel** rapporte l'observation d'un enfant de 3 ans atteint d'un syndrome infectieux accompagné de contractures dans les muscles posturaux, de tremblement, de mouvements athétosiques, signe de la roue dentée, réaction inflammatoire méningée (liquide céphalo-rachidien : 29 cellules à prédominance lymphocytaire, 0 *g.* 40 d'albumine), escarres, torpeur.

En 3 semaines, sous l'influence d'un traitement anti-infectieux (N.A.L., urotropine, vitamine B, sulfamides), la guérison se produit sans séquelles actuelles.

A l'occasion de ce cas vraiment exceptionnel, de par sa pureté symptomatique et de par son évolution favorable, l'auteur rappelle qu'en clinique infantile les syndromes striés aigus, soit parcellaires (palladium ou striatum), soit globaux, relèvent de trois étiologies, indépendamment des striatites hérédo-syphilitiques : l'encéphalite épidémique, rare aujourd'hui ; les maladies infectieuses, fièvres éruptives, ectodermoses neurotropes en particulier ; les infections primitives du névraxe, dont la place reste encore à préciser dans la nosographie.

Evolution rapide d'une niche dans une lacune en arc. — MM. **Prouzet** et **Escande.** L'image de niche dans une lacune en arc décrite par Guttman traduit dans la majorité des cas une atteinte néoplasique gastrique.

Le plus souvent une évolution se fait par agrandissement de l'ensemble lacune-niche, mais on peut observer, comme dans l'observation rapportée par les auteurs, une extension rapide sur toute la portion horizontale de l'estomac.

L'étiologie tuberculeuse dans les affections du tractus uvéal. — M. **Calmettes**, à propos de quelques cas de tuberculose du tractus uvéal, montre l'évolution qu'a suivie ces dernières années ce problème étiologique. L'étude plus précise des caractères cliniques, la recherche plus minutieuse des signes vasculaires, l'aide plus systématique de la cuti-réaction et des réactions sérologiques permettent de rattacher à la tuberculose bien des cas autrefois qualifiés d'étiologie douteuse ou rattachés trop volontiers à la syphilis ou au rhumatisme, et le résultat du traitement par l'antigène méthylique vient souvent confirmer la réalité de l'étiologie tuberculeuse.

Etude radiographique de la hanche de profil et ses conséquences cliniques et thérapeutiques. — M. **R. Charry.**

Remarques cliniques sur la transfusion du plasma humain dans le traitement des shocks. — M. **Stillmunkes.**

Un cas d'hérédo-syphilis pulmonaire. — M. **Gourdou.**

Novembre.

Glandes surrénales et corps cétoniques. — M. **P. Valdiguié** étudie l'action de la glande surrénale sur les composés cétoniques. Celle-ci retient et transforme *in vivo* une partie de l'acétone qui la traverse. Cette propriété se retrouve *in vitro*, à l'étuve à 37°, pour des purées d'organe mises au contact de solutions d'acétone. Le rôle de la glande surrénale ne doit donc pas être négligé dans l'étude du métabolisme des corps cétoniques.

Présentation d'opéré de fente vélo-palatine au point de vue de la phonation. — M. **J. Bourguet** présente un jeune homme de 17 ans opéré il y a près de 2 mois d'une large fente congénitale vélo-palatine, suivant une technique qu'il a indiquée dans une précédente communication. Après l'intervention, il a appliqué contre le palais dur et mou la plaque palatine de Ernst en vue de modeler le voile. Ce malade avait auparavant un langage incompréhensible : depuis une vingtaine de jours il exerce sa voix sur le nouveau voile qui lui a été donné. Actuellement, en pleine période de rééducation, l'opéré peut se faire comprendre : sa phonation a subi une amélioration des plus accusées.

Névralgie essentielle du nerf dentaire inférieur, notre traitement médico-chirurgical. — M. **J. Bourguet**, en présence d'une névralgie faciale essentielle qui ne frappe qu'un seul nerf, délaisse souvent la neurotomie rétrogassérienne pour découvrir le nerf en cause, en particulier ici le nerf dentaire inférieur au-dessus de l'épine de Spyx et injecte dans son intérieur une solution d'alcool, de formol et d'acide acétique (ou liquide de Bonin). Pour mettre à nu le nerf dentaire, l'auteur passe par la cavité buccale.

Tandis que les injections d'alcool pour traiter la névralgie se font au juger et presque toujours autour du nerf, la technique de l'auteur consiste à porter le liquide neurolytique dans la gaine pour imprégner toutes les fibres nerveuses.

Résultats de l'infiltration du sinus carotidien dans les états d'hypotension aiguë. — MM. **Planques, Dussol** et **Ribaut.** Dans un premier groupe il s'agissait de malades relativement jeunes mourant dans un service de chroniques de cancers plus ou moins généralisés avec hypotension artérielle terminale. Cette infiltration a amené dans 3 cas un bon résultat de relèvement tensionnel et d'accélération du pouls d'un intérêt thérapeutique certain, non moins efficace et non moins durable que l'effet d'une piqûre d'éphédrine intraveineuse à 3 *cg.* : elle a pu être renouvelée.

Dans 2 autres cas, l'infiltration, même bilatérale, resta sans effet alors que l'éphédrine par voie intraveineuse gardait encore son efficacité. Dans un dernier cas, au stade terminal, le cœur battant encore, l'infiltration des sinus resta sans effet, comme d'ailleurs l'injection de sérum éphédriné dans le cœur droit.

Dans 1 cas de syncope vago-vasale, à caractère accidentel, chez une jeune femme épuisée, 2 infiltrations successives restèrent sans effet. Le sérum éphédriné intraveineux guérit la malade dans un temps très court.

Un troisième groupe concernait des choqués : un des choqués (opératoire), par suite d'intervention sur les voies urinaires, qui avait beaucoup saigné, avait fait un collapsus avec aphasie ; par l'infiltration, la tension artérielle fut momentanément relevée et l'aphasie instantanément réduite, mais le malade mourut le lendemain. Deux choqués traumatiques furent traités par l'infiltration avec un résultat non appréciable. Il est à remarquer que de tels cas ne sont pas comparables à ceux que rapportait Wilmoth concernant des choqués abdominaux. Sous ces réserves on peut dire : que l'élévation de tension escomptée reste d'une façon générale assez restreinte. (Il en est de même chez les hypotendus chroniques.)

En prenant pour élément de comparaison l'injection intra-vasculaire d'éphédrine (3 cm^3), les auteurs pensent que l'effet sur la tension artérielle de l'infiltration ne lui est pas supérieure.

Enfin, ayant pratiqué dans un autre but sur 60 sujets non hypotendus l'infiltration carotidienne, les auteurs ont constaté que la novocaïne à 1 pour 100 injectée dans la gaine carotidienne à la dose de 30 cm^3 environ était susceptible dans 4 cas d'une action toxique propre, hypotensive, capable de submerger largement les effets de légère hypertension que provoque l'infiltration du sinus.

Pour toutes ces raisons, les auteurs, qui ne méconnaissent pas l'intérêt de cette méthode récemment proposée, recommandent de ne l'employer qu'après échec des médications classiques, en particulier des transfusions de sang, de plasma et de l'oxygénothérapie.

La folie de Théroigne de Méricourt. — M. **J. Timbal.**

Décembre.

Fréquence et modalités de la primo-infection tuberculeuse chez les élèves infirmières. — M. **J. Gadrat.** A l'entrée de l'école, la pratique systématique des examens cliniques, radiologiques et biologiques, leur renouvellement trimestriel et la possibilité de contrôler avec précision les circonstances épidémiologiques du contact bacillifère permettent d'étudier avec rigueur la primo-infection tuberculeuse dans ces collectivités. La statistique porte sur 3 promotions de 80 environ. La proportion de sujets neufs a varié suivant les années de 57 à 77 pour 100. L'auteur a pu observer 44 cas de primo-infection paraissant authentiques, les 3/5 apparus pendant la première année de stage. Trois cas à peine ont été accompagnés d'accidents cliniques révélateurs (1 érythème noueux, 1 purpura, 1 érythème polymorphe). Dans 20 cas, seules des manifestations générales (fatigue, fièvre, amaigrissement) attiraient l'attention. Les 21 autres cas, absolument latents, ont été dépistés au cours des examens périodiques. L'auteur présente une série de clichés et insiste sur la grande variabilité des images radiographiques et sur la nécessité de recourir parfois à la tomographie.

L'étiologie des sciatiques chirurgicales d'après 27 cas connus. — M. **Lazorthe.** L'origine traumatique n'est certaine que dans 9 observations (soit 32 pour 100). Le plus souvent on ne découvre pas de micro-traumatismes (5 cas) ou rien (13 cas). Le sexe : 21 hommes pour 6 femmes. L'âge : de 32 à 45 ans. Le côté : 17 gauches et 10 droits. Les modifications probables de la statique vertébrale : 2 sacralisations, 2 obèses.

Constatations opératoires : 17 hernies discales, 4 hypertrophies du ligament jaune, 1 arachnoïdite, 2 neurinomes, 4 cas enfin sans lésions décelables et qui ne furent pas moins guéris par l'opération.

La mobilisation des raideurs et des ankyloses articulaires. — M. **Vives.** Les affections médico-chirurgicales des hanches et la pose de certains appareils plâtrés aboutissent fréquemment à l'apparition de raideurs et d'ankyloses articulaires. L'auteur s'attache à montrer que tous les moyens doivent être mis en œuvre pour arriver à rendre la souplesse articulaire. Des moyens thérapeutiques qui s'offrent au chirurgien sont : Massages, mobilisation active et passive, mobilisation sous anesthésie, appareils à tourniquets, appareils orthopédiques conviennent aux raideurs articulaires simples. Un acte chirurgical limité s'appliquera aux raideurs accompagnées de rétractions tendineuses, rétractions capsulaires et lésions cicatricielles de voisinage. Enfin, si l'ankylose est devenue une entité anatomique, elle justifiera l'arthroplastie ou la résection articulaire.

Appliquées à bon escient, chacune de ces méthodes doit donner d'excellents résultats. Le problème est particulièrement intéressant à une époque où les blessures de guerre risquent d'entraîner une véritable éclosion de raideurs et d'ankyloses articulaires. Leur traitement est devenu non seulement une question médicale, mais une question sociale.

Hernie de l'hiatus diaphragmatique. — MM. **Lasserre, Costes** et **Mazères** présentent l'observation d'un enfant atteint de biloculation de l'estomac par hernie de l'hiatus diaphragmatique. Cette observation permet d'envisager les diverses hypothèses congénitales ou acquises des hernies et éventrations diaphragmatiques.

Iléus biliaire. — M. **Tourneux** communique l'histoire d'un homme de 53 ans, sans antécédents particuliers, hospitalisé pour troubles abdominaux et qui après un court séjour dans un service de médecine, fut évacué dans un service de chirurgie avec le diagnostic de tumeur intestinale. Les examens cliniques et radiographiques ayant montré qu'il s'agissait d'une occlusion incomplète du grêle par obstacle siégeant dans la lumière de l'intestin, on pensa, devant l'absence de tout symptôme d'ordre lithiasique, avoir affaire à une tumeur (adénome pédiculé).

Le malade refusa l'intervention chirurgicale proposée et préféra rentrer chez lui où quelques jours plus tard il expulsa par les voies naturelles un gros calcul biliaire du poids de 27 *g.* et mesurant 6 *cm.* de long. Comme le malade n'avait jamais accusé aucune espèce de douleur dans la région hépatique, il n'a pu s'agir, dans ce cas, que d'une migration anormale à la suite d'une cholécystentérostomie spontanée ayant évolué tout à fait insidieusement.

Paralysie faciale et dacryocystite purulente. — M. **Calmettes** relate l'observation d'une jeune fille atteinte de paralysie faciale et de dacryocystite purulente. Le larmoiement est un signe classique de la paralysie de l'orbiculaire des paupières, mais ce trouble mécanique prédispose à l'atteinte microbienne des parois du sac lacrymal, d'où dacryocystite vraie. En réalité, si la paralysie de l'orbiculaire n'est que passagère, cette éventualité n'a pas le temps de se produire et tout symptôme lacrymal disparaît après la cause qui l'a provoqué. En fait, dans l'observation rapportée et après sa discussion, l'auteur conclut à la non-subordination de la dacryocystite à la paralysie faciale.

Volvulus de l'anse sygmoïde et malformation congénitales du gros intestin. — M. **Thomas.**

Rupture utérine méconnue pendant la grossesse. — M. **R. Bergès.**

J.-P. Tourneux.

PETITES CLINIQUES DE "LA PRESSE MÉDICALE"

N° 670.

Délire de possession diabolique

Guérison par l'électro-choc

Par Jean Delay.

Bernard P..., 48 ans, employé de bureau, a été interné à Sainte-Anne pour un délire de possession diabolique.

On se trouve en présence d'un homme prostré, dont le visage pâle et crispé exprime une anxiété extrême. Il ne sort de son mutisme que pour prononcer à voix basse des phrases inachevées où revient comme un leit-motiv « Je suis le diable... je suis l'incarnation de Satan ». Il s'accuse de crimes abominables : il a tué son père, il a voulu étrangler sa mère, il ne peut plus que penser et faire le mal. Son cœur est « d'une sécheresse absolue » et n'est plus accessible à aucun sentiment humain. La mort même ne le délivrera pas car son âme damnée souffrira éternellement. Pourtant il a fait successivement deux tentatives de suicide, l'une par pendaison, l'autre par section des veines du poignet. L'examen physique montre un état saburral des voies digestives, une pâleur sans anémie, une bradycardie à 60 avec R.O.C. à 60-48, l'insomnie est totale, l'amaigrissement considérable.

Des interrogatoires répétés permettent de reconstituer ainsi son *histoire:* Fils unique, il a été un enfant timide et solitaire, terrorisé par son père, homme intransigeant, rigide, dont Bernard affirme « c'était un saint ». Dès son enfance, il a vécu dans la crainte du péché. La première communion a marqué l'apparition de *tendances obsessionnelles:* crainte anxieuse de ne pas être en état de grâce, besoin de répéter les confessions. Cette tendance obsessionnelle s'est manifestée aussi à l'école par la crainte d'être en retard, par la vérification incessante de ses calculs, de ses devoirs. Plus tard, il a choisi un métier subalterne, il a été un employé de bureau modèle, ponctuel, scrupuleux, méticuleux; très estimé de ses chefs, il a toujours refusé de l'avancement par crainte des responsabilités. Sa vie sexuelle a été presque complètement inhibée par la peur du péché, réduite à d'exceptionnelles relations avec des professionnelles, suivies chaque fois de remords, d'insomnie et de confessions réitérées. Bernard ne s'est pas marié et a vécu jusqu'à la quarantaine passée entre son père et sa mère.

Une deuxième étape de son évolution psychologique est marquée par le bouleversement qui a suivi la mort du père. Bernard s'est reproché d'en être responsable parce qu'il avait eu pendant la maladie de celui-ci de « mauvaises pensées » et qu'il n'avait pas accompli avec assez de régularité ses pratiques religieuses. Toujours est-il qu'apparaissent alors des *obsessions de contraste*. L'église, qui pendant des années avait été pour lui un lieu de refuge et de paix, devint un lieu de torture, à peine y était-il entré qu'il était assailli de représentations sacrilèges ou obscènes. S'il disait : « Mon Dieu, vous êtes infiniment bon », il pensait aussitôt à tous les fléaux qu'a engendrés le Créateur. S'il voyait une piéta, il imaginait entre le fils et la mère des relations incestueuses. Il s'abstint d'aller à l'église, mais bientôt ce furent tous les spectacles de la nature qui s'investirent à ses yeux de significations perverses, et le caractère spécialement scatologique de ses ruminations devint tel que peu à peu naquirent des obsessions de damnation et de possession. Son confesseur, qui pendant plusieurs années le rassura tant bien que mal, finit par lui donner l'ordre de communier, ordre dont Bernard différa longtemps l'exécution, étant donné le nombre de « mauvaises pensées » dont il était assailli entre la confession du samedi soir et la communion du dimanche matin.

La troisième étape est marquée par ce que Bernard appelle la « communion sacrilège ». Après les tortures que l'on devine, il s'est décidé à recevoir l'eucharistie, mais à peine a-t-il reçu l'hostie des mains du prêtre qu'il éprouve une impression affreuse : « Je brûlais et j'étais transi de froid. » Une griffe étreint sa gorge et une voix intérieure murmure : « Maintenant je te tiens. » A cet instant précis tout s'éclaire, il comprend que le diable, qui depuis longtemps cherche à s'emparer de lui, a réalisé son dessein : il est possédé. A 8 h. 30, en rentrant de la messe, il se précipite vers une glace et n'y reconnaît pas son visage, « quelque chose était changé, il y avait dans mes yeux une expression diabolique ». Il jette la glace à terre et la piétine. Il passe le jour et la nuit dans un état d'anxiété paroxystique qui nécessite le lendemain son envoi dans une maison de santé libre, d'où à la suite de tentatives de suicide réitérées, il est interné à la Clinique psychiatrique.

Ainsi résumée, l'histoire de Bernard prend place parmi ces observations privilégiées, bien étudiées par Séglas et son école, qui témoignent du *passage de l'obsession au délire*. Jusqu'à la communion sacrilège, Bernard a craint d'avoir quelque responsabilité dans la mort de son père par le jeu mystérieux des réversibilités, à partir de cet instant, il a la certitude d'avoir tué son père. Auparavant il craignait d'être damné, maintenant il en est sûr; il avait peur d'être un jour possédé du démon, maintenant il est possédé. On saisit ici le passage d'une possibilité intellectuelle à une certitude affective. On observe d'autre part par quel processus ces pensées étrangères au moi et rejetées avec indignation qui font le thème des obsessions de contraste finissent par être attribuées à une cause étrangère : cette projection constitue une tentative d'explication naturelle contre laquelle l'intelligence résiste d'abord mais finit par céder sous la poussée d'hyperthymie anxieuse. L'obsession par contraste a engendré le sentiment d'influence, à partir du moment où celui-ci n'est plus critiqué et où la croyance s'établit à la faveur d'une projection hallucinatoire, le délire est constitué. *L'obsédé est devenu un délirant.*

Quelle conduite adopter en présence d'un cas de cet ordre, et quelle thérapeutique proposer?

Il fut un temps où selon toute vraisemblance Bernard eût été *exorcisé*. Son observation rappelle par certains aspects les « nuits obscures » de certains mystiques tentés et l'« acedia » qui succède aux défaites. Mais on sait aujourd'hui avec quelle prudence les religieux compétents, et spécialement les exorcistes de Notre-Dame, envisagent les cas de possession et de quelles garanties psychiatriques ils s'entourent avant de conclure à un phénomène préternaturel.

Toute *psychothérapie* s'avère impossible car les seules suggestions qu'accepte Bernard sont celles qui vont dans le sens de sa certitude affective. Il en va de même de la psychanalyse, encore que l'évolution psychologique de Bernard apparaisse comme une illustration des thèmes psychanalytiques. On peut interpréter en effet le complexe d'infériorité de Bernard et son inhibition de toute attitude virile, par un complexe de castration lié au refoulement infantile de pulsions agressives contre le père. L'apparition des obsessions de contraste à la mort du père semble le confirmer, le moi devient alors le théâtre d'une lutte obsédante entre les pulsions sadiques du *ça* jusqu'alors refoulées dans le subconscient mais brusquement réactivées, et les instances morales *du surmoi*. L'apparition du délire témoigne de la faiblesse des mécanismes de défense et signe l'échec total du refoulement. Mais quoi qu'il en soit de ces interprétations, elles ne nous sont à cette phase de l'évolution d'aucun secours pratique puisqu'on ne psychanalyse pas plus qu'on ne raisonne un délirant.

Si faisant abstraction du contenu du délire nous en étudions le contexte, nous voyons qu'il s'intègre dans un état typique de mélancolie anxieuse, avec son hyperthymie douloureuse, ses thèmes monotones, ses impulsions au suicide. Or, le traitement électif de la mélancolie anxieuse, c'est aujourd'hui l'*électro-choc* qui donne dans ces cas, d'après nos statistiques personnelles, jusqu'à 93 pour 100 de succès. Nous avons donc décidé de traiter Bernard par l'électro-choc et le résultat fut remarquable.

Dès la première séance, l'insomnie disparut, et dès la troisième l'hyperthymie anxieuse diminua notablement. A la sixième séance, on note la disparition des idées de possession diabolique, selon la règle générale qui veut que les idées délirantes perdent toute résistance dès qu'elles ne sont plus sous-tendues par l'état affectif correspondant. Après la dixième séance, Bernard est sorti de l'asile guéri de sa « possession diabolique » comme de sa mélancolie, faisant parfaitement la critique de ses idées délirantes et il a repris ses occupations.

Est-ce à dire que l'appareil à électro-choc soit appelé à remplacer le rituel des exorcistes? Nullement, car il existe bien des formes de possession dont M. Lhermitte a souligné la complexité. Mais l'électro-choc est la thérapeutique élective des délires mélancoliques à thème de possession qui représentent d'après de récentes statistiques (Gayral)[1] 7 sur 10 des délires de possession diabolique.

Cependant, Bernard, s'il n'est plus un délirant mélancolique, reste un *obsédé*. En effet, l'électro-choc qui guérit la mélancolie ne guérit pas les obsessions. Certes, il guérit les obsessions à caractère périodique qui s'intègrent dans une dépression symptomatique de la psychose maniaco-dépressive. Mais s'il s'agit de la véritable maladie obsessionnelle, l'électro-choc est sans efficacité et doit céder le pas aux thérapeutiques psychologiques, il peut être utile néanmoins à titre épisodique pour faire céder un de ces paroxysmes d'hyperthymie anxieuse dont est souvent frappée la vie de l'obsédé.

Il en était ainsi chez Bernard dont l'anxiété paroxystique avait même déclenché tout un délire mélancolique; une fois ce délire guéri, il est resté un obsédé, assiégé par la crainte du péché et de la damnation. Aussi a-t-on entrepris chez lui une psychothérapie analytique qui s'efforce de résoudre ses complexes, de lever ses inhibitions et, tout en respectant les convictions religieuses qui constituent sa seule armature morale, cherche à le ramener à une plus juste estimation de ses « fautes ».

Dans le traitement long et difficile de la maladie obsessionnelle, c'est un réel mérite de l'électro-choc que de permettre, grâce à la sédation de l'hyperthymie anxieuse, l'entreprise ou la reprise d'une cure psychanalytique ou d'une psychothérapie rationnelle. Thérapeutiques biologiques et thérapeutiques psychologiques, loin de s'opposer, se complètent.

Il est une notion d'intérêt théorique que nous voudrions signaler à propos de cette observation. Dans le vaste groupe des états dépressifs l'électro-choc constitue une *méthode d'analyse* de premier ordre. Dans ce domaine son action s'exerce de façon élective sur *l'élément thymique*, autrement dit sur le trouble élémentaire de l'humeur, et consécutivement sur tous les éléments du tableau clinique qui n'en sont que la conséquence. Or chez notre malade nous trouvions associés deux ordres de signes : des idées délirantes et des obsessions, une mélancolie et une psychasthénie. L'électro-choc a fait disparaître les idées délirantes et la mélancolie, il a laissé persister les obsessions et la psychasthénie. Les premières dépendent en effet d'un trouble thymique élémentaire, les autres appartiennent à une sphère psychique beaucoup plus élaborée et intellectualisée, traduisant toute une organisation affective névrotique de la personnalité. L'électro-choc jouant un rôle d'analyseur jette une lumière sur ces états ambigus décrits par les auteurs sous le nom de mélancolie obsessionnelle ou de délire psychasthénique, il dissocie des éléments cliniques plus ou moins fortuitement associés.

Bien d'autres observations témoigneraient que l'électro-choc, grâce à son action thérapeutique qui constitue un véritable test, permet de reconsidérer sous un angle nouveau bien des points litigieux de la nosologie des psychoses.

1. L. et G. Gayral : *Les délires de possession diabolique* (Vigot), 1944.

CHRONIQUES
VARIÉTÉS • INFORMATIONS

L'Hôpital Cochin ancien Hospice Saint-Jacques du-Haut-Pas[1]

« Le grand mouvement de réformes sociales et administratives qui précéda la Révolution, écrit Fosseyeux, n'a pas manqué d'avoir des répercussions sur les institutions d'assistance et l'organisation des hôpitaux[2]. » C'est ainsi qu'en dix ans de 1775 à 1785, 6 établissements nouveaux venaient compléter l'organisation hospitalière. Comment expliquer un tel résultat obtenu en si peu de temps sinon par l'influence des doctrines philosophiques dont les idées nouvelles pénètrent peu à peu les esprits ? C'est que chacun se rendait compte qu'un effort social s'imposait pour améliorer le sort des malheureux, et notamment celui des malades les hôpitaux.

Necker, *Cochin*, bientôt *Beaujon* et d'autres qui suivirent, procèdent de cet élan unanime de charité qui permit de réaliser avant la Révolution d'incontestables progrès.

Tandis que l'hospice de la rue de Sèvres était soutenu par les pouvoirs publics, celui de la rue du faubourg-Saint-Jacques ne relevait que de la charité privée. Il fut fondé dans les dernières années de l'Ancien Régime par l'abbé Jean-Denis Cochin, curé de Saint-Jacques-du-Haut-Pas. « Ce digne pasteur, écrit Clavareau, y sacrifia une partie de sa fortune, et après sa mort en 1783, sa respectable famille acquitta les dettes qu'il avait contractées pour le complément de cette œuvre bienfaisante, et qu'il n'avait pu acquitter de son vivant. » Devant les misères à soulager, la générosité de l'abbé Cochin était inépuisable. Ne le vit-on pas un jour, à court de monnaie, abandonner jusqu'aux boucles d'argent de ses souliers ?

Outre l'estime générale dont il jouissait, son dévouement lors de la dernière épidémie de variole lui avait attiré la reconnaissance unanime de ses paroissiens. Bravant la contagion, il se rendait, sans hésiter, dans les milieux les plus contaminés. A ceux qui lui recommandaient la prudence, il fit cette fière réponse : « Que diriez-vous d'un soldat qui demanderait son congé en temps de guerre ? » Gravement atteint à son tour, il dut suspendre ses visites charitables, mais il forma le projet de fonder un hospice pour épargner à ses paroissiens les plus pauvres les appréhensions de l'Hôtel-Dieu. Il réalisa tous ses biens et lança un appel qui fut entendu. Le 16 Mars 1780, il fit l'acquisition de 3 maisons situées en face de l'Observatoire, dont l'emplacement lui parut favorable, et s'assura le concours gratuit de l'architecte Charles-François Viel, natif de la paroisse[3]. »

Le 25 Septembre de la même année, deux indigents élus en assemblée de charité parmi les plus méritants de la paroisse procédèrent à la pose de la première pierre en présence du curé et des notables. Nous connaissons les détails de cette cérémonie traditionnelle grâce à la plaque commémorative en cuivre retrouvée sous le portique d'entrée, lors de la démolition de cet hôpital, et que l'on voit aujourd'hui dans le cabinet de la Directrice.

Inscription qui doit être placée sous les deux colonnes de l'Hospice.

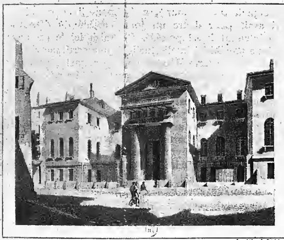
Deo pauperem adjuvanti.	*A Dieu qui prend soin du pauvre.*

L'an de grâce mil sept cent quatre-vingt, la septième année du règne de Louis XVI, le vingt-cinq Septembre, ont été posées les deux premières pierres de cet Hospice, élevé par la charité des paroissiens pour le soulagement des malades de la Paroisse de Saint-Jacques-Saint-Philippe-du-Haut-Pas. M. Jean Denis Cochin étant Curé, M. Pierre Gilbert de Voisins[4]*, Président du Parlement, marguillier d'honneur, MM. François Degournay et Jean-Baptiste de La Cour, marguilliers comptables et en charge.*

Les nommés Louis Buffet, âgé de soixante et onze ans et Marie-Claude Oltier, veuve Michaux, âgée de soixante-cinq ans, tous deux natifs de la Paroisse, pauvres et recommandables par leur bonne conduite ont été choisis pour poser les deux premières pierres de cet édifice au nom des Paroissiens qui en sont les fondateurs, et des pauvres auxquels il est destiné.

Deus opem ferat super lectum doloris. Ps. 40.	*Que Dieu soulage tous ceux qui y seront étendus sur le lit de douleur.*

Les plans de cet édifice ont été gratuitement dressés par M. Charles-François Viel, Architecte chargé de la conduite des dits travaux et exécutés par M. Pierre-Louis Comboult, Entrepreneur, nés tous deux sur cette paroisse.



Vue de l'Hospice Cochin à Paris 1820. (Litho de Delpech.)

Le 27 Juin 1782, l'Hospice recevait ses premiers malades.

Tenon[5] nous apprend que les frais de construction et d'ameublement s'étaient élevés à 180.000 livres.

Epuisé par son zèle charitable, le respectable abbé Cochin ne survit qu'un an à la réalisation de son œuvre. Du moins, eut-il la joie de la voir en pleine prospérité, grâce aux 15.000 livres de rentes dont fut bientôt dotée cette fondation. Dès l'année 1784, la reconnaissance publique décernait à cet établissement le nom de son fondateur.

Il comprenait un corps de bâtiment surmonté au centre d'un pavillon plus élevé occupé par la chapelle et flanqué de deux ailes formant avant-corps. La construction centrale en retrait sur la rue délimitait avec les bâtiments latéraux deux petites cours fermées par des grilles. Une gravure en couleur de l'époque[6] montre la grande entrée du milieu ornée d'un fronton triangulaire soutenu par deux colonnes doriques. Elle portait cette inscription :

Pauper clamavit et Dominus exaudevit eum.

Cet hôpital prévu à l'origine pour 38 malades comportait 4 salles, séparées par la chapelle, situées au premier et au deuxième étage. Outre la salle commune, des chambres particulières étaient réservées aux malades atteintes d'infirmités ou de maladies extraordinaires, appartenant ou non à la paroisse, moyennant une pension annuelle de 450 à 500 livres. Dans cet hôpital qui ne recevait pas les scorbutiques, alors considérés comme contagieux, chaque malade avait son lit « Il est bien aéré, écrit Dulaure[7], la propreté y règne. » Derrière, la vue s'étendait sur le clos des Capucins, bientôt transformé en hôpital.

Clavareau en fait un rapport élogieux : il vante « l'air très vif » de ce quartier et les vastes « jardins qui ne sont bornés par aucuns bâtiments. Les infirmeries, ajoute-t-il, sont saines et très propres à la guérison de toute espèce de maladies. Il y a en outre un beau promenoir planté d'arbres et un potager assez vaste[8]. » En 93, il prend le nom d'*Hospice Jacques* ou *Hospice du Sud*, et ne reprend son ancienne dénomination d'*Hôpital Cochin* qu'avec l'avènement du Conseil des Hospices.

En utilisant les anciens dortoirs des religieuses, la Convention[9] put doubler le nombre des lits qui fut porté à 80. L'ouverture d'une salle de consultation sous la Restauration accroît encore l'importance de cet établissement.

En 1820, on place au-dessus de l'entrée une table de marbre blanc portant cette inscription en lettres dorées : *Hôpital Cochin*, fondé en 1780.

Considérablement agrandi sous Louis-Philippe et sous le Second Empire, l'hôpital fut démoli en 1908 pour être remplacé par un établissement moderne construit par petits pavillons séparés. Comptant aujourd'hui plus de 800 lits, il a englobé l'ancien hôpital Ricord et occupe tout l'emplacement compris entre le boulevard de Port-Royal, la rue de la Santé, la rue Méchain et la rue du Faubourg-Saint-Jacques.

De l'ancien hôpital Cochin il ne reste que le souvenir de son fondateur, dont le buste[10] en marbre blanc orne la salle[11] qui porte son nom.

Seule la maternité, qui occupe le pavillon Bouilly, rappelle les agrandissements effectués sous le Second Empire.

« L'ancien hospice du Faubourg-Saint-Jacques écrit Clavareau, ne présentait ni la même apparence ni la même solidité que l'hôpital Beaujon. » Par contre, ajoute-t-il, « il offre à notre reconnaissance un monument peut-être plus respectable encore, puisque l'homme bienfaisant qui l'a érigé a consacré sa fortune entière à cette pieuse fondation ».

PIERRE VALLERY-RADOT.

BIBLIOGRAPHIE

Victor BINDEL (abbé) : Les origines de l'Hôpital Necker *Bulletins de la Société d'histoire et d'archéologie des VII et XVe arrond.*, Paris, 1938, n° 37. — Raymond GERVAIS *Histoire de l'Hôpital Necker. Thèse de Paris*, 1885.

1. Mme la Directrice de l'Hôpital Cochin voudra bien trouver ici l'hommage de notre gratitude pour son bienveillant accueil.
2. Les hôpitaux en France du Moyen âge à nos jours *Hippocrate*, Mai 1939.
3. Son nom mérite d'être retenu non seulement parmi les bienfaiteurs de cet hospice, mais comme étant l'un des principaux architectes de nos anciens hôpitaux, au même titre que GAMARD et CLAVAREAU.
4. Ce généreux donateur avait remis 12.000 livres.
5. TENON : *Mémoires sur les Hôpitaux de Paris*, 1788.
6. Mlle GUYOT et BELLOY, n° 35 : Cabinet des Estampes. B.N
7. DULAURE : Histoire de Paris.
8. CLAVAREAU : *Mémoire sur les Hôpitaux civils de Paris* 1805.
9. Décret du 28 nivôse, an III (17 Janvier 1795).
10. Il porte l'inscription suivante : *J. D. Cochin, fondateur de cet hôpital en 1780.*
11. Salle Cochin, Pavillon Pasteur, Service du Prof Quénu.

Maurice Auvray

(1868-1945)

Le Prof. Maurice Auvray qui vient de succomber au bout de plus d'une année d'un mal inexorable laisse avant tout dans le souvenir profond de ceux qui l'ont connu et par conséquent aimé l'image d'un homme profondément bon, juste, épris de liberté et d'un grand clinicien. Pourquoi faut-il que je sois le dernier survivant de ceux qui ont eu le privilège de vivre dans son intimité pendant leur assistanat chez lui: Lardennois, Girode l'ont déjà précédé dans la tombe, ils diraient mieux que moi l'union profonde et l'amitié que le « Patron » avait su établir dans sa maison et dont il était le vivant symbole.

Je l'ai connu en 1898 quand il était alors chef de clinique du Prof. Tillaux. Normand comme lui, il avait reçu tout d'abord les leçons et l'exemple de son père, doyen réputé de l'Ecole de Médecine de Caen qui lui transmettait les traditions d'honneur de trois générations médicales antécédentes. Il faisait partie de la promotion d'internat de 1892 et fut successivement l'interne de Félizet, Peter, Tillaux et Le Dentu. Mais il faut joindre à ces grands noms celui de Terrier, collègue d'internat de son père et qui l'adopta comme un fils.

Auvray franchit rapidement les degrés successifs des concours. Aide d'anatomie en 1893, prosecteur en 1895, chirurgien des hôpitaux en 1899 et agrégé en 1902 avec Gosset et Marion. Il présida en 1926 la Société nationale de Chirurgie et le Congrès français de Chirurgie en 1928 et fut élu en 1927 membre de l'Académie de Médecine.

Ses travaux sur la chirurgie cranio-cérébrale pour lesquels il fut se documenter près d'Horsley sont les premiers travaux français sur la question; ses travaux sur la chirurgie du foie (avec Terrier) et sur le médiastin antérieur sont encore consultés avec fruit. En réalité, son activité scientifique était considérable et s'étendait à toutes les branches de la chirurgie.

Il était curieux de tout, s'intéressait à tout; grand clinicien, il avait puisé près de ce Maître incomparable que fut Tillaux le goût de l'enseignement clinique; ses leçons cliniques étaient suivies à l'Hôpital Laennec par une foule d'auditeurs très attachés.

C'est un grand honnête homme qui disparaît.

L. Sauvé.

Le Professeur Benedetto Morpurgo

(1861-1944)

On a récemment appris en France le décès d'un éminent pathologiste et biologiste italien, le Prof. Benedetto Morpurgo, professeur de Pathologie générale à la Faculté de Médecine de Turin, directeur de l'Institut du cancer de cette Université, mort à Buenos-Aires à la fin d'Août 1944.

Morpurgo fut un expérimentateur hors pair. Savant original, il sut découvrir des faits nouveaux dans tous les problèmes qu'il aborda avec des méthodes d'une incomparable précision. Ses études sur la Pathologie de l'inanition (1888), sur les réactions vasoparalytiques et la régénération cellulaire (1890), sur l'hypertrophie fonctionnelle des muscles striés (1900), sur les greffes par parabiose et leur intérêt comme méthode générale, sont connues de tous. La constitution spécifique des tissus chez les divers individus fut l'idée point de départ de beaucoup de ses travaux.

Morpurgo avait, en 1903, succédé à Bizzozero dans la chaire de Pathologie générale de Turin. Frappé par les lois racistes du fascisme italien, il avait dû fuir sa patrie. C'est en exil, en Argentine, qu'il a terminé sa vie, tout entière consacrée à la recherche pathologique. Ses nombreux élèves et ses amis de tous les pays n'oublieront pas ce grand savant, modèle de conscience et de pénétration scientifique.

A. Policard.

Société française d'Histoire de la Médecine

6 Janvier 1945.

La Société, en assemblée générale, a élu *président* M. Neveu, membre fondateur, et *secrétaire général* le Prof. Olivier.

Le Prof. Lian et M. Robert Milon montrent que dans l'*Histoire de l'insuffisance aortique*, la part a été faite trop belle à Corrigan. En effet, dans son travail de 1832 il donne comme signe capital un souffle systolique dur alors que c'est Hope, la même année, qui décrit le souffle doux diastolique caractéristique. Vieussens, le premier, avait constaté anatomiquement l'insuffisance des sigmoïdes aortiques. Hodgson, en 1815, décrivit l'athérome aortique.

Peter, en 1883, différencia bien les deux types endocarditique et artériel d'insuffisance aortique. Si l'on voulait absolument employer des noms propres, il faudrait donc dire que la maladie de Vieussens comprend deux types : le type Hope-Corrigan et le type Hodgson-Peter.

M. Raymond Neveu brosse avec finesse la vie d'Olivier Goldsmith, romancier, poète et médecin. L'auteur du *Vicaire de Wakefield* fit ses études médicales à Leyde, puis Padoue. Instable, bohème, donnant tout ce qu'il gagnait, il ne réussit pas en clientèle et mourut prématurément sans doute de tuberculose.

Dans son *Deserted village* il montre le danger du dépeuplement des campagnes, thèse d'inspiration médicale.

M. Laignel-Lavastine fait remarquer que Goldsmith, grêlé par la petite vérole et mort très probablement tuberculeux, est un exemple à l'appui de la théorie de Landouzy de la prédisposition des anciens varioleux à la tuberculose pulmonaire.

M. Laignel-Lavastine présente *L'Homme et le Milieu social* (Alcan, éditeur), du Dr Vilar-Fiol (de Valence). Ce volume, imprimé en 1940 sur la traduction de M. Masson-Oursel fut interdit pendant l'occupation allemande. Au point de vue historique il tend à démontrer que l'évolution de l'humanité passe peu à peu du type animal de la lutte pour l'existence au type humain d'une obéissance plus ou moins consciente au déterminisme rationnel. L'état actuel semble indiquer plutôt un arrêt dans cette évolution.

M. Laignel-Lavastine présente ensuite, du Prof. Jules Guiart (de Lyon), un beau volume (Masson, édit.), sur l'*Ecole médicale lyonnaise*. Faisant partie des *Annales de l'Université de Lyon*, c'est un *Catalogue commenté de la Section régionale du Musée historique de la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Lyon*.

Très documenté et enrichi d'une précieuse iconographie c'est désormais un instrument nécessaire pour l'historien et le médecin.

M. Laignel-Lavastine présente encore, du Dr Henry Chalmartin, une charmante plaquette : *Retours de Cythère*, où est décrit d'après gens de lettres et médecins l'envers du décor des folles amours.

M. Laignel-Lavastine présente enfin le *Premier fascicule* (Octobre 1944) du *Centre régional de l'histoire de la Médecine* (Charente-Maritime, Gironde, Dordogne, Lot-et-Garonne, Landes, Basses-Pyrénées) issu de la *Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux* qui date, comme on sait, du 6 Juin 1798. Le président est le Prof. Dupérié et le secrétaire général Alexandre-Alfred Chabé, qui inaugure ses fonctions par 3 communications : *Pendaison au XVIe siècle, Accidents du travail à Bordeaux en 1660, Les statuts du Collège des Médecins bordelais en 1617, Ordre des Médecins avant la lettre.*

Laignel-Lavastine.

PARALYSIE INFANTILE

Le traitement Kenny devant ses juges

Il y a 30 ans, Miss Elizabeth Kenny, qui était infirmière dans des hôpitaux spécialisés, en Australie, eut l'idée d'appliquer au traitement des séquelles de la paralysie spinale infantile une méthode de traitement tout à fait différente, par sa conception et par ses moyens, des méthodes « officielles ». Elle eut, dès ce moment, des difficultés avec les médecins classiques, mais recueillit assez vite l'approbation du public.

Elle publia à Sydney, en 1939, un livre intitulé *Paralysie infantile et diplégie cérébrale*, où elle décrivait ses méthodes et leurs raisons d'être. D'après elle, les difformités et les troubles paralytiques qui suivent la paralysie infantile ne sont pas dus à des lésions des cornes antérieures de la moelle, qui en sont au contraire les conséquences, mais à des spasmes musculaires et à des « troubles mentaux » dus eux-mêmes aux appareils contentifs qu'on utilise à contre-sens. Ces « troubles mentaux » consistent en un refus de se servir des muscles moteurs, même en bon état, car ils déterminent une douleur dans les muscles antagonistes. C'est là que l'état de spasme trouverait son origine.

En 1940, Miss Kenny vint aux Etats-Unis, afin de les convertir à sa méthode. Elle s'adressa à diverses autorités, notamment à l'Association médicale américaine, à la Clinique Mayo, de Rochester. A l'Université de Minnesota, elle fut autorisée à appliquer son traitement, à un certain nombre de malades, sous le contrôle de spécialistes. Le rapport de Cole et Knapp, publié en 1941 dans le *Journal of the American Medical Association*, lui fut assez favorable, et l'année suivante, dans le même journal, Pohl disait que les « succès considérables » obtenus par le traitement de Miss Kenny imposaient sa diffusion, aussi prompte que possible, parmi les médecins américains ».

Alors commença une période de grand lancement publicitaire. Le traitement Kenny fut prôné de toutes parts, souvent sans discrétion, et naturellement une réaction s'organisa, non moins ardente. Un comité de sept membres fut désigné par l'Association médicale américaine pour examiner la valeur des méthodes de Miss Kenny. Le rapport du Président de ce Comité, Ralph K. Ghormley, a été publié dans le numéro du 17 Juin 1944 du *Journal* de l'Association.

Le traitement Kenny avait pour base l'abandon des thérapeutiques anciennes, qui visaient à l'immobilisation des membres malades. Cette immobilisation était accusée de créer le spasme ; elle était rejetée et remplacée par des fomentations chaudes et la mobilisation méthodique des articulations atteintes.

Mais le traitement doit être aussi précoce que possible, et appliqué avec une grande rigueur. Le malade est maintenu au lit, mais libre de ses mouvements. Les fomentations sont appliquées d'une façon presque continue, au moins douze heures par jour, jusqu'à réduction des spasmes. Entre les fomentations successives on mobilise les articulations malades avec toute l'ampleur possible. En même temps, on s'efforce d'entretenir chez le malade et même dans son entourage la foi dans la guérison. Miss Kenny insiste sur la rigueur des soins à recevoir ; c'est l'abandon de cette rigueur qui est responsable des échecs qui ont été signalés.

Les conclusions du Comité sont en désaccord avec les conceptions de Miss Kenny. Il s'élève contre l'exclusive portée contre des méthodes qui ont jusqu'ici fait leurs preuves. Il est faux de voir dans les appareils contentifs la cause unique des spasmes ; ils font partie des symptômes du début de la maladie et de sa phase aiguë.

D'autre part, les cas de guérison spontanée de la paralysie infantile ne sont pas rares : on les évalue, selon les épidémies de 50 à 80 pour 100. Il y a aussi, toujours d'après le Comité, des différences importantes dans l'importance et le nombre des « résidus paralytiques », c'est-à-dire dans le nombre des destructions nerveuses, ainsi que dans la date d'apparition des contractures et ces constatations mettent à néant les conclusions que Miss Kenny tire de statistiques d'ailleurs entachées de partialité.

En résumé, le traitement Kenny n'apporte pas grand bénéfice aux victimes de la paralysie infantile. Un membre du Comité alla jusqu'à dire que « ce qu'il y avait de bon dans ce traitement n'était pas nouveau, mais que ce qu'il y avait de nouveau n'était pas bon ».

Un article récent publié dans le *Reader's Digest*, sous la signature de Lois Mattox Miller, reprend ce procès et s'efforce de démontrer la valeur du traitement Kenny. On présente Miss Kenny comme persécutée par la citadelle médicale ; les « officiels » ripostent en parlant d'ignorance, d'incompétence, d'empirisme, et même de charlatanisme.

Tel est l'état du procès que mène Miss Kenny, procès dont il sera curieux de savoir l'évolution ultérieure.

Ph. Dally.

Livres Nouveaux

Sulfamidothérapie, publié sous la direction de M. Loeper, par J. Cottet, P. Harvier, C. Huriez, A. Lemierre, Ch. Lenormant, C. Levaditi et F. Nitti. 1 vol. de 108 pages (*Masson, et Cie, édit.*), Paris, 1944 (*Institut de Thérapeutique de la Faculté de Médecine de Paris*). — Prix : 55 fr.

Après les Thérapeutiques associées [Auxothérapie] (1942), la Chimiothérapie (1942), le Soufre (1943) et la Spécificité chimique en séméiologie (1944), voici le cinquième volume des Travaux de l'Institut de Thérapeutique de la Faculté de Médecine de Paris publiés sous la direction du Prof. Loeper.

Peu de médications ont connu un succès aussi rapide et aussi éclatant que la sulfamidothérapie, mais nul sujet ne méritait autant que celui-ci d'être jugé dans son ensemble à la lumière des résultats que l'on peut considérer comme acquis. Il importait de fixer les indications indiscutables en médecine et en chirurgie, de reconnaître les inconvénients et les dangers qu'on laisse si souvent dans l'ombre, d'établir la cause des échecs de la thérapeutique nouvelle et d'indiquer les moyens d'y remédier. Il fallait montrer aussi ce que l'on sait de la répartition des sulfamides dans l'organisme, si intimement liée à leur efficacité. Il était intéressant enfin, sur le plan théorique, de faire connaître au public médical les idées régnantes sur la modalité de leur action et les perspectives d'avenir de la médication sulfamidique.

Le Prof. Loeper s'est adressé à des cliniciens et à des biologistes pour exposer ces divers sujets avec toute l'ampleur désirable.

F. Nitti traite de l'action comparée des sulfamides au laboratoire et en clinique ; Claude Huriez, du métabolisme des sulfamides dans l'organisme humain ; C. Levaditi, de l'orientation de l'action spécifique des sulfamides ; le Prof. Harvier, de leurs indications dans les maladies infectieuses ; le Prof. A. Lemierre, des néphrites qu'ils peuvent provoquer ; le Prof. Ch. Lenormant, de leur action en chirurgie ; enfin J. Cottet, des échecs de la sulfamidothérapie et des moyens de les éviter.

Revue complète, comme on le voit, qui a l'avantage de donner au médecin praticien, un peu hésitant devant tant de nouveautés, tous les éléments d'un choix judicieux.

René Hazard.

INFORMATIONS

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Chargé de Mission

— Par arrêté du 5 Mars 1945, M. Gaujoux a été chargé de mission en remplacement de M. le médecin commandant Maix, appelé à d'autres fonctions.

ORDONNANCE N° 45-319 DU 3 MARS 1945

relative à

la fixation des tarifs des Assurances Sociales

pour les risques maladie et maternité

Le 7 Mars dernier, le ministre du Travail et de la Sécurité sociale, M. Parodi, assisté de M. Laroque, directeur des Assurances sociales convoquait dans son cabinet les représentants de la Presse politique et de la Presse médicale et scientifique pour leur expliquer les raisons des modifications du décret-loi du 28 Octobre 1935 qui réglait jusqu'ici les rapports entre les Assurances sociales et le Corps médical.

Cette nouvelle ordonnance, parue à l'Officiel le 5 Mars 1945 n'a pas été sans jeter quelque émoi chez les médecins, et nous ne pourons faire mieux que de reproduire ici le texte complet de l'Exposé des motifs qui précède cette ordonnance, et qui est le résumé exact du discours que le ministre du Travail a développé devant les représentants de la Presse.

Exposé des motifs.

La législation des Assurances sociales est muette sur les rapports entre les praticiens et les assurés sociaux pour la fixation des honoraires.

Mais si la loi n'a prévu aucune disposition relative aux honoraires des praticiens, par contre, elle a précisé les obligations des caisses à l'occasion de chaque acte professionnel. L'article 6 (§ 5) du décret-loi du 28 Octobre 1935 dispose, en effet, que « la part garantie par les caisses dans le prix de l'acte médical est établi par les caisses, compte tenu des tarifs médicaux syndicaux minima pratiqués dans la région ». Il ajoute que cette part « est inscrite dans les conventions à passer entre les caisses et les syndicats professionnels ». En outre, le paragraphe 7 du même article stipule que « la participation de l'assuré aux tarifs de responsabilité visée ci-dessus est fixée à 20 pour 100 ».

Les textes précités n'obligent pas les caisses à établir leur tarif de responsabilité au montant du tarif médical syndical minimum. Mais le législateur espérait certainement que cette identité pourrait être réalisée de façon que l'assuré ne conservât à sa charge qu'une somme égale à 20 pour 100 des honoraires versés au praticien. La réalité fut tout autre, surtout au cours des dernières années. La hausse des tarifs d'honoraires, bien que modérée par rapport à la hausse générale du coût de la vie, ne fut pas suivie par une hausse parallèle des tarifs de remboursement. Les caisses, dont la situation financière devenait de plus en plus critique, ne furent pas en mesure d'augmenter leur participation de façon à faire coïncider leur tarif de responsabilité avec celui les honoraires réclamés à l'assuré. Dans certains cas même, l'écart entre les deux tarifs était si élevé que les assurés sociaux étaient fondés à croire que l'assurance sociale devenait sans utilité puisqu'elle était incapable de les couvrir d'une façon normale contre les risques sociaux.

Il apparaît en conséquence indispensable et urgent de modifier les textes actuellement en vigueur.

L'objet général de la présente ordonnance est de déterminer un mode de fixation des honoraires médicaux tel que l'assuré social n'ait effectivement à supporter que la participation laissée à sa charge par la loi sur les Assurances sociales, tout en respectant les principes traditionnels de l'exercice de la médecine.

Elle dispose que les tarifs d'honoraires applicables aux assurés sociaux seront désormais établis, pour chaque département, par les syndicats reconstitués des catégories professionnelles de praticiens intéressés. Toutefois, la mise en vigueur de ces tarifs est subordonnée à une homologation par le ministre du Travail et de la Sécurité sociale, le ministre de la Santé publique et le ministre de l'Economie nationale. Ces trois ministres peuvent, en cas de refus d'homologation ou si aucun tarif n'a été établi dans le délai d'un mois après mise en demeure, fixer par arrêté le tarif applicable dans le département considéré. En cas de désaccord, il serait statué sur l'homologation ou sur la fixation du nouveau tarif par décret rendu en conseil d'Etat.

La réforme ainsi envisagée paraît de nature à concilier les légitimes intérêts du corps médical et ceux des organismes d'assurances sociales. En effet, les principes essentiels du libre choix du praticien et de l'entente directe en matière d'honoraires ne sont pas modifiés. Le nouveau texte tend seulement à faire disparaître les abus injustifiés qui peuvent naître de l'application de l'entente directe entre l'assuré social malade et le praticien. Il prévoit à cet effet, en son paragraphe 6, qu'une commission paritaire, composée en nombre égal de représentants des praticiens et des représentants des organismes d'assurances sociales, peut être appelée, à la requête de l'assuré ou d'un service ou organisme d'assurances sociales, à apprécier dans le cadre départemental ou régional, les motifs des dépassements de tarifs qui pourraient être constatés. Les praticiens seront invités à produire dans ce cas toutes les justifications nécessaires, telles que la situation de fortune de l'assuré, l'importance des services rendus, la notoriété du praticien ou toutes autres circonstances particulières.

L'ordonnance confie à un règlement d'administration publique le soin de déterminer les modalités de son application, particulièrement en ce qui concerne la procédure d'homologation ou de fixation des tarifs. Dans l'établissement de ces modalités, il sera possible de donner à la fois aux praticiens et aux organismes d'assurances sociales toutes garanties complémentaires utiles en prévoyant notamment, et préalablement à l'homologation ou à la fixation du tarif, la consultation par le ministre du Travail et de la sécurité sociale, d'une part, des unions régionales de caisses primaires d'assurances maladie, maternité lorsqu'il s'agira de tarifs établis par les syndicats médicaux ou de ces syndicats eux-mêmes en ce qui concerne les tarifs conventionnels applicables dans les établissements hospitaliers publics ou privés ou dans les dispensaires, d'autre part, d'une commission permanente (syndicats médicaux, organismes d'assurances sociales et pouvoirs publics) instituée auprès du conseil supérieur des assurances sociales qui sera appelé à présenter aux ministres intéressés toutes propositions qu'elle jugera opportunes sur l'homologation ou la fixation desdits tarifs.

Dans leur ensemble, les dispositions qui viennent d'être analysées paraissent susceptibles d'apporter tous apaisements aux inquiétudes du corps médical et toutes garanties aux organismes d'assurances sociales. Il importe de souligner, à cet égard, que cette réforme a été rendue possible par le nouvel aménagement financier des assurances sociales, qui, en apportant aux caisses d'assurances sociales des ressources nouvelles, leur permettra désormais d'appliquer les tarifs normaux, et que ces tarifs pourront suivre au plus près les variations de ces ressources qui sont elles-mêmes fonction des salaires. Il convient également de noter qu'en raison de l'identité ainsi pratiquement réalisée des tarifs des caisses et de ceux des praticiens, le payement des honoraires dus par l'assuré social au praticien se trouvera facilité, l'assuré étant remboursé de la quasi totalité et, dans certains cas, de la totalité des frais qu'il aura exposés. Une disposition du projet prévoit la possibilité de réduire ou de supprimer, dans certains cas, le ticket modérateur de 20 pour 100.

En conclusion, tout en assurant le corps médical de la plus complète impartialité dans la fixation des honoraires, en respectant le principe fondamental du libre choix et en modifiant au minimum les rapports entre les praticiens et les assurés, le projet donnera aux assurés sociaux les garanties essentielles auxquelles ils ont indiscutablement droit, qu'ils réclament depuis le début de l'application de la loi et qui constituent l'une des plus importantes contre-parties aux sacrifices nouveaux que l'ordonnance du 30 décembre 1944 leur a demandés en relevant le taux des cotisations.

* * *

Ainsi, dorénavant, toute modification apportée par les médecins à leurs tarifs d'honoraires pour les assurés sociaux doit être homologuée par le ministre du Travail, de la Santé et de l'Economie nationale. En cas de désaccord entre les ministres, le Conseil d'Etat est invité à trancher le différend.

Ces tarifs, qui sont établis pour chaque département par les syndicats médicaux reconstitués, d'après une nomenclature fixée par les ministres de la Santé et du Travail, peuvent comporter les majorations pour les actes accomplis dans des circonstances spéciales ou par certaines catégories de praticiens en raison de leurs titres, de leur valeur scientifique, de leurs travaux ou de leur spécialisation.

De plus, dans le paragraphe 6 de l'article 1er de cette ordonnance, il est dit : « Tout praticien ou auxiliaire médical qui demande à un assuré social des honoraires supérieurs à ceux résultant du tarif fixé peut, à la requête de l'assuré ou d'un service ou organisme d'assurances sociales, être invité à justifier des motifs de ce dépassement, tels que la situation de fortune de l'assuré, l'importance du service rendu, la notoriété du praticien ou autres circonstances particulières. Ces justifications sont soumises à une Commission départementale ou interdépartementale composée en nombre égal de représentants, de praticiens et de médecins-conseils des organismes d'Assurances sociales. Si la Commission estime que les justifications fournies ne sont pas suffisantes, elle peut provoquer l'application de la procédure prévue par l'article 8 de la loi du 28 Octobre 1935. »

Le ministre du Travail n'a pas été sans savoir que le Corps médical avait toujours été modéré dans ses augmentations d'honoraires qui sont loin d'être en rapport avec l'augmentation du coût de la vie et de l'élévation des salaires, qu'il n'était pas exact que le Corps médical avait profité de l'augmentation du tarif des responsabilités de caisse pour augmenter ses honoraires, que le Corps médical ne pouvait être tenu pour responsable du déficit actuel des Assurances sociales puisque les frais médicaux n'entraient que pour 17 pour 100 dans les dépenses de Caisses et ne prenaient que 6 pour 100 de leurs recettes, c'est-à-dire à peine autant que leurs frais de gestion. Il est difficile de découper le Corps médical en certaines catégories, car il est à craindre que ces modifications n'entraînent, à plus ou moins longue échéance, la perte du libre choix du médecin, garantie essentielle pour les assurés sociaux.

CONSEIL SUPÉRIEUR DES MÉDECINS

Première Réunion

Le Conseil Supérieur des Médecins a tenu sa première réunion les 23, 24 et 25 Février 1945.

Etaient présents : MM. Barange, Beauchamp, Cabouat, Chevillotte, Coutela, Descomps, Dubois, Ducuing, Duvelleroy, Flandrin, Fritsch, Gernez-Rieux, Lefrançois, Mouthier, Nédelec, Oberlin, Plichet, Rohmer, Verger-Pratoucy, Villey, Vincent, Mlle Guillemet. — *Excusés :* MM. Bourde et Roux-Berger.

Après lecture du rapport de M. Plichet, administrateur provisoire du Conseil National de l'Ordre des Médecins, rendant compte de sa gestion depuis le 1er Septembre 1944, date à laquelle il a succédé au Dr Descomps, il est procédé à l'élection du Bureau :

Sont élus : *Président*, Dr Coutela (Paris) ; *Vice-présidents*, Prof. Rohmer (Strasbourg) et Dr Lefrançois (Le Havre) ; *Secrétaire général*, Dr Plichet (Paris) ; *Trésorier*, Dr Duvelleroy (Saint-Denis).

Après une allocution de M. Coutela, le Conseil Supérieur des Médecins, sur la proposition de son Président nomme les membres des différentes Commissions : Défense morale et légale de la profession, Action médico sociale ; — Organisation intérieure de la profession, médecine rurale, médecine urbaine ; — Rapports avec les collectivités ; Assurances sociales, Mutualité, Tarifs Nomenclature ; — Trésorerie et Secrétariat, Secours Médecins sinistrés, Retraite.

* * *

Cotisations. — Conformément à l'Ordonnance du 11 Décembre 1944, le Conseil Supérieur fixe la cotisation pour tout médecin inscrit au tableau à 750 fr. 250 fr seront prélevés pour le Conseil Supérieur et il appartiendra aux Conseils départementaux de fixer les cotisations des Conseils régionaux qui ne devront pas être inférieures à 50 fr.

Les médecins sinistrés totaux, mis dans l'impossibilité d'exercer, les médecins mobilisés ou libérés ne verseront pas leur cotisation.

Elections. — Le Conseil Supérieur émet le vœu suivant :

« Dès sa première réunion, le Conseil Supérieur des Médecins, fermement convaincu de la volonté de M. le Ministre de la Santé de faire procéder dans les plus brefs délais aux élections médicales, émet le vœu que soient hâtées et réalisées les formalités nécessaires au fonctionnement de l'Ordre et à celui des Syndicats médicaux. »

Assurances sociales. — Dès avant la réunion du Conseil, MM. Descomps et Plichet avaient signalé au Ministre de la Santé Publique les remarques à faire à propos d'un projet d'ordonnance en préparation au Ministère du Travail. Les membres parisiens du Conseil avaient, vu l'urgence, estimé de leur devoir d'écrire une première fois le 26 Janvier 1945 à propos des dispositions juridictionnelles, une deuxième fois le 15 Février pour appeler l'attention sur la nécessité de « consulter les Syndicats médicaux légalement élus accrédités à ce sujet ».

Une fois réuni, le Conseil Supérieur a émis le vœu suivant :

« Le Conseil Supérieur ayant constaté les modifications apportées par M. le Ministre du Travail au premier projet d'ordonnance relatif aux Assurances sociales remercie M. le Ministre de la Santé de l'appui de son autorité et émet le vœu que le Corps médical élu puisse procéder lui-même, comme par le passé, à la fixation de ses honoraires. Il donne mission à MM. Descomps et Plichet de continuer leur activité auprès des Ministères intéressés et de s'employer à écarter toute homologation. »

Enfin, le 25 Février, à la fin de sa dernière séance le Conseil, apprenant la parution imminente de l'ordonnance, a écrit d'urgence une nouvelle lettre qui a été portée immédiatement au Ministère du Travail. Dans cette lettre, le Conseil renouvelait le vœu « qu'aucune homologation des honoraires médicaux ne soit instituée ».

Les matières contingentées. — Les difficultés restent grandes pour les médecins de se procurer les matières contingentées dont ils ont besoin pour l'exercice de leur profession. C'est ainsi que les bons d'alcool, de gaz butane, de piles électriques, qui sont indispensables aux médecins, sont donnés de plus en plus parcimonieusement. Les bons de chaussures, de bottes en caoutchouc ne sont pas honorés. Les bicyclettes, les vélomoteurs qui sont bien souvent les seuls moyens de locomotion du médecin rural sont introuvables ; quant aux automobiles, il n'existe aucun moyen d'en faire attribuer aux médecins qui ont eu les leurs soit détruites soit emportées par les Allemands. De nouvelles démarches seront faites auprès des Pouvoirs publics pour qu'une satisfaction soit donnée aux médecins.

Ordonnance relative à l'exercice de la médecine, de la profession dentaire et de la profession de sage-femme. — Le Conseil Supérieur est saisi d'un projet d'ordonnance établi par les Services du Ministère de la Santé et l'étudie article par article. Dans ses grandes lignes

Cette ordonnance reproduit le texte de la loi de 1892, mais l'exercice illégal de la médecine y est nettement défini. Elle organise de plus un Ordre National des Médecins, obligatoire pour tout médecin exerçant la médecine, ordre avant tout disciplinaire, mais pouvant organiser des œuvres d'entr'aide et en particulier la retraite des Médecins, — qui accomplira sa mission — la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession médicale par l'intermédiaire des Conseils départementaux, les Conseils régionaux et du Conseil National de l'Ordre. Certaines modifications touchant l'inscription obligatoire au Tableau de l'Ordre, des médecins de sanatoria et des hôpitaux psychiatriques, la composition des chambres de discipline, etc., sont demandées par le Conseil Supérieur.

La Caisse de Secours des médecins sinistrés. — A tout médecin sinistré total, c'est-à-dire privé de la possibilité d'exercer sa profession, en comprenant naturellement les médecins dont les appartements ont été pillés par la Gestapo, le Conseil Supérieur attribue un secours confraternel de première urgence qui a été porté depuis la libération à 10.000 fr. plus 1.000 fr. par personne à charge. Ces secours sont distribués également aux veuves et aux orphelins, tués ou fusillés, aux femmes de ceux qui ont été déportés.

Devant le nombre croissant des sinistrés, le Conseil Supérieur a été obligé de borner son effort de solidarité aux seuls sinistrés totaux.

Depuis la fondation de cette Caisse de secours, jusqu'au 31 Janvier 1945, il a été attribué à plus de 980 médecins sinistrés des sommes dont le total dépasse 7 millions.

Il est évident que pour continuer son œuvre, le Conseil Supérieur devra en 1945 faire un nouvel appel à la générosité des médecins.

Le Conseil Supérieur se rend compte que devant l'importance des sinistres, ce secours est bien modeste. Les médecins sinistrés demandent avant tout les moyens de reprendre leur profession et le rééquipement de leur cabinet. Des démarches ont été faites et seront poursuivies, des promesses ont été obtenues, mais on se heurte aux besoins prioritaires de l'armée et malheureusement aux difficultés de fabrication.

Les Services du Conseil Supérieur ont dressé des tableaux où, par département, sont inscrits les médecins fusillés, tués par action de guerre depuis l'armistice, les déportés, les incarcérés.

— Les Allemands ont fusillé 91 médecins. Le département qui vient en tête après la Seine, qui compte 9 fusillés, est la Drôme, avec 6 fusillés.

— Il y a eu 70 médecins tués par bombardement ou en action. Le Finistère, la Manche en comptent chacun 9, la Seine-Inférieure 7.

— Jusqu'à présent on compte 14 blessés graves qui ne pourront plus exercer la médecine.

— 242 médecins ont été déportés en Allemagne, la Seine en compte 25, la Seine-Inférieure 10.

— 274 médecins ont été incarcérés, puis relâchés après un temps variable de séjour dans les prisons allemandes.

Ces chiffres représentent un minimum, car il manque les renseignements sur certains départements.

Jusqu'à présent, 201 orphelins et 109 enfants dont les pères ont été déportés. Il faudrait que le Corps médical arrive à donner aux orphelins de guerre l'éducation que leur père aurait pu leur donner s'il avait vécu. Il résulte d'une étude de M. OBERLIN que ce résultat pourrait être obtenu si chaque médecin versait 500 fr. par an.

La Retraite. — Un projet de retraite, arrêté par le Conseil National en 1944, avait reçu l'approbation des Ministères de la Santé et des Finances. Il était basé sur un système mixte de répartition-capitalisation, la répartition représentant de beaucoup la part la plus importante pendant les premières années. Cette retraite était assurée par une Caisse autonome de Prévoyance et de Retraite médicale (C.A.P.R.E.M.).

Les intérêts avaient été établis pour permettre l'attribution d'une retraite immédiate de 16.000 fr. et d'une retraite moyenne après 35 ans de cotisation de 40.000 fr. Elle pouvait être portée à 45.000 fr. quelques années après. Il était prévu en outre :

a) Une assurance-décès avec virement aux ayants-droit d'un capital variable avec le nombre des enfants; *b*) une assurance-maladie-accidents ; *c*) des allocations renouvelables aux veuves et aux orphelins ; *d*) des prêts d'honneur aux médecins et aux étudiants.

Mais actuellement, en raison de la crise de la valeur de la monnaie, du taux de capitalisation très bas, de l'incertitude financière, la retraite-capitalisation ne peut être envisagée. Seule la retraite-répartition pourrait se faire, encore faudrait-il de nouvelles études pour la mettre au point.

Le Conseil Supérieur charge le Dr VAUZANGES, qui est le principal artisan de ce système de retraite, de poursuivre ses travaux, de façon à établir dans le plus bref délai cette œuvre que le Corps médical réclame depuis tant d'années.

— M. DOUBNEL a mis le Conseil au courant de la marche de l' « Office de Documentation et de remplacement » fonctionnant sous l'égide de l'Ordre supérieur, organisme trop peu connu des médecins.

— Sur sa demande, le Prof. PORTES, président de l'ancien Conseil National, dans un exposé particulièrement précis, a rapporté l'œuvre accomplie par le précédent Conseil concernant la Nomenclature, le Code de Déontologie, la Retraite et différents projets que les événements ne lui ont pas permis de réaliser.

LE CONSEIL SUPÉRIEUR.

CONSEIL DES MÉDECINS DE LA SEINE

Au sujet de la fixation des tarifs d'Assurances Sociales

Voici le texte de la lettre qui a été adressée par le Conseil de la Seine au ministre du Travail et au ministre de la Santé publique :

Paris, le 27 Février 1945.

Monsieur le Ministre,

Nous avons été chargés de vous transmettre l'émotion du Corps médical de la région Parisienne, au sujet du projet d'ordonnance portant modification de la loi de 1930-1935 sur les Assurances sociales.

L'indisposition de M. le ministre du Travail ne lui a pas permis de nous recevoir, et nous n'avons pu joindre M. le Directeur général des Assurances sociales, en raison de son départ à l'étranger.

C'est pourquoi nous vous transmettons brièvement par écrit les observations faites par une assemblée réunissant plus de 2.000 médecins de la région Parisienne.

Les médecins estiment d'abord que le bouleversement profond apporté dans l'exercice de la médecine française par la suppression de l'entente directe en Assurance sociale, aurait dû être discuté avec la Confédération des Syndicats Médicaux Français qui avait collaboré en 1930 à l'établissement du Ch. IV de la loi.

Les Syndicats médicaux avaient voté la collaboration loyale, compte tenu de ce que les quatre principes essentiels de la Charte du Corps médical français, étaient inscrits dans le texte de loi.

Ce sont :

Le libre choix du médecin par le malade ;

Le respect du secret professionnel ;

L'entente directe pour les honoraires ;

La liberté de prescription (sauf abus).

Or, l'ordonnance prévue supprime, par décision unilatérale un de ces principes : l'entente directe.

Le Corps médical proteste donc énergiquement sur le fait que toute augmentation de ses tarifs d'honoraires sera dorénavant soumise à une triple homologation de trois ministères, ce qui supprime un des caractères essentiels de la profession libérale.

D'autre part, le Corps médical fait observer que, comme le reconnaît M. le Directeur général des Assurances sociales, 85 pour 100 des médecins demandent aux assurés sociaux les honoraires minima. Sur les 15 pour 100 restant, il faut bien admettre que pour 10 pour 100 au moins, les dépassements observés peuvent être justifiés par une des raisons énoncées dans le projet d'ordonnance. Ce serait donc pour l'infime proportion de 5 pour 100 qu'on bouleverserait les conditions d'exercice de la médecine en France, alors que le Corps médical propose de faire lui-même la police des abus possibles, par la juridiction de l'Ordre, et que d'autre part les preuves de générosité données encore récemment par les médecins ne semblent pas justifier un traitement de défaveur. Nous rappelons à ce sujet que les médecins ont accepté, depuis quatre ans, de soigner les familles de prisonniers ou travailleurs déportés au tarif de responsabilité des Caisses, dont on sait le chiffre anormalement bas actuellement.

Nous vous demandons donc à nouveau, M. le Ministre, de rechercher une formule supprimant l'homologation ; un tarif ainsi fixé deviendra vite, en effet, comme en matière de loi des Pensions, exagérément bas, et aboutira inéluctablement à une médecine rapide, donc de mauvaise qualité, pour les assurés sociaux, ce qui est évidemment contraire à la volonté du législateur et au bon équilibre social.

D'autres conséquences seraient fatales que nous pourrions aussi énumérer.

Nous insistons sur l'unanimité des protestations émanant de ceux des médecins qui ont pu être informés, et en vous traduisant leur émotion, nous voulons être assurés que vous accepterez de reconsidérer cette question dont l'importance, pour nous considérable, peut échapper, lorsqu'on n'a pas vécu l'existence de médecin praticien.

Nous vous prions de croire, Monsieur le Ministre, à nos sentiments de haute considération.

Signé : Prof. BALTHAZARD, Dr LAFAY, Dr CIBRIE.

Conseil supérieur d'hygiène publique de France

Par arrêté du 28 Février 1945, M. le Prof. NAVARRE, de l'Ecole de Médecine de Caen, a été nommé membre du Conseil supérieur d'Hygiène publique de France.

Conseil permanent d'Hygiène Sociale

Par arrêté du 28 Février 1945, est expressément constatée la nullité de l'acte dit arrêté du 10 Mars 1943 portant nomination des membres du Conseil permanent d'hygiène sociale :

Sont nommés membres en tant que personnalités présentant une compétence spéciale en matière d'hygiène sociale :

MM. les Prof. ROHMER (Strasbourg) ; LEVEUF (Paris) ; PAUCOT (Lille) ; TROISIER (Paris) ; GOUGEROT (Paris) ; SANTY (Lyon); BUGNARD (Toulouse); LÉVY-VALENSI (Paris); LECLERCQ (Lille); PARISOT (Nancy). MM. les Drs AMEUILLE, ARMAND-DELILLE, BARIÉTY, ETIENNE BERNARD, BROUARDEL (Paris) ; CALVÉ (Berck) ; CHADOURNE (Paris) ; ROBERT CLÉMENT (Paris). Prof. CORNIL (Marseille) ; Prof. COURMONT (Lyon). Drs COURCOUX, COSTE (Paris). Prof. COUVELAIRE (Paris). Drs DEGOS, DÉROBERT (Paris) ; DESCOMPS (sanatorium de Villepinte) ; DOMART (Paris) ; DOUADY (Sanatorium des Etudiants de France) ; Prof. DUCUING (Toulouse) ; Prof. DUVOIR (Paris). Drs EVEN (Paris), EYROT, FÈVRE, FUNCK-BRENTANO (de Paris). Prof. GATÉ (Lyon). M. JUSTIN-GODARD. Drs GUILLY (Seine-et-Oise) ; HAZEMANN (Seine) ; Georges HEUYER (Paris) ; René HUGUENIN, Julien HUBER (Paris). Prof. LACASSAGNE (Paris). Drs LAMARQUE (Montpellier), LAMAZE, LAPORTE, Maurice LAMY, Clément LAUNAY (Paris). Prof. LAUBRY ; Drs LELONG, LESNÉ (Paris). Prof. LÉPINE (Lyon). Prof. LEVADITI (Paris). Prof. LÉVY-SOLAL (Paris). Dr L'HIRONDEL (Paris). Prof. MARGAROT (Montpellier). Drs Julien MARIE, MARQUÉZY, Robert MONOD (Paris), M. Louis MOURIER. Prof. MOURIQUAND (Lyon), Prof. PAUTRIER (Strasbourg). Dr Paul PERRIN (Nantes). Prof. QUENTIN (Rennes). Drs QUEUILLE, J. RAVINA (Paris). Prof. RISER (Toulouse). Mlle Denise RONGET (Paris). Dr ROUX-BERGER (Paris). Prof. SAUTET (Marseille). Prof. SÉZARY (Paris), Dr SICARD DE PLAUZOLLES (Paris). Prof. Et. SORREL (Paris), Prof. STROHL (Paris). Dr TOURAINE (Paris). Prof. PASTEUR VALLERY-RADOT (Paris). Dr VERNIER (Seine-et-Oise). Prof. VILLARET (Paris), Prof. VIOLLE (Marseille). Drs Mathieu-Pierre WEIL (Paris), WEIL-HALLÉ (Paris).

(*J. O.* du 6 Mars 1945.)

CENTRES DE TRAITEMENT par la pénicilline

Trois nouveaux centres de traitement par la pénicilline viennent d'être créés à :

Clermont-Ferrand : Clinique médicale du Prof. MERLE, Hôtel-Dieu (M. le Prof. Jean TERRASSE).

Montpellier : Clinique Saint-Eloi [Av. du Prof. Grasset] (M. le Prof. GIRAUD).

Nancy : Clinique médicale, Hôpital central (M. le Prof. ABEL).

Université de Paris

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques Saint-Louis. — Le Prof. H. GOUGEROT, médecin de l'Hôpital Saint-Louis, continuera ses cliniques à l'Amphithéâtre Louis Brocq à 10 heures, le mercredi (leçon pratique) et le vendredi (présentation de malades) sur les traitements des grandes dermatoses et l'indispensable en dermatologie.

Consultations de la Porte à 9 heures le mardi.

Physiothérapie et petites opérations à 9 heures le mercredi, salle Dominici, 6, Pavillon Bazin.

Un cours de technique hématologique et sérologique par M. Edouard PEYRE, chef de laboratoire, comprenant 16 leçons, commencera le lundi 4 Juin 1945, à 14 h. 30, pour se continuer les jours suivants : les séances qui auront lieu au Laboratoire d'anatomie pathologique (Prof. R. Leroux) comportent deux parties :

1° Un exposé théorique et pratique ;

2° Une application pratique où chaque auditeur exécutera les méthodes et les réactions indiquées.

Ce cours est réservé aux auditeurs régulièrement inscrits, qui pourront recevoir un certificat. Droit à verser : 500 fr. au Secrétariat de la Faculté.

Un ***cours d'Endocrinologie sur les diagnostics hormonaux et les thérapeutiques hormonales en gynécologie pratique*** sera fait par M. Claude BÉCLÈRE, du 14 Avril au 5 Mai 1945 dans le Service de clinique chirurgicale du Prof. J. Quénu, à l'Hôpital Cochin.

Les cours, publics, auront lieu les samedi et mercredi, à 18 heures, dans l'Amphithéâtre Edouard Quénu.

14 Avril : Physiologie de l'appareil génital féminin. — 18 Avril : Les hormones gonadotropes. — 21 Avril : L'hormone des follicules. — 25 Avril : L'hormone du corps jaune. L'hormone mâle. — 28 Avril : Diagnostic hormonal. — 2 Mai : Les troubles des règles des jeunes filles. Les troubles des règles des jeunes femmes. — 5 Mai : Les troubles des règles d'origine pré-ménopausique. Les troubles post-ménopausiques.

Un cours de génétique médicale (Dr R. TURPIN, agrégé) aura lieu pendant le mois de Juin 1945, à la Faculté de Médecine. Il sera consacré à la Pathologie héréditaire ; son programme sera publié ultérieurement.

Hôpitaux et Hospices

Conférences de physiologie du système nerveux — Le docteur P.-A. CHATAGNON, médecin chef des Hôpitaux psychiatriques de la Seine, chef de Service à l'Hôpital de Maison-Blanche, par Neuilly-sur-Marne (S.-et-O.), fera à partir du 1er mercredi de Mai 1945, à 15 heures, au parloir de la 2e section de l'Hôpital de Maison-Blanche, une série de conférences sur : l'Evolution du système nerveux considérée du point de vue physiologique.

Conférences destinées surtout aux candidats aux concours du médicat et de l'internat des Hôpitaux psychiatriques.

S'inscrire près du docteur Chatagnon à Maison-Blanche par Neuilly-sur-Marne (S.-et-O.).

Inspection de la Santé

— Mlle le docteur Danzig, est successivement promue médecin inspecteur adjoint de la Santé de 1re classe, à compter du 1er Octobre 1942 ; médecin inspecteur de la Santé de 2e classe, à compter du 1er Janvier 1943 ; médecin inspecteur de la Santé de 1re classe, à compter du 1er Janvier 1945.

— M. le docteur Scherb est réintégré dans les services extérieurs du ministère de la Santé publique en qualité de médecin inspecteur de la Santé, affecté dans le département de *l'Hérault* et promu à la hors-classe de son grade, à compter du 1er Octobre 1942.

— M. le docteur Valdivière, médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé du Rhône, chargé de mission dans le département de la Manche, est affecté, en la même qualité, dans le département de la *Manche*, à compter du 1er Février 1945.

— Mme le docteur Chrétien, médecin inspecteur adjoint de la Santé de la Charente, est mutée, en la même qualité, dans le département de *Seine-et-Marne*.

— M. le docteur Bapt, médecin inspecteur de la Santé de la *Haute-Vienne*, a été mis à la disposition du ministre des Prisonniers, Déportés et Réfugiés, en vue d'exercer le contrôle sanitaire des prisonniers et réfugiés, à compter du 16 Novembre 1944.

SANATORIUMS PUBLICS

— L'arrêté du 15 Décembre 1944 nommant M. le docteur Amat, médecin adjoint au *sanatorium du Ponteils* (Gard) est rapporté.

— M. le docteur Kerembrun, médecin adjoint au *sanatorium de Franconville*, est nommé médecin directeur au même établissement.

— M. le docteur Gourkinkel, est réintégré en qualité de médecin directeur de sanatorium public de 1re classe et affecté au sanatorium de *la Grolle-Saint-Bernard* (Charente).

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

— M. le docteur Raucoules, médecin chef de service à la colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher), est nommé médecin directeur de *l'hôpital psychiatrique de Mont-de-Marsan*.

— M. le docteur Carrière, médecin chef de service à l'asile privé Saint-Pons, à Nice, est affecté, sur sa demande, à *l'hôpital psychiatrique de la Manouba*, à Tunis.

ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE

Par arrêté du 1er Mars 1945, sont nommés médecins :

De la maison d'arrêt de *Lure* : Dr Paul Clucherousset.
De la maison d'arrêt *d'Hazebrouck* : Dr Cotard.
De la maison d'arrêt de *Toulouse* : Dr Tourneux.
De la maison d'arrêt de *Lons-le-Saunier* : Dr Jean Mermet.
De la maison d'arrêt de *Cherbourg* : Dr de Langenhagen.
De la maison d'arrêt de *Tarbes* : Dr Guinier.
De la maison d'arrêt de *Saintes* : Dr Jean Joffrion.
De la maison d'arrêt de *Moulins* : Dr Paul Maupret.
Des prisons de *Blois* : Dr Henri Vezin.

(*J. O.* du 6 Mars 1945.)

Nouvelles diverses

Fondation française pour l'étude des problèmes humains. — Par arrêté interministériel en date du 2 Mars 1945, le budget rectificatif de la Fondation française pour l'étude des problèmes humains, pour l'exercice 1944, a été arrêté à la somme de 45.008.901 fr., tant en recettes qu'en crédits.

Distinctions honorifiques

LÉGION D'HONNEUR

Chevalier : Médecin capitaine H. Cheynel, ...e bataillon médical (à titre posthume). — Médecin capitaine L. Algay, ...e régiment de marche du Tchad. — Médecin lieutenant P. Toussaint, ...e bataillon de choc.

MÉDAILLE MILITAIRE

Médecin auxiliaire M. Cheyrou-Lagrèze, ...e groupe de tabors marocains.

CITATION A L'ORDRE DE L'ARMÉE

Médecin capitaine G. Chavenon, ...e bataillon médical.
Médecin lieutenant M. Dupuy, ...e bataillon de choc.

Nos Échos

Naissances.

— France-Marie est heureuse d'annoncer la naissance de son petit frère *Patrick* (Docteur et Madame Léveillé, Challans [Vendée]. 16 Février 1945.)

— Le docteur et Madame Jean F. Porge, de Paris, sont heureux de faire part de la naissance de leur fils *Erik*.

Décès.

— On annonce le décès, le 15 Septembre 1944, du docteur A. Malherbe, chirurgien chef honoraire de l'Institution nationale des Sourds-Muets de Paris.

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

AVIS. — Prière de joindre aux réponses un timbre de 1 fr. 50 pour transmission des lettres

Le gérant : F. Thomas.

Imprimé par l'Ancne Imprimerie de la Cour d'Appel, 1, rue Cassette, à Paris (France).

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées aux Périodiques, la Direction scientifique de La Presse Médicale *a dû fixer à 4 colonnes maximum l'étendue des mémoires originaux. Tout manuscrit dépassant cette étendue sera retourné à son auteur.*

ACTIONS INHIBITRICES DE LA NOVOCAÏNE
DANS LE DOMAINE DU SYSTÈME NERVEUX AUTONOME

Par **René HAZARD**
(Paris)

Il ne semble pas que l'on soit généralement dégagé de l'idée que la novocaïne est seulement un anesthésique local. Si l'on considère parfois qu'elle coupe la conduction nerveuse sur le trajet du sympathique, qu'elle inhibe le tonus constricteur des vaisseaux, on admet que c'est là le fait d'un sympatholytique de contact à effet purement local. En ce qui concerne le parasympathique, seuls les expérimentateurs savent qu'injectée dans la circulation générale elle supprime la bradycardie adrénalinique d'origine vagale réflexe.

En réalité — et rien que dans le domaine du système nerveux autonome — on doit déjà reconnaître à la novocaïne une action inhibitrice beaucoup plus générale. Le fait récemment constaté (voir ci-dessous) qu'elle s'oppose aux effets para-sympathomimétiques et sympathomimétiques de la nicotine devait nous amener à mesurer l'étendue de cette action et à en préciser les modalités. Les quelques faits expérimentaux que nous résumerons ici, tous produits par injection de novocaïne par la voie intraveineuse à dose assez élevée, permettent en outre d'expliquer certains des effets thérapeutiques et de prévoir certaines des incompatibilités médicamenteuses de la novocaïne.

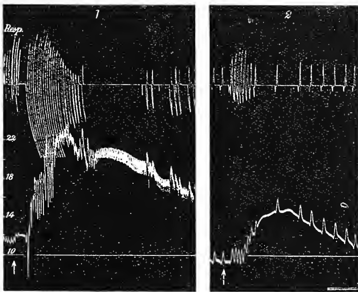


Fig. — Action sur la respiration (Resp.) et la pression artérielle [repères en c/m Hg], chez un chien chloralosé, d'une même dose le lobéline [1/2 mg. du chlorhydrate par kilogramme] avant (en 1) et après (en 2) injection intraveineuse de 0 g. 025 de novocaïne par kilogramme.

1° La novocaïne combat les effets de la nicotine. — La novocaïne s'oppose aux effets para-sympathomimétiques et sympathomimétiques de la nicotine sur le cœur, les vaisseaux et l'intestin. A la dose de 0 g. 05 par kilogramme chez le chien, elle empêche l'alcaloïde du tabac de donner successivement ralentissement cardiaque puis tachycardie, hypotension puis hypertension, excitation puis inhibition intestinales [1].

La novocaïne se comporte ici comme un poison paralysant du système nerveux autonome au niveau de ses ganglions; les terminaisons restent sensibles et même sont rendues plus sensibles à l'adrénaline dont les effets vaso-constricteurs et hypertenseurs sont augmentés par la novocaïne.

Elle supprime de même l'action de la nicotine sur la respiration, alors qu'elle laisse persister l'apnée adrénalinique [2]; elle empêche l'hyperglycémie nicotinique [3] alors qu'elle augmente l'hyperglycémie adrénalinique [4].

2° Autres poisons nicotiniques. — Deux autres poisons nicotiniques au moins voient également leurs effets supprimés par la novocaïne [5].

Injectée par la voie intraveineuse au chien chloralosé, la *lobéline* (1/4 à 1/2 mg. du chlorhydrate par kilogramme) produit une accélération brusque du rythme de la respiration, le plus souvent accompagnée d'une augmentation d'amplitude. Cette phase, que l'on utilise en thérapeutique, est suivie d'une inhibition secondaire pouvant aller jusqu'à l'apnée, et du retour progressif à la respiration normale. On constate en même temps une forte hypertension et, au niveau de l'intestin, excitation puis inhibition.

En présence de doses de 0 g. 02 à 0 g. 05 par kilogramme de novocaïne, la lobéline ne fait plus guère qu'exciter faiblement la respiration; elle élève peu la pression artérielle (fig.) et reste sans effet sur l'intestin [6].

L'imprégnation de l'organisme par de fortes doses de novocaïne entrave donc pour un temps [7] l'action de la lobéline sur la respiration, le système cardio-vasculaire et l'intestin.

Les effets de l'*hordénine* (2 mg. 5 du sulfate par kilogramme, voie intraveineuse) se montrent expérimentalement assez voisins de ceux de la lobéline sur la respiration (polypnée puis dépression relative); sur la circulation (hypertension avec vaso-constriction rénale); sur l'intestin (arrêt des contractions et chute du tonus): c'est là l'effet de l'hordénine le plus ordinairement recherché en thérapeutique.

Ces diverses actions sont diminuées par 0 g. 02 de novocaïne par kilogramme et supprimées presque complètement par 0 g. 05 [8].

3° Novocaïne et acétylcholine. — Il est classique de dire que l'acétylcholine exerce successivement sur le système cardio-vasculaire une action parasympathomimétique dite muscarinique (ralentissement du cœur, hypotension) et une action sympathomimétique (accélération cardiaque et hypertension) manifeste en présence d'atropine. Cette deuxième action est dite nicotinique, l'acétylcholine donnant, comme la nicotine, de l'hypertension par décharge d'adrénaline et effet sympathomimétique propre, extrasurrénal.

La novocaïne empêche l'acétylcholine d'exercer ses effets muscariniques sur le cœur du chien, tout en respectant son action hypotensive [9]. Cette action inhibitrice est assez fugace pour que l'on puisse comparer les effets et faire le titrage biologique des solutions de novocaïne par rapport à une même solution d'acétylcholine [10].

D'autre part la novocaïne diminue, supprime et, aux doses élevées, inverse les effets hypertenseurs que l'acétylcholine exerce en présence d'atropine [9]. La novocaïne diminue les effets de l'acétylcholine sur l'intestin du rat [11].

Elle combat aussi les effets de l'acétylcholine au niveau du poumon, l'empêchant de provoquer l'apnée chez le lapin [12] et chez le chien [13]. Cette action spasmolytique de la novocaïne est manifeste même sur le poumon isolé de cobaye. Son mécanisme est double: paralysie du vague comme le ferait l'atropine (antagonisme à l'égard de l'acétylcholine et de la pilocarpine) et dépression directe de la musculature bronchique, la novocaïne combattant ici les effets musculaires de l'histamine [14]. C'est là un facteur non négligeable dans les modalités d'action de la novocaïne lorsqu'on l'applique par la voie intraveineuse au traitement de l'asthme et des affections dyspnéisantes (Dos Ghali).

4° La novocaïne inhibitrice de l'hyperadrénalinémie asphyxique. — L'obturation complète de la trachée chez le chien chloralosé et atropinisé entraîne successivement: 1° une réaction respiratoire violente avec hypertension et vaso-constriction rénale ; 2° la cessation de tout mouvement respiratoire avec chute progressive de la pression. L'établissement brusque de la respiration artificielle provoque alors, par décharge d'adrénaline, une hypertension élevée avec vaso-constriction périphérique. Chez l'animal qui a reçu 0 g. 025 de novocaïne par kilogramme les phénomènes sont beaucoup moins marqués et la deuxième phase surtout presque entièrement empêchée: au moment où l'on établit la respiration artificielle, la pression retrouve lentement sa valeur normale, sans hypertension vraie et sans vaso-constriction rénale [15]. La novocaïne a donc empêché la décharge d'adrénaline habituellement provoquée par l'asphyxie.

Ainsi, on constate que la novocaïne exerce sur le système nerveux autonome une action inhibitrice qui se manifeste non seulement quand elle est mise localement au contact du nerf, mais aussi quand elle pénètre dans la circulation générale.

Cette action se montre très étendue, puisqu'elle combat les causes d'excitation centrale du vague (bradycardie adrénalinique) et du sympathique (hyperadrénalinémie asphyxique), comme elle s'oppose aux effets excitants des poisons nicotiniques au niveau des ganglions.

Son action parasympatholytique s'étend même au delà des ganglions, au niveau des terminaisons ou des organes d'aboutissement, puisqu'elle s'oppose à la plupart des effets de l'acétylcholine. Sympa-

1. R. Hazard : *C. R. Soc. de Biol.*, 1942, **136**, 459.
2. R. Hazard, J. Cheymol et A. Quinquaud : *C. R. Soc. de Biol.*, 1944, **138**, 389.
3. R. Hazard, E. Corteggiani et Carayon-Gentil : *C. R. Soc. de Biol.*, 1942, **136**, 738.
4. F. Lefebvre : *Arch. Int. Pharm. et Thér.*, 1934, **48**, 196 ; *C. R. Soc. de Biol.*, 1934, **116**, 652.
5. E. Vercauteren (*C. R. Soc. de Biol.*, 1932, **109**, 563) a constaté que la novocaïne en injection sous-cutanée diminue l'intensité des réflexes vaso-moteurs sino-carotidiens : on sait que les poisons nicotiniques exercent leurs effets au moins en partie par l'intermédiaire du sinus carotidien
6. R. Hazard et E. Corteggiani : *C. R. Soc. de Biol.*, 1944, **138**, 112.
7. Nous venons de montrer (R. Hazard et J. Ravasse : *C. R. Soc. de Biol.*, 1945, séance du 13 Janvier [sous presse] et *Sem. des Hôp.*, 1945, n° 6, 155) que la novocaïne subit au contact du sang, même *in vitro*, une hydrolyse rapide qui devient totale en quinze à vingt ou vingt-cinq minutes, avec mise en liberté d'acide para-aminobenzoïque.
8. R. Hazard et E. Corteggiani : *C. R. Soc. de Biol.*, 1944, séance du 28 Octobre (sous presse).
9. R. Hazard et J. Cheymol : *C. R. Soc. de Biol.*, 1943, **137**, 280.
10. R. Hazard, E. Corteggiani et J. Cheymol : *C. R. Soc. de Biol.*, 1944, **138**, 262.
11. J. Raventos : *Quart. Journ. of exper. Physio.*, 1938, **27**, 99. — R. Hazard et Ch. Vaille : *C. R. Soc. de Biol.*, 1943, **137**, 437.
12. R. Hazard : *C. R. Soc. de Biol.*, 1943, **137**, 657.
13. R. Hazard, E. Corteggiani et J. Cheymol : *C. R. Soc. de Biol.*, 1944, **138**, 78.
14. R. Hazard et E. Corteggiani : *C. R. Soc. de Biol.*, 1943, **137**, 688.
15. R. Hazard et E. Corteggiani : *C. R. Soc. de Biol.*, 1943, **137**, 137.

tholytique, elle n'est pas adrénolytique et même elle accentue les effets de l'adrénaline sur les organes à innervation autonome; mais elle coupe l'excitation adrénalinogène provoquée par quelques toxiques ou par l'asphyxie.

On peut conclure que la novocaïne introduite dans la circulation générale et à dose élevée se comporte comme un inhibiteur général du système nerveux autonome; son action paralysante s'étend des centres jusqu'aux ganglions, parfois au delà de ceux-ci.

DIAGNOSTIC PRÉCOCE
DU CANCER GASTRIQUE

Par **René-A. GUTMANN**
(Paris)

Depuis que nous avons mis au point une méthode de diagnostic du cancer gastrique au début, assez de temps commence à s'être maintenant écoulé pour qu'il nous soit possible d'en examiner avec le recul nécessaire les premiers résultats.

Il importe auparavant de préciser ce terme de « cancer au début ». Nous désignons sous ce nom :

1° Des cancers constitués par la transformation sur place, « *in situ* », des cellules de l'épithélium en cellules néoplasiques, sans que ces monstruosités et ces anarchies aient encore dépassé la barrière du chorion. C'est le cancer « *in situ* », dont l'histologie pathologique a été établie et décrite définitivement par notre ami Ivan Bertrand.

2° Des cancers histologiquement classiques, c'est-à-dire plus évolués en profondeur à travers le chorion traversé ou effondré, mais cependant encore à peine étendus en surface et n'ayant pas dépassé une aire que l'on peut, arbitrairement, fixer à environ 1 *cm*. Ce sont de « petits cancers » [1].

Le choix de nos cas a été facile : tous nous ont paru, à l'époque, assez importants pour que nous les ayons publiés ou que nous nous préparions à le faire.

Nous avons ainsi recherché ce qu'étaient devenus 19 cas de cancer *strictement « au début »*, opérés avant la guerre. Ce nombre, dans l'absolu, peut paraître peu considérable; mais il faut considérer qu'il n'existait dans toute la littérature, avant nos travaux, qu'un seul cas de « cancer *in situ* » et qu'en peu d'années, nous en avons présenté 8. Quant aux « petits cancers », on sait de reste que des néoplasmes gastriques de 1 *cm*. au plus de diamètre sont, eux aussi, à peu près inconnus dans les publications.

Sur ces 19 cas opérés maintenant depuis un laps de temps qui va de onze à six ans, un seul, « parti sans laisser d'adresse », n'a pu être retrouvé. Cette défection est certes regrettable; mais c'est déjà un miracle que, dans les bouleversements actuels, 18 malades sur 19 aient pu être repérés.

De nos 18 opérés anciens, un seul a succombé à des récidives. Il convient d'ailleurs de faire à son sujet les réserves suivantes. Ce malade [2], que nous n'avons pu suivre après l'intervention, est mort dans un hôpital militaire avec un syndrome de suppuration du foie. A l'autopsie, on a trouvé, dans un magma purulent, des fragments histologiquement néoplasiques : il subsiste donc un doute théorique sur le processus exact de la mort.

De plus, les radiographies nous avaient montré une image tunnelliforme de « moins de 2 *cm*. de long » et l'examen de la pièce, un épaississement de la muqueuse de « 2 *cm*. carrés environ ». L'examen histologique de la pièce opératoire ne mentionne pas l'extension exacte de la néoplasie; il montre par contre « un épithélioma glandulaire prépylorique touchant surtout la muqueuse », mais dont « les tubes carcinomateux envahissent la musculeuse ». Ce cas, cancer de 2 *cm*. envahissant la *musculeuse*, ne répond donc pas strictement à nos définitions du début; mais il en est bien proche et il nous apparaîtrait inélégant de supprimer de notre statistique, par des arguties, notre seule observation défavorable.

Il faut bien dire d'ailleurs qu'un cancer opéré à 2 *cm*. ne doit pas récidiver et qu'il s'est agi là d'un processus exceptionnellement malin.

Tous les autres ont guéri. Il s'agit de sujets dont l'âge, au moment de l'opération, s'étageait entre 40 et 60 ans, avec, en pointe, 2 malades de 25 et 28 ans et 3 autres de 65 et 70 ans. Des doyens, 2 sont déjà morts d'ictus, respectivement à 70 et 75 ans, indemnes, après ces années, de troubles digestifs. Le plus jeune, par contre, a été pris « bon pour le service armé » en 1939, quatre ans après son opération, et a même fait ultérieurement une tuberculose pulmonaire, dont, après pneumothorax, il a été également guéri. Agent de police, il a combattu récemment et pris part à la Libération de Paris, neuf ans après l'intervention. Plusieurs reviennent consulter de temps en temps pour des troubles digestifs d'odre banal; certains demandent s'ils n'auraient pas « un cancer », sans se douter qu'ils en ont eu un, en réalité, il y a des années.

L'une même, habitant le Sud-Ouest, nous en veut sans doute tant de lui avoir fait faire, il y a maintenant sept ans, une gastrectomie pour « pas grand chose », qu'elle n'a jamais, ni son mari, répondu à nos lettres, et il a fallu une enquête de l'Assistance sociale pour savoir qu'elle allait bien : c'est, on le voit, un schéma complet de guérison.

Ces résultats ont été obtenus par une méthode radio-clinique très simple [3].

Elle ne vise pas uniquement, bien entendu, à découvrir des cancers de la taille ou de la précocité que nous venons de définir. Elle a l'avantage, en dehors même de ces cas provisoirement rares, de s'appliquer à des cancers « encore petits » et de permettre ainsi d'opérer utilement, à des stades sur lesquels les descriptions classiques restent muettes.

Elle consiste, l'histoire clinique ayant mené à la radiographie, à découvrir des déformations petites, mais constantes sur la série, et dont l'apparence est « suspecte ». Tous ces aspects « suspects » ont été minutieusement décrits par nous, classés en « familles radiologiques » sous des dénominations dont on nous a parfois reproché le nombre et le caractère imagé, mais que nous jugeons indispensables pour la systématique et aussi pour l'aide qu'elles apportent à la mémoire visuelle.

Une fois ces aspects reconnus, on ne doit pas encore poser le diagnostic et encore moins faire opérer : toutes les erreurs ont été commises par des gens trop pressés. Il faut traiter, vérifier ensuite par une nouvelle série — voire même, après nouveau traitement, par une nouvelle série encore — l'évolution de ces images anormales sous l'influence d'une thérapeutique *active*. Seule leur persistance est un signe lésionnel certain.

La perte de temps ainsi provoquée ne compte pas, surtout dans les formes à douleurs discontinues simulant des poussées ulcéreuses : dans ces stades initiaux, le cancer gastrique se développe avec une si étonnante lenteur qu'on n'en est pas à quelques semaines près. Le jeune agent dont nous parlons plus haut a été opéré un an après le début de notre observation et il est toujours guéri après neuf ans. On trouvera dans notre livre divers cas du même genre.

On a d'ailleurs peut-être remarqué que, dans nos définitions, le facteur « temps » n'intervient pas. Suivant en cela les théories de M. de Broglie, le cancer n'a d'âge que relatif : il est « au début » tant qu'il répond aux critères histologiques, et nous avons, par la radiographie, le moyen de contrôler sa marche et de prévenir les surprises.

Parmi les quelques objections faites à nos travaux, il en est une qui nous touche plus vivement. En découvrant ainsi des aspects radiographiques liminaires, nous risquons, a-t-on dit, d'induire les médecins, poussés à découvrir des lésions de plus en plus petites, à des erreurs de diagnostic, et de les mener ainsi vers des gastrectomies sur des estomacs en réalité indemnes.

Nous ne croyons pas ce reproche fondé.

Conçue pour des images que leur exiguïté rend inhabituelles, fondée sur des séries successives de clichés qui se contrôlent les unes les autres, cette discipline représente en réalité une méthode de prudence. Il nous paraît impossible que, employée strictement, elle puisse conduire à une erreur de diagnostic, entendant par là une gastrectomie faite sur un estomac *sain*.

Il est bien évident que ces erreurs *de nature* peuvent être commises. On trouvera parfois un ulcus où l'on pensait trouver un cancer ulcériforme. Mais, par définition, les images de cet ulcus étant rebelles à la thérapeutique, il était voué à l'opération.

Personnellement, sur un nombre assez considérable de cancers « au début » et de cancers qui, sans répondre à nos définitions, étaient pourtant « assez petits », il ne nous est *jamais* arrivé encore de tomber sur un estomac sain. Nous avons même fait opérer. — nos amis Sénèque et Charrier peuvent en témoigner, et notre regretté maître A. Gosset aurait pu le faire aussi — quelques estomacs, qui se montraient opératoirement, puis, la pièce en mains, macroscopiquement presque normaux, mais où l'examen histologique montrait néanmoins le cancer diagnostiqué.

Quant à nos « erreurs de diagnostic » vraies, (relatées au chapitre du diagnostic dans notre livre sur le *Cancer de l'estomac*), elles se bornent à ceci : 2 cas où une bride inflammatoire dans l'un, le ligament rond dans l'autre, insérés au passage sur la face antérieure de l'antre, provoquaient des douleurs, des hémorragies par gastrite sous-jacente, et des déformations radiologiques (opérés par Sénèque et Charrier); 1 cas où un petit os de poulet pénétrant dans la paroi gastrique, y avait créé un minuscule abcès où adhérait l'épiploon (opéré par Jean Gosset); on comprend que les troubles et les images radiologiques fussent rebelles au test thérapeutique. Enfin, dans un seul cas, il n'y avait pas de lésion à l'endroit *exact* indiqué. Il s'agissait d'un homme chez qui nous avions diagnostiqué un cancer prépylorique au début et qui présentait en réalité à l'opération (Jean Gosset) un cancer du haut de la petite courbure méconnu par nous; les signes cliniques étaient bien dus à une néoplasie mais les déformations radiologiques persistantes prépyloriques étaient réflexes, fixées, appartenant au groupe que nous avons, dans la suite, décrit comme « images fonctionnelles à base organique ».

Une preuve des résultats auxquels peut aboutir notre méthode nous a été fournie par ceux qui nous ont remplacé pendant notre éloignement. Notre collègue et ami Guy Albot a publié depuis la guerre, avec divers collaborateurs, plusieurs cancers *in situ* (6 cas) et plusieurs petits cancers, de sorte que jointe aux nôtres, la statistique complète de ces cas à peu près inconnus dans les autres pays se monte à 32. Si nous ne les avons pas tous englobés dans notre étude, non plus que ceux vus depuis notre retour, c'est qu'ils n'ont pas encore le recul nécessaire pour intervenir dans l'étude des suites éloignées. Tous ces malades sont d'ailleurs encore vivants. Est-il preuve plus nette de l'objectivité d'une méthode que de la voir, en d'autres mains, donner des résultats semblables à ceux de son promoteur ?

Ajoutons que nous avons vu qu'en province, nous avons su qu'à l'étranger, l'application des mêmes principes permettait des diagnostics, sinon encore rigoureusement « au début », du moins suffisamment précoces pour que les chirurgiens puissent intervenir dans des conditions bien différentes de celles des cancers assez avancés qui leur sont habituellement présentés.

Nous n'avons pas l'intention d'étudier ici cette méthode. Nous l'avons fait minutieusement dans notre livre, mais nous voudrions insister sur certains de ses détails d'application.

---

1. Dans un ordre d'idées différent, on peut joindre à ces cas un troisième groupe, celui des « ulcères transformés *in situ* », c'est-à-dire où la cancérisation est elle-même encore limitée à la muqueuse.

De ce groupe nous ne nous occupons pas dans le présent article. Il pose en effet des problèmes de diagnostic tout différents : il ne s'agit pas ici de déceler une lésion minime, mais de décider de la nécessité d'intervention sur une lésion patente.

Le diagnostic est bien plus facile et les cas par conséquent bien plus nombreux. Nous espérons pouvoir les réunir. Mais il est à craindre, après ces cinq années, que beaucoup manquent à l'appel et que la statistique ne soit complètement faussée.

2. Observation LXXXVIII, p. 98, de notre livre sur le Cancer, clichés : figures 288 à 291, p. 231.

3. René-A. GUTMANN, Ivan BERTRAND et PERISTIANY : *Le Cancer de l'estomac au début*. Paris, 1939.

D'abord, elle est *radiographique*. Il est inutile e chercher à l'écran les signes que nous avons écrits : on ne les voit pas : même reconnus sur les lichés, on ne les retrouve le plus souvent pas à la adioscopie. Ajoutons que le diagnostic étant fondé, 'après des clichés pris à diverses époques, sur des lifférences de taille, de forme, sur l'aspect modifié les plis muqueux péri-lésionnels, la radioscopie est, ar définition, inadéquate.

Il faut de plus de *très bons clichés;* ceux dont es contours sont flous, l'aspect gris et non contrasté, nous semblent plus nuisibles qu'utiles.

Il ne faut pas non plus *de trop bon clichés*. Nous voulons dire par là que les méthodes de compression, d'évacuation, sont, en ce qui concerne es bords de l'estomac, à rejeter. La compression léforme, sur des lésions petites et encore molles, les contours dont l'aspect anormal spontané est seul caractéristique ; l'étude des plis sur l'estomac peu rempli laisse échapper les modifications du profil gastrique. Ce sont, dans certains cas, de très précieuses méthodes de complément, jamais des méthodes de base. Il suffit de constater, en ce qui concerne le cancer au début, l'échec complet de ces techniques si spectaculairement vantées dans certains pays étrangers pour juger de la supériorité le la radiographie classique bien faite.

Il n'est que justice de dire que nous avons été favorisé puisqu'à l'époque où s'établissaient nos travaux, nous avons eu le privilège d'une étroite collaboration avec des radiologistes comme nos amis Ledoux-Lebard et son assistant Garcia-Calderon.

Répétons enfin que la méthode que nous préconisons est radio-clinique, qu'elle se fonde sur une double évolution. Jamais, aux stades dont nous parlons, le diagnostic ne doit être posé fermement d'emblée. Le « test thérapeutique » nous a permis, non seulement d'éviter bien des erreurs de diagnostic, mais encore de guérir d'innombrables lésions gastritiques ou ulcéreuses qui, sans lui, eussent été vouées à la gastrectomie.

Nous pensons donc que, lorsque la lésion siège (ce qui est l'immense majorité) sur les courbures ou à leur voisinage, et surtout lorsque le malade vient consulter assez tôt, le diagnostic du cancer de l'estomac à un stade où il est chirurgicalement curable est un problème résolu.

(*Travail de la Clinique Chirurgicale de la Salpêtrière*. Prof. A. Gosset, *in memoriam:* Prof. H. Mondor; *de l'Institut du Cancer*, Prof. Roussy; *et de la consultation de médecine de l'Hôtel-Dieu*.)

SUR LE MÉCANISME DE LA TRANSSUDATION ANORMALE QUE L'ON OBSERVE AU COURS DE L'ŒDÈME

PAR MM.

H. CHABANIER et **C. LOBO-ONELL**

(Paris)

Rappelons que l'on observe au cours de l'œdème 3 faits dont toute théorie de l'œdème doit pouvoir être à même de donner raison :

1° Une transsudation anormale de liquide du sang vers les espaces tissulaires ;

2° Une diminution de la résorption lymphatique, mise notamment en évidence par Volhard et Hülse ;

3° Un gonflement des cellules tissulaires.

On s'accorde pour considérer que l'œdème, c'est-à-dire l'accumulation d'eau libre dans les espaces lacunaires, est essentiellement conditionné par un excès de la transsudation.

Mais où les divergences se manifestent c'est concernant le mécanisme de cet excès de transsudation. Deux ordres de conceptions s'opposent à cet égard :

I. Théories qui attribuent la transsudation a un appel d'eau par les tissus devenus plus « hydrophiles » soit par suite d'une acidose tissulaire (théories de M. H. Fischer et de Fodor), soit par suite de l'adsorption de molécules ou d'ions (théorie de Hülse). Nous ne discuterons pas ici ces théories, nous bornant à faire observer que s'il est possible qu'elles expliquent le gonflement cellulaire, elles sont incapables de donner raison de l'œdème. En effet, d'après ces diverses théories, le mécanisme de l'œdème serait le suivant : les cellules devenues plus « hydrophiles » attireraient de l'eau, d'où le gonflement qu'elles présentent au cours de l'œdème. A partir d'un certain moment, l'hydrophilie venant à diminuer, de l'eau devenue libre se déverserait dans les espaces lacunaires et ainsi naîtrait l'œdème. Mais, en admettant la réalité de ce mécanisme, force est de constater qu'il ne pourrait expliquer que la naissance mais non le développement de l'œdème : en effet, si les cellules sont devenues moins « hydrophiles » au point de lâcher leur eau, on ne voit pas comment elles pourraient continuer en même temps à attirer l'eau du sang. L'œdème devrait donc cesser de se développer du fait même qu'il commence à se former.

II. Théories qui attribuent la transsudation excessive a une expulsion d'eau du sang. — Ici encore deux théories s'opposent :

1° *Théorie de Volhard* (1) : La fonction normale des capillaires consiste, pour cet auteur, à freiner la filtration d'eau et à en réaliser la résorption. L'œdème est dû à la perturbation de cette fonction : les capillaires sanguins, au lieu de freiner l'issue de l'eau du sang, la favorisent, et se ferment à la résorption. De même les capillaires lymphatiques deviennent imperméables à l'eau lacunaire : de ce double fait résulterait l'œdème.

Nous ne discuterons pas non plus ici cette conception ingénieuse, en même temps que commode, mais qui échappe à toute vérification réelle.

Il convient d'observer qu'il n'entre nullement dans notre pensée de nier que la perméabilité des capillaires soit modifiée chez les œdémateux. La présence de protéines dans le liquide d'œdème — dans une proportion qui varie suivant la forme d'œdème en cause — montre en effet que les capillaires sanguins, normalement imperméables aux protéines, deviennent au cours de l'œdème perméables à ces substances. On verra par la suite l'importance de cette augmentation de perméabilité des capillaires pour les protéines, laquelle n'a donc rien d'hypothétique, contrairement à la modification de perméabilité des capillaires *pour l'eau*, seule envisagée par Volhard.

2° *Théorie d'Epstein* : Dès 1917, Epstein (2) signale l'abaissement de la sérum-albumine dans le sérum des œdémateux. Il en conclut que la tension osmotique des albumines du sérum ou pression de Starling est abaissée chez ces sujets relativement à la tension capillaire, et que de ce dépassement de la tension osmotique du sérum par la tension capillaire résulte l'excès de transsudation qui conditionne l'œdème.

Cette hypothèse parut confirmée par les travaux qui prirent essor à la suite des recherches de Govaerts [1923-1924] (3), Schade et Claussen (4), et Rusznyack (5), dans lesquelles la tension osmotique du sérum sanguin a été directement mesurée.

De ces travaux il ressortait, en effet que, chez les œdémateux, la sérum-albumine du sérum est en général abaissée à un degré variable suivant les cas, et qu'à l'abaissement de la sérum-albumine du sérum correspond effectivement un abaissement de la tension osmotique du sérum évaluée à l'aide d'un osmomètre à membrane strictement imperméable aux protéines.

Nous-mêmes (6), ayant constaté dans plusieurs cas la variation parallèle de l'œdème, de la teneur du sérum en albumine et de la tension osmotique du sérum, conclurions en faveur de la conception d'Epstein.

Cependant des difficultés ne tardaient pas à surgir, dont les deux suivantes avaient une importance particulière : 1° on constatait que chez certains sujets le taux de l'albumine du sérum était abaissé, de même que la tension osmotique du sérum évaluée à l'osmomètre, sans que cependant il y eût d'œdème ; 2° des observations étaient rapportées [Linder, Lundsgaard et Van Slyke ((7), Lewis et de Seriver (8), Bendien et Snapper (9)] de cas dans lesquels l'œdème disparaissait sans que ni l'albumine du sérum ni la pression de Starling se fussent en rien améliorées. Nous-mêmes avons relaté 3 cas de néphrose lipoïdique dans lesquels l'albumine du sérum et la pression de Starling ne commencèrent à se redresser que plusieurs semaines ou même plusieurs mois après la disparition totale de l'œdème (10).

On a conclu de ces faits que la conception d'Epstein est inexacte. Ce point de vue, qui a été notamment exprimé par Volhard (1), serait à n'en pas douter fondé si la tension osmotique du sang circulant avait la même valeur que la tension osmotique du sérum sanguin déterminée *in vitro* à l'aide de l'osmomètre à membrane strictement imperméable aux protéines, laquelle est essentiellement fonction de la teneur du sérum sanguin en protéines.

Or les recherches de Bendien et Snapper conduisent à penser qu'il n'en va pas ainsi, et qu'un autre facteur que la teneur du plasma sanguin en protéines intervient dans la détermination de la valeur de la tension osmotique du sang circulant : le facteur en question consiste dans la plus ou moins grande perméabilité des membranes capillaires aux protéines à laquelle il a été fait allusion dans ce qui précède.

Les expériences de Bendien et Snapper (9) ont consisté à évaluer parallèlement la tension osmotique du sérum à l'aide d'une membrane strictement imperméable aux protéines, et à l'aide d'une membrane d'une perméabilité plus ou moins grande aux protéines : ils ont constaté que la tension osmotique était plus basse dans le second cas, et d'autant plus que la perméabilité de la membrane aux protéines était plus marquée, comme le montrent les quelques exemples ci-après :

	Membrane imperméable	Membrane perméable	Perméabilité d'après la teneur en protéines du liquide extérieur
	cm³ d'eau		
I.	32,7	18,9	Faible (alb. : 1 p. 1.000).
II.	38,5	24,6	Faible (alb. : 1 p. 1.000).
	38,5	9,8	Plus forte (alb. : 2 p. 1.000).
III.	35,6	24	Faible (alb. : 1 p. 1.000).
	35,6	8,3	Plus forte (alb. : 2 p. 1.000).
IV.	32	26,5	Très faible (alb. : 0,33 p. 1.000).

Ces données incitent à substituer à la formule d'Epstein : *la transsudation excessive que l'on observe au cours de l'œdème résulte du dépassement par la tension capillaire de la tension osmotique des protéines du plasma*, l'énoncé suivant : *la transsudation excessive résulte du dépassement par la tension capillaire de la tension osmotique du sang circulant, laquelle est fonction à la fois et de la teneur du plasma en protéines et du degré de perméabilité des membranes capillaires vis-à-vis des protéines.*

L'intérêt de ce point de vue nouveau est d'offrir une possibilité d'interprétation des difficultés que constituent pour la théorie d'Epstein les éventualités évoquées dans ce qui précède. Comme l'ont fait observer Bendien et Snapper les oscillations dans l'ampleur des œdèmes survenant indépendamment de toute modification concomitante tant de la teneur du plasma sanguin en albumine que de la tension osmotique du sérum évaluée à l'aide d'un osmomètre à membrane strictement imperméable aux protéines, peuvent en effet s'expliquer par une variation dans la perméabilité des membranes capillaires aux protéines. Et cette interprétation n'est pas purement hypothétique, étant donné que les variations de la teneur du liquide d'œdème en protéines sont chose connue.

Au total, la transsudation qui existe au cours de l'œdème résulterait du jeu, non de deux facteurs comme on l'admettait depuis Epstein, à savoir la tension capillaire d'une part, et la teneur du plasma sanguin en albumine d'autre part, mais de *trois facteurs* qui sont : la tension capillaire d'une part, et de l'autre la teneur du plasma en albumine et la plus ou moins grande perméabilité des membranes capillaires aux protéines.

On peut concevoir *a priori* que plusieurs combinaisons différentes de ces trois facteurs soient susceptibles de déterminer l'excès de transsudation qui conduit à l'œdème. Les faits montrent que ces combinaisons se limitent à 4 entre lesquelles se répartissent les diverses variétés d'œdèmes que la clinique offre à notre étude. Ce point de vue sera développé dans un prochain travail.

Dans ce même travail sera exposée et discutée une conception de la diminution de la résorption par les lymphatiques (laquelle est indispensable pour que l'excès de transsudation puisse aboutir à l'œdème), conception qui fait intervenir la tension osmotique de la lymphe et la perméabilité des capillaires lymphatiques aux protéines d'une part, et d'autre part, la tension de la lymphe dans les capillaires.

BIBLIOGRAPHIE

1) VOLHARD : *Handbuch der inneren Medizin.*, 1931, 6, 1re partie, 2e éd. — (2) EPSTEIN : *Am. J. Med. Sci.*, Novembre 1917, 154, 638 ; Février 1922, 164, 167. — (3) GOVAERTS : *C. R. Soc. Biol.*, 1923, 89, 678-680 ; *Bul. Ac. Roy. Belgique*, Mars 1924 et Mai 1927. — (4) SCHADE et CLAUSSEN : *Zeits. f. klin. Med.*, 1924, 100, 364. — (5) RUSZNYACK : *Zeits. f. die ges. exp. Med.*, 1924, 41, 532. — (6) *Semaine des Hôpitaux*, 1925, nos 20, 23, 27 ; *Ac. Méd.*, 26 Juillet 1927 ; *La Presse Médicale*, 24 Septembre 1927 ; *Soc. Fr. Urol.*, 19 Décembre 1927 — (7) LUNDSGAARD, LINDER et VAN SLYKE : *J. of exp. Med.*, 1924, 39. — (8) LEWIS et DE SCHIVER : *Ann. intern. Med.*, 1928, 2. — (9) BENDIEN et SNAPPER : *Klin. Woch.*, 11 Mars 1933. — (10) *Soc. fr. Urol.*, 18 Novembre 1929 ; *Soc. fr. Urol.*, 7 Décembre 1931 ; *La Presse Médicale*, 30 Août 1933.

MOUVEMENT CHIRURGICAL

LA CRISE GRAVE POST-OPÉRATOIRE CHEZ LES HYPERTHYROÏDIENS

Les techniques chirurgicales employées contre l'hyperthyroïdisme, chez des sujets bien préparés, sont, aujourd'hui, légitimées par leur parfaite bénignité, également par la qualité de la guérison qu'elles procurent. Il arrive, cependant, encore de temps à autre (à dire vrai, exceptionnellement puisque, quelles qu'en soient les raisons, la mortalité immédiate, d'après les chiffres les plus récents [D. Petit-Dutaillis [1]], ne serait que de 1 à 3 pour 100), que le pronostic soit assombri, dès les quarante-huit premières heures, par le déclenchement d'une crise grave, absolument imprévisible, d'allure toujours impressionnante, et, trop souvent, d'issue funeste.

Elle se présente, comme chacun le sait, avec des *signes* qui, engendrés par l'accroissement des combustions, ne se voient, à un tel degré, dans aucune autre maladie (Foss) : température très vite élevée, à 40° et même plus ; pouls très rapide : 130, 160, 180, 200, avec, souvent, troubles du rythme ; peau chaude, très chaude, et sueurs profuses ; agitation, délire paisible, ou bien, plus rarement, prostration. Tel est le tableau dramatique que, quelquefois, la mort clôture en trente-six ou quarante-huit heures, malgré tout ce qu'on peut entreprendre aussitôt, dès les premiers signes : désunion complète de la plaie ; réfrigération continue ; sérothérapie glucosée (2 à 3 litres à 5 pour 100, en goutte à goutte intraveineux) ; solution de lugol à hautes doses, qu'on introduit par voie veineuse ; injections de cortine, prônées par Pemberton.

Mais, plutôt qu'à ces moyens curatifs qui ne réservent pas que des succès, ne vaut-il pas mieux s'en remettre aux thérapeutiques préventives, si tant est qu'il puisse y en avoir ?

Certainement, à la condition de connaître exactement les *raisons du déclenchement des accidents* qui peuvent survenir en dehors d'une thyroïdectomie par trop ample, après la simple ligature d'une des artères thyroïdiennes (Munroe), voire après radiothérapie. Or leur mécanisme reste obscur, comme en témoignent ces lignes de Petit-Dutaillis, que j'extrais d'un travail de 1939 : « S'agit-il vraiment d'hyperthyroïdisme aigu par résorption de produits glandulaires mis en liberté dans la plaie, comme on l'a prétendu et comme l'admettent encore nombre d'auteurs ? Le fait ne paraît pas absolument démontré. Cette théorie est en contradiction flagrante avec certaines constatations telles que la possibilité de déclencher les mêmes phénomènes après une simple ligature, ou encore la résistance étonnante des basedowiens aux injections de thyroxine. On ne peut attribuer ces accidents à une susceptibilité particulière des basedowiens au choc protéinique, car rien ne permet de le supposer avec certitude du point de vue expérimental. L'hypothèse de l'intervention de la médullo-surrénale dans ces accidents paraît assez séduisante, étant donné ce que l'on sait des relations réciproques des deux glandes ainsi que de la susceptibilité extrême des hyperthyroïdiens à l'adrénaline, vu aussi l'analogie entre la réaction de ces malades à l'adrénaline et la réaction post-opératoire ». Mais rien de tout cela n'est très plausible.

Les recherches de J. Mahaux [2] sont, au contraire, dignes d'intérêt. Cet auteur, à plusieurs reprises, depuis cinq ans, a exposé des idées tout autres que voici. Pour lui, comme aux yeux d'A. Bier qui ne constata jamais, après l'intervention, d'augmentation de l'iodémie, et de Sauerbruch qui regarde la crise grave, post-opératoire, comme l'expression d'une brusque, brutale, réadaptation de l'organisme, les raisons des accidents que l'on déplore doivent pouvoir être recherchées dans une sorte de carence thyroïdienne aiguë, de « choc hypothyroxémique », dont « les manifestations cliniques sont d'autant plus graves que la dénivellation hormonale est plus importante et plus abrupte ». En effet, ajoute J. Mahaux, « l'hyperthyroïdien avait dû s'accommoder à un niveau d'imprégnation thyroïdienne élevé. Après thyroïdectomie, il doit, au contraire, se réadapter brusquement à un apport thyroïdien réduit, ce qui déclenche un état de crise ». Et c'est ce qui explique qu' « une thyroïdectomie subtotale, en un temps, chez un sujet non préparé, partant d'un niveau d'imprégnation thyroïdien élevé, entraîne nécessairement une dénivellation hypothyroxémique intense, d'où un choc grave, peut-être mortel ; que, par contre, des interventions partielles sériées, en plusieurs temps, n'occasionnant chacune qu'une chute peu importante de l'imprégnation thyroïdienne, ne sont suivies que de réactions post-opératoires de peu de gravité ; et que la réduction préalable de l'hyperthyroïdie par les moyens médicaux a un effet très favorable ».

L'incrimination légitime d'un choc hypothyroxémique conduit, pourtant, à se demander *de quelle façon peuvent s'expliquer les phénomènes d'excitation et l'accroissement des combustions*, traduction clinique de la crise. De l'avis de J. Mahaux même, on ne peut faire, jusqu'à présent, sur cette question que des hypothèses.

Voici celle qu'il émet, appuie, en des termes que je transcris : « Les signes cliniques qui se développent au cours des crises hypothyroxémiques sont la conséquence d'une excitation brutale des centres végétatifs hypersensibles du basedowien par un produit de sécrétion hypophysaire dont la libération est déterminée par la réduction brusque de l'imprégnation thyroxinienne.

« L'hypophyse semble contenir une substance « thyroxinaffine », fixant électivement la sécrétion thyroïdienne sanguine. Le complexe pituito-thyroxinien obtenu, qui s'identifie probablement aux granulations éosinophiles, migre secondairement vers les centres diencéphaliques dont il règle le tonus fonctionnel. La symptomatologie particulière de l'hyperthyroïdie paraît déterminée par une imprégnation thyroxinienne pituito-diencéphalique particulièrement élevée. A la période d'état de l'affection, l'hypophyse renferme des éosinophiles nombreux, ou très nombreux, correspondant à la différenciation d'un nombre d'éléments « thyroxinaffines » dépassant la normale.

« Nous pensons que le sevrage thyroxinien brusque de tels sujets détermine une réduction rapide et marquée des éosinophiles, laquelle entraîne secondairement la libération brutale d'une quantité correspondante de substrat thyroxinaffine non saturé. Ce substrat, très voisin de la « thyréostimuline » ou « hormone thyréotrope », paraît responsable des phénomènes d'excitation de la crise aiguë.

« La fin de celle-ci correspond vraisemblablement à un réajustement de la production de substance « thyroxinaffine » à un niveau moins élevé, le nombre des éléments thyroxinaffines redevenant proportionnel à l'apport réduit en sécrétion thyroïdienne. Nous retrouvons, ici, la notion de réadaptation à une imprégnation thyroïdienne restreinte pressentie par Sauerbruch. »

Ai-je besoin de dire que de ces notions découlent d'importantes *déductions*, et que, dès lors, il est possible de faire profiter les malades d'une médication préventive, instituée très précocement, tout de suite après l'intervention : l'administration de thyroxine, par la voie endomusculaire (d'abord 2 à 4 mg, puis, toutes les six ou huit heures, 1 mg, pendant quatre jours), qui exige d'être très, très précoce, échelonnée parce que ces malades fixent et métabolisent rapidement le produit, importante (il vaut mieux en donner un peu trop que trop peu), enfin pas interrompue subitement, pour obvier aux inconvénients (troubles de l'équilibre hormonal) du brusque « sevrage thyroxinique ».

Mahaux, sans prétendre innover, puisque Crile puis Berger, l'avaient naguère vanté, met au-dessus de tout ce traitement préventif qu'il appliqua plus de cinquante fois, ce qui n'est pas sans apporter un appoint des plus important à la conception séduisante que cet auteur belge nous propose de la crise post-opératoire chez les hyperthyroïdiens.

JEAN PATEL.

1. D. PETIT-DUTAILLIS : L'hyperthyroïdisme et les thyrotoxicoses. Formes rares ou anormales et traitement. *Rapport au XLVIIIe Congrès français de Chirurgie*, 1939.

2. J. MAHAUX : Le choc du sevrage thyroxinien des thyroïdectomisés. *Acta Chirurgica Scandinavica*, 30 Juin 1943, vol. 89, fasc. 1, 17-27.

SOCIÉTÉS DE PARIS

ACADÉMIE DE MÉDECINE

13 Mars 1945.

Décès de MM. Arthus et Péhu. — Allocution de M. **Brouardel**, président.

Notice nécrologique sur M. Nicloux. — M. Boivin.

La fièvre typhoïde, maladie d'intoxication. Etude des deux toxines (neurotoxine et entérotoxine) sécrétées par son bacille pathogène. — M. H. Vincent rappelle certains faits qui ne cadrent pas avec la doctrine classique qui voit dans la fièvre typhoïde le type le plus achevé des septicémies ; en particulier, les résultats de l'hémoculture sont paradoxaux ; elle est positive avant l'apparition des premiers signes ; elle l'est constamment pendant le premier septenaire, période la plus bénigne, inconstamment pendant la période la plus grave et souvent mortelle ; c'est l'inverse de ce qui se passe dans les septicémies véritables. En réalité, le bacille est inoffensif par lui-même et n'agit que par ses toxines qu'il sécrète surtout à partir du second septenaire. Pour obtenir les deux toxines, il faut s'adresser à des souches récentes et les cultiver dans des conditions analogues à celles de leur culture *in vivo* : développement initial et adaptation du bacille par la culture « en inoculation protégée », puis culture sur bouillon en sac de collodion inséré dans le péritoine du cobaye ; le sac est retiré le 4e jour pour l'obtention de la neurotoxine, au 6e ou 7e pour celle de l'entérotoxine. La première est hyperlabile, autolabile et thermolabile à 55° elle perd son activité en quelques heures ; elle tue cobayes et lapins dans un état de stupeur complète, sans qu'on trouve de lésions du cerveau, des méninges de l'intestin ou des viscères abdominaux ; l'entérotoxine plus résistante, garde son activité 2 ou 3 mois ; elle n'est détruite qu'à 85° ; elle tue les lapins et les cobayes avec ballonnement et douleurs abdominales, évacuation alvines ; l'autopsie montre des lésions intestinales qui peuvent être énormes ; les surrénales sont toujours congestionnées et c'est parfois la seule lésion notée chez le animaux jeunes morts précocement, la rate reste normale ; elle a d'ailleurs un rôle surtout défensif vis-à-vis des bacilles. Par l'injection associée des deux toxines on réalise intégralement l'ensemble des symptômes e

des lésions de la fièvre typhoïde. La fièvre typhoïde est donc une maladie d'intoxication et se rattache au groupe des maladies essentiellement toxémiques telles que la diphtérie.

L'installation d'électro-encéphalographie à l'Institut de Neurobiologie de la Salpêtrière. — MM. **G. Guillain** et **Ivan Bertrand**, après avoir rappelé l'intérêt scientifique et clinique de l'électro-encéphalographie et souligné l'insuffisance des tracés recueillis avec des amplificateurs défectueux ou des oscillographes trop inertes, décrivent l'installation réalisée à la Salpêtrière, une des meilleures d'Europe. Les oscillographes sont à type cathodique et l'inertie du faisceau oscillant pratiquement nulle ; les tubes à écran actinique sont du type télévision ; 3 tubes cathodiques sont placés côte à côte dans un même coffret d'alimentation, chacun d'eux correspond à une dérivation particulière ; l'amplification nécessaire pour l'enregistrement à partir des tubes cathodiques est de 10 millions ; elle est obtenue par 5 étages d'amplification en cascade ; un montage en push-pull permet d'exclure les tensions parasites et assure l'indépendance des différentes dérivations ; une cabine blindée assure l'isolement complet du malade ; une mise à la terre soigneuse a été réalisée.

Election d'un membre titulaire dans la 2e section (Chirurgie et spécialités chirurgicales). — M. **Clovis Vincent** est élu par 51 voix contre 3 à MM. **Heitz-Boyer** et **Mondor**, 2 à M. **Cadenat**, 1 à MM. **Brocq** et **Leveuf**.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

7 Mars 1945.

A propos du procès-verbal. — M. **Sorrel** apporte deux exemples de séminomes ovariens suivis depuis très longtemps sans avoir récidivé après leur ablation.

Variations techniques dans le traitement des paralysies de la ceinture scapulaire.— M. **Courriades**. M. **Sorrel**, rapporteur. L'auteur fixe l'omoplate au squelette vertébral en utilisant des soies, qui unissent l'épine de l'omoplate aux apophyses épineuses de D 2 à D 5. Le résultat fonctionnel excellent ménage les mouvements physiologiques du scapulum.

Invagination intestinale de l'adulte. — Ces 3 cas de M. **Obry** (Douai) sont d'allure classique, mais illustrés de remarquables radiographies. Il s'agissait une fois d'un lipome sous-séreux du cæcum ; une fois d'un cancer, enfin, la dernière fois d'une invagination sans cause déterminante décelable.

— M. **Sénèque** cite un exemple d'invagination par lipome cæcal, la colectomie permit de déceler un épithélioma débutant du cæcum, déjà soupçonné à cause d'hémorragies présentées par la malade.

Phénomènes de souffle sur les masses musculaires de la jambe. — M. **Curtillet** montre l'opposition qui existe entre les dégâts causés par les mines habituelles : sujets en état de shock considérable, criblés d'éclats, présentant des phénomènes de souffle (blast-injury) parfois mortels, et les blessures actuellement rencontrées du fait de l'emploi par l'adversaire de mines nouvelles. Dans ce dernier cas les lésions se limitent au membre inférieur : arrachement d'un ou des deux pieds, lésions du calcanéum et de l'astragale, rarement du tiers inférieur de la jambe. Dans une observation spéciale, recueillie avec **Hamel**, l'auteur a constaté l'effet de souffle de bas en haut sur les muscles de la jambe, ecchymotiques, séparés les uns des autres par des infiltrations sanguines, ne réagissant pas à la section. Les os du squelette jambier apparaissaient dépériostés. Il fallut faire une amputation. Ces dégâts ressemblent à ceux qu'on décrit aux poumons par exemple sous le terme de blast-injuries, caractérisés qu'ils sont par les ecchymoses et les raptus vasculaires.

Blessés de poitrine avec emphysème suffocant. — M. **Curtillet** apporte quatre observations de blessures du thorax par balle ou éclat d'obus dans lesquelles au bout de quelques jours est apparu un emphysème progressif et suffocant. L'intervention faite après essai de ponctions pleurales avec siphonnage, a mis en évidence des lésions pulmonaires et a permis la suture du parenchyme pulmonaire et la guérison des blessés. A ce propos l'auteur pense qu'il n'y a pas lieu d'opposer comme on le fait classiquement l'emphysème médiastinal aux autres emphysèmes. Il y a souvent association des deux processus. D'autre part ces deux complications peuvent survenir à la suite de blessures n'intéressant pas la plèvre médiastine, l'envahissement médiastinal se faisant de proche en proche par issue d'air sous la séreuse viscérale. Quoi qu'il en soit la thoracotomie large permet des succès là où les incisions classiques sus-sternales et sus-claviculaires se sont montrées inopérantes.

— M. **Monod** pense que l'emphysème médiastinal peut naître par progression d'air le long des axes broncho-vasculaires sans qu'il y ait besoin d'invoquer une lésion séreuse.

L'incision sus-sternale permet parfois d'améliorer l'état de blessés graves pour lesquels la thoracotomie serait trop tardive.

A propos de quelques cas de tétanos post-abortum. — MM. **Petit-Dutaillis** et **Guénin** apportent trois nouveaux cas avec une guérison. Il s'agissait d'un avortement criminel par sonde armée. L'incubation fut de 48 heures. Dès les premiers signes (trismus), on fit 300.000 unités antitétaniques, associées à du sérum glucosé. La guérison se dessina dès le deuxième jour.

Les deux autres cas furent mortels malgré hystérectomie ou curettage.

Des six cas récemment observés, les auteurs concluent que l'opération est plus souvent nuisible qu'utile.

— M. **Boudreaux** ajoute trois observations suivies de mort malgré emploi d'une thérapeutique précoce. A noter qu'il a utilisé l'infiltration novocaïnique des massétérs pour permettre l'alimentation des malades.

— M. **Seillé** rassemble cinq cas avec une guérison. Il s'agissait d'un tétanos ayant débuté au 17e jour et qui guérit progressivement.

Les moyens thérapeutiques actuels sont souvent insuffisants lorsque la toxine s'est fixée en quantité suffisante sur le tissu nerveux ; le seul facteur qui compte pour la guérison est la durée de l'incubation. Lorsque celle-ci n'atteint pas 8 jours les cas se terminent presque tous par la mort. Le sérum est indispensable, mais il est inutile d'en employer des quantités énormes. L'auteur a essayé d'obtenir chez ses malades une immunité active par l'emploi de vaccinations répétées à l'anatoxine tétanique : 1 cm^3 le premier jour en doses fractionnelles, 2, 3 et 4 cm^3 les jours suivants. Au 10e jour il a pu constater la présence d'antitoxine dans le sérum de certaines malades.

L'hystérectomie n'a lieu d'être employée que s'il existe des lésions pariétales de l'utérus. Sinon il faut leur préférer le curettage pratiqué après emploi de doses massives de sérum.

Le rectanol, la morphine sont des adjuvants utiles au traitement. Les infiltrations stellaires n'ont pas permis de lutter contre les phénomènes asphyxiques. La mort survient souvent par syncope blanche.

— M. **Quénu** cite 3 guérisons nouvelles. Une observation lui est personnelle, les autres lui ont été envoyées par M. **Küss** (Montélimar) et M. **Eurin** (Elbeuf). Dans la thèse de M. **Beauchart**, 261 cas ont été rassemblés tous traités par sérothérapie. Les interventions locales pratiquées ont influencé diversement la statistique. La mortalité est plus grande après hystérectomie qu'après curettage ou abstention. Il y a donc lieu de vider l'utérus, d'assurer la béance du col, mais de rejeter l'hystérectomie systématique (l'emploi du sérum doit se faire à dose unique, massive de 200.000 unités) et de mettre en œuvre le vaccin (2 cm^3 le 1er jour, 4, 6 et 6 les jours suivants).

— M. **Gueullette** cite deux nouvelles observations avec une mort et une guérison.

A propos de l'iléo-colo-rectoplastie. — Chez un homme de 53 ans, ayant subi une opération de Hartmann pour cancer du sigmoïde, M. **Rudler** fit une iléo-colo-rectoplastie. Il indique les difficultés rencontrées qui tenaient surtout au déplacement de la vessie. Il propose quelques améliorations à la technique classique :

Pose de sondes dans les uretères au préalable ;

Suture iléo-rectale sur drain selon la technique de d'Allaines ;

Usage de sulfamides dans les décollements ;

Drainage présacré par incision spéciale.

Son opéré a guéri avec un résultat excellent suivi depuis un an.

— M. **Quénu** cite deux observations, l'une avec suture iléo-rectale invaginée, guérie depuis 15 ans, l'autre, où une intubation iléo-rectale trop marquée a entraîné du sphacèle et la mort.

Jean Calvet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

9 Mars 1945.

Broncho-constriction par les aérosols acétylcholiniques. Test pour la mesure de l'insuffisance respiratoire. — M. **Robert Tiffeneau** et Mlle **Marcelle Beauvallet**. Ce texte consiste à apprécier les modifications de la respiration spontanée et de la capacité pulmonaire vitale que produit l'inhalation d'un aérosol acétylcholinique de concentration appropriée. Cette épreuve est inoffensive et facile à gouverner ; elle présente une grande sensibilité et permet de déceler une insuffisance respiratoire cliniquement inapparente.

Broncho-dilatation par aérosols adrénaliniques. Mise en évidence du caractère réversible ou irréversible de l'insuffisance respiratoire. — M. **Robert Tiffeneau** et Mlle **Marcelle Beauvallet**. Cette épreuve permet d'apprécier la part fonctionnelle des insuffisances respiratoires. Elle apporte des précisions nouvelles pour le diagnostic et pour le pronostic de ces insuffisances.

Hypertension artérielle permanente par lésion pyélo-rénale unilatérale (hydronéphrose). Néphrectomie. Guérison depuis 2 ans. — MM. **J. Facquet** et **P. Ricordeau**. Un sujet de 30 ans consulte pour une hypertension artérielle élevée (24-12), remontant au moins à 1 an 1/2, compliquée de céphalée persistante avec inaptitude au travail. Il existe des antécédents de coliques néphrétiques droites. L'urographie montre que le bassinet droit n'est pas injecté. Le cathétérisme urétéral révèle du même côté l'absence de sécrétion urinaire. L'intervention, pratiquée par le Prof Leriche, montre une énorme hydronéphrose réduisant le rein à une mince lame parenchymateuse, une artère rénale de calibre très réduit. Néphrectomie. La pression artérielle revient à la normale après l'intervention et s'y maintient depuis 2 ans. Histologiquement les lésions rénales étaient insignifiantes.

Les hypertensions artérielles par lésion rénale unilatérale, étudiées seulement depuis quelques années, sont rares et peuvent succéder à des lésions variables : hydronéphrose, pyélonéphrite, infarctus, tumeur, etc. Du point de vue pathogénique on admet que l'hypertension est due à l'ischémie rénale, mais la question est loin d'être résolue. Du point de vue pratique il est important devant une hypertension artérielle permanente, de date récente, chez un sujet jeune, de penser à la possibilité d'une lésion rénale unilatérale. L'urographie, examen simple et facilement accepté, devrait être pratiquée plus souvent chez les hypertendus. Dans la discussion de l'indication opératoire, toujours délicate, on doit tenir compte du degré de l'ancienneté de l'hypertension, des lésions artérielles associées et surtout de la valeur fonctionnelle tant du rein anormal que du rein présumé sain.

— M. **Grenet** souligne la gravité de ce cas qui paraissait voué à l'hypertension maligne.

Un nouveau cas de maladie de Still traité avec succès par les injections intraveineuses de salicylate de soude. Guérison apparente depuis 1 an. — MM. **L. de Gennes, D. Mahoudeau** et **H. Bricaire** relatent l'observation d'un jeune homme de 18 ans, atteint, 2 ans auparavant, d'une maladie de Still typique, avec arthropathies déformantes et douloureuses des poignets et des cous-de-pied, adénopathies, splénomégalie, fièvre, anémie, hyperleucocytose polynucléaire, amaigrissement de 13 kg. et altération profonde de l'état général. Après 8 mois d'aggravation continue, un traitement par le salicylate de soude en injections intraveineuses est entrepris. Dès le 5e jour, l'amélioration est manifeste. Au 15e jour, toute douleur a disparu, les mouvements des mains redeviennent possibles. En quelques semaines le malade est pratiquement guéri et peut reprendre son travail. Les déformations articulaires, les adénopathies n'ont disparu que plus lentement. Il n'en reste pas trace aujourd'hui, après plus d'un an, mais il persiste une légère splénomégalie.

Les auteurs, sans affirmer la guérison, pensent qu'il s'agit au moins d'une rémission remarquablement complète et durable, à mettre à l'actif du salicylate de soude en injections intraveineuses. Cette thérapeutique, déjà préconisée par l'un d'eux avec le Prof. Lemierre dès 1932, mérite d'être tirée de l'injuste oubli où elle semble être tombée.

Erythème noueux et sulfathiazol. — MM. **Julien Marie, Ph. Seringe, P. Maurice** et Mlle **Nouflard** rapportent 12 observations d'érythèmes noueux apparus au cours du traitement par le 2090 RP (sulfathiazol, thiazomide). Ils classent leurs observations en 4 groupes : 1° érythème noueux déterminé par le 2090 chez les enfants non allergiques à la tuberculine : 6 observations (allergie éprouvée par intradermo-réactions à la tuberculine poussées jusqu'au milligramme chez plusieurs sujets) ; 2° érythème noueux expérimental reproduit par le 2090 dans le décours de la tuberculose initiale chez des sujets ayant présenté un érythème noueux spontané tuberculeux : 2 observations ; 3° érythème noueux coïncidant avec le traitement par le 2090 au cours même de la primo-infection : une observation avec deux reproductions d'érythème noueux ; 4° érythème noueux déterminé par le 2090 chez des sujets antérieurement allergiques à la tuberculine : 3 observations.

De ces recherches, les auteurs concluent que le 2090 est capable de déterminer un érythème noueux chez des enfants non allergiques à la tuberculine. Parmi leurs 6 observations de ce groupe, l'une fut observée chez un nourrisson de 11 mois, âgé où l'érythème noueux tuberculeux est inconnu. Cet érythème noueux ne présente aucune caractéristique permettant de le différencier de l'érythème noueux tuberculeux ou de l'érythème noueux autonome du type Trousseau-Comby. Ses lésions histologiques, étudiées par les auteurs suisses, sont identiques à celles trouvées dans l'érythème noueux de primo-infection.

— M. **Degos** rappelle que pour les dermatologistes l'érythème noueux représente une réaction d'allergie à de multiples antigènes. Il n'est donc pas étonnant qu'on puisse en observer avec le sulfathiazol. Les érythèmes noueux sulfathiazoliques présentent quelques différences avec l'érythème noueux spontané. Ils disparaissent rapidement, avec la suppression du médicament, en 3 à 4 jours. Leur mécanisme exact de production est encore mal précisé ; il s'agit probablement d'un phénomène d'intolérance.

— M. **Perrault** estime qu'il faut conserver pratiquement la notion des rapports de la tuberculose avec l'érythème noueux. Les érythèmes sulfathiazolés apparaissent précocement, 36 à 48 heures après la prise du médicament. On ne les rencontre pas avec d'autres sulfamides. Histologiquement, ils ne présentent pas de caractères spéciaux.

— M. **Layani** a vu une véritable épidémie d'érythèmes noueux sulfathiazoliques à l'Hospice des Ménages. Chez quelques sujets il existait de l'éosinophilie sanguine. On peut provoquer à volonté de nouvelles poussées.

— M. **Derot** dit qu'il ne se reproduit plus au delà de la quatrième fois. La cuti- et l'intradermo-réaction pratiquées avec le médicament restent négatives.

— M. **Coste** remarque que la tuberculose reste au premier plan dans la production de l'érythème noueux.

A propos d'un « cracheur valide de bacilles de Koch ». — MM. **J.-M. Lemoine** et **R. Morvan**. Le malade présenté a fait l'objet de deux communications antérieures. Sur la constatation d'une expectoration bacillifère, 2 ans après une pleurésie séro-fibrineuse, sans altération de l'état général, M. Meersseman pose en 193[illegible] le diagnostic de « cracheur valide de bacilles de Koch ». Des incidents fébriles accompagnés d'anomalies radiologiques variées et plus ou moins fugaces du poumon gauche et d'expectorations bacillifères par intermittences aggravant progressivement l'état du malade. En 1941 MM. Rist, Davy et Levaditi suggèrent pour ce malade la possibilité de lésion bronchique tuberculeuse.

Une thoracoplastie est faite en 1941, qui améliore le malade, mais ne fait pas disparaître les expectorations bacillifères. Les poussées fébriles reparaissent en Novembre 1943 et se reproduisent à des intervalles de plus en plus rapprochés.

Des symptômes bronchiques, discrets au début, pren

nent une intensité croissante. Une tomographie et une bronchographie lipiodolée montrent des sténoses bronchiques. La bronchoscopie fait découvrir des sténoses multiples de la bronche souche gauche et des bronches lobaires gauches et une ulcération tuberculeuse de la bronche inférieure gauche.

Il est vraisemblable que les expectorations bacillifères constatées en 1932 étaient dues à l'ulcération bronchique.

Le terme de « cracheur valide de bacilles de Koch » ne pourrait être affirmé que si l'exploration bronchoscopique ne démontre pas de lésion bronchique. La notion de tuberculose bronchique cliniquement primitive apportée par l'un de nous avec M. Ameuille, paraît devoir remplacer entièrement celle des « cracheurs de bacilles de Koch sans lésion pulmonaire apparente ».

— M. **Rist** déclare qu'il faut chercher la tuberculose bronchique chez les cracheurs de bacilles dits « sains ».

— M. **Ameuille** souligne les bons résultats du traitement, mais quelquefois il faut recourir à la pneumectomie.

P.-L. Marie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

10 Mars 1945.

Modification des protides du sérum au cours des premières phases de la dénutrition. — MM. **H. Gounelle, R. Sassier** et **F. Delbarre** précisent les modifications que des stades peu avancés de la sous-alimentation, n'ayant pas encore entraîné d'accidents cliniques graves, apportent aux taux des protides du sérum. On trouve le sens général des phénomènes que l'un d'entre eux avait signalés lors des phases plus avancées, soit une tendance à la baisse de la protidémie totale non par chute de la sérumalbumine, mais par celle des globulines, ce qui entraîne une élévation du rapport sérine/globuline.

Action de la dicoumarine (3-3' méthylène bis-4-hydroxycoumarine) sur la prothrombinémie et la coagulation plasmatique chez l'adulte normal. — MM. **J. Facquet, R. Sassier** et Mlle **R. Kisch.** La dicoumarine, étudiée chez 15 sujets ayant reçu par voie buccale une dose unique de 0 *g.* 40 à 1 *g.*, produit constamment une chute de la prothrombinémie, proportionnelle à la quantité ingérée.

Dans plus des 2/3 des cas on observe un allongement, parfois très marqué, du temps de coagulation plasmatique. Cet allongement n'est notable que quand le taux de la prothrombine descend à 30 pour 100 ou au-dessous. Le taux du fibrinogène sanguin ne subit que des variations minimes.

Etude de la course à vitesse forcée chez le rat. — MM. **Léon Binet** et **Daniel Bargeton** se sont efforcés de préciser les conditions dans lesquelles la course dans une cage tournante peut fournir chez le rat un test quantitatif pour l'étude de la capacité de travail et de la fatigue musculaires. L'animal étant contraint de courir à chaque instant à la vitesse maximum qu'il est capable de fournir (épreuve de course à vitesse forcée), l'étude des diagrammes d'espace parcouru et de vitesse en fonction du temps montre que les performances accomplies sont très régulières et fournissent un bon test de comparaison. Ils indiquent les conditions expérimentales et les précautions à prendre pour déterminer avec une approximation suffisante l'espace parcouru dans ces conditions jusqu'à épuisement de l'animal.

Recherches sur les greffes en série d'épithéliomas transplantables du rat chez des animaux résistants. — MM. **Roussy** et **Guérin**, continuant leurs recherches antérieures, apportent les résultats concernant 2 épithéliomas du rat : le carcinome de Flexner-Jobling et un épithélioma de l'utérus, isolé à l'Institut du Cancer. Or avec ces tumeurs les phénomènes d'immunité à la greffe sont bien moins nets qu'avec les sarcomes et n'apparaissent qu'après plusieurs réinoculations. Il faut donc tenir compte de ces différences du pouvoir immunisant des tumeurs selon leur variété pour apprécier les faits de résistance des animaux à la greffe.

Recherches sur les greffes en série de sarcomes transplantables du rat chez les animaux résistants. — MM. **Roussy** et **Guérin,** pour expliquer les résultats divergents obtenus chez les animaux résistants à la greffe d'une tumeur par sa transplantation en série ont repris ces recherches sur le rat.

En utilisant 4 sarcomes différents, ils ont constaté que ces sarcomes sont des tumeurs immunisantes dans l'ensemble, avec des variations individuelles : le sarcome de Jensen immunise d'emblée alors que les 3 autres sarcomes (fusiforme, fibro-myxoïde, polymorphe), isolés à l'Institut du Cancer, exigent la répétition d'un certain nombre de greffes pour réaliser une immunité indiscutable.

Action de la vagotonine sur les fibres sympathiques pré- et post-ganglionnaires. — M. **Paul Chauchard** constate que la vagotonine agit également sur les fibres pré-ganglionnaires et post-ganglionnaires dont elle diminue, comme la strychnine, les chronaxies conduisant à un bloc de conduction, soit des effets très différents de ceux de l'acétylcholine ou de l'ésérine ; ainsi cette action de la vagotonine ne dépendrait pas de son activité anticholinestérasique.

Les protides du sérum des transfusions. — MM. **M. Loeper, J. Trémolières** et Mlle **J. Loeper** ont étudié les modifications de la protidémie sous l'influence des perfusions sanguines. Ces modifications se font assez souvent dans le sens d'un accroissement de la globuline, quelquefois dans le sens d'un accroissement du taux des protides totaux.

L'accroissement des protides totaux du sérum du transfusé peut dépasser notablement le taux total des protides contenues dans le sang du transfuseur.

Ce fait montre que la transfusion peut produire dans l'organisme du transfusé une protéinogénèse véritable.

Action de l'Esculoside et de l'Esculétol sur la résistance capillaire. — M. **Lavollay.**

Essai de prévention des thromboses veineuses expérimentales par la dicoumarine. — MM. **Varangot** et **Varry.**

A propos des substances de croissance contenues dans le coton cardé. — Mme **T. Constantin.**

A. Escalier.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE

18 Décembre 1944.

Eléphantiasis du capuchon clitoridien chez une fillette (Présentation de malade). — M. **J.-E. Marcel** présente une fillette de 9 ans 1/2 atteinte d'un éléphantiasis inflammatoire, probablement infectieux, strictement localisé au capuchon clitoridien. Son apparition a précédé de quelques semaines l'éclosion d'une vulvo-vaginite à staphylocoques mal traitée et irritée au début, compliquée de cystite et finalement rapidement et simplement guérie. Malgré la sédation de toutes les lésions environnantes, l'éléphantiasis persiste, à peine diminué.

Lésions de la vulve pouvant simuler la syphilis secondaire. — M. **R. Glasser.**

A propos du traitement de certaines vaginites en fonction du pH des sécrétions. — M. **R. Glasser.**

Sur 1 cas de tuberculose de l'endocervix découverte à l'occasion d'une exploration cyto-hormonale pour stérilité. — MM. **J. Courtois** et **Béziaud.**

Bureau et Conseil d'administration pour l'année 1945. — *Président :* M. E. Douay ; *Vice-présidents :* MM. Cotte, Paucot, F.-A. Papillon, M. Sénéchal ; *Secrétaire général :* M. Maurice Fabre ; *Secrétaire adjoint :* M. R. Palmer ; *Trésorier :* Mme Meuns-Blatter ; *Membres :* MM. Béclère, F. Jayle, Jeanneney, Lefebvre, Thiroloix.

Maurice Fabre.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

11 Janvier 1945.

Réanimation et transfusion. — M. **Tzanck.** Méthode indiscutée à l'heure actuelle et qui rend aux armées d'inappréciables services, la transfusion pose encore, quant à ses modalités d'applications, des problèmes souvent fort délicats et dont la solution ne peut être univoque. Où doit être pratiquée la transfusion ? A quel moment après la blessure ? Combien de sang ? Sang ou plasma ? Plasma ou sérum ? Liquide ou desséché. Après avoir été l'objet d'un engouement un peu excessif, le plasma a repris sa juste place qui est celle d'un remarquable liquide de remplacement qui réalimente par action de masse la circulation en retour, mais qui ne saurait détrôner en toutes circonstances le sang complet, qui restitue à l'organisme des globules rouges.

Etant donné l'importance du rôle joué par les réanimateurs, il est nécessaire d'intensifier leur formation et de les doter d'un solide bagage médico-physiologique. Il serait également souhaitable de créer des équipes scientifiques qui iraient aux armées essayer de résoudre les difficiles problèmes de la réanimation, notamment la pathogénie des accidents qu'elle entraîne parfois.

Introduction à l'étude des carences. — M. **Crosnier.** Le bilan de la ration contingentée, qui était déjà fortement déficitaire en 1943, a continué à s'abaisser pour atteindre un minimum inquiétant en Juillet et Août 1944 (915 c). Depuis lors, il ne s'est pratiquement pas sensiblement amélioré (1.078 c). Il atteint péniblement 1.300 et 1.400 c au maximum dans des circonstances très inconstantes et très rares.

Les régimes pour malades ont subi les répercussions des restrictions, surtout le régime III (retour tout récent au bilan initial). Les problèmes des dénutris restent toujours graves car le régime de suralimentation, pour être spécifiquement actif, est, tel qu'il existe, insuffisant.

Le problème du lait n'est pas moins alarmant, surtout pour les J 2, J 3 et vieillards.

Les risques d'accidents carentiels graves demeureront tant que la ration contingentée n'aura pas atteint 2.000 calories (minimum 1.800).

L'organisation du service de santé américain. — M. **Py.** Communication consacrée à l'étude de l'organisation actuelle du service de santé de l'armée française équipée du matériel américain.

Parmi ces formations, les unes ont été mises sur pied par l'armée française et telles qu'elles sont prévues dans l'armée américaine ; ce sont : le bataillon médical, qui remplace notre groupe sanitaire divisionnaire ; l'hôpital d'évacuation motorisé et l'hôpital d'évacuation non motorisé qui sont les formations sanitaires importantes à la disposition de l'armée, par où passe le courant normal des évacués, l'hôpital de campagne, formation mobile souvent appelée à renforcer par un ou plusieurs de ses éléments les bataillons médicaux.

D'autres formations qui existent dans l'armée américaine n'ont pas été mises sur pied par nous jusqu'à présent, ce sont : le régiment médical, l'hôpital chirurgical l'hôpital de convalescents, l'hôpital général.

Dans la conception américaine :

Il existe un corps de dentistes, pas de cadre d'offi ciers pharmaciens. Le personnel subalterne est très spé cialisé.

Le personnel sanitaire des corps de troupe appartien au service de santé.

Le commandant du bataillon médical est en mêm temps le directeur du service de santé de la division.

Les véhicules automobiles sont conduits, entretenus e réparés par du personnel du service de santé, certain officiers d'administration ayant des fonctions d'officier « auto ».

Dans la réalisation du service de santé français, typ américain, le personnel sanitaire des corps de troupe es fourni par le corps de troupe, le directeur du service d santé de la division est distinct du commandant du ba taillon médical, les véhicules automobiles sont conduits entretenus et réparés par du personnel appartenant au train automobile.

R. Trial.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

27 Janvier 1945.

L'indécision et son traitement. — M. **George Rosenthal** étudie ce défaut de la mentalité dont il pré cise les caractères et qu'il sépare des défaillances intellec tuelles. Il doit être combattu et disparaître par l'actio d'une volonté ferme et bienveillante s'exerçant sur l sujet atteint.

Chimiothérapie soufrée : le thiophène, médica ment neurologique. — M. **Louis Bory** appelle l'atten tion sur l'action élective du thiophène sur le systèm nerveux central et plus particulièrement même sur l couche granuleuse du cervelet. La « maladie expéri mentale du thiophène » se caractérise par une atteint des centres de l'équilibre et des phénomènes d'ataxi locomotrice et statique, accompagnés de crises épilep tiques. L'expérience clinique démontre l'action théra peutique de l'huile thiophénée à 0,10, 0,20 pour 10 dans certaines affections du système nerveux (zona sciatique, paralysie générale, syndromes cérébelleux).

Dilatation aiguë de l'estomac. — M. **F. Genti** présente l'observation d'un homme de 60 ans, ancie colonial, qui, à la suite d'un fort amaigrissement e d'un bon repas, fit subitement, dans la nuit qui suivit une dilatation aiguë de l'estomac, qui fut prise par le médecins et chirurgien appelés d'urgence pour un occlusion intestinale.

Etat grave du malade en état de collapsus. Ballon nement du ventre.

Laparotomie à l'anesthésie locale : estomac dilaté qu occupe la cavité abdominale jusque dans le bassin Ponction. Evacuation d'un seau de liquide alimentaire Suites troublées par une crise sévère d'urémie fonction nelle avec plus de 3 *g.* d'urée dans le sang. Désunio secondaire de l'incision avec éviscération d'anses grêles Guérison.

G. Luquet.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

8 Janvier 1945.

Epilepsie et démence paranoïde. — MM. **L. Marchand, S. Follin** et **J. de Ajuriaguerra.** Trouble mentaux d'allure schizophrénique apparus à 39 ans che un sujet épileptique depuis l'âge de 19 ans sans modi fication. Décès à 42 ans. A l'examen : 1° lésions fixée de méningite chronique adhésive ; 2° lésions évolutive avec réactions vasculaires et nodules névrogliques ré cents. Discussion pathogénique.

Microgyrie occipitale chez une malade considéré pendant des années comme atteinte d'épilepsi essentielle. — MM. **L. Marchand** et **J. de Ajuriaguerra.** Convulsions infantiles de 8 à 16 mois. Crise épileptiques à partir de l'âge de 6 ans ; décès à 43 ans Microgyrie de la partie inférieure du cunéus et de l région la plus reculée du lobule lingual gauche ave sclérose névroglique pileuse par oblitération d'une bran che de l'artère cérébrale postérieure.

A propos d'un cas de myoclonie. Epilepsie ave état de mal myoclonique. — MM. **E. Carrot, A. Charlin** et **J. Parain.** Cas intermédiaire entre une épimyo clonie type Unverricht et une de type Lunborg, ave état de mal. Electro-encéphalogramme confirmatif d l'épilepsie.

Paralysie générale et aphasie. — MM. **X. Abély Sauguet** et Mme **Leulier.** Aphasie surtout motrice che un P. G. Troubles psychiques rappelant surtout l'affai blissement des aphasiques. Encéphalographie : atrophi prédominante dans la région frontale gauche.

Paralysie générale et épilepsie. — MM. **X. Abély Sauguet** et Mme **Leulier.** Epilepsie ancienne chez u P. G. à réactions humorales positives. Symptômes psy chiques rappelant plus la mentalité épileptique qu l'affaiblissement paralytique.

L'encéphalographie dans la paralysie générale d l'adulte. — MM. **Jean Delay, P. Neveu** et **P. Desclaux.** 25 cas. Deux types parfois associés : 1° atrophi cérébrale avec élargissement des sillons corticaux, dila tation ventriculaire à prédominance frontale et dilatatio des lacs de la base ; 2° méningite séreuse, l'ensembl répondant aux lésions anatomiques de méningo-encé phalite. Parallélisme relatif entre ces aspects et la gra vité de la maladie.

L'encéphalographie dans la P. G. juvénile. — **J. Jean Delay** et **Mlle J. Moreau.** Lésions beaucoup plus intenses que chez l'adulte et semblant avoir une valeur pronostique moindre.

J. Dublineau.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

16 Janvier 1945.

Myosite ossifiante. — **M. Leveuf** suit depuis 1 an une fillette de 5 ans 1/2 présentant une gêne de la flexion des genoux s'accentuant progressivement. Les radiographies ont révélé deux ostéomes au voisinage du genou et une exostose du coude. L'examen du sang a montré une légère hypercalcémie.

— **M. Cathala** pense qu'il pourrait s'agir d'une maladie ostéogénique.

— **M. Génévrier** a observé 2 cas de myosite ossifiante. La parathyroïdectomie n'amena aucune amélioration et l'ablation des ostéomes fut suivie de récidives.

— **M. Hallé** a observé une myosite ossifiante à la suite d'une fièvre typhoïde.

Notes sur l'activité pédiatrique du camp de Drancy. — **M. Germain Blechmann.** Le 17 Juillet 1942 et les jours suivants, sur l'ordre des Allemands, il fut procédé à des arrestations en masse de citoyens français et étrangers recensés en zone occupée par l'ordonnance du 27 Septembre 1940.

Par milliers, hommes, vieillards, femmes, enfants furent dirigés sur le camp de Drancy pour être déportés par convois de 1.000. D'après les statistiques qu'on put conserver, durant les 50 premiers jours, 5.500 enfants passèrent au camp. Le nombre des malades hospitalisés atteignit 20 pour 100, soit 900 à 1.000, des centaines d'autres étant soignés à la consultation externe.

Quand le nombre des malades excéda le total des places disponibles, on dut mettre 2 et même 3 enfants dans le même lit. Bientôt il n'y eut qu'un drap par lit ou pas de drap et une seule couverture, l'étuvage ne pouvant fonctionner en rapport du nombre des entrants et sortants.

Des mères ayant accouché à l'Hôpital Rothschild furent également conduites à Drancy avec leur bébé.

Durant ces 50 premiers jours, on compta 150 diarrhées (nombreuses colites dysentériformes), 300 dermatoses (gale, impétigo), 150 angines diverses, etc. En 5 mois, la statistique comprend seulement 2 fièvres typhoïdes, mais 100 rougeoles, 60 scarlatines et 43 diphtéries. Celles-ci furent traitées par la séro-anatoxinothérapie (4 morts). Les porteurs de germes reçurent avec succès de petites doses répétées d'anatoxine, des instillations oculaires de solution de mercurochrome à 1 pour 100 et des badigeonnages des amygdales par la même solution. Avec une épidémie de jaunisse chez les adultes coïncidèrent chez les enfants des cas fébriles d'évolution diverse et à peu près tous anictériques.

Certains jours, le camp contint jusqu'à 6.000 internés, ce qui explique les conditions d'hygiène des plus défavorables, auxquelles s'ajoutaient l'insuffisance du vidage des ordures, de l'épouillage, de l'étuvage, la médiocrité des rations alimentaires et leur absence à peu près absolue en vitamines, etc. Grâce aux efforts sans relâche des médecins et des infirmières, les épidémies ont pu être, dans une certaine mesure, jugulées et la mortalité globale a été relativement peu élevée.

Œdème cérébral à forme corticale compliquant une oto-mastoïdite aiguë. Large décompressive. Guérison. — **M. Marcel Ombrédanne** communique l'observation d'une fillette de 4 ans qui, entre le 12e et le 13e jour d'une otite aiguë gauche suppurée, présenta, sans signes mastoïdiens, des crises d'épilepsie douloureuses à début crural et à extension brachiale, suivies d'une hémiplégie droite complète à tendance spasmodique. Aucun signe méningé, pas de stase papillaire. Température : 38°, pouls : 130. P. L. : 17 au Claude, 16 leucocytes avec 70 pour 100 de poly, albuminose légère, sucre : 1 *g.* 31. L'examen du sang révéla une anémie légère avec 11.000 leucocytes. Intervention d'urgence : large volet décompressif temporal gauche montrant un gros cerveau œdémateux, sans hydrocéphalie externe ni ventriculaire. Pas d'abcès cérébral. Trépanation mastoïdienne : lésions osseuses très discrètes, mais périphlébite sinusale. Rétrocession complète de l'hémiplégie en 21 jours et guérison sans séquelles grâce à la vaste soupape cranienne réalisée par un volet osseux réappliqué mais non suturé et aux injections hypotensives. 72 *g.* de sulfamides ont été en outre administrés.

L'auteur oppose la fréquence des méningites séreuses hypertensives au cours des otites aiguës de l'enfance à la rareté d'une telle forme œdémateuse pure à symptomatologie rolandique sans hypertension cranienne et sans stase papillaire. Il souligne qu'une mastoïdectomie, même élargie, eût été insuffisante en pareil cas.

Les complications rénales de la gale chez le nourrisson. — **M. G.-L. Hallez**, sur 78 cas de gale chez des enfants de 1 mois à 3 ans, a observé dans 7,6 pour 100 des cas, soit de l'albuminurie simple, soit une néphrite caractérisée. Dans tous ces cas il s'agissait de gale infectée et il semble bien que les infections cutanées secondaires soient à l'origine des complications rénales.

Syndrome hémolytique aigu provoqué par l'ingestion de févettes. — **M. H. Janet, Mme Odier-Dollfus, MM. P. Galmiche** et **J. Hartmann** ont observé une fillette de 10 ans qui après avoir mangé une purée de févettes à une cantine scolaire émit au bout de 36 heures des urines sanglantes. Un grand syndrome hémolytique aigu ne tarda pas à se constituer avec état général grave, asthénie profonde, ictère léger, anémie, douleurs abdominales, urines d'aspect hématurique ne contenant pas de sédiment hématique, donc très probablement hémoglobinuriques, azotémie, augmentation du nombre des plaquettes. L'évolution se fit assez rapidement et simplement vers la guérison. Ce cas est à rapprocher de quelques observations récemment publiées de favisme. Seuls sont atteints les individus ayant une sensibilité acquise ou innée aux févettes.

G. Schreiber.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE

10 Octobre 1944.

Le parasitisme chez les jeunes. — **M. L. Brumpt.** Les maladies parasitaires sont plus fréquentes dans le jeune âge. Dans un premier ordre de faits on peut classer les cas où les chances d'infestations sont plus grandes chez l'enfant à cause de sa malpropreté, de la promiscuité scolaire, du contact avec les animaux domestiques. Une exception doit être faite pour les parasitoses qui revêtent un caractère professionnel comme l'ankylostomose des mineurs où l'adulte est plus contaminé. Une exception apparente est constituée par les maladies parasitaires à développement lent, comme le kyste hydatique ou les filarioses : la contamination peut dater de l'enfance ; mais les manifestations cliniques sont retardées. Dans un deuxième ordre de faits, les chances d'infestation sont égales ; mais l'enfant est plus contaminé. L'explication réside dans le développement d'une immunité de nature variable, immunité naturelle périodique pour les teignes, immunité spontanée ou acquise pour les verminoses, immunité ou prémunition dans le paludisme.

Du point de vue clinique, la question intéresse le pédiatre à cause de la plus grande fréquence et de la gravité plus grande des parasitoses chez l'enfant. Elle intéresse l'hygiéniste et l'épidémiologiste car l'enfant représente le réservoir de virus principal qui doit être neutralisé dans un but prophylactique.

Le parasitisme, les jeunes animaux. — **M. A. Charton.**

Le venin de crapaud employé comme ocytocique. — **M. Lauret. M. Peyron,** rapporteur.

L. Grollet.

SOCIÉTÉS DE PROVINCE

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE LYON

9 Janvier 1945.

Allocution de M. Roubier. — Président sortant.

Allocution de M. Bouchut. — Président entrant.

Deux observations de positivation spontanée de la réaction cutanée ou percutanée à la tuberculine. — **MM. Bernheim** et **Jeune.** Il s'agit de la positivation spontanée sous l'influence de primo-infections normales de cuti-réactions dans 1 cas et de percuti-réactions dans l'autre cas, pratiquées plusieurs semaines auparavant. Les auteurs pensent qu'il y a rétention de la tuberculine dans le derme. Chez un de ces malades, la positivation n'apparaît qu'après guérison de troubles nerveux encéphalitiques et ils se demandent si cette encéphalite initiale n'a pas inhibé, par un mécanisme inconnu et de façon transitoire, la réaction des téguments à la tuberculine.

Un signe nouveau d'atteinte du pneumogastrique au cours de la diphtérie : la paralysie de l'estomac. — **MM. P. Mounier-Kuhn** et **M. Vialtel** signalent à propos de plusieurs observations une paralysie gastrique par atteinte du vague au cours de la diphtérie et caractérisée par une dilatation gastrique importante, une ptose légère, une hypotonie généralisée et un syndrome fonctionnel en général peu accusé.

Ils rapprochent ces faits des notions actuelles sur la physiologie de la motricité et de l'innervation gastro-intestinale et signalent leur parallélisme avec les constatations expérimentales après section des vagues chez le chien.

Anémie aiguë du nouveau-né. Observation anatomo-clinique d'un cas mortel. — **MM. P. Bertoye, E. Bansillon, D. Picard, Flattot** et **A. Meynadier.** A propos d'une anémie aiguë primitive ayant entraîné la mort au 11e jour, avec une déglobulisation intense (430.000), une aplasie médullaire élective de la série rouge et des stigmates anatomiques d'hyperhémolyse. Les auteurs proposent pour les anémies primitives du nouveau-né une classification dérivée de celle de Stransky, et les divisent en deux groupes, suivant qu'elles s'accompagnent ou non d'une hyperplasie érythroblastique primitive. Dans les deux groupes, dont l'un se rattache à la triade érythroblastique du nouveau-né, tandis que l'autre en est indépendant, la guérison est souvent spontanée (syndrome d'anémie aiguë curable de Lelong), on assiste alors parfois à une poussée érythroblastique secondaire, régénérative. Ces anémies imposent la transfusion ; elles sont trop souvent méconnues, masquées par l'ictère du début.

Remarques sur la chronaxie vestibulaire chez une basedowienne. — **MM. G. Mouriquand, J. Bret** et **J. Coisnard.**

16 Janvier.

Aortite verruqueuse chez une syphilitique. — **MM. Barbier, P. Plauchu, Piquet** et **Gallet** ont découvert chez une malade morte de défaillance cardiaque aiguë, avec échec du traitement spécifique, des lésions aortiques très curieuses.

A côté de plaques gélatiniformes typiques et de lésions de myocardite spécifique d'allure infarctoïde, l'aorte présentait dans ses 20 premiers centimètres des lésions constructives d'allure verruqueuse ressemblant à de petites crêtes de coq, rosées, groupées, donnant au doigt une impression de lime. La syphilis certaine, la grosse lésion aortique, l'absence d'endocardite ou d'état septicémique font admettre aux auteurs qu'il s'agit d'une aortite spécifique à lésions verruqueuses.

Trois observations de sténose bronchique tuberculeuse chez l'enfant. — **MM. M. Jeune, M. Flattot** et **R. Muller.** Séméiologie radiologique assez particulière dans les 3 cas. En effet, la sténose bronchique, vérifiée par la bronchoscopie dans 2 observations, fut soupçonnée cliniquement une fois devant un tableau d'emphysème diffus des lobes moyens et inférieurs droits, l'autre fois grâce à la constatation d'une atélectasie des lobes moyens et inférieurs droits cachés sous une pleurésie, une autre fois enfin devant un emphysème pulmonaire de type diffus, associé à un pneumothorax du même côté.

La vitesse de sédimentation sanguine dans les syndromes cliniques de tumeur cérébrale. — **MM. Devic, Riondet** et **Mazare.** Cette étude faite dans 14 cas de syndromes cliniques de tumeurs cérébrales vérifiées opératoirement a montré une augmentation à peu près identique, qu'il s'agisse de gliomes, de méningiomes, d'abcès ou d'encéphalite, et la défaillance de la sédimentation pour le diagnostic de ces différents syndromes.

Hémiplégie droite avec aphasie survenue 3, puis 20 mois après une méningite à pneumocoques. — **MM. Devic, Riondet** et **Mazare.** Observation de méningite à pneumocoques qui après guérison par les sulfamides a présenté à deux reprises une hémiplégie droite avec aphasie ayant chaque fois rétrocédé sous l'influence des sulfamides et que les auteurs interprètent comme une poussée d'encéphalite.

Une observation de polynévrite post-typhique. — **MM. Devic, Riondet** et **Mazare.**

23 Janvier.

Stase de la première portion duodénale consécutive à une phrénicectomie gauche. — **MM. A. Vachon** et **Michel.** Il s'agit d'une complication exceptionnelle, expliquée peut-être par le déplacement vers la gauche du segment relativement mobile qu'est le bulbe et l'étirement du segment qui l'unit à la 2e portion. Le décubitus latéral droit permettait au malade une meilleure digestion.

Syndrome de Lœffler chez l'enfant. — **MM. P. Girard, Muller** et **Mlle Neyrard.** A propos de 2 observations, les auteurs insistent sur le fait que la modification de la formule sanguine ne porte pas uniquement sur l'éosinophilie. Ils signalent en outre une lymphocytose marquée et la présence de polynucléaires à granulations toxiques.

Aspect radiologique pseudo-néoplasique d'un ulcère gastrique : niche en plateau encastrée. — **MM. A. Vachon** et **R. Brette.** Cas d'ulcère bénin histologiquement vérifié qui avait donné un aspect radiologique de « niche en plateau encastrée ». Ce nouvel examen ayant montré qu'il y a des images suspectes, mais pas de signes pathognomoniques de malignité.

Diagnostic précoce d'un cancer ulcériforme de l'estomac. — **M. A. Vachon.** Observation où l'application de la surveillance radiologique rapprochée a permis le diagnostic précoce de la nature maligne d'une ulcération prépylorique.

La sédimentation globulaire du premier quart d'heure. — **M. A. Josserand.**

G. Despierres.

REVUE DES THÈSES

THÈSE DE PARIS

Raymonde Weill. ***Retentissement des résections gastriques chirurgicales sur l'hématopoïèse.*** 74 p. (*Librairie Arnette*), Paris, 1943, n° 155. — Ce travail est basé sur l'étude d'une série de 30 ulcères gastrectomisés par M. Soupault, suivant la technique de Hofmeister-Finsterer dans la plupart des cas.

On sait que l'on reproche à la gastrectomie large d'entraîner la disparition du principe anti-anémique, aussi W. a-t-elle entrepris d'étudier chez ses malades la formule sanguine, le myélogramme et le chimisme gastrique.

L'anachlorhydrie entraînée par la gastrectomie paraît constante et définitive, mais n'entraîne pas de trouble clinique appréciable. Elle ne provoque pas habituellement l'apparition d'une anémie grave ; en particulier W. n'a rencontré aucune anomalie de sang ou de myélogramme permettant d'incriminer dans la genèse des troubles une carence du principe anti-anémique. Une hypoglobulie est fréquemment notée : elle ne s'accentue pas avec le temps.

La constatation de ces perturbations, en somme discrètes, ne constitue pas un argument contre la gastrectomie dans le traitement de l'ulcère gastro-duodénal.

Lucien Léger.

NOTES
DE MÉDECINE PRATIQUE
PUBLIÉES PAR LES SOINS DE A. RAVINA

Syndrome du scalène antérieur de Nafziger ou du défilé costo-claviculaire de Leriche

Scalénotomie. Guérison Résultat de 18 mois

Notre maître le Prof. Leriche a fait connaître en France le syndrome du scalène antérieur, que Howard Nafziger, le premier, et après lui Alton Ochsner, Gage et de Bakey, Adson, Gladstone, Wakeley, Paterson, Spurling et Bradford avaient isolé aux Etats-Unis.

En 1940, Calvet lui a consacré une revue générale de *La Presse Médicale*. Ce syndrome, fait de douleurs et troubles vaso-moteurs, s'apparente cliniquement à celui des côtes cervicales ou des apophyses transverses hypertrophiques. Mais la radiographie ne révèle pas d'anomalie osseuse de la colonne cervicale. Il serait dû, d'après Howard Nafziger, à une compression légère de l'artère sous-clavière entre le scalène antérieur scléreux et la première côte.

Le syndrome du scalène antérieur est très voisin de celui du « défilé costo-claviculaire », provoquant « l'insomnie par douleur du bras dans l'horizontale », décrite par le Prof. Leriche et dont on trouvera la description dans le livre magistral que notre maître a consacré à la Chirurgie de la Douleur.

Mais si, grâce aux travaux de M. Leriche et de Calvet, le syndrome du scalène antérieur et son parent, le syndrome du défilé costo-claviculaire, sont actuellement connus en France, peu d'observations en ont encore été rapportées, et moins encore de résultats éloignés concernant les scalénotomies.

Le cas que nous publions aujourd'hui comble cette lacune. Le voici :

M. Ernest B..., boulanger-pâtissier de son métier, âgé de 29 ans, vient nous consulter le 20 Janvier 1942 pour douleurs nocturnes dans le membre supérieur droit.

Ces douleurs ont débuté, sans cause apparente, trois mois plus tôt. Le malade est réveillé presque chaque nuit, surtout après des journées fatigantes, par des fourmillements dans l'annulaire droit. Ceux-ci gagnent peu à peu le pouce et les autres doigts, remontent le long de l'avant-bras et atteignent le milieu du bras. Ils se transforment parfois en douleurs véritables qui augmentent d'intensité, deviennent pongitives et atroces. Elles interdisent alors tout sommeil. La seule position qui soulage un peu le malade est celle du bras tombant hors du lit, toute autre position (bras plié sous la nuque ou allongé le long du corps) ne donne aucune accalmie.

Pendant le jour, les douleurs n'apparaissent jamais, mais le malade ressent parfois de petits fourmillements dans les doigts.

Dans les antécédents, nous ne relevons rien de spécial.

A l'examen, nous sommes en présence d'un homme robuste, en bonne santé apparente, et chez qui l'examen clinique des différents appareils est absolument négatif.

Le pouls artériel des membres inférieurs est partout palpable.

Aux membres supérieurs, il est perçu sur tout le trajet de la radiale, aussi bien, semble-t-il, à droite qu'à gauche. Les mesures oscillométriques prises au repos sont normales aux deux membres supérieurs, on note cependant une diminution d'un 1/2 degré au membre supérieur droit par rapport au gauche.

Le Bordet-Wassermann est négatif. La tension artérielle est à 13-8 *cm*. Hg Vaquez, la glycémie à 1,16 pour 1.000, l'urée du sang à 0,24 pour 1.000. Les urines ne contiennent aucun élément anormal.

La radiographie de face de la colonne ne montre pas de côte cervicale, mais simplement une ossification du ligament interapophysaire de la 6e et 7e cervicale à droite.

Nous pensons donc à un *syndrome du scalène antérieur*, ou plutôt à celui du défilé costo-claviculaire, tel qu'il a été décrit par M. Leriche, puisque aussi bien chez notre malade que chez les 2 malades de notre maître, les douleurs n'apparaissent que la nuit et sont soulagées par certaines positions du bras.

Toutefois, avant de nous décider à une intervention, nous essayons d'abord deux infiltrations stellaires qui soulagent un peu, mais passagèrement, le malade. Celui-ci ne pouvant revenir nous voir fréquemment, l'opération s'impose. Elle fut pratiquée le 20 Novembre 1942. Sous anesthésie locale (Prof. Fontaine, Drs Forster, Géry) une scalénotomie antérieure droite fut faite par une incision rétro-sterno-cléido-mastoïdienne. Découverte facile du scalène antérieur, qui, sans être particulièrement scléreux, n'en bridait pas moins le tronc antérieur du plexus brachial et enserrait l'artère sous-clavière.

Après section du muscle, l'artère et les nerfs parurent dégagés.

Les suites opératoires furent des plus simples. Dès le lendemain de l'opération le malade ne souffrait plus et put dormir normalement. Il quitta l'hôpital le septième jour.

Nous avons régulièrement eu de ses nouvelles. Le résultat initial se maintient. Le 15 Octobre 1943, dix-huit mois après l'opération, le malade nous apprend qu'il demeure parfaitement guéri et qu'il n'a plus eu ni la moindre douleur, ni le moindre fourmillement.

Il a donc suffi dans ce cas de sectionner très simplement le scalène antérieur avec son aponévrose d'enveloppe, et de libérer ainsi le paquet vasculo-nerveux, la sous-clavière et le plexus brachial, pour voir disparaître comme par enchantement, et définitivement, des douleurs qui duraient depuis trois mois.

Le syndrome du scalène antérieur de Nafziger ou du défilé costo-claviculaire de Leriche constitue donc une réalité, avec laquelle il faut savoir compter. Dans notre cas, la section simple du scalène antérieur a été suffisante.

Paterson, Gage et Aynes Worth recommandent, par contre, la résection de la portion inférieure du muscle afin d'éviter la récidive.

Signalons enfin que nous n'avons pas constaté, dans notre cas, la paralysie de l'hémidiaphragme correspondant, due à l'étirement du phrénique, que Spurling et Bradford ont observé après certaines de leurs scalénotomies.

Ainsi, si l'étiologie des syndromes du scalène antérieur et du défilé costo-claviculaire peut *a priori* paraître encore quelque peu mystérieuse, leur réalité, objectivée par des faits comme celui que nous rapportons aujourd'hui, ne saurait plus être contestée. R. Fontaine et E. Forster.

BIBLIOGRAPHIE

Adson : *Texas state. Med. Journ.*, 1933, **28**, 739. — J. Calvet : *La Presse Médicale*, 1940, nos 102-103, 1072. — Gage : *Surgery*, 1939, **5**, 599. — Gladston et Wakeley : *Journ. of Anatomy*, 1932, **3**, 66. — R. Leriche : *Chirurgie de la douleur*, 2e édition, (*Masson*, 1940) ; *La Presse Médicale*, 26 Juillet 1941, 825. — Nafziger : *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, 1938, **67**, 772. — Paterson : *Annals of Surgery*, 1935, **102**, 972 ; 1940, **111**, 531. — Spurling et Bradford : *Annals of Surgery*, 1938, **107**, 108.

L'hémianopsie relative

La recherche de l'hémianopsie latérale homonyme se fait d'une façon grossière au lit du malade à l'aide du doigt ou d'un index blanc : petite sphère d'ivoire fixée à l'extrémité d'une longue tige d'acier peinte en noir. Le malade est prié de se masquer un œil avec la main et de fixer le regard de l'autre œil sur le nez du médecin ; le médecin explore successivement chacun des principaux méridiens du champ visuel en déplaçant l'index de la périphérie vers le centre en priant le malade de l'avertir dès qu'il aperçoit l'index ; la même manœuvre est recommencée pour l'examen de l'autre œil. Ce procédé est largement suffisant pour déceler une hémianopsie même en quadrant. L'exploration du champ visuel à l'aide du périmètre devient indispensable dès que l'on veut établir des schémas du champ visuel, seul procédé permettant d'apprécier exactement l'évolution de l'hémianopsie, c'est-à-dire son aggravation ou son amélioration. Ces deux procédés, avec ou sans périmètre, reposent sur le même principe : l'exploration successive des différents secteurs du champ visuel. Ces procédés sont les meilleurs pour déceler l'hémianopsie absolue (H. A.), mais ils sont incapables de déceler l'hémianopsie relative (H. R.). Or il faut bien savoir qu'un malade peut avoir une H. R. alors que l'examen périmétrique a démontré d'une façon formelle l'absence d'H. A.

Pour mettre en évidence l'H. R. il faut explorer *simultanément* et non plus *successivement* le champ visuel malade. Pour cela, on procède de la façon suivante : le malade étant assis en face du médecin est prié de fixer son regard sur le nez du médecin, aucun œil n'étant masqué ; le médecin amène progressivement ses deux index de chaque côté dans le champ temporal du malade ; le malade est prié d'avertir dès qu'il voit un doigt. S'il a une H. R., mettons gauche, deux éventualités peuvent se produire : ou bien il indique qu'il voit un seul index, celui qui est à sa droite ; ou bien il indique qu'il voit les deux index ; dans ce cas il faut lui demander « lequel voyez-vous le mieux ? » ; il indique encore celui qui est à sa droite. On lui demande ensuite de se masquer l'œil droit, puis on amène progressivement et simultanément les deux index dans le champ temporal et dans le champ nasal de l'œil gauche (en se rappelant que normalement le champ nasal est moins étendu que le champ temporal, la différence étant de 30°) ; là encore deux éventualités peuvent se produire, suivant que le malade voit seulement l'index qui est à sa droite, ou bien que tout en voyant les deux index, l'index qui est à sa droite est plus nettement perçu. On termine enfin par l'exploration de l'œil droit qui conduit au même résultat. Toutes ces réponses montrent clairement l'existence d'une hémianopsie gauche que l'examen au périmètre est incapable de mettre en évidence.

Il s'agit là d'un phénomène bien connu, signalé en particulier par J. Lhermitte et J. de Ajuriaguerra dans leur « Psychopathologie de la vision ». Dans le même ordre d'idées, chez un malade atteint d'une hémianesthésie légère, si on pique successivement le côté gauche et le côté droit, le malade répondra chaque fois : piqué ! et l'on méconnaîtra l'hémianesthésie ; mais si on pique simultanément les deux côtés, il accusera seulement la piqûre du côté sain ; autrement dit, le trouble, s'il est léger, n'apparaît que si l'attention du malade se concentre sur la région déficiente. De même l'H. R. n'apparaît pas si le champ visuel déficient est exploré isolément. C'est pourquoi un grand nombre d'hémianopsies échappent aux examens minutieux des ophtalmologistes.

L'H. R. n'est pas une simple curiosité physiologique, elle offre un intérêt considérable en neurologie et plus spécialement encore en neurochirurgie. On sait combien les signes de localisation font souvent défaut en neuro-chirurgie et l'on connaît toute l'importance de signes à peine ébauchés mais concordants ; dans ce sens l'H. R. nous est apparue comme un signe très fréquent et extrêmement précieux, non pas tant pour faire une localisation précise que pour indiquer le côté droit ou gauche de la lésion cérébrale.

Nous l'avons constatée dans les tumeurs cérébrales, où elle nous a permis, dans des cas douteux, de préciser le siège sus-tentoriel de la lésion et l'hémisphère atteint. Nous l'avons observée dans certains cas de traumatismes craniens, d'hémorragie cérébrale, de ramollissement cérébral.

Il peut arriver qu'une H. R. coïncide avec une H. A. ; en voici un exemple : une malade se plaignait de troubles de la vue depuis un an ; cinq fois son médecin lui avait fait changer ses verres sans améliorer sa vision ; l'examen mit en évidence une aphasie modérée et une H. R. droite tout à fait nette, en ce sens que la malade dans toutes les épreuves voyait seulement l'index qui était à sa gauche ; or l'examen périmétrique permit de constater qu'elle avait une hémianopsie en quadrant inférieur droit : il fallut pour le découvrir un examen long et minutieux, alors qu'en quelques secondes et sans le secours d'instrument il était facile de déceler l'H. R.

Si l'on ajoute que la découverte d'une H. R. permet d'affirmer le caractère organique de la lésion, on voit que l'H. R. mérite d'être recherchée systématiquement par les neurologistes et par les ophtalmologistes.

François Thiébaut

NÉCROLOGIE

Sébastien Charléty

(1867-1945)

L'Université de Paris, l'Université de France tout entière vient de perdre l'un de ses grands serviteurs, l'un de ceux qui ont le mieux contribué à accroître son prestige dans le pays et son rayonnement à travers le monde. Sébastien Charléty est mort, il y a quelques semaines, en Savoie où il s'était retiré après les tristes événements de 1940. Il fut pour la Médecine et pour les Médecins un bienfaiteur. Aussi bien convient-il de rendre hommage, dans les colonnes de ce périodique, à la mémoire d'un homme qui, pendant la période d'avant-guerre, se consacra tout entier à l'essor intellectuel de la jeunesse française et illustra fièrement le rôle de grand commis de la République qu'il avait accepté.

*
* *

Né en 1867 à Chambéry, d'une ancienne famille savoyarde, Charléty fait au lycée de sa ville natale de brillantes études qu'il termine à la Sorbonne. L'histoire l'attire. A l'école de Lavisse et de Seignobos son jugement se précise et son talent d'écrivain s'affirme. A l'agrégation d'histoire, où il se présente en 1890, son succès est prévu. Puis commence la période itinérante de sa vie. Il enseigne aux lycées de Montauban, de Châteauroux, de Caen et partout l'influence exercée sur ses élèves est grande.

En Septembre 1894, le voici à Lyon où il se voit confier la maîtrise de conférences récemment créée à la Faculté des Lettres, pour l'enseignement de l'Histoire de Lyon et de la région lyonnaise, maîtrise bientôt transformée en chaire magistrale. Dans cette chaire le jeune professeur peut déployer toute son activité scientifique et pédagogique.

L'interdit de trente années que le Père Enfantin avait, en les léguant à la Bibliothèque de l'Arsenal, jeté sur les archives de sa secte venait d'être levé. L'occasion s'offrait donc d'écrire une histoire du Saint-Simonisme. Charléty la saisit. Etrange destinée que celle de Henri, Comte de Saint-Simon. Dans la misère où ses opérations financières l'avaient plongé, il attribuait à la science et à l'industrie le pouvoir d'améliorer la condition humaine et concevait de nouvelles bases à la Société. L'idée, en 1823, était audacieuse. C'est pourquoi elle séduisit quelques hommes jeunes et aventureux. Sur les hauteurs de Ménilmontant, réunis en communauté, quarante disciples s'efforcèrent de conformer leur existence aux vues du novateur. Mais leur tentative sombra dans le scandale. Or, c'est à eux, et plus particulièrement à Enfantin, que Charléty consacra sa thèse principale qu'il soutint en 1896, alors que sa thèse latine avait pour objet l'histoire d'un magistrat lyonnais du XVIe siècle: Balthazar de Villars.

Durant son séjour à Lyon il publie une série de monographies et d'articles sur l' « Histoire de l'enseignement secondaire dans le Rhône », sur l' « Histoire de Lyon depuis ses origines jusqu'à nos jours », sur les « Documents relatifs à la vente des biens nationaux », pour ne citer que ses ouvrages principaux. Ces monographies devaient constituer un jour les éléments essentiels d'une grande histoire de la Cité lyonnaise. Mais le destin en décida autrement.

Le 1er Janvier 1908, Sébastien Charléty est mis à la disposition du Gouvernement tunisien et du Résident général Alapetite, ancien Préfet du Rhône. Brusque métamorphose: l'historien se révèle parfait administrateur.

Directeur général de l'Instruction publique et des Beaux-Arts à Tunis, Charléty y dresse un programme de réformes où la sagesse et l'imagination mêlent leurs vertus. Ce programme est adapté aux nécessités du pays. Il est ingénieux, pondéré, tout imprégné de bon sens. Le nouveau directeur général fonde l'Ecole supérieure de Langue et de Littérature arabes, réorganise les bibliothèques, construit ou agrandit, sur tous les points de la résidence, lycées, collèges et écoles: ces petites maisons blanches construites de pierres neuves où la foule des enfants se porte.

Charléty n'en est pas encore arrivé à l'époque de sa vie où il devait dire de lui-même « l'historien défunt que je suis ». Lorsque son maître Lavisse eut décidé de poursuivre son Histoire de France au delà de 1789, il lui confia les deux volumes sur la « Restauration » et la « Monarchie de Juillet ». Ecrits l'un et l'autre sur les rives africaines, ils affirment les qualités maîtresses de l'historien.

Onze ans plus tard, le voici à Strasbourg, d'abord



Photo L. Silvestre

SÉBASTIEN CHARLÉTY

Directeur général de l'Instruction publique et des Beaux-Arts et bientôt Recteur de l'Université. En Alsace, Charléty introduit dans l'enseignement des méthodes nouvelles et heureuses, rétablit avec doigté et finesse la prépondérance du français sur l'allemand dans les classes, crée de nouveaux Instituts près les Facultés de Médecine et des Sciences, agrandit la Faculté de Pharmacie, installe au Palais du Rhin une partie de la Faculté des Lettres, fonde un Institut de Physique du globe, ouvre un foyer universitaire pour étudiants. Sous son influence l'Université française déborde l'Université allemande et n'a aucun parallèle à redouter, ainsi que le dira son successeur le recteur Pfister à la séance solennelle de rentrée du 22 Novembre 1927. Charléty venait d'être appelé à succéder à Paris au recteur Lapie, mort prématurément.

Sébastien Charléty arrive à Paris avec sa réputation de grand historien du Saint-Simonisme, de réformateur de l'enseignement tunisien, de rénovateur de l'Université de Strasbourg.

Sous sa direction les Facultés s'agrandissent, les bibliothèques voient se développer leur domaine. Aux côtés de M. Honnorat, fondateur et animateur de la Cité universitaire, Charléty s'efforce d'accroître ce vaste foyer où la jeunesse, venue de tous les pays et de tous les continents, apprend à se connaître et à s'estimer. Il crée aussi un « Centre d'études de Politique étrangère » qui groupe, pour d'heureuses méditations, les travailleurs intellectuels français et étrangers.

Apôtre et hérant de la culture française, Sébastien Charléty est, au long des années où il dirige l'Université de Paris, le plus prestigieux des ambassadeurs intellectuels. Mais il est surtout un observateur compréhensif et attentif des tendances de la jeunesse. Avec une clairvoyance qui n'est pas sans étonner, il aperçoit que l'état d'apaisement où certains hommes voient le monde ne procède que de leur propre lassitude ou que de leur découragement.

« La jeunesse, constate-t-il en 1907, est parfaitement insensible à ce lugubre pronostic. Si l'avenir de la culture — nous dit-il — dépend comme toujours, du recrutement des hommes capables de la faire vivre et progresser, soyons sûrs que se refont, aujourd'hui comme hier, constamment, sans interruption, les cadres et les équipes. »

Si l'œuvre de Charléty est vaste, c'est que cet administrateur, ce recteur éminent fut, et resta toujours, un homme. N'aimait-il pas à faire sienne cette pensée du philosophe, tirée du fond des âges ? « Avant tout, défends le poste que t'a assigné la nature. Et si tu me demandes quel est ce poste, je te répondrai que c'est celui d'un homme. »

*
* *

Ceux qui ont approché le recteur Charléty garderont le souvenir de sa rare pénétration d'esprit. Elle s'inscrivait d'ailleurs sur son visage dont elle avait comme buriné l'expression.

Grand, le corps légèrement voûté, Charléty avait un air de distinction qui séduisait. Des mèches rebelles retombaient capricieusement sur un large front méditatif. Son regard surtout impressionnait. Tantôt légèrement voilé, insaisissable, comme s'il poursuivait un rêve intérieur, tantôt d'une ironie discrète, il se posait sur les hommes et sur les choses comme pour les atteindre dans leur tréfonds.

Ce qu'il était au physique, Charléty l'était au moral. La noblesse des traits extérieurs indique celle de la pensée qui jamais ne s'abaisse et qui jamais n'abdique. Penchée vers l'homme, consciente des hautes destinées qui attendent celui-ci, elle aperçoit dans les problèmes que pose la vie des « stimulants quotidiens » qu'elle aborde avec résolution et qu'elle méprise avec vigueur.

Sincère avec lui-même, c'est au service de l'homme que Charléty mit une intelligence dont le domaine s'est agrandi grâce à la connaissance du passé: « car l'histoire donne à l'avenir le moyen d'être pensé par les hommes ». Les incertitudes, les contradictions qu'il fut à même d'observer aux divers postes de direction qu'il occupa, l'amenèrent à la notion précise que les progrès matériels n'ont de portée que si l'esprit suit une progression parallèle. Et pour avoir su discerner lui-même « qu'au souci de la production matérielle, le souci de la recherche scientifique ne doit pas être subordonné », il contribua à maintenir l'enseignement supérieur dans la voie qui lui est propre et à encourager l'éclosion de la recherche désintéressée.

Au reste, pour éminentes que furent ces fonctions, pour éclatants les services qu'il rendit, Charléty resta toujours un homme simple, d'un commerce agréable, d'un abord courtois. Les honneurs ne le grisèrent pas. Président de la Commission supérieure des Archives nationales, président de la Commission de publication des documents relatifs aux origines de la guerre de 1914-1918, vice-président du Conseil supérieur de l'Instruction publique, Grand-Officier et membre du Conseil de l'Ordre de la Légion d'honneur, membre de l'Institut, Charléty ne vit dans ces hautes fonctions que l'occasion de servir.

Et lorsqu'en 1937 il prit sa retraite, la Sorbonne était encore toute vibrante des discours qu'il

avait dédiés aux plus hautes vocations de l'esprit : pages de choix empreintes d'une philosophie volontiers tendre, elles mériteraient d'être recueillies et publiées pour l'enseignement des jeunes générations.

Toujours attentif à ce qui est de l'homme, à tout ce qui, autour et loin de lui, palpite de vie spirituelle, Charléty partage désormais son activité entre le Centre de politique étrangère à Paris et l'Institut français à Prague où il s'efforce de poursuivre l'œuvre fondée par Ernest Denis. En 1940, après l'armistice, il se retire en Savoie, dans sa vieille maison de Planaise, dans la riante vallée de l'Isère où il passe, entouré des siens et de ses livres la plus grande partie de l'année.

C'est là qu'avant la guerre j'allais le voir chaque été. J'aimais saluer en lui un ami cher en même temps qu'un maître à la vie riche en enseignement et en exemple. Je le surprenais parmi les siens, parmi ses petits-enfants qu'il chérissait et dont il commençait à façonner l'esprit. Hélas ! la mort accidentelle de l'un d'eux devait assombrir ses dernières années.

Homme, Charléty le fut dans la plus noble acception du terme, par la finesse de son esprit, par sa souriante énergie voilée de songe. Il le fut aussi par ses qualités de réalisateur. L'Université de Paris lui doit une large part de sa grandeur et de son éclat.

Inclinons-nous par la pensée devant sa tombe. Adressons à Madame Charléty, à ses enfants, à ses petits-enfants l'expression de nos condoléances les plus émues et de notre sympathie la plus profonde. Et affirmons ici que la mort de Sébastien Charléty ne portera atteinte ni à son œuvre, ni à son souvenir. Son nom restera attaché à l'histoire du Saint-Simonisme, au prestige de l'Université de Strasbourg, à la grandeur de l'Université de Paris.

GUSTAVE ROUSSY.

VARIÉTÉS — INFORMATIONS

ALIMENTS TOXIQUES

Intoxication par les faînes

L'Institut central de recherches sur l'alimentation d'Utrecht ayant eu fortuitement connaissance de quelques cas d'intoxication par les faînes, fruits du hêtre, a jugé bon de procéder à une enquête dont M. Van Eekelen, G. Hartog et P. J. Van der Laan[1] ont rendu compte. On a ainsi découvert 331 sujets qui, après consommation de ces fruits, avaient présenté des phénomènes pathologiques plus ou moins nets. Trois chiens et un chat auraient également manifesté des symptômes d'empoisonnement. On a obtenu des renseignements sur 224 patients parmi lesquels deux fois plus d'hommes que de femmes. Les sujets de plus de 20 ans paraissent avoir été plus souvent atteints que les jeunes. Dans 51 pour 100 des cas il s'agissait de faînes vertes et dans 18 pour 100 de faînes brunes. Les faînes avaient été mangées crues, cuites avec de la graisse, grillées, un peu plus rarement sous forme de bouillie au lait, etc.

Le nombre des faînes consommées a beaucoup varié et il ne semble pas que l'enquête hollandaise ait permis de constater des relations très étroites entre les doses et la vivacité des symptômes. Il fut consommé moins de 50 faînes dans 39 pour 100 des cas et plus de 100 dans 28 pour 100 des cas.

Les symptômes ont été constitués par des nausées (95 pour 100) accompagnées de vomissements (35 pour 100), du mal de tête (62 pour 100), des vertiges (31 pour 100), des douleurs abdominales et gastriques (30 pour 100), de la diarrhée (22 pour 100). Le mal de tête et les douleurs abdominales et gastriques ont été parfois très violents et des lipothymies ont été notées. Dans 3 cas on a observé de la température jusqu'à 40°. Les crampes ont été également signalées. Ces symptômes ont apparu généralement une ou deux heures après l'ingestion des faînes et ont disparu en quelques heures. Seule, la diarrhée a pu persister pendant quelques heures.

Les phénomènes de ce genre sont peu connus. La grande *Flore* de Bonnier, pourtant richement documentée, les passe sous silence. Les traités de toxicologie n'en parlent généralement pas. Celui de Lewin fait exception, car il décrit les symptômes provoqués par les faînes. Des cas d'empoisonnement par ces fruits ont d'ailleurs été signalés dès le XVIII[e] siècle par Houttuijn et par Gottsched. Ce dernier parle même de cas mortels. Récemment, Sabalitschka (1930) en a publié un cas familial survenu à Altona, dans une famille de 5 personnes, à la suite de la consommation d'un gâteau de farine de faînes. Les publications sur les intoxications des animaux par les faînes sont un peu plus fréquentes (Fröhner). Il s'agit alors surtout d'intoxications provoquées par des tourteaux.

D'après la croyance populaire on éviterait ces inconvénients en débarrassant préalablement les fruits de leur péricarpe, fait qui serait confirmé par les travaux récents de Kubo et de ses collaborateurs. On a également recommandé, dans le même but, d'enlever le germe de la graine.

On n'est pas encore arrivé à déterminer la nature du poison qui serait soluble dans l'eau et auquel Herberger (1830) aurait donné le nom de fagine. On a incriminé la choline, la triméthylamine, la neurine, des oxalates, etc.

Ces phénomènes d'empoisonnement paraissent peu graves. Ils prennent cependant une signification sérieuse quand on songe aux travaux récents de Kubo et de ses collaborateurs[2]. Ces auteurs japonais ont effectivement montré que la cirrhose du foie serait plus fréquente dans les pays où la farine de faîne est un produit de consommation. Des expériences poursuivies par ces auteurs auraient montré que l'adjonction de péricarpe de faînes au régime entraîne des altérations du foie, de la rate, du thymus, des reins et des ganglions. Ces altérations seraient liées à la présence de substances solubles dans l'alcool ou dans les extraits alcalins.

Il convient donc d'exclure les faînes de l'alimentation humaine et de réserver ce fruit fort riche en huile (25 à 30 pour 100, surtout d'oléine) à des usages purement industriels.

P.-E. MORHARDT.

1. M. VAN EEKELEN, G. HARTOG et P. J. VAN DER LAAN : Vergiftigingen door het eten van beukenootjes. *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1er Mai 1943, n° 18, 831-837.
2. KUBO, HISATOSHI, HATSUNORI FUJIMOTO et HIROMI NAKAYAMA : Les altérations du foie chez les lapins, les rats et les souris soumis à une alimentation de faînes. *Transactions Soc. path. Jap.*, 1938, **28**, 325-326.

Société française d'Histoire de la Médecine

3 Février 1945.

Après l'allocution du président sortant, Prof. OLIVIER, qui devient secrétaire général en remplacement du regretté Marcel FOSSOYEUX, le nouveau président, Raymond NEVEU, rappelle qu'il fait partie de la Société depuis sa fondation en 1906 et évoque avec émotion et finesse les présidents successifs : Raphaël BLANCHARD, Paul RICHER, Gilbert BALLET, LE PILEUR, JEANSELME, HERVÉ, MENETRIER, LAIGNEL-LAVASTINE, SIEUR, BARBILLON, LEGENDRE, MAUCLAIRE, BRODIER, DELAUNAY et OLIVIER. En terminant il fait allusion à la *Société internationale d'Histoire de la Médecine*, dont le président est LAIGNEL-LAVASTINE et le secrétaire général J. GUIART.

Est ensuite présentée la question de l'affiliation à la Société française de la *Société bordelaise d'Histoire de la Médecine*, récemment créée.

Comme suite à la communication de Raymond NEVEU sur le problème de l'introduction de la syphilis à Tahiti, L. SASPORTAS présente une note où, d'après les témoignages de BOUGAINVILLE et de COOK, il conclut qu'il est plus probable que la maladie fut importée par les Anglais. Les Tahitiens ne parlaient-ils pas du « mal anglais » ? Mais il faut faire remarquer que dans l'affection vénérienne incriminée, la blennorragie n'était pas distinguée de la syphilis.

M. LAIGNEL-LAVASTINE présente de la part de M. A. MOUTIER (Vichy) une note du *Vichy Médical* d'Août 1944 sur les *Thermes des « aquis calidis »*. L'intérêt est dans une inscription moulée en relief sur un fragment de tuyau de plomb : dédicace à *Septime Sévère et Caracalla César*. Comme *Septime Sévère* éleva son fils CARACALLA au rang de César en 196 et que celui-ci fut nommé Auguste en 198, l'inscription date donc de 196 ou 197.

M. René BÉNARD recherche, en vue d'une nouvelle collection, des textes médicaux français du XVI[e] siècle.

M. LAIGNEL-LAVASTINE annonce 5 conférences sur l'*Histoire de la Syphilis* qu'il commencera le 10 Avril, à 17 heures, à l'Institut Alfred-Fournier.

LAIGNEL-LAVASTINE.

Livres Nouveaux

Phtisiologie du médecin-praticien, par MM. M. BARIÉTY et G. BROUET, Professeurs agrégés à la Faculté, Médecins des Hôpitaux, avec préface du Prof. J. TROISIER. 1 vol. de 420 pages, avec 200 figures [Collection du Médecin praticien] (*Masson et C[ie]*, édit.), 1944. — Prix : 160 fr.

MM. Bariéty, médecin-chef du Centre de phtisiologie de l'Hôtel-Dieu et G. Brouet, assistant du Prof. Troisier à la Clinique de la Tuberculose, se sont proposé, en écrivant ce livre, d'y exposer les notions phtisiologiques nécessaires au médecin.

Malgré que la phtisiologie soit aujourd'hui sans conteste une spécialité et que certaines de ses techniques diagnostiques et thérapeutiques ne puissent être appliquées que dans des centres spécialisés, le rôle du médecin de famille, en matière de tuberculose, reste primordial. C'est à lui que s'adressent d'abord les sujets présentant un symptôme suspect et de sa perspicacité dépend un dépistage précoce ayant pour sanction l'application d'un traitement efficace ; c'est à lui encore qu'ont recours les tuberculeux qui se soignent en cure libre — dont le nombre dans le pays dépasse 300.000 — quand survient un épisode aigu de leur affection ; c'est à lui enfin qu'il appartient d'établir les règles de la cure hygiéno-diététique, de prescrire les médications symptomatiques et d'assurer l'application des mesures de prophylaxie.

L'accomplissement correct de ces divers actes médicaux n'est point subordonné à la connaissance des théories pathogéniques, des descriptions anatomo-pathologiques et des références bibliographiques, il est basé sur la judicieuse interprétation des données que fournissent la clinique, la radiologie et le laboratoire. C'est pourquoi MM. M. Bariéty et G. Brouet ont eu pour unique propos de répondre à toutes les questions d'ordre médical et social que peut se poser le médecin en face d'un tuberculeux. Ils envisagent successivement les règles fondamentales du diagnostic, le premier contact avec le malade, les possibilités de l'examen physique, ce que l'on peut demander à la radiologie, ce que l'on doit exiger du laboratiore ; et ces divers tests sont appréciés d'après leur valeur clinique, compte tenu des erreurs d'interprétation dont ils peuvent être entachés. Les principaux aspects de la tuberculose sont ensuite décrits à la lumière des acquisitions de nos connaissances les plus récentes. La partie concernant le traitement est l'objet d'un important développement ; les méthodes collapsothérapiques sont exposées avec un luxe de détails pratiques qui rendront aux débutants les plus grands services. Enfin les derniers chapitres sont consacrés à notre armement antituberculeux, à son organisation, à ses résultats et aux problèmes si divers que posent chaque jour au médecin les relations du tuberculeux avec la société; ils concernent les Assurances sociales, les certificats médicaux, la tuberculose traumatique, les pensions militaires, la médecine du travail, le mariage, la grossesse, les assurances-vie. Une liste mise à jour des dispensaires, des préventoriums et des sanatoriums permet au médecin de diriger ses malades pour des examens complémentaires vers l'organisme de triage le plus proche et de formuler des indications de placement.

Le texte est illustré et parfois complété par des schémas originaux — au nombre de 200 — établis avec le plus grand soin et accompagnés d'abondantes légendes explicatives. Pour l'élaboration de ces figures les auteurs ont eu la bonne fortune de pouvoir puiser dans la riche documentation iconographique des Archives de la Clinique de Laennec.

On retrouve dans ce livre les qualités de clarté et de méthode qui ont contribué au succès de l'enseignement de MM. M. Bariéty et G. Brouet à la Faculté et au Cours de perfectionnement organisé par le Prof. Troisier. Il s'y joint cette « concision ornée », si appréciée du lecteur, qui constitue l'une des qualités essentielles du style et de l'esprit français.

Le mot du moraliste « C'est un métier que de faire un livre », s'applique à cet ouvrage, en raison de sa conception originale et des soins minutieux qu'a nécessités son heureuse réalisation. Sans crainte d'errer, on peut prévoir son succès ; sa diffusion contribuera à apporter un précieux appoint à l'efficacité de la lutte antituberculeuse dans notre pays renaissant.

G. POIX.

Maladies des nourrissons et des enfants, par M. G. BLECHMANN (4e édition, *Doin et C[ie]*, édit., Paris, 1944. 694 pages).

Cette 4e édition des « Consultations journalières » est revue et corrigée avec la collaboration de Mme J.-H. Montlaur, de M. Martiny et de M[lle] S.-F. Cordelier. La plus importante modification est l'adjonction d'un important formulaire d'homéothérapie infantile dû à M. Martiny.

Comme précédemment, mais avec plus d'ampleur, c'est le traitement des diverses affections du nourrisson et de l'enfant qui est envisagé. Après une courte définition et parfois une brève discussion étiologique, la méthode thérapeutique qui paraît la meilleure est exposée avec clarté. Beaucoup de bon-sens, beaucoup de sagesse feront de ce livre une aide précieuse pour le praticien.

R. C.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Conseillers techniques sanitaires.

Par arrêté du 8 Février 1945, M. le Prof. Duvoir (Paris) a été nommé conseiller technique sanitaire pour l'hygiène industrielle et la médecine du travail.

CONSEILS DÉPARTEMENTAUX DES MÉDECINS

Comité de coordination

Extraits de la circulaire n° 35, du 8 Mars 1945.

La prochaine réunion du Comité de Coordination se tiendra le 25 Mars 1945.

La plus importante partie de cette séance sera consacrée à l'étude de l'ordonnance du 3 Mars relative à la fixation des tarifs des Assurances sociales pour les risques maladie et maternité ainsi qu'aux répercussions de cette ordonnance sur l'exercice de la médecine dans la région parisienne.

Mise au point au sujet de cette ordonnance du 3 Mars 1945.

Voulant justifier son projet d'ordonnance relatif à la taxation des honoraires médicaux en matière d'Assurances sociales, M. Parodi, ministre du Travail, a fait le 8 Février 1945 la déclaration suivante à la tribune de l'Assemblée consultative :

« Dans la situation actuelle, les tarifs des honoraires médicaux sont entièrement libres et il en résulte un risque pour les assurés car, par un mouvement naturel, on assiste à une majoration de ces tarifs toutes les fois qu'un effort nouveau est accompli par les Caisses pour augmenter la part des frais qu'elles prennent à leur charge » (*Journal officiel* du 9 Février 1945. Débats de l'Assemblée Consultative provisoire, page 49, 3e colonne).

Il est difficile de laisser passer sans protester une telle accusation contre le Corps médical.

Pour ne parler que du département de la Seine, on n'a jamais assisté à un relèvement des honoraires médicaux après une augmentation du tarif de responsabilité des Caisses. Ce sont au contraire les Caisses qui ont relevé leurs tarifs de responsabilité — pas toujours d'ailleurs — à la suite de l'augmentation des honoraires médicaux. Ce qui, au demeurant, est conforme à la loi qui prescrit que le tarif de responsabilité des Caisses est établi par celles-ci, « compte tenu des tarifs syndicaux minima pratiqués dans la région ».

Voici, pour les dernières années, les dates de relèvement respectif des honoraires minima et du tarif de responsabilité des Caisses en ce qui concerne la consultation.

Le 15 Novembre 1941, les honoraires pour la consultation qui, depuis le 15 Janvier 1938 étaient au taux de 30 fr., sont portés à 35 fr. par le Conseil départemental de l'Ordre. C'est 1 mois 1/2 plus tard, le 1er Janvier 1942, que l'Union des Caisses porte son tarif de responsabilité de 22 fr. 50 à 35 fr.

Le 1er Octobre 1942, relèvement des honoraires à 40 fr. C'est 3 mois après, le 1er Janvier 1943 que le tarif de responsabilié est porté lui aussi à 40 fr.

Les choses restent en l'état pendant de nombreux mois, jusqu'au 1er Mars 1944, date où l'ascension du coût de la vie oblige le Conseil du Collège départemental de l'Ordre à porter le taux des honoraires pour les consultations à 50 fr. Cette fois, la situation financière des Caisses ne permet pas à celles-ci de relever à leur tour leur tarif de responsabilité qui reste fixé à 40 fr.

Le 1er Janvier 1945, nouveau relèvement des honoraires de la consultaion à 60 fr., c'est-à-dire au double du taux de Janvier 1938. Le tarif de responsabilité des Caisses reste jusqu'ici fixé à 40 fr. bien que les recettes des Caisses soient devenues considérables du fait de l'augmentation des salaires et du relèvement des cotisations ouvrières de 4 pour 100 à 6 pour 100.

Faisons remarquer en terminant que les honoraires pour la consultation sont restés immuables à 25 fr. depuis 1931 — date de début d'application de la loi des Assurances sociales — jusqu'au 15 Janvier 1938. Faisons remarquer aussi que pendant ces 8 ans de stabilité des honoraires, les tarifs de responsabilité ont toujours été inférieurs aux honoraires médicaux, bien que la situation financière des Caisses du département de la Seine fût alors très florissante.

Après ce bref rappel des faits, qu'il soit établi une fois pour toutes que ce ne sont pas les variations du tarif de responsabilité des Caisses qui conditionnent le taux des honoraires des médecins, mais bien le coût de la vie et des dépenses professionnelles.

Certificats de complaisance.

Une ordonnance du 8 Février 1945 modifie certains articles du Code pénal. En voici les principales dispositions :

Article premier. — Les articles 160, 177, 178, 179 et 180 du Code pénal, modifiés par l'acte provisoirement applicable, dit la loi n° 98 du 16 Mars 1943 susvisé, sont abrogés et remplacés par les dispositions suivantes :

« Art. 160. — Hors le cas de corruption prévu à l'article 177 ci-après, tout médecin, chirurgien, dentiste ou sage-femme qui, dans l'exercice de ses fonctions et pour favoriser quelqu'un, certifiera faussement ou dissimulera l'existence de maladies ou d'infirmités ou un état de grossesse, ou fournira des indications mensongères sur l'origine d'une maladie ou infirmité ou la cause d'un décès, sera puni d'un emprisonnement de 1 à 3 années.

« Le coupable pourra, en outre, être privé des droits mentionnés en l'article 42 du présent Code pendant 5 ans au moins et 10 ans au plus à compter du jour où il aura subi sa peine. »

« Art. 177. — Sera puni d'un emprisonnement de 2 à 10 ans et d'une amende double de la valeur des promesses agréées ou des choses reçues ou demandées, sans que ladite amende puisse être inférieure à 5.000 fr., quiconque aura sollicité ou agréé des offres ou promesses, sollicité ou reçu des dons ou présents pour:

. . . .

« 3° Étant médecin, chirurgien, dentiste, sage-femme, certifier faussement ou dissimuler l'existence de maladies ou d'infirmités ou un état de grossesse ou fournir des indications mensongères sur l'origine d'une maladie ou infirmité ou la cause d'un décès.

. . . .

« Ar. 179. — Quiconque, pour obtenir, soit l'accomplissement ou l'abstention d'un acte, soit une des faveurs ou avantages prévus aux articles 177 et 178 aura usé de voies de fait ou menaces, de promesses, offres, dons ou présents, ou cédé à des sollicitations tendant à la corruption, même s'il n'en a pas pris l'initiative, sera, que la contrainte ou la corruption ait ou non produit son effet, punie des mêmes peines que celles prévues auxdits articles contre la personne corrompue. »

« Art. 180. — . . . .

. . . .

« Dans les cas prévus aux 3 articles qui précèdent, les coupables pourront, en outre, être interdits des droits mentionnés dans l'article 42 du Code pénal pendant 5 ans au moins et 10 ans au plus à compter du jour où ils auront subi leur peine.

(*J. O.*, 9 Février 1945.)

Conseil régional des Médecins.

(Région de Paris).

Procès-verbal de la séance du 18 Février 1945.

En exécution de l'ordonnance du 11 Décembre 1944 le Conseil régional des médecins de la Seine, Seine-et-Oise, Seine-et-Marne, a tenu sa première réunion le 18 Février 1945 :

Étaient présents : MM. Arsonneau, J. Coste, François, Gaye, Gerson, Lamaze, Lacroix, Pelbois, Perdrigeat, Péronneau, Porcher, Ribadeau-Dumas, Rouèche, Roulland, Sénéchal, Spindler, Sorrel, Urry, Valingot, Veau. — Étaient excusés : MM. Armandon, Marchessaux, Matry, Michon, Pochon, Powilewicz.

Sont élus à l'unanimité : *Président*, M. Ribadeau-Dumas ; *Vice-président*, M. François ; *Secrétaire*, M. Gaye.

Le Président donne lecture du texte des décrets instituant le Conseil régional et la Section d'épuration régionale.

Il est procédé à l'élection des Membres de la Section d'épuration ; elle doit comporter la moitié des Membres du Conseil régional.

Sont élus à l'unanimité :

Pour la Seine. — Titulaires : MM. Ribadeau-Dumas, Gaye, Lamaze, Péronneau, Porcher, Powillewicz, Sorrel, Veau, Urry. Suppléants : MM. Roulland, Marchessaux, Coste, Rouèche.

Pour la Seine-et-Oise. — Titulaires : MM. Perdrigeat, Arsonneau. Suppléant : M. Valingot.

Pour la Seine-et-Marne. — Titulaires : MM. Pelbois, Lacroix. Suppléant : M. Matry.

Pour le Secrétaire général,
le Secrétaire adminisratif : Dr Coquin.

Congrès national de l'aviation française

Le Congrès national de l'Aviation française, qui aura lieu du 3 au 8 Avril 1945, à Paris, comportera dans la *Section des recherches et études* une sous-section portant le titre « Physiologie ». Ce vocable englobe sans doute toutes les questions de physiopathologie humaines intéressant la navigation aérienne. La sous-section serait heureuse de recevoir toutes suggestions et communications dans ce domaine.

Le bureau de cette sous-section est ainsi composé : *Président :* Méd. Gén. Beyne ; *Vice-présidents :* Méds Cdts Grandpierre et Malméjac ; *Rapporteur :* Méd. Lt Claude Frank ; *Secrétaire :* Méd. cap. Lemaire.

Rapidement organisé, ce Congrès ne pouvait donner lieu à des Rapports prévus d'avance et longuement étudiés. Ce qu'il comportera, ce sont plutôt des communications spontanées et libres, confrontées et discutées en séances.

Les séances de travail de la sous-section physiologie seront au nombre de 6 (les 3, 4, 5 et 6 Avril) et seront affectées à une série de sujets qui pourraient être groupés sous les rubriques suivantes : Communications sur l'anoxie en aviation, adaptation et inadaptation à l'anoxie, mécanisme de la mort par anoxie aiguë, traitement de la syncope anoxémique. — Communications sur l'hypocapnie en aviation et ses moyens de protection. — Communications sur l'action physique de la dépression atmosphérique et sur l'alimentation du personnel navigant. — Communications sur les méthodes de sélection du personnel navigant : sélection physiologique, sélection psychotechnique. — Communications sur les intoxications en avion et dans les industries aéronautiques.

Secrétariat du Congrès : Ministère de l'Air, 26, boul. Victor, Paris-15e.

L'ASSOCIATION FRANCE-U.R.S.S.

L'Association France-U.R.S.S. a créé parmi ses commissions d'échanges culturels une *Commission médicale* dont M. le Prof. Roussy, recteur de l'Académie de Paris, a bien voulu accepter la présidence et M. le Prof. Justin-Besançon, président de la Croix-Rouge française, la vice-présidence.

Cette Commission assure une permanence tous les jeudis, de 18 à 19 heures, 1, rue Arsène-Houssaye, Paris-8e, et a pour buts :

1° De renseigner le Corps médical français sur les progrès des sciences médicales en U.R.S.S.

2° De faire parvenir à l'Union Soviétique tous les travaux parus en France pendant la longue période au cours de laquelle les échanges furent suspendus entre nos deux pays.

Le Secrétaire : Jean Dalsace.

Droits universitaires et exonérations

Une ordonnance, datée du 10 Mars 1945, vient de paraître, au *J. O.* du 11 Mars 1945. Elle porte de 25 à 50 pour 100 la proportion des étudiants qui peuvent bénéficier d'une exonération totale des droits d'inscription.

Le produit des droits d'examens d'enseignement supérieur jusqu'ici perçus au profit du Trésor public sera affecté au budget des universités.

Comités privés de lutte antituberculeuse

Par arrêté du 12 Mars 1945, sont abrogées les dispositions de l'article 8 de l'arrêté provisoirement applicable du 10 Août 1943 fixant les conditions de constitution des Comités privés de lutte antituberculeuse.

Nomination aux grades de médecin du service de santé militaire pendant la durée des hostilités

Un arrêté du 19 Février 1945, paru au *Journal officiel* du 15 Mars 1945, stipule que pendant la durée des hostilités et sous certaines conditions, les élèves titulaires d'*au moins 4 inscriptions* validées de médecine pourront être nommés aux grades de médecin auxiliaire de l'armée active à compter du jour de leur départ de l'école pour un corps de troupe ou une formation du Service de Santé militaire.

Les élèves titulaires de plus de 8 inscriptions validées pourront être nommés dans l'armée active :

Au grade de médecin aspirant ou de médecin sous-lieutenant, après 6 mois d'ancienneté dans le grade inférieur, selon qu'ils ont moins de 16 inscriptions validées ou 16 et plus.

Au grade de médecin sous-lieutenant, sans condition d'ancienneté et à compter du jour de leur départ de l'école, s'ils sont titulaires d'au moins 24 inscriptions validées ou s'ils sont titulaires d'au moins 16 inscriptions et internes des hôpitaux d'une ville de faculté nommés au concours. Les intéressés pourront éventuellement être promus au grade de médecin lieutenant.

Les nominations et promotions faites en vertu des dispositions du présent arrêté sont prononcées à titre temporaire.

Les nominations aux grades de médecin auxiliaire sont prononcées par le directeur de l'école du Service de Santé militaire. Les promotions aux grades de médecin aspirant et sous-lieutenant sont prononcées par décret

Journées psychiatriques nationales

Dans le cadre de ces journées qui se tiendront à Paris du 24 au 28 Mars, l'Union des Médecins français organise sous la présidence d'Honneur de M. Billoux Ministre de la Santé publique, une séance inaugurale le dimanche 25 Mars, à 10 h. 15, à la Faculté de Médecine.

MM. Henri Wallon, Paul Valéry, Pierre Janet, Debré, Lhermitte, Le Guillant et Henri Ey prendront la parole à cette manifestation destinée à marquer l'importance sociale et humaine des problèmes psychopathologiques et la volonté d'intégrer la lutte contre les maladies mentales dans le programme de rénovation de la Santé française.

Université de Paris

Conseil de Faculté. — Dans sa séance du 15 Mars 1945, le Conseil de la Faculté de Médecine a décidé à l'unanimité de proposer pour le titre de Professeur titre personnel :

M. Charles Richet, agrégé pérennisé, actuellement déporté en Allemagne.

Hygiène et Médecine préventive (Prof. : M. P. Joannon). M. Cambessèdes, délégué dans les fonctions d'Agrégé d'Hygiène, commencera ses conférences le 10 Avril 1945, à 17 heures, à l'Amphithéâtre Cruveilhier, et les continuera au même endroit les jeudis, samedis et mardis suivants.

Sujet : Prophylaxie des maladies contagieuses.

Universités de Province

Faculté de Médecine de Bordeaux. — Clinique chirurgicale et gynécologique. En raison des circonstances, le Cours de Perfectionnement de Gynécologie du Prof. Mahon et Jeanneney est reporté à la première quinzaine d'Octobre.

Faculté de Médecine de Marseille. — La chaire de bactériologie (dernier titulaire : M. Rouslacroix, décédé) est déclarée vacante.

Faculté de Médecine de Montpellier. — MM. Dourgue-Molines et Roux, agrégés de chirurgie, et M. Carrère, agrégé de bactériologie, ont été prorogés pour l'année 1944-1945.

— M. Harant, agrégé d'histoire naturelle médicale, a été pérennisé dans ses fonctions.

— M. Lafon a été chargé à nouveau des fonctions d'agrégé de médecine.

— M. Cadénas de Kerleau, agrégé, supplée le Prof. Paul Delmas dans la chaire de clinique obstétricale.

— Aux divers enseignements de 1943-1944 s'ajoute pour 1944-1945 un enseignement de manœuvres obstétricales dévolu, à titre intérimaire, à M. Durand, suppléant le Prof. Coll de Carrère. L'enseignement complémentaire de la médecine expérimentale a été attribué à M. Bert, agrégé, l'enseignement complémentaire de pathologie et propédeutique chirurgicale à M. Mourgue-Molines, agrégé.

— M. Desmonts a été réintégré dans ses fonctions d'assistant de médecine expérimentale. M. Godlewski a été réintégré dans ses fonctions de chef de laboratoire de chimie médicale. M. Audran a été nommé chef de laboratoire de chimie non rémunéré.

— MM. Maleki et Reboul ont été nommés, après concours, chefs de laboratoire de radiologie.

— Ont été nommés : MM. Cazal et Soulairon, chefs de clinique médicale (Prof. Giraud) ; M. Duc, chef de clinique des maladies mentales et nerveuses, M. Coste, chef de clinique urologique, M. Costecalde, chef de clinique gynécologique, M. Laporte et Mlle Guyon, chefs de clinique ophtalmologique.

— M. Belvèze a été délégué comme chef de clinique de chirurgie maxillo-faciale, en remplacement de M. Chalmeton, exécuté par les Allemands.

Faculté de Médecine de Toulouse. — Par arrêté du 31 Janvier 1945, M. Gorse, professeur, est maintenu dans ses fonctions jusqu'au 30 Septembre 1945.

Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand. — Des concours pour les emplois de Professeurs suppléants de clinique obstétricale et de clinique médicale s'ouvriront le 1er Octobre 1945 devant la Faculté de Médecine de Toulouse.

Inscriptions jusqu'au 1er Septembre 1945 au Secrétariat de la Faculté de Médecine de Toulouse.

Concours et places vacantes

L'Hôpital mixte d'Auxerre recherche des internes, célibataires (minimum 12 inscriptions), nourris et logés. Écrire, avec références, à M. le Maire de la ville d'Auxerre.

Hôpital-Hospice de Dax. — Deux postes d'interne en médecine seront libres à partir du 1er Avril prochain (pour une étudiante ou un étudiant en fin de scolarité). Conditions habituelles, indemnité mensuelle : 1.000 fr. Faire la demande au Directeur de l'Hôpital-Hospice de Dax (Landes).

Nos Échos

Naissance.

— Le docteur Robert Gayet, urologiste de l'Hôpital général de Dijon, et Madame sont heureux de faire part de la naissance de leur fils *François* (Dijon, 8 Mars 1945).

— Le docteur et Madame Moreau sont heureux d'annoncer la naissance de leur fils *Philippe* (Tricot, Oise, 28 Février 1945).

— Le docteur T. Grunwald et Madame ont la joie de faire part de la naissance de leur seconde fille *Catherine* (Villapourçon, Nièvre, 17 Février 1945).

Décès.

— On annonce le décès de M. Jean Lavagne d'Ortigue, père du docteur Jacques Lavagne et de Madame le docteur Lavagne-Mézière, du docteur et de Madame Edmond Desmazes (Paris, le 7 Mars 1945).

— On annonce le décès du docteur F.-F. Loiseau (Boynes, Loiret, 24 Février 1945).

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

Les Petites Annonces dans La Presse Médicale *sont acceptées sous réserve d'un contrôle extrêmement sérieux. Aucune annonce commerciale n'est acceptée.*
Prix : 20 fr. la ligne (15 fr. pour les abonnés).

Cherche vélo-moteur récent, bon état. Ecr. *P. M.*, n° 254.

Visit. méd. introd. Sud-Ouest, adj. 1 à 2 produits. Ecr. *P. M.*, n° 184.

Médecin militaire retraité rech. à Paris une situat. médic. ou paramédic. même modeste. Ecr. *P. M.*, n° 191.

J. F. labor. conn. parfait anal. biol. chim. et bact., lech. prélèv. ; posséd. 3 ans minimum référ. m. d., habit. riv. g. ou banl. Sud. Ecr. en indiq. âge, référ. prétent. à Pharm., 4, Pl. Porte-Orléans.

Suis acheteur de spécialités pharmaceutiques. Faire offre à *P. M.*, n° 205.

Infirmières Sanatorium rég. parisienne demandées. Diplôme non indispensable. Envoyer références au Médecin-Directeur Sanatorium Dreux (E.-et-L.).

Dr achèter. appareil de diathermie E. A., ondes courtes. Tél. Entrepôt 10-71 entre 1 h. et 4 h.

A vendre : 1° un fauteuil roulant pr malade, état neuf ; 2° une paire béquilles réglables, absolument neuves. Ecr. *P. M.*, n° 248.

A vendre 1 pneu Dunlop renforcé 145-400, 1 pneu Michelin sur jante 130×40, 1 pneu Michelin câblé 120×120. Tél. Wagram 72-00.

Fille de médecin, sérieuses références, sténo-dactylo, secrétaire comptable, 25 ans de pratique dans secrétariat direction commerciale et administrative, cherche place stable économat, poste initiative dans Maison de Santé, clinique privée. Ecr. *P. M.*, n° 251.

Infirmier salle d'opérat., sér. référ. dem. place maison santé prov. Muni permis conduire accompagnerait Docteur ds ses déplacements. Ecr. *P. M.*, n° 252.

A vendre : 1 microtome, marque Cogit, état neuf ; broyeur ; 1 appareil « Thermasix » marque G. Dullot neuf. Fournitures de laboratoires, verreries, tubes, ampoules, ballons et flacons de verre. S'adress. Odéon 40-50.

Médecin électro-radiologiste province demande manipulateur ou manipulatrice de radiologie tr. au cour. Ecr. *P. M.*, n° 266.

Echangerai installation médicale appart. bel hôtel dans ville Midi centre imp. clim. thermal, contre cabinet méd. ou appartement Paris. Ecr. *P. M.*, n° 268.

Dame, 50 a., ayant dirigé plus. an. Foyer du soldat, désirerait pl. économe ou surveillante clin. privée ou mais. de repos en province, préférence Midi ou Pyrénées. Ecr. *P. M.*, n° 272.

Médecin spécialiste Electro-Radiologiste, dégagé de toute obligat. milit., ou Doctoresse, ay. sér. réf., demandé pour assistance ds Clinique d'Electro-Radiologie pour durée indéterminée, en remplacem. d'Electro-Radiologiste mobilisé. S'adres. au Dr Albespy, 34, rue Diderot, Béziers (Hérault).

Médecin célib. dipl. d'Etat ch. remplacem. longue durée, succes. évent. de préfér. Paris ou proche banl. ou appartement assoc. Ecr. *P. M.*, n° 277.

Ménage Préparateur bactério et dactylo est demandé pour campagne. Logement, chauffage et ravitaillement. Dr Vétérinaire Adam, Coudray (M.-et-L.).

Achète vélomoteur ou moto, parfait état, à confrère. Tél. : Odé 35-99 (13 heures) ou écr. *P. M.*, n° 281.

On demande une laborantine de bactériologie au courant de l'hématologie. Ecr. *P. M.*, n° 285.

Appareil radioscopie-graphie, et table d'examen petite chirurgie d'occasion recherchés. Ecr. *P. M.*, n° 291.

On demande pour Laboratoire industrie pharmaceutique, préparatrice ayant pratique histologique. Faire offre à U.C.I.A.F., 102, route de Noisy, Romainville (Seine).

A céder important cabinet médecine générale, chef-lieu canton Chte-Marit., seul médecin. Ecr. *P. M.*, n° 296.

Important Laboratoire d'analyses médicales demande collaborateur pour prélèvements. Ecr. *P. M.*, n° 300.

Jne doctoresse ch. place assistante près phtisiologue ou radiologue à Paris ou banlieue. Ecr. *P. M.*, n° 301.

Demande : Médecin-assistant ou interne célibataire, bonne culture médicale et pratique phtisiologique sérieuse. — Assistante sociale diplômée, pouvant assumer fonctions de secrétaire médicale. Ecr. : Médecin-Directeur, Sanatorium de Lac-ou-Villers (Doubs).

Laboratoire Hinglais recherche collaborateur médecin à temps partiel pour prélèvements. Ecr. 30, rue de Miromesnil, Paris-8e.

On demande pour Laboratoire connu un jeune pharmacien pour Direction générale et recherche de produits nouveaux. Ecr. *P. M.*, n° 304.

Etud. méd. 5e année, ext. f. f. hôp. ch. empl. assistant ts apr.-midi anpr. méd. spécialiste ou clin. ou poste ds laboratoire hématologie. Ecr. *P. M.*, n° 305.

Polyclinique moderne, matériel import., appartement habitation grand et luxueux, beau quartier, libre, cause départ aux armées. Ecr. *P. M.*, n° 306, qui transmettra.

A vendre microscope Stiassnié, compl., chariot mobile, immersion 1/15. Tél. Bot. 45-60 ou écr. *P. M.*, n° 307.

Médecin, anc. interne pr Hôp. Paris, lic. ès sciences, ch. pl. assistant tin apr.-midi ch. Dr Paris, méd. génér. ou électro-radiol. Ecr. *P. M.*, n° 308.

Chirurgien, anc. int. Paris, ch. poste chirurgic., soit associat., soit plutôt succession av. ou sans collabo. préalable, Centre de France, Ouest ou de préf. Midi. Ecr. *P. M.*, n° 309.

Cystoscopes uni et bilat., rectoscope Bensaude, réscct. et uréthroscope Mac Carthy, neufs, à vendre. Ecr. *P. M.*, n° 310.

Ingr-spécial. radiol. et électr. médic., 30 ans prat., recherche collab. av. médecin ou direction polyclinique. Ecr. *P. M.*, n° 311.

Poste médecine générale à céder. Urgent. Clientèle rurale. 15 km. Paris (S.-et-M.). Tél. Mai. 02-67.

Gynécologue-accoucheur, réfugié, 47 a., 20 ans de pée, ch. assoc. en vue de succession, ou participation dans clinique. Ecr. *P. M.*, n° 313.

Visiteuse médic. tr. active, référ., bon. présent., expériment. ch. Labo pr rég. Marseille. Ecr. *P. M.*, n° 314.

A vendre : commutatrice, pr contact tournant vertical, et une autre 110 v., 8 amp., 3.000 tours ; 1 grand pied porte-ampoule thérapie ; 1 diathermie à éclateurs Beaudoin 5 amp. ; 1 lampe à U. V. 220 V. et 110 v. continu ; 1 pantostat 220 v. continu. Ecr. *P. M.*, n° 315.

Poste médical à céder, rég. languedocienne, tr. belle sit. dans chef-lieu de canton. Ecr. *P. M.*, n° 316.

Secrétaire méd., Lachot, sœur de médecin, ch. empl. ch. docteur ou dans clinique. Tél. Lon. 27-20.

Docteur vendrait meubles salon composé : 1 canapé, 2 fauteuils, 4 chaises, parf. état. Prix intéress. Ecr. *P. M.*, n° 318.

Dame ch. empl. ch. Dr ou dentiste Paris, non logée, recevrait client., s'occuper. intérieur. Ecr. *P. M.*, n° 319.

A vendre : livres médicaux et scientifiques. S'adresser Tro. 58-54, le matin avant 9 heures.

Clinique province en cours agrandissement cherche capitaux. Ecr. *P. M.*, n° 321.

On demande radiologiste qualifié, disposant capitaux, en vue association grande ville Sud-Ouest. Ecr. *P. M.*, n° 322.

Cherche à louer grande propriété environs Paris pour Maison de convalescence. Ecr. *P. M.*, n° 323.

Depuis 11 ans visiteur médic. import. et anc. Labo désire s'adjoindre 1 ou 2 produits à présenter corps médical parisien. Ecr. *P. M.*, n° 324.

Echange app. radio châssis basculant C.G.R. contre 202 Juva. Simca. 11 Citroën. Ecr. *P. M.*, n° 325.

Ch. remplaçant longue durée, médec. générale, radio préfér. A. 1. pour import. cabinet. Ecr. *P. M.*, n° 326.

Dame, 15 a. secrétariat médic., plus. an. représent. Labo, ch. empl. anpr. Dr, clin. ou Labo Paris. Ecr. *P. M.*, n° 327.

Vingt ans expérience publicité médic., exportat. direct., agence, activité interrompue cause guerre, rech. direct. Labo, publicité ou exportat. Hautes références. Participation non exclue. Ecr. *P. M.*, n° 328.

Chef-lieu de canton (Centre). On demande en remplacem. d'un mobilisé, Dr pouv. assurer partie de la client. de la ville (d'un médecin) et, en outre, le service d'un hôpital privé comport. un service de chirurg. d'urgence. Cond. avantag. et logem. Ecr. *P. M.*, n° 329.

Suite décès, à céder très belle clientèle phtisiologie et part clinique dans grande ville province. Urgent. Ecr. *P. M.*, n° 330.

AVIS. — Prière de joindre aux réponses un timbre de 2 francs pour transmission des lettres

Le gérant : F. Thomas.

Imprimé par l'Anc^ne Imprimerie de la Cour d'Appel, 1, rue Cassette, à Paris (France).

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées aux Périodiques, la Direction scientifique originaux. Tout manuscrit dépassant cette étendue sera retourné à son auteur. de La Presse Médicale *a dû fixer à 4 colonnes maximum l'étendue des mémoires*

SINUS CAROTIDIEN ET CIRCULATION RÉTINIENNE

PAR MM.

RISER, PLANQUES, COUADAU et SEIGNEURIC

(Toulouse)

Les travaux de Golwitzer-Meier et Schulte, Wec-.ers et Dautrebande, Streiff et Monnier, Wilmotte t Léger sur les rapports de la circulation rétinienne l du sinus carotidien sont bien connus.

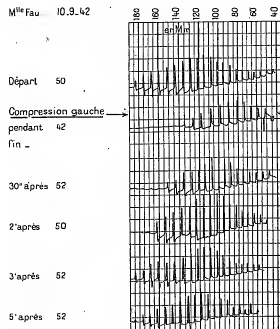


Fig. 1. — Excitation de la région sinusale par compression digitale chez une légère hypertendue (In *Thèse* Seigneuric, Toulouse, 1942).

Notre contribution à ces recherches est basée sur 'examen de 50 sujets avec prise méticuleuse et simultanée de la tension artérielle rétinienne minimum (T.A.R. Mn) et enregistrement graphique de a tension artérielle humérale (T.A. h.).

I. Excitation de la région sinusale par compression digitale (fig. 1). — La compression *unilatérale* commande chez de nombreux sujets âgés, artérioscléreux, une chute de pression artérielle générale, surtout de Mx, avec bradycardie, se prolongeant pendant quelques secondes après la fin de la compression. A ce moment la T.A.R. Mn subit une dépression synchrone et proportionnée à celle de la minima humérale (de 10 à 20 *cm.* d'eau chez des sujets moyennement excitables), de sorte qu'à une chute de la T.A.H. Mn de 10 pour 100 de sa valeur répond, pour la T.A.R. Mn, une chute de 20 à 40 pour 100 de sa valeur.

Le phénomène est *identique aux 2 yeux.*

Dans le retour à la normale c'est tantôt, le plus souvent, l'humérale, tantôt les rétiniennes qui rejoignent les premières leur niveau primitif.

Chez 2 sujets hypersensibles, on pouvait, en comprimant légèrement le sinus, sans interrompre le courant carotidien, arriver au voisinage de la syncope. Au moment de l'effondrement de la tension humérale, la tension rétinienne, tombée au voisinage de 0, était imprenable d'un côté comme de l'autre.

Les compressions *bilatérales* entraînent les mêmes effets.

II. Inhibition du sinus par la novocaïne (fig. 2). — L'inhibition *unilatérale*, obtenue aisément par l'injection de 20 cm^3 de novocaïne dans la région de la fourche carotidienne, fut pratiquée chez 3 hypotendus. Dans les membres supérieurs, la tension s'éleva appréciablement, longuement (cinquante minutes) Mx et Mn ayant presque doublé.

La T.A.R. Mn décrivit et, soulignons-le, *aux 2 yeux simultanément*, une courbe comparable, augmentant de 150 pour 100 par rapport à son chiffre de départ très bas. Le retour des T.A.R. à la normale fut plus long de huit minutes que celui de la tension humérale.

Les inhibitions *bilatérales* donnent les mêmes effets. Seule s'accroît l'ampleur de l'hypertension provoquée.

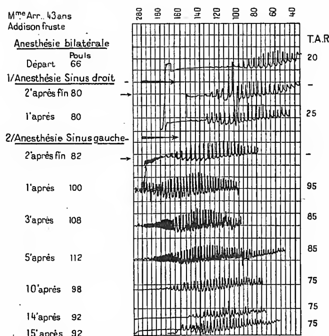


Fig. 2. — Anesthésie bilatérale de la région sinusale.

III. Compression des carotides au-dessous du sinus. — Cette manœuvre, qui diminue la pression intrasinusale, a un effet hypertenseur très net sur la circulation générale, qui dure, semble-t-il, aussi longtemps que la compression.

A) Unilatérale : elle permet de constater (fig. 3) :

Du côté homolatéral, un abaissement de la T.A.R. qui tend à remonter au bout de quelques minutes, abaissement facilement explicable par la méiopragie sanguine due à la compression elle-même.

Du côté opposé, une élévation tout aussi constante de la T.A.R. de 30 à 45 pour 100 environ, proportionnée à l'élévation tensionnelle générale et qui se maintient.

Le relâchement brusque du courant carotidien amène le retour de la T.A.R. à son chiffre de départ, ainsi que celui de la T.A.H. des deux côtés, sans phase hypotensive notable du côté non comprimé.

B) Bilatérale : amène des deux côtés une baisse considérable de la tension artérielle rétinienne de 30 à 10 en moyenne, sans modification visible de l'aspect des artères ni du fond. Cette hypotension tend à se réduire spontanément.

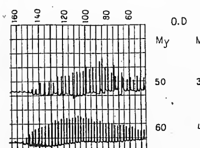


Fig. 3. — Femme de 60 ans. En haut : Tension artérielle (témoin). En bas : Compression (au-dessous du sinus) de la carotide *gauche :* hypertension générale. Tachycardie. A droite les T.A.R. (Mx et Mn) enregistrées à l'*œil droit.*

Si on s'adresse à un sujet âgé de plus de 60 ans (fig. 4), l'occlusion carotidienne amène, d'une façon à peu près constante, un abaissement extrêmement marqué de la tension rétinienne. 2 fois sur 8 nous avons vu la papille blanchir complètement, comme si le sang était « aspiré » ailleurs. Au même instant, perte de conscience à « l'emporte-pièce », avec quelquefois de petits mouvements automatiques ou convulsifs plus ou moins généralisés, durant autant que la compression ; petite phase d'obnubilation au réveil. Dans un cas l'électroencéphalogramme a fourni à M. Fichgold un tracé de coma.

Les effets sur la T.A.R. et la T.A.H. se trouvent, ici, dissociés, mais d'une façon telle que des raisons purement mécaniques semblent en donner une suffisante explication.

Remarquons au passage cette intolérance du vieillard à la compression des carotides.

Remarquons, une fois de plus, la simultanéité des effets rétiniens et cérébraux.

Il importe de souligner qu'en dehors de ce dernier cas particulier (compression des deux troncs carotidiens), nous n'avons observé *aucun change-*

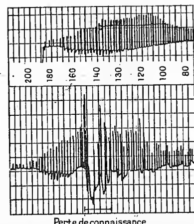


Fig. 4. — Femme de 65 ans. En haut : Tension artériell (témoin). En bas : Compression des 2 carotides entraînan l'hypertension générale. Le tracé est perturbé par des con vulsions au moment de la perte de connaissance.

ment visible dans l'aspect des vaisseaux rétiniens. Les modifications les plus importantes de leur tension, en plus et en moins, ne changent rien à leur aspect, et ceci ôte beaucoup de valeur aux recherches expérimentales basées sur la seule observation du calibre vasculaire ; la tension elle-même d'ailleurs n'est qu'une des conditions de la circulation artérielle probablement moins importante encore que le débit.

En somme, les variations provoquées dans la tension générale et la T.A.R. par excitation ou inhibition du sinus sont toujours de même sens, synchrones, du même ordre d'amplitude ; et *pratiquement symétriques pour les actions unilatérales.*

Si, dans un but de comparaison, l'on crée un état hypertensif ou hypotensif par action d'une drogue (éphédrine, caféine, adrénaline, histamine, acétylcholine), les tensions humérales et rétiniennes se meuvent en gardant les mêmes rapports qu'au cours des actions sinusales.

Nulle part n'apparaît une action directe particulière du sinus sur la circulation rétinienne, séparable de l'action sur la circulation générale. On ne voit pas non plus de réaction compensatrice propre aux vaisseaux rétiniens, spasme ou dilatation, agissant en sens contraire des modifications de la tension artérielle générale.

Les constatations faites plus haut appellent encore d'autres remarques :

A) Une loi générale a été vérifiée ici :

Les variations de tension rétiniennes, du même ordre en valeur absolue que les variations de tension générale, sont plus considérables par rapport à ses chiffres de départ ; et les conséquences de ces faits ont été tirées ailleurs par nous en ce qui concerne les hyper et hypotensions en clinique, qu'elles soient paroxystiques ou continues.

B) La novocaïnication du sinus, surtout bilatérale, entraîne une hypertension nullement négligeable, comparable par exemple à celle résultant d'une injection de 3 cg. d'éphédrine, bien propre à expliquer, sans le secours d'autre hypothèse, son efficacité dans les états de shock (elle n'entraîne d'ailleurs aucune modification électrocardiographique) ; mais cette constatation est de nature à en limiter ou en interdire l'emploi (jusqu'à plus ample informé) dans certaines affections où elles ont été préconisées : apoplexie cérébrale (Wilmoth et Léger), angine de poitrine (Danielopolu).

(*Clinique neurologique de la Faculté de Médecine de Toulouse* ; Prof. Riser.)

BIBLIOGRAPHIE

Gollwitzer-Meier et Schulte : Das Verhalten der Hirndurchblutung bei Reizung der Sinus-Nerven. *Archiv für experm. Path. und Pharm.*, 1932, 685. — Magitot et Desvignes : *Bulletin de la Soc. Ophtalm. de Paris*, 1934, 113. — Riser : La circulation cérébrale. Rapport à la Réun. neur. internat., Paris, 1936. *Revue neurolg.*, 1936. — Streiff et Monnier : Le rôle du sinus carotidien dans la régulation de la pression artérielle rétinienne. *Groupe Oto-Neuro-Ophtalmo*, Genève, 20 Février 1941. — Weekers et Dautrebande : *Archives d'Ophtalmo.*, 1933, 787. — Wilmoth et Léger : *Le sinus carotidien.* Masson, 1912. — Seigneuric : Contribution à l'étude clinique du sinus carotidien. *Thèse de Toulouse*, 1912.

ALLERGIE DIGESTIVE

SENSIBILISATION A UN PRODUIT DE DÉSINTÉGRATION DE LA PROTÉINE ALIMENTAIRE

Par **Pierre BLAMOUTIER**

(Paris)

On considère habituellement qu'une cuti-réaction positive à une protéine ou à un cristalloïde, prouve l'hypersensibilité à cette substance du sujet chez qui elle est constatée. Par contre, une cuti-réaction négative, chez un sujet cliniquement allergique, ne permet pas de dire que celui-ci n'est pas sensibilisé.

Quand la sensibilisation se fait par la voie respiratoire (asthme par inhalation de pollens, d'émanation de plumes, de squames ou de poils d'animaux), la cuti-réaction est presque toujours positive. Il n'en est pas de même dans les cas d'anaphylaxie d'origine digestive : une protéine déterminée (œuf, viande, lait) peut déclencher, par exemple, une crise d'urticaire typique chaque fois qu'elle est ingérée et la cuti-réaction rester néanmoins constamment négative. Avec Pasteur Vallery-Radot, nous pensions, dans ce cas, sans pouvoir en donner la preuve, que le sujet doit être bien souvent sensibilisé, non à la protéine ingérée, mais à un *produit de désintégration de cette protéine* au cours de la digestion ; ce fait expliquerait pourquoi la cuti-réaction avec la protéine est ordinairement négative.

L'observation que nous rapportons vient prouver le bien-fondé de cette hypothèse et donner quelques précisions à ce sujet.

Observation. — M. P... est âgé de 34 ans. Il présente, depuis une dizaine d'années, des crises d'urticaire généralisée avec œdème de Quincke au visage, chaque fois qu'il mange de la viande de mouton. Aucune autre viande, aucun autre aliment ne provoque de semblables accidents. La crise éclate cinq à six heures après le repas, qu'il s'agisse de côtelette, de gigot ou de ragoût, de viande cuite ou de viande crue, d'agneau ou d'animal adulte. Toutefois, seule la chair du mouton est en cause : la cervelle est parfaitement tolérée. En dehors des manifestations cutanées, aucun autre trouble ne se produit (d'ordre général ou digestif, diarrhée par exemple). La crise dure de vingt-quatre à trente-six heures. La cuti-réaction est négative avec la laine de mouton.

Devant un fait allergique aussi précis, nous pensions observer une cuti-réaction positive avec la viande de mouton. Or, tous nos essais restèrent négatifs : nous n'obtînmes pas la moindre réaction ortiée, aussi bien avec la protéine américaine qu'avec de la pulpe de viande, crue ou cuite, déposée sur une scarification cutanée (avec ou sans sérum physiologique ou soude décinormale). Toutes les cuti-réactions que nous fîmes avec d'autres protéines alimentaires restèrent également négatives.

Nous essayâmes alors de vérifier si la sensibilisation de notre malade était due à un produit de digestion de la viande, en opérant de la façon suivante.

Nous lui fîmes un tubage duodénal et prélevâmes du liquide gastrique et du liquide duodénal teinté de bile. Nous mélangeâmes intimement un peu de viande de mouton crue très finement hachée avec du liquide gastrique dans un tube à essais. Puis nous mîmes, pendant trois heures, celui-ci à l'étuve (37°). Nous fîmes aussitôt après une cuti-réaction avec le contenu liquide de ce tube ; elle resta tout à fait négative.

Nous opérâmes dans les mêmes conditions avec le liquide duodénal : la cuti-réaction ne vira pas davantage.

Dans un troisième tube, nous ajoutâmes, au contenu du premier tube, du liquide duodénal. Nous laissâmes ce tube à l'étuve (40°) pendant trois heures. Une cuti-réaction pratiquée aussitôt après avec le mélange ainsi obtenu, de pH acide, se montra alors extrêmement positive (zone ortiée de 5 à 6 *mm.* autour du trait de scarification).

Après tyndallisation, nous fîmes une épreuve de Prausnitz-Küstner avec ce liquide sur le bras de la femme du malade ; nous eûmes également un résultat très nettement positif (le liquide duodénal pur ne provoquait aucune réaction).

Les deux épreuves biologiques, critère de la sensibilisation, cuti-réaction et transmission locale des anticorps de l'homme à l'homme, qui se montrèrent toutes deux très positives, nous permettaient donc de conclure que notre malade était sensible à un produit de la digestion de la viande de mouton et non à la viande elle-même.

*
* *

La pepsine du suc gastrique commence l'hydrolyse des protéines et transforme en produits solubles les protéines insolubles ; elle décompose partiellement la molécule protidique en fragments plus petits, les albumoses et les peptones : notre malade n'était pas sensible à ces polypeptides (premier tube).

Les groupes d'enzymes protidolytiques du suc pancréatique et du suc intestinal constituent un système enzymatique aboutissant à l'hydrolyse subtotale des protéines et des peptides.

Le groupe des diastases, anciennement décrites sous le nom de *trypsine*, est activé par l'entérokinase. La cuti-réaction chez notre malade a été négative avec le produit obtenu par l'action de ces diastases non préparées par celle de la pepsine sur la viande de mouton, alors qu'elle fut très positive avec ce même produit qui avait été préalablement soumis à l'action de la pepsine. Il a donc été nécessaire que la pepsine qui, seule, n'effectue qu'une digestion incomplète des protides, agisse sur la trypsine pancréatique pour que les polypeptides issus de la digestion gastrique aboutissent à un produit de désintégration de la molécule protidique, que nous ne pouvons préciser, auquel notre malade paraît sensibilisé.

Les diastases, groupées sous le nom d'*érepsine*, hydrolysent les dernières polypeptides ayant résisté à la digestion gastrique et pancréatique et dédoublent les dipeptides. Le liquide intestinal que nous avons prélevé très haut dans l'intestin, au niveau de la seconde portion du duodénum, n'en contenait vraisemblablement pas ; les dipeptides résistant à la digestion trypsique ne semblent donc pas responsables des troubles accusés par l'intéressé.

Il est logique de dire que notre malade présente de violentes crises d'urticaire, après absorption de viande de mouton, parce qu'il s'est sensibilisé à un produit de dégradation trypsique de protéines musculaires du muscle de mouton, à un pH déterminé.

Cette observation permet donc de vérifier l'hypothèse que nous avions émise avec Pasteur Vallery-Radot : dans l'allergie digestive, la sensibilisation peut se faire non seulement à une substance déterminée, mais à un produit de désintégration de la protéine alimentaire.

(*Travail de service du Prof. Pasteur Vallery-Radot. Clinique médicale de l'hôpital Bichat.*)

UNE CAUSE MÉCONNUE DE FIÈVRE ONDULANTE

Par **Ph. LESBRE**

(Limoges)

Une courbe fébrile ondulante pose un problème étiologique souvent difficile. Le fait que la brucellose est une maladie d'avenir peut entraîner le praticien à lui attribuer dans le doute un trop large présent. L'observation suivante montre qu'une étiologie bien plus immédiate et quotidienne doit retenir l'attention, en raison de sa banalité même.

H..., 50 ans. Sujet sans antécédents infectieux, de bonne santé habituelle, très amaigri et asthénique, sans autre manifestation morbide précise que la fièvre. Ni rate, ni ganglions perceptibles. Appareils pulmonaire et cardio-vasculaire normaux. Début insidieux par simple fatigue générale, l'élévation de température n'ayant été notée sans doute qu'au moins une quinzaine après son apparition.

Sous l'influence du Thiazomide, la température oscille faiblement au-dessous de 38°, puis s'élève après substitution d'un traitement par le stock-vaccin. Une angine banale provoque pendant huit jours une nouvelle recrudescence suivie d'une défervescence en lysis avec retour à une température normale pour une durée de dix jours. L'hémogramme pratiqué au cours de l'amygdalite montre une leucocytose abaissée à 1.100 leucocytes par millimètre cube avec un nombre normal d'hématies. Une série d'injections de nucléotides pentosiques est alors entreprise.

La reprise fébrile, de plus en plus oscillante, accompagnée de sueurs profuses, progresse jusqu'à un maximum de 40°6. C'est dans la période ascendante de l'oscillation maxima qu'est faite une hémoculture, alors que la température atteint 39°6. Cette hémoculture demeurant négative au quatrième jour, un examen des urines prélevées aseptiquement révèle une albuminurie de 0 *g.* 10 avec un culot de centrifugation renfermant quelques cylindres granuleux, d'assez nombreux polynucléaires altérés et quelques fins streptocoques. Ces mêmes germes sont recueillis à nouveau de l'urine quelques jours après sous forme de colonies extrêmement ténues.

La courbe fébrile, envisagée pendant cette période de trois mois, présente un aspect ondulant typique et, à défaut d'autres symptômes, le diagnostic oscille dans la classique et stricte alternative de brucellose ou de lymphogranulomatose. Ces deux hypothèses sont également peu satisfaisantes. En faveur de la brucellose seules sont à retenir avec la leucopénie, les sueurs profuses, symptôme limité à une courte phase évolutive. Or, aucune possibilité de contage n'est à invoquer, ni pour le melitensis, ni pour l'abortus, et le séro-diagnostic le plus complet demeure négatif.

En ce qui concerne la lymphogranulomatose, en l'absence de toute adénopathie perceptible, il faudrait envisager l'éventualité d'une forme abdominale latente dont quelques observations ont été rapportées.

L'examen plus minutieux du malade nous a permis de déceler une autre étiologie. Notre attention fut d'ailleurs rappelée à ce moment sur l'infection pharyngée par une localisation d'otite gauche suppurée avec point douloureux mastoïdien. L'évolution vers la mastoïdite ne se produisit pas, mais un streptocoque semblable au germe antérieurement isolé de l'urine fut retrouvé dans le pus auriculaire.

Donc, malgré la négativité de l'hémoculture, un se

erme, un sterptocoque non hémolytique, signait deux ›calisations de l'infection ; était-il en cause dans les hénomènes infectieux antérieurs à l'angine ?

Le malade, bien que pourvu d'une bonne denture, vait eu, quelques années auparavant, la fâcheuse idée e faire faire dans sa bouche un véritable pavage d'auri-cations. L'immanquable résultat en était apparent sous orme d'inflammation gingivale superficielle par irrita-ion mécanique avec une flore pyorrhéique riche en strep-ocoques, bacilles fusiformes et spirochètes. En raison e phénomènes douloureux très nets d'ostéite au niveau es racines, l'attention était plus particulièrement attirée ur la canine et la 1re prémolaire supérieures gauches ; ne véritable fistulisation existait au niveau de la canine t permettait de recueillir un pus formé de polynu-léaires très dégénérés sous un fourmillement de fins treptocoques. Un bridge, refait depuis un an sans sepsie préalable suffisante des canaux, était responsable le cet état de choses. Le streptocoque isolé de ce pus e présentait, comme le streptocoque urinaire, sous forme le fins diplocoques accolés en petits amas ou en chaî-ettes courtes et peu typiques. Ses colonies sur gélose ›taient également très ténues. La diffusion de ce germe, le pouvoir hémolytique nul, expliquait l'apparition de 'otite gauche homolatérale et de la réaction mastoï-lienne, avortée en raison de l'insuffisance de son pou-›oir hémolytique et toxigène. Ses caractères rappelaient :eux du streptocoque que j'isolai du sang et de la dent l'un sujet mort d'endocardite d'origine dentaire après ne longue phase de fièvre ondulante trop longtemps :onsidérée, malgré la négativité des recherches bacté-·iologiques, comme une mélitococcie [1].

Le tropisme du streptocoque pour le système réticulo-endothélial devait se manifester cette fois, non sur l'en-locarde, mais sur la moelle osseuse et les centres de la eucopoïèse : l'évolution fut celle d'un syndrome agra-nulocytaire avec tendance à l'aleucie totale. En effet, nous avons relevé déjà trois semaines et un mois après le début de la courbe fébrile, une leucopénie accentuée à 1.090 puis à 1.600 leucocytes avec 45 pour 100 de polynucléaires, le nombre d'hématies étant alors égal à 5 millions. Après deux mois et demi, à la suite de l'otite, la leucocytose se relevait à 3.200 avec la formule ci-contre (tableau I), mais la fonction érythropoïétique de la moelle commençait à être touchée et le nombre des

TABLEAU I.

	24 Mars	3 Avril.
Hémoglobine	70 pour 100	65 pour 100
Hématies	3 150 000	2 660 000
Leucocytes	3 200	700
Poly. neutro.	40	25
Poly. éosino.	0	1
Poly. baso.	0	0
Lymphocytes	30	26
Moyens mono.	23	29
Grands mono.	1	10
Myélocytes	2	8
Cellules de Turck	4	1
	100	100
Normoblastes	2	2
Plaquettes.	Normales.	Rares.

hématies descendait à 3.150.000. Quatre jours après une injection choquante de nucléotides, la leucopénie s'accen-tuait à 700 éléments au millimètre cube et l'érythropénie à 2.660.000 ; la myélose mixte tendait à devenir totale, le nombre des plaquettes étant également réduit. Cepen-dant, même avec cette aleucie imminente, la propor-tion des polynucléaires était encore de 26 pour 100 ; au terme de l'évolution il n'y avait qu'hypogranulo-cytose et non agranulocytose.

La mort survint quelques jours après dans une ady-namie totale avec pleurésie et purpura discret.

Il est à noter que cette sidération fatale des centres de la leucopoïèse ne fut pas progressive mais évolua de façon nettement oscillante. Le relè-vement temporaire mais très marqué de la leuco-cytose après le traitement de début par le Thiazo-mide montre bien que ce sulfamide, très discrè-tement et passagèrement administré, n'a pu jouer, tout au plus, qu'un rôle favorisant dans le dé-clenchement d'un syndrome agranulocytaire qui implique, par son évolution même, l'action inter-mittente mais tenace d'un germe constamment présent mais périodiquement essaimé.

Cette évolution alternante de la leucocytose, que nous avons partiellement reproduite expérimenta-lement, est fréquente dans la lymphogranuloma-tose, analogie symptomatique qui pourrait être rapportée à une similitude étiologique si l'on ad-met le rôle des formes filtrantes de streptocoques que nous avons signalées dans cette maladie [2].

Entre tous les germes mis en cause dans les agranulocytoses, le streptocoque et sa toxine ont une action de beaucoup prépondérante : elle a été expérimentalement démontrée par Westervelt E. Dennis. Nous avons cherché à confirmer ce tropisme pour le tissu réticulaire du streptocoque retiré de l'urine et de la canine de notre malade. Pour réaliser des conditions analogues à celles de l'infection focale, nous avons reproduit les dé-charges microbiennes et toxiniques dans la circu-lation par des injections intraveineuses successives de cultures de soixante-douze heures en bouillon à doses de 100 à 500 millions de germes. Deux lapins furent simultanément inoculés chaque fois, un adulte d'un an et un jeune de 4 mois, avec des doses proportionnelles à leur poids. La durée de l'ex-périence, de deux mois, permit d'observer à des intervalles mentionnés dans le tableau ci-joint, les résultats de cinq inoculations. Ce tableau ne donne que les formules sanguines, les variations de simple répartition de la leucocytose n'ayant pas de signification déterminante. Il n'y eut pas de modifications sensibles du nombre des hématies ni des plaquettes, ce qui est conforme à l'obser-vation humaine puisque des différences n'appau-rent chez le malade qu'à partir du deuxième mois.

Le tableau montre à l'évidence que la réacti-vité médullaire est diamétralement opposée chez le lapin jeune et le lapin adulte : polynucléose neutrophile chez le jeune, neutropénie chez l'adulte. Toutefois, chez l'animal jeune, une dévia-tion de la réaction médullaire se manifestait, à la fin de l'expérience, par la substitution de polynu-cléaires avortés, microcytaires, aux beaux neutro-philes fortement granuleux du début.

TABLEAU II.

	LAPIN ADULTE							LAPIN JEUNE				
	PN	PB	PE	L	MM	GM	Plasm.	PN	L	MM	GM	Plasm.
7 Avril	34	2	4	17	32	1	»	24	35	38	3	»
13 Avril	26	0	1	20	50	3	»	49	16	33	2	»
27 Avril	42	»	0	12	40	6	»	29	15	52	4	»
6 Mai	12	»	»	21	64	3	»	24	25	49	2	»
13 Mai	10	»	1	25	61	3	»	41	17	37	4	1
17 Mai	9	»	0	26	61	3	1	40	15	40	4	1
Pas d'inoculation dans cet intervalle												
17 Juin	24	»	»	16	59	1	»	27	22	47	4	

PN : Polynucléaires neutrophiles.
PE : Polynucléaires éosinophiles.
PB : Polynucléaires basophiles.
L : Lymphocytes.
MM : Moyens mononucléaires.
GM : Grands mononucléaires.
Plasm. : Plasmazellen.

L'ensemble de ces données de l'observation et de l'expérimentation nous permet d'affirmer le rôle déterminant d'un streptocoque non hémoly-tique, d'infection focale dentaire, dans l'évolution de cette fièvre ondulante doublée d'un syndrome agranulocytaire. Bien que ce streptocoque n'ait pas été recueilli directement du sang comme le germe semblable dont nous avons démontré le rôle dans une fièvre ondulante terminée par une endo-cardite maligne, ses décharges bactériémiques n'en ont pas moins été mises en évidence par son iso-lement fait à deux reprises de l'urine dans les jours qui ont suivi le maximum thermique.

En ce qui concerne le syndrome agranulocy-taire, nos expériences tendent à prouver que, vis-à-vis d'un agresseur microbien peu virulent et peu toxique bien que doué d'un tropisme électif, la réactivité médullaire peut varier fondamentale-ment avec l'âge. Il est physiologiquement logique d'ailleurs que l'agranulocytose apparaisse plus aisé-ment et plus précocement chez l'adulte et le vieil-lard.

(Travail du Laboratoire Central de la XIIe Région.)

1. *La Presse Médicale*, 31 Septembre 1926.

2. *C. R. Soc. Biol.*, 18 Octobre 1930, **105**, n° 3, 206.

QUESTIONS D'ACTUALITÉ

LE TRAITEMENT HORMONAL DU CANCER DE LA PROSTATE

Le traitement endocrinien du cancer de la prostate, appliqué depuis 1940 simultanément par Huggins et Herbert, présente non seulement un intérêt thérapeutique, mais encore et surtout un intérêt biologique, qui peut être d'une portée consi-dérable. C'est en effet la première fois que des résultats thérapeutiques, certes bien inconstants et partiels, mais pourtant indiscutables, sont obtenus sur des lésions cancéreuses à l'aide de substances hormonales. Ces faits sont d'autant plus curieux qu'ils ont été obtenus avec des hormones œstro-gènes, œstrone et dérivés du stilbestrol, dont on a soutenu l'action cancérigène.

Huggins avait montré expérimentalement que la castration diminuait la hauteur des cellules épi-théliales normales de la prostate; les injections d'hormone mâle (testostérone) stimulaient par contre l'activité sécrétoire des cellules prosta-tiques chez le chien, et cet effet était inhibé par l'administration de Diéthylstilbestrol.

Le principe sur lequel les auteurs se basèrent pour établir leur essai thérapeutique était fondé sur la diminution de l'activité des cellules dans l'adé-nome ou le cancer prostatiques par suppression de la sécrétion androgène (castration), ou par neutra-lisation de cette sécrétion par des hormones œstro-gènes. Cette méthode se rapprochait des essais de Beatson et Lett qui tentèrent d'arrêter l'évolution du cancer du sein par l'ovariectomie; ces inter-ventions n'avaient d'ailleurs donné que des échecs. Il n'en fut pas de même pour le traitement des hypertrophies de la prostate: *les hormones œstro-gènes semblent avoir une action heureuse aussi bien dans l'adénome prostatique que dans l'adéno-carcinome,*

Mais c'est surtout au traitement du cancer de la prostate que les auteurs se sont attachés: des statis-tiques imposantes avaient déjà été publiées puisqu'en 1941 Herbst rapportait les résultats de ce traitement dans 7 carcinomes et 22 hyperplasies. Dean et ses collaborateurs en rapportent 60 cas en 1943; Nes bit et Cummings ont suivi 75 malades de 1941 à 1944; enfin Herger et Sauer ont traité 82 car cinomes prostatiques par la castration ou par l'ad ministration d'diéthylstilbestrol, ou par l'associa tion de ces deux thérapeutiques.

Tous les auteurs insistent sur la rapidité avec laquelle la castration fait disparaître les douleur locales : Nesbit et Cummings, Alyea et Hender son ont obtenu des améliorations très importante 20 à 72 heures après l'intervention; parfois l'amé lioration est plus longue à apparaître. Il sembl que les hormones œstrogènes aient une actio moins rapide que la castration. Sur 42 malade qui présentaient des douleurs périnéales très im

portantes, Nesbit a vu disparaître ces douleurs 27 fois. 5 cas seulement n'ont pas été améliorés. L'état général de ces malades est souvent transformé en quelques semaines, leur poids augmente dans des proportions très remarquables: plus de 25 *kg.* en un an dans un cas d'Alyea, plus de 20 *kg.* chez 38 malades de Nesbit.

Ces résultats sont d'autant plus impressionnants que des 75 sujets suivis par Nesbit et Cummings, 43 présentaient des douleurs importantes, un état cachectique et d'autres signes cliniques qui prouvaient l'existence d'un cancer infiltrant arrivé à un stade avancé de son évolution. Les 32 autres ne présentaient pas de troubles subjectifs, mais les radiographies squelettiques et l'étude de leurs phosphatases sanguines prouvaient l'existence de métastases osseuses. Il s'agissait donc de cancers pris à un stade tardif, et il est véritablement remarquable de penser que certains de ces malades ont pu reprendre pendant plusieurs mois une vie presque normale.

L'examen local montre parfois une diminution du volume de la glande qui perd de sa dureté. La castration a fait disparaître les signes de rétention urinaire chez la plupart des malades. Chez 5 d'entre eux qui avaient subi une cystostomie, la sonde a pu être enlevée.

Enfin la castration n'a pas seulement une action locale sur la prostate, mais elle amènerait une rétroversion plus ou moins importante des métastases cancéreuses, pulmonaires ou osseuses. Les douleurs osseuses disparaissent aussi rapidement que les douleurs prostatiques. Les examens radiologiques en série montrent une régression du processus néoplasique (Huggins, Stevens et Hodges) avec densification des métastases et régression de ces images (Alyea et Henderson).

Clarke a vu régresser des troubles paraplégiques secondaires à une métastase vertébrale, et Nesbit a vu disparaître dans 2 cas un syndrome de myélite transverse; les douleurs, la paraplégie ont cédé et les sujets ont pu à nouveau marcher pendant quelque temps, mais cette amélioration ne fut que transitoire et la mort survint quelques mois plus tard, après reprise du processus néoplasique évolutif. Les métastases pulmonaires subissent la même régression : dans 2 cas traités par Alyea et Henderson, il existait de multiples métastases miliaires à la radiographie; ces images ont disparu complètement deux mois et demi et cinq mois après la castration.

De même, des ganglions néoplasiques ont diminué de volume, et des œdèmes des membres inférieurs par compression ont régressé après castration.

L'action de ce traitement endocrinien a été observée par différents auteurs à l'aide de dosages des *phosphatases sanguines :* la phosphatase acide existe en effet en quantités très importantes dans l'épithélium prostatique chez l'homme adulte, ainsi que dans les cellules carcinomateuses; le cancer de la prostate s'accompagne d'une élévation de cette phosphatase dans le sang, surtout lorsqu'il existe des métastases. Robinson, E. et A. Gutman ont trouvé dans ces cas des chiffres très élevés de phosphatase allant jusqu'à 500 ou 2.000 unités par gramme dans les cancers de la prostate; sur 17 cancers avec métastases, suivis par Alyea, 7 présentaient une élévation de l'activité phosphatasique acide dans le sang, et dans 3 cas la phosphatase alcaline était également élevée.

Huggins et Hodges ont montré que l'administration d'œstrogènes faisait baisser la phosphatase acide avec augmentation de la phosphatase alcaline, tandis que la testostérone augmentait l'activité phosphatasique dans le sang chez les mêmes sujets (Sullivan).

Après castration, le taux de la phosphatase acide est revenu à la normale dans 7 cas sur 8 de carcinomes avec métastases; la phosphatase alcaline présentait une légère élévation transitoire, puis retombait lentement à la normale. Sullivan et Gutman ont retrouvé ces faits dans 31 cas, avec parfois une chute très rapide de l'activité phosphatasique. Ces modifications biologiques ont une évolution très parallèle aux résultats cliniques, et Herger et Sauer ont montré que la durée de survie des malades est en général inversement proportionnelle à l'élévation de l'activité phosphatasique sanguine; les cas où la phosphatase acide dépasse 100 unités sont d'un mauvais pronostic.

En cas de reprise du processus néoplasique, Gilbert et Morgulis ont vu de nouveau s'élever l'activité phosphatasique parallèlement à l'augmentation de la tumeur prostatique et des métastases.

Les résultats anatomo-pathologiques sont également du plus haut intérêt : Heckel et Kretschner, ayant fait des biopsies par voie intra-urétrale chez un malade soumis au diéthylstilbestrol avaient observé une altération des cellules néoplasiques, avec dégénérescence hydropique et vacuolisation des cellules; leur malade avait reçu 1.546 *mg.* de cette diéthylstilbestrol en deux cent vingt-trois jours et avait présenté une disparition des douleurs, des troubles urinaires, une reprise de 11 *kg.* en six mois et le toucher rectal avait montré une diminution importante du volume de la prostate et de l'induration périprostatique.

Kahle et Schenken ont fait des biopsies chez 5 malades traités par le diéthylstilbestrol ou le dipropionate de diéthylstilbestrol : chez les 5 malades (dont 1 est mort de défaillance cardiaque), ils ont observé une régression des tissus carcinomateux : les cellules néoplasiques présentaient avant traitement des noyaux volumineux, avec gros nucléoles et un cytoplasme réticulaire. Dans un premier stade de régression, ils ont constaté une diminution de la taille des noyaux, avec condensation de la chromatine nucléaire; les nucléoles deviennent peu visibles, et l'on ne voit plus de mitoses. Enfin apparaissent des vacuoles cytoplasmiques à la base des cellules. Dans un deuxième stade, les noyaux deviennent pycnotiques, le cytoplasme est clair avec coalescence des vacuoles; enfin les membranes cellulaires se rompent et le centre des acini contient de nombreux fragments de noyaux pycnotiques. Au stade ultime, on ne voit plus que le stroma consistant en fibres musculaires lisses et tissu fibreux, avec une accumulation de lymphocytes et de macrophages et des dépôts de pigment brun. Les hormones œstrogènes déterminent donc des phénomènes de dégénérescence du tissu néoplasique; mais, comme l'a observé également Herbst à l'autopsie d'un malade mort de broncho-pneumonie après traitement par la castration, il reste des cellules malignes même lorsque la prostate a diminué de volume et semble redevenue normale. Si donc le traitement hormonal est capable de stabiliser ou même de faire régresser les lésions, le cancer reste toujours en puissance et c'est ce qui explique pourquoi cette thérapeutique n'est que palliative, et son action transitoire.

Les résultats sont encore bien trop fragmentaires pour juger de l'intérêt de cette thérapeutique appliquée depuis trop peu de temps pour que l'on en connaisse les résultats éloignés. On sait d'ailleurs que la survie est très variable dans le cancer de la prostate: sur 1.000 cas suivis à la Mayo Clinic, Bumpus donnait en 1926 une durée moyenne de survie de trente et un mois après la date du diagnostic, et de neuf mois après l'apparition de métastases. Il est certain que le traitement actuel a un intérêt pratique, car il prolonge la survie moyenne dans le cancer de la prostate. Les 75 malades suivis plus de vingt et un mois par Nesbit et Cummings, sont séparés par ces auteurs en deux groupes: parmi ceux chez qui le diagnostic n'a pas été trop tardif, et qui ont subi une castration bilatérale, 68,7 pour 100 sont encore en très bon état, 18,8 pour 100 sont encore vivants, avec des signes de cancer avancé, 12,5 pour 100 seulement sont morts. Dans le 2e groupe (malades opérés tardivement), 7 seulement des malades avec métastases (soit 16 pour 100), sont morts dans les neuf premiers mois, 28 pour 100 vivent encore en bonne santé, et l'un d'eux a subi la castration depuis trente-six mois.

En somme, 45 pour 100 des malades traités sont encore en excellente santé, de vingt et un à trente-six mois après la castration, tandis que 21 malades, d'abord améliorés, ont vu leur cancer reprendre son évolution maligne.

Randall rapporte de même l'observation d'un malade opéré de castration il y a six ans et demi et qui est toujours en vie ; les radiographies squelettiques ont montré l'apparition d'une métastase vertébrale qui a régressé en partie par l'administration de diéthylstilbestrol. Tous ces faits montrent que le traitement hormonal n'est pas susceptible de guérir le cancer prostatique, mais amène dans de nombreux cas une régression transitoire des principaux symptômes, et même des métastases.

Le fait remarquable est que l'action du traitement de Huggins se manifeste aussi bien dans les formes avancées que dans les cas diagnostiqués de façon relativement précoce; or on sait combien le diagnostic de cancer de la prostate est souvent tardif. du fait de sa latence complète dans les formes à évolution surtout postérieure.

Certains auteurs ont préconisé la castration dans tous les cas; mais la plupart réservent cette intervention aux cancers étendus, infiltrants, métastasés, avec augmentation de l'activité phosphatasique du sang, en particulier s'il existe des douleurs importantes, des signes de rétention urinaire, des œdèmes des jambes, ou un certain degré de cachexie.

Après castration, ou chez les sujets qui ont refusé cette intervention, on utilisera les hormones œstrogènes : œstrone ou plutôt dérivés du stilbestrol qui sont utilisables par voie buccale. Ces substances œstrogènes sont utilisées par Herger et Sauer dans les formes à évolution lente, ou chez les malades qui ne pourraient pas supporter la castration.

Le diéthylstilbestrol a été utilisé parfois par voie intra-musculaire, mais le plus souvent *per os.* Les doses employées sont assez variables suivant les auteurs, Heckel et Kretschner ont administré à leur malade la dose totale de 1.546 *mg.* en vingt-trois jours et atteignent des doses quotidiennes de 1 *mg.* sans incident. Kearns propose de commencer par de fortes doses: 3 *mg.* par jour pendant deux à trois semaines, et de baisser progressivement pour maintenir enfin le malade sous l'imprégnation continue des hormones œstrogènes avec une dose quotidienne de 1 *mg.* prolongée indéfiniment. Ces quantités importantes d'hormones œstrogènes ne semblent pas déterminer d'accidents, si ce n'est parfois une gynécomastie légère et un peu douloureuse, une diminution de volume du pénis et même des testicules (Herbst).

Soulignons, une fois de plus, le caractère transitoire et inconstant des améliorations obtenues par ce traitement endocrinien : les malades traités par Huggins ont pourtant été améliorés dans la proportion de 95 pour 100; dans 45 pour 100 des cas, l'amélioration s'est maintenue de façon prolongée, tandis qu'un nombre égal de malades ont vu les accidents néoplasiques reparaître avant dix-huit mois.

Les cas négatifs correspondraient à des ablations de glandes sexuelles atrophiques et physiologiquement inactives, de sorte qu'Huggins pense qu'il est intéressant au point de vue du pronostic ultérieur de faire un examen histologique des testicules après leur exérèse, et de suivre l'élimination des corps androgènes dans les urines.

Signalons pour terminer qu'en 1943, Kretschner s'est élevé contre l'optimisme exagéré de certains auteurs, et n'a obtenu par castration que des résultats médiocres et des améliorations très transitoires.

*
* *

On sait avec quelle prudence on doit accueillir les faits biologiques ou thérapeutiques qui touchent de loin ou de près à la question capitale des origines du cancer.

Les observations américaines, pour impressionnantes qu'elles soient, n'ont pas encore reçu, en d'autres pays, la sanction des vérifications cliniques et anatomiques, et les faits épars rapportés récemment à la Société d'Urologie n'emportent pas la conviction.

Il est certainement trop tôt pour juger de la portée exacte de cette nouvelle thérapeutique; il n'en reste pas moins que la castration et l'administration de substances œstrogènes semblent avoir une action destructrice sur les cellules néoplasiques du cancer de la prostate, et ceci aussi bien au niveau du foyer cancéreux primitif que dans les métastases osseuses, pulmonaires ou ganglionnaires. Ce fait nous paraît d'une grande portée biologique, et nous montre l'imporance primordiale qu'il faut accorder

l'équilibre humoral et endocrinien dans la genèse de certains processus néoplasiques.

Si les faits observés étaient vérifiés, il nous assureraient dans la pensée déjà soulevée par un certain nombre d'expériences, que l'étude des modifications de l'équilibre hormonal peut apporter à celle de l'origine du cancer une importante contribution.

L. DE GENNES et CL. LAROCHE.

BIBLIOGRAPHIE

E. P. ALTEA et A. F. HENDERSON : *J. A. M. A.*, 1942, **120** 1099. — B. G. CLARKE et H. R. VIETS : *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 499. — J. E. COLON : *Bol. de la Asoc. Med. de Puerto Rico*, 1942, **34**, 41. — C. O. CHEEVY : *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 1102. — A. L. OEAN, H. Q. WOODARD et G. H. T. WOMBLY : *J. of Urology*, 1943, **49**, 108. — G. GILBERT et G. MARGOLIS : *J. of Urology*, 1943, **50**, 82. — A. B. GUTMAN : *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 1112. — N. J. HECKEL et H. L. KRETSCHMER : *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 1087. — W. P. HERBST : *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 1116. — C. C. HERGER et H. R. SAUER : *Amer. J. of Surgery*, 1943, **62**, 185. — HODGES et C. HUGGINS : *Cancer. Research.*, 1941, **1**, 293. — P. T. KAHLE, H. D. OGDEN et P. L. GETZOFF : *J. of Urology*, 1942, **48**, 83. — P. J. KAHLE, J. R. SCHENKEN et E. L. BURNS : *J. of Urology*, 1943, **50**, 711. — KEISER : *Virginia Med. Monthly*, 1942, **69**, 344. — H. L. KRETSCHMER : *J. A. M. A.* 1943, **123**, 755. — R. M. NESBIT et R. H. CUMMINGS : *J. Am. Med. Assoc.*, 1944, **124**, 80. — A. RANDALL : *J. of Urology*, 1942, **48**, 706. — E. RUPEL : *South. Med. J.*, 1943, **36**, 251. — G. J. THOMPSON : *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 1105.

SOCIÉTÉS DE PARIS

ACADÉMIE DES SCIENCES

6 Mars 1944 [1].

Production d'un nouveau type de poisons du système nerveux sympathique par iodométhylation d'un sympathicolytique. — M. **Raymond Hamet.** Ayant pu constater qu'en iodométhylant la yohimbine on lui fait perdre presque totalement son activité hypertensive, il convenait de rechercher si la transformation de l'hydrocinchonidine en une base ammonium quaternaire modifie sensiblement ses effets sur le système nerveux sympathique. Les expériences apprennent qu'il n'en est rien et que si, aux doses fortes, l'iodométhylate d'hydrocinchonidine conserve l'activité sympathicolytique de cet alcaloïde, aux doses faibles, il manifeste une action sympathicosthénique indéniable, c'est-à-dire renforce nettement les effets de l'adrénaline.

20 Mars.

Interprétation de la fosse pariéto-occipitale du cerveau humain. — Mlle **M. Friant.** Les recherches d'anatomie cérébrale comparée que poursuit l'auteur depuis plusieurs années, lui ont permis d'établir, récemment, que, chez l'homme et les singes, le sillon pariéto-occipital de Cunningham fait, incontestablement, partie du splénial, sillon fondamental de la face interne de l'hémisphère mammalien : c'est la paracalcarine des lumariens.

27 Mars.

Le bore dans le grain de blé, la farine et le pain. — MM. **Gabriel Bertrand** et **Lazare Silberstein.** Le bore n'est pas uniformément contenu dans la graine : il y présente au contraire, une répartition spéciale, en rapport, semble-t-il avec son rôle physiologique : en particulier le germe, qui doit donner naissance à la plantule, est la partie de la graine qui renferme la proportion la plus élevée de bore. En outre, quand on étudie les diverses régions de l'albumen, en allant du centre vers l'extérieur, on rencontre une proportion de bore d'autant plus grande que l'on s'approche davantage de la couche périphérique. Ainsi, lorsqu'il y a seulement 7 *mg.* 5 de bore par kilogramme de farine fraîche à 71 pour 100 de taux d'extraction, formée presque exclusivement aux dépens du cœur de l'albumen, il y en a déjà près de 9 *mg.* dans la farine à 85 pour 100 qui doit son excès de rendement au remoulage de gruaux, c'est-à-dire des couches les plus voisines de la surface.

On peut calculer, à partir des résultats ci-dessus, les proportions de bore qui entrent dans le pain lorsqu'on le prépare avec des farines de taux d'extraction plus ou moins élevé.

De la production naturelle d'antiferment spécifique chez certains animaux. — M. **Gaston Ramon.** Les premiers résultats des recherches de l'auteur démontrent que les animaux des espèces bovine et ovine sont bien capables de faire, grâce à une immunisation naturelle, l'acquisition, petit à petit et au fil des années, non seulement de l'antitoxine tétanique, mais encore d'un antiferment s'opposant spécifiquement à la protéase du bacille du tétanos et, probablement aussi, d'autres anticorps de cette dernière sorte, dirigés contre des diastases d'origine microbienne ou de nature diverse. Des essais encore en cours montrent en effet, dès maintenant, que le sérum de certains bovidés a le pouvoir, plus ou moins grand, de neutraliser l'action de la gélatinase des bacilles *perfringens*, histolytique, etc...

3 Avril.

Sur la libération de la leucine et de la valine au cours de l'hydrolyse des protéines et sur la position de ces acides aminés dans la molécule protéique. — MM. **S. Roche** et **M. Mourgue.** La leucine et la valine occupent chacune, dans les protéines, des positions particulières, la première seule étant en grande partie libérée au début de l'hydrolyse acide-alcaline ou pancréatique. Une fraction très importante de la leucine peut, de ce fait, être considérée comme l'acide aminé terminal de chaînes polypeptidiques. Aussi la répartition de la leucine et de la valine dans les molécules protéiques ne semble-t-elle pas présenter la périodicité uniforme prévue par la théorie de Bergmann, la leucine occupant surtout des positions exopeptidiques et la valine des positions endopeptidiques. Enfin la diversité que présentent les modalités de l'hydrolyse des protéines étudiées (caséine, édestine, globine, zéine) montre que leur structure n'est pas identique.

J. COUTUNAT.

1. Le mode de publication tardif des *C. R. de l'Académie des Sciences* ne nous permet pas de donner plus rapidement le résumé des séances de cette Académie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

20 Mars 1945.

Présentation de films du service de Santé de l'armée américaine. — 1° la rééducation des blessés ; 2° l'appareillage des amputés des deux mains.

Rapport sur l'alcoolisme dans l'armée au cours de la guerre. — M. **Laignel-Lavastine,** rapporteur, au nom de la commission de l'alcoolisme, propose à l'Académie d'adopter la conclusion suivante :

« Parmi les multiples facteurs qui ont déterminé la défaite française de 1940, l'alcoolisme chronique ou aigu par les spiritueux et le vin a joué un rôle que l'Académie croit de son devoir de signaler. »

— M. **Laubry** estime qu'il est impossible d'adopter cette conclusion, alors que le rapporteur n'a apporté aucun fait précis en sa faveur.

— M. **Tanon** pense que les ennemis de la France pourraient trouver dans cette conclusion par ailleurs injustifiée, des arguments pour leur propagande hostile.

— M. **Lemierre** est également opposé au vote de la conclusion ; ce serait vouloir détourner l'attention du rôle capital des fautes du commandement et reprendre un des thèmes favoris de la propagande qui a sévi depuis 1940.

— M. **Mathis** juge que l'insuffisance de notre armement a joué un rôle autrement important que des cas isolés d'alcoolisme.

— M. **Armand-Delille** demande si le commandement n'avait pas, parmi ses responsabilités, celle de lutter contre l'alcoolisme dans l'armée.

L'Académie, à une très forte majorité, refuse d'adopter la conclusion de la Commission.

Influence suivant les âges des restrictions alimentaires et des conditions d'existence pendant la guerre. — M. **A. Lumière** conclut que le rationnement a causé des ravages considérables chez les sujets ayant dépassé la soixantaine et en une répercussion regrettable chez les adolescents au moment de la puberté ; mais la suppression des excès alimentaires et principalement les restrictions de l'alcool ont eu une influence heureuse sur la mortalité des adultes ; l'expérience forcée du rationnement a démontré que les Français ingéraient plus d'aliments qu'il est nécessaire et surtout absorbaient trop d'alcool. L'auteur exprime trois souhaits : 1° agir en faveur des vieillards ; 2° freiner l'abus des sports ; 3° continuer après la guerre le rationnement de l'alcool.

Problèmes d'hygiène de l'habitation. — M. **Besson** présente un résumé des principaux problèmes d'hygiène que pose l'œuvre de reconstruction des habitations démolies ou dévastées par la guerre ; tout se tient et s'enchaîne en cette matière et la collaboration de nombreux techniciens est nécessaire pour mener à bien l'œuvre à entreprendre.

Epreuves de broncho-constriction et de broncho-dilatation par aérosols ; emploi dans le dépistage, la mesure et le contrôle des insuffisances respiratoires chroniques. — M. **R. Tiffeneau** et Mlle **Beauvallet** montrent que l'épreuve de bronchoconstriction permet de déceler une insuffisance respiratoire cliniquement inapparente et de mesurer le degré d'une insuffisance respiratoire évidente ; l'épreuve de broncho-dilatation permet d'apprécier le caractère réversible ou irréversible de l'insuffisance respiratoire. Permettant une inscription graphique objective du trouble fonctionnel respiratoire et échappant à la volonté du sujet examiné, ces épreuves présentent un intérêt particulier pour l'évaluation du degré d'invalidité des affections respiratoires chroniques pour lesquelles l'attribution d'une indemnité peut être envisagée.

Chromo-vaccination des pasteurelloses. — M. **P. Remlinger** a déjà montré que les microbes colorés dans les cultures en bouillon ou sur gélose conservaient leurs qualités antigènes et pouvaient être employés comme vaccin ; les colorants (fuchsine basique ou violet de gentiane) épargnent davantage la substance immunisante que les différents antiseptiques proposés pour atténuer la virulence des germes et sont plus faciles à manier que le chauffage. L'auteur a réussi la chromovaccination des lapins contre le *B. bovisepticus* et le *B. avisepticus*. Il n'est pas nécessaire que la quantité de colorant et la durée de son contact soient à la limite de la nocivité ; on peut vacciner avec une culture fuchsinée une fois pour toutes et conservée à la température du laboratoire ; l'immunisation est le fait des corps bacillaires.

LUCIEN ROUQUÈS.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

14 Mars 1945.

A propos du procès-verbal. — M. **Gatellier** précise que la technique qu'il a préconisée d'incisions sus-sternales et sus-claviculaires conserve un intérêt indiscutable dans le traitement immédiat et rapide des emphysèmes médiastinaux.

— M. **Patel** apporte un cas d'iléo-colo-rectoplastie. L'anse grêle a été montée sur un mandrin de caoutchouc et introduite ainsi dans le rectum. Un incident a été dû à la longueur trop grande de cette anse : plicature obligeant à une réintervention.

Myosite du psoas à staphylocoques. — M. **Parneix.** M. **d'Allaines**, rapporteur. L'auteur a observé un syndrome abdominal assez diffus que l'acte opératoire a montré secondaire à l'existence d'un hématome périrénal rétropéritonéal. Malgré l'intervention, des hémorragies se produisent par le drain lombaire et par l'anus, entraînant la mort au 20e jour. Il s'agissait en fait d'une myosite spontanée à streptocoques chez un malade ayant présenté autrefois des accidents dus au même microbe. L'importance de l'hémorragie a marqué dès le début l'origine réelle de l'affection.

— M. **Wolfromm** cite deux exemples d'hémorragie grave après incision lombaire et met en valeur le rôle, à côté des ruptures artérielles par infection, d'une artérite préexistante.

— M. **d'Allaines** résume les différentes sources d'hémorragie dans la région lombaire : hématomes par lésions rénales, hématomes périnéaux spontanés, hématomes par myosite.

Deux cas de tétanos « post abortum ». — Contribuant à l'enquête actuellement en cours devant l'Académie, MM. **d'Allaines** et **Dubost** ajoutent deux nouvelles observations de tétanos abortif. La première, ayant trait à un avortement criminel concerne un tétanos apparu 10 jours après, qui, malgré l'hystérectomie et 200.000 unités de sérum aboutit à la mort. La deuxième reçut 550.000 unités sériques, subit une hystérectomie et finit par guérir. Les débris placentaires contenaient du Nicolaïer. Dans ce dernier cas l'emploi d'acide phénique, associé à la glycérine, facilita sans aucun doute la guérison.

Aspects radiographiques du cancer de l'estomac. — Dans cette communication, étayée de nombreux clichés radiographiques, M. **Sénèque** montre les insuffisances fréquentes de diagnostic radiologique du cancer gastrique. Nombre des malades qu'il a dû opérer s'étaient soumis depuis longtemps à des examens radiologiques qui avaient conclu à l'absence de lésion. Or beaucoup d'entre eux portaient un cancer déjà inopérable. L'auteur a colligé les radios antérieures, et montre qu'on aurait déjà dû poser un diagnostic précis. Les dimensions importantes de la niche, l'irrégularité de ses contours, la rupture des plis ne sont pas des signes absolus mais incitent au soupçon. La persistance de la niche après le traitement médical ou de ses irrégularités, l'aspect anormal du pylore doivent amener une laparotomie. Doivent être suspects les aspects de niche en plateau à bords peu surélevés, l'aspect du pylore effilé en pain de sucre. La niche encastrée serait moins démonstrative.

La gastroscopie ne semble avoir d'autre intérêt que de préciser le siège gastrique de la lésion sans préjuger de sa nature.

En fait le diagnostic entre ulcère et cancer est des plus malaisés, de même que l'appréciation du stade évolutif d'un cancer qui se montre souvent plus avancé à l'opération qu'à la radio.

— M. **Jean Gosset** insiste aussi sur la difficulté très grande du diagnostic précoce du cancer gastrique. Sur 100 malades adressés au chirurgien, 40 sont inopérables et 20 ne peuvent subir qu'une intervention palliative. C'est dire que le pronostic est sombre. D'ailleurs les tentatives actuelles qui en cherchent l'amélioration sont surtout techniques : la gastrectomie devient de plus en plus large. En fait ce que nous savons des lymphatiques de l'estomac montre l'impossibilité fréquente d'une exérèse complète. Or la lenteur évolutive du cancer gastrique doit en permettre le diagnostic à un stade suffisamment précoce. Si aucune image au début du néoplasme n'est pathognomonique, la prise d'examens graphiques corrects (sujet en décubitus ventral, usage de la compression) répétés tous les deux mois, avec entre temps emploi de la protéinothérapie intraveineuse, permet d'affirmer le diagnostic. Avec cette thérapeutique le cancer demeure immodifié, alors que les images d'ulcère varient.

— M. **Küss** appuie par plusieurs exemples sur l'impossibilité de prévoir le stade évolutif du cancer avant l'intervention.

— M. **Brocq** se méfie de certains diagnostics dits histologiques du cancer. La méthode radio-clinique bien employée permet de poser correctement les indications opératoires.

J. CALVET.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

16 Mars 1945.

La silicose, maladie professionnelle. Etude clinique de 15 observations. — MM. **Roger Even**, **J. Lecœur** et **H. Adan**, se basant sur leurs 15 observations personnelles, précisent les manifestations de la silicose et discutent ses rapports avec la tuberculose.

La silicose est d'autant plus fréquente, plus rapide et plus grave que les poussières sont plus riches en silice.

Les signes radiologiques sont les premiers en date et n'apparaissent qu'après plusieurs années d'exposition. Ils permettent d'individualiser des formes nodulaires fréquentes et des formes pseudo-tumorales et mixtes rares. Les secondes ne sont pas nécessairement un mode évolutif des premières. Les symptômes cliniques évoluent en trois périodes de bronchite, de dyspnée et d'insuffisance cardiaque. La période de bronchite est précédée de longues années par le stade radiologique. La période de dyspnée succède après des années à la période de bronchite. La période d'insuffisance cardiaque est le terme habituel de l'évolution de l'affection. Les signes radiologiques et les symptômes cliniques peuvent s'accuser alors que le métier dangereux est abandonné.

Les complications sont par ordre de fréquence décroissante : l'altération de l'état général, dominée par l'amaigrissement sans fièvre ; les hémoptysies et le pneumothorax spontané.

Le diagnostic est évident dans les formes pseudo-tumorales et facile dans les formes mixtes et nodulaires, sous réserve d'interroger les malades, non seulement sur leur métier actuel, mais sur leurs métiers antérieurs.

La tuberculose s'observe exceptionnellement avant la silicose, rarement pendant, parfois à la phase terminale, et les constatations anatomiques en sa faveur sont de faible valeur.

En conclusion, la silicose est une fibrose pulmonaire due à l'inhalation des poussières de silice et ses rapports avec la tuberculose sont des rapports d'interférence ; donc c'est une maladie professionnelle indemnisable, et le reste, du point de vue pratique et du point de vue pratique seulement, est littérature.

— M. **Rist** estime que la question de la silicose est complexe, ce qui tient en partie à ce que la silicose varie beaucoup selon les régions où elle s'observe et la constitution des roches. Dans les mines d'or du Rand où il s'agit de silice pure, la tuberculose est fréquente et la silicose est considérée comme une maladie professionnelle créant une prédisposition particulière à la tuberculose, par contre, on n'y observe guère d'insuffisance cardiaque. Dans les mines du Nord de la France la silicose est rare et peu grave ; c'est le contraire dans le Gard, où la roche contient plus de silice. Il existe des rapports entre la silicose et la tuberculose, mais on ne les trouve que dans certaines régions.

— M. **Poumeau-Delille** n'a pas retrouvé les nodules amorphes décrits par Policard. Même à une phase très tardive, il y a un remaniement qui aboutit à la sclérose, sans qu'on soit obligé d'invoquer d'autres facteurs que les poussières.

Syndrome agranulocytaire mortel imputable au rubiazol. Splénomégalie avec réaction myéloïde sanguine. — M. **Merle** et M[lle] **Durand** (Clermont-Ferrand) rapportent l'observation d'un syndrome agranulocytaire mortel consécutif à l'ingestion de 120 comprimés de rubiazol absorbés en 3 mois par petites doses intermittentes. Ce cas confirme les dangers des petites doses répétées de sulfamides et de la prolongation des traitements à ces faibles doses : ce mode défectueux d'administration semble réaliser une sensibilisation progressive de l'organisme.

L'existence d'une importante monocytose sanguine et, d'autre part, d'une splénomégalie avec ébauche de réaction myéloïde permet d'établir dans de tels cas une parenté certaine des syndromes agranulocytaires avec les leucoses aiguës et certaines monocytoses. Ces syndromes hématologiques relèvent souvent des mêmes facteurs étiologiques toxiques ou infectieux, les modalités évolutives dans un sens ou dans l'autre étant probablement en rapport avec les modes réactionnels individuels des centres hématopoïétiques suivant le sol hématique propre à chaque individu.

— M. **J. Lereboullet** discute le rôle attribué au rubiazol. La formule sanguine est voisine de celle des cryptoleucémies et une simple coïncidence est possible.

— M. **Perrault** rappelle que des cas d'agranulocytose dus au rubiazol ont déjà été relatés et il souligne les dangers du traitement itératif.

Myasthénie bulbo-spinale. Effet de la vitamine B 1 et de la testostérone. — MM. **F. Coste, M. de Sablet** et **R. Tourneur** relatent l'observation d'une myasthénie très sévère que seules l'insuline et le chlorure de guanidine ont permis d'améliorer efficacement en permettant à la malade d'abaisser les doses de prostigmine et de récupérer une résistance musculaire presque normale. Mais, en l'absence de ces deux médicaments, dont le premier lui est difficilement fourni et dont le deuxième provoque parfois des accidents d'intolérance, elle retombe dans un état grave. C'est dans une telle phase que la thiamine, déjà employée antérieurement chez elle avec un résultat bon, mais épuisable, et le propionate de testostérone, associés l'un à l'autre, lui ont permis, pour la première fois depuis des années, de supprimer la prostigmine, tout en se maintenant dans un état musculaire satisfaisant.

Fréquence des cas de tuberculose pulmonaire survenus depuis 15 ans dans une circonscription populaire de Paris. — M. **H. Brocard**, sur 834 cas de tuberculose bacillifère, observés dans les quartiers de la Goutte d'Or et la Chapelle du 18[e] arrondissement, a noté 598 cas ayant débuté en 1930-1939 et 236 en 1940-1944. En apportant les corrections nécessaires, dues notamment à la diminution de la population, on constate une augmentation de fréquence de 5 pour 100 pour la période de guerre, ce qui est insignifiant puisque le dispensaire où cette statistique a été effectuée a sensiblement doublé d'activité.

Age de début selon le sexe des cas de tuberculose pulmonaire survenus depuis 15 ans dans une circonscription populaire de Paris. — M. **H. Brocard**, sur ces 834 tuberculeux, a noté 1,92 homme pour 1 femme. En prenant comme date de début le moment de la première bacilloscopie, il a constaté que la plus grande fréquence chez l'homme s'est produite entre 30 et 39 ans, avec des cas encore très nombreux jusqu'à 59 ans, la tuberculose apparaissant chez lui comme une maladie de l'âge moyen de la vie. Chez la femme, la fréquence est dans l'adolescence un peu plus grande que chez l'homme ; elle est à son maximum entre 25 et 29 ans et devient minime à partir de 50 ans, la tuberculose se comportant chez elle comme une maladie du début de l'âge adulte. Il n'a pas noté de différences notables dans l'âge de début entre les périodes 1930-1939 et 1940-1944.

Evolution des cas de tuberculose pulmonaire survenus depuis 15 ans dans une circonscription populaire de Paris. — M. **H. Brocard**, étudiant les pourcentages annuels de survie de ces 834 malades à la suite de leur première bacilloscopie, a obtenu les chiffres de 69,8 pour 100 au bout d'un an, de 56,5 au bout de 2 ans, 48,7 au bout de 3 ans, 36,3 au bout de 5 ans, 22,6 au bout de 9 ans. La courbe est sensiblement la même dans les tuberculoses masculine et féminine. Il n'a pas été constaté de différence notable entre les taux de survie des tuberculoses ayant débuté en 1930-1939 et 1940-1944.

— M. **Etienne Bernard** conteste la valeur de ces statistiques. En effet, la population du secteur a changé ; le nombre élevé des formes sévères fait que les sujets entrent directement à l'hôpital ; enfin le nombre des prisonniers et déportés entre 20 et 45 ans, groupe d'âge le plus souvent atteint par la tuberculose, est négligé.

— M. **Rist** souligne que les médecins de ce dispensaire ont changé depuis la guerre. La comparaison devient très difficile.

— M. **Roger Even**. Je souscris aux conclusions de M. Brocard. Presque toujours les conclusions opposées — même si l'avenir devait les confirmer — sont basées sur des conceptions *a priori*, soit sur des impressions, soit sur des statistiques faussées à la base. Elles sont faussées à la base car elles portent sur des collectivités pour lesquelles il est impossible avec une exactitude rigoureuse, de comparer avant et pendant la guerre : la population ; la répartition des sujets suivant l'âge et le sexe ; le nombre des tuberculeux en activité. Il faut partir de collectivités fermées tels les milieux des fonctionnaires car ils sont homogènes, les mêmes traitements leur conférant un même pouvoir d'achat pour le ravitaillement ; leur répartition suivant l'âge et le sexe n'a guère varié étant donné que le pourcentage des prisonniers et des déportés parmi eux est assez faible ; leurs effectifs sont connus ainsi que leurs tuberculeux, à une unité près. Mais point important à souligner, il ne faut pas confondre le nombre des tuberculeux avec le nombre des sujets mis en congé de longue durée ; il ne faut retenir que les tuberculeux du paragraphe 1 de la loi de 1929, car les tuberculeux des paragraphes 2, 3, et 4, sont trop souvent des tuberculeux inactifs et inévolutifs à qui un congé est accordé parce que la fatigue et l'amaigrissement en rapport avec les restrictions font redouter une tuberculose active et évolutive qui ne fait pas sa preuve.

Intoxication benzolique mortelle chez une femme vendant des sacs en cuir synthétique. Présence de benzène dans le sang. — MM. **Léon Binet, M. Conte** et **F. Bourlière**. Une femme de 71 ans atteinte d'anémie avec leucopénie, granulopénie et hypoplaquettose, meurt après quelques semaines, en dépit des transfusions réitérées, avec des hémorragies profuses.

L'intoxication benzolique, soupçonnée de parti pris chez cette femme, ne fut retrouvée qu'après enquête : cette femme vendait, depuis 6 mois seulement, des sacs en simili-cuir et en toile cirée qu'elle emmagasinait dans sa chambre. Le dosage du benzène dans le sang, pratiqué selon la technique de R. Fabre et dans le laboratoire de ce dernier, permit de retrouver 0 mg. 30 de benzène par litre de sang et fit ainsi la preuve de l'intoxication professionnelle. Cet exemple vient confirmer le danger de produits benzéniques, maniés par des artisans, loin de tout contrôle et de toute surveillance médicale.

P.-L. Marie.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE

21 Janvier 1945.

Le traitement par l'éphédrine des accidents nerveux du syndrome d'Adams-Stokes. — MM. **J. Lenègre** et **H. Chevalier**. L'éphédrine, agent sympathicomimétique vaso-constricteur et cardio-stimulant, paraît être sous forme de chlorhydrate d'éphédrine naturelle (lévogyre) le meilleur traitement des accidents nerveux du syndrome d'Adams-Stokes. En période de crise, il faut donner par voie buccale 12 à 20 cg. d'alcaloïde par jour en 4 prises régulièrement espacées (3 à 5 cg. chaque 6 heures). Une fois les accidents nerveux arrêtés, il faut poursuivre indéfiniment la médication à raison 6 à 9 cg. par jour en 3 prises de 2 à 3 cg. l'une (chaque 8 heures), comme on en userait du gardénal dans l'épilepsie. Depuis quelques années, 19 malades ont été ainsi traités, avec 11 résultats très favorables (disparition totale ou presque totale des crises nerveuses) et 8 échecs. Le fractionnement des doses, la persévérance dans le traitement sont les conditions indispensables du succès. Il n'a été observé ni intolérance à l'éphédrine, ni accumulation, ni accoutumance, ni incident d'aucune sorte, même chez des sujets parfois hypertendus ou artérioscléreux, ou angineux Cependant, les auteurs ont pour habitude d'associer à chaque prise d'éphédrine 10 cg. de théophylline et 2 cg. de gardénal.

— M. **Clerc** a utilisé avec ses collaborateurs (en particulier avec M. Bascourret), dans le traitement de certains infarctus myocardiques, l'éphédrine qui ne présente pas la brutalité de l'adrénaline. Chez les sujets atteints de dissociation auriculo-ventriculaire permanente, il la prescrit à titre préventif, associée à une faible dose de caféine, par petites cures de 5 jours, renouvelées régulièrement 2 fois par mois. Il y a donc lieu de souligner l'intérêt de la méthode continue, adoptée par MM. Lenègre et Chevalier.

Ruptures multiples de l'aorte, avec anévrysmes disséquants. — MM. **Y. Bouvrain, J. Combet** et **A. Baland**. Observation d'une femme de 69 ans, hypertendue depuis plusieurs années et chez laquelle se produisit une première rupture de l'aorte en Mars 1944. Après une période de latence de 8 mois, une nouvelle rupture entraîne la mort. A aucun moment cette malade n'a ressenti de douleur.

Autopsie : triple déchirure de l'aorte, avec deux anévrysmes disséquants indépendants l'un de l'autre. Histologie : lésions typiques de médianécrose (D[r] Duperrat).

Considérations sur les phlébites des tuberculeux. — MM. **P. Ameuille** et **J. Combet** insistent sur la fréquence des phlébites chez les tuberculeux pulmonaires avancés. Chez 982 sujets, atteints de tuberculose pulmonaire mortelle, ils ont noté l'apparition de 85 phlébites (soit dans 8,6 pour 100 des cas) avec 55 vérifications anatomiques. Cinq fois seulement la thrombose siégeait au-dessous de l'artère crurale ; presque toujours il s'agissait de thrombose des veines iliaques externes, iliaque primitive, remontant souvent jusqu'à la veine cave inférieure. Fait fondamental, on peut, dans la majorité des cas, suivre le thrombus dans la veine iliaque interne et la veine hémorroïdale moyenne, où elle semble prendre naissance au niveau d'ulcérations rectales, associées 20 fois sur 24.

Influence des facteurs respiratoires sur l'amplitude des battements cardiaques (étude radiokymographique chez le sujet normal). — MM. **E. Donzelot** et **R. Heim de Balsac** constatent qu'au cours de l'inspiration forte, les battements des contours cardiaques diminuent d'amplitude jusqu'à être immobiles dans certains cas. Après plusieurs secondes d'apnée, les battements reprennent progressivement une amplitude qui dépasse la norme lors de l'expiration suivante. Ils apportent la démonstration radiokymographique de ce phénomène chez le sujet normal et en soulignent l'importance lors de l'enregistrement et de l'interprétation des radiokymographies.

Altérations transitoires de l'électrocardiogramme après des crises de tachycardie ventriculaire paroxystique. — MM. **E. Donzelot, H. Sikorav** et **Essel** rapportent 8 cas, dont 1 personnel, d'inversion profonde et transitoire de l'onde T au décours de crises paroxystiques de tachycardie ventriculaire des sujets jeunes. Ils discutent la pathogénie, et, écartant l'hypothèse d'une lésion coronarienne, envisagent la possibilité d'un trouble vaso-moteur intramyocardique ou d'une perturbation du métabolisme myocardique.

L'électrocardiogramme au cours de l'électrochoc — MM. **J. Delay, R. Heim de Balsac** et **P. Neveu** étudiant l'électrocardiogramme de 20 femmes porteuses de troubles psychiques divers mais sans troubles organiques avec appareil circulatoire normal, constatent aussitôt après le choc des modifications électrocardiographiques portant sur le rythme : tachycardie et bradycardie sinusales, parfois intriquées, arythmie respiratoire, plus rarement extra-systoles ventriculaires banales.

La morphologie des complexes ventriculaires est à peine altérée mais avec une très grande fréquence les ondes P et T présentent des augmentations d'amplitude parfois fort importantes.

Les auteurs, rapprochant ces modifications de celles observées chez des sujets normaux mais présentant de perturbations neuro-végétatives (puberté, surmenage, émotions, etc...), voient dans ce fait la confirmation de l'action prédominante de l'électrochoc sur le diencéphale déterminant des perturbations vago-sympathiques extracardiaques sans retentissement sur le fonctionnement du myocarde lui-même.

Angine de poitrine et traumatismes précordiaux — M. **C. Lian**. Divers travaux français et étrangers ont établi qu'il existe des cas où un traumatisme précordial est l'unique facteur étiologique d'une angine de poitrine d'allure coronarienne.

En tablant sur 7 observations personnelles (5 accidents d'automobile dont 4 avec contusion précordiale, 1 émotion violente, 1 intoxication légère par l'oxyde de carbone), l'auteur montre qu'assez fréquemment le traumatisme précordial ne fait que révéler, par l'intermédiaire de phénomènes vaso-moteurs surajoutés, un état cardio-vasculaire antérieur, généralement un athérome coronarien, jusqu'alors latent. Il établit également qu'une émotion, une intoxication peuvent déclencher par un mécanisme analogue une angine de poitrine du type coronarien.

Ainsi donc dans la première éventualité, relativement rare et ne s'observant avec netteté que chez les sujets jeunes, l'angor est uniquement traumatique. Dans la seconde éventualité, moins rare et s'observant surtout après 40 ans, l'angor n'est qu'en partie traumatique distinction importante du point de vue médico-légal.

Etude radiokymographique de la cinétique du bord gauche du cœur chez le sujet normal. — M. **R. Heim de Balsac.**

Etude de l'orthodiagramme et pathogénie des modifications ventriculaires au cours de l'épreuve de Valsalva. — M. **André Basset** (Limoges).

Grosse pulmonaire et communication interauriculaire. Observation anatomo-clinique. — MM. **D. Routier, R. Tricot** et **P. Fortin.**

R. Boucomont.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

19 Janvier 1945.

Allocution du Président sortant. — M. Dufourmentel.

Allocution du Président pour 1945. — M. Rœderer.

Radiographie du profil de la hanche saine chez l'adulte. — M. **René Charry** a utilisé la technique qu'emploie le Prof. Mathieu, dans son service, pour l'enclouage du col du fémur. Il prend 3 clichés : un premier en rotation indifférente ; les deux autres, en rotation externe et interne.

Traitement de l'ostéomyélite. — M. **A. Trèves** considère le traitement sulfamide-iode comme indispensable dans toutes les formes d'ostéomyélite.

Dans les formes aiguës, l'association du traitement interne avec l'immobilisation en plâtre évitera le plus souvent, toute intervention ultérieure.

Dans les lésions anciennes, si tenaces et récidivantes, l'ablation large des lésions, suivie du traitement thiazomide-iode, donne souvent des résultats inespérés.

16 Février.

Le rôle de la défense organique dans la sulfamidothérapie. — M. **A. Raiga** rappelle les travaux des auteurs qui ont attiré l'attention sur le rôle joué par la défense organique dans la destruction définitive des bactéries dont les sulfamides ont arrêté la multiplication, sans cependant les tuer.

Se fondant sur les observations recueillies au cours du traitement de 117 cas d'infection cutanée staphylo-streptococcique, il montre que les propriétés antiphages du sérum sanguin, conformément d'ailleurs aux vérifications cliniques et biologiques qu'il a effectuées, représentent un test de grande valeur, permettant de reconnaître et d'évaluer le potentiel de résistance antibactérienne de l'organisme, donc de prévoir et d'expliquer les échecs de la sulfamidothérapie. Cette étude, qui prouve l'importance du rôle joué par la défense organique dans la sulfamidothérapie, rend inutiles les fortes doses du médicament et la prolongation exagérée du traitement.

— M. **Dufourmentel** fait observer que, dans la plupart des cas de staphylococcie suraiguë, terminés par la mort, l'enquête rétrospective montre qu'il s'agissait d'une première infection, peut-être ancienne.

Ankylose fibreuse de l'épaule traitée par l'arthroplastie. — M. **Dupuy de Frénelle** rappelle les beaux résultats que donne l'arthroplastie dans les ankyloses fibreuses de l'épaule consécutives aux blessures de guerre.

L'intervention doit comprendre la résection large du tendon du sous-scapulaire, de la partie antérieure et inférieure de la capsule, ainsi que du petit rond qui forme corde entre l'humérus et l'omoplate. Il présente un blessé, opéré par arthroplastie de l'épaule, il y a 4 ans, et qui a conservé la mobilité de son articulation.

Fracture pathologique de cause inconnue. — M. **Masmonteil** présente la radio d'un malade porteur de lésions osseuses sur lesquelles il est difficile de faire un diagnostic exact. S'agit-il d'un malade de Recklinghausen, d'une ostéoporose ou d'une malade de Paget ?

Raphaël Massart.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

1er Février 1945.

Crises gastriques du tabes traitées par myélotomie postérieure. — MM. **Guillaume** et **Christophe** rapportent l'observation d'un tabétique présentant depuis 15 ans des crises gastriques devenues de plus en plus fréquentes (8 à 10 par an) et très longues ; aucun traitement médical n'ayant agi et les résultats de la ramisection étant aléatoires, les auteurs tentèrent une myélotomie commissurale postérieure qui fut faite sur les segments D 5, D 6 et D 7 en Juin dernier ; depuis l'opération, le malade n'a eu aucune douleur.

Déterminisme des variations de chronaxie du côté opposé à une section nerveuse (phénomène de répercussion). — M. **P. Chauchard**, de l'étude quotidienne des chronaxies après section du sciatique, conclut que dans les répercussions, il y a deux ordres de phénomènes : l'un d'origine périphérique qui concerne le muscle et les terminaisons nerveuses, l'autre d'origine centrale qui est un phénomène de subordination et se manifeste au niveau du tronc du nerf où il surajoute ses effets à celui du premier.

Syndrome pariétal traumatique ; asymbolie tactile ; hémiasomatognosie douloureuse et paroxystique. — MM. **Hécaen** et **David** présentent un sujet qui, après un traumatisme pariétal survenu en Août, a été atteint d'hémiplégie droite et d'aphasie qui ont régressé ; la première partiellement et la seconde en totalité ; les sensibilités superficielles et profondes sont normales ; le sujet décrit la forme, la consistance des objets, mais est incapable de les identifier avec sa main droite, il est donc atteint d'asymbolie tactile. Pendant les 15 jours qui ont suivi l'accident, le sujet avait perdu complètement la connaissance de son côté droit ; actuellement, il se plaint encore de crises paroxystiques d'hémiasomatognosie avec angoisse douloureuse. Toute localisation est impossible, le sujet ayant de multiples éclats dans le cerveau.

Clonies et instabilité statique. — MM. **A. Thomas** et **Ajuriaguerra** rapportent l'observation d'un malade de 18 ans qui a depuis 4 années des clonies inégales, irrégulières, intermittentes dans les membres, le tronc, la langue et le voile ; à certains moments, une sorte d'inhibition lui fait lâcher les objets ; l'aptitude au travail et la mémoire ont diminué ; la constatation d'une hyperalbuminose liquidienne a conduit à pratiquer une ventriculographie qui a été normale et a été suivie d'une crise comitiale. La parenté de ce syndrome avec l'épilepsie a été confirmée par l'électroencéphalogramme révélant les modifications typiques de l'épilepsie.

L'encéphalographie gazeuse dans la paralysie générale. — MM. **Delay, Neveu** et **Desclaux**, d'après 35 cas, montrent que les signes essentiels sont la dilatation ventriculaire et l'atrophie corticale à prédominance frontale, celle-ci parfois masquée par un voile de méningite qui peut disparaître au cours du traitement. Le pronostic est défavorable dans les cas avec grosse atrophie et grosse dilatation, plus favorable dans ceux où l'atrophie et la dilatation sont légères et où des succès remarquables équivalant à la guérison clinique ont été parfois obtenus. Lorsqu'il y a des signes en foyer, l'encéphalographie est à déconseiller car il peut exister un hématome sous-dural.

Démence atrophique familiale ; aspect encéphalographique analogue chez deux collatéraux. — MM. **Delay, Desclaux, Buvat** et **Perrin** présentent un frère et une sœur chez qui apparurent après la trentaine des signes d'affaiblissement psychique global à caractère démentiel ; une autre sœur et leur mère issue d'un mariage consanguin ont présenté des troubles analogues ; on a constaté chez les deux malades le même aspect d'atrophie à prédominance frontale et les électroencéphalogrammes sont analogues. Les auteurs discutent les diagnostics de maladie de Pick et d'encéphalite de Schilder.

Action de la radiothérapie sur un sympathogoniome. — MM. **André Thomas, Huguenin** et **Ajuriaguerra** rapportent l'observation d'un enfant opéré il y a un an pour une quadriplégie avec signes de compression ; un sympathogoniome s'étendant de la région dorsale au trou occipital fut enlevé en partie ; l'amélioration post-opératoire fut partielle et un traitement radiothérapique fit disparaître tous les signes pathologiques ; une rechute au bout de quelques mois nécessita de nouvelles irradiations suivies d'une régression presque complète des symptômes. Contrairement aux données classiques, ce type de tumeur est donc radiosensible, mais les effets des rayons sont temporaires et limités ; le pronostic reste très sombre.

Hémiplégie gauche et aphasie. — MM. **Alajouanine, Thurel** et **Courchet** montrent une femme jeune, atteinte de maladie mitrale chez qui sont survenues brusquement et simultanément il y a 3 ans, une hémiplégie gauche et une aphasie qui n'ont régressé qu'en partie ; elle présente des crises jacksoniennes qui commencent par l'impossibilité absolue de parler ; à la ventriculographie, on note une grosse dilatation ventriculaire droite ; la malade est droitière. Il semble s'agir d'un cas exceptionnel d'aphasie par lésion hémisphérique droite.

Algies occipitales et radicotomie postérieure. — MM. **Alajouanine** et **Thurel** rapportent 6 cas de douleurs occipitales à type de battements vasculaires survenant par crises sans caractère névralgique ; elles semblent cependant devoir être attribuées au nerf occipital car la radicotomie postérieure les a supprimées ; il semble prudent de faire l'opération bilatérale car l'extension à l'autre côté est possible. Les constatations opératoires ne laissent aucun doute sur le siège radiculo-méningé des lésions responsables de ces algies.

Mouvements involontaires rappelant la chorée électrique d'Hénoch-Bergeron ; altérations de l'électroencéphalogramme du type de l'épilepsie. — MM. **Krebs, Thiébaut** et **Houdart** présentent un malade qui, sur un fond d'akinésie discrète, a du côté droit une crampe des écrivains, des deux côtés des secousses d'apparence spontanée et en rapport avec la statique, enfin des secousses intentionnelles et oppositionnelles prédominant aux membres gauches et bilatérales à la mâchoire et à la langue ; les caractères des mouvements involontaires sont ceux qu'on observe dans les syndromes extrapyramidaux ; l'électroencéphalogramme montre l'aspect de l'épilepsie, celle-ci restant cliniquement latente ; on doit porter le diagnostic de myotonie-épilepsie.

Chronaxies motrices et vestibulaires dans un cas de mouvements involontaires avec électroencéphalogramme d'épilepsie. — M. **Bourguignon**, chez le malade présenté par M. Krebs, a trouvé des chronaxies motrices normales, comme dans tous les cas de mouvements involontaires d'origine cérébrale ; mais les chronaxies vestibulaires sont 4 fois plus fortes que normalement, ainsi qu'il est de règle dans l'épilepsie. La variation des chronaxies vestibulaires concorde donc parfaitement avec les résultats de l'électroencéphalogramme et contribue à révéler une épilepsie latente.

Apparition subite d'un parkinsonisme après ensevelissement au cours d'un bombardement chez un homme atteint 20 ans avant d'une encéphalite léthargique. — M. **Dénéchau.**

Lucien Rouquès.

SOCIÉTÉS DE PROVINCE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU NORD

15 Décembre 1944.

Mécanisme de l'anergie. La cuti-réaction envisagée comme test leucocytaire. — MM. **E. Vanhaecke, H. Warembourg** et Mlle **Cornillot** montrent qu'il existe à la base des phénomènes anergiques de cause infectieuse, médicamenteuse ou traumatique, un facteur commun leucocytaire. Par des arguments histologiques et cliniques et par des expérimentations originales ils appuient l'hypothèse de la participation des leucocytes aux réactions allergiques de la peau à la tuberculine et aux autres antigènes.

Amyotrophie de Charcot, non familiale, non héréditaire. — MM. **P. Nayrac, M. Fontan** et **F. Mollet.** Enfant de 9 ans, présentant une amyotrophie distale des membres supérieurs (type Aran-Duchenne avec griffe réductible) et des membres inférieurs (atteinte de la loge antéro-externe, avec pied en varus équin), il coexiste des aréflexies rotuliennes et radio-périostées. Les examens électriques marquent une inexcitabilité faradique presque absolue, mais la R. D. totale ne se rencontre qu'au niveau du jambier antérieur droit, les membres supérieurs sont moins atteints, à la limite de la R. D. il n'y a pas trace de syphilis, tant chez l'enfant que chez les parents. Le liquide céphalo-rachidien contient 0,50 d'albumine, 1,2 éléments par millimètre carré et la réaction du Benjoin est normale. Aucune trace d'amyotrophie chez les géniteurs et chez les collatéraux (fratrie de 6).

Myélome multiple à plasmocytes. — MM. **Ed. Doumer, P. Boulanger, A. Verhaeghe, F. Vanderdorp** et **A. Lorriaux.** Aspect radiologique de myélose décalcifiante diffuse ayant précédé le stade géodique caractéristique ; élimination urinaire d'une albumine particulière acéto-soluble et différente de l'albumose de Bence-Jones.

Myélome multiple avec éléments de la série leucémique. — MM. **J. Driessens, P. Boulanger, J. Swyngedauw, L. Lemaître, P. Bastien** et **G. Herbaut.** Constatation chez un marin de 38 ans d'un syndrome de Kahler typique. Radiosensibilité marquée des foyers tumoraux. Constatation nécropsique d'infiltrations diffuses extra-osseuses : rate, foie, ganglions, peau. Les auteurs concluent à une forme de transition entre myélome multiple et leucémies.

Syndrome de Looser-Milkmann. — MM. **Doumer. J. Merlin** et **Vanderdorp** discutent les aspects radiographiques d'une ostéopathie de carence survenue chez une femme de 63 ans devenue grabataire et où se retrouvaient les tableaux de l'ostéomalacie et du Looser-Milkmann.

Poumon leucémique chez une fillette de 8 ans au cours d'une leucémie lymphoïde. — MM. **R. Pierret, Driessens, Breton** et **Julien Pierret** rapportent l'observation d'une enfant atteinte de leucémie lymphoïde confirmée par l'hémogramme et le myélogramme, cliniquement anormale puisque s'accompagnant d'une splénomégalie notable. La radiographie décelait de nombreux nodules opaques dans les deux champs pulmonaires donnant l'impression d'une tuberculose macro-nodulaire. L'examen anatomique permit d'y déceler l'existence d'une infiltration lymphocytaire serrée et diffuse de tout le système des cloisons alvéolaires avec condensation marquée autour des bronches. Exsudation œdémateuse très accusée dans les alvéoles, inondées de plasma, avec réactions macrographiques importantes.

Phénomènes d'exacerbation au cours de la sulfamidothérapie de certaines affections cutanées. — MM. **C. Huriez** et **J. Leborgne.** Certaines dermatoses strepto-staphylococciques sont sujettes à des exacerbations par la sulfamidothérapie générale. Il s'agit de façon générale de lésions eczématisées à type d'intertrigo humide, d'eczéma infectieux, de dermo-épidermite strepto-staphylococciques sont sujettes à des exacerbation peut être locale par exagération de l'exosérose ou se manifester à distance par l'apparition de lésion secondes érythématosquameuses ou franchement purulentes ; dans certains cas rares, elles sont généralisées sous la forme d'une véritable érythrodermie. Ce phénomène dont la pathogénie reste obscure (allergie ou biotropisme), est évitable par la connaissance de ces dermatoses irritables par le traitement sulfamidé général.

Syndrome ostéomalacique (image radiologique d'ostéolyse diffuse) à prédominance vertébrale chez un malade atteint depuis 2 ans de maladie de Besnier-Bœck-Schaumann à forme ganglionnaire. Discussion nosologique. — MM. **A. Verhaeghe, Vandendorp** et **Lorriaux.**

R. Pierret.

PETITES CLINIQUES DE "LA PRESSE MÉDICALE"

N° 671.

Pseudo-appendicite aiguë

Par Louis Ramond.

Dans la matinée du *jeudi 25 Janvier 1944* un chirurgien de mes amis me demande de venir examiner avec lui un jeune garçon entré depuis l'avant-veille dans sa maison de santé pour une appendicite aiguë que, pour son compte, il se refuse à reconnaître. Il est convaincu qu'il s'agit plutôt d'une infection générale à cause de l'importance de la fièvre et de la discrétion — sinon de l'absence — des signes locaux d'inflammation dans la région cæco-appendiculaire. Rendez-vous est pris pour le lendemain matin.

Le *vendredi matin 26 Janvier* nous sommes donc réunis à la clinique où de plus amples détails me sont donnés sur l'évolution des accidents qu'a présentés Pierre G..., garçonnet de 13 ans 1/2.

Il est entré à la maison de santé depuis l'avant-veille, *mercredi 24 Janvier*, dans la soirée, avec le diagnostic d'appendicite aiguë et pour y être opéré d'urgence. Il avait alors 40° de température. Cependant le chirurgien n'a trouvé aucun signe de réaction au niveau de l'abdomen : il n'y avait pas de vomissement; le ventre était souple; on ne réveillait pas de douleur à la pression au point de Mac Burney; il n'y avait pas de défense musculaire ni d'hyperesthésie cutanée dans la région cæco-appendiculaire. Même le signe de Kérangal faisait défaut, signe de Kérangal auquel mon ami attache une très grande valeur et qu'il n'a jamais vu manquer dans l'appendicite; ce signe consiste en la provocation d'une douleur nette à la pression de la région appendiculaire quand, le malade étant couché sur le côté gauche, le médecin ramène vers la droite les mains qui palpent profondément l'abdomen après les avoir enfoncées sur la ligne médiane ombilico-pubienne. C'est pourquoi on a sursis à toute opération, se contentant de laisser le petit malade à la diète hydrique avec une vessie de glace sur le ventre.

La *journée du jeudi*, pendant laquelle la fièvre est restée à 40°, matin et soir, s'est passée sans incidents.

Conduit auprès de mon petit client, je le trouve seul dans sa chambre. C'est donc lui qui va me raconter L'HISTOIRE DE SA MALADIE. Il le fait d'ailleurs très clairement, car il n'est nullement prostré et il est intelligent.

Agé de 13 ans 1/2, il est assez grand pour son âge. Il est plutôt maigre, mais bien musclé. Il a déjà commencé sa puberté. Il a l'air fatigué d'un fébricitant, mais n'a pas le faciès péritonéal. Son teint est plutôt mat; ses pommettes ne sont pas colorées. Il n'a pas d'herpès labial. Il n'a pas l'air oppressé. Sa feuille de température m'apprend que le thermomètre, qui est monté hier toute la journée à 40°, n'atteint maintenant que 39°6.

Voici d'après lui comment se sont enchaînés les événements qui l'ont amené à la clinique. Le début des accidents a été brusque. Il s'est manifesté le *samedi matin 20 Janvier*. Alors que, la veille encore, il avait été en classe comme de coutume et s'était couché le soir bien portant, il s'est réveillé ce matin-là avec un assez fort mal de tête et des courbatures. Aussi a-t-on décidé de le laisser au lit. Une demi-heure environ plus tard il a été pris d'une très vive douleur dans la fosse iliaque droite. Le médecin de famille appelé aussitôt à son chevet a porté le diagnostic d'appendicite. Il a prescrit la diète hydrique et l'application permanente d'une vessie de glace sur la région abdominale douloureuse. Deux jours plus tard — *le lundi* — il a demandé un chirurgien en consultation. Celui-ci a confirmé le diagnostic d'appendicite aiguë. Néanmoins il n'a pas jugé bon d'intervenir immédiatement et il a conseillé de laisser refroidir cette appendicite qu'on opérerait plus tard. C'est à l'initiative du médecin traitant, inquiet de cette temporisation, qu'est dû le transport du jeune Pierre G... à la clinique où je le vois ce matin avec un nouveau chirurgien.

A l'heure actuelle les douleurs du flanc droit ont disparu; le mal de tête s'est calmé; le petit malade ne se plaint plus que d'une grande fatigue. Il n'a jamais vomi et absorbe volontiers, sans nausées, les boissons aqueuses qu'on lui fait prendre. Il n'a jamais eu de constipation, ni de diarrhée; ses selles sont quotidiennes et normales. Il n'a pas saigné du nez.

Puisque c'est le diagnostic d'appendicite aiguë que je dois discuter, c'est le ventre que j'examine en premier lieu. Il n'est pas ballonné, ni rétracté; il n'est le siège d'aucune éruption (en particulier je n'y vois pas de taches rosées lenticulaires). Il n'est nulle part sensible au palper. Je ne réveille aucune douleur au point de Mac Burney, et, à mon tour, je puis constater que le signe de Kérangal fait défaut. La fosse iliaque droite est indolore à la palpation et n'est le siège d'aucun gargouillement au cours de mon exploration, qui ne provoque aucune réaction de défense musculaire. Bien entendu il n'y a pas d'hyperesthésie cutanée dans la région cæco-appendiculaire. Le foie ne déborde pas le rebord des fausses côtes droites. La rate n'est pas palpable.

La langue est très sale, saburrale; mais elle est humide.

Le pouls est régulier. Il bat à 96 par minute. La tension artérielle est à 10×6 au Vaquez.

1° Vraiment! si le début brusque des accidents par une violente douleur abdominale dans la fosse iliaque droite, accompagnée sans doute d'hyperthermie et d'accélération du pouls a pu, un moment, orienter le DIAGNOSTIC vers celui d'*appendicite aiguë*, l'absence des vomissements et même de nausées, la conservation normale des fonctions intestinales, l'inexistence complète de signes morbides locaux dans la région de l'appendice et, enfin, la persistance d'hyperthermie au septième jour de la maladie permettent absolument de rejeter cette hypothèse.

2° S'agit-il d'une *fièvre typhoïde?* On pourrait y penser à cause de la fièvre continue à 40°, de l'état saburral de la langue, de la dissociation relative du pouls et de la température. D'ailleurs, le début brusque des accidents (qui aurait été précédé, d'après la mère du malade, par une période de fatigue) ne s'inscrit pas contre le diagnostic d'une infection typhique, car il a été assez souvent observé au cours de l'épidémie actuelle et il n'est pas rare, d'après les classiques, chez les enfants. Cependant il n'y a pas de constipation ni de diarrhée, ni non plus de sensibilité ni de gargouillement dans la fosse iliaque droite; la rate n'est pas palpable (alors quelle l'est habituellement dans les fièvres typhoïdes des sujets de moins de 20 ans); la céphalée et la prostration n'existent pas. Et surtout, avec le diagnostic de fièvre typhoïde on ne peut s'expliquer cette très vive douleur abdominale sans aucune réaction péritonéale concomitante ou consécutive.

3° Une telle douleur, violente, brutale, accompagnée et suivie d'une fièvre persistante en plateau autour de 40°, rappelle trop le point de côté abdominal de la pneumonie de l'enfance pour que je n'envisage pas ici, devant cette soi-disant appendicite aiguë qu'on voulait faire opérer, la possibilité d'une *pneumonie*.

A vrai dire les symptômes fonctionnels respiratoires font à peu près complètement défaut. Ce garçon tousse très peu; il ne crache pas ; il n'a pas de dyspnée et, si ses mouvements respiratoires sont un peu plus rapides — 26 par minute — qu'à l'état normal, cela peut tenir à l'importance de sa fièvre. Du reste, son faciès, plutôt mat, n'a rien du faciès pneumonique avec rougeur des pommettes. Il n'a pas non plus d'herpès labial, dont la valeur diagnostique est considérable pour dépister une pneumonie latente.

Mais je sais que tous ces signes peuvent manquer dans les pneumonies infantiles et j'examine avec soin l'appareil respiratoire avant de conclure. Bien m'en prend, car je découvre à la base du poumon droit une matité franche, étendue en hauteur sur un large travers de main. A ce niveau je perçois à l'auscultation un souffle grave, d'une intensité moyenne, qui éclate sous mon oreille aux deux temps de la respiration et qui a tous les caractères d'un souffle tubaire. Je n'entends pas de râles crépitants, même après la toux. Par suite du timbre infantile de la voix de ce garçonnet qui n'a pas encore fait sa mue, il ne m'est pas possible d'apprécier la qualité de ses vibrations thoraciques vocales : elles n'existent nulle part, ni à droite, ni à gauche. En avant, sous la clavicule droite, ma percussion dénote du skodisme franc.

Ces signes physiques traduisent-ils l'existence d'une pneumonie ou celle d'un épanchement pleural? Ce qui me fait discuter ce diagnostic différentiel ce sont : l'importance de la matité, l'absence complète de râles crépitants et, enfin, le peu d'intensité du souffle perçu à l'auscultation. Je conclus cependant nettement à la PNEUMONIE, car la matité est un des signes les plus constants de la pneumonie chez les enfants, tandis que les râles crépitants y peuvent manquer complètement. De plus le souffle que je perçois aux deux temps de la respiration au niveau de ce foyer de matité a la gravité et la superficialité du souffle tubaire et diffère complètement du souffle pleurétique qui est lointain, voilé, de timbre aigre (en « é »), ne s'entend qu'à l'expiration et s'accompagne habituellement d'égophonie et de pectoriloquie aphone, absentes ici.

En fin de compte je conclus que cette *pseudo-appendicite aiguë* n'est pas autre chose qu'une PNEUMONIE A FORME APPENDICULAIRE, type clinique fréquent dans l'enfance et qui, avec son début brusque par une violente douleur dans la fosse iliaque droite, son hyperthermie avec rapidité du pouls, ses vomissements et sa constipation simule l'appendicite aiguë.

Comme chez mon jeune client le diagnostic de cette forme de pneumonie se fonde sur les caractères particuliers et atténués des manifestations abdominales : douleur relativement superficielle et diffuse dans le côté droit du ventre; peu de netteté du point douloureux de Mac Burney; absence d'hyperesthésie cutanée, de défense musculaire, d'empâtement ou d'induration de la région cæco-appendiculaire. On le confirme surtout par la mise en évidence de symptômes respiratoires : accélération des mouvements respiratoires; perception de quelques signes physiques (défaut d'ampliation d'un hémithorax; présence d'un foyer de matité, d'un skodisme sous-claviculaire; parfois audition d'un souffle tubaire qu'il ne faut jamais manquer de chercher dans l'aisselle si on ne le trouve pas ailleurs). La coloration des pommettes et principalement l'herpès labial, lorsqu'ils existent, contribuent grandement à fortifier le diagnostic.

Le PRONOSTIC à porter chez ce garçonnet c'est celui de la pneumonie de l'enfance; c'est dire qu'il est très favorable. Sa maladie doit, suivant la règle se terminer par la guérison en une huitaine de jours, réserve faite de la survenue, toujours possible, mais peu probable, d'une complication telle qu'une pleurésie purulente métapneumonique.

Quant au TRAITEMENT — qui aurait été chirurgical au cas d'appendicite aiguë — il doit être, en présence de cette pseudo-appendicite pneumonique exclusivement médical. 1° *Repos au lit.* 2° *Alimentation liquide* (lait, bouillon de légumes, boissons abondantes chaudes ou froides, grogs légers), compotes. 3° *Enveloppements humides chauds du thorax pendant une heure*, deux ou trois fois par jour 4° *Potion à l'acétate d'ammoniaque.* 5° *Injection de camphre soluble* matin et soir. 6° Administration toutes les quatre heures d'un comprimé de *thiazomide* de 0 g. 50.

CHRONIQUES
VARIÉTÉS • INFORMATIONS

Balzac

LES MÉDECINS
LA MÉDECINE ET LA SCIENCE [1]

Parmi les personnages innombrables aux traits fortement accusés qui jouent les mille scènes de la *Comédie humaine*, les médecins sont moins pittoresques que les hommes de loi, les aigrefins ou les financiers. Ils n'en sont pas moins fort variés, tant au point de vue de leurs caractères que de leurs origines: septiques et convaincus, braves gens et roués, maîtres illustres et praticiens modestes, spiritualistes et matérialistes, ruraux et citadins. Tous, du moins, sont des êtres bien vivants et non point des abstractions bavardes comme les médecins raisonneurs, fabriqués par le roman et le théâtre naturalistes.

Quelques-uns sont devenus des types immortels : Horace Bianchon, par exemple, et le Dr Bénassis. Horace Bianchon traverse presque toutes les intrigues de la *Comédie humaine*. Il soigne, console, instruit, conseille ses clients et ses amis. Il est célèbre et savant, mais il reste humain, charitable et homme du monde, « ni puritain ni sermonneur ». Sans doute Balzac lui a-t-il prêté ses propres réflexions. « Le plus près de Balzac, dit Alain, et placé là pour surveiller les autres, c'est Bianchon. » Bénassis reflète plus exactement encore les aspirations du Balzac de 1832. Bénassis se retire dans une campagne du Dauphiné après une grande déception amoureuse et transforme par une patiente et ingénieuse administration en une contrée riante et prospère ce qui n'était avant son arrivé qu'un désert aride, peuplé de goitreux. Or, à l'époque où Balzac, en quelques mois de fiévreux labeur, conçut et écrivit le *Médecin de campagne*, il rentrait d'un voyage en Savoie et en Dauphiné, tout meurtri encore des coquetteries de Mme de Castries, et en même temps féru d'ambitions politiques. Les déclarations antidémocratiques et autoritaires qu'il prête à Bénassis n'étaient que la réplique des professions de foi qu'il s'était proposé d'adresser en 1831 et en 1832 aux électeurs de Cambrai, d'Angoulême ou de Chinon et dont on retrouve d'ailleurs les principes dans ses écrits politiques.

Ainsi, n'est-ce que par certains détails et non pas par leur réalité psychologique que l'on peut identifier Horace Bianchon avec Bouillaud ou Bénassis avec deux médecins que Balzac connut personnellement ou dont il entendit parler, le Dr Bossion, de l'Isle-Adam, et le Dr Amable Rome, de Voreppe. Il en est tout autrement de Desplein, le patron d'H. Bianchon, le grand chirurgien, le maître incontesté de sa génération, le héros de la *Messe de l'Athée* en qui l'on s'accorde à reconnaître Dupuytren. Le romancier a apporté certainement des retouches à son modèle, il lui a prêté des conceptions qui lui furent probablement toujours étrangères (celle de la vision paroptique, notamment), mais on sent de quel prestige rayonnait à ses yeux Dupuytren et de quelle autorité il a voulu que s'imposât Desplein dans son œuvre.

Bien d'autres médecins se rencontrent dans la *Comédie humaine*. Ils ont été dénombrés, classés et étudiés par Caujole dans une excellente thèse qui date de 1901.

*
* *

La pathologie des personnages de Balzac ne laisse pas d'être parfois déconcertante. Quelques maladies organiques sont décrites avec une justesse et une précision qui dictent le diagnostic. Ainsi, le cancer de l'estomac de Mme de Mortsauf, la lithiase biliaire du père Pons ou la tuberculose pulmonaire de Raphaël de Valentin. D'autres « observations » se compliquent au contraire de la plus grande fantaisie clinique et d'une influence souvent discutable du moral sur le physique. L'agonie du père Goriot qui succombe à une « apoplexie séreuse » est infiniment moins exacte que celle du Dr Bénassis, terrassé par une hémorragie cérébrale. L'affection répugnante qui désagrège le corps naguère charmant de Mme Crevel est-elle la lèpre, est-elle le pian, est-elle la syphilis ? Et l'ostéite du crâne de Pierrette ? Et la cachexie de la Rabouilleuse ? Et surtout la plique polonaise de Wanda de Bourlac ? Autant d'énigmes que Balzac pose à plaisir aux investigations diagnostiques de ses lecteurs médicaux, énigmes que le Dr Marilleau s'est attaché à déchiffrer (Thèse de Bordeaux, 1935), mais qu'obscurcira toujours le mystère de la pathologie romancée.

Certains héros de Balzac sont de magnifiques cas psychiâtriques : Balthazar Claes poursuivant la *Recherche de l'absolu*, victime du délire de l'invention; M. de Mortsauf, paranoïaque; la Fosseuse, débile mentale; Louis Lambert surtout, schizophrène typique. Bien d'autres sont gravés d'un burin si vigoureux que l'exégèse balzacienne s'est complu à découvrir des mentaux là où il n'y avait que des exemplaires d'une humanité étudiée en profondeur par un observateur de génie.

*
* *

Aussi bien la physiologie cérébrale et ses secrets n'ont cessé de préoccuper Balzac. Il accordait à la volonté une puissance en quelque sorte physique analogue à celle de la vapeur. Pénétré des enseignements de Svedenborg, il accordait d'autre part au magnétisme un rôle capital dans la vie de relation. L'attachant récit de la conversion du vieil encyclopédiste, le Dr Minoret, dans *Ursule Mirouet* montre quelles relations — d'ailleurs assez peu orthodoxes — Balzac établissait entre l'occultisme et la foi religieuse, le surnaturel n'étant en somme pour lui que la manifestation d'une force que la science soupçonne à peine encore, mais qu'elle disciplinera un jour. Il croyait aux révélations de la chiromancie, de l'horoscopie et de la cartomancie. Il invoquait les doctrines de Gall et de Lavater de la façon la plus étonnante. Taschéron était destiné au meurtre, il avait « les dents de devant croisées »: chez les grands hommes, le col est court, « peut-être la nature veut-elle que chez eux le cœur soit plus près du cerveau ». Il croyait à l'influence du magnétisme dans la guérison des maladies et proposa, en 1832, au Dr Chapelain de soumettre les cholériques à l'action d'une somnambule.

*
* *

De tous les exposés scientifiques de Balzac se dégage son attachement au principe unitaire. « C'était un unitariste dans toute la force du terme. Pour lui, il n'y avait qu'une seule plante, un seul animal, un seul principe, c'était l'ambiance qui façonnait l'individu », écrivait ici-même le regretté Trillat en 1935.

En maints passages de son œuvre, cette notion d'unité est affirmée, non seulement au point de vue scientifique, mais en morale, en religion, en politique. « Il n'y a peut-être qu'un seul principe dans le monde comme il n'y a qu'un seul Dieu », lit-on dans la *Physiologie du mariage*. Et dans le *Lys dans la Vallée* : « Pour qui contemple en grand la nature, tout y tend à l'unité par l'assimilation. »

Ainsi, dans le domaine des sciences naturelles, Balzac devait-il, malgré son admiration pour Cuvier, se rallier à la théorie de Geoffroy Saint-Hilaire et en tirer la substance d'une profession de foi éclatante, développée dans *l'Avant-Propos* de ses œuvres où il identifie, à partir d'un type unique, les espèces sociales aux espèces zoologiques.

Sur ces bases philosophiques et doctrinales, l'esprit d'observation et la faculté d'intuition de Balzac, en dépit du défaut d'une formation scientifique rigoureuse, brodaient avec virtuosité. Il était, il est vrai, parfaitement instruit de tous les problèmes médicaux et scientifiques par d'abondantes lectures et par la fréquentation des hommes de l'art. Il les évoquait à la fois en psychologue et en critique. On en jugera par la fameuse consultation de la *Peau de chagrin* où s'affrontent le spiritualisme de Caméristus (Récamier), le matérialisme organiste de Brisset (Broussais) et le scepticisme de Maugredie (Magendie). Et, de même, par l'ébauche du roman *Entre Savants* ou par le *Guide-Ane à l'usage des animaux qui veulent parvenir aux honneurs* où les thèses de Cuvier et de Geoffroy Saint-Hilaire sont exposées et opposées avec humour. Il n'est pas jusqu'au *Traité des Excitants modernes* où Balzac n'ait imprimé une allure scientifique à des conseils d'hygiène, à des affirmations physiologiques et à de spirituelles remarques sur les effets de l'alcool, du tabac, du thé et surtout du café dont il parlait en connaisseur raffiné.

Balzac rencontra un grand nombre de savants et de médecins. Il eut pour intime le naturaliste Meyraux, et le sympathique Dr Nacquart fut un de ses familiers. Ce vieux médecin eut le chagrin de voir mourir l'ami qu'il avait suivi depuis l'enfance et qui succomba asystolique à 50 ans.

*
* *

Ainsi, par le rôle qu'il fait jouer aux médecins dans les intrigues de la *Comédie humaine*, par ses descriptions cliniques, par ses opinions médicales et scientifiques, par sa philosophie de la nature, Balzac propose au médecin et au biologiste de multiples suggestions. Si certaines de ses affirmations, qui attendent encore leur démonstration expérimentale, nous déconcertent, d'autres témoignent de façon éclatante de cette *intuition physiologique* que Sainte-Beuve lui concédait d'un ton réticent, mais qui, en vérité, n'est pas la faculté la moins attachante de ce prodigieux génie.

F. BONNET-ROY.

1. Dr F. BONNET-ROY : *Balzac, Les Médecins, la Médecine et la Science* (Editions des Horizons de France), Paris, 1945.

Maurice Nicloux

(1873-1945)

Avec M. Nicloux, professeur honoraire à la Faculté de Médecine de Strasbourg, mort à Annecy le 5 Janvier 1945, disparaît un des représentants les plus qualifiés de la Chimie biologique et médicale, un homme dont la vie est un remarquable exemple de dévouement à la Science et un grand serviteur de l'Université.

Né à Paris le 19 Septembre 1873, M. Nicloux y poursuit un cycle étendu d'études au Lycée Charlemagne, à l'Ecole de Physique et de Chimie industrielles de la Ville de Paris, à la Sorbonne et à la Faculté de Médecine. Formé à une discipline expérimentale rigoureuse par son stage à l'Ecole de Physique et de Chimie, où il sert de préparateur à son ami P. Lebeau et par les travaux qu'il poursuit au Muséum d'Histoire naturelle, dans le laboratoire de N. Grehant, auquel il s'attache dès 1893, il entre en 1899 comme chef de Laboratoire à la Clinique Tarnier, alors dirigée par Budin. Dès cette époque, il s'oriente plus particulièrement vers la

Chimie médicale et la Biochimie, tout en conservant pour la Chimie analytique un goût très vif dont il ne se départira jamais. Il devient, en 1907, agrégé de chimie à la Faculté de Médecine de Paris dans le service d'Armand Gautier et sous-directeur du Laboratoire de Physiologie générale du Muséum, fonctions qu'il occupera jusqu'en 1919.

Pendant cette première partie de sa carrière universitaire, M. Nicloux consacre son activité de chercheur à divers problèmes de biochimie dont il ne devait plus abandonner l'étude, à la biochimie des hémoglobines et de l'intoxication oxycarbonée, des anesthésiques, de l'alcool éthylique, en même temps qu'il soutient une thèse de Doctorat ès sciences physiques sur la lipase du ricin, travail d'enzymologie demeuré classique.

Mobilisé de 1914 à 1918, il accepte, à la désignation de ses Maîtres et de ses pairs, d'occuper la chaire de Chimie biologique de la Faculté de Médecine de Strasbourg, dans laquelle doit désormais s'accomplir toute sa carrière universitaire. Il y fonde un centre de recherches unique en notre pays et dont la publication des volumes annuels des « Travaux de l'Institut de Chimie biologique de la Faculté de Médecine de Strasbourg » traduit l'activité. Il y continue ses travaux sur les gaz du sang, sur le métabolisme de l'alcool, et entreprend un important ensemble de recherches de chimie analytique appliquée à la Biochimie, à l'Océanographie et à l'Agronomie. Il y crée un laboratoire et un centre d'études de Microanalyse et forme des élèves, dont quelques-uns: Boivin, Fontès, Guillemet, Roche, Scotti, Thivolle, sont devenus des chefs de service. Travailleur inlassable, l'évacuation de Strasbourg n'interrompt pas ses recherches. Détaché en 1940 à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marseille où l'accueille un de ses anciens élèves, il y poursuit, même après sa mise à la retraite en 1943 et jusqu'en Juin 1944, les expériences sur l'eau liée des tissus qui ont été sa dernière préoccupation scientifique. Revenu auprès des siens réfugiés à Annecy, qu'il devait voir libérer par une unité des Forces Françaises de l'Intérieur dans les rangs de laquelle se trouvaient ses deux fils, il y mûrissait la rédaction d'un ouvrage quand la mort le surprit, en pleine activité intellectuelle.

L'œuvre de M. Nicloux est très importante; elle est inspirée à la fois par un goût permanent pour le travail rigoureux de l'analyste, par le désir d'appliquer à l'étude des phénomènes biologiques les méthodes générales de la Chimie et aussi par le souci de résoudre des problèmes médicaux ou médico-légaux grâce à des moyens biochimiques. C'est surtout à ce dernier titre que les travaux de M. Nicloux ont retenu l'attention des médecins. L'étude de l'intoxication oxycarbonée n'a pas seulement conduit à celle de l'équilibre de la formation et de la dissociation de la carboxyhémoglobine dans le sang mis en présence d'oxyde de carbone et d'oxygène, mais aussi à la thérapeutique de l'intoxication oxycarbonée et à celle des asphyxies, mise au point en collaboration avec son fidèle ami R. Legendre [1]. Le domaine qui a offert à M. Nicloux les plus fécondes applications d'une des méthodes qu'il a établies est sans doute celui de la biochimie de l'alcool éthylique. Ses travaux sur l'alcoolémie de l'homme servent en effet de base dans divers pays à la législation sur les accidents de la circulation dus à l'ivresse et au diagnostic médico-légal de celle-ci après la mort. Enfin, ses importantes recherches sur l'eau des tissus reposent sur l'existence dans les cellules d'une fraction de l'eau « imperméable à l'alcool » — avec lequel elle ne se met pas en équilibre — et considérée de ce fait comme « liée ». Par ailleurs, son étude de la fixation des anesthésiques dans les tissus [2] a suscité à juste titre un grand intérêt parmi les chirurgiens.

Les praticiens ne sont pas seulement redevables à M. Nicloux d'applications thérapeutiques, car la technique du laboratoire de chimie clinique a été profondément modifiée par les microméthodes dont l'introduction en France lui est due pour une très large part. Frappé dès 1920 par les possibilités de travail offertes aux organiciens par la microanalyse élémentaire, il entreprit de réformer les méthodes usuelles de la chimie médicale en les adaptant à l'échelle micro-analytique. Dans cet esprit il a suscité ou entrepris de nombreux travaux, dont certains demeureront des modèles de rigueur expérimentale et d'ingéniosité. Grâce à eux, l'étude de l'oxyde de carbone du sang, de l'alcoolémie, du carbone urinaire, sont devenues faciles et les applications du microkjeldahl ont permis le dosage de diverses combinaisons azotées du sang et des humeurs dans de très faibles prises d'essai.

Le développement de la Biochimie en France n'a pas eu de meilleur serviteur parmi les hommes de sa génération. Il a fondé en 1914 la Société de Chimie biologique dont il fut le premier Président et à la prospérité de laquelle il a si largement contribué. Son initiative et ses efforts patients ont doté les biochimistes français d'un journal, le



MAURICE NICLOUX.

Bulletin de la Société de Chimie biologique, devenu aujourd'hui l'un des plus importants périodiques consacrés aux sciences biologiques.

A ces divers titres M. Nicloux a bien mérité de la Science et les hautes distinctions dont il a été l'objet lui ont apporté les preuves de l'estime en laquelle son œuvre était tenue par tous. Il était correspondant de l'Institut, Membre associé de l'Académie de Médecine et de diverses Académies étrangères, Officier de la Légion d'honneur et avait été élu par ses collègues Membre du Conseil supérieur de l'Instruction publique et du Conseil supérieur de la Recherche scientifique.

M. Nicloux laisse non seulement une œuvre scientifique importante, mais un grand exemple: celui d'un homme juste et bon, entièrement dévoué à la Science. Il s'est donné sans réserve à une mission qu'il avait choisie, à un noble idéal fait à sa mesure et pour la réalisation duquel il a vécu, plein de la sérénité de celui qui sait détenir la vérité et combattre pour elle. Ses pairs et ses élèves s'inclinent respectueusement devant la douleur de Madame Nicloux et de ses enfants, le Dr P. Nicloux, J.-L. Nicloux, Mesdames C. Morel et S. Stadler; mais ils ne peuvent recueillir sans une légitime fierté le flambeau que tenait hier encore avec un enthousiasme juvénile le Maître strasbourgeois qui sut demeurer jusqu'à ses derniers jours un grand artisan de la Biochimie.

JEAN ROCHE,
Professeur de Chimie médicale
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie
de Marseille.

1. M. NICLOUX : *L'oxyde de carbone et l'intoxication oxycarbonique. Etude chimico-biologique.* 1 vol., in-8°, 243 p., 35 fig. (*Masson et Cie*, éd.), Paris, 1925.

2. M. NICLOUX : *Les anesthésiques généraux au point de vue chimico-physiologique.* 1 vol., in-8° jésus, 213 p., 30 fig. (O. Doin, éd.), Paris, 1908.

Livres Nouveaux

Recueil des travaux de l'Institut National d'Hygiène. Travaux des Sections et Mémoires originaux. Tome I. Volume premier. Un volume de 326 pages (Institut National d'Hygiène) [*Masson et Cie*, édit., Paris). — Prix : 120 fr.

L'Institut National d'Hygiène, fondé en vertu de la loi du 30 Novembre 1941 et rattaché à cette époque au secrétariat d'Etat à la Santé et à la famille, a immédiatement reçu de son directeur, le Prof. André Chevallier, une vive impulsion qui s'est manifestée dans tous les domaines de l'hygiène, par la publication de recueils de statistiques ou de travaux dont le premier volume a paru en 1944.

Il s'agit là d'une institution nouvelle, fort heureusement conçue, d'une présentation très claire de travaux établis par des sections correspondant à l'épidémiologie, la prophylaxie, les grands fléaux sociaux, et formées de techniciens chargés d'analyser, de mettre au point les statistiques en tenant compte de la valeur relative des chiffres recueillis. En outre, le Prof. A. Chevallier a su appeler et grouper autour de lui, les chercheurs, les laboratoires ou les administrations intéressées à toute œuvre d'hygiène, en les encourageant par des subventions accordées pour des sujets qui lui ont été proposés.

Le premier volume fait ressortir l'esprit dans lequel ce plan général a été établi. La lecture en est instructive et intéressante. Il est divisé en deux parties : l'une qui reproduit le travail des sections ; l'autre les différents mémoires originaux ou les études préparatoires sur les sujets choisis par leurs auteurs.

C'est ainsi que dans la section d'épidémiologie, on trouve les statistiques complètes, mais épurées, des infections typhoïdiques, de la diphtérie, de la rougeole et de la scarlatine pour le premier semestre de 1944, avec des cartes, des courbes et des graphiques comparatifs qui en facilitent beaucoup la lecture. On a laissé de côté les maladies qui n'ont joué qu'un rôle secondaire dans la morbidité et dont l'énumération compliquerait inutilement le tableau épidémiologique. Il en est de même pour les vaccinations antidiphtériques et antitétaniques en 1942 pour lesquelles un questionnaire schématique a été adressé par les soins du sous-secrétariat d'Etat à la Santé, aux organismes départementaux.

Dans la section eaux et assainissement, dirigée elle aussi par un comité de techniciens, est exposée l'organisation d'une enquête hydrogéologique et sanitaire, qui doit être prise comme modèle, à l'aide de laquelle on obtiendra une documentation uniforme, comparable dans toutes ses données, et complète.

La 3e section, celle de l'alcoolisme, fournit des renseignements sur la fréquence des psychoses alcooliques depuis 1900. Dans la section du cancer, on trouve relatée l'activité de quelques centres de lutte de 1935 à 1942 avec la proposition d'une organisation permanente.

La section de tuberculose fournit une statistique des décès pour toute la France, suivie elle aussi de tableaux de répartition par départements, et analyse les causes de décès indéterminés, dont elle discute judicieusement les diagnostics.

Les documents sur la ration alimentaire allouée à Paris sont réunis dans la section nutrition, Paris étant pris comme exemple, en tant que centre national de ravitaillement. Ce chapitre est suivi d'une enquête sur l'état de nutrition des enfants où se trouve résumé tout ce qui a été dit sur cette question.

La seconde partie, mémoires originaux, est signée pour chaque matière des noms de ceux qui se sont attachés à une étude spéciale, ayant trait à la prophylaxie et à l'hygiène, correspondant aux sections précédentes : recherches sur le tétanos, sur la biologie des poux, considérations sur les psychoses alcooliques, sur le dosage de l'alcool dans le sang, sur la répression de l'ivresse, études sur la mortalité en France par tuberculose et réadaptation des tuberculeux ; état de nutrition de la population à Marseille et mortalité infantile dans cette même ville par gastro-entérite ; sur la pédiatrie. Il y a là une source considérable de renseignements sur tous ces sujets, qui éviteront à bien des médecins, grâce à la manière claire dont ils sont présentés, des recherches longues et difficiles. Ces recueils s'imposeront dans toutes les bibliothèques.

L. TANON.

Les deuxième et troisième volumes qui seront analysés ic viennent de paraître (*Masson et Cie*, éditeurs).
Vol. II, 426 pages, 150 fr. ; vol. III, 230 pages, 100 fr

* * *

INFORMATIONS

Élection à l'Académie des Sciences

M. le Prof. Henri Hartmann, de qui l'action, l'œuvre t les disciples honorent la science chirurgicale franaise, a été élu membre de l'Académie des Sciences, à me très grosse majorité.

MÉDECINS ET INFIRMIERS pour les Déportés et Travailleurs en Instance de rapatriement

Le Ministère de la Santé publique demande des médecins et des infirmiers pour entrer au Service de l'U.N.R.R.A. et destinés à soigner *en Allemagne* les déportés et travailleurs en instance de rapatriement.

L'U.N.R.R.A. (United Nations Relief and Rehabilitation Administration) organisme international auquel la France a adhéré s'est donné pour mission de prendre en charge, *en Allemagne*, l'ensemble des déportés à quelque nationalité qu'ils appartiennent.

Des médecins et infirmières de diverses nations ont déjà offert leur concours à l'U.N.R.R.A. La France se doit de prendre part à l'effort commun, et particulièrement dans le domaine sanitaire, il est hautement désirable que des médecins et des infirmières françaises acceptent de participer à cette mission d'humanité.

Il est donc fait appel à des médecins et infirmières volontaires.

A. Médecins.

100 médecins français sont nécessaires.

a) 40 à 50 d'entre eux destinés à devenir chefs de secteur doivent posséder une certaine expérience en matière d'hygiène et de médecine des collectivités. Leur mission consistera à diriger le service médical des camps importants et à en assurer l'hygiène. Ils contrôleront également le fonctionnement des hôpitaux, les diverses opérations médicales et de désinsectisation.

Un traitement annuel variera de 1.000 à 1.300 livres sterling.

b) 30 à 40 médecins placés sous l'autorité des précédents auront pour mission d'assurer le service médical des Centres d'accueil moins importants.

c) 30 femmes médecins seront spécialement affectées au service des femmes déportées et des enfants.

Lo traitement de ces deux dernières catégories de médecins variera de 650 à 800 livres.

B. Infirmières.

50 infirmières sont également nécessaires. Les infirmières diplômées d'Etat percevront un traitement compris entre 400 et 600 livres. Les aides infirmières seront rémunérées sur la base de 250 à 300 livres.

Outre leur traitement, les médecins et infirmières de l'U.N.R.R.A. percevront : 1° un uniforme gratuit ; 2° une prime de 50 livres à titre de première mise d'équipement. Les achats seront effectués dans les coopératives des armées alliées ; 3° au cours de leur séjour dans la zone des armées et en Allemagne une indemnité, permettant d'assurer leur vie matérielle ; 4° ils bénéficient d'une assurance-vie.

Conditions exigées : Médecins et infirmières qui acceptent de se mettre à la disposition de l'U.N.R.R.A. doivent souscrire un engagement d'un an au minimum, être en bonne santé et être acceptés par le service de sécurité militaire.

Candidatures au Ministère de la Santé publique, 7, rue de Tilsitt (service de l'Inspection générale).

Université de Paris

Un cours supérieur de gynécologie et de biologie appliquée par M. le Prof. P. Mocquot, M. R. Moricard (Chef du Laboratoire), M. R. Palmer (Chef des travaux de gynécologie), sera fait à la Clinique gynécologique Broca, du 23 Avril au 2 Juin 1945, avec la collaboration de Mlle Gothié, M. P. Lejeune, Mme Moricard, M. Musset, Mlle Onsoni, M. J. Pulsford.

Ce cours s'adresse aux médecins désirant être mis au courant des méthodes récentes de diagnostic et de traitement de gynécologie. Le stage clinique pourra être prolongé au delà de la fin du cours. Un certificat d'assiduité pourra être délivré à la fin du stage.

Programme des cours. — I. *Méthodes d'exploration.* II. *Biologie.* III. *Stérilité.* IV. *Maladies gynécologiques.* V. *Syndromes fonctionnels.* VI. *Physiothérapie.*

Inscription : 500 fr. (gratuite pour les étudiants de 6e année, inscrits dans le service pour le stage de spécialité).

S'inscrire au Secrétariat de la Faculté de Médecine.

Un cours d'endocrinologie gynécologique sur les diagnostics hormonaux et les thérapeutiques hormonales en gynécologie pratique sera fait par M. Claude Béclère du 14 Avril au 5 Mai 1945 dans le Service de Clinique Chirurgicale du Prof. Quénu, à l'Hôpital Cochin.

Les cours, publics, auront lieu les samedis et mercredis, à 18 heures, dans l'Amphithéâtre Edouard-Quénu, à l'Hôpital Cochin.

14 Avril : *Physiologie de l'appareil génital féminin.* — 18 Avril : *Les hormones gonadotropes.* — 21 Avril : *L'hormone des follicules.* — 25 Avril : *L'hormone du corps jaune. L'hormone mâle.* — 28 Avril : *Diagnostic hormonal.* — 2 Mai : *Les troubles des règles des jeunes filles. Les troubles des règles des jeunes femmes.* — 5 Mai : *Les troubles des règles d'origine préménopausique. Les troubles post-ménopausiques.*

Concours et places vacantes

Sanatorium d'Oissel (Seine-Inférieure). — Un poste de médecin adjoint est actuellement vacant. S'adresser d'urgence au ministère de la Santé Publique. direction du personnel, 2e bureau, 1re section, 7, rue de Tilsitt, Paris-17e.

MINISTÈRE DE LA MARINE

Le concours d'entrée à l'école principale du Service de santé de la marine à Bordeaux (médecins et pharmaciens) aura lieu au cours du 3e trimestre de l'année 1945 (en principe à Paris, Rennes, Bordeaux, Toulon et Alger).

Il sera ouvert, sous certaines conditions, aux étudiants en médecine titulaires de 4, 8, 12 et 16 inscriptions et respectivement âgés de 24 à 27 ans (la limite d'âge sera reculée d'un temps égal à celui passé sous les drapeaux).

Il sera mis au concours: : pour les étudiants en médecine de 4 inscriptions : 95 places ; 8 inscriptions : 80 places ; 12 inscriptions : 40 places ; 16 inscriptions : 40 places. Ces places sont réparties entre la marine, l'aviation et les colonies.

S'adresser au ministère de la Marine (direction centrale du Service de Santé), 2, rue Royale, à Paris, au plus tard le 1er Juin 1945.

(*J. O.* du 9 Mars 1945.)

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

— Mme Masson, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Fains-les-Sources, est nommée médecin directeur à *l'hôpital psychiatrique de Châlons-sur-Marne* (Marne).

— M. Gabriel Desnaies, médecin directeur à l'hôpital psychiatrique de Châlons-sur-Marne, est affecté, en la même qualité, à *l'hôpital psychiatrique de la Roche-Gaudon* (Mayenne) [poste vacant].

Médecins chefs des hôpitaux psychiatriques. — Sont actuellement vacants les postes de : médecin chef à *l'asile privé des sœurs Saint-Joseph de Cluny*, à Limoux (Aude) ; médecin chef à *l'hôpital psychiatrique de Sotteville-les-Rouen ;* médecin chef à *l'hôpital psychiatrique de Font-d'Aurelles*, à Montpellier.

S'adresser jusqu'au 8 Avril 1945 au ministère de la Santé publique, direction du personnel, 2e bureau, 1re section, 7, rue de Tilsitt, Paris-17e.

Nouvelles diverses

Centre régional d'éducation sanitaire de Grenoble. — M. le docteur Etienne Bertrет est nommé directeur de ce centre *nouvellement* créé.

Médecins examinateurs et médecins vérificateurs de la Commission supérieure des soins médicaux gratuits. — Par arrêté du 24 Février 1945 :

« Par heure de travail effectif, la vacation est fixée à 25 fr. pour les médecins examinateurs et 30 fr. pour les médecins vérificateurs, du 1er Janvier 1944 au 31 Décembre 1944, et à 30 fr. pour les médecins examinateurs, et 35 fr. pour les médecins vérificateurs, à compter du 1er Janvier 1945, chaque médecin devant fournir un rendement horaire minimum à fixer par décision du secrétaire général aux anciens combattants et victimes de guerre ». (*J. O.* du 9 Mars 1945.)

Distinctions honorifiques

LÉGION D'HONNEUR

Chevalier : Médecin capitaine R. Leflem (nº R.M.S.M.).

MÉDAILLE MILITAIRE

Médecin auxiliaire J. Funck-Brentano (25e Bataillon Médical).

CITATIONS A L'ORDRE DE L'ARMÉE

Médecin capitaine L. Alcay, régiment de marche du Tchad. — Médecin capitaine C. Stora, ...e bataillon du génie. — Médecin capitaine M. Martin, ...e bataillon médical. — Médecin lieutenant P. Dumas, ...e régiment d'artillerie. — M. Théobalt, médecin à la ...e division de marche d'infanterie.

Nos Échos

Naissances.

— Le docteur Jean Pillet et Madame, née Saveton, interne des hôpitaux, sont heureux de faire part de la naissance de leur fille *Martine* (Paris, 8 Février 1945).

— Le docteur André Jacob, aux Armées, et Madame, née France Halbron, sont heureux d'annoncer la naissance de leur deuxième fils, *Olivier* (Duingt, Haute-Savoie).

— Le docteur et Madame Jean Deplus sont heureux d'annoncer la naissance de leur deuxième fils *Renaud* (Chennevières, 10 Mars 1945).

Mariages.

— Nous apprenons le mariage de M. Jean Lotte, externe des hôpitaux, chirurgien-dentiste D.F.M.P., avec Mlle Jacqueline Allary (28 Décembre 1944. La Rochefoucauld, Charente).

— Le Prof. André Binet et Madame font part du mariage de Mlle Nicolle Binet, leur fille, avec le sous-lieutenant Jean-Pierre Ballini (Nancy, 17 Février 1945).

Décès.

— Le Prof. Jean Margarot, de Montpellier, a la douleur de faire part du décès de Madame Jean Margarot.

Soutenance de Thèses

Lyon

1er Octobre 1944-25 Mars 1945.

Anatomie-Histologie. — M. G.-R. Mathelie-Guinlet : Contribution à l'étude de la zone de jonction myoneurale. Altérations du chondriome dans l'intoxication par l'acétate de plomb.

Bactériologie. — M. J. Demarchi : Etude de l'action de la salive parotidienne sur certaines bactéries et sur la toxine diphtérique. — M. E. Tétard : Etude comparée du pouvoir antigénique des bacilles du groupe typho-paratyphique tués par la chaleur ou irradiés par les radiations totales du Radon.

Cardiologie. — M. P. Blondet : Les signes électrocardiographiques des coronarites et leur diagnostic différentiel. — M. J. Blum : Rétrécissement aortique et angine de poitrine. Contribution à l'étude des insuffisances fonctionnelles des coronaires. — M. R. Guyot : Le rétrécissement pulmonaire congénital. Etude critique et statistique d'après 133 observations anatomo-cliniques. — M. Pont : L'hypotension orthostatique.

Chirurgie. — M. L. Beyssac : Contribution à l'étude des arthrodèses dans les arthrites sacro-iliaques. Choix du procédé. — M. J. Bonnet : L'ulcère de la face postérieure de l'estomac. — M. J. Gajac : La laparoscopie. — M. A. Drogon : Angiomes recto-sigmoïdiens.. — M. P. Girard-Madoux : Les paralysies cubitales tardives. Complications des traumatismes du coude. Réflexions pathogéniques et thérapeutiques. — M. F. Gentile : Contribution à l'étude de l'œsophagoplastie. La vascularisation du tube gastrique de Jianu. — M. M. Haddam : Indications des résultats du traitement du cancer de la verge. — M. R. Journoud : Les chondromes intracraniens. — M. A. Martin : Les occlusions intestinales spasmodiques. — M. G. Le Houéron : Considérations sur l'étiologie de la spondylolyse et du spondylolisthésis. — M. A. Mathieu : Pénicilline dans les ostéosynthèses pour fractures exposées de guerre. — M. G. Mathieu : Ligature intrathoracique de l'artère sous-clavière gauche (à propos du traitement d'un anévrysme artéro-veineux). — M. M. Ollion : Ulcères gastro-duodénaux et traumatismes. — M. M. Tissot : Contribution à l'étude du traitement des corps étrangers de l'estomac et du duodénum chez l'enfant. — M. R. Weil : Contribution à l'étude du traitement médical préparatoire aux interventions pour ulcères gastro-duodénaux (à l'exception des ulcères hémorragiques). — M. G. Weiss : Etude des différentes techniques de conservation du sphincter dans l'exérèse par voie sacrée et abdomino-sacrée des cancers du rectum et du sigmoïde inférieur.

Cardiologie. — M. R. Bonnayme : Contribution à l'étude de la mélanose de Riehl. — M. J. Gallet : Contribution à l'étude des gangrènes cutanées en plaques superficielles et habituellement curables des membres inférieurs. (Capillarites nécrotiques.) — M. J. Klein : Le 2255 RP dans le traitement des dermatomycoses. — M. Vachon : Le traitement du lupus tuberculeux par la méthode de Charpy.

Endocrinologie. — M. L. Gagne : Du rôle anti-galactogène de l'hormone mâle.

Gynécologie. — M. L. Burger : Contribution à l'étude de la myomectomie dans le traitement des libromyomes utérins. — M. R. Feige : L'association « Mercurochrome sulfamides » dans le traitement des cervicites chroniques. — M. P. Guigou : De la conservation de l'ovaire dans les tumeurs kystiques bénignes de l'ovaire. — M. A. Klepping : Chancre syphilitique du vagin. — M. J. Maricki : Sur la tuberculose génitale, inapparente et méconnue de la femme. — M. J. Mousselon : Contribution à l'étude physio-pathologique de la dysménorrhée. Données anatomo-histologiques. — M. F. Pansiot : Contribution à l'étude des aménorrhées hyperhormonales. Essai de statistique. Pronostic et thérapeutique. — M. J. Speich : Contribution à l'étude des polypes et des fibromes du col utérin au cours de la grossesse et de l'accouchement.

Hématologie. — M. J. Azoulay : Récolte et transfusion de sang conservé et chirurgie de guerre. — M. H. Lessieux : Ulcère et polyglobulie. — M. Grenot : L'ictère hémolytique familial. Etude de 7 cas et résultats de la splénectomie.

Médecine. — M. Devors : Les abcès du lobe supérieur du poumon et leur traitement chirurgical. — M. J. Duré : De la mortinatalité en rapport avec le sexe. — M. M.-F. Durand de Grossouvre : Les adénopathies tuberculeuses secondaires réchauffées cachectisantes de l'adulte. — M. H. Fabre : Tuberculose, médecine sociale et corporation. — M. Fedry : Valeur séméiologique de la sédimentation dans l'aortite syphilitique. — M. P. Fraisse : L'évolution des lésions tuberculeuses collabées par pneumothorax — M. J. Gourmand : A propos de 24 cas d'adénites cervicales suppurées chez les enfants ayant ingéré du vaccin BCG. — M. M. Jaubert de Beaujeu : Des kystes séreux intrathoraciques d'origine pleuro-péricardique. — M. P. Kahn : Le traitement des néphrites aiguës par la méthode de Volhard. — M. J. Leplaideur : Contribution à l'étude de la lutte antituberculeuse en France. — M. A. Malard : La leptospirose grippo-typhosique ou fièvre de vase des champs en France. — M. Perriol : Sur le traitement par la fonction des cavernes soufflées. — M. P. Revurat : Les abcès du lobe moyen du poumon droit et leur traitement chirurgical. — M. J. Soulié : Les intoxications par l'alcool méthylique. — M. M. Vialtel : La paralysie de l'estomac Contribution à l'étude de l'atteinte du vague au cours de la diphtérie.

Neurologie. — M. J. Baur : Contribution à l'étude des résultats du traitement de la sclérose en plaques par les injections de ferriscarbone magnésien. — M. Blanc : Diagnostic objectif de l'épilepsie en dehors des crises et recherche des signes de déficit pyramidal.. — M. P. Chaliing : Une observation rare de douleurs radiculaires par arachnoïdite après zona. — M. J. Galy : L'abcès du cerveau post-traumatique tardif. — M R. Renault : La méningo-encéphalite hémorragique de la fièvre typhoïde.

Obstétrique. — M. E. Berthoin : Les occlusions mécaniques de l'instestin grêle au cours de la puerpéralité. — M. J. Bruno : Etude anatomique de la synostose pubienne et ses rapports avec la symphyséotomie. — M. M. Chirol : Recherches au sujet du rôle de la syphilis dans l'étiologie des néphropathies gravidiques. — M. P. Dumont : Analgésie obstétricale par infiltration unilatérale du sympathique lombaire. — M. M. Dumont : Les néphropathies gravidiques. — M. J. Folignet : Les hypothermies transitoires des pyélites et pyélonéphrites de la grossesse. — M. M. Geoffroy : Valeur pronostique de l'insertion antérieure du placenta dans le placenta praevia. — M. R. Moyroud : Les strumites suppurées dans le post-partum et le post-abortum. — M. R. Perrot : Contribution à l'étude des ruptures spontanées de l'utérus pendant la grossesse. A propos de 2 observations. — M. J. Petit : 12 observations d'éclampsie suraiguë mortelle. — M. L. Robaglia : Phlébites tardives des membres inférieurs dans les suites de couches. — M. L. Rolland : Etude hystérotensiométrique des injections d'extrait post-hypophysaire chez la primipare pendant la période de dilatation. — M. M. Salzmann : L'acidose dans les néphropathies gravidiques, valeur pronostique de la réserve alcaline dans l'éclampsisme. — Mme M. Seffert : Inconvénients et dangers du déclenchement médicamenteux du travail chez les primipares.

Ophtalmologie. — M. A. Lambert : La paralysie de l'accommodation dans les méningites cérébro-spinales. — Mlle W. Mang : De la pré-anesthésie en ophtalmologie. (Le nargénol comme pré-anesthésique).

Oto-Rhino-Laryngologie. — M. J. Dupoux : La mastoïdite récidivante (récidives uracées de mastoïdite). — M. J. Baffalli : Etude statistique sur le siège initial des tumeurs du larynx. — M. G. Regnier : La tuberculose primitive des amygdales palatines chez l'adulte. — M. J. Rigaud : La tuberculose de l'ethmoïde à forme tumorale.

Pédiatrie. — M. Flattot : L'intolérance pour le lait chez le nourrisson.

Psychiatrie. — M. A. Bencharif : Quelques réflexions à propos de la responsabilité atténuée. — M. B. Craus : Contribution à l'étude du traitement de la névrose d'angoisse. Essai de thérapentique acidifiante. — M. R. Lendres : Des troubles mentaux chez les prisonniers de guerre rapatriés et internés.

Urologie. — M. F. Daviet : Indications urologiques dans le traitement des anuries par sulfamidés. — M. P. Huot : L'incontinence d'urine associée au prolapsus. Son traitement par l'opération de Marion. — M. R. Menudet : Les accidents rénaux de la sulfamidothérapie. — M. P. Monthon : A propos de la contagion sexuelle de la tuberculose génito-urinaire (Une observation de contamination conjugale). — M. E. Naudin : L'urographie intraveineuse dans l'exploration urologique. — M. P. Petit : Etude critique des néo-sphinctérisations de la vessie pour incontinence d'urine.

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

AVIS. — Prière de joindre aux réponses un timbre de 2 francs pour transmission des lettres

Le gérant : F. THOMAS.

Imprimé par l'Ancne Imprimerie de la Cour d'Appel, 1, rue Cassette, à Paris (France).

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées aux Périodiques, la Direction scientifique de La Presse Médicale *a dû fixer à 4 colonnes maximum l'étendue des mémoires originaux. Tout manuscrit dépassant cette étendue sera retourné à son auteur.*

APERÇU CLINIQUE SUR LA PATHOLOGIE VEINEUSE GRAVIDO-PUERPÉRALE

Par **A. FRUHINSHOLZ**
(Nancy)

M[lle] Strub vient de consacrer sa thèse (Nancy, 1944) à la « circulation de retour dans l'état gravido-puerpéral ». Je voudrais, à propos de ce travail, insister sur certains traits de la pathologie veineuse obstétricale. Chez la femme enceinte, animal bipède, la circulation de retour pèse lourdement sur l'appareil veineux, depuis ses origines capillaires jusqu'à la tricuspide. Cette mise en surcharge est précoce et progressive ; la colonne sanguine récurrente, fortement alimentée, doit lutter contre les courants et les remous des confluents veineux pelviens, elle stagne davantage à gauche où la veine iliaque primitive est enjambée par l'artère homologue du côté droit. D'inévitables compressions interviennent à mesure que l'utérus se développe; le déploiement veineux prend vite au niveau du bassin un caractère impressionnant, presque monstrueux. Les réservoirs veineux sous-diaphragmatiques sont en général relativement passifs devant cette inondation; leurs parois cèdent d'autant plus volontiers à la pression qui s'élève très vite (Villaret, J.-Besançon) que leur gaine musculaire propulsive est partiellement inhibée par les hormones gravidiques. Les résistances à la circulation de retour atteignent leur apogée pendant le travail, au cours de l'expulsion, après quoi la voie redevient libre, quoique encombrée d'une masse sanguine devenue subitement sans emploi. Si les connexions endocriniennes et sympathiques sont bien réglées et bien dosées, l'adaptation du système veineux au changement instantané de régime vasculaire est immédiate et parfaite. L'involution anatomique de l'appareil veineux laisse celui-ci assoupli mais intact. Voilà du moins ce qui doit se passer chez un sujet normal aux hormones bien réparties, aux réflexes vaso-moteurs obéissants, sans tare vasculaire. Or, je crois qu'une bonne partie de la pathologie veineuse gravido-puerpérale procède du « terrain » prospecté par l'état de grossesse: ce terrain est celui où voisinent, en proportions variables, la tare vasculaire, la tare endocrinienne, la tare vaso-motrice. C'est de là que la pathologie veineuse gravidique semble tirer son origine première. C'est sur ce terrain élu que la *circulation de retour* pourra, le cas échéant, accuser deux sortes de défaillances:

1° *Des défaillances « fonctionnelles »* (hypertonies et hypotonies).

2° *Des défaillances « lésionnelles »* (varices, thromboses).

I. — Défaillances fonctionnelles. (Hypertonies et hypotonies.)

Ces défaillances, dont les effets étaient connus depuis longtemps, n'ont été qu'assez récemment rattachées à leur origine vraie, c'est-à-dire à des troubles de la physiologie circulatoire du domaine cave inférieur. Alors qu'une circulation de retour bien ordonnée garantit par sa tonicité la constance du débit cardiaque, une circulation de retour troublée par une hypo- ou par une hypertonie de son système musculaire lisse risque de compromettre gravement le jeu cardiaque en faisant varier par défaut ou par excès le volume de l'onde systolique. C'est ce qui arrivera en particulier chez certaines vago- ou sympathico-toniques, celles-ci allant plus volontiers aux spasmes (*Cf. Th.* Richon, Nancy, 1937), celles-là plus volontiers à une sorte de parésie veineuse. On pourra voir ainsi apparaître au cours de la grossesse des syncopes tenant à ce que le cœur n'étant plus alimenté par le réservoir veineux abdominal débordé sur place bat à vide. On verra de même surgir à l'occasion de la déplétion abdominale qui succède à la mise-bas les accidents redoutables du choc obstétrical, ou encore des phénomènes de collapsus grave succéder à des déperditions sanguines relativement faibles. Tous ces faits, que je ne fais qu'énumérer, ont été magistralement décrits par Laubry, Tzanck, Lévy-Solal, Jouve et Vague, etc.

D'autres fois les réactions sont de sens inverse: le réservoir veineux abdominal peut donner lieu, par une action spasmodique d'origine probablement endocrinienne, à une crue subite qui, en une vague puissante, est capable d'envahir non seulement le cœur droit, mais jusqu'à la circulation pulmonaire et jusqu'au cœur gauche. De tels accidents, au premier rang desquels se place l'œdème pulmonaire, surgissent de préférence chez des cardiaques (rétrécissement mitral surtout) avérées ou latentes, à l'occasion du travail; ils ont même été observés dans des cas où le cœur ne montrait aucune lésion.

Tous ces troubles fonctionnels se rencontrent le plus souvent chez des individus marqués de certains stigmates physiques (osseux, oculaires, endocriniens, dentaires, etc.) nettement apparentés avec ceux qu'on attribue à l'hérédo-syphilis diluée.

II. — Défaillances lésionnelles. (Varices, thromboses.)

La pathologie veineuse lésionnelle gravido-puerpérale pourrait bien avoir plus d'unité qu'on ne le croit généralement. En réalité, il y aurait plus de chaînons qu'on n'en aperçoit d'abord entre de simples varices et certaines thromboses: les unes et les autres impliquent souvent l'altération originelle de la paroi veineuse. Je sais bien que beaucoup de variqueuses ne deviennent jamais phlébitiques, que maintes phlébites n'ont jamais été variqueuses; je n'en reste pas moins convaincu qu'elles sont toutes apparentées.

D'une façon générale la grossesse, chez les prédisposées vasculaires tend, à plus ou moins brève échéance, à la faillite, à l'effondrement du système veineux de tout le train postérieur; elle le met littéralement à la torture. On voit les arborescences variqueuses éclore au contact de la grossesse, prospérer avec elle, s'aggraver nettement et parallèlement avec ses récidives. Je ne connais pas dans l'économie d'appareil (l'appareil génital excepté) qui subisse au même degré et aussi visiblement l'injure gravidique, montre aussi indiscrètement des effets d'usure. Une propagande bien intentionnée croit pouvoir affirmer que la grossesse n'est pas un sacrifice. C'en est un souvent et qui n'est pas sans grandeur: le sacrifice de l'appareil veineux des membres inférieurs peut devenir total. Dans ces cas, la grossesse n'a été bien évidemment que l'agent provocateur ou dénonciateur: la vraie cause était inscrite, gravée histologiquement, de tout temps, pourrait-on dire, dans la trame de la paroi veineuse. Les aspects infiniment variés, compliqués et contournés que les varices affectent ne font que traduire à un énorme grossissement des érosions pariétales qui à l'occasion de la grossesse ont cédé sous la pression sanguine.

Nous ne nous étonnons guère quand nous voyons des phlébites variqueuses bien localisées se constituer, à la faveur de l'état gravido-puerpéral, à portée de nos moyens d'investigation: nous ne sommes pas tentés d'invoquer à leur propos le « tarte à la crème » de l'infection. Nous ne connaissons sans doute pas très bien leur pathogénie, nous serions assez embarrassés de faire exactement la part de ce qui dans leur apparition revient aux altérations de la paroi, à celles des vasa-vasorum (Vignes), à certains spasmes localisés (Humbert), à des traumatismes méconnus, etc. Quoi qu'il en soit, nous les subissons avec une sorte de fatalisme comme l'inévitable rançon d'une évidente « usure » veineuse; nous ne sentons en rien notre responsabilité engagée. Ces phlébites n'ont généralement pas de tendance extensive; leur disposition anatomique les porte à localiser, à bien cerner, à limiter leur caillot. Or, rien ne nous permet de croire que de telles lésions soient nécessairement l'apanage du réseau veineux sous-cutané. Selon toute vraisemblance les réseaux profonds ne sont pas moins malmenés par la grossesse; c'est ce que nous pouvons induire en concluant du visible à l'invisible. Sans doute beaucoup de ces lésions restent-elles silencieuses et par conséquent méconnues; quelques-unes seraient néanmoins capables, par leur extension, d'aboutir au syndrome clinique de la *Phlegmatia*.

D'autres raisons militent encore en faveur de l'origine « intrinsèque » ou « constitutionnelle » de certaines thromboses gravido-puerpérales: l'augmentation de la coagulabilité, le ralentissement du courant sanguin, l'action traumatisante de l'accouchement sur les veines du petit bassin sont des causes qui peuvent contribuer dans une certaine mesure à installer le caillot pathologique; du caillot physiologique qui joue dans le mécanisme normal de l'hémostase, au thrombus morbide, il y a toute une gradation. Je garde sous les yeux un cas que Vermelin m'a présenté où chez une secondipare, dans les douze heures qui ont suivi un accouchement normal, s'est constituée à fleur de peau une énorme thrombose de la crosse de la saphène interne; celle-ci mesurait plus de 4 *cm.* de diamètre et débordait sur le triangle de Scarpa; le Prof. Hamant fut secondairement appelé à en faire l'ablation. Cette formidable ampoule veineuse s'était d'abord affaissée, sitôt l'accouchement fait, pour se thromboser secondairement et très vite. Tout conspire dans un tel cas, pour imposer l'idée d'une action d'ordre physique où se rejoignent les notions d'altération pariétale, primitive ou secondaire, de crase sanguine et d'un arrêt brutal de l'activité circulatoire.

Je ferai valoir un dernier argument en faveur de l'origine intrinsèque de certaines thromboses; je l'emprunte à l'histoire clinique de la phlébite proprement gravidique, c'est-à-dire celle dont la subordination à l'état de grossesse est aussi bien établie que possible. Cette variété de phlébite est rare; je n'y fais pas rentrer les cas où une infection évidente (colibacillose, endométrite déciduale, contamination des sinus veineux par décollement d'un placenta *prævia*) est à l'origine de la complication. Or, si nous considérons la phlébite gravidique « à l'état pur » nous ne manquons pas d'être frappés par la quasi-constance de certains caractères cliniques qui lui sont propres: elle apparaît en général tardivement (seconde moitié ou dernier tiers de la grossesse). Elle affecte presque exclusivement le côté gauche (21 cas sur 26, *in* thèse Tellier, Nancy, 1935) commençant toujours,

orsqu'elle doit basculer d'un côté à l'autre, par e côté gauche (7 fois sur 7 d'après Tellier). Enfin ette forme de phlébite est essentiellement insilieuse, généralement apyrétique ou marquée par in décalage thermique de faible amplitude. Nous ivons bien là une phlébite évoluant « en vase clos » et dont les caractères cliniques tendent à confirmer l'origine essentiellement intrinsèque, anatomique d'abord : son apparition après un certain délai, sa localisation presque élective, son évolution à bas bruit nous ramènent à l'hypothèse l'une action d'usure, lente, progressive, sournoise sur un appareil veineux prédisposé en son point e plus vulnérable, *le carrefour gauche*. Une telle phlébite est, en général, affranchie de toute contamination, celle-ci n'intervenant qu'accidentellement. C'est ainsi que je possède une observation remarquable où la même femme fait successivement, une phlébite gravidique du 9e mois et une phlébite du post-partum à l'autre jambe. La première fut à peu près apyrétique, la seconde franchement fébrile. Tout s'est passé comme si le circuit veineux une fois ouvert des éléments nouveaux l'avaient envahi. J'ai déjà signalé ailleurs la rareté des phlébites gravido-puerpérales chez des populations rurales (Chine, Serbie) que leur isolement a jusqu'alors préservées de certaines tares (syphilis en particulier) qui progressent avec une certaine civilisation.

Ce sont là des arguments cliniques nouveaux que j'apporte en faveur de l'origine constitutionnelle de certaines phlébites. Ils renforcent ceux qui tendent à la même conclusion et sont déjà classiques : chacun connaît l'existence des phlébites familiales qui se transmettent de mère à fille, se répètent chez des sœurs ou chez une même femme à différentes grossesses; nul n'ignore les alternances de certaines phlébites superficielles avec certaines phlébites profondes, non plus que l'extension possible des premières aux secondes. Je n'insiste pas et je conclus :

L'idée d'individualiser la circulation de retour dans l'état gravido-puerpéral est féconde. Elle permet de rassembler dans un chapitre unique des notions d'anatomie et de physiologie pathologiques qui, jusqu'à présent, étaient dispersées aux quatre coins de la pathologie obstétricale.

La circulation de retour est fortement éprouvée par l'état gravido-puerpéral, tant au sens fonctionnel qu'au sens anatomique.

FONCTIONNELLEMENT : Les réactions de la circulation de retour en hypo- ou en hypertonie sont à l'origine de maints accidents allant de la syncope et du choc obstétrical à l'œdème pulmonaire du travail.

ANATOMIQUEMENT : Le domaine de la circulation de retour est un de ceux que l'état gravido-puerpéral affecte le plus durement et le plus visiblement (varices et phlébites constitutionnelles). La phlébite purement gravidique a, de ce point de vue, une signification très spéciale.

Ces divers troubles sont surtout le fait d'un certain « terrain » qui, pour sa part, contribue à conférer à la pathologie veineuse gravido-puerpérale une relative unité. Ce terrain comporte l'association d'une tare vasculaire, d'une tare endocrinienne et d'une tare sympathique. Cette association est souvent le fait d'une hérédo-syphilis plus ou moins ancienne, plus ou moins larvée.

La pathologie veineuse puerpérale tendra à se diversifier à partir du moment où l'accouchement aura ouvert une brèche dans la circulation de retour, livrant ainsi un appareil souvent prédisposé à l'action contingente des agents extérieurs.

LES NÉVRITES OPTIQUES AU COURS DE LA LEPTOSPIROSE ICTÉRO-HÉMORRAGIQUE

LE PRONOSTIC RÉSERVÉ DES FORMES GRAVES LA RÉALITÉ DES FORMES BÉNIGNES

PAR MM.

Jean VOISIN et A. AURENCHE

(Paris)

S'il est une notion déjà classique, largement développée par tous les auteurs qui ont étudié les complications oculaires de la leptospirose ictéro-hémorragique, c'est la bénignité remarquable de celles-ci, qu'il s'agisse des complications uvéales si fréquentes ou des cas plus rares de névrite optique. Or, tout au moins pour les atteintes névritiques, cette notion de bénignité ne nous semble pas devoir s'implanter sans danger dans l'esprit des praticiens, car des séquelles plus ou moins graves y sont possibles, elles ont pu entraîner la cécité.

Déjà en 1942, l'un de nous, dans sa thèse inspirée par notre maître commun M. J. Bollack, a insisté, en se basant sur deux observations personnelles, sur cette notion nouvelle de séquelles graves ; et dernièrement ces justes remarques se trouvaient confirmées par l'observation d'un cas de cécité survenu chez un borgne après une névrite optique leptospirosique. Ce cas vient d'être rapporté à la Société Médicale des Hôpitaux par MM. Charles Richet, Lesueur, Ardouin et l'un de nous (séance du 5 Mai 1944).

Parmi les complications oculaires de la spirochétose ictéro-hémorragique une des moins fréquentes est la névrite optique. Elle a été signalée dès 1917 par Weekers et Firquet, qui, sur une statistique de 50 cas relatant des complications oculaires, citent 2 cas de névrite optique ; à cette même époque Van Schevensteen, Moret, dans leurs publications, signalent des modifications de l'aspect des papilles du nerf optique mais sans les rattacher à une névrite, à cause de l'absence de troubles fonctionnels. Depuis lors et jusqu'en 1942, on retrouve 9 nouvelles observations, dont 4 remontent à ces toutes dernières années : en 1938, Guillaumat et J. Bollack et A. Aurenche ; en 1939, De Sèze, Halbron et Mme Teyssier-Commerson ; en 1940, Loeper et Mme Brouet-Sainton.

Etudiant ces 12 cas antérieurement publiés et nos 3 observations personnelles, nous arrivons ainsi à un ensemble de 15 cas qui paraissent, par leur étude symptomatique et pronostique, se différencier en trois groupes.

La plus bénigne de ces trois formes de névrite ne peut être reconnue que par un examen systématique du fond d'œil, dont il semble que l'on n'ait pas assez souligné l'intérêt. En effet, elle ne donne lieu à aucun déficit fonctionnel et en particulier à aucune modification du champ visuel, et c'est l'examen ophtalmoscopique qui met en évidence une papille congestionnée, un peu saillante avec des bords flous masqués par un léger œdème. Parfois un léger trouble vitréen rend difficile cette constatation et est alors responsable d'une légère baisse de l'acuité visuelle. La fréquence de ces formes apparaît particulièrement nette dans une publication de Branbergen qui découvre, par un examen ophtalmoscopique fortuit, trois névrites optiques au cours d'une petite épidémie régionale de leptospirose ictéro-hémorragique.

Le deuxième type clinique réalise objectivement l'aspect banal de papillite inflammatoire. Ici la réalité de l'atteinte du nerf optique se révèle d'une part par une baisse très marquée de l'acuité visuelle pouvant atteindre 2/10 (Weekers et Firquet, Leconte et Mlle Joltrois, Bollack et Aurenche), d'autre part par un rétrécissement du champ visuel soit concentrique et pouvant atteindre 20° (Bollack et Aurenche), soit avec encoche supérieure et rétrécissement plus marqué pour le rouge (Leconte et Joltrois). Au fond d'œil apparaît une papille congestive, hyperémiée, avec dilatation de ses vaisseaux propres et turgescence des veines rétiniennes. Et, malgré l'allure particulièrement sévère du déficit visuel et l'aspect du fond d'œil, l'évolution se fait vers une guérison complète en deux ou trois mois.

Le dernier type groupe les formes graves qui laissent après elles un déficit fonctionnel visuel. A l'examen ophtalmoscopique ces cas semblent se différencier par une papille décolorée avec œdème accentué des bords, artères grêles et sinueuses, veines également modifiées. Au point de vue évolutif, Venco rapporte un déficit visuel unilatéral de 3/10. De Sèze, Halbron et Mme Teyssier-Commerson notent une acuité restant à 4 et 6 dixièmes. Dans les 2 cas originaux de la thèse de l'un de nous, la névrite optique, chaque fois bilatérale, se termine chez un malade par une atrophie optique d'un côté et persistance d'une vision paracentrale, 7/10 pour l'autre œil, avec rétrécissement permanent de 30° du champ visuel ; l'autre malade accuse une acuité de 8/10 et 6/10 avec amputation de 30° de la vision périphérique. Enfin dans le cas observé par Charles Richet, Lesueur, Ardouin et l'un de nous, la cécité fut définitive avec au fond d'œil l'aspect d'atrophie optique secondaire. Ces 5 cas légitiment bien, il nous semble, et la description des formes graves de la névrite optique spirochétosique et les réserves pronostiques que l'on doit faire, contrairement à l'opinion classique, en face de pareilles formes.

De ces trois formes de névrite, alors que s'impose l'individualité des formes moyennes et graves, la réalité de l'atteinte légère du nerf optique a pu être méconnue. D'abord on vit dans le flou papillaire une conséquence du trouble vitréen (Van Schevensteen) ou une dépendance de l'insuffisance des surrénales (Moret). Certains cas semblent explicables par l'existence d'une inflammation postérieure de l'uvée, ainsi le cas de Guillaumat si particulier dans son évolution, où à la névrite succéda une cyclo-choroïdite puis une iritis ; c'est la pathogénie invoquée par certains pour expliquer la pseudopapillite des formes postérieures de l'ophtalmie sympathique. Doit-on encore rapprocher les modifications du fond d'œil du taux anormal de l'azotémie, fait à peu près constant chez les spirochétosiques ? L'hypertension du liquide céphalo-rachidien pourrait aussi être tenue pour responsable du flou papillaire, premier degré de l'œdème de stase, bien que jusqu'à présent aucun cas de névrite n'ait été signalé au cours des formes méningées de la leptospirose ; il est vrai qu'aucune recherche systématique n'y a été faite. Mais la réalité des formes graves donnant lieu à un syndrome fonctionnel nous paraît plaider pour l'existence de cette forme ultra-bénigne, sans déficit visuel. Un argument supplémentaire en faveur de l'individualité de ces névrites atténuées est apporté par la constatation de névrites bilatérales asymétriques (Venco, Leconte et Mlle Joltrois) puisque chez un même malade peuvent se juxtaposer une forme commune et une forme inapparente.

Nous ne voulons pas ici nous étendre soit sur la pathogénie de ces névrites, dont la date d'éclosion est variable, rarement précoce, le plus souvent tardive, soit sur leur thérapeutique qui s'avère particulièrement délicate, car l'emploi des arsenicaux pourrait ne pas être sans danger chez ces sujets au foie lésé, le bismuth paraît devoir leur être préféré.

Nous avons seulement désiré, à propos de ces névrites leptospirosiques : 1° insister sur une notion moderne : la possibilité de séquelles oculaires graves à leur décours ; 2° rappeler la fréquence des formes ultra-bénignes, que seul l'examen ophtalmoscopique systématique est capable de déceler.

BIBLIOGRAPHIE

A. AURENCHE : Thèse, Paris 1942. — BOLLACK et AURENCHE *Bull. Soc. Oph.*, Paris, 1938, 580. — BRANBERGEN : *Arc. d'O.*, **50**, 485. — DE SÈZE, HALBRON, Mme TEYSSIER : *Revue O. N. O.*, Février 1939. — GUILLAUMAT : *Arc. d'O.*, Septembre 1938, 378. — LECONTE et Mlle JOLTROIS : *Soc. Méd. Hôp.*, Paris, 19 Octobre 1923, 1366. — LOEPER, MAGITOT et Mme DROUET-SAINTON : *Presse Médicale*, 13 Mars 1940. — MORET : *Arc. Méd. Belges*, Décembre 1917. — VAN SCHEVENSTEEN : *Ann. Oc.*, 1917, **154**, 728. — VENCO : *Boll. di Ocul.*, 12, **7**, 703, 1933. — WEEKERS et FIRQUET : *Arc. d'O.*, **36**, 647.

MOUVEMENT MÉDICAL

LE TRAITEMENT DES BLESSURES PAR ÉCRASEMENT ET DE L'ANURIE SECONDAIRE A LA TRANSFUSION SANGUINE PAR LA DÉCAPSULATION RÉNALE PRÉCOCE

La forme de la guerre actuelle a multiplié d'une part les blessures par écrasement (crush injury), l'autre part les accidents consécutifs aux transfusions sanguines en raison du large emploi que l'on fait de cette méthode thérapeutique.

Dans les deux cas on peut observer le même syndrome se traduisant par des accidents rénaux et aboutissant à l'urémie. Or, jusqu'ici, les traitements employés pour le combattre se sont avérés peu efficaces, si bien que la mortalité observée dans la « crush injury » s'élève presque à 100 pour 100, celle des accidents consécutifs à la transfusion (transfusion kidney) à 65 pour 100.

Ces traitements reposent en grande partie sur les essais sans base scientifique. Il était logique d'essayer une thérapeutique fondée sur des faits pathologiques et physiologiques évidents.

La première description d'ensemble de ce syndrome paraît avoir été donnée par Colmers (1) lors du tremblement de terre de Messine qui causa plus de 65.000 victimes. En 1916, Frankenthal décrivit des symptômes de « crush injury » chez les blessés de la première guerre mondiale. En Mars 1941, Bywaters et Beall (2) publièrent le premier article concernant des cas observés à la suite des bombardements de Londres de Septembre 1940 qu'ils intitulent « un syndrome non décrit jusqu'à présent ». Environ 5 pour 100 des blessures au cours des grands raids aériens semblent être des cas de « crush injury ».

A son admission à l'hôpital, le malade, qui souvent a été enterré dans les décombres avec un membre pris sous les débris, ne paraît pas atteint ailleurs qu'au niveau du membre comprimé. Cependant le malade est souvent en ce moment en période de « pré-shock », comme le montre la recherche de l'hémoconcentration précédant la chute de la pression sanguine, le taux de l'hémoglobine pouvant atteindre 22 pour 100. Si les symptômes de choc disparaissent sous l'action de la thérapeutique, on observe alors les symptômes de la « crush injury » qui peuvent d'ailleurs survenir indépendamment du shock. Morison (3), notamment, a décrit 3 de ces cas à issue fatale.

Le syndrome observé dans la « crush injury » est à rapprocher de celui que l'on observe à la suite d'une transfusion sanguine lorsque le sang du donneur et celui du receveur sont de groupes incompatibles. Les études sur les accidents rénaux consécutifs à la transfusion se firent nombreuses dans la période d'entre les deux guerres. Bordley (4) décrivit une série intéressante de 17 cas de « transfusion kidney » dans lesquels le fait primordial était l'anurie, toujours associée à l'hyperazotémie. 11 des malades moururent et 6 guérirent, ce qui fait un taux de mortalité de 65 pour 100.

Le facteur commun à ces deux affections est un syndrome constitué par une oligurie ou une anurie causée par un accroissement de la pression rénale associée à l'hyperazotémie, entraînant un taux de mortalité élevé.

Mais ce syndrome, qui est la base même de la « crush injury » et de la « tranfusion kidney », peut se rencontrer avec une fréquence plus ou moins grande dans des maladies de caractères extrêmement différents: les intoxications par le mercure, les sulfonamides, la quinine, le phosphore, le crésol, le syndrome hépato-rénal, la maladie de Weill, la maladie de Lambron-Chiari, la septicémie à pyocyaniques, la diphtérie, la scarlatine, le choléra, la sténose pylorique et duodénale, les néphrites aiguës ou chroniques, les néphroses, les myélomes multiples associés à la protéinurie de Bence Jones, le favisme, la myohémoglobinurie paralytique équine dont 7 cas ont été décrits chez l'homme, la bilieuse hémoglobinurique, la fièvre jaune.

La liste de ces maladies augmentera à mesure que le syndrome sera mieux connu. Pour inclure une maladie dans ce groupe, il faut que le clinicien ait observé oligurie ou anurie, hyperazotémie et urémie.

L'intérêt principal de la reconnaissance de ce syndrome dans différentes maladies est d'utiliser dans des cas différents la même thérapeutique. L'issue fatale de l'urémie peut être enrayée par une même intervention chirurgicale en combinaison avec des procédés thérapeutiques médicaux, comme nous le verrons. Dans quelques-unes des maladies mentionnées ci-dessus, le traitement ne peut être qu'un palliatif des symptômes urémiques car la maladie sous-jacente est incurable (myélomes multiples).

A l'autopsie de ces cas, on trouve une capsule rénale tendue par l'œdème interstitiel, des lésions de l'épithélium des tubes urinifères, causées par une néphrectomie d'origine endogène ou exogène. Il est important que l'autopsie soit faite avant l'apparition de la rigidité cadavérique, sinon la tension de la capsule peut avoir disparu. L'autopsie des 3 cas de Morison montrait au niveau des tranches de section rénale le tissu rénal débordant la capsule. Ceci est un des principaux arguments à la base de la thérapeutique préconisée.

Pour différencier l'oligurie d'origine rénale d'une oligurie extrarénale, il est souvent suffisant de connaître la cause présumée, par exemple, la compression d'un membre pendant plusieurs heures, une transfusion sanguine mal faite ou des myélomes multiples. Si la maladie est une de celles mentionnées précédemment, cela conduit à penser que l'oligurie appartient au « syndrome ». Dans les cas douteux, on ne peut compter sur la plupart des méthodes d'examen employées jusqu'à maintenant. La recherche de l'urée sanguine, de l'azote total est sans utilité, car leur taux est augmenté également dans l'oligurie d'origine extrarénale. De même est sans intérêt le test de Van Slyke. L'intérêt de la recherche de l'élimination de l'inuline (test de Smith) sera étudié ultérieurement. Enfin dans un précédent travail (6) nous avons montré que l'élimination de l'iode permettait d'établir l'origine rénale ou extrarénale d'une oligurie. Ce test repose sur les recherches d'Ambard (7).

Le pronostic de ce syndrome est sérieux. Bywaters (8), dans une excellente étude écrite en Mars 1944, dit qu'un tiers des malades atteints de « crush injury » ont guéri, mais il s'agissait de cas bénins *sans shock, ni urémie.* Il semble plus logique de réserver le nom de « crush injury » aux cas où l'urémie est présente. La compression d'un membre, sans l'apparition consécutive du syndrome, peut être nommée: « Compression Trauma », ce qui indique immédiatement que la thérapeutique devra être différente de celle des cas de « crush injury ». Si les seuls cas bénins guérissent, on peut conclure que les blessés qui présentent les signes bien nets du syndrome mourront. C'est ce qu'écrivent également Broster et Patey: « Il n'y a pas grand'chose à tenter, peu de malades survivent lorsque le syndrome est marqué » [Broster (9)]; « beaucoup de chirurgiens ont fait cette expérience affligeante de voir leurs malades (atteints de « crush injury ») passer d'un bon état général à la mort par anurie, en dépit de mesures héroïques pour rétablir le flot urinaire » [Patey (10)].

A l'autopsie, on trouve couramment une capsule rénale tendue, phénomène dû à l'œdème rénal interstitiel. On constate, en outre, des lésions de l'épithélium des tubes urinifères causées par une néphrotoxine d'origine endogène ou exogène. Cette néphrotoxine produit également de l'œdème rénal interstitiel. Il est important que l'autopsie soit faite avant l'apparition de la rigidité cadavérique sinon la tension de la capsule rénale peut avoir disparu. Dans les 3 cas de Morison, le tissu rénal débordait la capsule au niveau des tranches de section. Ceci est un des principaux arguments à la base de la thérapeutique préconisée.

Le but du traitement dans tous les cas où l'on rencontre ce syndrome est d'abaisser autant que possible la haute pression intrarénale, cause primordiale de l'oligurie et de l'anurie. Si le résultat est obtenu, la nature fera le reste pour la guérison.

Il y a, à notre avis, un certain nombre de traitements à rejeter:

L'administration de grandes quantités de liquide qui est un des traitements actuellement en vogue, augmente l'œdème rénal interstitiel et par voie de conséquence la pression intrarénale, l'oligurie ou l'anurie. Ce traitement gêne la guérison. En voici quelques exemples: Younge (12) rapporte un cas de « transfusion kidney » dans lequel la quantité d'urine émise par vingt-quatre heures restait entre 50 et 100 cm^3, en dépit de l'injection journalière de 3 litres de sérum glucosé. Dunn rapporte le cas d'une jeune fille admise dans un hôpital de Londres qui était restée coincée pendant six heures sous une poutre à la suite d'un bombardement aérien. Tous les symptômes de la « crush injury » apparurent. En dépit de l'absorption de 3.600 cm^3 de liquide par jour, les urines émises ne dépassaient pas 250 cm^3. Peu de jours après, la malade mourait d'urémie. Nous avons assisté à l'autopsie d'une femme de 43 ans morte en présentant tous les signes du syndrome. On avait essayé de venir à bout de l'anurie en faisant absorber à la malade 7 litres de liquide par jour. Elle mourut d'urémie. Après autopsie, on fit le diagnostic de néphrite interstitielle. Des examens microscopiques du parenchyme rénal montrèrent qu'il y avait de l'œdème interstitiel. Wakeman (13), dans une publication posthume, relate une observation intéressante. Il avait observé plusieurs fois le syndrome dans les cas de fièvre bilieuse hémoglobinurique au cours de sa pratique en Nigeria et Sierra Léone. A Newhaven, il observa des symptômes identiques à ceux de la bilieuse chez une jeune fille de 20 ans qui avait absorbé des doses massives de quinine. Comme l'état de la malade empirait alors que le taux de l'azote total non protéique était de 2 *g.* 37 par litre, Wakeman supprima toute absorption de liquide. L'état de la malade s'améliora aussitôt et elle guérit. Il est possible évidemment qu'elle eût guéri de toutes façons, toutefois cette observation est à retenir.

Nous sommes, en général, tout à fait d'accord quant à l'utilisation de grandes quantités de liquide dans le but de nettoyer le sang et les tissus, mais dans le cas du « syndrome », nous n'y voyons qu'une contre-indication.

La suppression totale des protéines [Maitland (14)] entraîne la possibilité d'un accroissement de l'œdème rénal, dû à l'abaissement du taux des protéines plasmatiques.

L'administration de doses massives de protéines [Patey et Robertson (15)] augmente l'urémie.

La compression intermittente du membre contusionné, dans le but de permettre au liquide extravasé de retourner dans la circulation générale (Patey), présente le danger d'augmenter le liquide circulant et l'œdème rénal mais surtout d'accroître la concentration de la néphrotoxine dans le sang et le rein.

Les injections de mersalyl, en principe non dangereuses, peuvent l'être dans ce cas, car le mercure agit dans le même sens que la néphrotoxine.

Les injections de cortico-surrénale [Patey (10)] ont pour but d'augmenter l'élimination du potassium. Les hautes doses qui sont alors nécessaires contribuent à augmenter l'œdème rénal interstitiel par accumulation du sodium.

D'autres traitements sont superflus, Baker et Dods (16), en 1925, émirent l'idée que l'oligurie et l'anurie consécutives à une transfusion étaient la conséquence de l'obstruction des tubes urinifères par l'hématine acide et préconisèrent l'alcalinisation de l'organisme pour y remédier. Bien que l'on observe des cas mortels de « transfusion kidney » sans hémo- ou myoglobinémie et avec une urine alcaline, l'idée de la thérapeutique par l'alcalinisation a survécu jusqu'à maintenant. Bancroft (17) relate 2 cas de « transfusion kidney » sans hémoglobinurie, Navasquez (5) mentionne un cas qui montra jusqu'à la mort une urine alcaline, sans alcalinisation artificielle. L'alcalinisation des urines est donc inefficace, elle entraîne souvent l'absorption

l'une certaine quantité de liquide qui augmentera l'œdème interstitiel.

A notre avis il y a d'abord un traitement prophylactique du « syndrome » à mettre en œuvre. Pour empêcher l'apparition de « transfusion kidney » il suffit d'observer les règles édictées concernant les incompatibilités sanguines. Dans la « crush injury », il faut comme le conseille Patey mettre un garrot sur le membre contusionné dès sa libération. Ce garrot devra être relâché très lentement dès que le malade sera à l'hôpital. Deux séries de faits appuient cette manière de faire. Eggleton (18, 19) et ses collaborateurs, expérimentant sur des chats dont ils comprimaient fortement les membres, trouvèrent que le rapport du débit de la créatinine dans l'urine à la concentration de la créatinine dans le sang restait normal si la circulation dans le membre contus était réadmise lentement, mais que ce rapport diminuait si l'on rétablissait brusquement la circulation. Chez les sujets qui restaient enterrés plus de douze heures, il a été constaté que le syndrome n'apparaissait pas, probablement parce que la circulation ne pouvait plus alors être rétablie brusquement et que par conséquent la néphrotoxine n'atteignait plus les reins que sous une faible concentration.

De plus, dans les cas de « crush injury », on doit veiller à l'apparition des symptômes précurseurs du shock, afin de les combattre aussitôt. Le traitement du « syndrome », qu'il ait été ou non précédé de shock, reste le même.

Si malgré ces mesures préventives l'oligurie apparaît, il faut examiner le sang toutes les six heures pour voir si l'hyperazotémie se développe. S'il y a hyperazotémie à deux examens successifs, on peut être assuré que le « syndrome » existe. Il est alors nécessaire d'appliquer aussitôt la thérapeutique que nous préconisons, car personne ne peut savoir si le malade guérira. Pour la même raison, l'appendicectomie est pratiquée dans chaque cas d'appendicite aiguë, bien que nous sachions qu'un certain pourcentage guérit sans intervention, pourcentage d'ailleurs bien plus élevé que celui que nous observons dans les cas de « crush injury ».

Pour nous, l'augmentation de la pression intrarénale est la cause indirecte mais fondamentale de l'urémie, on peut en déduire les mesures susceptibles de ramener le taux de mortalité élevé de la « crush injury » et du « transfusion kidney » à celui minime d'une simple intervention chirurgicale. Cependant la condition essentielle sera que l'opération soit pratiquée avant que l'urémie ait fait trop de dégâts. Nous croyons donc que la thérapeutique à appliquer dès que le diagnostic du « syndrome » est posé est la suivante : décapsulation bilatérale, restriction de l'absorption des liquides, diurétiques appropriés, médicaments hypertenseurs; la décapsulation et la restriction des liquides constituant la partie la plus importante de la thérapeutique.

1° *La décapsulation rénale bilatérale.* — Des expériences sur l'animal ont montré que la décapsulation bilatérale diminuait d'environ 50 pour 100 la pression intrarénale. Il n'y a pas de raison de penser que, chez l'homme, cette opération n'amène pas la même diminution de pression. Cette opération doit être pratiquée dans toutes les maladies où l'on rencontre le « syndrome » et considérée toujours comme une opération d'urgence. C'est une grande erreur d'attendre pour opérer que l'anurie ait apparu. Plusieurs malades sont morts d'urémie avec oligurie et non anurie. C'est donc également une erreur d'essayer d'abord d'autres thérapeutiques qui laissent passer le moment le plus propice pour opérer. Dès 1896, Harrison pratiqua la première décapsulation d'un rein. Cette opération, cependant, ne devint jamais d'un usage courant; la raison en est qu'elle n'est jamais pratiquée qu'en dernier ressort. Parmi les quelques défenseurs de la décapsulation se trouvait notre maître, le Prof. Talma (d'Utrecht), dont le nom est attaché à l'opération de l'omentopexie. Talma recommandait la décapsulation bilatérale seulement dans le cas de néphrite aiguë *avec anurie durant depuis quatre jours.* En dépit de ces conditions défavorables, quelques résultats excellents furent observés par l'auteur, mais en contrepartie que de résultats tragiques! Un autre défenseur de l'opération fut l'Américain Bessesen (20) qui fit des décapsulations non seulement dans les cas de néphrite aiguë, mais aussi dans ceux de néphrite chronique associée à l'anurie. Selon cet auteur, l'indication opératoire ne se posait que lorsque les autres moyens avaient échoué. Effectuée dans ces conditions, l'opération ne pouvait donner de beaux résultats. Warbass et Smyth (21) ont recommandé l'opération dans les cas de néphrite aiguë comme ultime moyen. Bickham, à son tour, défend la décapsulation mais de nouveau avec la restriction malheureuse de ne tenter l'opération qu'à la dernière extrémité. L'issue fatale a été souvent hâtée par l'opération pratiquée chez un malade à l'agonie.

Bancroft fut probablement le premier chirurgien à effectuer la décapsulation dans un cas de « transfusion kidney » (1925), mais il ne la fit qu'après avoir essayé auparavant tous les procédés thérapeutiques qu'il connaissait. Il fit la décapsulation après neuf jours d'oligurie. Le malade avait 30 cm^3 d'urines environ par jour. La gravité spécifique de l'urine était de 1.010, il y avait des traces d'albumine. Au bout de huit jours, l'azote du sang était de 0,64 et la calcémie de 4 mg. 8 : il y avait des manifestations de tétanie aux pieds et aux mains. La pression sanguine était de 10/3,5. Le neuvième jour, le malade était à toute extrémité. L'opération dura vingt minutes, suivie d'une rapide l'auteur, mais en contre-partie que de résultats n'encouragea pas cependant les chirurgiens, sans doute parce qu'ils sentaient que l'opération faite dans de telles conditions serait souvent le coup de grâce pour le malade.

Un autre cas de décapsulation bilatérale, couronné de succès, a été décrit par Younge (12). Il s'agissait d'une femme de 33 ans atteinte de « transfusion kidney » à la suite d'une erreur de technique. En dépit d'injections intraveineuses quotidiennes de sérum glucosé, la quantité d'urines émises restait entre 50 et 100 cm^3 par jour. L'azote total non protéique dans le sang était de 2 g. 53 par litre, la pression sanguine de 11/6. Younge ne fit la décapsulation qu'en dernier ressort (il est remarquable de voir tous les chirurgiens appuyer sur ce point comme une sorte d'excuse, montrant comment certaines erreurs peuvent persister pendant des années). Il trouva *la capsule rénale extrêmement tendue.* Le malade guérit.

Les statistiques exposant les résultats des décapsulations sont sans valeur car, jusqu'à présent, l'opération a toujours été pratiquée après l'échec de tous les autres traitements.

Nous avons discuté plus haut l'importance de la restriction des liquides.

A peu près tous les diurétiques ont été essayés sans succès, à l'exception du sulfate de sodium. Henderson (22) a obtenu un succès dans un cas de « crush injury » par l'administration intraveineuse de 500 cm^3 d'une solution isotonique de sulfate de sodium. Henderson nomme ce sel « un diurétique puissant », alors que beaucoup de pharmacologistes ne signalent même pas son action diurétique. Nous pensons que dans le cas du « syndrome », son action peut être comparée à celle d'un mécanisme de déclenchement. Le sulfate de soude atteignant les capillaires du tissu rénal interstitiel attirera le liquide de l'œdème interstitiel dans la circulation par osmose. Cette action déclenche automatiquement un abaissement de la pression intrarénale qui peut être suffisant pour restaurer ou augmenter immédiatement le débit urinaire et prévenir l'urémie. L'administration *per os* de sulfate de soude ne sera jamais essayée au cours du « syndrome »; le résultat serait un passage d'eau du sang dans l'intestin. Une telle perte de la masse sanguine risquerait de rejeter le malade dans l'état de shock dont il sort à peine.

A l'aide du rein artificiel, nous avons pu démontrer que pour restaurer le cours des urines dans l'anurie, il n'est point nécessaire d'abaisser aussi fortement la pression intrarénale si on augmente la pression sanguine. Les injections de caféine et de coramine sont recommandées. La caféine agit spécialement sur la pression des capillaires du glomérule. La coramine produit une hypertension plus soutenue.

Johan T. Peters,
Visiting Professor of Medicine
Louisiana State University, New-Orléans.

BIBLIOGRAPHIE

(1) Colmers : *Arch. für klin. Chir.*, 1909, **90**, 701. — (2) E. Bywaters et D. Beall : *Brit. Med. Journal*, 1941, 427. — (3) J. Morison : *J. Path. ond Bact.*, 1941, **53**, 403. — (4) J. Bordley : *Arch. of Internal Medicine*, 1931, **47**, 288. — (5) S. de Navasquez : *J. Path. ond Bact.*, 1940, **51**, 413. — (6) J. T. Peters : *Arch. of Internal Medicine*, 1941, **67**, 345. — (7) L. Ambard et A. Weil : *J. de Physiol. et de Path. générales*, 1912, **14**, 753. — (8) E. Bywaters : *J. Amer. Med. Ass.*, 1944, **124**, 1103. — (9) L. Broster : *Med. Press.*, 1943, **209**, 78. — (10) D. Patey : *Brit. Med. J.*, 1942, **2**, 212 — (12) P. Younge : *New England Med. J.*, 1936, **214**, 879. — (13) A. Wakeman et Alii : *Amer. J. Trop. Med.*, 1932, **12**, 407. — (14) A. Maitland : *Lancet*, Octobre 1941, 446. — (15) D. Patey et J. Robertson *Lancet*, 1941, **1**, 780. — (16) S. Baker et E. Dods : *Brit J. Exp. Path.*, 1925, **6**, 247. — (17) E. Bancroft : *Ann. of Surgery*, 1925, **81**, 733. — (18) M. Eggleton et Alii *Brit. Med. J.*, 1942, **2**, 392-495. — (19) M. Eggleton et Alii : *Quart. J. Exp. Phys.*, 1943, **32**, 89. — (20) D. Bessesen : *Amer. J. of Surgery*, 1924, **38**, 264. — (21) J Warbasse et C. Smyth : *Surgical Treatment*, 1937, **111**, 122. — (22) R. Henderson : *Brit. Med. J.*, 1941, **2**, 197

SOCIÉTÉS DE PARIS

ACADÉMIE DE MÉDECINE

27 Mars 1945.

Notice nécrologique sur M. Barbier. — M. **G. Petit.**

Micro-réactions avec le sérum liquide par les techniques ordinaires grâce aux micro-gouttes. — M. **Gougerot** et Mlle **Héry** rappellent que les micro-réactions, de plus en plus utilisées pour le dépistage de la syphilis dans les collectivités ou dans les cas où la ponction veineuse est difficile, sont surtout pratiquées avec du sang sec recueilli sur du buvard. Mais les techniques « sèches » comportent des causes d'erreur. Il semble préférable de recourir aux techniques ordinaires dont la valeur est éprouvée, en employant des pipettes donnant 40 micro-gouttes par centimètre cube. Plus de 300 essais ont été faits, comportant une réaction de type Wassermann, une réaction de type Hecht, une réaction de type Kahn et ne nécessitant que 0,125 cm^3 de sérum, soit VI à VIII gouttes ordinaires de sang qui peuvent être facilement recueillies par piqûre du doigt ou de l'oreille dans un tube de 50 mm. sur 7 mm. dit tube de Durban. Les techniques sont les mêmes qu'avec les gouttes ordinaires, à part la durée de l'inactivation qui est réduite à 10 minutes.

Le biotropisme local. — M. **G. Milian** décrit un nouvel aspect du biotropisme, le biotropisme local, manifestation au point de l'inoculation d'un réveil microbien lorsqu'il existe dans la circulation générale des micro-organismes mobilisés. Après avoir rappelé les arguments qui prouvent que l'érythrodermie vésiculo-œdémateuse au cours des traitements par le novarsénobenzol n'est pas de nature toxique mais streptococcique, il montre que l'intradermo-réaction positive au novar n'y est pas un signe de sensibilisation médicamenteuse mais celui d'un réveil biotropique local des streptocoques; ces intradermo-réactions au novar sont positives dans les érythrodermies primitives des sujets qui n'ont jamais reçu de traitement arsenical et même plus intenses que les intradermo-réactions avec le vaccin streptococcique; leur négativité temporaire après la guérison de l'érythrodermie tient à la brève durée de l'immunité streptococcique.

D'autres exemples de biotropisme local peuvent être trouvés dans certains érythèmes polymorphes, dans les exceptions et les particularités évolutives des cuti et intradermo-réactions à la tuberculine, dans certains cas de phénomène d'Arthus et dans l'atténuation progressive des douleurs des injections intramusculaires insolubles (huile grise en particulier).

Situation actuelle du thermo-climatisme. — MM **Flurin** et **Justin-Besançon**, après un exposé de la situation actuelle du thermo-climatisme, demandent à l'Académie d'émettre les vœux suivants :

1° Que les stations thermales et climatiques qui font partie au premier chef de l'armement sanitaire du pays, doivent être utilisées uniquement comme centre de cure et de traitement.

2° Que dans les principales stations, 50 p. 100 des disponibilités d'hébergement soient réservées aux malades justiciables de la cure, que les autres 50 p. 100 soient attribués suivant les indications thérapeutiques des stations aux formations du Service de Santé militaire, aux réfugiés, aux déportés.

3° Que les établissements thermaux soient assimilés aux industries vitales du pays et dotés des moyens nécessaires pour reprendre leur activité dès la présente année.

— Ces vœux sont adoptés.

Essai de vaccination par scarification cutanée chez le cobaye contre le bacille « typhi murium » avec son antigène glucido-lipidique. — M. **H. Violle** rapporte une série d'expériences qui montrent que l'on peut immuniser le cobaye contre le bacille *typhi*

urium en utilisant par scarifications cutanées un antiène glucido-lipidique préparé suivant la technique de oivin.

Sur les syndromes provoqués par les antigènes lucido-lipidiques. — M. **H. Violle** montre qu'à des ymptômes communs, tant cliniques qu'anatomo-pathoogiques provoqués par des endotoxines glucido-lipiiques, quelle que soit leur provenance bactérienne, épondent dans tous les sérums faits avec ces antigènes, n ensemble d'anticorps communs également capables 'agir efficacement vis-à-vis de ces syndromes.

Organisation de la réanimation-transfusion en frique française pendant la guerre. — M. **Benamou** décrit successivement la maison-mère préparant es diverses variétés de sang et les sérum-tests et nstruisant les médecins, l'aile-marchante composée l'équipes de réanimation-transfusion, dotées d'un bloc itué entre le bloc du triage et le bloc chirurgical dans es formations sanitaires, l'organisme de réanimationransfusion, à la base de l'aile-marchante. Les ressources le l'Afrique française permirent de surmonter certaines lifficultés industrielles (verre, caoutchouc, aiguilles, aisses de froid). L'auteur montre comment il faudra quiper les colonies pour les mettre à même de bénéicier des progrès de la réanimation-transfusion.

Diagnostic de la gestation chez la jument. — **M. Roussel** ne retient que la mise en évidence de 'hormone gonadotrope du sérum et l'épreuve de fluoescence des extraits chloroformiques d'urine ; il donne a préférence à la première car, bien que moins sûre 8 à 10 pour 100 d'erreurs), elle est plus précoce (à partir du 40e jour) ; la seconde, qui donne pratiuement 100 pour 100 de certitude, n'apparaît qu'au 150e jour.

Election d'un membre titulaire dans la 1re section (médecine). — M. **Chiray** est élu par 42 voix contre 3 à M. Brulé, 2 à MM. Donzelot, L. Ramond et Touraine, 1 à MM. Leroux et M. Renaud.

LUCIEN ROUQUÈS.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

21 Mars 1945.

Kyste hydatique du médiastin postérieur. — M. **Olivier Monod.** M. **R. Monod,** rapporteur. L'auteur rapporte l'observation d'un sujet de 30 ans, de bon état général, mais accusant des douleurs thoraciques vives. La radiographie a révélé l'existence d'une ombre opaque, arrondie, homogène, épousant les contours de la partie supérieure du thorax. Le diagnostic fait fut celui de neurinome. L'opération par voie postérieure permit l'ablation d'un kyste hydatique médiastinal.

Le rapporteur insiste sur la rareté des kystes hydatiques du médiastin. Le diagnostic, dans le cas rapporté, était d'autant plus malaisé que manquaient l'éosinophilie sanguine et la positivité de la réaction de Casoni.

Thoraco-phréno-laparotomie pour hernie diaphragmatique. — M. **O. Monod.** M. **R. Monod,** rapporteur. L'auteur a eu à intervenir chez un blessé de guerre de 1939 présentant un syndrome d'amaigrissement qui simulait la tuberculose. Le diagnostic de hernie diaphragmatique fut affirmé par la radiographie. Une thoraco-phréno-laparotomie, décidée d'emblée, permit une excellente exploration des lésions. Il y avait une grande déchirure du diaphragme allant jusqu'à l'orifice œsophagien. L'opération fut gênée par l'existence d'adhérences du lobe gauche du foie, du côlon et de l'estomac au pourtour de l'orifice herniaire.

Elle put être menée à bien grâce à la voie d'abord choisie qui donna un jour important.

Le rapporteur montre l'intérêt de la voie abdominale pure, qui lui a permis, après section du ligament suspenseur du foie, une large vue sur l'orifice herniaire dans 1 cas opéré par lui.

Rupture du crémaster. — M. **Masmonteil.** M. **Gouverneur,** rapporteur. Le malade se présentait comme porteur d'une orchite traumatique. A la suite d'un effort violent, était apparu un hématome diffus des bourses. L'intervention, par voie inguinale, décela le siège de la lésion au niveau des enveloppes du cordon : il y avait une déchirure nette du crémaster. Le cordon et le testicule n'étaient modifiés ni dans leur aspect, ni dans leur situation. L'opération permit l'ablation des fragments crémastériens et leur examen histologique. Aucune modification anatomo-pathologique autre que la séparation des fibres musculaires n'a pu être mise en évidence.

— M. **Gouverneur** insiste sur le fait que la pathologie des crémasters est mal connue. Il est probable que ces fibres musculaires dont on sait le rôle dans les réflexes dits crémastériens peuvent jouer dans l'apparition de certaines lésions scrotales, telles que les torsions du testicule ou du cordon, et être responsables de certaines affections étiquetées trop simplement « orchite traumatique ». Dans le cas précité, le traumatisme : soulèvement d'un poids, a mis en jeu la tension du crémaster, le blessé ayant les bourses fixées entre les jambes contractées par l'effort.

Fracture de la 1re vertèbre lombaire. Paraplégie, troubles urinaires. Laminectomie. Guérison. — M. **Magnant.** M. **Petit-Dutaillis,** rapporteur. L'auteur apporte l'observation d'un malade pris sous un fardeau pesant qui présentait les signes d'une lésion vertébromédullaire : paraplégie, rétention d'urine. L'examen radiographique affirme l'existence d'une fracture de L 1 avec lésion de l'apophyse articulaire. La méthode de Bohler n'amena pas la rétrocession des signes paralytiques. Dans la coquille plâtrée, l'auteur fit une fenêtre et pratiqua une laminectomie. Dès le 2e jour, les signes de paraplégie rétrocédèrent.

Le rapporteur pense qu'il s'agit d'un cas de compression directe de la moelle par l'apophyse articulaire fracturée.

A propos d'un cas d'éléphantiasis. — M. **Servelle.** M. **Hepp,** rapporteur. L'auteur a étudié chez une malade atteinte d'éléphantiasis du membre inférieur qui évoluait par poussées successives, les clichés obtenus par lymphographie. Utilisant une solution de thorotrast, il a pu mettre en évidence l'existence d'un blocage de la circulation lymphatique, entre le triangle de Scarpa et le pelvis. L'opération entreprise d'après ces données : lymphoplastie, a procuré un excellent résultat.

Dans un autre cas d'œdème persistant du membre inférieur, la lymphographie a donné des images normales, sans obstruction des voies lymphatiques.

Le rapporteur insiste sur l'intérêt des images radiographiques obtenues par M. Servelle.

Les recherches bibliographiques lui ont montré que les lymphographies chez le sujet vivant sont exceptionnelles. Seuls des Japonais et des Brésiliens ont pu présenter des observations semblables. La méthode devra faire ses preuves dans le dépistage des obstructions lymphatiques, mais son intérêt est certain.

— M. **Chevassu,** utilisant l'urétéro-pyélographie par voie rétrograde, a vu deux fois le système lymphatique du pédicule rénal s'injecter.

— M. **Leriche,** s'appuyant sur les travaux portugais, a essayé maintes fois l'injection du système lymphatique. Il n'en a pas tiré d'indications intéressantes du point de vue opératoire.

Table radio-chirurgicale. — M. **Heitz-Boyer** présente une table opératoire remarquablement longue. Les mouvements commandés à distance s'effectuent dans tous les plans. La radiologie y est associée d'une manière efficace et qui ne peut gêner en rien ni la technique employée, ni l'asepsie chirurgicale.

JEAN CALVET.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

23 Mars 1945.

Tentatives chirurgicales dans le traitement des néphrites chroniques et de l'hypertension. — MM. **J. Cibert** et **F. Rolland** (Lyon) présentent un important travail fondé sur 30 cas de néphrite à des stades divers vérifiés par biopsie, opérés par le même chirurgien et suivis pour certains pendant 3, 4 et même 5 ans.

Dans l'ensemble, l'énervation sympathique avec toutes ses modalités, hormis les cas de néphrites subaiguës, pour qui le recul manque, est restée sans influence sur la progression des lésions. Par contre, l'amélioration du syndrome subjectif (céphalées, douleurs lombaires, crampes, vertiges) a souvent été rapide, notable, parfois durable, mais le plus souvent transitoire. A souligner la régression frappante et assez fréquente du syndrome vasculo-rétinien. Une observation pose l'intéressant problème des néphrites unilatérales. Dans ce cas l'énervation sympathique, uni- puis bilatérale après que l'urographie intraveineuse eut révélé l'atteinte pratiquement exclusive du rein droit, fut suivie d'une guérison qui demeure 5 ans après l'intervention, tout se passant comme si l'énervation sympathique avait protégé l'autre rein d'un réflexe réno-rénal perturbateur.

La qualité et la durée de ce dernier résultat amènent les auteurs à se demander si l'unilatéralité des lésions ne constitue pas une indication chirurgicale précise. Sans doute, les néphrites unilatérales sont-elles sinon rares, du moins peu connues, mais dans une affection aussi peu sensible à une thérapeutique vraiment efficace, il serait intéressant de chercher à les dépister. Se fondant sur leur expérience, les auteurs préconisent l'emploi systématique dans l'étude des néphropathies médicales de l'urographie intraveineuse, méthode d'exploration fonctionnelle aussi fidèle, sinon plus, que les autres et susceptible en outre d'éviter certaines erreurs de diagnostic.

— M. **Poumeau-Delille** estime que les résultats opératoires sont souvent décevants.

— M. **Cl. Vincent,** chez les malades présentant des signes d'hypertension intracranienne soumis à la décapsulation et à la section des splanchniques, n'a vu que rarement de bons résultats. La céphalée disparaît un certain temps et la tension artérielle baisse, mais remonte ensuite. De même, si on sectionne le côté opposé, mais rapidement, réapparaissent tous les signes d'hypertension intracranienne.

Hernies discales. Exploration non lipiodolée. — — MM. **F. Coste, A. Sicard, M. Gaucher** et **L. Durupt.** Le radiodiagnostic de la hernie discale nécessite l'injection d'une quantité assez importante de lipiodol dans le cul-de-sac arachnoïdien et l'opération n'en évacue généralement qu'une partie. Il en résulte une irritation supplémentaire des racines déjà enflammées, d'où recrudescence et extension des douleurs, parfois très pénibles et prolongées. De plus, l'intervention doit être forcément intradurale, ce qui en complique un peu l'importance et les suites. Sans vouloir exagérer les inconvénients du lipiodol, ils montrent l'intérêt qu'il y aurait à s'en passer si possible.

Or la sciatique rhumatismale correspond dans la règle à la souffrance des racines L 5 ou S 1, irritées à la hauteur du segment rachidien qui va de la 4e vertèbre lombaire à la base du sacrum. Une laminectomie très limitée mène sûrement sur la région intéressante, et le lipiodol devient superflu. On peut aussi se contenter de l'extirpation par voie extra-durale (possible dans la majorité des cas), ce qui est un avantage appréciable. Si la difficulté technique de l'extirpation u contraint le chirurgien à ouvrir le sac méningé ou si aucune hernie n'est découverte, la radicotomie de la ou des racines désignées par les symptômes cliniques, aujourd'hui bien précisées comme étant l'origine de l'algie, assure la guérison. Bien entendu, avant d'adopter cette pratique, un examen clinique et radiologique attentif, obligatoirement complété par la ponction lombaire pour ne pas laisser échapper une compression de la moelle ou de la queue de cheval, est de rigueur.

Les auteurs rapportent 30 observations de sciatique (27 discales, 3 non discales) opérées selon ces directives avec d'excellents résultats. Les inconvénients du lipiodol ont disparu ; les suites opératoires ont été des plus simples.

— M. **Cl. Vincent** a observé dans un certain nombre de cas la guérison sans qu'il y ait eu intervention autre que la désinsertion des muscles au niveau des apophyses épineuses, des apophyses lombaires et du ligament iliolombaire. La simple pression sur ce ligament réveille la sciatique. La cause est l'altération de l'appareil ligamenteux sous lequel passe le gros tronc ilio-lombaire qu'il suffit de libérer, d'où opération purement musculaire. Bien souvent le disque n'est pas la cause.

Remarques sur les ostéopathies de carence ; leur propension à Paris depuis 1940. — MM. **F. Coste** et **M. Berger** ont constaté une augmentation progressive du nombre des ostéoses de carence entre 1940 et l'été 1944. Depuis lors une légère régression est notée, peut-être due à la minime amélioration des rations alimentaires après la libération. La population française dans son ensemble n'en demeure pas moins, à la suite de la longue spoliation phospho-calcique que lui ont infligée les restrictions de ces 5 années, très menacée par l'ostéose de carence et le moindre fléchissement du ravitaillement en multiplierait dangereusement la fréquence. Il serait bon de distribuer, non plus seulement aux enfants (qui la reçoivent sous forme de biscuits caséinés vitaminocalciques), mais à tous le adultes une dose quotidienne de 3 ou 4 *g.* de phosphate tricalcique et de 200 unités internationales de vitamine D.

— M. **Gounelle** appuie les conclusions précédentes. Il a constaté plus d'ostéoporoses carentielles chez les femmes que chez les hommes.

Double pneumothorax spontané récidivant. Rôle possible de la silicose. — M. **P. Ameuille** et Mlle **O. Schweisguth** présentent un malade atteint de pneumothorax spontané double qui en est à son cinquième pneumothorax spontané constaté radiologiquement en 10 ans.

Il ne s'agit pas chez lui de pneumothorax tuberculeux, mais probablement de rupture de vésicules emphysémateuses sous-pleurales. La pleuroscopie pratiquée par M. Hinault en montre en effet de très nettes de chaque côté de la plèvre.

On peut se demander si la silicose ne joue pas un rôle dans la production de ces pneumothorax, comme elle l'a fait dans d'autres cas, signalés en particulier par de Leobardy. Pendant 20 ans, de 1916 à 1935, le malade a travaillé dans la métallurgie, dans des ateliers de polissage empoussiérés, manipulant longtemps et souvent la meule émeri. A l'avenir, une enquête minutieuse sera indiquée sur le passé professionnel des pneumothorax récidivants.

P.-L. MARIE.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

24 Mars 1945.

Utilisation par l'organisme du transfusé des protides du sang du transfuseur. — MM. **M. Loeper** et **J. Trémolières** ont étudié le bilan azoté au cours de 24 perfusions.

1° Certains sujets sont capables de stocker les protides ainsi administrés ;

2° D'autres, en particulier certains cancéreux, ou grands infectés, ou des sujets ayant un régime riche en azote, rejettent tout ou partie des protides injectés. Même, certains excrètent des quantités d'azote beaucoup plus importantes que les quantités administrées, mettant en évidence un véritable phénomène d'entraînement.

La perfusion de sang ou de plasma ne semble donc un mode d'alimentation que chez des sujets relativement normaux et carencés en azote.

Sur quelques propriétés de la glycérine et du mélange glycérine-sérum de lapin. M. **J. Solomidès** montre que les propriétés toxiques, hémolytique et antigéniques à la fois du mélange glycérine-sérum de lapin pourraient faire considérer le complexe glycéro protéinique résultant de la réaction entre glycérine e protéines sériques comme une véritable toxine hémo lysante. La combinaison ou association entre la glycé rine et les protéines sériques semble avoir pour consé quence des modifications profondes dans la constitutio physico-chimique des protéines sériques, puisque l mélange glycérine-sérum de lapin, sous l'influence d la chaleur, ne se coagule pas mais se gélifie à la longue

Le syndrome biologique de l'encéphalographi gazeuse. — MM. **Jean Delay, A. Soulairac** et **P. Des claux** ont étudié les modifications neuro-végétatives e humorales pendant et après l'encéphalographie. Ils on trouvé en particulier une augmentation des élément minéraux du sang sauf pour le calcium, une hyperli pidémie, de l'hypoglycémie et une diminution de la R.A

Pour les éléments figurés ils notent une hyperleucocytose avec polynucléose neutrophile. Ils rapprochent ces données de celles déjà décrites par l'un d'eux au cours du post-électro-choc.

Taux des antitoxines après vaccination staphylococcique. — MM. **R. Kourilsky** et **P. Mercier** ont observé que le taux d'antitoxines obtenu après vaccination antistaphylococcique était inférieur de 50 pour 100 en 1942 à celui qui était obtenu en 1937. Ce fait, qui pourrait être rattaché aux conditions de vie actuelle est peut-être un des facteurs expliquant la recrudescence des staphylococcies.

Immunité antistaphylococcique et sous-alimentation. — M. **R. Kourilsky** et Mlle **L. Corre** ont étudié le développement des antitoxines vaccinales chez deux séries de malades : les uns très nettement sous-alimentés, les autres soumis à un régime relativement plus riche. Tout en tenant compte d'un facteur individuel essentiellement variable dans la réponse vaccinale, la sous-alimentation amoindrit, dans une certaine mesure, le développement de l'immunité antistaphylococcique.

Immunité et vaccination antitétanique. — M. **R. Kourilsky** et Mlle **L. Corre**, étudiant les réponses immunologiques d'un même sujet aux diverses vaccinations antitoxiques (antistaphylococcique, antidiphtérique et antitétanique), ont observé une réponse très variable aux trois antigènes, sans que l'alimentation, l'état général et l'âge interviennent d'une façon déterminante dans les variations.

Riboflavine et infusion staphylococcique expérimentale. — M. **R. Kourilsky**, Mme **A. Drilhon**, M. **G. Busnel** et Mlle **L. Corre** ont étudié l'action de la riboflavine sur l'infection staphylococcique expérimentale du cobaye. Ils ont observé que, malgré l'importance du rôle actuellement reconnu à cette substance dans les processus d'oxydation, il n'apparaît pas qu'elle joue un rôle déterminant dans l'évolution de l'infection staphylococcique expérimentale.

Un appareillage pour l'enregistrement simultané des temps de réaction et des électro-encéphalogrammes. — MM. **A. Baudouin**, **A. Rémond**, **A. Ibersfeld** et **R. Delarue** décrivent l'appareillage qu'ils ont employé pour explorer les réactions des sujets épileptiques au cours des perturbations électriques dites « infracliniques » de leur EEG.

Ils se sont arrêtés à la stimulation auditive, celle-ci s'adaptant le mieux aux conditions habituelles d'examen des malades.

La valeur du temps de réaction chez les épileptiques, en particulier au cours des crises infracliniques. — MM. **A. Baudouin**, **A. Rémond** et **R. Delarue** donnent les résultats fournis par l'individu normal. L'épileptique, considéré en dehors de tout paroxysme électro-clinique, montre une augmentation notable du temps de réaction.

Mais c'est au cours des manifestations électriques anormales survenant par crise que la mesure du temps de réaction présente le plus d'intérêt.

Pendant les altérations électriques paroxystiques qui accompagnent l'absence épileptique le sujet ne réagit pas, ajoutant ainsi une preuve de la perte de conscience.

Quand ces mêmes altérations électriques ne s'accompagnent pas des signes cliniques de l'absence, deux possibilités peuvent s'observer : le plus souvent, le temps de réaction pris pendant cette période est égal à celui pris en dehors d'elle : la crise électrique est strictement infra-clinique ; par contre, on observe parfois un état particulier, où, au cours du paroxysme électrique, le temps de réaction est allongé d'une manière très importante. Les auteurs montrent ainsi qu'à côté des crises électriques correspondant à une perte de conscience, qui est celle de l'absence cliniquement constatée, et celles qui sont purement infra-cliniques, il en existe d'autres qui traduisent un état de conscience intermédiaire. Ils proposent d'appeler « crise subclinique » le paroxysme électrique correspondant

Etude des différentes constantes humorales au cours des ostéopathies de carence. — MM. **J. Sallet** et **F. Delbarre**. Il existe un syndrome humoral de l'ostéose de famine qui comprend à côté d'une calcémie et d'une phosphorémie normales une hyperphosphatasémie discrète mais très fréquente. La calciurie est généralement basse.

Ce syndrome peut servir à différencier ces ostéopathies d'autres affections osseuses avec lesquelles le diagnostic peut se poser.

Les autres constantes biologiques sont normales. On note de façon fréquente des stigmates humoraux de carence en vitamine C. et cette carence pourrait jouer un rôle dans le déterminisme des accidents osseux.

Les plaquettes sanguines en suspensions concentrées. — MM. **Ed. Benhamou** et **J. Puglièse** ont pu récolter facilement des plaquettes sanguines en partant du sang citraté centrifugé à grande vitesse et obtenir des suspensions concentrées en solution salée physiologique dans lesquelles les plaquettes sanguines conservent jusqu'au 10e jour leurs caractères morphologiques et physiologiques. Ils ont pu éprouver l'activité de ces plaquettes concentrées en remplaçant, dans l'épreuve de Quick, la thromboplastine par des suspensions de 1.000.000 à 1.400.000 plaquettes au millimètre cube prélevées du 1er au 3e jour. Ils ont pu aussi éprouver l'activité thérapeutique de ces suspensions en pratiquant des tranfusions de plaquettes humaines de même groupe et des applications locales de plaquettes humaines ou animales, fraîches ou desséchées.

Election. — M. **Cheymol** est élu membre titulaire.

A. Escalier.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

10 Janvier 1945.

Critères et frontières de la maladie de Schaumann. — M. **Coste**, *rapporteur*, après avoir rappelé les critères fondamentaux de la maladie de Schaumann, passe en revue la fidélité de chacun d'eux.

A côté des *localisations dermiques classiques*, se place la *sarcoïde sous-cutanée* de Darier-Roussy, qu'on peut considérer comme la forme hypodermique de la maladie de Schaumann. En dehors des *lésions cutanées habituelles*, on peut noter dans la maladie de Schaumann des types plus rares : érythémateux, érythrodermiques, lichénoïdes, télangiectasiques et pigmentés, éléphantiasiques ulcéreux ; la maladie de Schaumann peut réaliser l'aspect d'autres tuberculides : angio-lupoïde, lupus vulgaire et érythémateux, érythème noueux, lupus disséminé de Tilbury Fox.

L'auteur passe en revue les *localisations extra-cutanées :* muqueuses (amygdaliennes), osseuses (ostéite cystoïde), spléno-hépatiques, respiratoires (cavernes granulomateuses), salivaires et linguales (syndrome de Mikulicz), oculaires (iridocyclites), nerveuses, rénales et cardiaques, rares et discutables.

L'évolution de la maladie de Schaumann est souvent longue, chronique et rebelle au traitement ; mais on note des *formes aiguës*, graves ou bénignes, la fièvre uvéo-parotidienne, parfois prolongée.

La *formule histologique* est loin de répondre toujours à l'infiltration par des boyaux de cellules épithélioïdes, sans caséification, sans réaction du tissu conjonctif avoisinant ; on a rapporté de nombreux cas aberrants, des cas mixtes de maladie de Schaumann cliniquement évidente , sans épithélioïdose. Le diagnostic histologique doit se faire avec la lèpre tuberculoïde, la leishmaniose cutanée, la radiculopathie histiomonocytaire, la *lymphadenosis benigna cutis.*

Comme *critères biologiques*, l'auteur discute l'anergie relative à la tuberculine, attestée par plusieurs statistiques, contestée par d'autres et la réaction de Kveim.

Au *point de vue étiologique*, trois théories ont été émises : la *théorie lépreuse* de Rebello, qui semble impuissante à expliquer la maladie de Schaumann.

La *théorie tuberculeuse :* L'auteur passe en revue les arguments tirés de la ressemblance clinique des lésions cutanées et pulmonaires de la tuberculose et de la maladie de Schaumann, ainsi que de la formule histologique. On a noté la rareté de la tuberculose évolutive au cours de la maladie de Schaumann, mais la fréquence relative de la bacillose évolutive après guérison de la maladie de Schaumann. Lomholt a signalé la rareté de la tuberculose et la fréquence anormale de la maladie de Schaumann dans les pays scandinaves.

La découverte dans les lésions sarcoïdiques de bacilles de Koch sur coupes, cultures ou inoculations, l'étude de l'anergie tuberculinique n'apportent pas d'éléments entraînant la conviction ; il en est de même des hypothèses relatives à l'atténuation de la souche, à une résistance particulière congénitale ou acquise à la tuberculose chez les sarcoïdiques, à la constitution chimique et antigénique des bacilles de Koch.

L'auteur conclut que les faiblesses des théories précédentes confèrent une certaine vraisemblance à la *théorie de la maladie spécifique* de la maladie de Schaumann ; mais il est impossible actuellement d'aller plus loin.

8 Février 1945.

Trichoses et psychisme. — M. **Touraine** attire l'attention sur les nombreux et étroits rapports, physiologiques et pathologiques, qui unissent le système pileux, annexe de la peau, et les fonctions psychiques du cerveau, tous deux dérivés de l'ectoderme.

Il cite de nombreux exemples dans lesquels les modifications du système pileux sont tantôt secondaires tantôt corollaires aux anomalies du psychisme. Il signale notamment les particularités du système pileux et du psychisme dans les divers types constitutionnels (pycnique, leptosome, athlétique, etc.).

Allergie familiale en homozygotie. — MM. **Touraine** et **Baillet** rapportent une observation dans laquelle d'un père à asthme et d'une mère à migraines sont issus 5 enfants, tous atteints de migraines ou d'urticaire ou d'eczéma. Une petite fille réunit eczéma, coryza spasmodique et ichtyose.

Erythrodermie ichtyosiforme familiale. — MM. **Touraine, Guinard** et **Uhl** présentent le frère et la sœur atteints tous deux de cette rare dermatose congénitale, le premier avec prédominance de bulles rapidement extensives en larges aires desquamatives, la seconde avec prédominance de kératose ichtyosiforme serpentine et même sauriasique. Deux autres frère et sœur sont normaux ; mais le père aurait eu les mêmes lésions. Les bulles apparaissent par poussées, sans rythme, depuis la naissance ; dès leur formation elles sont riches en polynucléaires et en staphylocoque doré.

Chancre syphilitique de la lèvre chez un nourrisson. — MM. **Flandin, Richon** et **Millot** présentent un enfant de 18 mois atteint de chancre syphilitique de la lèvre ; le contage semble dû à la tétine du biberon de son jeune frère, hérédo-syphilitique, atteint de plaques muqueuses buccales.

Amyloïdose cutanée. — MM. **Gougerot, Carteaud** et **Duperrat** présentent un homme de 57 ans, atteint de petites papules blanchâtres sur la région angulo-maxillaire. L'injection de rouge Congo dans les lésions donne une coloration rouge groseille persistant plus de 15 jours. Protides du sang : 34.7. Pas d'étiologie en dehors de la sénescence cutanée.

Dermatoses par la laine de verre. — MM. **Gougerot, Duperrat** et **Danel** insistent sur le caractère pénible et désagréable des papules provoquées par le travail de la laine de verre, employée pour l'isolement des conduites de calorifère et proposent des mesures individuelles et collectives de prévention.

Forme cutanée de la leucémie lymphoïde. — MM. **Sézary, Bolgert** et **Galmiche** rapportent un cas de forme cutanée de la leucémie lymphoïde caractérisée par des taches, puis des placards infiltrés, et enfin des tumeurs mamelonnées réparties sur presque tout le tégument. La mort est survenue 6 mois après le début. Formule sanguine de leucémie lymphoïde avec quelques lymphoblastes. Les auteurs insistent sur la ressemblance clinique avec le mycosis fongoïde, ressemblance qu'explique l'homologie d'origine mésenchymateuse.

Réticulose épithélioïde polymorphe. — MM. **Sézary, Bolgert** et **Galmiche** présentent une femme atteinte aux régions cervicale et présternale de deux tumeurs rappelant celles du mycosis fongoïde et à la région rétro-auriculaire du lupus pernio. La biopsie a montré, dans les trois lésions, un infiltrat de cellules épithélioïdes avec plus ou moins de cellules géantes, mais ne répondant pas absolument aux particularités décrites classiquement dans la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann. Cette observation légitime la conception d'un vaste groupe de réticuloses épithélioïdes, dont la maladie de Schaumann ne serait qu'une forme clinique.

Statistique des syphilis récentes en 1944. — MM. **Sézary** et **Duruy** ont constaté au Dispensaire Lailler une diminution de 30 pour 100 des cas de syphilis récente. Cette diminution tient peut-être aux circonstances générales qui ont marqué cette année.

— MM. **Milian** et **Karatchentzeff** ont par contre noté au Dispensaire de l'Institut Fournier une légère augmentation des syphilis récentes en 1944, 33 au lieu de 30 en 1943. La blennorragie a également augmenté.

Syphilis arséno-résistante. — MM. **Degos, Garnier** et **Hewitt** ont observé chez un homme de 34 ans une syphilis secondaire ulcéreuse, résistant au traitement mixte arséno-bismuthique et arsenical seul, et rapidement cicatrisée par le bismuth seul.

Nævus ou lichen plan zoniforme. — M. **Cl. Simon** et **Rudloff** présentent un homme atteint d'un placard verruqueux de la jambe, dont la biopsie montrera la nature, mais qui pose les rapports des dermatoses zoniformes avec les lésions du système nerveux et des malformations vertébrales.

Fibrome cutané. — MM. **Nanta, Garric** et **Gros** ont enlevé chez une femme de 34 ans une tumeur cutanée de la cuisse que l'histologie montra être un fibrome avec dégénérescence hyaline ; les auteurs attirent l'attention sur l'origine *hyperfolliculinique* possible de cette tumeur, les injections de folliculine répétées chez l'animal pouvant amener l'apparition de tumeurs fibreuses cutanées et extra-utérines.

Etude des phénomènes de diffusion dans le tissu conjonctif. Leur rôle en dermatologie. — MM. **Gastinel, Fasquelle** et **Arnaud** montrent : 1° qu'au cours de certains états morbides on constate une perméabilité accrue du tissu conjonctif, analogue à celle provoquée par l'introduction d'un facteur de diffusion exogène (extrait testiculaire, bactérien, etc.) ; 2° que les réactions d'allergie cutanée sont liées à l'état de perméabilité du tissu conjonctif ; si celle-ci est augmentée, la substance réactogène se trouve *in situ* au-dessous de son seuil d'activité ; 3° que des investigations doivent être poursuivies pour préciser le rapport de l'état anatomo-physiologique de la substance fondamentale avec les phénomènes de généralisation dans certaines dermatoses ou avec la valeur des tests d'allergie cutanée.

Intolérance à l'antergan. — MM. **Flandin** et **Millot** rapportent un cas d'intolérance à l'antergan et chez lequel ils ont noté l'action favorable antagoniste de l'histamine en injections.

Recherches sur le fontarsol et le fontarsan. — MM. **Ch.** et **Fr. Flandin** et **Millot** ont noté qu'avec le fontarsol la *coagulation sanguine* était accélérée et le caillot rétractile ; l'accélération de la coagulation est moins marquée avec le fontarsan.

L'action du fontarsol sur la *formule sanguine* est la suivante : globules rouges non modifiés ; diminution des leucocytes, portant surtout sur les polynucléaires neutrophiles.

Erythème polymorphe localisé aux membres inférieurs, précédemment irradiés par les ultra-violets. — MM. **Coste, Boyer** et **de Sablet** raportent l'observation d'un érythème polymorphe, avec angine, fièvre, arthralgies et éruption érythémato-papuleuse, survenu 10 jours après un traitement par les ultra-violets effectué pour engelures. Il est intéressant de remarquer que l'éruption et les arthralgies sont strictement localisées à la zone irradiée.

Pemphigus aigu malin. — M. **Faure** a observé un homme de 23 ans qui à la suite d'un traitement de gale fit une éruption bulleuse à liquide clair, avec fièvre modérée, cyanose de la face, pouls petit. Mort en 8 jours par collapsus cardio-vasculaire. L'auteur compare cette mort à celle des grands brûlés par résorption massive de toxines au niveau des ulcérations multiples succédant aux bulles.

Erythème livédoïde par chaufferette. — M. **Karatchentzeff.**

R. Burnier.

SOCIÉTÉ DE GASTRO-ENTÉROLOGIE DE PARIS

9 Octobre 1944.

Un cas d'ulcère de la petite courbure perforé lans le côlon. — M. **Paul Banzet** présente un cas u s'est produite cette rare complication qui d'habitude ıe se rencontre que comme complication des ulcères ›eptiques. Ici il s'était produit une rétraction telle du néso-côlon que l'intestin était venu s'appliquer contre le achis. La conduite à tenir consiste à apporter un soin xtrême à la suture de la brèche colique.

Ulcus du duodénum à type familial. — M. **Paul Banzet** a observé une famille où sur 8 enfants 6 ont ›résenté des ulcères de l'estomac ou du duodénum, dont ont dû être opérés.

Un cas de carcinoïde de l'intestin grêle. — M. **Paul Banzet** fut amené à opérer un jeune garçon de 6 ans avec le diagnostic d'appendicite. A l'intervention l existait une tumeur englobant la terminaison du grêle t la portion adjacente du cæcum. Il fit une résection léo-colique. L'examen histologique montra qu'il s'agisait d'un carcinoïde.

Etude des voies biliaires dans un cas de pan›réatite chronique. — MM. **P. Hillemand, Jacques Hepp** et **A. Varay** rapportent ce qu'ils ont observé par l'étude angiomanométrique biliaire associée à l'épreuve d'hypertension biliaire provoquée dans un cas le pancréatite clinique. Cette dernière épreuve consiste injecter dans les veines une solution de déhydro›holate de soude (dycholium). Cette injection est suivie l'abord d'une augmentation de la pression biliaire, puis l'une dilatation du cholécyste avec spasme du cystique. Dans cette observation il ne fut pas possible d'obtenir 'injection des voies hépatiques. L'intervention consiste n une cholécysto-duodénostomie, une anastomose qui n'aurait pas drainé directement cette vésicule atone aurait été très probablement inefficace.

Caractères gastroscopiques du cancer de l'estomac au début. — M. **F. Moutier** a pu observer à la gastroscoie 17 cas de cancers gastriques au début. Il décrit aspects : d'abord un *type érosif* qui au début peut être l'aspect banal, ensuite un *type infiltrant* plus difficile apprécier et nécessitant plusieurs examens successifs, enfin un *type végétant* sous forme d'un nodule saillant.

— M. **Guy Albot** rappelle la définition du cancer *n situ* : c'est un cancer strictement localisé à la muqueuse et qui ne dépasse pas la *muscularis mucosæ*.

Maladie ulcéreuse œsophagienne et probablement duodénale, gastrite congestive récidivante, lithiase vésiculaire évoluant depuis moins de 4 ans chez un homme de 39 ans. — MM. **A. Lambling, A. Aubin** et **Ch. Debray** relatent cette observation de manifestations complexes et d'étiologie difficile. Il faut noter en particulier la rapidité avec laquelle se formèrent les calculs biliaires (moins de 10 mois).

13 Novembre

Eloge funèbre de M. P. Jacquet et du Prof. A. Gosset. — M. **Bergeret.**

Aspects gastroscopiques des cancers de l'estomac au début. — MM. **Ch. Debray** et **G. Albot**, à propos l'une communication antérieure de F. Moutier, donnent es aspects endoscopiques du cancer gastrique au début qu'ils ont pu observer dans 10 cas. Le cancer peut e présenter soit sous l'aspect d'ulcération ressemblant l'ulcère bénin (cancers transformés ou cancer ulcériforme), soit sous forme de taches blanches, soit sous forme de rigidité segmentaire que l'on trouve par la palpation combinée à la gastroscopie. Le diagnostic gastroscopique est très délicat et il y a souvent besoin le plusieurs examens endoscopiques, comme radiographiques, pour l'affirmer.

— M. **Moutier** pense que l'aspect en taches blanches est celui qui peut prêter à beaucoup d'erreurs.

Duodénites et périduodénites authentiques. — M. **Porcher** en rapporte plusieurs observations et fait projeter de nombreux clichés. Dans la première observation il s'agissait d'un malade ayant un gros calcul vésiculaire, celui-ci fut évacué vraisemblablement par le duodénum, sans que sur les clichés on puisse voir le signes de périduodénite. Les autres cas concernent les sujets présentant une ankylostomiase duodénale thérapeutique et chez lesquels l'examen radiologique montre les signes nets de duodénite.

— M. **Gutmann** pense que les signes radiologiques donnés dans le cas de périduodénite sont en réalité les signes donnés par la muqueuse duodénale, donc des duodénites comme le montre la thèse de Pinchenier, de Lyon. Pour dire périduodénite il faut qu'existent des images de sténoses ou de plicatures.

— M. **Moutier** attire l'attention sur les mécanismes par lesquels de gros calculs peuvent s'évacuer par le duodénum sans laisser aucune trace, même à l'intervention.

A propos des schwannomes gastriques. — MM. **Bergeret** et **Varay** en rapportent 2 cas. Dans le premier la compression intrinsèque révélait de multiples images lacunaires dans la région de l'antre pré-pylorique, la compression extrinsèque une image en cocarde. Le deuxième cas fut opéré sur des signes d'occlusion. Le schwannome gastrique s'était invaginé dans le pylore jusqu'au duodénum qui avait un aspect marécageux.

Les gastrites par reflux duodéno-pancréatico-biliaire dans le suc gastrique. — M. **Lambling.** La présence de bile recueillie au cours des tubages gastriques fractionnés n'est pas un phénomène physiologique. Ce phénomène traduit, lorsqu'il est primitif, une dyschésie pyloro-duodénale ; il est très fréquent après les gastro-entérostomies et les gastrectomies et explique peut-être les troubles post-opératoires. Ce reflux complexe (mélange de bile, suc pancréatique et duodénal) peut déterminer à la longue une gastrite érythémateuse et œdémateuse localisée surtout au sphincter de l'antre et au-dessus. Cliniquement cette gastrite se traduit par des brûlures post-prandiales tardives évoluant sur un fond de pesanteur quasi permanent. Ces brûlures sont calmées par les alcalins alors que le Bismuth agit peu et que l'alimentation les exagère souvent. Un régime strict (lait, bouillon, pâtes) représente le seul moyen thérapeutique actif. Le reflux duodéno-pancréatique détermine une hypo-acidité et parfois l'achlorhydrie du suc gastrique, modifications qui persistent parfois après guérison de la gastrite.

— M. **Gutmann** a observé un cas semblable à ceux décrits par Lambling chez un malade ayant subi une gastro-entérostomie. L'intensité du syndrome fut telle qu'on pratiqua une cholécystostomie qui amena une sédation des douleurs. Par le drain s'écoulait une bile fétide. L'interruption temporaire du drainage fut immédiatement suivie d'un retour des brûlures, on dut la maintenir pendant des semaines. La cholécystostomie refermée, les douleurs réapparurent. Aucune explication ne semble devoir être donnée à la fétidité de la bile qui était stérile.

11 Décembre.

Eloge funèbre du Prof. Lereboullet. — M. **Bergeret.**

— M. **Moutier** : Lecture du vœu exprimé par la Société qu'un régime spécial soit attribué aux malades atteints d'affections coliques. Un supplément de sucre et de matières grasses devrait être substitué aux farineux.

Elections. — Sont élus : *Vice-président*, M. **Gally** ; *Secrétaire des séances*, M. **Busson** ; *Membres titulaires*, MM. **Bolgert, Libaude, Varay, Soulard, Lagarenne** et **Penteuil** ; *Membre à titre étranger*, M. **Maschas.**

Maladie ulcéreuse récidivante. — M. **Banzet** demande l'avis de la Société à propos d'un malade de 42 ans ayant subi une gastro-entérostomie en 1929 pour ulcère du duodénum. Opération de Polya avec jéjunostomie complémentaire en Mars 1943 pour ulcus peptique. Six mois plus tard, reprise des douleurs que l'on traite par une résection et un Finsterer transmésocolique. Il existait 2 ulcères peptiques sur le jéjunum. Deux mois après, reprise des douleurs qui résistent au traitement médical. On fait alors une intervention complexe sur un énorme ulcus du jéjunum perforé et bouché. Le malade actuellement est en bon état, mais l'on peut se demander ce qu'il y aura à faire en cas de récidive ultérieure.

— M. **Sénèque** a, dans un cas semblable, fait récemment une résection du splanchnique qui a amélioré le malade. Il n'est pas certain que l'ulcère ait disparu.

— M. **Gutmann** souligne l'importance de la résection du pylore, véritable centre spasmogène.

— M. **d'Allaines** a vu des ulcères peptiques récidivants, même sans moignon pylorique. L'opération qui convient à ces cas est la gastrectomie totale.

— M. **Sénèque** dit la rareté des ulcus peptiques quand on retire la région antro-pylorique.

— M. **Fauvert** rappelle que, selon certains auteurs, les muqueuses duodénales et pyloriques ne sont dissemblables qu'histologiquement. Physiologiquement, elles seraient identiques.

— M. **Charrier** dit que l'ulcère peptique se voit que l'on ait ou non retiré le pylore. Certains ulcères ne doivent pas être opérés en période aiguë. L'alimentation jéjunale permet de mettre en repos l'ulcère.

Troubles fonctionnels des voies biliaires décelés par la radio-manométrie biliaire (hypertonies, atonies, hyperesthésies biliaires). — MM. **Guy Albot** et **Libaude.**

— M. **Caroli**, à propos de l'hyperesthésie biliaire, croit qu'il ne faut pas négliger dans sa production la présence d'un substratum anatomique consistant en de petits obstacles sur le cystique.

— M. **Basset** dit qu'il est difficile, si l'opération consiste en une simple ponction, de rechercher un obstacle sur le cystique.

A propos de 5 cas d'ulcérations crypto-génétiques du rectum. — Mme **Parturier-Lannegrace** et M. **Jean Arnous** rapportent 5 cas d'ulcérations nettement individualisées qui se manifestent les unes par un syndrome diarrhéique et hémorragique, les autres par un syndrome hémorragique pur.

Après avoir éliminé les causes classiquement décrites : amibiase, traumatisme, recto-colite hémorragique, Nicolas-Favre, les auteurs se demandent s'il ne s'agit pas simplement d'une manifestation locale d'un syndrome pathologique plus général et si ces ulcères ne sont pas analogues aux autres ulcérations digestives (gastriques ou autres). Histologiquement, il s'agit bien de lésions de la muqueuse avec remaniement de la sous-muqueuse et de la *muscularis mucosæ* ainsi qu'endartérite. Du point de vue thérapeutique ils ont obtenu de bons résultats par des applications de vitamine A sous forme de lavements d'aneurine colloïdale.

J.-M. Gorse.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

23 Février 1945.

Une indication rare d'avortement thérapeutique. Un cas de chorio-rétinite double d'origine myopique, évoluant à chaque grossesse. — MM. **Beziaud** et **Roué** rapportent l'observation d'une malade atteinte de choriorétinite double d'origine myopique, dont l'aggravation constatée après chaque grossesse a imposé l'avortement thérapeutique avec ligature des trompes.

Technique de la splénectomie. Présentation d'un film. — M. **Pierre Le Gac.** Une rate hypertrophiée allonge son pédicule vasculaire. Elle est plus facile à enlever qu'une rate anatomiquement normale. Le film montre les différents temps de l'opération. L'auteur présente 3 cas d'ictère hémolytique, où la splénectomie amena une véritable résurrection des malades. En cas de rate énorme (cas du film où la rate avait 30 cm. × 25 cm. pour maladie de Hodgkin à forme splénomégalique sans adénopathie, suivi de mort au 2e jour), il est préférable, pour éviter les difficultés opératoires, le shock et l'hémorragie, de faire l' « opération en deux temps » : premier temps, extériorisation de la rate pour aborder par décollement colo-épiploïque l'artère splénique qu'il faut lier, puis réintégration ; deuxième temps, splénectomie.

Eviscération post-opératoire spontanée précoce. — M. **F. Gentil.** Les fautes de technique, et en particulier l'infection, donnent des désunions des plaies opératoires dans les 8 premiers jours. La syphilis, l'amaigrissement et toutes les causes qui déterminent une modification de la vitalité des tissus et des perturbations organiques que l'auteur résume d'un mot : la misère physiologique. Sa pathologie reste mystérieuse. Traitement : deux méthodes.

1° *La réduction avec suture*, qui est le traitement idéal, indiquée immédiatement après l'éviscération et en milieu aseptique.

2° *Le blocage ou traitement à ventre ouvert*, par laquelle l'intestin est stoppé hors du ventre au moyen de fils de bronze. Pansements compressifs. Réintégration spontanée de l'intestin dans la cavité abdominale.

Statistique de Sokolow : 411 cas traités par la réduction et la suture avec 132 morts, soit 32 pour 100. 203 cas traités par le blocage avec 72 morts, soit 35 pour 100.

L'auteur pense que des indications mieux posées amélioreront les résultats. Il conseille de ne pas faire des réductions systématiques, de choisir les cas, de ne jamais se départir d'une grande douceur dans les manœuvres de réduction et de savoir laisser hors du ventre, en les bloquant, les anses rebelles.

La réduction se fait spontanément par rétraction du mésentère.

G. Luquet.

SOCIÉTÉS DE PROVINCE

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE CLERMONT-FERRAND

17 Décembre 1944.

Un nouveau cas de vésicule diverticulaire. — M. **H. Paillard** et Mme **M.-H. Paillard-Varin** rapportent 1 cas observé chez une femme de 35 ans, souffrant de cholécystite chronique d'apparence lithiasique. La cholécystographie montre la présence du diverticule et l'intervention chirurgicale le vérifie. Comme dans les autres cas publiés, il semble s'agir d'une lésion congénitale.

Un cas de rhumatisme goutteux. — MM. **H. Paillard, G. Petit** et **G. Verdier** rapportent 1 cas de rhumatisme goutteux survenu chez un sujet de 55 ans en l'absence de toute crise goutteuse et de tout tophus. Le diagnostic de goutte a été établi d'après l'uricémie, la présence de petites géodes sur la radiographie des os phalangiens et l'action favorable du colchique.

Lymphogranulomatose et tuberculose. — M. **Luton.** Quatre observations : 2 de Hodgkin avec lésions ganglio-pulmonaires sans tuberculose, 1 de tuberculose pulmonaire excavée ayant rétrocédé dès l'apparition de la maladie de Hodgkin qui eut une évolution suraiguë, 1 de tuberculose pulmonaire excavée qui paraît se stabiliser pendant qu'évolue la maladie de Hodgkin. Dans ces 2 cas, et contrairement aux notions classiques, la tuberculose n'a pas été aggravée par la maladie de Hodgkin, mais a paru en faire le lit. Les formes ganglio-pulmonaires de la maladie de Hodgkin (quelle que soit la nature des lésions pulmonaires) sont plus graves que les formes ganglionnaires pures.

Paralysie du nerf crural droit, signe révélateur d'une leucémie myéloïde. — M. **J. Warter** expose l'observation d'un sujet de 60 ans qui, 2 jours après un effort musculaire considérable (210 km. à bicyclette), présenta une paralysie du crural droit, due à une hémorragie dans la gaine du psoas. L'atteinte du crural se manifestait par une parésie du psoas, une paralysie totale avec atrophie progressive du quadriceps et une anesthésie dans le domaine du musculo-cutané et du saphène interne. L'examen général décelait une leucémie myéloïde passée inaperçue jusque-là. Six mois après le début des accidents, rétrocession lente des symptômes paralytiques.

Troubles nerveux réflexes extenso-progressifs. Intérêt clinique et médico-légal. — M. **J.-A. Barré.**

A propos des adénites mésentériques. — M. **Forget.**

G. Petit.

NOTES
DE MÉDECINE PRATIQUE
PUBLIÉES PAR LES SOINS DE L. ROUQUÈS

L'érythème noueux au cours de la sulfamidothérapie

Sans gravité propre dans la plupart des cas et relativement peu fréquentes, les manifestations cutanées survenant au cours de la sulfamidothérapie méritent pourtant de retenir l'attention; elles soulèvent en effet deux problèmes pratiques de traitement et de diagnostic; d'une part, la question se pose de savoir si elles constituent ou non un obstacle à la continuation du traitement; d'autre part, lorsqu'une éruption apparaît chez un infecté, il n'est pas toujours facile de déterminer si elle traduit une septicémie ou si elle relève simplement d'une intolérance médicamenteuse.

P. Ravault, Bourret, Viallier et Roche [1] viennent d'attirer à nouveau l'attention sur l'érythème noueux du sulfathiazol dont ils ont observé 6 cas; signalé par Bertin et Huriez puis par d'autres auteurs, il ne paraît pas exceptionnel; Jersald et Nersin l'ont noté 9 fois sur 307 malades traités par le sulfathiazol avec des doses variant entre 3 *g.* 50 chez les enfants et 22 *g.* 20 chez les adultes.

L'érythème noueux a été observé dès le premier jour du traitement et au moins dans la moitié des cas vers le deuxième ou le troisième jour; il peut être plus tardif (cinquième jour dans le cas de Janet et huitième jour dans celui de Grenet), mais dans l'ensemble, il est plus précoce que les autres manifestations cutanées de la sulfamidothérapie qui surviennent surtout vers le neuvième jour (Harvier et Perrault); il ne paraît pas y avoir de rapport entre la dose administrée et l'apparition de l'éruption; d'après Miescher, il serait beaucoup moins rare chez les sujets atteints de pneumonie et surtout de méningite qu'au cours de la blennorragie.

L'éruption est caractérisée par de très nombreux nodules saillants enchâssés dans le derme, le plus souvent assez petits, quelques-uns plus volumineux, siégeant au niveau de la face d'extension des membres, exceptionnellement sur le thorax et l'abdomen; d'abord rouges, ils deviennent rapidement violacés; ils sont douloureux spontanément et à la pression; leur évolution est courte, ils disparaissent en quelques jours et souvent il n'existe qu'une seule poussée; l'éruption s'accompagne de température; les douleurs articulaires sont fréquentes; on a parfois noté la rougeur des sclérotiques avec larmoiement.

La pathogénie de cette éruption a été très discutée; l'anaphylaxie, possible lorsque le traitement a été interrompu, puis repris (cas de Delmas, de Ravault), ne paraît que rarement en cause. Meischer estime difficile d'admettre une étiologie purement allergique; dans 11 cas sur 16, la continuation du traitement n'empêcha pas la disparition de l'érythème tandis que, dans les 5 autres, l'exanthème avait tendance à s'étendre et la température remontait; chez 22 malades ayant présenté de l'érythème noueux, Miescher institua une seconde cure de sulfathiazol après un intervalle de quelques jours ou de quelques semaines; dans 19 cas, aucun érythème n'apparut, malgré une poussée thermique survenue chez 6 de ces sujets. P. Ravault remarque que l'éosinophilie sanguine manque généralement dans ces cas, alors qu'elle est habituelle dans les exanthèmes médicamenteux ordinaires. L'origine biotropique a pour elle l'évolution favorable de l'éruption malgré la continuation du traitement; mais la variabilité du temps de latence après l'absorption s'oppose à la fixité relative de l'incubation des érythèmes biotropiques que Milian a pu nommer érythèmes du neuvième jour.

S'agit-il d'érythème noueux tuberculeux? Decourt et Verliac ont fait remarquer que l'éruption du sulfathiazol est un peu différente; les éléments sont plus nombreux et coexistent assez fréquemment avec des éléments plus petits, d'aspect maculaire; les nouures sont plus fugaces, disparaissant sans montrer les changements de teinte, le virage au violet pâle puis au jaune, qui est la règle dans l'érythème noueux classique; il n'existe qu'une poussée et non des poussées successives. Signes plus importants, la radiographie pulmonaire est négative et lorsque la cuti-réaction est positive, elle ne l'est que faiblement, sans l'aspect phlycténulaire qu'on observe dans l'érythème noueux témoin de primo-infection tuberculeuse; mais, comme P. Ravault le fait remarquer, il ne serait pas impossible que dans certains cas le sulfathiazol modifie l'allergie et déclenche l'érythème noueux sur un terrain bacillaire. Nous ajouterons enfin qu'il faudrait une série bien curieuse de coïncidences pour que, si cet érythème noueux était tuberculeux, il n'ait été signalé qu'après l'administration du sulfathiazol, à l'exclusion des autres sulfamides. Dans l'état actuel de la question, la conclusion prudente de P. Ravault mérite d'être retenue : la constatation de cette éruption n'implique aucun pronostic péjoratif, mais elle doit inciter à mettre tout en œuvre pour rechercher une primo-infection sous-jacente; ce n'est que lorsque ce diagnostic aura été éliminé qu'on pourra parler d'érythème noueux sulfamidique [2].

LUCIEN ROUQUÈS.

1. P. RAVAULT, J. BOURRET, J. VIALLIER et L. ROCHE : L'érythème noueux de la sulfamidothérapie. *Lyon Médical*, 1944, 172, 69-73.

2. Dans une communication toute récente à la Société médicale des Hôpitaux de Paris, MM. Julien MARIE, SERINGE, MAURICE et Mlle NOUFFLARD ont rapporté 12 cas d'érythème noueux au cours du traitement par le sulfathiazol et discuté leurs rapports avec l'allergie tuberculeuse. *Cf. La Presse Médicale* 24 Mars 1945, 153.

Volet pour l'ablation d'une tumeur temporale

Pour explorer le lobe temporal, on a à sa disposition deux sortes de techniques d'ouverture :

1° *Volet fronto-temporal*, qui est le volet curviligne dont le pied postérieur descend en avant du lobe de l'oreille jusqu'à l'arcade zygomatique.

Il est bon de faire ce volet chaque fois qu'on aborde des tumeurs du tiers antérieur du lobe temporal ou des tumeurs de la petite aile (voir fig. 1).

Fig. 1.

2° Pour aborder le tiers moyen et le tiers postérieur du lobe, on peut se servir du *volet* dont le tracé *en fer à cheval est centré sur le pavillon de l'oreille*, le pied antérieur partant de l'arcade zygomatique et le pied postérieur prenant en arrière du pavillon de l'oreille, un peu au-dessus du sinus.

Fig. 2.

Ce volet donne de très bonnes vues sur le tiers moyen et postérieur du lobe, mais ne permet pas de voir le tiers antérieur (voir fig. 2).

Lorsqu'il existe chez un malade une tumeur temporale dont la localisation est imprécise ou dont on ignore la taille exacte, ces deux volets ont pour défaut essentiel, l'un de n'exposer qu'un tiers, l'autre de ne donner que deux tiers du lobe.

Pour pouvoir exposer le lobe temporal en entier, nous avons l'habitude de faire un volet en forme d'arbalète qui cumule les avantages de chacun des volets pris séparément et qui n'en a pas les inconvénients. Ce volet consiste à faire :

a) Une incision cutanée curviligne, prenant un peu au-dessus du sourcil, à 3 *cm.* ou plus de la ligne médiane (en évitant naturellement le sinus frontal). L'incision reste parallèle à la ligne médiane, puis s'infléchit pour aboutir en arrière de l'oreille à 3-4 *cm.* environ du conduit auditif, un peu au-dessus du sinus.

Fig. 3.

b) Une autre incision cutanée est faite perpendiculairement, en partant de l'arcade zygomatique, un peu en arrière du milieu de celle-ci, rejoignant la première incision. Ne pas inciser l'aponévrose temporale.

Les deux lambeaux cutanés ainsi circonscrits sont ensuite rabattus, l'un en avant et en bas, l'autre en arrière et en bas (voir fig. 3, 4 et 5).

L'aponévrose et le muscal temporal sont incisés sur 1 *cm.* environ, d'abord de haut en bas, parallèlement au bord antérieur du volet, puis d'arrière en avant, parallèlement au bord inférieur.

Fig. 4.

Il reste ainsi entre les deux incisions une largeur de près de 4 *cm.* de muscle. 6 trous sont percés, 2 au fond de l'incision musculaire, 3 aux trois coins restants, 1 au milieu entre les deux coins supérieurs.

Fig. 5.

La partie inférieure du volet est cassée. On rugine les muscles jusqu'au voisinage de l'arcade zygomatique. Il suffit d'enlever à la pince à os 1 *cm.* à 1 *cm.* 5 d'os pour découvrir toute l'étendue du pôle temporal et avoir une vue directe sur la base. Il permet d'explorer le lobe depuis sa pointe jusqu'au pli courbe.

La masse musculaire, à laquelle il reste attaché est très importante, si bien que le volet étant très bien nourri se soude rapidement et plus solidement que ne le font les volets fronto-temporal et en fer à cheval.

R. KLEIN.

(Travail de la Clinique neuro-chirurgicale de l'Hôpital de la Pitié.)

CHRONIQUES

Le placement des tuberculeux en stations de cure et le retour des prisonniers et déportés

Demain nos prisonniers et déportés vont revenir. Parmi eux, il y aura sans doute beaucoup de tuberculeux. Le pays se penchera sur eux avec une particulière sollicitude. Rien ne doit être négligé pour dépister les bacillifères, les traiter et les reclasser dans leur vie professionnelle et sociale. Cette tâche sera considérable. Elle requiert d'ores et déjà tous nos efforts.

Le moment est bien venu pour jauger notre armement antituberculeux, pour voir en particulier si nos stations de cure et nos centres de traitement urbains et suburbains sont actuellement suffisants.

A la veille de la guerre, nous disposions pour les tuberculeux pulmonaires de 25.000 lits de sanatorium, 4.000 lits d'hôpital-sanatorium ou sanatorium suburbain, 8.000 lits en services hospitaliers spécialisés. Pour les osseux nous avions 12.500 lits. Soit au total 50.000 lits environ pour le traitement. Nous avions par ailleurs 14.000 lits de préventorium, en très grande majorité destinés aux enfants.

Soulignons qu'entre 1932 et 1939 le nombre des lits en sanatorium pour tuberculeux pulmonaires avait doublé. D'autre part, on observa dans les quinze dernières années un recul de 30 pour 100 du taux de la mortalité par tuberculose. Malgré l'augmentation du nombre de lits, et malgré le recul de la mortalité par tuberculose, nos établissements de cure étaient insuffisants.

Peu de mois avant la guerre, à la demande de la Commission de la Tuberculose du Conseil supérieur d'Hygiène sociale, nous avions effectué une vaste enquête [1] à laquelle avaient participé 125 médecins représentant 69 départements et se répartissant en 53 médecins de dispensaire, 27 inspecteurs d'hygiène, 23 médecins de sanatorium, 21 médecins d'hôpital et un inspecteur de l'Assistance publique.

De cette enquête qui plonge ses racines dans toutes les régions de France, il ressort que les lacunes de notre dispositif et la façon de les pallier sont les suivantes :

1° Etablissements urbains et suburbains. — *a*) Pour les départements qui n'en possèdent pas encore : un hôpital-sanatorium fonctionnant à la fois comme centre de triage et comme centre de soins pour ceux dont l'état de gravité contre-indique momentanément ou définitivement une cure sanatoriale.

Pour les villes, grandes et moyennes, qui en sont encore dépourvues : un service spécialisé en liaison étroite avec les dispensaires et où les traitements urgents (pneumothorax) pourraient être effectués.

b) Des lits d'hospice pour les chroniques plus ou moins incurables et peu évolutifs.

2° Etablissements de plaine. — *a*) Une meilleure répartition des lits de sanatorium dans le cadre interdépartemental, dans le but d'augmenter le nombre des places destinées aux malades du sexe masculin, places toujours insuffisantes, alors que les sanatoriums pour tuberculeuses ont souvent des lits disponibles.

b) Des lits pour enfants, surtout en préventorium.

3° Etablissements d'altitude. — *a*) Insuffisance du nombre des lits pour adultes du sexe masculin, et pour adolescents des deux sexes. Une catégorie est particulièrement déshéritée : les malades atteints de tuberculoses mixtes, pulmonaire et extra-pulmonaire.

b) Insuffisance du nombre des lits pour enfants, en préventorium et en sanatorium.

Telle était la situation à la veille de la guerre. Quelle est-elle actuellement ?

D'une enquête à laquelle vient de procéder le Comité National de Défense contre la Tuberculose, il ressort que le nombre des lits vacants dans les établissements pour pulmonaires était au début de février de 2.000 dans les sanatoriums d'hommes [2] et de 1.500 dans les sanatoriums de femmes. Par ailleurs le nombre des lits dans les établissements détournés de leur destination du fait des circonstances de la guerre s'élève à 1.800. D'autre part les établissements sinistrés rendent actuellement indisponibles 850 lits. L'ensemble forme un total de plus de 6.000, soit près de 25 pour 100 du nombre global des lits de sanatorium pour tuberculeux pulmonaires.

Faut-il en déduire qu'il existe une diminution notable des malades de cette catégorie, et que notre armement sanatorial amputé de 25 pour 100 suffit aux besoins ? Il serait bien imprudent d'émettre pareille affirmation. S'il y a actuellement des places vacantes en stations de cure, c'est parce que du fait des difficultés des transports et du ravitaillement, beaucoup de malades refusent de partir dans des établissements où ils craignent de ne pouvoir recevoir de visites, où ils redoutent d'être mal nourris. Beaucoup parmi ceux dont la famille réside à la campagne préfèrent la cure libre pour être assurés d'un ravitaillement substantiel.

Dès que les conditions de transport et de ravitaillement seront devenues plus normales, le nombre de ceux qui à l'heure actuelle se dérobent à la cure sanatoriale baissera dans de grandes proportions. Ce sera sensiblement vers le même moment que se posera le problème du placement des prisonniers et déportés tuberculeux.

Devant les difficultés actuelles de construire de nouveaux établissements, il faudra au plus tôt recouvrer ceux qui ont été détournés de leur destination sanatoriale. Il faudra aussi libérer des lits dans tous ceux qui fonctionnent actuellement, et pour atteindre ce but, il sera nécessaire de reconsidérer la situation de la plupart des malades :

Ceux qui ne sont plus bacillifères et qui ont déjà fait un séjour suffisant pour être éduqués, devraient être renvoyés à leur domicile, tout en restant sous la surveillance étroite du médecin de dispensaire et de ses assistantes sociales.

Ceux qui présentent des lésions bilatérales importantes dont la guérison ne peut être espérée d'un séjour prolongé en station de cure devraient être dirigés sur les établissements suburbains ou les services de tuberculeux des hôpitaux et hospices.

Ceux dont les lésions sont stabilisées mais qui restent bacillifères, partant contagieux pour leur entourage, devraient être groupés dans des établissements pour chroniques où, à la mesure de leurs moyens, ils participeraient à la vie de l'établissement, besognes d'entretien, etc. Ainsi les prix de journée de ces services pourraient être notablement diminués (Feret). Il est parfois abusif d'imposer à ce genre de malades la discipline très stricte des établissements de cure et de les laisser dans une oisiveté complète. Ce sont souvent les malades de cette catégorie qui encombrent les sanatoriums. Il y a de ce côté une révision qui s'impose depuis longtemps et qui va devenir urgente dans les prochains mois.

Urgents également doivent nous apparaître l'installation et l'équipement de *services spécialisés*, urbains ou suburbains, d'autant plus qu'un des résultats des examens radiologiques systématiques auxquels il sera procédé au réseau frontalier et dans les centres régionaux, sera de nous mettre en présence d'une masse de cas douteux dont la mise en observation sera souvent nécessaire pour assurer le triage.

*
* *

Malgré des progrès réalisés dans ces dernières années, le placement des tuberculeux en stations de cure est encore trop lent dans beaucoup de cas. Le retard des placements est dû, d'après l'enquête que nous avions faite naguère, au manque de places en sanatorium, mais plus encore aux formalités administratives et à la multiplicité des rouages par lesquels doivent cheminer les dossiers médico-sociaux.

Il y a déjà dix ans, nous avons jeté un cri d'alarme sur ce point faible de notre armement. Au Congrès de la Tuberculose de Marseille, en 1935, regrettant qu'un chef de service spécialisé fût dans l'impossibilité de placer rapidement ses malades, même quand la cure sanatoriale lui paraissait urgente, nous avions proposé cette formule simpliste qui depuis a été souvent répétée, moins souvent appliquée : « *Le départ d'abord, les papiers ensuite* ».

Notre enquête stigmatisait les diverses causes de retard : recherche du domicile de secours, souvent ingrate, parfois impossible pour les nomades et les mineurs, établissement de la fiche sociale auprès des familles, obtention de l'assistance médicale gratuite dont la demande s'éternise entre un bureau d'assistance et une commission cantonale, agrément des caisses d'assurances sociales, contre-visites des caisses et des offices de placements, etc. Ces formalités, malgré la diligence des assistantes sociales qui guettent le dossier au niveau de chaque rouage, demandent plusieurs semaines et parfois plusieurs mois. Le délai est beaucoup plus long si le sujet tombe malade dans un département qui n'est pas celui de son domicile de secours. Le dossier, en plus du circuit habituel, doit connaître à l'aller et au retour un circuit de préfecture à préfecture. Actuellement encore, pour les malades de cette catégorie, le placement exige plusieurs mois. De si longs délais et encore si fréquents attestent qu'il y a un malentendu dont les administrations responsables n'ont pas été suffisamment informées. L'envoi d'un tuberculeux en sanatorium n'est pas un placement, dans l'acception qui s'attache aux placements de certains hospitalisés, vieillards ou chroniques par exemple. Ce n'est pas avec d'autres placements, mais d'autres traitements que la comparaison est de mise, puisqu'aussi bien les sanatoriums sont aujourd'hui des Centres de traitement, selon l'heureuse expression du Prof. Bezançon. Et alors, faisons cette comparaison : entre le médecin qui dans un service hospitalier diagnostique une affection digne d'être opérée et le chirurgien qui, dans le même hôpital ou dans un autre hôpital, va intervenir, rien ne s'interpose. Il y a un traitement et un transfert décidés par des médecins et par eux seuls. Il y a une continuité de soins qui n'obéit qu'à des directives d'ordre médical. Mais entre le médecin qui soigne un tuberculeux dans un hôpital, et le médecin qui va traiter le même malade en sanatorium, une série d'obstacles administratifs s'interposent. Les préoccupations d'ordre médical fondent alors dans un barrage d'organismes extra-médicaux qui se déclenchent les uns après les autres avec formalisme. Ce ne sont plus les médecins qui commandent, ce sont les papiers, les bureaux, les décrets, les contrats. Et, cependant, une solution rapide est toujours souhaitable. Une attente prolongée déprime le malade, diminue sa force de résistance si bien qu'au moment où enfin son départ arrive, il n'est plus celui qu'on avait désigné.

Des efforts louables ont été faits récemment pour diminuer ces retards. C'est ainsi que notre collègue R. Monod, directeur de l'O.P.H.S. du département de la Seine vient de prendre la décision, à laquelle nous applaudissons, de ne plus attendre les formalités de prise en charge pour mettre en route les malades. C'est ainsi qu'on nous laisse espérer la prochaine création d'une Caisse nationale de compensation (F. Bezançon et Cavaillon) qui nous permettra de placer rapidement et sans formalité

1. Etienne Bernard : Le placement des tuberculeux en stations de cure. *Bulletin du Comité National de Défense contre la Tuberculose*, Avril 1939.

2. Il faut souligner que les absents représentent 25 pour 100 des Français du sexe masculin de 20 à 40 ans, c'est-à-dire du groupe d'âges où le nombre des tuberculeux habituellement envoyés en sanatorium est le plus élevé.

tous nos tuberculeux, quel que soit leur département d'origine. Nous devons penser que pour les rapatriés les dispositions seront telles que le délai d'attente n'existera pratiquement plus, et nous devons espérer que la formule qui sera trouvée en leur faveur sera maintenue dans la suite pour le placement de tous les tuberculeux.

Il est par ailleurs un facteur moral de premier plan duquel dépendra pour maint rapatrié son acceptation de se soigner longuement en sanatorium comme aussi sa tranquillité d'esprit si favorable aux bienfaits de la cure, c'est l'assistance matérielle à sa famille, celle-ci devant pouvoir vivre dans les mêmes conditions qu'elle eût connues si le rapatrié avait été à même de travailler.

*
* *

Le sanatorium, hier retraite silencieuse pour la seule cure d'air, de repos et d'alimentation, aujourd'hui centre de traitement outillé pour les interventions médicales et chirurgicales, aura demain, par surcroît, la mission de préparer le tuberculeux à la vie professionnelle qui lui sera encore permise à la fin de la période de cure. Ce rôle sera d'autant plus important et nécessaire à l'égard des prisonniers et déportés qu'ils auront été plus longtemps éloignés de leur activité normale. Les médecins de sanatorium auront dans beaucoup de cas la mission de réadapter à la vie active ceux des nôtres qui ont été condamnés à une si longue inactivité physique et psychique ! Celui qui a été longtemps oisif a établi une rupture, non seulement avec le monde des travailleurs, mais avec ce qu'il y a d'actif et de créateur en lui. Même si un travail suivi est pour lui tout d'abord contre-indiqué ou irréalisable, il faudra l'occuper. Occuper un tuberculeux, c'est, comme nous l'avons souvent dit, réduire le temps apparent de sa maladie. Cela est vrai pour tout tuberculeux, mais par surcroît c'est, pour un ancien prisonnier, l'empêcher de penser qu'une nouvelle inactivité succède à celle dont il a tant souhaité le terme.

Il faut tout d'abord dans tous les sanatoriums un service social bien organisé. Les assistantes sociales doivent assurer la liaison avec le dispensaire qui a assuré le placement du malade et qui le reprendra sous sa surveillance au moment de son retour, la liaison aussi avec le milieu professionnel qui était le sien et au sein duquel il faudra le replacer après sa guérison. Moins la coupure avec le milieu habituel aura été profonde, plus le reclassement professionnel sera possible. J. Troisier et G. Poix soulignaient ici même, l'an dernier, la haute valeur des sanatoriums professionnels, où le malade retrouve son ambiance habituelle, ses camarades de travail, les distractions et les lectures propres à son niveau culturel, et aussi, le moment venu, un outillage qui lui permet de se réadapter à son emploi antérieur. Quand l'heure viendra de construire de nouveaux établissements, il faudra que les collectivités continuent de s'engager dans cette formule des sanatoriums professionnels.

*
* *

Le retour prochain des prisonniers et déportés tuberculeux doit nous inciter à faire un bilan, non seulement de nos centres de traitement, mais aussi des mesures que requiert la prophylaxie. Dans ce domaine, médecins et assistantes sociales ont un grand rôle à jouer. Dans beaucoup de cas, el n'est-ce pas naturel après si longue séparation, le tuberculeux voudra demeurer chez lui, dans ce cadre dont il a si souvent rêvé. Les règles de la prophylaxie à domicile devront être enseignées dans tous leurs détails et constamment surveillées. Si le malade peut s'isoler dans une chambre individuelle, le problème sera relativement simple. Il en sera autrement dans les logis exigus. Il faudra, dans cette conjoncture, éloigner les enfants. Quand une personne saine de l'entourage ne pourra les recevoir, il faudra les mettre en placement familial (Œuvre Grancher) ou les envoyer dans des colonies de vacances, dans des maisons pour enfants, soit à proximité de la résidence des parents, soit dans des régions climatiques déjà outillées pour recevoir les sujets jeunes (Villard-de-Lans, Mégève, La Bourboule, etc.).

Une telle mesure ne représente qu'une partie du clavier prophylactique dont il nous faudra user. Repos et surveillance médicale après virage de la cuti, prémunition des sujets neufs avec le BCG, examens radiologiques systématiques de l'entourage du tuberculeux, etc. C'est dans les périodes où la condition humaine a décliné, où, par suite de facteurs matériels et moraux d'affaiblissement, la résistance à la tuberculose a notablement décru, que la prophylaxie doit redoubler d'intensité et de vigilance. C'est dans ces périodes qu'elle doit innover.

Etienne Bernard.

L'Atébrine vengée [1]

L'atébrine ou atabrine, connue en France sous le nom de quinacrine, est un colorant dérivé de l'acridine, et qui présente de remarquables propriétés antimalariennes. Il est originaire d'Allemagne et les Allemands doivent regretter leur découverte, car, sans l'atébrine, les Américains auraient perdu sans espoir la guerre du Pacifique. C'est à des médecins français, et en particulier au Dr Ph. Decourt, que revient le mérite d'avoir mis au point l'emploi de la quinacrine dans le traitement et la prophylaxie du paludisme.

La conquête des Japonais, en effet, avait mis entre leurs mains toute la production de quinine, et le paludisme défendait les îles de l'Océanie contre tout retour offensif des Américains, mieux encore que toutes les armées du Japon.

Mais l'atébrine ne fit pas son chemin sans encombre. En 1941, le Président du Comité médical du Conseil national de Recherches scientifiques dénonça comme « entièrement fallacieux » un article du *Reader's Digest* qui prétendait que l'atébrine était plus active et moins dangereuse que la quinine. Des journaux comme le *New England Journal of medicine*, des revues comme *Time*, firent chorus et, sur la foi de rapports erronés, proclamèrent l'impureté de l'atébrine fabriquée aux Etats-Unis ; l'armée américaine suspendit ses achats d'atébrine.

*
* *

La rivalité des deux médicaments, atébrine et quinine, était ancienne. En 1938, la Ligue des Nations avait fait une étude comparative à Salonique ; ce parallèle montra la supériorité de l'atébrine. Le nombre des rechutes après le traitement par la quinine était de 27 pour 100 ; de 12 pour 100 seulement pour l'atébrine. Ces chiffres, notons-le, correspondent à ceux recensés par Manson Bohr en 1941 : 23 pour 100 d'échecs de la quinine, 8,4 pour 100 d'échecs de l'atébrine. Comme préventif, l'atébrine surclassait la quinine ; son administration, de plus, même prolongée, n'avait que peu d'inconvénients ou de dangers comparée à celle de la quinine.

Le seul trouble qui résulte d'une administration de longue durée d'atébrine est en effet une teinte jaune des tissus, complication inoffensive, due aux qualités colorantes du médicament et qui disparaît dès la cessation du traitement.

Mais le danger pressait. Dès le début de la campagne des Iles Salomon, 70 pour 100 des hommes furent atteints de malaria. En Nouvelle Guinée, on constata que le nombre des cas de paludisme dépassait celui de toutes les autres hospitalisations, y compris les blessures de guerre.

Cette campagne de Nouvelle Guinée fut le vrai test de l'atébrine. Elle fut administrée préventivement sur une large échelle, sans aucun incident notable ; et les morts par malaria, au cours de toute la campagne, ne dépassèrent pas 6. Et cependant l'atébrine n'avait pas une bonne presse dans l'armée. On disait qu'elle conduisait à l'impuissance sexuelle, et les Japonais entretenaient cette légende au moyen de tracts lancés par leurs avions. Il fallut, pour vaincre ces accusations, répandre à grand tirage des caricatures qui montraient un sultan entouré de danseuses, et qui contemplait une pilule d'atébrine en proclamant : « Elle me tient en vigueur ».

Les rapports des services sanitaires restaient très favorables. L'atébrine avait réduit les cas de malaria de 95 pour 100 en trois mois. Certaines unités, qui avaient eu 962 cas de malaria pour 1.000 hommes, virent ce chiffre tomber à 45 pour 1.000 et la mortalité totale par paludisme, dans toute l'armée, ne dépassa pas 100.

Une pilule par jour, six fois par semaine, évitait toute attaque à 20 pour 100 de sujets ; 15 pour 100 étaient atteints de formes légères, qui guérissaient après un simple traitement de 28 pilules en une semaine ; les autres 65 pour 100 étaient infectés, mais sans présenter aucune manifestation aussi longtemps qu'ils suivaient, avant que leur infection soit repérée, le traitement préventif. Dès qu'ils avaient suivi le traitement curatif, ils devenaient exempts pour toujours de toutes les suites du paludisme. Le nombre des immunisés par l'atébrine était donc en définitive de 65 pour 100. Et le Conseil national des Recherches avait abandonné son opposition.

La fabrication de l'atébrine prit un grand essor : elle passa de 5 millions de pilules avant la guerre à 250 millions ; chaque marin ou soldat de l'armée du Pacifique porta réglementairement avec lui un approvisionnement pour 30 jours.

*
* *

Mais ce succès de l'atébrine ouvre de nouveaux espoirs. Une lutte est maintenant à l'ordre du jour : celle contre le moustique.

En 1930, le Brésil avait été envahi, pour la première fois, par le plus cruel des anophèles, l'*Anophele gambiae*. Il se développa rapidement, et en 1939 on compta plus de 100.000 cas et environ 14.000 morts en six mois. Alors une armée de désinfecteurs se répandit dans tout le pays. Protégés par les pilules d'atébrine, e portant des vêtements antimoustiques, nos désinfecteurs détruisaient les moustiques adultes par des aérosol de pyrèthre, le DDT (2,2 *bis* (parachlorylphényl) 1, 1, — trichloréthane) et le vert de Paris. Ils asséchaient les mares. Les habitants, immunisés eux aussi par l'atébrine, ne redoutèrent plus les rares moustiques qui échappèrent au massacre, et le Brésil fut débarassé de la malaria.

L'atébrine n'est pas un médicament coûteux; les autres frais de la lutte contre la malaria sont peu de chose, au regard des bénéfices énormes qui récompensent le succès. Aussi est-ce à bon droit que, dans son numéro du 5 Août 1944, le *Journal of the american medical Association*, proclame que « le monde d'après guerre peut aisément éliminer la malaria de la surface du globe ».

Ph. Dally.

1. Beaucoup de renseignements contenus dans cet article nous ont été fournis par un article de Paul de Kruif, paru dans le *Reader's Digest*, Décembre 1944.

Correspondance

Au sujet de la Pénicilline.

La lecture des articles de *La Presse Médicale* du 10 Mars sur « La Pénicilline » et « Les Précurseurs » m'a amené à remarquer deux faits qui — à ma connaissance — n'ont pas été rappelés dans les grandes revues médicales.

Peut-être seraient-ils de nature à intéresser les lecteurs des études ci-dessus. Aussi je me permets de vous les communiquer.

C'est en Décembre 1926 [1] que Vandremer a signalé l'action des substances élaborées par les moisissures sur certains bacilles et songé à l'utiliser en thérapeutique. Cette étude — faite sur le B. K. — montre en outre une action bactériolytique et morphologique très particulière qu'il serait intéressant de comparer à celle de la pénicilline sur les germes qui y sont sensibles.

Voici d'ailleurs l'analyse des publications faites à cette époque [1] et [2].

« Les substances élaborées par l'*Aspergillus fumigatus* cultivé sur du liquide de Raulin *attaquent des voiles épais de B. K. poussé sur bouillon glycériné et détruisent leur tuberculine*. Le liquide se trouble et donne des germes analogues à ceux des adénites suppurées du cobaye inoculé.

Les B. K. développés dans le milieu de culture aspergillaire filtré poussent sur gélose comme une bactérie banale et peuvent servir à la préparation d'un vaccin.

Une application à la thérapeutique des lésions tuberculeuses externes semble s'être montrée efficace [3].

Ainsi, Vaudremer et ses collaborateurs ont noté les premiers l'action des produits provenant des moisissures à l'égard des bacilles, mais ne pensant qu'à la recherche d'un vaccin, ils n'ont pas été amenés à isoler une « aspergilline » qui, par son action sur des germes insensibles à la Pénicilline pourrait peut-être lui servir de complément.

François Ponsk (Saint-Mandé).

Livres Nouveaux

La maladie cœliaque (Infantilisme intestinal), par Maurice Pehu et Paul Bertoye (*Imprimerie du Salut public*, édit.), Lyon, 1943.

Cette monographie est une mise au point sur une affection encore trop peu connue, qui soulève des problèmes de physiologie et de physio-pathologie extrêmement intéressants.

Avec leur conscience et leur compétence habituelles, Pehu et Bertoye analysent minutieusement les nombreux travaux cliniques et expérimentaux sur la maladie cœliaque, en discutent la valeur et, à la lumière de 5 observations bien étudiées, donnent leur impression personnelle sur une question encore très controversée.

Avec leur gros ventre et leur petite taille, leurs selles fréquentes et abondantes, renfermant une quantité insolite de graisse, leur anémie et leur déminéralisation, les enfants atteints de maladie cœliaque constituent un type clinique bien défini dont le traitement est très délicat.

Cependant, l'avis de Pehu et Bertoye est que l'infantilisme intestinal de Gee, Herter, Heubner est assez voisin de la Sprue nostras et de la Sprue exotique pour que les trois affections méritent d'être fusionnées en un seul syndrome.

Les bases pathogéniques de la diététique et du traitement et leur application pratique font l'objet d'un chapitre détaillé.

Robert Clément.

1. Vaudremer : C. R. du Centenaire de la Société Anatomique de Paris, 16 Décembre 1926.
2. Vaudremer, Prudhomme et Paulin : C. R. de l'Académie de Médecine, 8 Février 1927.
3. J. Héricourt : Le terrain dans les maladies, 180-181 (1927).

INFORMATIONS

CONSEIL SUPÉRIEUR DES MÉDECINS

Voici le texte de la lettre adressée le 12 Mars 1945 par le docteur COUTELA, *président du Conseil supérieur des médecins à M. le ministre du Travail.*

Monsieur le Ministre,

J'ai l'honneur de vous signaler — et je m'en excuse — l'existence à Paris d'un Conseil supérieur, organisme officiel auquel, en attendant le rétablissement des Syndicats, l'Ordonnance du 11 Décembre 1944 a attribué la défense des intérêts nationaux des médecins.

Le Conseil supérieur qui, avant même sa réunion s'était adressé à M. le ministre de la Santé, a tenu, dès sa première séance à vous écrire le 25 Février 1945. Il ajoutait ainsi, à l'avis exprimé par le Conseil de la Seine, celui de tous ses membres venus de toutes la France, au sujet de l'Ordonnance qui devait être promulguée et qui l'a été dès le 3 Mars 1945.

Il plaira, j'en suis sûr, Monsieur le Ministre, au Conseil supérieur et aux Conseils départementaux de vous voir proclamer dans l'exposé des motifs, le libre choix du médecin et l'entente directe en matière d'honoraires.

Mais pour cette dernière, je me permets de vous faire respectueusement remarquer que l'entente directe envisagée dans l'Ordonnance est un peu particulière : l'homologation, prévue à l'article 5, n'y apporte-t-elle pas dès l'abord une limitation évidente ? N'en est-il pas de même de la justification que prévoit l'article 6 chaque fois qu'il y aura, non pas abus, mais simple « dépassement du tarif fixé »? Cette entente soi-disant directe, est étroitement limitée, et cette limitation dépend non pas des intéressés (malade et médecin) mais d'un ou même de plusieurs tiers : peut-on parler vraiment d'entente directe ?

Dans la réunion du 13 Février au Ministère de la Santé vous avez bien voulu, Monsieur le Ministre, reconnaître les organismes juridictionnels de la profession, à la condition que, lors d'affaires concernant les Assurances sociales, soient adjoints un ou deux médecins représentant votre Ministère. L'Ordonnance du 3 Mars 1945 reste muette au sujet de ces organismes légaux qui fonctionnent officiellement, quoique destinés à être remplacés dès que possible par des organismes élus.

Les médecins sont les premiers à réclamer la répression des abus, mais je puis vous assurer qu'ils attachent une importance capitale aux prérogatives des juridictions qu'ils tiennent du Gouvernement provisoire de la République à propos de leurs actes professionnels.

Signé : Dr COUTELA.

CONSEIL RÉGIONAL DES MÉDECINS
Région de Paris

En vertu de l'ordonnance du 18 Janvier 1945, la Section d'épuration du Conseil régional de la région de Paris a commencé ses travaux. Elle est habilitée à recevoir les plaintes jusqu'au 19 Mai inclus. Ces dernières, qui ne peuvent être anonymes, seront déposées au Secrétariat du Conseil régional de la région de Paris, 28, rue Serpente, Paris-6e, tous les jours (sauf le samedi et le dimanche) de 14 à 17 heures.

DIPLOME D'ÉTAT
d'assistante ou d'assistant social
DIPLOME D'ÉTAT
d'infirmière ou d'infirmier hospitalier

Par décret du 8 Mars 1945, sont provisoirement validés les actes de l'autorité de fait se disant gouvernement de l'Etat français dits décret du 11 Juillet 1942, instituant un diplôme d'Etat d'infirmière ou d'infirmier hospitalier.

Les titres III des décrets du 11 Juillet et 10 Août 1942 susvisés sont abrogés et il est institué un *Conseil de perfectionnement unique* pour les écoles d'infirmier hospitalier et les écoles d'assistante sociale. Ce Conseil est présidé par le secrétaire général de la Santé et comprend parmi ses membres : Le directeur de la Santé, le directeur général de l'administration de l'Assistance publique de Paris, un directeur régional, un médecin inspecteur, un représentant du Conseil supérieur d'Hygiène sociale.

Sont, en outre, désignés 20 membres, choisis parmi les personnes particulièrement compétentes dans les questions qui intéressent les services hospitaliers et sociaux.

Tous les membres du Conseil, en dehors des membres de droit, sont nommés pour une période de 3 ans ; leurs pouvoirs sont renouvelables.

Il est constitué, au sein du Conseil de perfectionnement, une *section permanente* qui a pour mission de donner son avis sur toutes les questions présentant un caractère d'urgence. Cette session, présidée par le directeur de la Santé, comprend 5 membres désignés par le ministre.

Le ministre de la Santé publique peut également consulter des Commissions spéciales.

Le Conseil peut également appeler à participer, avec voix consultative, à ses délibérations, des personnes spécialement qualifiées par leur compétence technique ou par leurs fonctions.

(Extr. du *J. O.* du 28 Mars 1945.)

Conseil supérieur d'hygiène de France

Par arrêté du 19 Mars 1945, sont nommés auditeurs au Conseil supérieur d'Hygiène publique de France :

M. le docteur Michel FAGUET, assistant à l'Institut Pasteur, dans la catégorie des bactériologistes. M. Daniel FLORENTIN, directeur adjoint du Laboratoire municipal de Paris, dans la catégorie des chimistes, physiciens, pharmaciens. M. le docteur Fernand BENOIST, médecin des Hôpitaux de Paris, dans la catégorie des docteurs en médecine. M. le docteur Louis PONCET, médecin inspecteur de la santé de l'Ain, dans la catégorie des fonctionnaires sanitaires. M. Auguste VIBERT, ingénieur en chef de la Ville de Paris et M. le docteur Emile MALESPINE, directeur des services d'hygiène de Vitry-sur-Seine, Choisy-le-Roi, Thiais et Maisons-Alfort, dans la catégorie des ingénieurs, hydrologues, géologues, architectes.

Les nominations ci-dessus sont faites pour 3 ans et renouvelables.

Université de Paris

Hébergement des étudiants en médecine rapatriés d'Allemagne

Les familles qui seraient désireuses d'accueillir et d'héberger à son passage à Paris ou, si besoin était, pendant une période de plus longue durée, un *étudiant en médecine*, prisonnier de guerre ou déporté rapatrié d'Allemagne, sont priées de le faire savoir au Secrétariat de la Faculté de Médecine de Paris, 12, rue de l'Ecole-de-Médecine (4e arrond.). [Ecrire ou s'y adresser tous les jours, le dimanche excepté, de 13 h. à 16 h., guichet n° 1.]

Universités de Province

Faculté de Médecine de Lyon. — TRANSFORMATION DE CHAIRES. Par arrêté en date du 20 Mars 1945, la chaire de clinique des maladies infectieuses est transformée en chaire de *clinique des maladies infectieuses et bactériologie ;*

La chaire de médecine expérimentale et comparée et bactériologie est transformée en *chaire de pathologie générale et expérimentale ;*

La chaire de pathologie générale et thérapeutique est transformée en *chaire de thérapeutique.*

Directions régionales de la Santé

Sont nommés directeurs régionaux de la santé :

— *A Orléans*, M. le docteur LEVI (Pierre), médecin inspecteur de la santé de la Haute-Garonne, en remplacement de M. le Prof. LE BOURDELLES.

— *A Poitiers*, M. le Prof. LE BOURDELLES, en remplacement de M. le docteur MERLE.

— *A Rouen*, M. le docteur CAYLA, médecin inspecteur de la santé de Seine-Inférieure, en remplacement de M. HAAG.

— *A Marseille*, M. le docteur MONTUS, médecin inspecteur de la santé, chargé à titre temporaire de la direction de l'Administration de l'Assistance publique à Marseille, en remplacement de M. le docteur GOULLEY.

— *A Bordeaux*, M. le docteur GOULLEY, en remplacement de M. le docteur ALBERTIN.

— *A Lyon*, M. le docteur ROBIN, médecin inspecteur de la santé du Rhône, en remplacement de M. le docteur CLAVELIN.

— *A Limoges*, M. le docteur HAZEMANN, médecin inspecteur de l'Office public d'Hygiène sociale, en remplacement de M. le docteur LAMY.

— *A Toulouse*, M. le docteur LAMY, en remplacement de M. JOUANY.

—*A Montpellier*, M. le docteur SCHERN, médecin inspecteur de la santé de l'Hérault, en remplacement de M. le docteur SCHMUTZ.

— *A Châlons-sur-Marne*, M. le docteur SCHMUTZ, en remplacement de M. le docteur OLIEU.

— *A Clermont-Ferrond*, M. le docteur OLIEU, en remplacement de M. le docteur CLERET.

— *A Laon*, M. le docteur MANS, médecin inspecteur de la santé, actuellement interné en Allemagne, en remplacement de M. le docteur VIDAL.

— *A Rennes*, M. le docteur TRIOLLET, directeur de la santé à Angers, en remplacement de M. le docteur BIANQUIS.

— *A Noncy*, M. le docteur BOULANGIER, directeur régional de la santé à Grenoble, en remplacement de M. le docteur MELNOTTE, rappelé à l'activité militaire.

(*J. O.* du 29 Mars 1945.)

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

— M. le docteur BERGEGRAY, médecin directeur de l'hôpital psychiatrique de *Quimper* (Finistère), est nommé *médecin chef du quartier d'aliénés des hospices civils de Morlaix* (Finistère), en remplacement de M. LEYRITZ.

Vacances de postes de médecins chefs d'hôpitaux psychiatriques. — Sont actuellement vacants les postes suivants : *Hôpital psychiatrique de la Charité-sur-Loire* (Nièvre), médecin directeur et médecin chef ; *Hôpital psychiatrique de Fleury-les-Aubrais* (Loiret), médecin chef ; *Hôpital psychiatrique de la Chartreuse, à Dijon* (Côte d'Or), médecin chef ; *Hôpital psychiatrique de Breuty-la-Couronne* (Charente), médecin directeur et médecin chef ; *Hôpital psychiatrique autonome de Cadilloc* (Gironde), médecin chef.

Adresser toute candidature au Ministère de la Santé Publique (direction du personnel, 2e bureau), 7, rue de Tilsitt, Paris-17e.

Nouvelles diverses

Ligue française contre le rhumatisme. — La prochaine réunion aura lieu le 24 Avril, à 9 h. 30, dans l'Amphithéâtre de la Clinique médicale de l'Hôpital Cochin (service du Prof. HARVIER) et sera principalement consacré à la question : *Rhumatismes et Carences.*

Un rapport sera présenté par MM. F. COSTE et M. GAUCHER, sur les « Incidences des conditions actuelles de vie sur les maladies rhumatismales », ainsi qu'un rapport de M. MOURIQUAND sur « Rhumatismes et Avitaminoses ».

S'inscrire, 23, rue du Cherche-Midi, Paris.

Un cours sur « La connaissance de l'enfant » est organisé à la Faculté de Médecine, le mercredi, à 18 heures, salle de Thèse n° 2, par « l'Ecole des Parents et des Educateurs », 217, faubourg Saint-Honoré.

Le premier cours, présidé par M. LHERMITTE, sera fait le 18 Avril par M. DUBLINEAU.

Candidats médecins admis à l'Ecole du Service de Santé militaire en 1944. — Le *J. O.* du 23 Mars 1945 a publié la liste des candidats admis dans les Sections de Médecine et de Pharmacie.

Distinctions honorifiques

LÉGION D'HONNEUR

Chevalier : Médecin capitaine P. MOUNAS, du ne régiment de tirailleurs. — Médecin lieutenant P. DUMAS, du ne régiment d'artillerie d'Afrique.

MÉDAILLE MILITAIRE

— Médecin auxiliaire M. SCHLESINGER, du ne régiment de tabors.

Nos Échos

Naissances.

— Le docteur Jean BERNARD, aux armées, et Madame, née Amy PICHON, sont heureux de faire part de la naissance de leur troisième enfant *Olivier* (Paris, 16 Mars 1945).

Décès.

— Le docteur BOUVRAIN, de Paris, a la douleur de faire part du décès de son père, M. Georges BOUVRAIN, docteur ès sciences (23 Mars 1945).

— On annonce la mort de M. Michel LAENNEC, externe des Hôpitaux de Paris.

— On annonce le décès de M. E. MONDRET, chirurgien honoraire de l'Hôpital du Mans, père des Drs Jacques et Xavier MONDRET et beau-père du Dr J. BARANGER, du Mans.

— On annonce le décès de Madame Vve Rémy DELAUNEY. De la part du docteur et Madame Adrien DELAUNEY (20, bd Saint-Marcel, Paris-5e).

Soutenance de Thèses

Paris

19 FÉVRIER-10 MARS 1945.

Art vétérinaire. — M. Lepeltier : Contribution à l'étude de l'intoxication des animaux domestiques par la fougère-aigle (*Pteris Aquilina L.*). — M. Richard : Considérations générales sur plusieurs thérapeutiques nouvelles du syndrome colique chez les équidés.

Cardiologie. — M. Belin : A propos d'un cas de calcification coronaire. — M. Chevalier : L'épanchement péricardique du myxœdème. — M. Flavigny : Contribution à l'étude étiologique de la péricardite constrictive

Chirurgie. — Mlle Ardillier : Epreuve diagnostique de l'appendicite chronique et ses entéronévroses. — I. Baptiste : Le traitement actuel des phlébites en particulier par les substances anticoagulantes. — M. Bitry-Boely : Contribution à l'étude des artérites des membres consécutives aux gelures et le rôle du froid dans la pathogénie de l'artérite. — M. Boissier : Intervention chirurgicale dans les phlébites récentes et profondes des membres inférieurs. — M. Corson : Technique de la résection recto-sigmoïdienne par voie abdominale pure avec rétablissement immédiat de la continuité et extra-péritonisation sous couverture d'anus. — M. Pérol : Contribution à l'étude et au traitement des pseudarthroses du col du fémur. — Mme Poulenas : Les accidents tardifs des projectiles intra-pulmonaires. — M. Tison : Technique de l'interposition aponévrotique dans le traitement chirurgical de l'*Hallus valgus*. — M. Vivares : Résultats de la thyroïdectomie subtotale dans 102 cas de cardiothyréoses. — Mlle Wintrebort : Des cals vicieux du poignet.

Dermatologie. — M. Catherine : Association iodo-sulfamide dans le traitement de l'impétigo et des dermatoses impétigines. — M. Clément : La mélanose de Riehl. — M. Dubois : Traitement du lichen plan par la tuberculine.

Endocrinologie. — M. Culioli : Contribution à l'étude de l'asthme endocrinien pluriglandulaire.

Hématologie. — M. Bemaiche : Des rapports entre les myélomes et les leucémies. — Mlle Cacaud : Le myélome multiple. — M. Gougen : L'insuffisance cardiaque au cours des grandes anémies chroniques. — M. Millard : Hémoglobinurie consécutive à un traitement novarsenobenzolique. — M. Moigneteau : Les agranulocytoses. — M. Poli : Considérations sur deux cas de carotinémie.

Histoire de la médecine. — M. Juiliard : Larrey, chirurgien de guerre. — M. Mongodin : Essai sur P.-Ch.-A. Louis, sa vie, son œuvre.

Médecine. — M. Aubert : Un cas de pneumoconiose à forme pseudo-tumorale. — M. Bernuzeau : La vitamine D 2 à doses massives dans le traitement des sérites tuberculeuses. — M. Bucaille : Les localisations intrathoraciques de la maladie de Recklinghaussen. — M. Culioli : L'acétate de désoxycorticostérone en pathologie hépatique. — M. Drouillard : Observations cliniques de quelques cas d'anurie dans la scarlatine. — M. Fain : Suppurations pulmonaires et pleurales et carbo-sulfamido-chrysoïdine. — M. Gauthier : De quelques traitements atypiques de l'angine diphtérique imposés par les circonstances. — M. Guegnen : Contribution à l'étude de l'ostéo-arthropathie. Hypertrophiante pneumique de Pierre Marie. — M. Journet : La pneumopathie par terre de Kieselguhr. — M. Mennier : A propos d'un cas de néphrite chronique saturnine professionnelle. — M. Parny : Les débuts latents de la tuberculose pulmonaire et les examens radiologiques systématiques. — M. Petit : Les accidents nerveux du pneumopéritoine. — Mlle Sec : Les poussées aiguës au cours du rhumatisme chronique. — M. Valette : L'organisation du service de santé au rapatriement. — M. Vornon : Des dangers de pulvérisation d'adrénaline chez certains asthmatiques. — M. Wachenheim : La maladie de Teschen.

Neurologie. — M. Caspar : De l'épilepsie réflexe d'origine digestive. — M. Feuilloy : Des paralysies arsenicales. — M. Wapler : Le liquide céphalo-rachidien dans la poliomyélite antérieure aiguë.

Obstétrique. — M. Bigourel : La présentation du front. — M. Bitterlin : Fonctionnement du service obstétrical de la Maternité Baudelocque. — M. Delassaux : La folliculine a-t-elle des propriétés abortives ? — M. Guillaux : L'avortement est un crime. — M. Pertusier : Le transit intestinal au cours de la grossesse. Etat statistique.

Oto-Rhino-Laryngologie. — M. Petit : Des sarcomes du larynx.

Pathologie générale. — M. Chalopin : Le cancer expérimental. Contribution à l'étude des substances cancérigènes.

Pédiatrie. — M. Benoistel : L'infiltration anesthésique du nerf splanchnique dans les sténoses pyloriques du nourrisson. — Mlle Bory : Etude sur la prophylaxie du rachitisme. — M. Bourget : Essai sur la mortalité des nourrissons de 0 à 1 an en France pendant la période 1930-1943. — M. Garaix : Formes cliniques et évolutives des tuberculoses mixtes pleuro-pulmonaires chez l'enfant. — M. Cayrol : De l'influence du sexe et de l'âge sur la sensibilité de l'enfance à l'égard des maladies infectieuses (de la naissance à 14 ans). — Mlle Fraillery : Des hémorragies intra-craniennes du nouveau-né. — M. A. Lévy : Les indications du pneumothorax chez l'enfant. — M. Basse : Le traitement de la pachyméningite hémorragique du nourrisson par la vitamine K.

Psychiatrie. — M. Corganian de Corganoff : Influence de l'asthme sur l'œuvre de Marcel Proust. — M. Delarue : L'exploration de la conscience par l'étude du temps de réaction sous le contrôle de l'électro-encéphalographie. — M. Libert : Sur la pathogénie des accidents pulmonaires consécutifs à l'électro-choc.

Urologie. — Mme Fayol : Sur l'énurésie. — M. Michaud : De l'action des sulfamides sur le rein et dans certaines néphrites. — M. M. Petit : Les sulfamides et la pénicilline dans le traitement de la blennorragie.

Montpellier

Février 1945.

Chirurgie. — M. P. Liegeon : Les difficultés de diagnostic entre le cancer et la tuberculose hypertrophique du cæcum (à propos d'une observation). — M. G. Olive : Considérations sur les diverticules du jéjuno-iléon (à propos de deux observations cliniques). — Mlle M. Portes : Notes sur la pathologie chirurgicale post-opératoire des gastrectomies et gastro-entérostomies. Les occlusions. — M. A. Trinquard : Contribution à l'étude des corps étrangers de l'épaule d'origine traumatique.

Electrologie. — M. R. Katz : Contribution à l'ionothérapie. Etude expérimentale sur le déplacement des ions dans les milieux semi-solides.

Médecine. — M. J. Beaumanoir : Contribution à l'étude des méningites à pneumocoques. Pronostic et traitement actuel. — M. J. Bersiire : Contribution à l'étude d'une myopathie thyroïdienne. — M. H. Gibert : Contribution à l'étude de la section d'adhérences pleurales par le procédé de Sebestyen. Le pneumothorax exo-endopleural. — M. P. Izarn : La « prothrombinémie » chez les tuberculeux pulmonaires. — M. Ch. Johannsen : Contribution radiologique à l'étude des sténoses bronchiques au cours des primo-infections tuberculeuses. — M. R. Meyer : De l'amélioration des résultats de l'apicolyse de Semb par les insufflations d'air dans la poche extra-fasciale. — M. H. Pascot : Les localisations linguales de la tuberculose.

Obstétrique. — M. Saint-Martin : Les hémorragies de la délivrance par vaso-atonie.

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

AVIS. — Prière de joindre aux réponses un timbre de 2 francs pour transmission des lettres

Le gérant : F. THOMAS.

Imprimé par l'Ancne Imprimerie de la Cour d'Appel, 1, rue Cassette, à Paris (France).

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées aux Périodiques, la Direction scientifique de La Presse Médicale *a dû fixer à 4 colonnes maximum l'étendue des mémoires originaux. Tout manuscrit dépassant cette étendue sera retourné à son auteur.*

LA FRÉQUENCE ET LA SÉMIOLOGIE DES PARALYSIES DE L'ŒSOPHAGE AU COURS DE LA DIPHTÉRIE

PAR MM.

P. SEDALLIAN et P. MOUNIER-KUHN

(Lyon)

Depuis plusieurs années, nous recherchons systématiquement la paralysie de l'œsophage au cours de la diphtérie. Nous avons été frappés par sa fréquence, et il nous a paru intéressant de la comparer à cet égard aux autres paralysies diphtériques, avant d'en indiquer les principaux caractères [1].

Le dépouillement des 440 dernières observations de diphtérie de la Clinique des maladies infectieuses de Lyon nous a fourni, sur 50 cas compliqués de paralysies, les chiffres suivants :

Paralysies du voile	44
Polynévrites des membres	23
Paralysies de l'accommodation	18
Paralysies du pharynx	10
Paralysies de l'œsophage	10
Paralysies de la musculature extrinsèque de l'œil	4
Paralysies faciales (dont 1 cas bilatéral)	3
Paralysies (ou parésies) laryngées	3

Ainsi, après l'atteinte du voile, des membres et de l'accommodation, la paralysie œsophagienne vient au 4e rang, avec le même nombre de cas que la paralysie du pharynx : coïncidence qui n'est pas due au hasard, mais au fait que ces 2 atteintes motrices des premiers segments du tube digestif sont associées dans tous les cas observés. Loin derrière viennent les paralysies faciales, laryngées et de la musculature extrinsèque de l'œil qui sont vraiment les paralysies rares (6 à 9 pour 100).

La paralysie de l'œsophage n'est jamais isolée. Elle est *toujours associée* à des paralysies multiples : voile (10 fois), pharynx (10 fois), accommodation (5 fois), polynévrite (5 fois), paralysie faciale (2 fois), paralysie oculaire (2 fois), paralysie laryngée (2 fois). Dans un cas seulement il n'y avait que la triade : voile, pharynx, œsophage.

* * *

Modalités étiologiques. — La paralysie œsophagienne n'est pas l'apanage du syndrome paralytique de la diphtérie. L'un de nous l'a observée dans de nombreux états pathologiques. Cependant, c'est au cours de la diphtérie que sa constatation est la plus fréquente. Toutes les formes cliniques de la maladie peuvent offrir cette complication. Nous l'avons notée dans les diphtéries les plus bénignes, et même après des diphtéries méconnues où, avec l'atteinte du voile et celle de l'accommodation, elle imposait un diagnostic rétrospectif.

Cependant ce n'est pas la règle. Le plus habituellement elle apparaît après des angines sévères et même parfois à caractère malin d'emblée. Au moment même de sa constitution, elle peut coexister avec le syndrome malin tardif.

L'influence du sexe est nulle. Il n'en est pas de même de celle de l'âge : toutes nos observations concernent des adultes ou même des adolescents. Mais encore faut-il tenir compte des difficultés extrêmes de l'examen pharyngo-laryngé et de l'ingestion de bouillie opaque chez de jeunes enfants. Cliniquement, nous avons vu des enfants qu'on était obligé de gaver en raison d'une dysphagie très accusée, sans pouvoir faire la preuve formelle de l'atteinte œsophagienne. Il nous paraîtrait donc exagéré, et d'ailleurs irrationnel, d'affirmer que les enfants n'ont pas de paralysie diphtérique de l'œsophage.

* * *

Particularités séméiologiques. — La principale et peut-être la seule cause de la méconnaissance de la paralysie œsophagienne est due au fait qu'elle n'apparaît que chez des diphtériques ayant déjà une paralysie vélique. On est donc en présence de malades graves — nous l'avons déjà noté — chez lesquels se produit du reflux des liquides par le nez à chaque tentative alimentaire : ce symptôme objectif masque la dysphagie œsophagienne paralytique, cependant bien caractéristique pour qui la connaît.

Il suffit d'y penser pour que l'interrogatoire précise les aspects de cette dysphagie. Son caractère le plus évident est d'être mécanique. Tandis que les liquides (mis à part la possibilité de leur reflux nasal) descendent bien, les aliments pâteux exigent des efforts répétés et longtemps infructueux pour être déglutis. Ils ne parviennent que difficilement à franchir la bouche de l'œsophage. Même après le passage de ce premier obstacle, la gêne éprouvée par les malades ne cesse pas : ils sentent que le bol alimentaire ne progresse pas ou très lentement. Ils en éprouvent une sensation de réplétion intrathoracique rétro-sternale qui est parfois angoissante. La seule atténuation à cet état est apportée par l'absorption répétée de liquide : certains sujets doivent boire plusieurs gorgées après chaque bouchée plus consistante pour la faire descendre. A la limite, ces malades deviennent incapables de s'alimenter et il faut les gaver à la sonde, parfois pendant quelques jours seulement, mais parfois peu-dix, douze jours et même davantage. Avant que cette pratique ne fût devenue systématique à la Clinique, de pareils sujets parvenaient en quelques jours à un état d'extrême dénutrition.

Les deux temps de cette dysphagie, pharyngien puis œsophagien, sont objectivés par deux examens : pour le premier l'investigation pharyngolaryngée au miroir, pour le second la radioscopie.

L'examen pharyngo-laryngé. — Outre la paralysie du voile sur laquelle nous n'insistons pas ici, montre :

1° *La paralysie de la tunique musculaire pharyngienne :* difficile à constater lorsque l'atteinte motrice bilatérale est absolument symétrique, elle est évidente si l'un des côtés est moins atteint et conserve quelques contractions musculaires (signe du rideau), ce qui est d'ailleurs le cas le plus fréquent.

2° *L'hypo-esthésie et souvent même l'anesthésie complète* de tout le carrefour aéro-digestif (y compris le larynx : fausses routes de déglutition fréquentes avec *toux tardive par excitation sous-glottiques*). Il s'agit d'une anesthésie purement sensitive. Les troubles sensoriels gustatifs sont exceptionnels, nous n'en avons jamais observé. La perte de la sensibilité doit, croyons-nous, intervenir au même titre que la paralysie motrice dans les troubles de la déglutition constatés chez nos malades.

3° *Enfin l'accumulation de salive dans les deux sinus piriformes* (Chevalier-Jackson) = signe capital, de constatation immédiate, indiquant l'obstacle constitué par le tonus propre de la bouche de l'œsophage. Son existence nous paraît autoriser l'affirmation de la paralysie œsophagienne sous-jacente. Son atténuation progressive est parallèle, quoique avec un peu de retard, à la régression de la dysphagie, très clairement exprimée par les malades. Son absence dûment vérifiée — un cas tout récent nous l'a prouvé — permet d'éliminer l'hypothèse de la paralysie de l'œsophage. Par contre, un autre cas vient de nous le démontrer, les symptômes fonctionnels de la dysphagie paralytique peuvent précéder de vingt-quatre ou quarante-huit heures la constatation objective du signe de Chevalier-Jackson.

Examen radioscopique. — Fortement présumée par les caractères de la dysphagie, presque affirmée par l'existence du signe de Chevalier-Jackson la paralysie de l'œsophage est rendue visible par l'examen radioscopique *après absorption de bouillie épaisse*. Cet examen doit être pratiqué, le sujet étant debout, au plus assis, obligation qui rend l'investigation difficile, voire impossible chez de grands malades asthéniques et parfois atteints de polynévrite des membres.

Alors qu'une bouillie liquide suit le canal œsophagien avec une extrême rapidité, presque en chute libre, au point que l'œil a de la peine à enregistrer, du pharynx à l'estomac, les diverses phases du transit œsophagien, une gorgée de bouillie épaisse, pâteuse (de la consistance d'une crème fortement réduite) a un sort tout différent.

Dans un premier temps on assiste aux tentatives répétées faites par le malade pour amener la gorgée à la bouche de l'œsophage et la lui faire franchir. La paralysie — vélique surtout — ôte toute efficacité au temps pharyngien de la déglutition : il nous est arrivé d'être obligés d'amener la bouillie barytée au-dessous de la bouche de l'œsophage au moyen d'une sonde en cas d'impossibilité absolue de déglutir.

Dans un deuxième temps on voit la substance opaque descendre lentement, paresseusement dans un œsophage absolument inerte, sans trace de péristaltisme ni d'antipéristaltisme, qu'elle remplit en entier. Elle s'accroche un instant au détroit aortique, stagne un peu au-dessus du diaphragme sans que nous ayons jamais vu à ce niveau, même ébauchée, la dilatation signalée par certains. Puis elle finit par aboutir à la cavité gastrique où son comportement mérite une étude particulière. Parfois le gros de la masse est déjà parvenu à l'estomac qu'il en reste encore de petits amas en divers points de l'œsophage. Au bout de vingt minutes on distingue encore les contours de l'œsophage indiqués par un liséré adhérant à la paroi du conduit.

Si l'on se reporte, entre temps, à l'étape pharyngo-laryngée, on voit, objectivé à l'écran, le signe de Chevalier-Jackson sous l'aspect de deux taches en grains de raisin dessinant chacune les contours d'un des sinus piriformes, constatation radiologique que l'un de nous, avec A. Lévy, a faite dès 1938 [2] (Le syndrome radiologique de la paralysie de l'œsophage, Société d'Electro-Radiologie du Sud-Est, 7 Mars 1938.)

Ajoutons encore que ces malades, qui déglutissent si mal et avec tant de peine, n'ont jamais, à la différence de tous les sténosés œsophagiens, même légers, ni régurgitations ni vomissements ; l'absence constatée à l'écran, de tout antipéristaltisme, et aussi, nous l'admettons aujourd'hui, la paralysie gastrique en donnent la raison nécessaire et suffisante.

Nous venons d'invoquer l'atteinte de l'estomac chez nos malades. C'est qu'en effet, après avoir longtemps négligé le temps gastrique de l'examen radiologique, l'observation d'un cas récent nous a imposé une tout autre attitude. Sans vouloir entrer dans le détail de cette question nouvelle, nous désirons cependant en présenter un bref aperçu puisque aussi bien il n'est pas illogique de présumer que l'atteinte du pneumogastrique, susceptible de donner une paralysie œsophagienne

1. On trouvera les principales indications bibliographiques dans la thèse récente de notre élève P. Pomier-Layrargues : *Les paralysies de l'œsophage au cours de la diphtérie*, Lyon, 1943-1944 et dans celle de Tor-Fen : *La Paralysie de l'œsophage*, Lyon, 1937-1938.

2. Le syndrome radiologique de la paralysie de l'œsophage *Société d'Electro-Radiologie du Sud-Est*, 7 Mars 1938.

n'arrête pas ses effets au cardia, mais les continue sur l'estomac.

Chez ce malade la constatation d'une énorme bulle gazeuse gastrique retint notre attention : l'estomac présentait un aspect très particulier avec trois portions différentes. En haut la poche aérienne surmontant une portion étalée en cupule, opacifiée par la bouillie barytée ; en bas la région prépylorique d'aspect normal. Entre les deux une portion étirée, rétrécie, comme spasmée. C'était, en un mot, l'aspect radiologique d'un estomac en cascade. Mais tandis que la portion inférieure présentait des contractions — il est vrai espacées et peu intenses — les deux segments supérieurs ne montraient aucune activité musculaire. Enfin cet estomac était ptosé, le bas-fond très au-dessous des crêtes iliaques. Ces anomalies gastriques, revues maintes fois lors d'examens successifs, ont complètement disparu, en même temps que s'affirmait la guérison clinique. A ce syndrome radiologique correspond une symptomatologie fonctionnelle fruste : sensation de réplétion gastrique très rapide, pesanteur et ballonnement, lenteur de la digestion, et surtout disparition des éructations.

Cette première constatation n'est pas restée isolée et nous avons pu faire des observations en tous points analogues chez une série de diphtériques présentant la dysphagie œsophagienne paralytique [3].

Point n'est besoin d'autre signe pour affirmer la paralysie œsophagienne chez un diphtérique. A titre d'information nous avons, au début de nos recherches, fait quelques œsophagoscopies. Leur intérêt diagnostique étant nul, nous y avons vite renoncé chez ces malades toujours graves. La seule caractéristique de ces endoscopies est leur extrême facilité. L'hypo- ou l'anesthésie pharyngo-laryngée permet de réduire l'anesthésie au minimum. Le tonus propre de la bouche de Killian, sans aucun élément spasmodique surajouté, n'est qu'un faible obstacle pour le tube œsophagoscopique. Sa progression se continue ensuite sans peine dans un œsophage à paroi flasque que la spatule écarte au fur et à mesure de son avance. La muqueuse s'est toujours montrée normale. On a signalé quelques cas de diphtérie de l'œsophage, qui serait alors tapissé de fausses membranes. Nous n'en avons pas vu et pour nos malades non œsophagoscopés, dont le pharynx était absolument libre de tout exsudat, il n'y a aucune raison de penser à une si rare localisation du bacille de Lœffler.

*
* *

Évolution et pronostic. — L'atteinte paralytique œsophagienne n'est pas précoce. Elle n'apparaît pas avant le quinzième ou le dix-huitième jour après le début de l'angine et parfois un peu plus tard. Elle est postérieure à la paralysie vélique et appartient à la phase où se constitue le grand syndrome paralytique dont elle n'est qu'un des éléments.

Sa durée est en général intermédiaire entre les paralysies à régression plutôt rapide comme celle du voile et les paralysies tardives, parfois désespérément traînantes. En moyenne elle persiste quinze à vingt ou vingt-cinq jours ; mais dans certains cas, heureusement rares, nous l'avons vue se maintenir pendant deux et même trois ou quatre mois avec, il est vrai, une atténuation progressive de ses caractères fonctionnels. Mais à l'inverse du début où la dysphagie peut précéder — de peu, sans doute — les signes radiologiques, les troubles de la déglutition s'amendent avant la disparition complète du syndrome radiologique.

Convenablement traitée, la paralysie de l'œsophage en elle-même n'est pas grave. Il y a quelques années nous avons vu, quelques heures après son hospitalisation, mourir un enfant avec une atteinte œsophagienne, dans un tel état de cachexie et avec un tel amaigrissement, qu'on pouvait certes dire qu'il était mort de faim. Maintenant que l'on donne à ces malades une alimentation peu épaisse « à la demande » de leur dysphagie en quelque sorte, et surtout qu'on les gave chaque fois qu'il est nécessaire, nous n'assistons plus à de pareils drames.

Il faut noter que l'anesthésie pharyngo-laryngée permet, dans les voies respiratoires, la pénétration aisée des substances alimentaires : nous avons maintes fois vu la salive et les glaires accumulées atteindre le rebord de la margelle laryngée, et s'écouler, comme un trop plein dans l'entonnoir laryngo-trachéal ; de même sous l'écran nous avons vu, par le même mécanisme, la substance opaque pénétrer dans la trachée et descendre assez bas avant que n'intervienne la secousse de toux protectrice. On pourrait donc redouter des complications infectieuses broncho-pulmonaires fréquentes et graves : il n'en est rien et sur l'ensemble de nos observations nous n'en avons rencontré qu'un cas peu probant.

*
* *

Le mécanisme pathogénique de la paralysie œsophagienne est encore incertain. Toutes les questions discutées ou encore en suspens pour les paralysies diphtériques en général ne sont pas seules en cause ici : des points particuliers sont à préciser pour l'œsophage. Tels, par exemple, le rôle joué par l'atteinte sensitive qui nous a paru de règle ou la part revenant à l'atteinte des dispositifs nerveux autonomes de la paroi du conduit œsophagien. Enfin si l'on admet — et la chose ne paraît pas en discussion — que la paralysie de l'œsophage est un signe d'atteinte des noyaux du vague, il faut souligner le caractère électif et parcellaire de cette atteinte. Il ne nous paraît donc pas encore possible d'élucider dans tous ses détails la pathogénie de la paralysie de l'œsophage, pas plus que celle de l'estomac qui en est le corollaire fréquent si ce n'est constant.

3. P. Mounier-Kuhn et M. Vialtel : Un signe nouveau d'atteinte du pneumo-gastrique au cours de la diphtérie : La paralysie de l'estomac (*Société Médicale des Hôpitaux de Lyon*, 9 Janvier 1943) et *Thèse* de M. Vialtel, Lyon, 1941-1942.

ÉPIDIDYMITE LYMPHOGRANULOMATEUSE

PAR MM.

André SICARD, L. LEGER et J. LEVADITI

(Paris)

Nous avons eu l'occasion d'observer un cas d'épididymite en relation avec une maladie de Nicolas et Favre, et nous pouvons apporter les preuves biologiques de cette étiologie particulière et d'ailleurs rare.

Jean P..., 48 ans, garçon de courses, entre le 2 Septembre 1940 dans le service pour une tuméfaction scrotale bilatérale.

Le début s'est fait deux semaines auparavant par des douleurs hypogastriques qui ont duré trois à quatre jours. Après cette période aiguë, le malade s'est rendu compte d'une augmentation de volume des bourses, sans douleur locale et sans élévation thermique. C'est la bourse gauche qui a présenté la tuméfaction la plus importante. En quelques jours, elle a triplé de volume, entraînant des douleurs à la station debout, mais sans irradiation.

Les antécédents du malade sont particulièrement chargés. En 1917 et en 1924, il présente un abcès de la marge de l'anus qui se fistulise. En 1923, blennorragie. A la même époque, le malade a noté l'existence de deux excoriations préputiales qui n'étaient pas indurées, ne s'accompagnaient pas d'adénopathies et ont disparu spontanément en une dizaine de jours.

En 1930, rétrécissement du rectum qui nécessite un anus iliaque gauche dont le malade est toujours porteur. En même temps existait une adénite inguinale bilatérale indolore formée de ganglions durs, mobiles, roulant sous le doigt, qui n'a jamais eu de tendance suppurative.

Après établissement de la colostomie iliaque, se déclare un abcès de la fesse qui s'ouvre spontanément à droite de l'anus, laissant une fistule aux bords éversés non épaissis et qui ne s'est jamais tarie. En 1940, apparition de deux abcès entre l'anus et la racine des bourses. Ces collections s'ouvrent spontanément et guérissent bien.

A l'examen, on découvre l'existence d'une épididymite bilatérale. Le scrotum est distendu, de coloration rosée. La peau est lisse, un peu œdématiée. A droite comme à gauche, l'épididyme est augmenté de volume, peu douloureux au palper. Son hypertrophie est uniforme, sans bosselures ni zones fluctuantes. Les testicules apparaissent normaux. Il n'existe pas de lésions de déférentite. Le toucher rectal confirme l'existence du rétrécissement déjà mentionné.

En raison des antécédents, en l'absence d'une autre étiologie vraisemblable, et nous souvenant de l'observation de Huard et Joyeux, nous portons ferme le diagnostic de localisation épididymique de la maladie de Nicolas-Favre. L'intradermo-réaction de Frey se montre, d'ailleurs, positive.

Une thérapeutique sulfamidée est instituée pendant une quinzaine de jours. Elle reste inefficace.

Intervention, le 16 Septembre 1941 : épididymectomie bilatérale. A droite, l'épididyme est dur, calcifié, très adhérent. La vaginale est, elle aussi, adhérente. A gauche, l'épididyme est augmenté de volume sans adhérences.

Examen histologique (P. Gauthier-Villars) : *côté droit*, prolifération fibreuse avec zones de calcification et épaississement des parois vasculaires. *Côté gauche*, la sclérose inflammatoire, l'endo- et la périvascularite, les foyers lymphoplasmocytaires rappellent la structure des formes chroniques de la maladie de Nicolas-Favre.

Tentative d'isolement du virus (M. Jean Levaditi) : chaque épididyme est broyé séparément et émulsionné dans du sérum physiologique. Les deux émulsions ainsi préparées sont inoculées chacune à 2 cobayes (injection sous-cutanée de 2 cm^3 dans la peau du flanc droit et à 5 souris (injection intracérébrale).

Avec l'épididyme gauche, aucun phénomène pathologique n'a pu être observé chez les animaux inoculés. Sacrifiés dix jours après l'injection, leurs organes étaient indemnes de toute altération histologique.

L'émulsion de tissu épididymique droit, inoculée à des cobayes, a déterminé au bout de dix jours l'apparition d'une adénite inguinale avec péri-adénite hémorragique (cultures de contrôle stériles). La réaction histologique intense, composée de Mastzellen, de plasmocytes, de nombreux éléments éosinophiles, qui la caractérisent, est en tous points identique à celle déterminée chez cet animal par le virus de la maladie de Nicolas-Favre.

En l'absence de singes, il fut impossible d'effectuer des passages à partir de ces lésions.

Au total : les lésions déterminées par l'injection au cobaye de l'émulsion préparée à partir de l'épididyme droit permettent d'affirmer la présence du virus de la maladie de Nicolas-Favre dans cet organe.

Les épididymites dues à la maladie de Nicolas et Favre sont indiscutablement rares et peu connues. Chauvin n'y fait aucune allusion dans son rapport au Congrès d'Urologie (1934), sur les orchi-épididymites en dehors de la tuberculose et de la syphilis.

La première observation d'épididymite lymphogranulomateuse nous paraît être celle de Sato (*Japanese Journal of Dermatology*, 1936, p. 75), dont nous n'avons pas pu nous procurer le texte original et dont nous rapportons le résumé donné par Bizzozero : Un homme de 65 ans, porteur d'une poradénite inguinale gauche fistulisée, présente une épididymite très douloureuse qui, sans lésion prostato-urétrale, et après ramollissement, se fistulise. Le pus qui s'en écoule permet d'isoler un antigène lymphogranulomateux. Par la suite, l'épididyme devient scléreux.

D'authenticité infiniment plus contestable paraissent être les observations de Coutts et Vargas Zalazar (*Annales des maladies vénériennes*, 1936, p. 895). Ces auteurs discutent la nature lymphogranulomateuse d'épididymites, survenues chez des sujets paraissant atteints de maladie de Nicolas et Favre, mais dont la preuve étiologique n'a pu être faite. A notre sens, 2 seulement de leurs observations (cas 3 et 4) méritent d'être retenues comme les moins discutables, encore qu'elles n'apportent aucune preuve formelle.

L'observation III des auteurs a trait à un épididyme tuméfié en masse avec un noyau dur et indolore de la queue. Le cordon est normal. Les urines sont claires, renfermant quelques germes banaux après massage prostatique. L'examen histologique après épididymectomie décèle une légère fibrose avec infiltration cellulaire de nature inflammatoire, de petits foyers de suppuration, pas de lésions tuberculeuses.

L'observation IV de Coutts et Vargas Zalazar dénote une augmentation de volume, indolore des deux épididymes. Dans les antécédents on relève deux blennorragies et une adénite inguinale droite suppurée et fistulisée dix ans auparavant. Les déférents sont normaux, ainsi que la prostate et les vésicules séminales. Sérologie négative pour la gonococcie et la syphilis ; par contre la réaction de Frey se montre intensément positive. L'examen histologique après épididymectomie montre une sclérose sans lésions tuberculeuses.

Les deux observations de Bizzozero et Franch (*Minerva Medica*, 9 Septembre 1937, p. 241) sont déjà plus convaincantes, car elles font la preuve de la nature lymphogranulomateuse de l'urétrite

ni accompagnait l'épididymite présentée par leurs malades.

L'observation n° 1 a trait à une épididymite gauche, avec prise en masse de l'organe qui présente le plus à sa partie moyenne un noyau douloureux du volume d'un haricot. Le testicule est de consistance plus ferme que la normale. Cordon, prostate et vésicules séminales sont indemnes. A droite, rien d'anormal. Le début des accidents a été fébrile et l'examen bactériologique du pus urétral ne montre pas de gonocoques, mais seulement de rares polynucléaires. La spermoculture donne naissance à quelques colonies de staphylocoques. Le malade présente des antécédents blennorragiques et syphilitiques. L'intradermo-réaction de Frey est positive, avec certains antigènes, négative avec d'autres. A chaque intradermo-réaction à l'antigène lymphogranulomateux, le noyau épididymaire gauche augmente un peu de volume. Le traitement par les sels d'antimoine entraîne une amélioration de l'urétrite et une diminution de volume du noyau épididymaire.

Le malade n° 2 de Bizzozero et Franchi présentait un épididyme droit sensible, augmenté de volume en masse, avec à sa partie moyenne un noyau égal en volume à la moitié du testicule. Rien de particulier à signaler pour le reste de l'examen. Le début des accidents avait été douloureux et s'était manifesté au décours d'une urétrite. L'examen microscopique du pus urétral ne décèle aucun germe, mais seulement quelques polynucléaires peu altérés. L'intradermo-réaction de Frey se montre négative avec un antigène, positive avec deux autres. Le traitement par les sels d'antimoine améliore l'urétrite et l'épididymite.

Ces deux malades de Bizzozero et Franchi présentaient l'un et l'autre une intradermo-réaction de Frey positive, au moins avec certains antigènes. La preuve de la nature lymphogranulomateuse de l'urétrite observée chez ces deux patients, a été faite par les auteurs : ceux-ci ont en effet pratiqué une série d'intradermo-réactions en se servant, comme antigène, du pus urétral ; chez les sujets sains, la réaction s'est toujours montrée négative, alors qu'elle était constamment positive chez les sujets atteints de maladie de Nicolas et Favre évidente.

Restait à administrer la preuve de l'identité de nature de l'épididymite et de l'urétrite. Mais là s'arrête la démonstration à laquelle Bizzozero et Franchi substituent un raisonnement, plausible d'ailleurs : suivant ces auteurs, en effet, l'apparition après une urétrite lymphogranulomateuse, l'amélioration obtenue par le traitement aux sels d'antimoine constituent des preuves suffisantes de la nature lymphogranulomateuse de ces épididymites et rendent superflue toute discussion.

L'observation de Huard et Joyeux (*Annales d'Anatomie Pathologique*, 1939, p. 228) est plus convaincante, car elle s'accompagne d'un examen histologique de l'épididyme, que complète la notion d'une intradermo-réaction de Frey positive.

Après un début douloureux et fébrile, leur malade présente un épididyme bosselé, hypertrophié, rénitent, légèrement douloureux. Le cordon est dur, avec des nodosités multiples. La vaginale est fortement épaissie. Rien de particulier au toucher rectal. Les urines sont aseptiques. Au cours de l'épididymectomie, on ouvre plusieurs abcès dont un autour du déférent. Culture du pus négative. L'examen anatomo-pathologique décèle une inflammation du stroma péritubulaire. Certaines régions apparaissent truffées de nodules inflammatoires dont la disposition et la composition bigarrée rappellent à l'évidence les lésions de la maladie de Nicolas et Favre. Huit jours après l'intervention, une intradermo-réaction de Frey se montre très fortement positive.

Le relevé des observations publiées se résume donc en 6 observations, dont 2 au moins sont discutables.

Sato : Epididymite apparaissant au cours d'une poradénite inguinale ; on isole le virus lymphogranulomateux à partir du pus épididymaire.

Coutts et Vargas Zalazar : Deux cas d'épididymite de nature non démontrée. L'un des sujets présentait une réaction de Frey positive.

Bizzozero et Franchi font la preuve de la nature lymphogranulomateuse de l'urétrite présentée par leurs deux malades et estiment que l'épididymite ne saurait être d'autre nature.

Huard et Joyeux, dans leur cas, apportent des preuves histologiques et biologiques (réaction de Frey positive) de l'étiologie lymphogranulomateuse de l'épididymite qu'ils ont observée.

Nous avons eu la chance de pouvoir confronter ces différents critères. Notre malade présente une rectite sténosante ; la réaction de Frey est positive ; l'examen histologique de l'épididyme gauche rappelle la structure des formes chroniques de la maladie de Nicolas et Favre ; le virus lymphogranulomateux a pu être isolé à partir de l'épididyme droit.

A partir d'un si petit nombre d'observations, d'ailleurs fort disparates dans leur aspect, il serait audacieux d'essayer de tracer le tableau de l'épididymite lymphogranulomateuse. On y voit, en effet, que le début peut être fébrile ou apyrétique, douloureux ou indolent. L'atteinte épididymaire peut être uni- ou bilatérale, se présenter sous la forme d'une hypertrophie massive ou nodulaire ; la funiculite et la déférentite sont inconstantes ; par contre, on constate régulièrement l'absence de toute atteinte prostato-vésiculaire. Dans deux cas seulement, existaient des antécédents évocateurs, poradénite inguinale fistulisée chez le malade de Sato, sténose rectale chez le nôtre.

En admettant reconnue la nature lymphogranulomateuse d'une épididymite, quelle doit être la sanction thérapeutique ? Soulignons d'abord l'inefficacité de la sulfamidothérapie chez notre malade. Bizzozero et Franchi se sont bien trouvés d'avoir eu recours aux sels d'antimoine. L'exérèse chirurgicale à laquelle, après Huard et Joyeux, nous avons procédé, guidés, il faut le reconnaître, par la curiosité, nous semble rétrospectivement justifiée en raison de la fistulisation possible, observée par Sato.

En résumé, l'épididymite lymphogranulomateuse est indiscutablement une rareté. Néanmoins cette étiologie nous paraît à retenir dans le diagnostic des épididymites. D'autre part, la connaissance de cette localisation tend à élargir le cadre de la maladie de Nicolas et Favre à laquelle il est maintenant classique de rapporter la majorité des rétrécissements du rectum, que Gatellier et Rudler ont récemment montré pouvoir être à l'origine de sténoses péri-urétrales et que l'on peut ainsi tenir pour responsable de certaines épididymites, même en l'absence de localisation ganglionnaire ou rectale révélatrice.

(*Clinique chirurgicale de la Salpêtrière.* Prof. H. Mondor.)

LA PLACE DE L'ENDOSCOPIE PLEURALE DANS LES AFFECTIONS THORACIQUES

Par J.-P. NICO,
Assistant à l'Hôpital Laennec
(Paris)

Dès la publication par Jacobæus de ses premiers essais de thoracoscopie, ce nouveau mode d'exploration s'est orienté immédiatement vers la libération des adhérences pleurales, rendant incomplets les pneumothorax thérapeutiques. N'aurait-elle eu que cette application qui fit faire un si net progrès à la technique phtisiologique, l'avenir de la pleuroscopie était assuré. On avait oublié cependant que l'intention première du médecin scandinave était avant tout de serrer de plus près le diagnostic d'affections abdominales, puis thoraciques, par la vision directe laparoscopique, puis endopleurale de l'anatomie pathologique sur le vivant. Ce diagnostic pleuroscopique, en vérité, ne commence seulement à être utilisé que depuis peu d'années et n'a pas encore donné la mesure complète de ses possibilités.

I. — La pleuroscopie diagnostique.

Elle est praticable aussitôt après la création du pneumothorax, il suffit d'un décollement assez large pour permettre les manœuvres intrapleurales. Elle s'adresse avant tout au diagnostic des opacités intrathoraciques du type non inflammatoire, qu'il s'agisse de tumeurs solides bénignes (fibromyomes, neurinomes...) ou malignes (épithéliomes d'origine bronchique, ou pleurale, ostéosarcomes...) de tumeurs kystiques dermoïdes, hydatiques ou séreux, ou enfin de formations kystiques aériennes. Leur localisation antérieure ou postérieure, intra- ou extra-pleurale, leurs rapports avec la paroi costale, la gouttière vertébrale, le médiastin, leur aspect général arrondi, polylobé ou pédiculé, la surface régulière lisse ou tomenteuse et bosselée, brillante, parfois translucide, la vascularisation de la poche..., autant de caractères en faveur d'un *diagnostic positif de présomption*. Dans un certain nombre de cas une biopsie endopleurale prudente, avec ou sans diathermo-coagulation, pourra venir asseoir le diagnostic de *certitude* par l'examen histologique. Non moins intéressant est le *diagnostic d'opérabilité*. Cet intérêt d'explorer la surface pulmonaire et la cavité pleurale elle-même n'a pas échappé aux chirurgiens, surtout anglo-saxons, qui les premiers pratiquèrent la thoracoscopie comme temps préalable aux interventions d'exérèse. Il n'est pas indifférent en effet pour le chirurgien de connaître le volume exact de la tumeur, ses rapports de voisinage, la mobilité, l'étendue et la topographie des adhérences, les zones décollables, la vascularisation, etc. Trop souvent encore, hélas ! en attendant que le diagnostic de néoplasie puisse être porté à coup sûr au début de son évolution, la pleuroscopie viendra opposer un veto formel à toute tentative chirurgicale. C'est le cas des masses plus évoluées que ne le faisait prévoir la radiologie la plus minutieuse, c'est la constatation de métastases en tâches de bougie sur la plèvre, ou de masses ganglionnaires plus ou moins exubérantes soulevant la plèvre médiastine ou agglomérées aux vaisseaux du hile, comme nous avons pu l'observer à deux reprises.

A côté de la pathologie tumorale, la question des pneumothorax spontanés a bénéficié de la pratique de l'endoscopie pleurale. Leurs rapports avec les formations kystiques aériennes ont pu être ainsi mieux précisés. On connaît, surtout depuis les travaux des auteurs sud-américains (M. Castex, Pardal, Mazzei...) la pathogénie des pneumothorax bénins dits idiopathiques, par rupture de bulles sous-pleurales congénitales, cicatricielles, de vésicules emphysémateuses ou de kystes aériens superficiels plus ou moins volumineux, depuis les grains de raisin de la maladie polykystique jusqu'aux gros kystes ballons que nous avons vus occuper la moitié d'un hémithorax. La pleuroscopie pratiquée systématiquement dans ces pneumothorax spontanés fera découvrir souvent cette origine mécanique par rupture de formations aériennes et permettra d'éliminer toute suspicion de bacillose, si grosse de conséquences morales et économiques.

Dans ce court exposé nous ne prétendons pas résumer toutes les indications de la pleuroscopie à titre diagnostique. Elle fera faire d'autant plus de découvertes utiles et parfois surprenantes qu'elle sera pratiquée plus régulièrement, comme l'y autorise sa grande bénignité. Nous jugeons inutile de préciser que cette exploration, de même que les autres procédés endoscopiques, n'est pas infaillible. La pleuroscopie peut dans un cas déterminé ne rien montrer d'intéressant, sans que cela puisse être porté au passif de la méthode. Il importe de lui faire confiance, et de lui permettre une diffusion plus large parmi les techniques de diagnostic thoraciques, vu l'importance, voire le caractère décisif des arguments qu'elle est capable d'apporter dans le plateau de la balance.

II. — Pleuroscopie en vue de la section d'adhérences.

Intervention autonome quand elle est destinée à des buts diagnostiques, la pleuroscopie dicte dans bien des cas la décision du maintien ou de l'abandon d'un pneumothorax inefficace ou insuffisamment efficace. Dans ce dernier cas elle pourra permettre éventuellement la localisation précise de zones symphysaires en vue de la thoracoplastie de substitution.

Suivie et complétée par la section des brides elle forme une intervention sobre, élégante e

éminemment satisfaisante pour l'esprit, si l'on admet la prépondérance du facteur mécanique dans l'action de la collapsothérapie, ce qui est difficilement niable. Aussi la constatation derrière l'écran d'un beau moignon électivement collabé et ramassé autour du hile, à la place d'un lobe tiraillé en tous sens, peut-elle légitimement communiquer l'impression d'avoir fait acte utile au malade.

Les indications classiques de la pleurolyse sont tirées de l'inefficacité totale ou de l'efficacité partielle ou trop lentement progressive du pneumothorax, tant au point de vue clinique (retard à l'amélioration de l'état général et fonctionnel, survenue de complications inopinées) que bactériologique (trop longue persistance des bacilles) et radiologique (cavités sous-tendues par des brides nettement visibles ou seulement suspectées). Les indications sont donc en définitive très multiples, et il n'est pas illogique de dire qu'il n'existe que des contre-indications. Celles-ci sont rares : grosse toux incoercible, épanchements abondants à leur phase de début, très petites poches pleurales. Quant au délai optimum pour intervenir, s'il n'est guère possible de tracer une ligne de conduite immuable, l'on peut condenser en quelques règles très générales et très souples la manière d'agir de la plupart des auteurs. Elles tiennent compte de l'urgence clinique et de l'état d'étirement des adhérences :

a) *Opérer après le troisième mois* les cavités nettement sous-tendues par des brides ;

b) *Opérer rapidement* certains cas constituant de véritables urgences : hémoptysies sous-pneumothorax, cavernes très superficielles, cavernes soufflées augmentant rapidement de volume, poussées rapides dans le moignon, pneumothorax en cours de grossesse ;

c) Enfin on peut être amené à *agir tardivement* sur des lésions à rechutes, sous-pneumothorax bridés restés longtemps efficaces. Eventualité fréquente, souvent regrettable, et que seule une intervention précoce eût pu éviter.

D'une manière générale, les perfectionnements de la technique et de l'habileté opératoire ont élargi les indications et raccourci les délais d'attente. Mais toujours il ne peut s'agir que de cas d'espèces, chaque cas devant être discuté à part en tenant compte de l'ancienneté du pneumothorax, de la présence ou non de bacilles, certains auteurs se refusant encore à sectionner les adhérences d'un pneumo bactériologiquement efficace, nous verrons plus loin si cette manière de voir est toujours justifiable. Doivent entrer en ligne de compte dans la discussion de l'opportunité de l'intervention la gravité et la bilatéralité lésionnelles : s'agit-il d'un pneumothorax homolatéral créé sur une lésion fraîche et limitée, du type de l'infiltrat précoce par exemple, il est d'usage de n'intervenir qu'avec une certaine circonspection et en laissant agir le temps. La bilatéralité, au contraire des lésions, dicte la nécessité de réaliser la pleurocaustie précocement et coûte que coûte, la vie du malade en dépendant, puisqu'il ne pourra être question chez lui de substituer la collapsothérapie chirurgicale au pneumothorax inefficace. Ceci reste valable pour le pneumothorax bilatéral. L'accord semble fait sur la nécessité de la pleuroscopie précédent systématiquement l'instiuttion du deuxième collapsus ; il y a en effet grand intérêt à conférer au pneumothorax existant le maximum d'efficacité, fût-ce au prix d'une intervention longue et audacieuse.

En résumé, en dehors des rares pleuroscopies d'urgence, on reste pratiquement dans l'expectative de longs mois et l'on intervient lorsque l'amélioration marque le pas.

Les tendances actuelles : la pleurolyse précoce. — La plupart des phtisiologues, au fur et à mesure que leur expérience s'affirme, interviennent beaucoup plus tôt, dès que la section leur paraît techniquement possible. C'est après un mois, souvent même après quelques insufflations seulement que la pleurolyse est tentée, en dehors de toute question d'urgence. Cette manière de faire nous paraît très rationnelle. En effet, un collapsus aussi complet et aussi précoce que possible est souvent le seul moyen d'éviter les dangers du pneumothorax incomplet : perforations, poussées liquidiennes abondantes, bilatéralisations évoluant souvent rapidement. La pleurolyse précoce constitue le corollaire nécessaire du pneumothorax précoce, notion fondamentale de la théorie collapsothérapique. Le pneumothorax s'adresse avant tout aux lésions fraîches, élastiques et rétractiles, aux cavités souples et à parois molles : son action est beaucoup plus incertaine contre des lésions plus anciennes et indurées, des spélonques encapsulées aux parois rigides. Si l'on admet ce principe, il sera logique de croire que la précocité de la pleurolyse accroît son efficacité. Il s'agit de gagner de vitesse le processus d'organisation des lésions, si l'on veut espérer obtenir une guérison solide qui s'accompagne si possible de nettoyage radiologique ultérieur. Dans la pratique courante, il faut bien l'avouer, si l'on a souvent la chance de traiter une lésion récente, nombreux, par contre, sont les cas où l'on doit instituer le pneumothorax sur des lésions déjà plus ou moins évoluées et vieillies. Plus on temporisera pour compléter ce collapsus, plus on augmentera le laps de temps perdu pour la guérison. Relevons une autre raison d'ordre psychologique : en cas d'amélioration et d'efficacité d'emblée ou progressive, le médecin pourra « partager l'optimisme du malade qui se sent de mieux en mieux » (Dumarest) et finalement surseoir à l'intervention. Mieux vaut donc en définitive sectionner très tôt, sans attendre l'allongement complet des brides, expectative d'ailleurs souvent vaine. Ces adhérences fraîches paraîtront en général plus épaisses, mais elles sont de texture molle, celluleuse, de coupe facile, contrairement aux adhérences anciennes, fibreuses et restant rigides après leur section, celle-ci ne déterminant aucune rétraction. N'oublions pas également que dans le cas d'une section prudemment interrompue à cause de la proximité du parenchyme, l'étirement des brides restantes s'en trouvera accéléré et rendra possible la section complète lors d'un deuxième temps, souvent à bref délai. Les vraies complications de la pleurolyse sont rares, elles peuvent survenir quelle que soit l'ancienneté du pneumothorax. Quant aux soi-disant inconvénients de l'intervention précoce, dus à l'état congestif de la plèvre dans le premier mois (épanchements, tendance aux hémorragies...), ils nous paraissent très relatifs et se trouvent largement compensés par les avantages qu'en retire le malade.

*
* *

Peut-on aller plus avant encore dans ce domaine et systématiser en quelque sorte la pleuroscopie dans la pratique du pneumothorax ?

Serait-il logique et désirable de pleuroscoper tout porteur de pneumothorax ? Certains arguments théoriques peuvent paraître militer en faveur de la pratique de ce que l'on pourrait appeler la « pleuroscopie systématique précoce » :

1° La bénignité habituelle de la petite intervention. En dehors de rares complications pouvant surtout compromettre l'avenir du pneumothorax telle que la symphyse aiguë au milieu d'un tableau d'emphysème sous-cutané qui n'est pas un mythe, surtout chez les gros tousseurs et les pléthoriques emphysémateux, et en dehors d'hémorragies d'une certaine gravité absolument exceptionnelles, la pleuroscopie reste en effet un acte peu choquant ne déterminant très souvent aucune réaction, même thermique.

2° L'invisibilité de certaines adhérences, très antérieures ou au contraire postérieures, soupçonnées ou non d'après les déformations du moignon ou d'après le comportement anormal du pneumothorax (réactions d'insufflations...). Si l'endoscopie venait dans ce cas infirmer la présence d'adhérences, elle n'en constituerait pas pour cela un acte absolument inutile ; elle aura permis du moins l'exploration de la surface pulmonaire et parfois la constatation d'éléments pronostiques tels que la présence de tubercules sous-pleuraux des bombements cavitaires...

3° Les récidives *in situ*, même à échéances très lointaines, dans les pneumothorax longtemps efficaces quoique bridés, entraînent la conviction qu'il est préférable de sectionner toutes les adhérences situées en regard des lésions, ce qui est la règle (Cardis), et cela malgré que la pathogénie de ces récidives soit probablement beaucoup plus complexe. Habituellement l'avenir des pneumothorax complets est plus favorable que celui des pneumothorax incomplets, même efficaces de prime-abord.

4° Au point de vue social il serait logique en théorie d'espérer par ce moyen un gain de temps et une récupération plus rapide des malades dans certains cas.

Ces arguments en réalité n'entraînent pas la conviction. La notion de la « pleuroscopie, temps complémentaire nécessaire et indispensable du pneumothorax », quoique *idéalement défendable*, ne mérite pas d'être retenue en pratique. Ne nous arrêtons pas à la nuance quelque peu péjorative inhérente au terme « systématique », si largement entré dans les pratiques prophylactiques modernes. La méthode de Jacobœus s'est beaucoup généralisée et ses indications touchant un très grand pourcentage de pneumothorax paraissent suffisamment larges. Systématiser l'intervention à la fraction restante serait rendre plus complexe la collapsothérapie médicale pour en retirer un gain d'efficacité assez minime, d'autant plus que, quoique bénigne dans l'ensemble, la pleuroscopie n'est tout de même pas constamment exempte de tout risque et à ce point de vue ne peut être comparée aux autres actes systématiques comme le dépistage radiologique dans les collectivités.

Nous pensons donc qu'il suffit de s'en tenir aux indications devenues classiques, que chaque cas mérite d'être discuté en lui-même, en confrontant la clinique et la bactériologie avec les données radiologiques. Ces dernières doivent souvent à elles seules dicter la conduite à tenir, car leur importance prend nettement le pas sur celle du contexte clinique. Pour terminer insistons encore sur l'intérêt de poser l'indication et de réaliser la pleuroscopie et la libération des adhérences aussi précocement que possible.

SOCIÉTÉS DE PARIS

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE BIOLOGIE CLINIQUE

22 Février 1945.

A propos de la communication de M. Soulayrac sur le Na, le K et le Ca du liquide céphalo-rachidien. — MM. **Guillaumin** et **Laudat** apportent des résultats d'analyses qui infirment les chiffres donnés comme normaux par M. Soulayrac et rétablissent, au moins pour le sodium, les chiffres fournis par Mestrezat en 1910.

M. Soulayrac admet le bien-fondé des critiques des deux auteurs et reconnaît que les erreurs commises par lui provenaient des imperfections des réactifs qu'il a employés.

La mononucléose infectieuse. — M. **Sohier** expose le côté biologique de la mononucléose infectieuse dont le *diagnostic hématologique* est basé essentiellement :

1° Sur une leucocytose modérée portant surtout sur les monocytes moyens et pouvant aller jusqu'à 30.000 ;

2° Sur une mononucléose à type de moyens mononucléaires sans doute de la lignée lymphocytaire, sans peroxydases ;

3° Sur la présence de quelques éléments anormaux : rares cellules lymphoblastiques et cellules du type plasmonocytaire ;

4° Sur l'absence d'altérations de la série érythrocytaire, pas d'anémie ou anémie non inférieure à 3.500.000.

Le diagnostic sérologique est basé sur la constatation d'une agglutination élevée du sérum pour les hématies du poumon, pouvant aller jusqu'à 1/14.000. Ces agglutinines ont des propriétés particulières vis-à-vis des hématies de bœuf et du rein de cobaye qui permettent de les différencier des agglutinines qu'on voit apparaître chez les malades ayant reçu des injections de sérum de cheval ou des transfusions.

L'auteur, dans les cas douteux, conseille de recourir à la recherche des agglutinines pour les hématies de lapin. Il discute ensuite l'entité de la maladie et montre que tous les cas à sérologie positive ont pu être inoculés tous les cas à sérologie négative, mais à évolution clinique faisant croire à la M. I. n'ont pu être inoculés ce qui tendrait à prouver la spécificité de la réaction quand on s'entoure de toutes les précautions.

Microséroréactions. — M. **Suchet** présente un appareillage simple pour pratiquer les prélèvements en vue des différentes microséroréactions. Il décrit ce qu'il est possible de faire avec moins de 1 cm^3 de sang prélevé au bout du doigt, en matière d'analyses biologiques.

Influence de la température sur les réactions de Bordet-Wassermann. — MM. **P. Cordier** et **J. Chauteau** ont étudié la fixation du complément aux diverses températures et apportent les résultats de leurs recherches.

A. Durupt.

SOCIÉTÉ DE GASTRO-ENTÉROLOGIE DE PARIS

8 Janvier 1945.

A propos de 18 cas de gastrectomie totale. — **I. G. d'Allaines** rapporte les résultats qu'il a obtenus dans les gastrectomies totales, le plus ancien cas datant de 6 ans. Sur 18 malades, 7 moururent dans les suites opératoires. Ceux qui survécurent, en peu de temps prééntèrent une digestion et une nutrition normales. Dans les suites éloignées, il faut toujours admettre des complications : tuberculose pulmonaire ou anémies. L'auteur ont amené à faire une gastrectomie totale dans 4 cas d'ulcères et dans 14 cas de cancer gastrique. Une intervention aussi grave est déraisonnable dans le cas d'ulcère, elle ne se justifie que lorsque l'on a des raisons de suspecter une dégénérescence néoplasique.

C'est le cancer qui constitue l'indication majeure de la gastrectomie totale, surtout le cancer du fond ou des faces de l'estomac. Sur 14 cas, 6 succombèrent après l'intervention. La gastrectomie totale ne met pas à l'abri des récidives mais permet souvent une survie appréciable. De nombreux clichés radiographiques pris à des temps variables après l'intervention illustrent cette communication.

— **M. Hillemand** remarque sur les clichés pris après gastrectomie totale, la dilatation de l'œsophage et du duodénum, ainsi qu'une importante aérocolie et aéroléie.

— **M. Sénèque** souligne la difficulté qu'il y a en cours d'intervention à distinguer l'ulcère du cancer, ce qui est important si l'on veut éviter de faire courir au malade les risques d'une gastrectomie totale.

— **M. Bergeret** propose de faire une biopsie avec examen histologique extemporané pour distinguer l'ulcère du cancer. Les indications de la gastrectomie totale sont rares.

— **M. J. Gosset** dit que les fistules œsophago-jéjunales pourraient être évitées par des soins pré- et post-opératoires qui permettraient de lutter contre l'hypoprotidémie et l'hydrémie post-opératoires.

— **M. Nemours-Auguste** a examiné radiologiquement 2 malades opérés de gastrectomie totale. Il a remarqué que le passage de l'œsophage dans l'anse jéjunale se fait par éjaculation, comme si l'estomac était normal. En outre, peu à peu, il s'établit une petite poche à air au-dessus de l'anse jéjunale.

— M. **G. d'Allaines** pense que les distensions œsophagiennes et duodénales qui se voient après gastrectomie totale sont très probablement de nature fonctionnelle.

J.-M. Gorse.

SOCIÉTÉ DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS

4 Décembre 1944.

De la valeur ocytocique du courant galvanique rythmé. — M. **Hamm** et Mme **Greig-Hamm**. M. **Lantuéjoul**, rapporteur. L'application même répétée du courant galvanique progressif Lapicque paraît sans danger. Dans certains cas à élucider, l'électricité serait appelée à prendre la place de la post-hypophyse. Toutefois, il faudrait chercher à raccourcir les séances et à trouver la formule de courant la plus rapprochée du courant d'action utérine.

Premiers résultats des recherches sur l'excitation électrique de l'utérus. — M. **Walter**. M. **Chomé**, rapporteur, présente une note qui résume les résultats obtenus avec les différentes variétés de courant électrique sur l'uérus gravide et non gravide de la lapine et sur l'utérus gravide et non gravide de la femme. L'utérus est capable par toutes les formes habituelles de courant électrique. Sa chronaxie est de l'ordre de 0 seconde 5 pour l'utérus non gravide et de 1 seconde pour l'utérus gravide. La polarisation se produit rapidement. Une excitation prolongée près du seuil n'empêche pas la décontraction normale, mais une minime quantité de post-hypophyse empêche toute décontraction.

A propos du traitement des phlébites par l'antivitamine K. — MM. **Lantuéjoul** et **Le Lorier** rapportent 3 observations où l'évolution a été rapide : chute du pouls et de la température en 3-4 jours, immobilisation de 10 à 20 jours après la chute thermique, absence complète de séquelles.

De l'emploi de l'anti-vitamine K dans le traitement des phlébites du post-partum et du post-abortum. — MM. **Courtois** et **Beziaud** (Saint-Germain-en-Laye) rapportent 4 observations où ils n'ont pas constaté d'action nette sur les symptômes et l'évolution.

Deux observations de signe de Cullen au cours de la grossesse. — MM. **Bret** et **Morin**. Dans le premier cas, le signe de Cullen est dû à une appendicite perforée insoupçonnée et constatée seulement à l'autopsie. Dans le second cas, il serait dû à une version par manœuvres externes.

Tétanos post-abortum guéri sans intervention chirurgicale. — MM. **Ravina, Jamain** et **Bauchart**. Le tétanos a débuté 10 jours après l'introduction intra-utérine dans un but abortif d'un crayon Chaumel. La thérapeutique exclusivement médicale, à l'exclusion de toute intervention chirurgicale, a amené la guérison en 15 jours malgré un syndrome clinique grave.

Tétanos post-abortum consécutif à l'emploi du crayon Chaumel. — M. **Morin**. La malade entre à l'hôpital en tétanos généralisé typique. Une hystérectomie totale est pratiquée. La femme meurt le lendemain.

8 Janvier 1945.

Polype cancéreux du col chez une femme enceinte. — M. **Desoubry**. Il s'agit d'une 6e pare, vue pour la première fois à 7 mois 1/2 de grossesse environ et qui présente un polype néoplasique pédiculé obturant l'orifice externe. On fait une césarienne suivie d'hystérectomie. On sectionne d'abord l'utérus au niveau du segment inférieur, puis on fait l'ablation du col après isolement des uretères. Il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux. Treize jours après l'intervention, la femme est adressée à l'Institut du Cancer pour curiethérapie.

— M. **Moulonguet** pense que la curiethérapie dans les suites opératoires immédiates n'est pas une bonne méthode.

Un cas de néo du col et grossesse. — MM. **Lantuéjoul** et **Le Lorier** rapportent l'observation d'une femme enceinte de 8 mois 1/2 chez laquelle, à l'occasion d'une hémorragie, on constate sur le col une nodosité dure, irrégulière, à base indurée. On pratique une biopsie. Le jour même la malade accouche spontanément. Le résultat histologique confirme qu'il s'agit d'un néoplasme malpighien de type intermédiaire sans envahissement massif. La femme est adressée à l'Institut Curie.

Un cas de cancer du col au cours de la grossesse. — M. **Bompard**. La malade, âgée de 26 ans, enceinte de 2 mois, présente une ulcération néoplasique de la lèvre antérieure du col. Curiethérapie immédiate et 3 semaines après hystérectomie élargie. Suites très simples.

Le cancer du canal cervical de l'utérus ; sa fréquence et ses formes cliniques. — M. **Mocquot** pense que plus du quart des cancers du col et probablement le tiers au moins d'entre eux commencent dans la cavité cervicale, d'où la difficulté de les reconnaître et le retard apporté au diagnostic et au traitement.

Le cancer du canal cervical revêt quatre formes : végétante, ulcéreuse, infiltrante ou térébrante.

L'évolution anatomique peut se faire vers l'isthme et la cavité du corps et retentir rapidement sur les paramètres. Elle peut se faire vers le museau de tanche sous forme bourgeonnante ou ulcéreuse. Dans la forme térébrante, elle perfore le col dans son épaisseur et apparaît sur la face vaginale du col.

— M. **Douay**, sur 77 cas d'hystérectomies pour cancer, a observé 26 cancers endo-cervicaux. Il insiste sur l'élargissement transversal de la région rythmique et sa dureté, sur la béance et la rigidité de l'orifice externe.

— M. **H. Béclère** insiste sur l'utilité du curettage biopsique intracervical.

— M. **Moulonguet** précise l'importance de la forme infiltrée du canal cervical.

Les hémorragies de la délivrance au cours des accouchements gémellaires. — MM. **Portes** et **Granjon**.

Les modifications des artérioles spiralées de la muqueuse utérine en fonction des critères de l'exploration cyto-hormonale. — M. **Liesse**. M. **Mocquot**, rapporteur.

P. Dunal.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HÉMATOLOGIE

18 Janvier 1945.

Un cas de splénomégalie cryptoleucosique. — MM. **P. Emile-Weil** et **Paul Chevallier**. Il s'agit d'une leucose subaiguë du type lymphoïde, à grandes cellules réticulaires. L'affection a évolué en une année, d'abord purement splénique et ayant autorisé la splénectomie, puis ganglionnaire, enfin avec modification de la formule sanguine. L'intérêt de cette observation, déjà ancienne, est que le malade fut splénectomisé.

Les auteurs ne conseillent plus aujourd'hui l'intervention chirurgicale mais la radiothérapie.

Traitement de l'hémophilie par le gaz carbonique. — MM. **Paul Chevallier, Guyot** et **A. Fiehrer**. Chez un grand hémophile, le temps de coagulation passe, de 3 h. 30 à 1 h. 40 et 23 minutes (coagulation en petits tubes), après inhalation de carbogène pendant une heure.

Recherches sur la coagulation du sang II. Sur la forme active du calcium. — M. **Guillot**. La légère diminution du temps de coagulation du plasma citraté recalcifié, le calcium étant sous la seule forme active de calcite, paraît due à l'opposition des *centres de coagulation* dont l'existence a été démontrée dans une étude précédente.

La forme active essentielle du calcium est bien l'ion Ca + +.

Recherches sur la coagulation du sang III. Taux de fibrine précipitée et opacité du coagulum. — MM. **M. Guyot, P. Chevallier** et **A. Fiehrer**. L'augmentation d'opacité du coagulum de fibrine se traduisant par une ordonnée finale plus élevée du photothrombogramme est attribuable seulement à une différence de structure et non pas à une augmentation du taux de fibrine. C'est le cas du plasma liquoïdé et vraisemblablement du plasma hémophilique.

La cytologie sanguine chez l'« Imago de Forficularia auricularia L » (première étude de ce genre d'animaux). — Mlle **Arvy** et **J. Lhoste**.

15 Février.

La précision de la formule leucocytaire en fonction de la technique de l'étalement. Présentation d'un hémo-étaleur. — MM. **A. Bocage** et **E. Pinel** substituent à la technique courante de l'étalement une technique mécanique éliminant totalement le facteur personnel. Ils étudient les différences de répartition des éléments blancs en fonction de la vitesse de l'étalement et de la pression de l'étaleur et concluent que les étalements à la main n'ont aucune valeur.

Sur la disparition du facteur antipernicieux dans le saturnisme expérimental. — M. **M. Lourau** étudie chez le lapin la disparition du facteur antipernicieux par intoxication saturnine. Cette disparition est constante, rapide, fonction de la quantité de Pb, indépendante de l'apparition de l'anémie.

Anémie saturnine du lapin : I. Hématologie de l'anémie saturnine du lapin. II. Le fer dans l'anémie saturnine du lapin. — MM. **J. Moday, Choay** et **P. Chiron**. L'anémie atteint 2.600.000 à 2.500.000 G. R., avec hématies nucléées et une moelle osseuse hyperplasique. Les résultats entre le dosage du fer et le dosage colorimétrique de l'hémoglobine.

G. Bilski-Pasquier.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE MICROBIOLOGIE

(Association des Microbiologistes de Langue française)

4 Janvier 1945.

Position de « Haverhillia moniliformis » (L. N. P.) nv. comb. dans la systématique bactérienne. — M. **A. R. Prévot**. Ce microbe doit conserver le nom spécifique de *moniliformis*, en raison de la priorité de ce terme, mais il présente des formes différenciées qui permettent d'affirmer que ce n'est pas une Eubactériale, mais bien une Actinomycétale. On doit conserver pour lui le nom générique de *Haverhillia* et classer *Haverhillia moniliformis* tout près de *Sperophorus penduliformis*, auquel il ressemble beaucoup morphologiquement, dans la famille des *Spherophoraceæ*, ordre des Actinobactériales, classe des Actinomycétales.

La flavinogénèse d'« Eremothecium asbyii », Guilliermond. Étude du facteur surface/volume. — MM. **Arragon, Mainil, Refait** et **Velu**. Les milieux très épais favorisent la végétation aux dépens de la biosynthèse (rapport S/V = 0,6). Les milieux en couches minces sont les plus favorables à l'activité biochimique (rapport S/V = 3). Le rapport entre la quantité de matière sèche produite et la dose de facteur vitaminique élaboré doit être exprimé en fonction du temps.

Recherche de l'acide ribonucléique dans les inclusions amariles. — M. **L. van den Berghe**. On peut affirmer que les inclusions nucléaires ne sont liées ni par leur coloration, ni par leur structure, à l'existence d'acide ribonucléique.

Sur la sérothérapie de l'intoxication botulique expérimentale du cobaye. — MM. **R. Legroux** et **Jean-C. Levaditi**. La sérothérapie permet d'éviter la mort de l'animal lorsque le sérum est injecté avant l'apparition des premiers symptômes objectifs de botulisme. Même pour des doses voisines de la dose minima mortelle, il est impossible d'éviter la mort du cobaye si l'injection du sérum n'est pas faite dans la première moitié de la période d'incubation. Passé ce délai on obtient seulement une survie de l'animal.

Action d'un antihistaminique de synthèse sur l'allergie tuberculeuse. — M. **B. Kreis**.

1er Février.

Etude différentielle des caractères toxiques et antigéniques des extraits trichloracétiques de souches mobiles et immobiles d'« Alcaligenes ». — MM. **R. Pirot, M. Bourgain** et **R. Badre**. Il existe des différences notables dans la teneur en antigène somatique complet entre souches mobiles et immobiles. Les deux fonctions, toxique et antigénique, sont étroitement liées. Les *Alcaligenes* seraient avant tout des germes saprophytes, occasionnellement pathogènes.

Dissociation d'une souche de bacilles tuberculeux virulents du type bovin « dysgonique » en une variante avirulente également « dysgonique » et une variante virulente « eugonique », après séjour prolongé dans un liquide pleural de cobaye. — M. **F. van Deinse**. — Une souche bovine 'isse dysgonique s'est dissociée de telle sorte que l'on possède maintenant 3 souches de bacilles tuberculeux bovins, dont 2 d'aspect macroscopique et microscopique identique : la souche « Taureau » (souche originelle, lisse, virulente), la souche « Taureau-un-an », lisse et avirulente, et la souche « Taureau-un-an », rugueuse et virulente.

Action de l'amide nicotinique sur les bacilles du genre « Mycobacterium ». — M. **V. Chorine** et Mlle **J. Renais**. L'amide nicotinique à doses élevées possède une action curative très nette dans la lèpre murine et la tuberculose du cobaye, action qui n'est pas due à l'activité vitaminique de la substance. Il est probable que l'amide nicotinique n'est qu'une des substances actives d'une série thérapeutique nouvelle.

La vie et le deuxième principe de la thermodynamique. — M. **G. Sandor**.

P. Lépine.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE

9 Janvier 1945.

Le parler des singes. — M. **H. Legrand.**

Un cas de cancer de la langue traité par l'opothérapie. — M. **Naamé.**

13 Février 1945.

Les porteurs latents de bacilles de Koch, non réagissants à la tuberculine. — MM. **P. Braun** et **A.-C. Maclouf.** La possibilité d'une infection tuberculeuse latente prolongée, sans développement de réactions allergiques va à l'encontre de notre conception classique, mais il ne faut pas oublier combien il y a d'inconnues dans le fait de l'apparition d'une réaction tuberculinique.

Une réaction tuberculinique négative chez des enfants vivant en contact quotidien avec des parents tuberculeux pulmonaires bacillifères montre-t-elle la possibilité pour l'organisme d'héberger des bacilles sans que cette présence ne se traduise obligatoirement par une épreuve cutanée positive à la tuberculine ? Les auteurs discutent longuement cette proposition. Ils passent en revue les constatations expérimentales et cliniques qui plaident en faveur d'une révision tout au moins partielle du dogme communément admis.

Une réaction tuberculinique nulle n'est pas une donnée. Elle est plutôt l'absence d'une donnée. Aucune règle logique ne nous permet d'identifier l'absence d'un signe particulier et l'absence même de l'infection. Une réaction tuberculinique négative peut indiquer la virginité de l'organisme vis-à-vis des bacilles. Elle peut indiquer que le sujet se trouve en période anté-allergique dite normale. Elle peut indiquer que le sujet s'est négativé. Enfin, elle peut indiquer que le sujet se trouve en période anté-allergique prolongée.

Sur un crâne péruvien trépané. — M. **P. Pizon.** Par une étude herméneutique comportant des recherches sémimicroradiographiques, l'auteur écarte les hypothèses de lacune traumatique ou ostéopathique, celle de trépanation opératoire, pour conclure à une forme de trépanation post-mortem.

Sur la vaccination active contre le rouget. — M. **Vallée** préconise l'emploi de la gonacrine et fait part des résultats obtenus.

Troisième présentation d'une récidive post-opératoire de l'œil. — M. **Naamé.**

Etude de l'oxydation des graisses au moyen de la 2-4 dinitrophénylhydrazine. — M. **A. Brancourt.**

L. Grollet.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

20 Février 1945.

Allocution du Président. — M. **Leveuf,** président, se fait l'interprète des membres de la Société pour faire part au professeur Rohmer de la joie qu'ils éprouvent de sa présence qui souligne le retour de l'Alsace à la France.

— M. **Rohmer** (Strasbourg) exprime l'émotion qu'il ressent de l'accueil si cordial qui lui est réservé.

Cancer du testicule chez un nourrisson de 9 mois. — M. **Leveuf** présente une tumeur testiculaire à l'ablation de laquelle il a procédé chez un nourrisson traité d'abord pour une hernie par un bandage, puis pour une hydrocèle par ponction. Cet enfant avait une bourse de la grosseur d'un poing avec un testicule dur et un épididyme un peu augmenté de volume. Le diagnostic de tumeur maligne ayant été posé, après élimination de la tuberculose, la castration fut effectuée. Il s'agissait d'un cancer à type wolffien, d'origine canaliculaire.

Sarcome de la verge chez un enfant de 2 ans. — M. **Leveuf** communique l'observation d'un nourrisson qui, à 6 mois 1/2, présenta une tumeur de la face dorsale de la verge. La biopsie révéla un sarcome fibroplastique. L'amputation de la verge fut pratiquée et suivie d'irradiations.

Un cas d'ostéomyélite aiguë traitée par la pénicilline. — M. **Leveuf** communique les résultats fournis par la pénicilline chez un enfant de 11 ans atteint d'une ostéomyélite grave de la cuisse droite avec un foyer secondaire au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Au 10e jour de la maladie on avait constaté une tuméfaction du médius droit prise pour un panaris. L'hémoculture révéla la nature staphylococcique de l'affection. Après institution d'un traitement intensif par la pénicilline et les sulfamides, l'abcès fémoral fut incisé. Après évacuation complète de la collection suppurée, la suture fut pratiquée. Une petite aiguille à ponction lombaire fut laissée à demeure pour les injections de pénicilline. Les deux membres furent immobilisés et on procéda en même temps à un traitement de pénicilline générale et de pénicilline locale deux fois par jour. La pénicilline locale dans ce cas donna des résultats beaucoup plus probants que la pénicilline générale. La guérison par première intention se produisit, en effet, au niveau du foyer principal où l'on ne constata que des lésions osseuses fémorales discrètes. Au niveau du foyer secondaire, par contre, les lésions osseuses beaucoup plus accentuées, envahirent la hanche, donnant lieu à une arthrite grave. Les lésions sont toutefois en régression après 2 mois 1/2 de traitement.

— M. **Cathala** a suivi un enfant atteint d'ostéomyélite grave avec péricardite suppurée, abcès du poumon, septicémie. Sous l'influence du traitement par la pénicilline, tous les foyers locaux ont guéri, mais la septicémie à staphylocoques a persisté pendant 6 semaines. Cet enfant a succombé après avoir fait des abcès aréolaires pulmonaires.

L'auteur, comme M. Leveuf, a pu noter l'action locale très efficace de la pénicilline et l'insuffisance de son action générale.

— M. **Lelong** chez un enfant atteint d'une ostéomyélite aiguë du maxillaire supérieur avec œdème énorme et cyanose a obtenu un très bon résultat par la pénicilline générale alors que la pénicilline, en injections locales, n'a eu au contraire que des effets médiocres. La question est donc encore sujette à controverses.

Tétanie persistante non rachitique chez un enfant de 20 mois. — M. **P. Rohmer** communique l'observation d'un nourrisson chez lequel il constata une tétanie persistante sans signes cliniques ou radiologiques de rachitisme, avec taux normaux du Ca et du P sanguins (Ca : 110-114 *mg.* pour 1.000. P 44,1 pour 100. Cette tétanie ne fut pas influencée par le traitement habituel aux fortes doses de $CaCl^2$. Cette tétanie s'explique par l'existence d'une forte alcalose (Réserve alcaline 81,5 pour 100 et 90,1 pour 100), dont l'origine est restée inexpliquée.

— M. **Levesque** a observé un cas analogue chez un nourrisson de 20 mois, avec toutefois les manifestations biochimiques de la tétanie. Il s'agissait d'une *tétanie neurogène* chez un enfant présentant un retard intellectuel. Le traitement par le calcium resta sans effet. Le traitement par la paratyrone amena une amélioration passagère, mais la maladie évolua vers une encéphalopathie progressive.

— M. **Lesné** vient d'observer également un enfant atteint de tétanie à la suite d'une broncho-pneumonie. Cet enfant ne présentait aucun symptôme de rachitisme et dans ce cas il s'agissait bien d'une tétanie véritable.

La valeur comparée du lait sec acidifié et non acidifié. — M. **P. Rohmer** et Mlle **R. Chapelo** ont comparé, dans des conditions absolument identiques deux préparations de lait entier en poudre, l'une acidifiée, l'autre non acidifiée. Les expériences ont été faites sur des nouveau-nés, des hypo-athrepsiques et des convalescents de dyspepsies aiguës. Ils n'ont constaté aucune différence entre les deux préparations qui ont été également bien tolérées.

— M. **Cathala** a constaté également que le lait sec est très bien supporté par les jeunes enfants, qu'il soit acidifié ou non. Toutefois le lait de vache ordinaire, de l'Assistance publique, acidifié dans son service, est beaucoup mieux supporté que celui qui ne l'est pas.

— M. **Lelong** estime que le rôle de l'acidification est très minime.

— M. **Weill-Hallé** a également la même impression au sujet des laits acidifiés.

— M. **Levesque** fait observer que les élèves de Mariott ont obtenu avec le lait homogénéisé des résultats analogues à ceux que leur maître obtenait avec le lait acidifié.

Au sujet de la maladie de Lobstein. — M. **Huc** après avoir rappelé les symptômes classiques de cette maladie (fragilité osseuse, sclérotiques bleues, surdité, caractère familial, myatonie avec laxité ligamentaire) et ses manifestations radiologiques, montre que ce syndrome complet est exceptionnel. Le caractère familial et la surdité font souvent défaut. Selon lui, il ne s'agit pas non plus simplement d'une dysplasie périostale.

Pour expliquer le mécanisme des fractures multiples, l'auteur montre à l'aide d'exemples cliniques et radiologiques que la fragilité osseuse n'est pas primitive mais qu'elle succède vraisemblablement à une lésion artérielle. Avec observations à l'appui il montre que les fractures se produisent à l'endroit où arrive l'artère nourricière.

— M. **Rœderer** fait observer que le point d'entrée de l'artère nourricière est précisément le point de moindre résistance de l'os.

— M. **Cathala** ne comprend pas, en admettant même une nutrition défectueuse de l'os à la suite d'une artérite, pourquoi la fracture se produirait au niveau du point d'entrée de l'artère.

— M. **Leveuf** considère que la maladie de Lobstein est bien spéciale et que les cas de M. Huc sont disparates. Certains cas de maladie de Lobstein guérissent, ce qui serait difficile à comprendre si elle était liée à une artérite.

— M. **Huc** pense qu'il peut y avoir des poussées artéritiques.

A propos de la communication de M. Caussé sur la mastoïdite des nourrissons. — MM. **Levesque, Bastin** et **Brisset** montrent que contrairement à l'opinion de M. Caussé les lésions d'ostéite sont assez fréquentes et que l'existence ou non d'ostéite n'est pas l'élément principal qui dicte l'intervention. Selon eux l'oto-mastoïdite du nourrisson n'est qu'une crise au cours d'une maladie générale et l'intervention n'a d'autre but que de faire passer favorablement une crise toxique, quitte à réitérer ces interventions chaque fois que l'état toxique l'exige jusqu'à la guérison définitive de la maladie générale.

Vœu en faveur de la distribution aux nourrissons d'un lait pasteurisé. — M. **Lesné** estime inadmissible la distribution d'un lait malpropre et nocif aux enfants des pouponnières, crèches, etc. Il présente un vœu pour demander au gouvernement de poursuivre son effort en vue de la distribution d'un lait pasteurisé à tous les enfants de moins de 18 mois.

Ce vœu est adopté à l'unanimité.

G. Schreiber.

SOCIÉTÉS DE PROVINCE

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE LYON

6 Février 1945.

Un nouvel aspect radiologique de l'atélectasie du lobe supérieur gauche. — MM. **Santy, Galy, Bérard** et **Papillon.** Un lobe supérieur rétracté par atélectasie ou atrophie scléreuse peut se présenter comme une image opaque, oblongue, accolée au médiastin sur le plan frontal et simuler une image d'adénopathie trachéobronchique. Sur le film de profil, l'image se projette en avant du hile. Vérifications opératoires du diagnostic radiologique dans les 2 cas présentés.

Tuberculose pulmonaire bilatérale traitée par pneumothorax. Cancer broncho-pulmonaire terminal. Considérations anatomiques. — MM. **Piquet, P. Fraisse, Feroldi** et **Marinet.** M. **Barbier,** rapporteur. Il s'agit d'un malade ayant présenté une tuberculose pulmonaire soignée par collapsothérapie bilatérale et stabilisée. Il meurt 6 ans après de cancer du poumon. L'étude anatomique montre les différentes évolutions des lésions pulmonaires tertiaires sous pneumothorax.

Tuberculose oculaire grave avec cécité presque totale. Récupération des deux tiers de la vision après radiothérapie ganglionnaire médiastinale. — MM. **P. Bonnet** et **J. Brun** présentent l'observation d'une fillette de 10 ans, atteinte d'une kératite tuberculeuse profonde la rendant pratiquement aveugle depuis 2 ans. L'interrogatoire apprend que l'enfant a couché 3 ans auparavant avec une tante tuberculeuse ; la radiographie et les tomographies montrent des ganglions médiastinaux. La radiothérapie ganglionnaire médiastinale fait fondre les adénopathies et en 4 mois les lésions oculaires disparaissent conjointement. Les deux tiers de la vision ont été récupérés. Les heureux effets du traitement montrent qu'il s'agissait bien ici d'une tuberculose oculaire paraganglionnaire, syndrome que les auteurs ont individualisé.

Valeur de l'urographie intraveineuse systématique dans l'étude des néphrites et de l'hypertension artérielle. — MM. **J. Gibert, F. Rolland** et **Thomasset.**

13 Février.

Hémogénie essentielle de révélation tardive. — MM. **P. Ravault, A. Gonin, J. Viallier** et **M. Pont.** Observation d'une femme de 36 ans qui présentait un syndrome hémogénique typique avec allongement du temps de saignement à 30 minutes, diminution du nombre des plaquettes, irrétractilité du caillot, poussées purpuriques à répétition. Les conditions de travail dans une fabrique de vêtements de caoutchouc avaient fait songer d'abord à une étiologie benzolique du syndrome. Le contexte clinique, les examens hématologiques firent admettre une hémogénie essentielle anormale par son apparition tardive. La splénectomie amena une guérison définitive. L'examen histologique de la rate montra les lésions classiques de l'hémogénie.

Documentation radio-clinique sur les infiltrats post-pleurétiques et les pleurésies tardives de surinfection. — M. **J. Brun** insiste sur la présence de lésions nodulaires apicales ou sous-apicales découvertes surtout par la tomographie après la résorption des pleurésies primo-secondaires. Ce sont des lésions qui, dans nombre de cas, sont à l'origine des lésions tertiaires post-pleurétiques. D'autre part, il insiste sur les pleurésies tardives de surinfection apparaissant chez des malades porteurs de nodules libres anciens et signant une réinfection bacillaire au niveau de ces nodules, souvent en effet, dans les mois ou l'année qui suivent, ces nodules donnent naissance à des ulcérations.

Péritonite encapsulante à forme occlusive survenue après guérison d'une ascite cirrhotique. — MM. **Ravault, A. Trillat, J. Bourret** et **L. Roche.** Observation d'un malade ayant présenté une cirrhose typique, ayant nécessité des ponctions retirant près de 200 litres d'ascite, et cependant guérie. Un an après, il accuse des douleurs abdominales et fut amené à l'hôpital avec un syndrome d'occlusion aiguë. L'intervention montra une péritonite encapsulante typique ; on pratiqua une libération des anses adhérentes entre elles et le malade guérit parfaitement.

Asthme mortel avec obstruction bronchiolaire. Collapsus cardiaque terminal. — MM. **P. Ravault, J. Bourret** et **L. Roche.** Observation d'un malade mort au cours d'une crise d'asthme, au cours de laquelle des signes de collapsus cardio-vasculaire prédominèrent. A l'autopsie on trouva un gros cœur, très dilaté, pesant 530 *g.* L'examen histologique du poumon montra les lésions classiques avec obstruction bronchiolaire. Une radiographie des poumons après injection dans les artères du poumon d'une solution barytée, ne montra aucune anomalie dans le réseau artériel pulmonaire. Un point à signaler est l'aggravation très nette de l'état du malade à la suite d'une injection intraveineuse de 10 cm^3 de novocaïne à 1 pour 100.

Nouveau cas de mort en état de mal asthmatique. Lésions anatomiques atypiques. — MM. **Barbier, Plauchu, Pont** et **Baridon.** Grand asthmatique qui se traitait depuis de longues années par piqûres et s'en était fait des milliers ; état de mal, les piqûres habituelles étant cette fois sans succès ; mort en 3 jours malgré tous les traitements mis en œuvre. Autopsie ne montrant aucun signe d'hypersécrétion bronchique : lumière bronchique complètement libre. Pas d'éosinophilie locale. Lésions inflammatoires banales du type

broncho-pneumonique. Ce cas montre que la mort en état de mal correspond suivant les cas à des mécanismes pathogéniques variés.

Atrophie pulmonaire unilatérale extrême avec bronchectasies. Hypertrophie du poumon adelphe avec hernie médiastinale. — MM. **P. Santy, M. Bérard, P. Galy** et **J. Dumarest.**

30 Janvier.

Tumeur hypophysaire très ancienne avec paraplégie sans signes oculaires. Heureux effets de la radiothérapie. — MM. **F. Gerest, G. Vignon** et **P. Carrier.** M. **A. Devic,** rapporteur. Il s'agit d'un malade de 34 ans porteur d'une tumeur hypophysaire, décelée par de profondes lésions osseuses, qui avait créé depuis l'enfance un syndrome adiposo-génital et qui a provoqué l'apparition récente d'une confusion mentale et d'une paraplégie spasmodique, qui ont cédé rapidement l'une et l'autre à la radiothérapie.

Deux observations d'infiltrats pulmonaires labiles sans éosinophilie. — MM. **A. Dufourt, G. Despierres, R. Etienne** et M[lle] **Lanternier.** — Ces 2 infiltrats ne peuvent être considérés ni comme des infiltrats d'origine grippale, car il n'y eut aucune poussée infectieuse si minime soit-elle, ni comme un syndrome de Lœffler, en raison du manque d'éosinophilie.

Polynévrite arsenicale grave avec ulcération cornéenne. — MM. **Barbier** et **Piquet.** Les auteurs rapportent un nouveau cas d'intoxication arsenicale grave avec polynévrite sévère, hyperkératose, pigmentation cutanée, bande blanche unguéale. Absence de commémoratif sur la cause de l'intoxication, mais dosage de l'arsenic dans les cheveux, révélant un taux important de toxique : 5 *mg.* pour 1.000. Apparition précoce d'une ulcération torpide de la cornée avec conjonctivite et anesthésie cornéenne, ne cédant à aucun traitement local et ayant nécessité l'occlusion chirurgicale passagère des paupières.

Neuromyélite optique aiguë de l'enfant. — MM. **A. Devic, Paufique, Guinet** et **A. Bertoye.** Rareté des cas infantiles. Début chez un enfant de 4 ans par des troubles de l'équilibre en Janvier 1943. En Mars, faiblesse des membres inférieurs ; troubles de la vue en Août.

Examen de Décembre 1943, paraplégie spasmodique complète, atrophie optique. Décès en Janvier 1944.

Méningite à pneumocoques développée dans la cavité laissée par l'ablation d'un gliome. — MM. **A. Devic** et **A. Bertoye.** En Octobre 1941, ablation d'un gliome pariétal. Le chirurgien doit sacrifier le volet. Grosse hernie. En Février 1944, après une grippe, pneumocoques dans cette poche. Guérison par sulfamidothérapie locale.

Dilatation géante de l'oreillette gauche dans une cardiopathie mitrale s'accompagnant de roulement et de frémissement diastolique sans rétrécissement mitral anatomique. — MM. **P. Ravault, A. Gonin** et **M. Pont.**

Exemple de contagion familiale massive (7 enfants sur 8) effectuée en 1 mois par un père tuberculeux. — MM. **A. Dufourt, P. Girard** et **Despeignes.**

G. Despierres.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE BORDEAUX ET DU SUD-OUEST

22 Juin 1944.

Tumeur myxomateuse de la paroi abdominale par fistulisation d'un appendice. — MM. **Poinot** et **Gaussen.** Observation d'un vieillard présentant une masse de la fosse iliaque droite incluse dans la paroi. Le malade a été opéré d'appendicite aiguë 20 ans auparavant.

L'intervention sous anesthésie locale montre une poche remplie de liquide gélatineux et en partie solidifié. Un orifice dans la poche même à une fistule de l'appendice dont une certaine longueur entre le cæcum et le fond de la poche. Il est facile de faire l'appendicectomie, de cureter la poche développée dans les muscles larges de l'abdomen, de mettre des sulfamides et de suturer sans drainage.

On peut expliquer cette réaction rapide du cul-de-sac appendiculaire à l'occasion d'une grippe que venait de faire ce vieillard.

Gangrène diabétique traitée par injections intra-artérielles de sulfamides et de novocaïne. — MM. **Jeanneney** et **Tingaud.** Chez un diabétique âgé, la guérison d'une sphacèle a été obtenue sans gros dégâts grâce à la pratique d'injections intra-artérielles de novocaïne et de sulfamides.

Hématémèse grave. Gastrectomie. Splénectomie. Guérison. — MM. **Jeanneney** et **Tingaud.** Cette observation a trait du problème des hématémèses sans cause apparente. On s'oriente actuellement vers une pathogénie splénique sans en avoir de preuves formelles. La splénectomie a une part non négligeable dans le cadre thérapeutique des hémorragies gastriques.

9 Novembre.

Six opérés de gastrectomie totale depuis plus de 2 ans. — M. **Lefèvre.** Il s'agit de sujets inopérables par une autre technique, ce sont des gastrectomies totales de nécessité. Trois opérés pour ulcères très haut situés, et trois pour cancers étendus jusqu'au cardia. Au bout de 2 ans, ces malades se nourrissent et mangent comme tout le monde, ayant la sensation de faim. Les fonctions intestinales sont normales. Les opérés ont engraissé. A la radiographie, il n'y a pas de modification de l'œsophage et de l'anse anastomosée, et, en particulier, pas de dilatation de l'anse jéjunale en petit estomac.

Deux cas de psoïtis. — MM. **Jeanneney, H.-L. Rocher, Magendie, Tingaud** et **Bouet.** Deux observations de psoïtis par abcès de la gaine du psoas traités par large incision et sulfamides. Guérison.

Un cas de méga-œsophage. Splanchnectomie associée à l'opération de Heller dans le même temps opératoire. — MM. **Jeanneney, Magendie, Tingaud** et **Bouet.** Femme de 31 ans, atteinte d'un syndrome de méga-œsophage depuis 1936 avec trois poussées évolutives. Actuellement amaigrissement marqué et fréquentes régurgitations.

Sous écran amorce de péristaltisme par infiltration du splanchnique gauche et injection d'une ampoule de nitrite d'amyle.

L'intervention consiste, après laparotomie médiane, à pratiquer l'opération de Heller et la section des splanchniques gauches.

C'est là un essai d'association des deux opérations en un temps par une seule incision médiane sus-ombilicale. Le résultat est bon.

7 Décembre.

Implantation bilatérale des uretères dans l'intestin, dans un cas de nécrose vésicale après curiethérapie pour cancer du col utérin. — MM. **Darget, Laporte** et **H. Duvergey.** Malade de 48 ans traitée 14 ans auparavant pour un néo du col utérin par curiethérapie. Elle présente actuellement une large fistule vésico-vaginale. Il n'y a pas de récidive de néoplasme. Echec de la fermeture de la fistule par voie basse. Devant ces lésions on pratique sur la malade une implantation intestinale des deux uretères par le procédé de Coffey n° 2, à 5 mois d'intervalle. Le résultat est parfait. C'est donc un excellent moyen de traiter les larges fistules vésico-vaginales par nécrose d'une muqueuse irradiée.

Le meilleur procédé d'anastomose des uretères dans le côlon paraît être le procédé II de Coffey.

Anthrax du rein. Excision. Guérison. — MM. **Charbonnel** et **Darmaillacq.** Chez une femme de 27 ans, ayant de la température et un gros rein droit, la pyélographie montre un rein droit gros et ptosé. L'intervention découvre un gros anthrax dont on pratique la résection cunéiforme en tissu sain avec suture. Drainage temporaire du bassinet. Néphropexie. Guérison sans incident.

Hématémèse de cause inconnue. Splénectomie. Guérison. — MM. **Jeanneney, Magendie** et **Tingaud.** Femme de 48 ans présentant des antécédents de faim douloureuse de régurgitation et des hématémèses importantes dépassant 1 litre. Anémie importante. Pas de lésions à la radiographie. L'exploration chirurgicale montre l'intégrité de l'estomac mais une grosse rate. La splénectomie arrête les hémorragies.

L'examen histologique de la rate montre des lésions de sclérose avec augmentation des cordons de Billroth.

Occlusion par ascaris. — M. **J. Poinot.** Trois observations d'accidents occlusifs dus à des ascaris: 2 sont traités par une large résection intestinale. 1 décès par hémorragies intestinales graves post-opératoires. La dernière observation est traitée par entérostomie et extirpation des parasites.

Cette affection est très fréquente à l'heure actuelle, et il faut y penser devant les abdomens aigus. Sa gravité n'est pas négligeable.

Il est nécessaire d'associer au traitement chirurgical la prise de santonine et de calomel.

J. Poinot.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LILLE

12 Janvier 1945.

Splénectomie pour volumineux abcès de la rate. — MM. **Razemon, Houcke** et **Cyssau** ont pu pratiquer la splénectomie pour un très gros abcès, évoluant depuis 6 ans. Ils pensent que, moyennant quelques précautions techniques, elle peut être pratiquée, dans les abcès de la rate, plus souvent que ne le disent les classiques.

Sarcome fibroblastique de la paroi abdominale sur une cicatrice de radiodermite secondaire à l'irradiation d'un fibrome utérin. — MM. **Bizard** et **Driessens** ont vu apparaître cette tumeur 9 ans après l'irradiation. Ils discutent la possibilité d'un rapport entre ces deux faits sans toutefois pouvoir conclure fermement.

Corps étrangers des voies digestives. — MM. **Delannoy** et **Chabet** ont pratiqué une gastrectomie pour ulcération de la petite courbure, coexistant avec 142 corps étrangers métalliques pesant 1.170 *g.* Cet aliéné avale, 1 an plus tard, une tige métallique qui perfore l'estomac et embroche le pancréas. Extraction. Guérison.

Sciatique rebelle par fracture du sacrum. Radicotomie, guérison. — MM. **Delannoy, Decoulx, Vandecasteele** et **Verhaeghe** voient apparaître une sciatique grave quelques mois après fracture du bassin, type Voillemier. La section des racines postérieures L 5 d'anthrax rénal et 1 cas d'abcès cortico-miliaire. Ils insistent sur la rareté relative de ces sciatiques post-fracturaires, opposée à l'extraordinaire fréquence actuelle des sciatiques discales.

Quatre observations d'abcès du rein. — MM. **Macquet, Lafrance** et **Wémeau** ont observé et opéré 3 cas d'anthrax rénal et 1 cas d'abcès cortico-miliaire. Ils insistent sur la nécessité d'un diagnostic précoce dont l'urétéro-pyélographie rétrograde est l'élément essentiel.

Abcès cérébral d'origine traumatique. Ablation en bloc, guérison. — MM. **Laîne** et **Renard,** 2 mois après une fracture de la voûte, ont pu pratiquer l'ablation en bloc de l'abcès et de la dure-mère adhérente. Ils insistent sur la facilité de cette exérèse et sur la sécurité qu'apporte cette méthode idéale de traitement des abcès enkystés.

Luxation du genou en avant. — MM. **Vandecasteele** et **Ducroq** insistent sur la rareté de cette lésion qui nécessite une hyperextension forcée avec mouvement brutal de tiroir en avant. Ils soulignent la fréquence des complications nerveuses et l'importance des lésions des ligaments latéraux, dont la réfection est la condition nécessaire d'une bonne restauration fonctionnelle.

P. Decoulx.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE MONTPELLIER ET DU LANGUEDOC MÉDITERRANÉEN

(*Section de Chirurgie*)

2 Février 1945.

Un nouveau cas de fibrome saignant de la puberté masculine. — MM. **Terracol, Goubert** et **Fabre.** Bon résultat avec la particularité d'une transfusion pré-opératoire de sang par ponction sternale.

Anévrysme aigu infecté ou artérite aiguë suppurée ? Exérèse intra-fébrile. — MM. **Lapeyre, G. Gros** et **Y. Guerrier.** Hématome pulsatile infecté de la région inguinale droite d'apparition spontanée et d'évolution rapide ayant nécessité l'extirpation intra-fébrile de l'iliaque externe et de la fémorale dilacérée et fragmentée. Gangrène secondaire du membre.

Artériectomie pour thrombose ascendante aiguë des vaisseaux fémoraux chez une syphilitique. — MM. **Lapeyre, G. Gros** et **Y. Guerrier.** Thrombose aiguë du membre inférieur gauche chez une cardiaque syphilitique. L'évolution ascendante parut être limitée par une artériectomie passant en amont de la thrombose.

L'infiltration des sinus carotidiens dans l'état de choc grave. Deux observations. — MM. **Etienne, Lescure** et **Daude.** Chez 2 blessés par grenade et mine ayant présenté un choc extrêmement grave, l'infiltration bilatérale des sinus carotidiens entraîne une amélioration très nette, le premier pendant 7 heures et la guérison chez l'autre. Les auteurs se rallient à la conception de Léger, Lambert et Driessens qui estiment que l'action de l'infiltration provoque une décharge d'hormone cortico-surrénale.

Note sur la chirurgie actuelle de guerre. — MM. **Roux, Campo** et M[lle] **Coursange.** Recommandation de l'appareil plâtré occlusif, immédiat et direct pour les blessures des parties molles, des articulations ou des diaphyses par projectile de guerre. Sur 20 observations, 2 amputations seulement ont été nécessaires pour infection ; chez les autres, indemnes d'infection, ablation du plâtre au 30[e] jour (membre supérieur), 50[e] (membre inférieur). Trois pseudarthroses par défaut de réduction ou perte étendue de substance ont subi une ostéo-synthèse métallique sans accidents infectieux.

La novocaïne intraveineuse dans le traitement des traumatismes craniens. — MM. **Massabuau** et **Courty.** Effet favorable dans 10 observations de gravité diverse ; régression rapide des symptômes d'hypertension intracranienne et d'œdème cérébral.

Volvulus du cæcum. Considération sur le traitement par l'exérèse. — MM. **Massabuau, Courty, Godlewski** et **Campo.** Volvulus cæcal traité par simple détorsion avec cæcostomie de fixation et de décharge. Trois interventions ayant été nécessaires dans les mois qui ont suivi, les auteurs pensent qu'il faut, même devant un cæcum en apparence normal, pratiquer une hémi-colectomie.

Infiltration des splanchniques et occlusion post-opératoire à propos d'une observation. — MM. **Etienne, Lescure** et **Daudé.** Chez un enfant présentant une plaie pénétrante de l'abdomen par éclat de grenade avec déchirure du ligament gastro-colique et plaie de la gastro-épiploïque droite, une occlusion intestinale post-opératoire fut guérie immédiatement et radicalement par infiltration bilatérale des splanchniques.

Un cas de kyste par inclusion de la conjonctive bulbaire. — MM. **Dejean** et **Laporte.** Malade qui a présenté un kyste par inclusion de la conjonctive bulbaire à 1 *cm.* environ du limbe scléro-cornéen et formé de 7 à 8 petites vésicules transparentes accolées. L'examen histologique permit le diagnostic, le revêtement intérieur du kyste étant un épithélium de type pavimenteux stratifié. L'absence de toute cause traumatique dans la genèse du kyste est remarquable.

Un cas de fibrose péri-métro-rectale. — M. **R. Joyeux.** Occlusion rectale aiguë par péri-métrite. Guérison par simple section de bride. Considérations anatomo-cliniques et thérapeutiques.

Le rôle de l'exploration radiologique dans le diagnostic de la forme pseudo-ascitique des kystes géants de l'ovaire. — MM. **Bétoulières** et **P. Mas.** Cas complexe dont le diagnostic put être posé grâce au signe décrit par M. Fourestier : examen radiologique en station verticale après ponction évacuatrice partielle suivie d'injection d'air.

Papillomatose urétéro-pyélique. Néphro-urétérectomie. — MM. **Truc, Costecalde, Coste** et **Bringer.** Nécessité pour le diagnostic précoce de ces cas d'un examen urologique et radiologique complet dès la première hématurie.

A. Puech.

PETITES CLINIQUES DE "LA PRESSE MÉDICALE"

N° 672.

Périple d'un dénonciateur sous l'occupation allemande

Par Léon Michaux.
(Paris.)

La dénonciation qui sévit avec une abominable intensité pendant l'occupation était dans la règle le fait d'individus vénaux ou pervers, y cherchant satisfaction là à leur cupidité, ici à leur malignité. Mais elle fut, dans des cas exceptionnels, l'œuvre de revendicateurs altruistes qui s'étaient nantis d'une mission idéaliste et la poursuivaient avec un désintéressement, un ascétisme dignes d'une autre cause. Ceux-là n'étaient pas les moins dangereux: du moins la police avait-elle contre eux un recours: l'envoi à l'Infirmerie spéciale. Cette aventure advint à l'ancien adjudant chef dont nous allons conter l'histoire que nous terminâmes par un internement.

Revendicateur altruiste il l'était au plus haut point par son aspiration ardente à la justice sociale. Son malheur fut de concrétiser cet idéal dans la « révolution nationale » et, plus encore, de se charger d'une mission précise: celle d'observer et de dénoncer aux autorités les entorses graves ou anodines, réelles ou supposées, aux réglementations multiples de l'époque.

Le dimanche 11 Avril 1943, un individu de 42 ans se présente à un commissariat de police. Il sort d'une réunion du P. P. F. qui se tient au Vélodrome d'Hiver et vient signaler un certain nombre d'irrégularités : « Tout le monde fumait, dit-il, même les femmes, ce qui est contraire aux décrets du rationnement, les hommes devant seuls posséder une carte ; on mangeait des gâteaux, évidemment en dehors des tickets ; l'acoustique était mauvaise, l'organisation défectueuse, la tenue des agents inconvenante : ne parlaient-ils pas aux manifestants ? »

Ces propos étranges firent adresser leur auteur à l'Infirmerie spéciale, près la Préfecture de Police. Il se présente à nous calme, lucide, bien orienté, exposant avec précision sa vie antérieure et les nombreux avatars que lui a valus, depuis deux ans, son souci de justice.

Il a fait des études assez poussées puisqu'il a mené sa scolarité jusqu'à la seconde inclusivement dans un collège de Grenoble, qu'il a fait ensuite un an d'école polytechnique pour l'apprentissage de la papeterie. S'étant engagé par devancement pour faire sa carrière militaire, il devint sous-officier, prépara l'école de Poitiers, y fut admissible mais échoua à l'oral, fut promu adjudant au bout de dix ans de service et adjudant-chef au bout de quinze ans. Il prit sa retraite proportionnelle, postula et obtint un emploi réservé aux chemins de fer comme expéditionnaire, poste qu'il occupe encore. Il fut un fonctionnaire scrupuleux, méticuleux, respectueux jusqu'à l'excès de la discipline et, au dire de ses camarades, terriblement « service ».

Rappelé à l'armée en 1939, il fut démobilisé en 1940. Une nuit de 1941, il fit un examen de conscience. Ce fut pour lui, dit-il, « une révélation, peut-être quelque chose de divin, en tout cas quelque chose de supérieur ». Après quoi « il ne se sentit plus le même homme ».

C'est vers cette époque qu'il fut muté à Chamonix et que sa conduite se fit singulière. Il devint d'un « pointillisme » extrême, tant sur l'application des règlements de la S. N. C. F. que sur celle des décrets régissant l'alimentation et des directives du régime nouveau.

Il *signale* tout et tous : le restaurant dans lequel il prend ses repas, où l'on sert trop souvent, à son gré, des denrées contingentées, où on lui donne trop contre ses tickets. Il *signale* son inspecteur. Il va s'inscrire à la Légion où il est accepté, puis à la Milice où son engagement est refusé, ce qu'il s'empresse de *signaler* au premier commissariat venu..

Il en vient à dénoncer les actes de sa famille et les siens propres qui ne lui semblent pas strictement réglementaires. Sa femme a quelques provisions alimentaires : il les expédie au Secours National. Il a acheté deux bicyclettes en 1940 de façon parfaitement licite : il veut les « restituer » au commissariat de police où on les lui refuse. Il se heurte à une nouvelle fin de non-recevoir lorsqu'il expédie à l'Intendance 1.500 fr. en restitution de sa prime de démobilisation et en indemnisation des effets perçus indûment, lui semble-t-il. Alors il adresse au Secours national ses souliers et son complet de démobilisation. Il veut restituer au Ravitaillement les pommes de terre touchées au titre de la répartition, injustement puisqu'il en tire de son jardin : nouveau refus. Ayant acquis des traverses de bois à prix modique à titre d'employé de la S. N. C. F., il veut les rendre à l'Administration : l'employé à qui il s'adresse l'accueille ironiquement et consent seulement à garder les traverses pour lui : nouvelle irrégularité à laquelle s'oppose notre malade..

Sa conduite alarme famille et administration. Il est soigné quelques jours à Grange-Blanche, près de Lyon : une ponction lombaire est négative. Après une brève reprise du travail, il est mis en congé d'office d'un mois. Il en profite pour venir à Paris remplir sa mission. Il a révisé toutes les valeurs spirituelles, matérielles, sociales et politiques. Il est revenu à la pratique de la religion, suivant régulièrement les offices, se confessant et communiant. Son thème politique est la « Révolution Nationale » : il la servira en dénonçant toutes les irrégularités contre la lettre et l'esprit des règlements.

En vain il cherche à approcher le chef de l'État à Vichy, à rencontrer M. de Brinon et M. Abetz. Il signale à la gendarmerie de Clichy la conduite défectueuse des acheteurs dans un marché. Reçu chez un ami, il dénonce les réserves de vin et les auditions radiophoniques illicites de son hôte. Il signale à la police les irrégularités minimes qu'il a constatées dans un restaurant. Il projette d'entrer en relations avec les autorités allemandes.

Le malade expose tous ces faits avec une mémoire et une précision remarquables. On ne relève pas d'hallucinations. Intuitions, interprétations sommaires, rationalisme outrancier constituent les seuls modes d'enrichissement du délire.

Sa rigidité morale est inflexible, ne souffrant pas d'exceptions pour ses amis, sa famille, lui-même.

Le séjour du malade à l'Infirmerie spéciale n'interrompt pas son activité dénonciatrice : irrégularités des heures de repas, gaspillage d'électricité, un infirmier qui a fumé dans un couloir, c'est un véritable rapport qu'il nous présente chaque matin, rapport du reste purement énonciateur, sans aucune suggestion relative aux réformes souhaitables. Nous sommes frappé du ton monotone, vide, morne, stéréotypé, du débit automatique entre la véhémence des propos d'une part, la pauvreté de la mimique et la monotonie de la parole d'autre part : stéréotypies verbales et d'attitude, discordances, apparence d'indifférence affective évoquent une évolution possible vers la dissociation schizophrénique. Il faut du reste souligner les antécédents familiaux psychopathiques : démence à l'âge de 55 ans chez la grand'mère maternelle, internement pour dépression mélancolique d'une tante maternelle.

L'internement est la seule mesure qui puisse mettre la société à l'abri de cet aliéné redoutable. Nous le décidons et en faisons part au malade qui n'en manifeste aucun émoi.

Le classement d'un tel cas ne va pas sans difficulté.

Il s'agit d'un *délire de revendication altruiste*. Mais il se singularise parmi les cas analogues par l'activité incessante du malade. Sa « mission » est essentiellement terre-à-terre, administrative, bien différente des utopies un peu nuageuses des autres revendicateurs altruistes dont le pragmatisme — hors les réactions graves des régicides et des anarchistes — reste limité.

La localisation nosographique du délire n'importe pas seulement au classement théorique des faits, mais au pronostic.

Le malade ressortit incontestablement à la *constitution paranoïaque*. Ce n'est pas hier que sont apparus chez lui ses éléments: orgueil, méfiance, susceptibilité, autoritarisme, psycho-rigidité. Mais ces anomalies, pour indiscutables qu'elles fussent, s'étaient canalisées dans les vexations anodines d'un père de famille sévère et d'un adjudant très « service »; elles n'avaient jamais conduit à des réactions graves. Le délire n'est que l'épanouissement de ces tendances constitutionnelles : son orgueil désigne au malade une haute mission; sa méfiance lui fournit incessantes matières à dénonciations; la pauvreté de son jugement éclate dans l'absurdité de ses accusations; l'inadaptabilité en résultera.

C'est à 41 ans, que, brusquement, dans une nuit d'insomnie, survient « l'illumination » qui lui révèle sa mission en une clarté éblouissante. Mission révélée et alimentée uniquement par des intuitions et quelques interprétations sommaires sans appoint hallucinatoire. Mission dogmatique de justice sociale et d'égalitarisme, marquée d'idéalisme, de désintéressement, d'abnégation scrupuleuse, d'ascétisme farouche, méprisant les considérations d'amitié, de famille, d'égoïsme. Mission sthénique, essentiellement pragmatique, qui appelle une attention de tous les instants et d'incessantes démarches.

Cette activité endiablée sépare semblable état des délires dogmatiques marqués de rêverie et, à quelque degré, d'apragmatisme que l'on observe dans la *psychose paranoïde*. Mais il ne faut pas pousser trop loin cette opposition. La stéréotypie des propos et des écrits, la pauvreté de la mimique, l'uniformité du ton ébauchent avec la véhémence des idées exprimées une certaine discordance qui pose la question d'une dissociation commençante. Celle-ci semble s'exprimer dans l'*indifférence affective* qui dépasse le détachement du passionnel tout entier concentré dans son thème et rappelle la désinsertion du réel d'un schizophrène. *Terrain paranoïaque, évolution schizophrénique:* tels nous semblent les deux termes dont l'association fait ce tableau délirant bien singulier. Le fond paranoïaque lui a fourni sa rigidité dogmatique, son rationalisme outrancier, son ascétisme, sa sthénie réactionnelle intense, son infatigable pragmatisme. L'évolution schizophrénique a commencé son œuvre de dissociation, stéréotypant l'activité délirante avant de l'engluer dans l'indifférence. Ainsi semble s'amorcer le passage au tableau clinique plus habituel d'un *délire dogmatique apragmatique*.

Laissé en liberté, le malade n'aurait probablement pas persévéré longtemps dans son activité dénonciatrice. Mais l'internement ne pouvait pas être différé sans entraîner un grave danger pour la société.

Deux recettes de succédanés du Café

La liste serait longue des mélanges qu'on a proposé pour servir de succédanés au café : non moins longue serait celle des reproches que leur adressent ceux qui sont condamnés à en faire usage. Leur principal grief est que, si ces mélanges fournissent des boissons qui à la rigueur, par leur teinte et par leur arome peuvent créer ce que Huysmans appelait « un alibi gustatif » il n'en est aucun qui procure la sensation d'euphorie et d'alacrité neuro-musculaire qu'on demande avant tout au décocté de l'authentique « fève d'Arabie » : qu'il s'agisse de la racine de chicorée, des semences de l'orge du lupin, de la vesce ou du soja, c'est en vain que le consommateur guette le moment où s'ouvriront les portes du paradis cher à Balzac : comme sœur Anne il ne voit rien venir et ses centres nerveux ne réagissent pas plus que s'il avait absorbé une simple tasse d'eau chaude : triste situation qu'on ne peut mieux comparer qu'à celle du fumeur d'opium dont on aurait remplacé la drogue par une boulette de réglisse ! C'est pour y remédier que je demande à mes lecteurs la permission de leur signaler deux recettes dont j'ai pu apprécier les heureux résultats.

La première m'a été communiquée par le Dr Jean Tinel : c'est à la graine torréfiée du genêt à balais qu'il l'éminent neurologue demande de conférer de l'âme à ce *caput mortuum* que sont les cafés actuellement en usage. A cette graine, porphyrisée aussi finement que possible, il ajoute 3/4 d'un mélange à parties égales d'orge et de lupin également torréfiés et réduits en poudre. Ce trio, soumis à une ébullition de quelques minutes suivie d'une digestion d'un quart d'heure fournit un breuvage dont la teinte foncée et la saveur ont beaucoup d'analogie avec celles du café et qui a l'avantage d'exercer sur le système nerveux une action tonifiante se traduisant par une stimulation des facultés intellectuelles, par une légère augmentation de l'énergie des battements du cœur. Ces effets dépendent des traces de spartéine que la torréfaction laisse subsister dans les semences de genêt, mais en proportions trop faibles pour entraîner le moindre danger d'intoxication. On n'a de même rien à craindre de la présence du lupin, car la chaleur a détruit complètement le principe nocif (lupinidine) qu'il renferme et qui, d'ailleurs, n'existe pas dans le Lupin bleu, le seul utilisé comme succédané du café.

La seconde recette, dont je revendique la paternité associe les semences torréfiées de l'avoine, de la fève rolle et du chardon-marie. On sait que de la dernière de ces semences a été isolée une substance identique à la tyramine et capable d'agir comme elle en favorisant l'équilibre vago-sympathique, en intensifiant le tonus des fibres musculaires lisses des vaisseaux, en déclenchant une légère élévation de la pression sanguine. C'est à cette action pharmacodynamique que ma recette doit de partager avec la précédente la propriété de provoquer une stimulation comparable à celle qui suit l'ingestion d'une tasse de « café d'avant guerre ». Une de mes malades, en ayant fait l'essai m'adressa des félicitations en des termes que, bravant toute modestie, je n'hésite pas à reproduire comme capables de servir d'épilogue à cette notice : « Votre faux café, me dit-elle, est une merveille : il m'a donné des palpitations et m'a empêchée de dormir, tout comme le vrai. Que peut-on lui demander de plus ? »

Henri Leclerc.

CHRONIQUES

La Réanimation-Transfusion dans l'Empire

I°. — Comment fut organisée la Réanimation-Transfusion dans l'Armée, à la reprise des hostilités, en Afrique du Nord.

Dès le débarquement des Américains en Afrique lu Nord, alors qu'une petite armée française était lirigée en toute hâte sur le théâtre d'opérations unisien, on nous demanda de prendre a direction de la Réanimation-Transusion de l'Armée. Les Commissions l'Armistice, allemande et italienne, ıvaient tout volé, tout pillé ; et nous partions à peu près du néant, plus exacement d'un matériel sommaire qu'avec e Prof. Laffont nous avions constitué pour les besoins de la Défense Passive. Le dispositif que nous proposâmes alors, sous l'impulsion du médecin général Vanlande, fut le suivant :

a) *Une maison-mère*, installée dans notre service des Maladies du Sang, à Alger;

b) *Une aile marchante*, envoyée immédiatement en Tunisie.

Une maison-mère qui se chargerait de récolter toutes les variétés de sang (sang conservé, plasma, sérum), de préparer les sérum-tests, d'appareiller des centaines de bouteilles de transfusion de campagne (J. Pugliese) pour remplacer les appareils absents, qui instruirait les médecins destinés aux armées.

Une aile marchante, faite, non pas de transfuseurs isolés, affectés aux formations chirurgicales, mais d'*équipes de réanimateurs-transfuseurs*, dotées d'un matériel spécial, instrumental et technique, dans une cantine n° 1, et dans une cantine n° 2 d'une réserve de produits biologiques. Dans la cantine n° 1, en particulier, se trouvaient — à côté d'une « boîte de groupages sanguins » avec ses sérums-tests, un tensiomètre ou un oscillomètre et un hémoglobinomètre. Les réanimateurs-transfuseurs furent d'abord accueillis avec réserve; bien vite, ils conquirent la place qu'ils méritaient auprès des chirurgiens. Un soir, à 20 heures, un aviateur vint nous porter un S.O.S. de la part du chirurgien consultant: le médecin commandant Curtillet nous réclamait pour la première fois du sang conservé pour les blessés qui affluaient. En quelques heures, dans la nuit, par plantons ou par téléphone, furent convoqués les donneurs bénévoles de sang qui habitaient dans les parages de l'hôpital; au petit jour tout était prêt, dans des caisses de froid, et l'avion emportait les ampoules demandées et atterrissait en deux heures à la base de Keff. Et, à partir de ce moment, presque chaque jour partaient pour nos blessés des ampoules de sang total en glacière, et, dans des caisses convoyées, des ampoules de plasma et surtout de sérum (J. Clastrier). Ce fut notre première réussite, j'allais dire notre première victoire.

Peu après commença la campagne d'Italie, et c'est alors que nous fîmes un Cours complet de Réanimation-Transfusion, résumé dans un ouvrage récent [1], avec leçons théoriques, travaux pratiques, gardes hospitalières, concours de sortie; un cours où nous voulûmes initier nos jeunes camarades aux questions nouvelles: crush-injuries, blast-injuries, accidents généraux des brûlures, indications du sang total, du sang dilué ou du plasma, techniques nouvelles telles que la transfusion sternale, progrès biologiques tels que l'étude des agglutinines froides et celle du facteur *Rhesus*, ou thérapeutiques tels que l'emploi de la pénicilline ou des sulfamides. Onze promotions (comprenant chacune une dizaine d'équipes, l'équipe étant elle-même constituée par un docteur en médecine comme médecin-chef, un médecin auxiliaire et deux infirmiers spécialement entraînés) furent ainsi instruites, tandis qu'aux chefs de grandes unités, aux aviateurs, aux marins étaient réservés des cours d'information, et qu'aux médecins de régiments on enseignait la pratique du groupage sanguin.

Le *dispositif de guerre* de la réanimation-transfusion fut alors définitivement mis au point : tandis que la *maison-mère* augmentait son activité, l'*aile marchante* fut dotée, à la base, d'un organisme extrêmement important, intermédiaire entre la Maison-Mère et les Equipes, l'organe de Réanimation-Transfusion de base, l'*O.R.T.*, qui était chargé de recevoir et de stocker le matériel technique et biologique qui lui parvenait d'Alger par avion, et de récolter auprès des 3.000 jeunes recrues à l'instruction autour de Naples le sang immédiatement nécessaire aux premières heures de la bataille. Jamais on ne dira assez l'ingéniosité que dut déployer notre élève, le médecin capitaine Ricard, chef de l'O.R.T. et spécialiste principal, pour tirer parti d'un matériel de récupération et en faire d'excellentes bouteilles de récolte de sang. Quant aux *équipes*, elles furent réparties tout le long des formations sanitaires, depuis le poste de Ramassage du Bataillon médical (à côté même des postes de secours régimentaires) et les ambulances de Triage du même Bataillon, jusqu'aux ambulances chirurgicales mobiles Catroux et Du Luard, aux hôpitaux de campagne, d'armée ou de base; et chacune de ces équipes fut dotée *d'un bloc autonome de réanimation-transfusion*, bloc de déchoquage et de « ressuscitation », qu'on installait entre le bloc du triage et le bloc chirurgical. Dans ce bloc de R.T. se trouvaient: toute la réanimation respiratoire (avec des réserves en oxygène, en carbogène, des masques [2] s'apparentant aux masques de Genaud et réalisant comme le masque de Binet, une atmosphère de 60 pour 100 d'oxygène), toute la réanimation cardiaque, les moyens de déchoquage (plasma, sérum, appareils de réchauffement) et toutes les variétés de transfusions sanguines (sang conservé, sang fraîchement récolté, bouteilles de campagne de l'armée). Au cours de notre séjour en Italie, avec le médecin général Hugonot et le médecin capitaine Ricard, nous établîmes la *Route du Sang*. D'Alger, par avion, le sang rouge et le sang blanc arrivaient sur l'un des aérodromes

Fig. 1. — Schéma de l'organisation de la transfusion en Afrique du Nord.

1. Ed. Benhamou, Chiche, Flocu, Morali, Pugliese, Liaras, Roux et Zermati : Notes sur la réanimation-transfusion, recueillies par Ouary, Goez, Linhard. Cours du 15 Juillet au 3 Août 1944 (11e série), Alger, 1944.

2. Voir pour l'étude de ce masque : *Thèse Denis*, Alger 1941.

Fig. 2. Fig. 3. Fig. 4.

Fig. 2. — Marocains travaillant le verre à la Verrerie des Roches Noires (Casablanca).
Fig. 3. — Une caoutchouterie, à Hussein-Dey (Alger), travaillant le caoutchouc venant de Dakar.
Fig. 4. — Un atelier de bijouterie transformé en atelier d'aiguilles pour la transfusion.

le Naples; un agent de liaison l'apportait aussitôt l'O.R.T.; et de là le sang d'Alger et le sang les soldats de Naples était transporté en Jeep, haque jour, jusqu'aux formations les plus avancées, tandis que des conseils techniques étaient lonnés par Ricard, Fanjeaux et leurs adjoints aux ransfuseurs. Jamais on n'insistera assez sur la nécessité des *liaisons* indispensables entre les différents segments de cette route du sang. Les *observations cliniques* revenaient par le chemin inverse, t par l'intermédiaire de l'O.R.T., à la maison-mère d'Alger.

C'est ce même dispositif qui, d'accord avec le médecin général Jame et le médecin général Guirlec, a fonctionné dans la campagne de France, avec es mêmes chefs de base (Ricard, Masseboeuf, Faneaux, puis Glastrier), avec les mêmes équipes; et, 'heure « H » ayant été donnée quelques jours à 'avance, nous pûmes chaque jour, et pendant plusieurs semaines, envoyer 100 ampoules de sang conservé et aussi des bouteilles de plasma et de érum.

Or, pour soutenir le fonctionnement d'un tel lispositif nous nous heurtâmes à trois difficultés ndustrielles: *le verre, le caoutchouc, les aiguilles.*

Le verre, c'est une usine de Casablanca, la Verrerie des Terres Noires qui résolut le problème. Avec lu kaolin qui venait de Bône, du feldspath qui enait des environs de Tunis, du sable qui venait le Saint-Denis-du-Sig (près d'Oran) elle put fabriquer un verre neutre, contrôlé par un chimiste particulièrement compétent, le pharmacien colonel Belebar. D'abord elle nous livra des ampoules de 250 cm^3, au moment où les stocks de l'armée étaient totalement épuisés; ensuite elle put, sur notre demande, tenter et réussir la fabrication des bouteilles à vis, qui n'ont rien à envier à l'industrie étrangère. C'est avec 200 Marocains indigènes, habitués aux travaux de la terre et devenus de magnifiques verriers, sous la seule conduite d'un contre-maître européen, que se fit cette splendide réalisation. Et quand on songe que nous devons à cette modeste usine tout l'équipement du Maroc, de la Tunisie, de l'Oranie, du Constantinois, que pas un seul jour nous n'avons manqué d'une bouteille, quand on sait qu'elle a pu mettre au point es bocaux à sérum, après les bouteilles de plasma t les bouteilles de sang conservé, on doit s'incliner devant une telle vigueur dans la poursuite du but. Sans l'usine des Terres Noires, la Transfusion de l'Empire eût échoué.

Le caoutchouc, c'est Dakar qui nous dépanna. Un jour, il n'y eut plus de caoutchouc dans l'usine l'Hussein-Dey (aux environs d'Alger), plus de caoutchouc pour les tubes, les capsules, les bouchons qu'exigent les bouteilles de sang. Les Américains ne pouvaient pas nous en céder, n'ayant eux-mêmes que le matériel nécessaire aux besoins de eurs armées. Mais nous apprîmes qu'il y avait aux environs de Dakar des ingénieurs évadés de France, appartenant aux usines Michelin, qui exploitaient e caoutchouc venu des forêts d'A.O.F. Avec le médecin général Vancel nous fîmes une démarche auprès du ministre Pleven. Sur le champ, devant nous, le directeur de la Production industrielle Peter télégraphiait au Gouverneur Cournarie pour ui dire notre anxiété et lui réclamer d'extrême urgence 1.000 *kg.* de caoutchouc. Réponse du Gouverneur Cournarie: « Faites prendre sur l'aérodrome d'Alger (Maison-Blanche) 200 *kg.* de gomme que vous portera le premier avion dans trois jours; faites prendre encore 200 *kg.* dans le deuxième avion, qui suivra trois jours après; les 600 *kg.* restants partiront par bateau, via Casablanca; dites os besoins. » Quelle riposte! et nous n'avons plus jamais manqué de caoutchouc. Nous ne dirons pas es prodiges que réalisèrent, de jour et de nuit, es ouvriers, la plupart indigènes, pour tirer de ce caoutchouc de savane les produits définitifs qui partaient chaque jour aux armées.

Les aiguilles posèrent un problème encore plus angoissant. Les Américains n'avaient plus d'aiguilles, du moins celles qui nous étaient utiles; t l'on ne savait pas faire d'aiguilles en Afrique du Nord. Et puis, on n'avait pas le métal nécessaire. Nous découvrîmes, perdues ou cachées quelque part, des baguettes de maillechort et des baguettes l'acier. Deux ouvriers s'attelèrent au problème : 'un était tourneur, l'autre était bijoutier. Le premier réussit à faire une aiguille en perforant la baguette, l'autre en la laminant. Et on eut vite fait, en quelques jours, de transformer un atelier de bijouterie en un atelier de guerre qui a fabriqué des milliers d'aiguilles et peut prendre maintenant des commandes pour la France.

Et je ne parle pas de ce souffleur de verre qui a usé ses yeux et a oublié de dormir, pour faire sans arrêt, dimanches et jours de fêtes, des filtres de Jame et des compte-gouttes qui accompagnent l'appareillage de toutes les ampoules ou bouteilles de sang. Et je ne parle pas de ce chef d'usine qui arriva avec un tour à fabriquer les milliers de viroles qui permettent de terminer les bouteilles de sang, de plasma et de sérum, nécessaires aux centres de transfusion d'Alger, du Maroc et de la Tunisie. Je ne parle pas de l'*industrie du froid*, qui a permis la fabrication de centaines de caisses isothermes qui assurent toujours, sur le front d'Alsace, le transport du sang conservé. Je ne parle pas de l'industrie du fer, qui a permis la fabrication des étuis où s'enferment le caoutchouc, les aiguilles, les ampoules ou les bouteilles de sang.

Voilà ce que fut l'effort industriel africain pour la Transfusion de l'Armée.

ED. BENHAMOU.

Albert Chauchard

(1874-1945)

Un savant modeste vient de disparaître, qui laisse une œuvre physiologique fort intéressante. Né à Tarbes le 29 Avril 1874, Albert Chauchard fit de solides études médicales aux Facultés de Toulouse et de Bordeaux. Il commença par exercer la médecine, mais, attiré par une vocation scientifique irrésistible, il vint à Paris et alla travailler au laboratoire de physiologie de la Faculté des Sciences. C'est là qu'il connut une étudiante, Mlle Berthe Mazoué, qui devint bientôt Mme Chauchard. Nulle union ne fut mieux assortie. Les deux époux avaient les mêmes goûts et le même amour désintéressé de la science; ainsi commença une collaboration que la mort seule a pu interrompre. Le même jour, en 1920, à une heure d'intervalle, ils soutinrent, sous la présidence de Lapicque, leur thèse de doctorat ès sciences; ils avaient groupé en deux mémoires distincts les résultats qu'ils avaient obtenus en étudiant l'action des rayons ultra-violets sur les diastases. Mais bientôt ils furent entraînés par Lapicque à l'étude de la chronaxie. En l'espace de vingt-cinq ans, Chauchard a publié environ 200 notes où il exposait les résultats nouveaux qu'il avait obtenus. Je signalerai notamment ses recherches sur la commande sympathique et parasympathique des divers viscères; sur le mode d'action des poisons sympatho- et parasympathomimétiques; sur le siège d'action périphérique de l'atropine, résultat en relation avec la théorie de la médiation chimique; sur les réflexes végétatifs et les réflexes médullaires.

En 1925, Chauchard aborda l'étude de la chronaximétrie cérébrale et, en 1934, il fit connaître une méthode qui permet de faire des explorations corticales sans mettre le cerveau à découvert: elle consiste à pratiquer une craniectomie préalable et à suturer la peau sur la dure-mère. Chauchard a pu étudier ainsi la vascularisation du cerveau et sa résistance à l'ischémie; la chronaxie des réflexes conditionnels; la répercussion réciproque du cerveau et de la périphérie et leur rapport avec la subordination nerveuse.

Etendant ses recherches aux Vertébrés inférieurs, il a découvert les points moteurs du vecteur mésencéphalique des animaux sans cortex. Je signalerai encore ses recherches sur la narcose par compression du cerveau, sur l'antagonisme des barbituriques et de la strychnine, sur l'excitabilité neuro-musculaire chez les Mollusques et les Crustacés, sur l'électro-physiologie de la poliomyélite expérimentale.

Beaucoup de savants étrangers, intéressés par l'étude de la chronaxie, sont venus travailler à la Sorbonne et ont collaboré avec Chauchard. Sa réputation a dépassé nos frontières: la Société des Physiologistes hollandais lui a demandé de venir faire à Amsterdam une conférence sur ses travaux.

Ardent patriote, Chauchard eut pendant la dernière guerre une conduite héroïque qui lui valut trois citations et la Légion d'honneur. Trop âgé pour reprendre du service, comme il l'avait désiré, pendant la guerre actuelle, il s'occupa d'organisations sanitaires, soigna blessés et malades, se dépensa sans compter pour soulager et secourir ceux qui avaient besoin de soins à Châtillon-sous-Bagneux où il résidait. Il s'imposa ainsi un excès de fatigue et, s'étant remis trop tôt au travail après une forte grippe, il succomba le 22 Février 1945. Il aura eu la joie de voir son fils s'engager dans la voie scientifique qu'il avait si brillamment suivie et publier des travaux intéressants, dont plusieurs en collaboration avec Mme Chauchard. Cette collaboration de la mère et du fils sera, je crois, le plus bel hommage rendu à la mémoire d'un homme qui fut un modeste, mais un véritable savant.

H. ROGER.

Correspondance

Phlébographie et oblitération dans les phlébites post-opératoires.

Au sujet de 9 examens radiographiques d'oblitérations veineuses pour des phlébites post-opératoires, C. Olivier écrit en particulier, au début de son article de *La Presse Médicale* du 19 Mars 1945 :

« Nos premiers clichés datent du début de Janvier 1944. A l'étranger, G. Bauer et Lindblom nous avaient précédé dans cette voie. Servelle a rapporté un exemple intéressant. »

Or, dans mon livre « *La Veinographie*, moyen d'étude de la physiopathologie des phlébites et autres affections veineuses », paru chez Maloine en 1944, après avoir rapporté 4 observations de phlébites opérées sans l'aide de la veinographie par mon maître le Professeur Leriche respectivement en 1922, en 1925, en 1928 et enfin en 1938, j'ai signalé que de 1941 à 1943, date à laquelle j'ai écrit ce livre, j'ai étudié systématiquement toutes les phlébites anciennes ou récentes que nous avons eu l'occasion de voir avec mon maître le Professeur Leriche. J'ai pu ainsi étudier 15 phlébites dont 9 furent opérées. J'ai également rapporté 2 cas d'anomalies veineuses dont les observations vont paraître ici même. Tous les clichés de ces malades sont reproduits en tirage photographique avec calque explicatif. Depuis, j'ai eu personnellement l'occasion d'en radiographier et opérer un grand nombre. Les conclusions que je tirais des phlébites opérées avec mon maître Leriche sont bien différentes du point de vue indication comme du point de vue résultat de celles rapportées tout récemment par Olivier. Les cas que j'ai opérés depuis n'ont fait que confirmer ces constatations.

Si dans la bibliographie étrangère citée dans le travail récent d'Olivier nous aurions aimé voir les noms des auteurs portugais qui ont étudié de très près la radiographie des phlébites depuis 1935, et qui en ont opéré un grand nombre, il eût été juste de rendre hommage à notre maître Leriche qui depuis plus de 20 ans s'est attaqué au traitement chirurgical des phlébites, et qui le premier montra que la phlébectomie seule ne suffit pas ; il faut fréquemment lui associer une sympathectomie lombaire.

C'est dans le but de poser des indications opératoires précises que je me suis attaché particulièrement à l'étude radiographique de ces oblitérations veineuses, dont aujourd'hui avec une expérience de plus de 150 veinographies, je puis dire que l'interprétation n'est pas toujours facile au début.

M. SERVELLE (Paris).

Livres Nouveaux

INFORMATIONS

CONSEILS DÉPARTEMENTAUX DES MÉDECINS

EXTRAITS DE LA CIRCULAIRE N° 36 DU 3 AVRIL 1945.

Comité de coordination

(Région parisienne)

Réunion du 25 Mars 1945. — La plus grande partie de la séance a été consacrée à l'examen de l'ordonnance du 3 Mars 1945 relative à la taxation des honoraires médicaux pour soins donnés aux assurés sociaux, ainsi qu'aux répercussions que l'application de cette ordonnance pourrait avoir sur l'exercice de la médecine dans la région parisienne.

Les représentants des Conseils départementaux des Médecins de la région parisienne ont estimé que cette ordonnance constituait au point de vue social un recul certain, car elle est une première étape sur la voie qui mène à la médecine allemande de Caisse, c'est-à-dire une médecine de série et de qualité inférieure, en même temps qu'elle fait de l'assuré un citoyen mineur n'étant plus sur le même plan que les autres malades.

Ils ont été d'accord pour constater que l'ordonnance du 3 Mars a été un acte d'autorité, intervenu sans qu'il y ait eu accord avec les représentants légaux actuels des médecins et avant que des organismes élus aient pu exprimer l'opinion du Corps médical.

Dans ces conditions, les représentants des Conseils départementaux des Médecins de la région parisienne ont été d'avis qu'ils ne pouvaient pas participer au fonctionnement d'une ordonnance qu'ils estiment nocive pour les intérêts des assurés et de ceux qui les soignent.

Ils ont tenu en outre à réaffirmer leur volonté de prendre une part de plus en plus active à l'élaboration d'une meilleure médecine sociale et de continuer notamment à apporter — en dehors des dispositions de l'ordonnance du 3 Mars — leur collaboration la plus loyale et la plus entière au bon fonctionnement de la loi française des Assurances sociales et de la convention d'Avril 1942.

Au cours de la séance du 25 Mars, de nombreuses questions ont également fait l'objet de discussions approfondies. Parmi ces questions, citons la révision de la nomenclature, l'application aux hôpitaux de la région parisienne des dispositions de la loi du 21 Décembre 1941 sur la réforme hospitalière, la reprise des conversations avec les Sociétés de Secours mutuels, l'étude du projet d'ordonnance relatif à l'organisation de la profession médicale, le relèvement des tarifs pour l'A.M.G., les accidents du travail et la loi des pensions.

Il a été enfin décidé, dans un but d'union et de cohésion toujours plus grande, de demander aux Syndicats médicaux nouvellement créés ou reconstitués et qui ont donc procédé aux élections de vouloir bien envoyer des représentants au Comité de Coordination.

Tarif de responsabilité de l'Union des Caisses d'Assurances sociales de la Région parisienne à la date du 1er Mars 1945. — Il est souvent demandé quels sont les tarifs de responsabilité actuellement en vigueur dans la région parisienne, ceux qui légalement doivent figurer sur les mémoires présentés pour les assurés assistés (article 19) ainsi que ceux qui doivent être appliqués aux femmes et enfants de prisonniers de guerre.

L'Union des Caisses d'Assurances sociales nous a informés que depuis le 1er Mars 1945, les tarifs de responsabilité avaient été portés aux taux suivants :

DÉSIGNATION DES ACTES	INDICATIF	SEINE	SEINE-ET-OISE	SEINE-ET-MARNE	EURE-ET-LOIR	OISE
Dans la même Commune :						
Consultation	C	60	50	50	35	40
Visite	V	80	60	60	45	50
Visite du dimanche	VN	120	100	100	»	80
Visite de nuit	VN	180	150	150	»	100
Visite hors Commune :						
Visite	V	80	60 + 1D	60 + 1D	45 + 1D	50 + 1D
Visite du Dimanche	VD	120	100 + 1D	100 + 1D	»	80 + 1D
Visite de nuit	VN	180	150 + 1D	150 + 1D	»	10 + 1D
Indemnité de déplac. par km. parcourus (Sans minimum)	1D	»	5	4	5	4
PC I.	»	35	30	35	30	35
K	»	40	30	40	30	35

On remarquera que ces tarifs correspondent exactement aux taux des honoraires minima fixés par les Conseils départementaux des médecins de la Région parisienne. Ils ont encore été établis par les Caisses en application du décret-loi du 28 Octobre 1935 et de la loi du 29 Mai 1941, l'ordonnance du 3 Mars 1945 n'étant pas encore applicable tant que le règlement d'Administration publique n'aura pas paru au *Journal officiel*.

On remarquera d'autre part que les tarifs de responsabilité pour l'obstétrique ne figurent pas dans ce tableau. Nous croyons savoir que le tarif de responsabilité est de 1.500 fr. pour l'accouchement dans la Seine et la Seine-et-Marne.

Relèvement des indemnités journalières de Maladie et de Maternité. — Depuis le 1er Mars 1945, le maximum a été porté de 50 à 75 fr.

Quelques chiffres statistiques. — Bien qu'en 1943, les résultats financiers du fonctionnement des Caisses d'Assurances sociales aient commencé à se montrer moins bons qu'autrefois, il n'en reste pas moins qu'à cette date la situation de l'Union des Caisses d'Assurances sociales de la Région parisienne n'avait encore rien d'inquiétant.

Au 31 Décembre 1943, la réserve invalidité se montait encore à 113 millions (en diminution de 96 millions sur l'année précédente). La réserve de la section de garantie s'élevait à 144 millions (en augmentation de 30 millions sur l'année précédente). La réserve de la section de compensation s'élevait à 73 millions (en augmentation de 12 millions). Et enfin la réserve pour les sections d'Hygiène sociale et de prévention se montait à 164 millions (en augmentation de 4 millions sur 1942).

L'examen des dépenses effectuées en 1943 pour les soins donnés aux invalides montre d'autre part que pour ce poste, les frais médicaux et chirurgicaux ne constituaient qu'une faible part : 10 millions de dépenses, alors que les frais d'hospitalisation s'étaient élevés à 35 millions sur un total de 57 millions de dépenses.

Conseil régional des Médecins

Le fonctionnement du Contrôle technique en 1944 d'après l'Union des Caisses. — 97 affaires comprenant 116 dossiers ont été soumises à l'examen du Contrôle technique dans la période du 1er Janvier au 31 Décembre 1944. Elles concernaient 73 médecins et 17 auxiliaires médicaux.

D'après l'Union des Caisses, les affaires ont été contrôlées pour les motifs suivants : Mentions contraires à la vérité et irrégularités. Abus d'honoraires. Traitements injustifiés, fantaisistes ou charlatanesques. Certificats de complaisance. Abus de tarification. Auxiliaires médicaux ayant outrepassé la limite de leurs droits, etc.

Sur ces 97 affaires une a donné lieu à un avertissement en chambre du Conseil, 16 se sont terminées par un non-lieu, 10 ont donné lieu à des observations, 35 ont donné lieu à des admonestations et 35 étaient encore en instance au 31 Décembre 1944.

Pour le Secrétaire général :

Le Secrétaire Administratif,
Dr COQUIN.

Médaille du Professeur POL BOUIN

Le Prof. POL BOUIN, atteint par la limite d'âge, quittait récemment sa chaire de la Faculté de Médecine de Strasbourg.

Les Amis, les Collègues, les Elèves du grand endocrinologiste ont eu la pensée, au moment où il prend sa retraite, de lui témoigner leur affection et leur admiration en lui offrant une médaille dont l'exécution a été confiée au sculpteur GUILBERT.

Toute souscription de 250 fr. donnera droit à une reproduction de la médaille.

Les versements sont reçus par M. Georges MASSON, Trésorier, 120, boulevard Saint-Germain, Paris-6e (Compte chèques postaux Paris 599).

L'Union des Médecins français

Les Organisations Médicales (Service de Santé National, Comité National des Médecins Français, Libération Nord, auxquels se sont joints les Médecins du M.L.N.) qui ont, pendant la période de Résistance, travaillé ensemble dans un seul but, commun à tous : la Défense de la Patrie, ont décidé de réunir tous les médecins en une formation unique (Union des Médecins Français) pour étudier, et, s'il se peut, pour résoudre les problèmes intéressant directement la profession médicale, et par elle, la vie même du Pays.

Cette Organisation essentiellement apolitique travaillera en étroite liaison avec les Syndicats médicaux.

Elle se propose d'étudier, en accord avec les praticiens, les conditions nouvelles de la vie médicale, les grandes questions posées par la Victoire, par le retour des prisonniers, par l'état social d'aujourd'hui et de demain, les réformes nécessaires dans l'enseignement de la médecine, et l'attitude à prendre par les médecins vis-à-vis des Assurances sociales.

Réunissant un grand nombre d'adhérents et une importante somme de bonnes volontés, l'U.M.F. espère, loin de toutes discussions doctrinales, faire un utile travail.

Le Président de l'U.M.F. :
LUCIEN DE GENNES.

COMMISSION NATIONALE
de reconstitution des Syndicats médicaux

EXTRAIT DU PROCÈS-VERBAL DE LA SÉANCE DU 25 MARS 1945.

Sont présents : M. BLONDEL, président : MM. MALLET-GUY, ARSONNEAU, UHRY, MILLIEZ, GAY. — *Excusé :* M. GILLE.

La Commission a décidé que les Syndicats, Unions et Fédérations ci-après énumérés sont reconstitués et que leurs bureaux et autres organismes directeurs peuvent reprendre leur activité :

Confédération des Syndicats Médicaux Français.
Syndicat National des Chirurgiens Français.
Syndicat National des Dermatologistes, Syphiligraphes et Vénéréologistes Français.
Syndicat National des Electro-Radiologistes.
Syndicat National des Médecins Oculistes Français.
Syndicat National des Oto-Rhino-Laryngologistes Français.
Syndicat National des Médecins Spécialistes de l'Appareil Respiratoire.
Syndicat des Gynécologues Français.
Syndicat Général des Médecins Stomatologistes Français.

La Commission a étudié en outre les dossiers de reconstitution des syndicats suivants :

Syndicat des Médecins spécialisés des dispensaires d'Hygiène sociale.
Syndicat National des Médecins-Conseils des Caisses d'Assurances sociales.
Syndicat National des Urologistes Français.
Syndicat National des Médecins des Stations thermales, marines et climatiques de France.
Syndicat National des Médecins, Chirurgiens et Spécialistes des Hôpitaux publics non admis au concours.

A l'unanimité des membres présents, la Commission a émis le vœu suivant :

« La Commission Nationale de reconstitution des Syndicats médicaux se permet d'attirer l'attention de M. le Ministre de la Santé publique sur les très graves inconvénients qui résultent déjà et qui pourraient résulter des retards apportés à la nomination des Commissions départementales de Reconstitution des Syndicats Médicaux, en particulier pour la région de Paris et la région lyonnaise, retards qui peuvent susciter la formation spontanée de syndicats dissidents.

Campagnes
DU COMITÉ NATIONAL DE DÉFENSE
contre la Tuberculose

La tuberculose était depuis quelques années en décroissance ; elle remonte en flèche et avec le flot des prisonniers, déportés et travailleurs nous allons avoir à faire face à de nombreuses infortunes dues à la terrible maladie. Il faut des ressources.

Sans doute le ministère de la Santé publique a prévu un budget important ; dans tous les départements il assure, avec les communes et le département, les dépenses de fonctionnement des dispensaires ; il prend en charge les tuberculeux privés de ressources. A côté de cette action est apparue la nécessité d'associer l'œuvre privée plus souple, adaptable à chaque cas social, pouvant accorder des secours d'urgence aux tuberculeux et à leur famille.

Dans la Seine, il existe depuis quelques années des Associations agréées auprès des dispensaires qui sont chargées de ce rôle d'assistance. Elles sont réunies à un Comité central présidé par le Prof. Bezançon, assisté du Dr Lafosse. Le ministre de la Santé a décidé la généralisation de ces Comités locaux, de ces Comités du Timbre antituberculeux et la création dans tous les départements d'un « Comité Antituberculeux d'entr'aide ».

Devant l'importance de l'œuvre à accomplir cette année, le Comité National de Défense contre la Tuberculose a décidé :

— Au mois de Mai l'émission d'un timbre à valeur postale avec surtaxe de 1 fr. qui serait vendu d'une façon

intensive dans tous les bureaux de poste et recettes buralistes.

— Au mois de Décembre aura lieu, selon la formule ancienne, le Timbre de Noël. Le Timbre Antituberculeux, lancé en 1927 sur le plan national, a rapporté jusqu'en 1940 plus de 220 millions et a toujours rencontré la faveur du public, la recette restant dans la proportion de 95 pour 100 dans le département d'origine, 5 pour 100 seulement revenant au Comité National pour sa propagande éducative à cette occasion, et pour des Œuvres antituberculeuses nationales ou corporatives. Ce Timbre de Noël aura pour devise « Renaître ».

Le Comité National fait un pressant appel et demande à tous, au Corps médical en particulier, d'appuyer ces deux campagnes qui ont un double caractère, à la fois financier et d'éducation sanitaire.

Congrès National de l'Aviation française

Le premier Congrès national de notre Aviation renaissante s'est tenu à la Sorbonne du 3 au 8 Avril 1945. Malgré les difficultés de l'heure, il n'en a pas moins groupé plus de 600 rapports et la sous-section « physiologie », dont le bureau était constitué par le médecin général BEYNE, président ; MM. GRANDPIERRE, MALMÉJAC, LEMAIRE et FRANCK, a été particulièrement active.

Le principal sujet de ses travaux a été *l'anoxémie*. Les rapports présentés par MM. BEYNE, R. FABRE et G. ROUGIER, R. GRANDPIERRE et C. FRANCK, F. CAUJOLLE, R. GROGNOT, J. MALMÉJAC, G. CHARDON et A. CALLEJA, pour ne citer que les principaux, ont porté sur l'étude expérimentale des réactions de l'anoxémie vis-à-vis de la circulation artérielle et veineuse, du cœur, du cerveau, des fonctions urinaires et sécrétoires, sur les lésions histologiques des différents viscères provoquées par la dépression atmosphérique ou la respiration de mélanges gazeux pauvres en oxygène et sur le traitement préventif de l'anoxémie.

Service de garde
DANS LES HOPITAUX

La mobilisation des élèves en médecine des Hôpitaux étant susceptible d'amener l'Administration de l'Assistance publique, à Paris, à organiser dans les établissements hospitaliers un service de garde spécial de 14 h. à 18 h. du matin.

Les docteurs en médecine, désireux de collaborer éventuellement à ce service, sont priés de se faire connaître au Service de Santé de l'Administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria (2e étage), en donnant tous renseignements utiles, notamment : références, titres, spécialité exercée, et établissement choisi.

Université de Paris

Cours de pathologie chirurgicale. — Le docteur Jean PATEL, agrégé, recommencera son cours le mardi 17 Avril 1945, à 17 heures, au Petit Amphithéâtre, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Programme du cours : *Affections chirurgicales des membres* (suite).

Cours de stomatologie. — Le docteur DECHAUME, chargé de cours, commencera le lundi 16 Avril, à 18 h., à la salle de Thèses n° 2, une série de 15 conférences sur la pathologie dentaire. Il continuera son cours les lundis et vendredis, à la même heure.

Cours de radiologie clinique. — M. R. LEDOUX-LEBARD, chargé de cours, commencera le 18 Avril 1945, à 11 h., à la Salpêtrière (dans le service du Dr GALLY, pavillon d'électrologie), un cours complémentaire consacré au Radiodiagnostic digestif et le continuera les mercredis suivants, à la même heure.

Les élèves seront individuellement exercés à la pratique de l'interprétation des clichés.

Universités de Province

Faculté de Médecine d'Alger. — M. MUSSO, professeur, est admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

Faculté de Médecine de Bordeaux. — M. LABAT est nommé, à compter du 1er Janvier 1945, assesseur du Doyen.

— Par arrêté en date du 24 Mars 1945, M. FONTAN, agrégé, est nommé, à titre provisoire, à compter du 1er Mars 1945, professeur de clinique médicale des maladies des enfants.

Faculté de Médecine de Lille. — M. PAUCOT, professeur de clinique obstétricale, est maintenu en fonctions jusqu'à la fin des hostilités.

— Mlle COCHET, assistante de zoologie et parasitologie, est nommée chef de travaux stagiaire en remplacement de M. DEBLOCK, retraité.

Faculté de Médecine de Lyon. — Le titre de professeur sans chaire est conféré à M. ENSELME, agrégé pérennisé près cette Faculté.

Ecole de Médecine de Dijon. — M. DE GIRARDIER professeur titulaire de la chaire de pathologie externe est transféré dans la chaire de clinique chirurgicale.

— M. DUBARD, professeur suppléant de pathologie e clinique chirurgicale, est nommé professeur titulaire d la chaire de pathologie externe.

Ecole de Médecine de Tours. — M. RICHARD, professeur suppléant, est nommé professeur titulaire de la chaire de clinique obstétricale en remplacement de M. ROY, décédé.

Nouvelles diverses

Médecins consultants régionaux de vénéréologie — Par arrêté du 31 Janvier 1945, les médecins consultants régionaux sont rémunérés pendant la durée de leur mission par vacations, dont le montant est fixé à 350 fr. par journée complète et à 200 fr. par demi de leur deuxième fille *Agnès* (Paris, 19 Février 1945).

Nos Échos

Naissances.

— Le docteur R. PERCEVAULT a le plaisir d'annoncer la naissance de son troisième enfant *Jean-Dominique*.

— Micheline LE COMAC est heureuse d'annoncer la naissance de sa petite sœur *Annie-Odette*. De la part du médecin lieutenant LE COMAC, aux armées et de Madame (1 *bis*, avenue Batel, Joinville-le-Pont).

— Le docteur et Madame Alain GASTON sont heureux de faire part de la naissance de leur cinquième enfant *Patrice* (Paris, 21 Mars 1945).

— Le docteur et Madame Roger FELDSTEIN font part de la naissance de leurs troisième et quatrième enfants *Bertrand* et *Thierry* (Paris, 2 Mars 1945).

— Le médecin lieutenant Jacques CAHON et Madame, née ZUBER, sont heureux de faire part de la naissance de leur deuxième fille *Agnès* (Paris, 19 Février 1945).

Décès.

— On annonce le décès, le 31 Mars 1945, du docteur J. GONIAUX, médecin de l'Hôpital de Denain.

— On annonce le décès accidentel, survenu le 23 Mars 1945, de Michel LAËNNEC, externe des Hôpitaux de Paris.

— Le docteur Paul AUDOLY, de Nice, a le regret de faire part du décès de son père, le docteur Arthur AUDOLY, de Beausoleil (Alpes-Maritimes).

— On annonce le décès de M. Emile LÉVY, père du docteur Jeanne LÉVY, professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Paris, et du médecin lieutenant et de Madame André LÉVY (Paris, 8 Avril 1945).

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

Le gérant : F. THOMAS.

Imprimé par l'Ancne Imprimerie de la Cour d'Appel, 1, rue Cassette, à Paris (France).

TRAVAUX ORIGINAUX

DE LA DIFFÉRENCE PARADOXALE EXISTANT ENTRE L'ENDO-ANÉVRYSMORRAPHIE OBLITÉRANTE ET LA RÉSECTION DU SAC DANS LES ANÉVRYSMES

A propos de 7 opérations Matas

Par **René LERICHE**
(Paris)

Ce n'est pas un parallèle que je veux faire entre deux méthodes. Mon parti est pris. L'expérience m'a montré que la résection du sac est souvent mutilante, en ce qu'elle laisse un membre diminué fonctionnellement et à trophicité pervertie, tandis que l'oblitération intrasacculaire des orifices, techniquement plus facile, ne produit aucun déficit appréciable et conserve intacte la valeur des tissus. On n'a donc plus le choix.

Je voudrais seulement, à l'occasion de quelques observations personnelles [1], rechercher l'explication de ce paradoxe singulier qui veut que la suppression de la circulation dans l'artère maîtresse d'un membre ait des conséquences différentes, suivant qu'elle est faite par suture endosacculaire ou par ligatures extrasacculaires et excision. Du point de vue de l'hydraulique, on ne comprend pas. Dans les deux cas, les voies d'entrée et de sortie du sang sont bloquées. Dans les deux cas, les collatérales sont oblitérées et ont une circulation inversée. Dans les deux cas, après l'opération, les conditions de la circulation dans l'artère maîtresse du membre sont identiques. Pourquoi alors des résultats différents ? C'est là ce qui fait *l'intérêt intellectuel* de l'opération de Matas (voir ci-contre).

Matas a souvent essayé d'expliquer pourquoi sa méthode valait mieux que l'extirpation. Dans le Traité de Keen, il insiste longuement sur la conservation de la nutrition du sac, sur le moindre traumatisme des collatérales, sur la plus sûre intégrité de la veine satellite et des nerfs voisins. Tout cela est exact, mais cela ne nous dit pas pourquoi la circulation en aval d'une poche anévrysmale est mieux assurée après une suture endosacculaire oblitérante qu'après des ligatures extrasacculaires faites à quelques millimètres des orifices sacculaires.

Ceci est d'autant plus paradoxal qu'en théorie la résection du sac doit, comme toute artériectomie, produire en aval une vaso-dilatation et que, pratiquement, il en est toujours ainsi quand la circulation se rétablit. Je n'en donnerai qu'une preuve, cette remarquable observation que Halsted a publiée autrefois sous ce titre : A stricking elevation of the temperature of the hand and forearm following the excision of a subclavian aneurism dans *Johns Hopkins Hospital Bull.*, 1920, **31**, 219-224.

On voit ce qu'il convient de chercher.

Mais tout d'abord une observation :

Observation. — *Anévrysme poplité du type inférieur avec circulation intrasacculaire à plein canal chez un grand hypertendu. Anévrysmorraphie oblitérante. Guérison sans le moindre trouble trophique et sans déficit fonctionnel.*

A. N..., homme vigoureux de 65 ans, m'est adressé par mon ami le Prof. Leclerc, de Dijon, pour un anévrysme spontané du creux poplité droit apparu depuis peu. Sans passé pathologique notable, N... s'est aperçu, en Août 1942, par hasard, en croisant les jambes l'une sur l'autre, que son pouls poplité battait très fort. Leclerc consulté constata un anévrysme artériel de la partie inférieure du creux poplité et me l'adressa. Quand j'examinai N... pour la première fois, je constatai un anévrysme du segment inférieur, avec souffle fort et battements, du volume d'un œuf de poule. Il n'y avait aucun trouble sous-jacent. Le pouls tibial postérieur était fort et vibrant. Je mis un appareil de Pachon au tiers inférieur de la jambe et je trouvai à 30 un indice oscillométrique de 6 ; à 26, de 8 ; à 18, de 9 ; à 14, de 6 ; à 10, de 4 ; à 6, de 2,5.

Du côté opposé, il en était de même. Je pris alors la tension, elle était de 23/11 à l'appareil de Vaquez.

Le cas était donc aussi mauvais que possible. De toute évidence, la circulation dans l'anévrysme était à plein canal. Il ne devait y avoir aucune circulation collatérale organisée. De plus, l'hypertension ne laissait pas que de me préoccuper. J'ai appris par l'expérience qu'elle peut faire relâcher les ligatures les plus serrées.

Après les examens généraux nécessaires, sanguins, radioscopique et électrocardiographique (Dr J.-R. Sicot), tout étant satisfaisant, je demande à réexaminer le malade au bout de quelques semaines avant de prendre une décision qui peut être lourde de conséquences.

Quand je le revois, l'anévrysme ne s'est pas modifié, mais le malade commence à être gêné et à s'inquiéter. Je me décide à intervenir avec l'intention de faire une anévrysmorraphie reconstructive, sur sonde si possible, sinon une endo-anévrysmorraphie oblitérante.

Je suis très préoccupé par deux choses : le malade ne supporte pas la novocaïne et a eu, pendant de petites interventions antérieures, de graves ennuis à la suite d'anesthésies locales. Avec sa tension élevée, j'ai peur que, sous anesthésie générale, la mise en place d'un garrot pendant un temps prolongé ne donne un coup d'hypertension fâcheux. Pour y parer je prévois que si la tension, suivie d'instant en instant, monte en flèche, on fera de suite une saignée. D'autre part, je redoute pour les sutures artérielles les à-coups tensionnels post-opératoires. Afin d'en diminuer le retentissement, je décide de commencer l'intervention par la mise en place d'une ligature aponévrotique, moyennement serrée, sur la fémorale, dans le canal de Hunter. L'état d'esprit du malade n'est pas favorable à une intervention en deux temps, à la façon de Halsted.

Fig. 1. — Anévrysme sacciforme à circulation transsacculaire directe.
Fig. 2. — Après l'anévrysmorraphie oblitérante.
Fig. 3. — Après résection, le type circulatoire est identique à celui établi par l'anévrysmorraphie.

Le 5 Juin 1943, intervention sous évipan et protoxyde en présence de G. Leclerc (aides : Kunlin, Servelle. Mlle Ricordeau surveille la tension).

On commence par enrouler une bande d'Esmarch jusqu'à mi-jambe, puis on place un tube fortement serré à la racine de la cuisse après expression du membre. La fémorale est découverte dans le canal de Hunter. Elle est très volumineuse, a le calibre d'une iliaque, très rouge, couverte d'arborisations veineuses, une bandelette aponévrotique est prélevée sur l'aponévrose du vaste interne. Avant de la serrer, je fais injecter 20 cm^3 de Vasosélectan et on prend un cliché. Puis la bandelette est moyennement serrée et fixée par quelques points au fil de lin. La plaie est refermée, et l'on retourne le malade sur le ventre. La bande de caoutchouc est déroulée pour que le liquide injecté ne stagne pas dans les artères. Le tube est enlevé pour le même motif et aussitôt remis.

Pendant ces manœuvres, on examine le cliché. A notre grande surprise, *il ne montre pas de poche anévrysmale*. On ne voit qu'une très grosse artère irrégulière, bosselée, sinueuse qui est comme coudée en un certain point. On se demande un instant s'il n'y aurait pas lieu de laisser les choses en état ; puis on décide d'aller vérifier l'artère par une incision légèrement courbe dans le creux poplité. Aussitôt l'aponévrose incisée, on aperçoit une saillie molle qui est surcroisée par une grosse veine, représentant évidemment la poplitée, et par diverses veines de moindre importance. La face extérieure de cette saillie qui est le sac anévrysmal est dégagée sur sa convexité. On ne cherche pas à voir les pôles d'arrivée et de sortie de l'artère. On ne fait pas de dissection dans le creux poplité, et l'on incise le sac sur trois travers de doigt. La paroi a une notable épaisseur, 3 à 4 mm. au moins. Il sort du sang liquide noirâtre en petite quantité. On éverse les bords du sac, ce qui permet de voir qu'il est rempli d'une masse de caillots anciens donnant l'impression d'un bloc de feutre que l'on enlève aisément en deux fragments. Il y a manifestement deux lames de caillots d'âge différent. L'une, celle qui saille immédiatement en arrière par l'ouverture, est en quelque sorte moulée sur l'autre qui est appliquée contre les deux orifices artériels. Ceux-ci ne sont pas très éloignés l'un de l'autre. L'anévrysme est en somme un sac postérieur. Le sang circulait à plein canal en avant de lui, une minime partie de sang faisant le tour de la masse de caillots. Le sang qui s'est échappé à l'incision, était celui-là. La poche est couverte de lames fibrineuses adhérentes très difficiles à détacher. On se rend vite compte que c'est là une tâche bien inutile, le rétablissement de la continuité artérielle étant impossible de par la profondeur de l'artère au fond du sac, et surtout à cause de l'altération de la paroi. Il ne peut être fait qu'une oblitération des orifices artériels et un capitonnage. On examine alors avec soin la paroi pour y chercher l'orifice des collatérales qui peuvent y déboucher. On trouve d'abord deux orifices punctiformes, placés à un 1/2 cm. l'un de l'autre qui doivent être ceux des deux articulaires inférieures ou des deux jumelles. Il en bave un peu de sang noirâtre. Les deux orifices sont fermés par un surjet au fil de lin avec une aiguille intestinale. Ceci fait, on cherche l'orifice d'arrivée de l'artère. Il est difficile à bien voir. Ses bords sont épais, rigides, blanchâtres, en gueule de four. Leur aspect est celui d'un bord cartilagineux. Les deux lèvres en sont accolées à l'aide d'un surjet de lin. De même l'ouverture de sortie de l'artère qui est à 2 ou 3 cm. plus bas. On fait alors enlever le tube d'Esmarch, mis autour de la cuisse. Un jet de sang rouge jaillit en haut, et un autre moins important en bas. Pour les arrêter, un doigt va comprimer le bout supérieur de la poplitée au-dessus du sac, à travers les parties molles sus-sacculaires. Au bout d'un instant, on n'est plus gêné que par une hémorragie veineuse qui vient des lèvres du sac en deux endroits. On en fait l'hémostase par suture, puis on cherche le point de départ de l'hémorragie artérielle qui vient d'en haut quand la pression du doigt se relâche. On le trouve à la partie supérieure, ou plus exactement à la partie la plus postérieure de l'orifice artériel, la plus proche de l'opérateur. Il semble que les derniers points n'aient pas été assez serrés ou n'aient pas été conduits assez loin. On place là trois points supplémentaires qui arrêtent complètement l'hémorragie. La compression extra-sacculaire étant supprimée, rien ne saigne plus. En bas, la suture est parfaitement étanche. On attend un instant et, comme l'hémostase demeure parfaite, on ferme le sac, en en endossant les parois par trois surjets étagés.

La plaie est refermée incomplètement avec, en haut, une mèche et trois fils d'attente, suivant une règle de conduite que j'ai adoptée pour que — si jamais il se produisait une hémorragie — celle-ci ne se fasse pas dans un espace clos, comprimant les collatérales et exposant rapidement le membre à une gangrène ischémique.

Puis, on vérifie la plaie de la région huntérienne. L'ablation de la bande d'Esmarch a été suivie d'un suintement hémorragique en surface qui distend la suture. On défait celle-ci. On évacue quelques caillots. Le suintement est en nappe. Il recommence dès qu'on l'essuie. On met deux points de lin sur des surfaces suintantes et l'on referme avec drainage. Immobilisation du membre sur une attelle de bois.

Voici la courbe des tensions pendant l'intervention qui a duré près de deux heures.

Avant l'opération (à 9 h. 30)	17/11
Après incision huntérienne	19/10
Après libération artérielle	18/8,5
Après ligature artérielle	22/10
Fin de l'opération crurale	20/0,5
Incision du creux poplité	14/9
Libération de la veine	19/10
Dissection de l'anévrysme	20/10 – 24,5/11
Ouverture du sac	24/12
Ablation des caillots	22/12
Suture endo-artérielle	21/10,5
Ablation du garrot / Suintement sanguin	10/11
Fin de l'opération (à 11 h. 30)	21/10,5

1. Quelques mots sur l'endo-anévrysmorraphie de Matas dans les anévrysmes artério-veineux. *Journal de Chirurgie*, 6 Décembre 1940, **56** nr.

De quelques enseignements physiologiques et techniques fournis par une endo-anévrysmorraphie oblitérante pour anévrysme de la poplitée. *La Presse Médicale*, 30 Avril 1940.

Suites simples. Le 10, sous protoxyde, pansement; serrage des fils d'attente. Se lève le 15; a un peu l'œdème et quelques douleurs diffuses de la jambe. Guérison opératoire et ablation des fils le 17 Juin.

Part, opératoirement guéri, le 23 Juin.

Le 15 Juillet, je reçois des nouvelles de l'opéré qui me dit que l'amélioration a été lente, qu'elle a demandé à peu près un mois, mais qu'à la date où il m'écrit la guérison est à peu près complète

Pendant tout ce temps, malgré un repos presque total, il a souffert beaucoup et fut obligé de recourir à de la véganine pour avoir des nuits tranquilles. L'œdème était toujours aussi important, surtout le soir.

Puis, peu à peu, tout a disparu. La marche est devenue normale, sauf la descente des escaliers qui est encore un peu pénible, ainsi que la flexion complète du genou. L'œdème est insignifiant et purement malléolaire.

Il existe de l'anesthésie de la face antérieure de la jambe et du pied, partie externe. Je pense qu'elle est due au changement de situation du sciatique poplité externe par rapport au sac; car on n'a pas eu à le disséquer et il n'a pas été vu dans la plaie.

Bonnes nouvelles fin Septembre.

Récupération complète : les deux pieds ont la même température et la même coloration.

Excellentes nouvelles en Janvier 1945, donc au bout de dix-huit mois. La récupération fonctionnelle est sensiblement complète. Le pied est chaud, sans œdème.

Voici donc un cas qui se présentait *dans des conditions aussi défavorables que possible pour l'extirpation;* la force du pouls périphérique (signe de Delbet dont on connaît la fâcheuse signification) indiquait une circulation à plein canal à travers l'anévrysme; il n'y avait par conséquent aucune ébauche de circulation de suppléance; l'anévrysme était jambier donc du segment à collatérales; la résection aurait vraisemblablement provoqué une catastrophe et, cependant, *la suppression brusque de la circulation dans l'artère poplitée n'a donné lieu à aucun incident et n'a pas éveillé la moindre crainte*. Le pied est resté chaud, plus chaud que le pied du côté opposé. Il n'y a pas eu le moindre signe de déficit circulatoire. Les orteils ont conservé, immédiatement après l'opération, leur motilité volontaire et leur sensibilité. Evidemment, nul ne peut dire qu'il en aurait été autrement si j'avais réséqué le sac, mais l'expérience a montré depuis longtemps que dans ces cas il faut craindre le pire et qu'au minimum la circulation de la jambe et du pied demeure déficitaire.

Il est légitime de se demander pourquoi les choses se sont passées aussi favorablement après la suture endosacculaire qui cependant a interrompu totalement et brusquement la circulation dans la voie normale.

Voici ce qui me paraît à ce sujet : j'ai cru observer, ces dernières années, que *l'endothélium artériel et veineux paraissait avoir sur la circulation périphérique une action inverse de celle, vaso-constrictive, que possède l'adventice*. Les irritations qu'on porte sur lui semblent être vaso-dilatatrices.

Ce qui m'a conduit à étudier systématiquement le phénomène, c'est la constatation fortuite, quelques heures après une endo-anévrysmorraphie oblitérante poplitée, d'une élévation considérable de la température du pied. La peau y était brûlante comme au soir d'une sympathectomie lombaire ou d'une artériectomie. Depuis lors, j'ai examiné la température périphérique chaque fois que j'ai eu l'occasion de faire des sutures artérielles pour anévrysme, et j'ai habituellement retrouvé l'élévation que je signale. En accord avec cette observation, dans mon cours du Collège de France, j'ai, l'an dernier, montré par des observations que presque toujours les irritations endothéliales produisent un état d'hyperhémie au voisinage et à la périphérie. Si l'on met à part les injections intra-artérielles de produits iodés qui déclenchent un spasme parfois intense, presque toutes les injections intra-artérielles donnent immédiatement une sensation de chaleur locale et périphérique, subjective et objective. Il est fréquent de trouver au soir ou au lendemain d'une artériographie l'extrémité plus chaude que celle du côté non injecté. On observe le même phénomène après les phlébographies. Souvent chez les jeunes sujets, le trajet de varices peu saillantes est marqué par une hyperthermie régionale sensible au doigt. Après les injections oblitérantes, il est habituel d'observer une élévation de température périphérique qui dure quelques jours. Tout cela semble indiquer que les irritations endothéliales changent quelque chose dans l'état de vasomotricité. J'aurais voulu étudier le phénomène expérimentalement. Les circonstances actuelles ne me l'ont pas permis.

En attendant que cette recherche soit entreprise, on peut se demander si ce n'est pas cette action réflexe des excitations de l'endothélium sur la vasomotricité périphérique qui fait si différentes les conséquences de la suppression du courant sanguin dans la voie principale, suivant que l'on ferme les orifices artériels par dedans ou qu'on les lie par le dehors.

De toutes façons, le paradoxe mérite d'être étudié. La réponse à la question posée importe beaucoup aux idées que nous devons nous faire de la vaso-dilatation, qui du point de vue chirurgical ne se présente pas tout à fait comme dans la recherche physiologique [3].

3. Voyez *Physiologie pathologique et Chirurgie des artères* Cours du Collège de France, 1941. 1 vol. (*Masson*, édit.), 1943.

OSTÉOCHONDRITE DISSÉQUANTE DU GENOU A ÉVOLUTION ANORMALE

FONTE DU FRAGMENT OSTÉO-CARTILAGINEUX DÉTACHÉ

Par **Albert MOUCHET**

(Paris)

J'ai observé cette ostéochondrite disséquante au genou gauche d'une jeune fille de 14 ans, Mlle S..., à qui j'avais réduit à l'âge de 2 ans une *luxation congénitale de la hanche gauche*.

La réduction, très satisfaisante, permettait à cette jeune fille fort active, plutôt turbulente, de se livrer à tous les sports.

A l'âge de 14 ans, le 19 Février 1938, en faisant de la gymnastique rythmique, elle se tord le genou gauche (c'est le côté de la luxation de la hanche réduite) et elle tombe sur le sol.

Le genou enfle rapidement et devient le siège d'une hémarthrose. Deux jours après, je ponctionne ce genou et j'en retire 85 cm^3 de sang parsemé de globules graisseux. Soulagement immédiat des douleurs et, très rapidement, Mlle S... détache aisément le talon du lit. Massage et mobilisation active prudente.

Une *radiographie*, faite le lendemain de la ponction par le Dr Nahal sous diverses incidences ne montre aucune lésion osseuse.

Quinze jours plus tard, une nouvelle radiographie montre sur la face postérieure du fémur au-dessus d'un condyle une lame osseuse isolée, disposée dans un plan frontal; elle a une forme semi-lunaire avec une face antérieure convexe, une face postérieure plane (fig. 1).

L'état fonctionnel du genou s'améliorant rapidement, j'autorise Mlle S... à se rendre avec sa mère en Suisse, à Villars-sur-Ollon. Mais là, Mlle S... qui ne marche pas en terrain plat, obligée constamment de monter ou de descendre et qui abuse peut-être de ses forces, voit son genou augmenter de volume. Un médecin consulté la condamne au repos pendant une dizaine de jours. Et de nouveau, tout va bien; mais le 21 Avril, après une sieste post-prandiale, en se relevant, Mlle S... ressent une douleur très violente et présente un blocage du genou en flexion.

Les mouvements reviennent peu à peu d'eux-mêmes dans l'articulation.

Une *radiographie* faite le 22 Avril à la Clinique du Dr Rollier montre que le corps étranger, la lame osseuse jusqu'alors placée au-dessus des condyles, est descendu dans le creux poplité en regard de l'interligne articulaire (fig. 2).

Dix-sept mois se passent sans incident. Mais, entre temps, une radiographie du 24 Mars 1939 montre que le fragment osseux est remonté; il est accolé à la face postérieure du fémur au-dessus du condyle interne.

Le 4 Septembre 1939, à Biarritz, une chute est suivie d'une hémarthrose du genou que l'on ponctionne; on recueille 80 cm^3 de liquide sanglant.

Une nouvelle radiographie montre un aspect nummulaire du fragment, situé cette fois dans le creux poplité mais un peu plus haut que lorsqu'il occupait cette position en Avril 1938 (fig. 3).

Pas d'incident nouveau jusqu'en Avril 1942. Une radiographie du 13 Septembre 1941 avait montré le fragment osseux dans la même situation.

En Avril 1942, à Genève, Mlle S... a eu un jour une sensation pénible de dérobement de sa jambe gauche en montagne; elle a fait une chute, elle a souffert pendant plusieurs jours de son genou, mais celui-ci n'a pas présenté d'épanchement.

Le 16 Mai 1942, j'examine ce genou : il est sec, il n'y a pas de mobilité anormale. Le palper révèle une légère sensibilité à l'interligne fémoro-tibial interne et autour de la tête du péroné. Aucune sensation de corps étranger.

Il y a de l'atrophie musculaire de la jambe et de la cuisse, mais cette atrophie a toujours existé, elle résulte de la malformation congénitale de la hanche.

Mlle S... et sa famille me pressent d'enlever le corps étranger. Une radiographie du 3 Juin 1942 montre celui-ci juste au-dessus de l'interligne articulaire entre les deux condyles.

L'opération est pratiquée le 20 Juin 1942. Arthrotomie par grand lambeau courbe à concavité supérieure avec détachement de la tubérosité tibiale antérieure.

On voit immédiatement sur le condyle externe du fémur au dessous de la surface d'articulation avec la rotule une zone de la dimension d'une pièce de 0 fr. 50 où le cartilage manque et est remplacé par un tissu jaunâtre, finement granuleux, cicatrice évidente d'un processus d'ostéochondrite disséquante.

Mais il est impos

Fig. 1. Fig. 2. Fig. 3. Fig. 4.

Fig. 1. — Le fragment détaché est visible au-dessus des condyles (Mars 1938).
Fig. 2. — Le même fragment au-dessous des condyles (Avril 1938).
Fig. 3. — Le même fragment au-dessus des condyles (Septembre 1939).
Fig. 4. — Le fragment est résorbé (Décembre 1942).

ible de découvrir le fragment osseux détaché, même près section du ligament croisé antérieur. On ne peut i le sentir avec une sonde ni le faire basculer avec une ince ou une curette.

N'ayant point d'installation radioscopique à notre porée, nous n'insistons point dans cette recherche.

Réfection du ligament croisé et de la capsule. Visage de la tubérosité tibiale antérieure.

Immobilisation plâtrée pendant trois semaines.

Récupération fonctionnelle rapide et au bout de mois, la flexion du genou est redevenue complète. 'extension est toujours un peu exagérée comme avant accident (léger genu recurvatum).

Une radiographie après l'opération à la fin de Juillet 942 permet de constater la présence du fragment osseux u même endroit que sur la radiographie du 3 Juin.

*Mais, quatre mois plus tard, l*e *7* Décembre 1942, *la adiographie ne montre aucune trace du fragment osseux* fig. 4). Il en est de même d'une radiographie du Août 1943, faite comme en Décembre 1942 sous des ncidences multiples.

Mlle S... a été revue à plusieurs reprises par moi lepuis 1942 et encore tout récemment ; elle mène une ie des plus actives ; elle fait de la bicyclette, elle danse constamment et ne se plaint jamais de son genou.

En résumé, un mois après une entorse suivie de hute, signes cliniques et radiographiques d'un orps étranger du genou ayant l'aspect d'un fragment osseux détaché, restant toujours en arrière le l'articulation pendant quatre ans et demi, donnant lieu au bout de deux mois à un blocage bénin, u bout de dix-huit mois à une récidive d'hémarthrose et, disparaissant spontanément au bout de inquante-huit mois.

L'opération qui, pratiquée au cinquante-deuxième mois, n'a pas permis de l'enlever, a fait découvrir une zone d'ostéochondrite disséquante sur la face ntérieure du condyle externe du fémur ; est-ce cette opération qui, en activant la circulation locale, a facilité la résorption du corps étranger ? Il est permis de le penser.

En tout cas, étant donné le caractère unique du corps étranger, sa forme surtout au début de son apparition, il n'est guère possible de l'interpréter autrement que comme un fragment ostéo-cartilagineux détaché d'un foyer d'ostéochondrite disséquante.

La fonte de ce fragment osseux d'ostéochondrite disséquante est le fait le plus remarquable de notre observation ; il est tout à fait insolite et je n'ai trouvé mentionnée aucune observation analogue au cours de mes recherches bibliographiques.

Il y a bien une observation de Bibergeil [1] où des corps libres articulaires auraient disparu spontanément du poignet d'une jeune fille, mais c'est un cas de chondromatose articulaire ; analogue est le cas signalé par Rostock au cours d'une chondromatose de la hanche [2].

Outre le fait curieux de la fonte du fragment osseux détaché, il existe dans notre observation deux détails que je voudrais faire ressortir :

1° *Le siège du foyer d'ostéochondrite* et le *rôle du traumatisme* dans le détachement du fragment osseux.

2° *La présence d'un foyer d'ostéochondrite dans un genou du même côté qu'une luxation congénitale de la hanche.*

a) *Le siège du foyer d'ostéochondrite* dans cette observation est assez anormal. Habituellement, ce siège est la face axiale, médiane du condyle interne du fémur ; ici c'est la face antérieure du condyle fémoral externe. Il est assez singulier que le fragment ostéo-cartilagineux détaché dans la partie antérieure de l'articulation ait émigré dans la partie toute postérieure où il est constamment resté pendant quatre ans et demi, tantôt au-dessus, tantôt au-dessous des condyles.

Le *traumatisme* peut-il être invoqué dans notre cas pour expliquer le détachement du fragment osseux du foyer d'ostéochondrite ? Il est bien certain que c'est à la suite d'une entorse du genou qu'est apparue l'hémarthrose et qu'après cette hémarthrose on a constaté un fragment osseux intra-articulaire. Mais ce fragment n'a été constaté qu'au bout de quinze jours et il me paraît raisonnable d'admettre que le travail de séquestration du condyle fémoral externe était déjà avancé lorsque l'entorse est survenue. Celle-ci n'a fait que libérer le fragment séquestré.

b) *La présence d'ostéochondrite disséquante dans un genou du même côté qu'une luxation congénitale de la hanche* est un fait qui mérite d'être souligné.

Mouloguet à l'*Académie de Chirurgie*, en Juin 1940, à propos d'une ostéochondrite de la hanche, rappelait que les malformations articulaires congénitales étaient « le terrain sur lequel se produit la séquestration de la surface articulaire fémorale ».

En Février 1941, dans la *Revue belge des Sciences médicales*, Lacroix incriminait une malformation épiphysaire à l'origine des faits d'ostéochondrite : « La considération de l'âge des sujets atteints fournit un appui à cette hypothèse ; c'est en effet à l'époque où la croissance osseuse est sur le point de se terminer que, dans la très forte majorité des cas, les troubles commencent à se manifester. »

Sans aller jusqu'à admettre avec Rahm (de Breslau) que l'ostéochondrite disséquante est une maladie familiale, constitutionnelle, nous rappellerons que Müller, en Allemagne, dès 1933, avait signalé des cas d'ostéochondrites multiples chez certains sujets et des cas familiaux. C'est ainsi que dans une famille il avait observé 3 frères et sœurs atteints d'ostéochondrites disséquantes multiples (2 fois les deux hanches, 1 fois une seule hanche).

Notre malade est jeune, elle a présenté une malformation congénitale de sa hanche gauche, et son genou gauche, si bien conformé qu'il paraisse, a pu être doué d'une constitution spéciale, favorable à la production d'une ostéochondrite disséquante.

J'ajouterai que des *troubles endocriniens* sont peut-être à invoquer. Mlle S..., si active qu'elle soit, a une certaine tendance à l'adiposité.

1. Bibergeil : *Zeitschr. f. Orthop. chir.*, 1913, **33**, 620.
2. Rostock : *Brun's Beitrage z. Klin. Chir.*, 1928, **144**, 58-80.

ADÉNITES PAROTIDIENNES D'ORIGINE DENTAIRE

Par **M. DECHAUME**
(Paris)

En 1936, Merle-d'Aubigné relatait 4 observations d'adénites chroniques intraparotidiennes, 3 d'origine tuberculeuse, la 4e au cours d'une lymphogranulomatose maligne. Ce caractère exceptionnel justifie la publication des observations suivantes, dont le diagnostic a été fait sans intervention chirurgicale.

Adénites intra-parotidiennes.

1° M. D..., 59 ans, vient nous consulter le 15 Novembre 1941 pour une tuméfaction de la joue droite, apparue brusquement le 8 Novembre 1941.

A son réveil, sans ressentir aucune douleur, il découvrit l'existence d'un petit nodule dans la région de l'angle de la mâchoire. Il crut à une inflammation d'origine dentaire, car on venait, après un traitement qui lui avait paru rapide et insuffisant (désinfection-dévitalisation) des 2 piliers (1re pré-molaire et 1re molaire), de lui sceller un bridge supérieur droit.

Un médecin de ses amis lui conseille des compresses chaudes et des frictions avec un onguent belladonné. Les jours suivants, devant l'accroissement progressif de la grosseur, bien qu'il n'existe aucun autre symptôme, l'entourage s'inquiète. C'est ainsi que nous sommes appelés à le voir le 15 Novembre. Extérieurement, une tuméfaction du volume d'une noix, à la face externe de l'angle droit de la mâchoire, soulève les téguments qui ont conservé leur aspect normal.

La palpation légèrement douloureuse fait sentir, mobile sous les téguments et sur le plan osseux, une masse rénitente du volume d'une noix. Il semble que cette masse appartienne au pôle inférieur de la parotide, qui par ailleurs paraît normale.

L'ouverture de la bouche se fait sans limitation. L'examen est entièrement négatif, tant du point de vue muqueux que du côté des dents. Les couronnes de la 1re prémolaire et de la 1re molaire supérieures droites sont légèrement mobiles, à peine douloureuses. Il n'y a pas de signes cliniques manifestes d'infection apicale. L'orifice du canal de Sténon, du côté droit, perméable, laisse écouler une salive dont l'abondance et l'aspect semblent normaux. Aucun accident analogue n'est survenu antérieurement : le malade est formel sur ce point.

L'interrogatoire nous apprend qu'il est marié. Sa femme bien portante n'a jamais eu de fausses couches. Une seule fille en bonne santé.

Personnellement il a joui d'une excellente santé jusqu'en 1934. A cette date il présenta des maux de tête et des sifflements dans l'oreille droite. Un médecin parla de tumeur cérébrale et prescrivit un traitement avec des injections de cyanure de mercure (10 environ) et de l'iodure de potassium. Un autre pensa à une « inflammation dans la base du crâne » consécutive à une grippe et ordonna avec succès de la naïodine, de l'iodaseptine... Ce traitement a été continué depuis cette date (une cure de 12 piqûres de naïodine par an).

Devant ces renseignements nous pensons à un foyer de parotidite chronique d'origine spécifique, à une gomme, et nous conseillons une sialographie.

Le 16 Novembre, la tuméfaction a augmenté de volume dans la nuit, le malade a un peu de trismus, sans douleur, ni température ; 37°3.

Dans l'après-midi, la tuméfaction atteint le volume d'une mandarine ; l'œdème qui allait jusqu'à l'œil ce matin est, du fait de la position verticale, descendu dans la région sus-hyoïdienne. La sialographie est faite : cathétérisme facile et injection de 3 cm³ de lipiodol F, qui provoque une petite douleur de distension. Toute la glande est bien infiltrée. Un premier cliché (fig. 1) montre, à la partie inférieure et antérieure de la glande, une zone arrondie de 3 à 4 cm. de diamètre, qui n'est pas injectée, tandis que tout le reste de la glande est injecté parfaitement jusque dans les plus fins canalicules. Le canal principal est comme amputé dans cette région sur 2 à 3 cm., donnant à penser qu'il s'agit d'un processus pathologique comprimant les canaux, et non d'une tumeur intraglandulaire qui refoule tissu glandulaire et canaux.

Un deuxième cliché (fig. 2), pris une demi-heure après, montre que le lipiodol dessine faiblement les canaux de cette région pathologique ; ils restent, malgré tout, moins injectés.

La sialographie semble donc confirmer l'existence d'un processus pathologique parenchymateux au niveau de la partie inférieure et antérieure de la parotide.

Par élimination on arrive au diagnostic de gomme syphilitique et on commence aussitôt un traitement avec du cyanure et de l'iodure.

Le 23 Novembre 1941. — La tuméfaction, après avoir diminué pendant quelques jours, a depuis hier augmenté de volume. Aujourd'hui, elle atteint la grosseur d'une mandarine, envahissant la moitié inférieure de la glande, avec un œdème diffusant dans la région sous-maxillaire. Les douleurs s'irradient dans l'hémiface ; il n'y a pas de troubles dans le territoire du facial, pas d'écoulement de pus par l'orifice du canal de Sténon.

Le 25 Novembre 1941. — Devant cette évolution aiguë en raison des affirmations du malade qui insiste sur le fait que la tuméfaction s'est constituée aussitôt après les traitements dentaires, nous pratiquons des radiographies qui montrent en particulier des zones de raréfaction manifestes autour des apex de la 1re prémolaire et de la 1re molaire supérieures droites.

Le 28 Novembre 1941. — Après plusieurs injections de cyanure de mercure et de bismuth, la tuméfaction offre toutes les apparences d'un abcès, le malade se plaint de trismus.

Le 1er Décembre 1941. — La température s'est élevée à 38°4, les symptômes se sont précisés. Une ponction avec un petit trocart donne issue à quelques gouttes d'un pus très épais dont l'examen n'a pu être fait par suite d'une erreur.

Le 2 Décembre 1941. — Sous l'influence des pansements humides, il s'est écoulé une très petite quantité de pus, par l'orifice de ponction. Le malade a été très soulagé.

Le 3 Décembre 1941. — La température demeure stationnaire à 38° ; l'abcès est incisé sous anesthésie locale ce qui permet d'évacuer un pus non fétide. Le traitement antisyphilitique est suspendu.

Le 10 Décembre 1941. — Le malade peut venir à notre cabinet ; la tuméfaction a presque entièrement disparu il persiste seulement un peu d'induration ; la plaie est cicatrisée. La 1re prémolaire supérieure droite est extraite

Le 16 Décembre 1941. — Du côté de la parotide, la cicatrisation est parfaite ; l'induration a disparu. La 1re molaire supérieure droite est désinfectée, ses canaux obturés.

Dans les jours suivants, la 2e prémolaire est également traitée.

En 1945, nous avons revu le malade ; la guérison se maintient sans aucun incident.

2° Y..., 41 ans, nous est adressé le 13 Novembre 194 pour une tuméfaction angulo-maxillaire droite apparu

depuis trois semaines, s'accompagnant de douleurs sourdes, sans toutefois troubler le repos. Quelques jours avant ces accidents, la dent de sagesse supérieure droite avait perdu son obturation.

L'examen montre, à la partie inférieure de la région parotidienne, à la hauteur de l'angle de la mâchoire, une tuméfaction du volume d'une petite noix, recouverte par la peau saine. La palpation complètement indolore montre qu'elle est bien circonscrite, mobile et correspond exactement au pôle inférieur de la glande. N'était le développement rapide, on pourrait croire à une tumeur mixte.



Fig. 1.

Fig. 2.

Dans la cavité buccale, l'ostium du canal de Sténon, d'aspect normal, laisse écouler une salive limpide. La denture est belle ; quelques dents ont été extraites. Toutes sont saines sauf la dent de sagesse supérieure droite, dont l'obturation est tombée ; la chambre pulpaire est ouverte ; la dent est mobile mais non douloureuse ; on peut cependant affirmer qu'il existe une infection apicale. L'extraction est pratiquée.

Le 18 Novembre, une sialographie est faite, qui montre (fig. 3) au pôle inférieur de la glande une zone de la grosseur d'une noix, où le parenchyme n'est pas infiltré par le lipiodol. A la périphérie de la tache, cependant, le lipiodol a pénétré dans les canaux, ce qui indique que les canaux sont demeurés perméables. D'ailleurs, on aperçoit dans cette zone le dessin de quelques canaux. Il ne s'agit pas d'une masse qui a refoulé les canaux, mais plutôt d'un œdème qui les comprime, s'opposant à la stase du lipiodol mais non à son passage. Le diagnostic d'adénite intraparotidienne avec périadénite semble donc vraisemblable, et on peut penser à une étiologie dentaire.

Un traitement est institué avec les sulfamides.

Le 19 Novembre, tandis qu'après l'extraction la tumeur a augmenté de volume, elle commence aujourd'hui à diminuer. Les sulfamides sont continuées à doses décroissantes.

Le 27 Novembre, on peut parler de guérison. Il subsiste à peine un petit nodule non douloureux, très mobile, de la grosseur d'un noyau de cerise.

Fin Décembre la guérison se maintient.

Adénite parotidienne extraglandulaire sous-aponévrotique.

Mlle L..., 33 ans, vient consulter le 21 Décembre 1943 pour une tuméfaction parotidienne unilatérale gauche. Elle se serait installée il y a un an environ, sans symptômes concomitants, en même temps que les règles disparaissaient complètement. Sous l'influence, semble-t-il, d'un traitement hormonal, deux mois après, les règles reprirent leur cours régulier. Mais la tuméfaction parotidienne n'a pas varié. Actuellement elle persiste sans s'accompagner de phénomènes douloureux, nullement influencée par les repas, ne subissant aucune variation.

Elle donne au visage une asymétrie manifeste. Les téguments ont gardé leur coloration normale. Le lobule de l'oreille n'est pas déplissé. Le maximum de la tuméfaction se trouve à la partie postérieure et inférieure de la loge massétérine ; mais, en demandant à la malade de serrer les mâchoires on se rend parfaitement compte que cette tuméfaction siège en dehors de la loge musculaire. La palpation, qui n'est pas douloureuse, permet d'apprécier qu'elle est de consistance rénitente et sans limites nettes.

Il n'existe aucune adénopathie.

Après ouverture de la bouche, facile en l'absence de trismus, on aperçoit l'orifice du canal de Sténon : normal, il laisse s'écouler une salive claire ; son cathétérisme est facile.

La denture est en assez bon état : il existe toutefois des racines infectées de la 2e prémolaire et de la 1re molaire supérieure gauche. La 1re prémolaire supérieure gauche a été extraite il y a plusieurs années.

Il n'y a rien à retenir dans les antécédents héréditaires, et personnellement Mlle L... a toujours joui d'une excellente santé.

Le 22 Décembre 1943 une sialographie est pratiquée. Elle confirme la localisation parotidienne de la tuméfaction mais ne révèle rien d'anormal. Les canaux ont un calibre normal et la glande s'injecte parfaitement et totalement. Ainsi donc se trouve éliminée l'hypothèse d'une dilatation réflexe des canaux des glandes salivaires, d'une lithiase, d'une tumeur mixte ou d'une adénite intraparotidienne.

Le 28 Décembre 1943 on procède à l'extraction de la 2e prémolaire et de la 1re molaire supérieure gauche.

Le 1er Janvier 1944 on constate déjà une diminution de la tuméfaction, et il semble qu'on distingue, en faisant contracter le masséter, au milieu de l'infiltration et près de l'angle de la mâchoire, un petit nodule, peut-être un ganglion ?

Le 20 Janvier 1944 on peut parler de guérison complète ; c'est à peine si on découvre un petit nodule. On peut donc se demander si la tuméfaction n'était pas provoquée par une périadénite compliquant une adénite intraparotidienne sous-aponévrotique, d'origine bucco-dentaire.

Ces faits concordent avec la topographie classique des ganglions parotidiens. L'étiologie dentaire ne saurait, d'autre part, être discutée.

Si, chez le premier malade nous avons hésité porter le diagnostic, c'est en raison de notre ignorance de cas semblables. La sialographie ne nous a pas permis de rectifier notre diagnostic, car notre documentation était encore insuffisante. Il semble pourtant qu'elle doive être d'un précieux secours lorsque l'adénite est vraiment intraparotidienne et non sous-aponévrotique : elle nous a assuré ainsi un diagnostic ferme pour le deuxième malade.

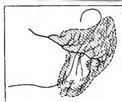


Fig. 3.

En effet, à la réflexion, l'image que nous avons observée dans ces 2 cas peut s'interpréter de la façon suivante. Autour du ganglion enflammé, mais peu augmenté de volume, se développe une péri-adénite qui comprime la lumière des canaux salivaires de façon à empêcher la stase du lipiodol, mais sans pouvoir s'opposer à son passage. Autrement dit, il n'y a pas de lésions parenchymateuses, mais de simples phénomènes mécaniques.

Dans le cas de tumeur mixte de la parotide, au contraire, l'accroissement progressif de la tumeur détermine un refoulement des canalicules et du parenchyme, de telle sorte qu'il en résulte une tache plus claire au centre des canaux régulièrement injectés.

Lorsque l'adénite est parotidienne mais extraglandulaire, l'injection de la glande confirme le siège parotidien de la tuméfaction mais la radiographie ne révèle aucune modification de l'aspect des canaux.

*
* *

Nous n'avons jamais eu l'occasion de pratiquer des sialographies pour des gommes syphilitiques ou tuberculeuses. Il est vraisemblable qu'elles doivent donner des images différentes, avec exclusion véritable d'un segment de la glande.

La thérapeutique de ces adénites avec périadénite ne mérite aucune discussion : il faut supprimer d'abord le foyer d'infection gingivo-dentaire, donner au besoin des sulfamides et, en cas d'abcès, évacuer le pus par ponction.

RECHERCHES ÉLECTROPHYSIOLOGIQUES SUR L'ÉPILEPSIE CARDIAZOLIQUE

COMATHÉRAPIE CONVULSIVANTE

PAR

Paul CHAUCHARD, Henriette MAZOUÉ et Raoul LECOQ

(Paris)

A la suite des premiers essais de Brown-Séquard, diverses manières de provoquer l'épilepsie expérimentale furent proposées : parmi les méthodes chimiques basées sur l'injection de substances convulsivantes, l'emploi u pentaméthylènetétrazol ou cardiazol est d'un usage courant, tant dans l'expérimentation sur l'animal que chez l'homme, depuis qu'il a été utilisé dans la thérapeutique de certaines psychoses (convulsivothérapie de von Meduna). Il suffit l'injecter dans la veine marginale de l'oreille l'un lapin 5 *cg.* de cardiazol en solution à 10 pour 100 pour obtenir, après quelques secondes de latence, une crise convulsive typique, avec succession d'une phase tonique et d'une phase clonique.

De nombreuses expériences ont été entreprises pour déterminer quelle est la partie des centres nerveux dont l'excitation par le cardiazol entraîne les convulsions. Comparant cette crise à celle très analogue que provoque la stimulation électrique directe de l'écorce cérébrale, il était tentant de rattacher la crise cardiazolique à une excitation des neurones moteurs de l'écorce cérébrale. Les études électro-encéphalographiques poursuivies ces dernières années plaidaient en ce sens : elles montrent en effet, comme dans toutes les manifestations épileptiques, quelle qu'en soit l'origine, une augmentation de l'activité électrique corticale. Par contre, l'existence d'un coma est en faveur d'une inhibition des centres supérieurs et rend l'action cérébrale du cardiazol moins assurée.

D'autre part, divers auteurs, parmi lesquels Guttierez-Noriega et J. Asuad (1), après avoir recherché l'effet du cardiazol sur des animaux présentant dans l'encéphale des sections étagées, sont arrivés à la conclusion que l'écorce cérébrale n'est en rien nécessaire à la crise cardiazolique. Celle-ci se manifeste inchangée sur les animaux décérébrés à mésencéphale intact et elle se produit encore quoique amoindrie sur l'animal bulbaire; on a même pu noter, sinon des convulsions, tout au moins une exagération des réflexes sur l'animal spinal. J. Asuad en déduit que, malgré les modifications de l'encéphalogramme, la crise épileptique déterminée par le cardiazol n'est pas d'origine corticale. Pour Guttierez-Noriega, l'épilepsie représente l'addition des différentes réactions partielles des noyaux situés dans les pédoncules cérébraux, la protubérance et le bulbe.

La technique chronaximétrique permettant une analyse délicate des fonctions nerveuses, il nous a semblé qu'elle pourrait utilement servir à l'étude de ce problème (12).

*
**

A cet effet, nous avons injecté par voie intrapéritonéale à des lapins, des cobayes et des rats, des doses faibles de cardiazol, voisines de 0 *cg.* 3 et 1 *cg.* 5 pour le lapin et de 0 *cg.* 3 pour le cobaye et le rat, très inférieures par conséquent à celles qui sont nécessaires pour provoquer les crises convulsives typiques qui, par cette voie, nécessitent chez le lapin 15 *cg.* En effet, nous avions pour but d'observer les modifications latentes de fonctionnement nerveux qui sont à l'origine de la crise; le déroulement de celle-ci empêcherait toute mesure et, une fois les manifestations convulsives calmées, les déterminations faites pourraient ne traduire que les conséquences de la crise (fatigue musculaire, etc.). Les recherches de Delay et Soulairac (16) montrent, dans un autre domaine, que les modifications humorales de l'électrochoc ne sont pas identiques, que la crise ait ou n'ait pas lieu.

Nos déterminations furent pratiquées, suivant notre technique habituelle d'excitation percutanée sur l'animal intact [mesure des chronaxies nerveuses périphériques d'extension et de flexion des orteils, des chronaxies musculaires correspondantes, d'une chronaxie sensitive et d'une chronaxie motrice corticale, avec analyse des phénomènes par anesthésie et section nerveuse] (3, 10).

Les injections de cardiazol, dans les conditions précitées, ont eu pour résultat une modification en sens inverse des temps d'excitation sur l'écorce cérébrale (allongement) et les nerfs périphériques (raccourcissement avec égalisation à niveau bas des temps d'excitation des antagonistes, extension et flexion). Au lieu de l'isochronisme normal entre neurones centraux et périphériques, il s'établit donc un fort hétérochronisme, obstacle aux mouvements volontaires. Par exemple, ayant injecté à un cobaye 0 *cg.* 3 de cardiazol, nous notons au bout de quinze minutes que la capacité chronaxique, qui était sur le cerveau de 55 mμF à l'état normal, est passée à 370. Pour les nerfs moteurs périphériques, on passe de 25 à 12 (extension), de 45 à 20 (flexion); pour le nerf sensitif, de 55 à 20. Toutes nos expériences ont donné des résultats comparables; chez le lapin et le rat, l'allongement noté sur le cerveau est un peu plus faible. Ajoutons que, dans les minutes qui suivent l'injection, l'allongement des temps d'excitation cérébrale n'est pas immédiat; il est parfois précédé d'un court stade de faible raccourcissement.

Ces premières constatations nous apportent la preuve que, hormis ce fugace premier stade, l'écorce cérébrale est déprimée par le cardiazol comme par tout dépresseur nerveux. Par contre, les nerfs périphériques montrent des signes d'excitation. Le raccourcissement des temps d'excitation y persiste après anesthésie, mais disparaît par section du nerf. On peut conclure que si les centres encéphaliques supérieurs sont déprimés, les centres inférieurs, la moelle (et la partie inférieure de l'encéphale au delà du centre mésencéphalique de subordination, puisque le même phénomène se retrouve sur un nerf cranien, le facial) sont excités.

Notons enfin que le cardiazol se comporte aussi comme un excitant du muscle, ce que montre le raccourcissement des temps d'excitation à ce niveau (de 50 à 25 dans l'expérience rapportée plus haut).

*
**

Les effets du cardiazol sur les centres nerveux sont donc complexes et nos recherches confirment les expériences antérieures qui attribuaient à la base de l'encéphale un grand rôle dans le déterminisme de la crise cardiazolique. Mais, allant plus loin, nous apportons la preuve que l'écorce cérébrale, loin d'être excitée, est déprimée par le cardiazol. Ceci est en accord avec le fait que la crise s'accompagne chez l'homme d'une perte de connaissance, donc d'une suppression de fonctionement de l'écorce. Il reste à préciser la part qui revient à l'écorce elle-même et au centre de la subordination mésencéphalique dans cette dépression encéphalique supérieure. Est-ce l'écorce cérébrale qui est seule déprimée ou est-ce, comme dans le sommeil naturel (P. Chauchard), la dépression fonctionnelle du centre de la subordination qui entraîne l'inhibition corticale ? Il est difficile de se prononcer dans l'état actuel de la technique. La brusquerie de la perte de connaissance plaiderait en faveur de la seconde hypothèse, ce qui n'exclut pas une possibilité d'action double sur le centre et sur le cerveau.

Nos observations permettent d'expliquer une constatation faite par Gley (19) au cours de ses recherches sur la diphénylhydantoïne qui supprime les crises d'épilepsie cardiazolique. L'un d'entre nous, avec B. Chauchard et Ivan Bertrand (8), a constaté que la diphénylhydantoïne, ce nouvel antiépileptique proposé par Merritt et Putman, exerce sur les centres une action identique à celle du cardiazol : allongement du temps d'excitation sur le cerveau, raccourcissement sur les nerfs périphériques. On comprend dès lors que son action ne puisse qu'être synergique de celle du cardiazol (7). Mais de par son action dépressive sur le cerveau, il s'oppose à l'action convulsivante de la stimulation directe de l'écorce, que celle-ci conduise à l'excitation des neurones stimulés ou à l'atteinte par leur intermédiaire des centres convulsivants de la base. Par contre, les barbituriques qui n'excitent pas les centres inférieurs, mais qui, aux doses habituelles, les dépriment, s'opposent à l'épilepsie cardiazolique.

Reste à expliquer l'allure de l'encéphalogramme sous l'effet du cardiazol qui semble en opposition avec nos constatations. En fait, l'augmentation de voltage va de pair avec un ralentissement des ondes, ce qui plaide en faveur d'une dépression. D'autant qu'il est très difficile d'interpréter (aussi bien dans le sens de l'excitation que de la dépression) les résultats de l'encéphalogramme, en raison de l'intervention de la plus ou moins grande synchronisation des neurones. Une augmentation d'amplitude peut autant être rapportée à une augmentation de synchronisation qu'à une excitation. D'une manière générale, on insiste sur le grand ralentissement de l'encéphalogramme qui suit les crises épileptiques, ce qui est en accord avec l'allongement du temps d'excitation.

D'autre part, Ivan Bertrand, Godet et Lacape (2) ont récemment montré que des lésions basses du névraxe et même de la moelle, ne touchant en rien le cortex, peuvent déterminer les manifestations électroencéphalographiques de l'épilepsie. Ils insistent sur l'importance de ce résultat qui permet d'admettre la possibilité d'une origine profonde des orages électriques de l'épilepsie. Nous pensons, à la lumière de ces résultats, et sans nous prononcer sur le mécanisme qui est responsable de ce phénomène, que les manifestations électroencéphalographiques déclenchées par le cardiazol dépendent, non d'une excitation cérébrale, mais de la répercussion de l'excitation des centres inférieurs s'exerçant sur un cerveau ralenti. Les décharges d'influx moteurs qui en résultent peuvent certainement contribuer aux manifestations de la crise, la présence de salves d'influx permettant de lever, à la faveur d'un processus de sommation, la barrière d'hétérochronisme établie entre le cortex et la périphérie.

*
**

Cette action complexe du cardiazol, déprimant les centres supérieurs et excitant les centres inférieurs, ne doit pas être confondue avec celle de autres modificateurs des centres nerveux.

Les excitants ordinaires, tels que la strychnine excitent à la fois le cerveau et les centres inférieurs ; les crises dites polynévritiques de l'avitaminose B_1 et des déséquilibres glucidiques rentrent dans ce cadre (18).

A l'opposé, les dépresseurs ordinaires, tels que le gardénal, dépriment à la fois le cerveau et le centres inférieurs ; dans le domaine de la nutrition, s'en rapprochent les troubles du scorbut (4-21) et du rachitisme (19).

Entre ces deux types, avec le cardiazol, se classent les corps qui déclenchent l'apparition d'un hétérochronisme entre cortex et périphérie, nous y retrouvons, avec parfois quelques variantes lé

gères : le chloralose, l'anoxie, l'hyperoxie, l'alcalose.

Une grande analogie existe entre l'épilepsie cardiazolique, le coma insulinique et l'électrochoc utilisés concurremment en psychiatrie. Mais, tandis que classiquement on rapporte leurs heureux effets à la convulsivothérapie, Delmas-Marsalet pense que ces agents agissent par action dépressive sur le cerveau (16) ; nos constatations sont également en faveur de cette conception (5-8-9-11-20). Electrochoc et insuline ont le même effet dépresseur sur les centres supérieurs et excitant sur les centres inférieurs. Aussi la chronaximétrie les range-t-elle tous trois parmi les agents producteurs du coma convulsivant, ce qui se montre en accord avec des observations antérieures : perte de connaissance ou coma avec convulsions, excitation des centres inférieurs dans l'électrochoc, d'après Delay (13); preuve électroencéphalographique que les convulsions insuliniques n'intéressent pas le cerveau, selon Moruzzi (22).

Seules existent entre ces trois types d'action quelques différences de détail. L'insuline est d'emblée dépressive sur le cerveau et, à faibles doses, n'excite pas la moelle ; elle paraît aussi plus comatogène que le cardiazol. Dans l'électrochoc, une partie de l'excitation provient de la stimulation de l'écorce par la diffusion du courant qui atteint l'ensemble de l'encéphale : aussi la diphénylhydantoïne, comme l'ont montré Delay et Soulairac (15), n'a plus d'action favorisante, mais augmente le voltage nécessaire parce qu'elle supprime ce qui correspond à la stimulation du cortex.

La phase thérapeutique de ces actions résulte avant tout de leur action comatogène qui aboutit, suivant la conception de Delmas-Marsalet, à la destruction de l'édifice psychologique anormal. Il serait donc inexact de ne voir dans le cardiazol qu'une convulsivothérapie ; mais les simples dépresseurs ne jouissent pas des mêmes pouvoirs.

Pour exercer d'heureux effets sur le système nerveux malade, il faut une action intense et complexe qui joint à l'effet comatogène une excitation des centres inférieurs, laquelle indirectement agit comme facteur d'excitation du cerveau déprimé, en conformité avec les observations d'Ivan Bertrand et de ses collaborateurs.

On peut se demander si le tableau de l'épilepsie cardiazolique est spécial ou s'il doit également s'appliquer aux autres types d'épilepsie expérimentaux ou pathologiques. C'est là une vaste question qu'il n'est pas possible d'aborder ici. Indiquons cependant qu'on tend de plus en plus à souligner le rôle fondamental des centres inférieurs dans leur déterminisme général. Notre étude de l'épilepsi[e] cardiazolique est en accord avec cette manière d[e] voir.

(*Laboratoire de Neurophysiologie, Ecole de Hautes Etudes, et Laboratoire de l'Hôpital d[e] Saint-Germain-en-Laye*).

BIBLIOGRAPHIE

(1) J. Asrao : *La Presse Médicale*, 1940, **48**, 794, 882 e[t] 1043. — (2) I. Bertrand, J. Godet et R.-S. Lacape : *C. R. Soc. Biol.*, 1944, **138**, 143. — (3) A., B. et P. Chauchard : *C. R. Soc. Biol.*, 1942, **136**, 784. — (4) B. et P. Chauchard : *C. R. Soc. Biol.*, 1943, **137**, 135. — (5) B. et [P.] Chauchard : *C. R. Soc. Biol.*, 1944, **138**, 158. — (6) B. e[t] P. Chauchard : *C. R. Soc. Biol.*, 1944, **138**, 318. — (7) B. et P. Chauchard et I. Bertrand : *Acad. de Méd.* Novembre 1944. — (8) B. et P. Chauchard, H. Mazoué et R. Lecoq : *C. R. Soc. Biol.*, 1943, **137**, 653. — (9) [P.] Chauchard : *Rev. Neurol.*, 1941, **73**, 243. — (10) P. Chauchard : *Rev. Scientif.*, 1941, **73**, 620. — (11) P. Chauchard : *C. R. Soc. Biol.*, 1941, **135**, 822. — (12) P. Chauchar[d], H. Mazoué et R. Lecoq : *C. R. Ac. Sc.*, 1943, **217**, 619. — (13) J. Delay : *La Presse Médicale*, 1943, **51**, 539. — (14) J. Delay et A. Soulairac : *C. R. Soc. Biol.*, 1943, **137**, 704. — (15) J. Delay et A. Soulairac : *C. R. Soc Biol.*, 1944, **138**, 60. — (16) Delmas-Marsalet : *L'électrochoc thérapeutique*. Paris, 1943. — (17) P. Gley : *C. R. Soc. Biol.*, 1941, **135**, 307. — (18) R. Lecoq, P. Chauchard e[t] H. Mazoué : *Bull. Soc. Chim. biol.*, 1943, **25**, 73. — (19) R. Lecoq, P. Chauchard et H. Mazoué : *La Presse Médicale*, 1943, **51**, 539. — (20) R. Lecoq, P. Chauchard et H. Mazoué : *Bull. Soc. Chim. biol.*, 1944, **26**, 79. — (21) R. Lecoq, P. Chauchard et H. Mazoué : *Rev. Pathol. comp. et Hyg. gén.*, 1944, **44**, 294. — (22) G. Moruzzi : *Arch. intern. Physiol.*, 1939, **48**, 45.

QUESTION D'ACTUALITÉ

LA COQUELUCHE DU NOURRISSON

Au cours des deux premières années de la vie, il est peu de maladies aussi graves et aussi difficiles à soigner que la coqueluche.

Détruisons d'abord, une fois de plus, la notion fausse qui traîne dans l'esprit de beaucoup de médecins et même dans quelques livres d'une immunité contre la coqueluche transmise à la naissance par la mère et persistant quelques semaines ou quelques mois, comme cela se voit pour la scarlatine, la rougeole et la variole.

La rareté de la maladie au cours des premiers mois n'est qu'apparente. A cet âge, le nourrisson est peu exposé à la contamination ; lorsqu'elle se produit, il y échappe rarement. Les redoutables épidémies de Maternités, de Crèches et de Pouponnières montrent que la coqueluche est une affection extrêmement contagieuse, même pour le tout-petit, même les premiers jours après la naissance. C'était l'opinion de Trousseau, qui estimait que « la plus extrême jeunesse ne met pas à l'abri de la coqueluche », c'est celle de tous les pédiatres.

Si les statistiques ne montrent pas un chiffre aussi élevé au cours du premier semestre que dans les suivants, c'est que la plupart sont faites dans des hôpitaux de contagieux ou d'enfants où les nourrissons ne sont pratiquement admis qu'après le sevrage. Dans son très consciencieux travail, Champagne cite toute une série de cas de coqueluche chez des nouveau-nés, notamment ceux de Rilliet et Barthez, de Watson, de Bouchut, de Stone, de Guida, de Berti, de Ponticaccia, de Rahner, de Poppi, de Cockayne, etc., et en rapporte 10 ayant débuté au cours du premier mois, hospitalisés à Claude-Bernard entre 1937 et 1941. Il est bien évident que ne sont publiées que les observations présentant un intérêt particulier.

Certains auteurs admettent même la coqueluche congénitale. Rilliet et Barthez ont noté des quintes caractéristiques le jour même de la naissance chez un nouveau-né dont la mère avait la coqueluche depuis un mois. Mais il s'agit là de faits rares, le passage du bacille de Bordet-Gengou et de sa toxine dans le sang n'est pas démontré, ce qui rend discutable la transmission transplacentaire. Vialle n'observa pas la maladie chez les enfants de 2 coquelucheuses isolés dès leur naissance. Le même fait a été signalé par Goldschmied et par Gœttsch.

Le maximum de la fréquence de la coqueluche se place entre 6 mois et 2 ans.

Beaucoup de statistiques donnent un nombre à peu près égal de cas au cours de la première et de la seconde année. Szabö, sur 4.181 cas, en dénombre la moitié de 0 à 2 ans (1.028 la première année, 1008, la deuxième). E. Feer, sur 4.555 cas, note 30,1 pour 100 avant 2 ans (674 avant 1 an, 688 de 1 à 2 ans). Dans un dispensaire parisien, Deschamps et Léger trouvent 40 pour 100 des cas avant 2 ans de 1897 à 1903 et 48 pour 100 de 1904 à 1910. En clientèle, Sauer et Hambrecht, aux Etats-Unis, donnent un pourcentage de 21 pour 100 avant 2 ans : Heubner, 37 pour 100, Stocks, d'après une statistique londonienne, signale 22 pour 100 avant 2 ans (653 de 0 à 1 an, 703 de 1 à 2 ans). La statistique municipale de la Ville de Paris de 1898 à 1902 relève, sur 1.881 cas, 37,2 pour 100 avant 1 an. La statistique récente de Marquézy et Champagne indique sur 2.392 enfants hospitalisés de 1937 à 1941, 16,35 pour 100 de 0 à 1 an, 19,60 pour 100 de 1 à 2 ans, 16,26 pour 100 de 2 à 3 ans, 14,73 pour 100 de 3 à 4 ans, 12,28 pour 100 de 4 à 5 ans, 19,69 pour 100 de 5 à 10 ans, 1,09 pour 100 au-dessus de 10 ans. Si l'on tient compte des enfants qui ne sont pas hospitalisés parce qu'ils sont au sein ou en raison du danger que présente l'hospitalisation des tout-petits, ces chiffres montrent bien la fréquence de la coqueluche au cours du premier âge.

*
* *

Chez le nourrisson, le diagnostic de la coqueluche est particulièrement difficile parce que, d'une part, la toux quinteuse est fréquente à cet âge et le vomissement banal, et, d'autre part, les quintes de la coqueluche n'ont bien souvent pas un caractère typique. Au cours des six premiers mois surtout, la reprise inspiratoire est moins bruyante ou manque, la quinte est écourtée. Même chez le nourrisson plus grand où l'on observe des quintes typiques dans à peu près 2/3 des cas, celles-ci ne surviennent qu'après une longue période de quinze jours à trois semaines de toux incessante et pénible de diagnostic délicat. Ceci empêche très souvent de déterminer avec précision le début de la maladie et la durée de l'incubation. C'est pour cette raison que tous les auteurs ne sont pas d'accord sur le temps d'incubation. Chez le nourrisson, on admet qu'elle est en général plus courte (six à sept jours) [H. Roger] ; mais on a publié également des observations avec longue période d'incubation : trois à cinq semaines (Gottlieb et Möller Abraham).

Le terrain spasmophile et la tendance au spasm[e] glottique si fréquents chez le nourrisson donnen[t] à la toux des trachéites infectieuses aiguës et de[s] adénoïdites d'une ressemblance troublante ave[c] celle de la coqueluche.

L'asthme et certaines trachéites et trachéo-bron[chites] spasmodiques sont également de diagnosti[c] difficile, d'autant plus que Trousseau et de nom[breux] auteurs avec lui on décrit la forme sternu[tatoire] de la coqueluche du nourrisson. Parfois le[s] mucosités s'échappent plus par le nez que par l[a] bouche et de véritables quintes d'éternuement alternent avec des quintes typiques.

La grippe saisonnière prend suivant les épidé[mies] des types particuliers et durant l'hiver 194[.] on a vu par exemple avec une fréquence inaccou[tumée] des manifestations laryngées et pulmonaire[s] grippales simuler en tous points un début de co[queluche] chez le nourrisson avec leurs quinte[s] asphyxiantes avec parfois reprise inspiratoire, cya[nose] et bouffissure de la face, tendance aux hémor[ragies]. Seules la température élevée du début e[t] surtout l'évolution très courte permettaient le dia[gnostic]. Ces faits sont à rapprocher de l' « œdèm[e] pulmonaire subaigu et curable du nourrisson » de R. Debré, Semelaigne et Cournand, de l' « œdème pulmonaire infectieux épidémique » de Lereboullet et Lelong, caractérisés par une toux quin[teuse] coqueluchoïde, avec dyspnée intermittente[,] pluie de râles d'œdème localisés ou diffus, fièvr[e] légère et pronostic bénin.

Infiniment plus rarement, la toux coqueluchoïd[e] peut être provoquée par une tuberculose ganglio[nnaire] pulmonaire, comme nous l'avons vu récemment[,] une maladie de Hodgkin-Sternberg ou une néo[plasie] médiastine.

Le diagnostic se base alors sur l'ensemble symp[tomatique] et la notion de contage. La courbe ther[mique], lorsqu'elle est typique, avec sa très légèr[e] fébricule, entre 37°2 et 37°8 a une réelle valeur.

On peut s'aider de l'examen radiologique d[u] poumon et de la formule sanguine. Pospischill e[n] Allemagne, Debré et ses élèves en France, ont cher[ché] à préciser l'aspect radiologique du poumo[n] coquelucheux. Ils considèrent comme caractéris[tique] : à droite une coulée opaque sous-hilaire l[e] long du bord droit du cœur, comblant l'angle car[...]

io-phrénique ; à gauche un aspect flou des contours de l'ombre cardiaque se terminant en bas n un pinceautage plus ou moins net. Parfois, c'est me image en équerre de la base, ou d'épaisses traînées radiées partant des hiles, ou un aspect finement crénelé des coupoles diaphragmatiques. Ces mages considérées comme pathognomoniques par ;ootlieb et Möller, existeraient chez le nourrisson ès le stade catarrhal, mais elles sont loin d'être onstantes : 40 pour 100 des cas (Goettche), 50 pour 00 (Debré), 57 pour 100 (Hunermann), 33 pour 00 dans les coqueluches banales et 60 pour 100 lans celles avec signes pulmonaires (Marquézy et Champagne).

L'examen hématologique peut rendre d'utiles ervices. Il y a en général leucocytose (de 13.000 40.000) avec mononucléose, comportant chez le iourrisson une grande majorité de moyens mononucléaires alors que l'éosinophilie et la monocytose ont à peu près normales.

Cette formule, considérée comme spécifique par quelques auteurs, est loin d'être toujours identique et son apparition n'est pas très précoce ; rarement avant le début de la deuxième semaine Debré) ; dans 80 pour 100 des cas, c'est peu après es premières quintes nettes qu'augmentent le nombre des leucocytes et la lymphocytose (Lasch).

R. Debré exige pour avoir une valeur diagnostique : une leucocytose au moins égale à 20.000, une nononucléose absolue au moins égale à 10.000.

R. Marquézy et P. Champagne ont trouvé chez 10 pour 100 des coqueluchenx une formule remplissant ces conditions.

Quelques auteurs ont rapporté des chiffres de eucocytose exceptionnellement élevés. 176.000 Bourne et Scott) ; plus de 110.000, 4 fois sur 13 Reiche) ; 162.000 (Zeitz) ; 225.000 (Crombie) ; 233.000 (Mitchell) ; 236.000 (Stevens) ; 233.000 et 08.000 (J. Huber et Maurice Lamy). Ces hyperleucocytoses semblent être l'apanage de coqueluches compliquées.

Moritz et Lackner ont trouvé un ralentissement le la vitesse de sédimentation globulaire.

La seule méthode pathognomonique est la mise en évidence du bacille de Bordet-Gengou dans les particules humides projetées au moment de la toux. Elle est surtout précieuse au début. Malheureusement, elle est souvent infidèle car ce germe est particulièrement fragile et difficile à cultiver.

Madsen a trouvé sur 914 cas, 74 pour 100 des ensemencements positifs au stade catarrhal, 57 pour 100 dans la première semaine des quintes, 45 pour 100 dans la troisième semaine. Julien Marie a obtenu dans 87 pour 100 des cas des résultats positifs au stade catarrhal, 54 pour 100 dans la première semaine des quintes, 50 pour 100 dans la troisième semaine, ensuite toutes les cultures ont été négatives.

Les méthodes sérologiques n'ont guère de valeur pratique. La réaction de fixation du complément n'est pas positive avant la première semaine des quintes, elle reste souvent négative chez le nourrisson. La séro-agglutination du bacille de Bordet-Gengou est d'apparition tardive et a surtout de l'intérêt pour un diagnostic rétrospectif.

*
* *

Au cours de la première enfance, la coqueluche est grave en elle-même et par ses complications. Marquézy et Champagne estiment que celles-ci surviennent dans 70 pour 100 des cas.

La cause majeure de décès est la broncho-pneumonie qui prend fréquemment à cet âge le type de bronchite capillaire, mais qui peut revêtir tous les types. Jusqu'à présent les formes suraiguës étaient à peu près constamment mortelles, les aiguës et les subaiguës dans une proportion de 74 pour 100 des cas. On peut espérer que la sulfamidothérapie précoce et bien maniée diminuera la gravité de ce pronostic.

Les autres complications pulmonaires ne sont pas rares non plus, foyers de congestion avec ou sans réaction pleurale, bronchites. La dilatation des bronches aiguë et sans lendemain est parfois observée, plus souvent, elle persiste de longues semaines, voire des années.

En milieu hospitalier, les rhino-pharyngites, adénoïdites, otites et oto-mastoïdites sont fréquentes et redoutables chez le nourrisson atteint de coqueluche.

Les complications nerveuses tiennent également une grande place. Il est très difficile de distinguer les manifestations purement fonctionnelles et transitoires de spasmophilie : convulsions cloniques ou toniques et spasmes, de celles qui sont en rapport avec une atteinte cérébro-méningée : encéphalite ou hémorragie. Dans ce cas, la température est en général élevée, le coma alterne avec les convulsions ; les paralysies sont exceptionnelles, la mort est très fréquente.

R. Marquézy et P. de Larminat estiment la proportion des formes nerveuses malignes à 12 pour 100 des cas, la plupart avant 1 an, et leur mortalité à 93 pour 100. Les accidents hémorragiques ne sont pas plus fréquents chez le nourrisson que chez les enfants et en général bénins. Il s'agit d'hémorragies sous-conjonctivales, palpébrales et nasales. Dans un de nos cas, une importante hémorragie conjonctivo-palpébrale coïncidant avec une double otorrhagie a pu faire songer à une fracture de la base du crâne alors que le sang provenait de bulles hémorragiques au niveau du tympan.

En dehors de toute complication, la coqueluche est grave chez le nourrisson. Surtout au cours des premiers jours et des premières semaines de la vie et chez les débiles et les prématurés. Chaque quinte est très impressionnante : elle provoque un degré plus ou moins marqué de cyanose. Parfois, alternant avec des accès de toux moins caractérisée, surviennent une ou plusieurs fois par jour, des quintes asphyxiantes susceptibles d'entraîner la mort.

Au cours d'une quinte plus forte, les secousses expiratoires deviennent moins énergiques, moins bruyantes, plus brèves, la reprise inspiratoire perd toute sonorité et se prolonge, le visage tuméfié devient bleu. L'enfant épuisé, à demi-inconscient, en résolution musculaire complète, fait une apnée. Cet état extrêmement alarmant peut durer plusieurs minutes et aboutir à la mort. Souvent cependant, après un ou deux hoquètements convulsifs, la reprise de la respiration se fait lentement et péniblement, ou par une inspiration sonore. Dans quelques cas, la respiration artificielle judicieusement pratiquée ou des inhalations de carbogène sauvent l'enfant d'une mort apparente.

Entre les crises, le nourrisson est abattu, semi-comateux, pâle et cyanosé, avec un pouls très accéléré et instable, une respiration rapide, inégale, parfois irrégulière avec tirage sus- et sous-sternal, il refuse de boire.

La pathogénie de ces quintes asphyxiantes est encore discutée et il est possible qu'elle ne soit pas unique. Pour Henri Roger, ce n'est que « l'exagération extrême des éléments morbides ». Pour d'autres, il s'agit de spasmes laryngés et de tétanie. La répétition des quintes est exténuante pour ce jeune organisme. Il semble lutter de toutes ses forces contre la gêne respiratoire provoquée par des sécrétions qui obstruent l'arbre broncho-pulmonaire. Il est possible qu'il s'agisse d'accidents complexes relevant de lésions pulmonaires et nerveuses. Les cas de mort subite inopinée survenant en dehors des crises, ainsi que l'irrégularité du pouls et de la respiration, témoignent de profondes perturbations et font évoquer une atteinte bulbaire ou un œdème pulmonaire ou une broncho-pneumonie latente.

Le pronostic est donc sévère.

Dans le jeune âge, la coqueluche est, avec la rougeole, la cause de mortalité par maladies infectieuses la plus importante. Dans la statistique de Bertillon (Paris, 1876 à 1905), sur 100.000 habitants de tous âges, on compte avant 1 an 4.659 décès par rougeole, 3.164 par coqueluche contre 2.240 par diphtérie et 233 par scarlatine. D'après l'enquête de Debré et Joannon, la coqueluche l'emporte sur la rougeole. Sur 788 cas de coqueluche, Marquézy et Champagne trouvent un pourcentage de décès de 35,1 de 0 à 6 mois, de 23,1 de 6 à 12 mois, de 13,5 de 12 à 18 mois et de 8,5 de 18 à 24 mois.

Weill et Péhu donnent un taux de mortalité de 45 pour 100 avant 1 an, 12 pour 100 de 1 à 2 ans. Reiche, 59,4 pour 100 de 0 à 1 an, 20,8 pour 100 de 1 à 2 ans. Jochmann, 61,6 pour 100 avant 1 an. Hagenbach, 26 pour 100 la première année, 13,8 pour 100 la deuxième année.

Plus l'enfant est jeune, plus le traitement de la coqueluche est difficile.

L'isolement, la prophylaxie de toute contagion sont capitaux. L'aération, en plein air, quand la température le permet, l'oxygénation dans une pièce climatisée sont les méthodes de choix.

La montée en avion à haute altitude, qui avait été préconisée à la suite d'expériences plus spectaculaires que scientifiques, s'est révélée sans effet. Le changement de climat a, par contre, une réelle valeur.

La vaccinothérapie avec des bacilles de Bordet-Gengou tués par la chaleur ou par une autre méthode n'a à peu près pas d'efficacité. Dans les formes graves, il faut s'adresser à des injections de sérum ou de sang de convalescent de moins de 6 mois.

Chez le tout jeune enfant, une surveillance de tous les instants est nécessaire, car il faut le prendre dans les bras au moment de chaque quinte, débarrasser sa bouche des mucosités expectorées et souvent lutter contre l'asphyxie menaçante. Pour cette tâche et pour l'alimenter, il faut une infirmière expérimentée, car souvent l'enfant refuse le sein ou le biberon et il faut le faire boire à la cuiller, voire au goutte-à-goutte. En cas de vomissements et si la ration absorbée est insuffisante, il faut user largement de la plasmathérapie par voie rectale ou sous-cutanée.

Au cours du premier semestre, il faut se garder des calmants de la toux, notamment de la belladone et des alcaloïdes. Le chlorure de calcium et l'ergostérol irradié sont indiqués. A partir de 6 mois, on pourra donner, comme chez le grand enfant et l'adulte, de la teinture de drosera, de la belladone, du bromoforme, voire de la codéine.

La sulfamidothérapie systématique et préventive, préconisée par quelques auteurs, nous semble inutile. Mais cette médication trouvera ses indications en cas de complications pulmonaires ou bronchiques et même en cas de simple élévation thermique.

En raison des soins très spéciaux que nécessite le traitement de la coqueluche du nourrisson, il devrait exister des Services hospitaliers et des Cliniques privées avec un personnel spécialisé dans cette thérapeutique.

Robert Clément.

BIBLIOGRAPHIE

P. Champagne : La coqueluche du nourrisson. *Thèse de Paris*, 1944, n° 338 (*Joure*, édit.). — Robert Clément : Coqueluche et toux coqueloïde. *Les Feuillets du Praticien*, Septembre 1936, n° 3. — Robert Clément, A. Combes-Hamelle et M. Pestel : Tuberculose aiguë cavitaire du poumon chez un nourrisson de 6 semaines. — R. Debré, M. Lamy, J. Bernard et Velti : Le diagnostic hématologique de la coqueluche. *Le sang*, 1937, 127. — R. Debré, M. Lamy, Mignon et Velti : Le poumon coquelucheux et son image radiologique. *La Presse Médicale*, 1938, 1011. — P. de Larminat : La coqueluche maligne à forme nerveuse. *Thèse de Paris*, 1943. — Julien Marie : Recherches bactériologiques et immunologiques sur la coqueluche. *Thèse de Paris*, 1928, n° 225. — R.-A. Marquézy, J. Delarue et J. di Matteo : Les broncho-pneumonies de la coqueluche. *Arch. franç. de Pédiatrie*, 1942-1943, 1, n° 2, 69. — Pospischill : Clinique et étiologie de la coqueluche, Berlin, 1921.

REVUE DES THÈSES

THÈSE DE PARIS

G. Touret. ***Contribution à l'étude de l'induration plastique des corps caverneux*** [Maladie de La Peyronie] (*Imp. F. Foulon*), 103 pages, Paris, 1943, n° 99. — A propos de 5 observations inédites, T. publie une revue générale sur cette affection moins rare qu'on ne le pense et qui pose des problèmes pathologiques et thérapeutiques difficiles.

Histologiquement, si l'on trouve presque toujours du tissu fibreux, on note parfois une calcification, une chondrification, voire une ossification du tissu caverneux (Polkey). A côté de l'étiologie syphilitique classique, les Sud-Américains ont incriminé la maladie de Nicolas-Favre. Aussi serait-il intéressant de pratiquer chez ces malades une réaction de Freï. L'association à la maladie de Dupuytren soulève de curieux problèmes pathogéniques.

La thérapeutique de l'affection est décevante ; il semble que l'on doive d'abord s'adresser aux agents physiques : ionisation, radiothérapie, curiethérapie avant de songer à la chirurgie. Lorsqu'un éclaircissement étiologique a pu être obtenu, le traitement causal, spécifique ou non, apparaît logique.

Lucien Léger.

SOCIÉTÉS DE PARIS

ACADÉMIE DE MÉDECINE

10 Avril 1945.

Notice nécrologique sur M. Auvray. — M. G. Labey

Restrictions alimentaires et lait maternel ; étude de certains taux vitaminiques sanguins et lactés. — MM. **Gounelle, Vallette** et **Briand** ont constaté dans une collectivité que la majorité des nourrices donnait un lait insuffisant par manque de protides et de lipides ; il est plus difficile de se prononcer sur la déficience en vitamine et provitamine A et en vitamine P.P. en raison des incertitudes qui règnent sur la valeur de leurs taux normaux ; aucune corrélation n'a été trouvée chez les nourrices entre les taux sanguins et lactés des facteurs A et P.P. ; les nourrices sont apparues personnellement plus carencées en vitamine C que les mères n'allaitant pas.

Sur la lumière diffusée par les milieux troubles ; son intérêt en analyse. — MM. **Canals, Charra** et Mlle **Riety** concluent que les méthodes néphélométriques par diffusimétrie sont très incertaines et qu'il ne faut leur garder qu'une confiance limitée ; ce n'est qu'entre certaines limites de concentration et en cherchant à obtenir des particules diffusantes aussi homogènes et sphériques que possible, de dimensions voisines du micron, que l'on peut essayer d'effectuer des dosages pondéraux ; les méthodes diffusimétriques en analyse quantitative ne sont actuellement que des méthodes de pis-aller.

Sur les relations entre l'hypersensibilité à la tuberculine et l'immunité antituberculeuse. — M. **Boquet** conclut d'expériences faites sur des cobayes préparés par des injections de bacilles tuberculeux tués, que l'hypersensibilité à la tuberculine et l'immunité antituberculeuse n'ont que des relations accessoires ; les fluctuations de l'hypersensibilité ne correspondent pas à des variations équivalentes de la résistance aux surinfections et la mesure de l'allergie ne semble pas devoir apporter un élément précis d'information sur la valeur et l'efficacité réelles de l'immunité concomitante.

Le rôle du bacille tuberculeux de type humain dans le développement des tuberculoses animales. — M. **Verge** a étudié ce rôle chez le cheval, le porc, le chien, le chat, la poule, le mouton et la chèvre par la technique de Saenz et Costil (isolement sur un milieu de Löwenstein) ; le rôle du bacille humain dans l'éclosion et le développement des différentes tuberculoses animales est relativement effacé ; il n'y a à cette règle qu'une exception, l'infection canine qui dans près des deux tiers des cas a pour cause le bacille humain ; la tuberculose du chien est souvent ouverte : cavernes pulmonaires et bronchectasies, ulcérations intestinales et surtout cutanées, ce qui a pour conséquence une dangereuse dissémination de germes et un péril réel pour l'homme et plus particulièrement pour les enfants ; d'où l'impérieuse nécessité de mesures prophylactiques.

Lucien Rouquès.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

16 Mars 1945.

Dystrophies osseuses. — M. R. **Massart**. A propos de cette communication, M. **Masmonteil** fait part des recherches expérimentales publiées en Angleterre par les membres du Royal College des Vétérinaires sur les reproductions expérimentales dans les élevages de porcs, de ruminants, d'équidés et de chiens, la reproduction expérimentale du rachitisme, de l'ostéoporose, de l'ostéomalacie et de l'ostéofibrose.

Il est intéressant de voir que ces troubles importants du squelette sont le fait d'une alimentation ou pauvre en phosphore, ou pauvre en calcium, ou dans laquelle le rapport du calcium au phosphore ingéré descend au-dessous du 1/5. On ne saurait, en pathologie alimentaire, méconnaître ces expériences.

Hémiplégie consécutive à l'anesthésie générale. — Mme **Brian** étudie les causes possibles favorisant l'hémiplégie et, en particulier, la diminution du volume sanguin.

Les diastasis sacro-iliaques. — M. R. **Massart** décrit, sous ce nom, un ensemble de lésions de la partie postérieure du bassin, se caractérisant par une mobilité anormale du sacrum qui retentit sur l'équilibre du rachis et sur la statique des membres inférieurs. Il voit là la cause certaine de déformations vertébrales, l'inégalité des membres et insiste sur la nécessité, chez ces malades, de pratiquer la radiographie debout, en position d'appui.

La sulfamidothérapie en chirurgie. — M. **Courtois** Saint-Germain.

Résultats de la sympathicothérapie dans les artérites. — M. **Soubrane**.

Raphaël Massart.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

8 Mars 1945.

Prurigo bulleux. — MM. **Gougerot, Giraudeau** et **de Graciansky**, à propos de 2 malades atteints de papules de prurigo et de bulles de dermatite polymorphe, posent le problème : s'agit-il de deux réactions cutanées distinctes ou bien d'un même syndrome dû à l'ensemble des mêmes causes et plus polymorphe que ne l'indiquent les descriptions de Brocq ?

Bulle pemphigoïde isolée. — MM. **Gougerot** et **Sclaffer** signalent que de grosses bulles tendues, hémisphériques, du type pemphigus de Duhring, peuvent s'observer au cours de diverses dermatoses (eczéma, mycosis, prurigo). Parfois la bulle est isolée, comme ils l'ont observé chez une femme de 52 ans, et on peut se demander s'il ne s'agit pas d'un début de dermatite douloureuse, d'un pemphigus qui, pendant des années, restera monobulleux.

Pemphigus foliacé. — MM. **Gougerot** et **Sclaffer** présentent une femme de 45 ans, cachectique, amaigrie (39 kg.) atteinte de pemphigus foliacé généralisé, non amélioré par les sulfamides ; au contraire, le moranyl, donné à la dose de 13 g. 50, amena une amélioration notable, ainsi qu'une augmentation de poids de 4 kg. 500.

Urticaire et eczéma simulant le rouget. — MM. **Gougerot, Duché** et **Piguet** présentent un boucher de 48 ans qui fut atteint de placards érysipéloïdes des deux cuisses, simulant le rouget du porc ; en réalité, il s'agissait d'urticaire et d'eczéma ; les recherches de laboratoire furent toutes négatives. On peut désigner ces lésions sous le nom d'*érysipéloïdes* ; mais il est préférable d'appeler *rougel* les lésions causées par le bacille du rouget du porc.

Erysipéloïde avec réaction seconde à type d'érythème polymorphe. — MM. **Coste, Marceron** et **Boyer** ont observé chez une malade un placard érysipéloïde du mollet, sans doute à la suite d'une piqûre venimeuse, et compliqué d'une éruption à distance, revêtant le type de l'érythème iris. L'absence d'incubation, les caractères du placard primitif, l'absence de fièvre, d'adénopathies et l'éruption seconde distinguent ce tableau clinique de celui du rouget. C'est de plus un exemple de ces érythèmes polymorphes par réaction seconde, que l'expérimentation peut reproduire (par sensibilisation au dimitranisol).

Micro-réactions avec le sérum liquide. — M. **Gougerot** et Mlle **Hery** ont fait avec la technique ordinaire plus de 300 essais de réactions de Wassermann, Hecht et Kahn en se servant de pipettes donnant 40 microgouttes au centimètre cube, donc en n'employant que de faibles quantités de sang recueilli à l'oreille ou au doigt, sans ponction veineuse (0 cm^3 125 de sérum, soit VI à VIII gouttes ordinaires de sang qu'on doit recueillir goutte à goutte dans un tube de Durban). Même technique qu'avec les gouttes ordinaires sauf l'inactivation réduite à 10 minutes; la lecture du Kahn se fait au microscope.

Réticulose érythrodermique avec monocytémie atypique. — MM. **Sézary, Bolgert** et **Chapuis** rapportent le cas d'une réticulose érythrodermique pigmentée très prurigineuse, due à un infiltrat dermique histiocytaire avec passage dans le sang circulant de 5 à 30 pour 100 selon les moments, de cellules spéciales de la lignée réticulo-endothéliale formées d'un petit liseré protoplasmique légèrement basophile et d'un gros moignon irrégulier, à chromatine floconneuse, rarement nucléolé. Début en 1942. Rémission d'un an à partir de Mai 1943, après téléradiothérapie. Puis récidive et mort en Janvier 1945. Il s'agit d'une réticulose rarissime, maligne, quoique d'évolution lente, dont M. Sézary a déjà présenté 2 cas en 1938. Dans ce cas, comme dans un précédent, un abcès hypodermique est à noter à la période terminale.

Apoplexie séreuse mortelle. — MM. **Degos, Delort, Hewitt** et **Pinard** ont traité par l'arsénone (dichlorarsine) une syphilitique secondaire en injections quotidiennes ambulatoires ; quelques heures après la 9e injection (12 cg.), la malade se plaint de céphalée, de vomissements, on note une fièvre légère (38°5), un érythème fugace ; puis apparut un coma avec convulsions. La ponction lombaire donna un liquide hypertendu avec 4 lymphocytes et 4 g. d'albumine ; pas d'œdème papillaire. La mort survint en 48 heures malgré une infiltration stellaire et des injections intraveineuses de novocaïne.

Le liquide céphalo-rachidien dans les manifestations encéphaliques au cours de l'arsénothérapie. — M. **Degos** estime qu'au point de vue du pronostic un liquide céphalo-rachidien tendu ou hypertendu n'a aucune importance pronostique ; par contre, l'*albumine* semble normale dans les cas favorables et élevée dans les cas mortels.

La canitie aiguë. — M. **Touraine** fait une étude d'ensemble du blanchiment ou, mieux, du grisonnement qui peut affecter, en quelques heures et même moins, tout ou partie du système pileux, de manière définitive ou passagère.

Plus de 100 observations attestent aujourd'hui l'authenticité de cette canitie qui survient presque toujours à la suite d'émotion intense, sur terrain névropathique, quelquefois après un épisode paroxystique d'une affection mentale ou neurologique, après une violente pyrexie.

Le blanchiment est un effet optique dû au développement de bulles gazeuses sous la corticale de la tige du poil (Landois) ; mais son mécanisme reste obscur.

Tabes malgré un traitement correct de 15 ans. — M. **Touraine** rapporte l'observation d'un homme de 43 ans, soigné régulièrement depuis 1926, pour une syphilis latente, par 10 séries d'arsenic et 23 de bismuth (sauf de 1939 à 1942) et dont la sérologie est négative depuis 1942. Un tabes, aujourd'hui confirmé se développe depuis 1943. Le liquide céphalo-rachidien normal en 1936, présente actuellement les altérations caractéristiques.

Calvities et cancer. — MM. **Touraine** et **Baltet** ont cherché à vérifier l'adage selon lequel la calvitie hippocratique mettrait à l'abri du cancer. Leur enquête montre que les divers types de calvities (disséminée et hippocratique) se montrent avec la même fréquence aussi bien chez les cancéreux (épithéliomas et sarcomes) que dans le reste de la population générale au-dessus de 40 ans (calvitie hippocratique chez 5,8 pour 100 des cancéreux et 7,8 pour 100 des témoins ; calvitie disséminée chez 27,6 pour 100 des cancéreux et 25,9 pour 100 des témoins).

Pigmentation mammaire gauche et « nævus elasticus ». — M. **Touraine** présente un garçon de 14 ans hérédo-syphilitique, adiposo-génital, chez qui se développe depuis un an une nappe de pigmentation irrégulière qui répond à l'aire de petite matité cardiaque. Cet état se rapproche histologiquement du très rare *nævus elasticus* de Lewandowsky, de même siège mais avec formation de papules et sans pigmentation.

Intolérance combinée aux sulfamides et aux halogènes. Nouveaux cas avec le mercurochrome et la chloramine T. — MM. **Coste, Boyer** et **Tourneur** qui avaient naguère présenté des cas de sensibilisation aux combinaisons de sulfamides avec le Dakin, l'hypobromite ou la teinture d'iode, ajoutent 2 nouveaux cas d'intolérance : l'un par l'association de mercurochrome et de 1162 F, l'autre par celle de chloramine T et de 1162 F. Chacun de ces corps a été très bien supporté isolément, et seule leur combinaison a donné lieu à des réactions d'intolérances. Par ailleurs, l'ingestion de 1162 F en quantité minime a donné lieu à des accidents sérieux, dus à la combinaison des sulfamides et de l'acide chlorhydrique de l'estomac, puisque la neutralisation de ce dernier par un excès de bicarbonate de soude a permis une parfaite tolérance gastrique due au 1162 F.

Déclaration et traitement obligatoires des maladies vénériennes. — M. **Spillmann** expose le fonctionnement du service antivénérien à l'Inspection de la Santé de la Seine. En ce qui concerne le *dépistage des maladies vénériennes* parmi les personnes présumées contagieuses, 256 enquêtes ont été demandées : 98 personnes furent retrouvées, dont 60 furent reconnues malades, 66 personnes n'ont pu être identifiées et 92 enquêtes sont en cours. 356 enquêtes furent demandées pour rechercher des *malades récalcitrants* ; résultats obtenus, 156 reprises de traitement, 98 malades non retrouvés, 104 enquêtes en cours. Demandes d'hospitalisation : hospitalisations volontaires, 6 demandées, 3 effectuées et 3 reprises de traitement. Hospitalisation d'office : 84 demandées, 7 effectuées, 21 reprises de traitement.

Mélanose de Riehl. — M. **Rudloff** rapporte 1 cas de mélanose du front, des oreilles du cuir chevelu chez un homme de 68 ans provoqué par l'application de vaseline « de guerre », sans aucune action nocive de la lumière.

Syphilis bismutho-résistante. — MM. **Coste, Boyer** et **de Sablet** présentent l'observation d'une syphilis secondaire traitée d'abord, en raison d'antécédents bacillaires, par le bismuth seul, puis associé au cyanure. L'affection a résisté à ces traitements, mais a régressé rapidement sous l'influence du novarsénobenzol. Si on avait, comme d'habitude, commencé le traitement par l'arsenic, la bismutho-résistance n'aurait pas pu être découverte à temps ; et après trois séries arsenicales la malade aurait subi, pendant des années, un traitement bismuthique inutile qui n'aurait pas empêché la reprise des accidents syphilitiques.

Mélanose de Riehl et myxœdème. — M. **Boudin** observé chez une femme de 39 ans l'association d'une mélanose de Riehl et de myxœdème.

Statistique des maladies vénériennes. — MM. **Weissenbach, Le Baron** et **Bouwens** ont noté à l'hôpital Saint-Louis 338 cas de syphilis récente (171 hommes, 167 femmes et 3 enfants), soit environ une diminution de 10 pour 100 sur 1943.

A l'hôpital Boucicaut, ils ont observé 43 syphilis récentes (15 hommes et 28 femmes) en 1944, chiffre sensiblement égal à celui de 1943.

— M. **Vernier**, au dispensaire de Versailles, a noté en 1944, 33 syphilis, 94 blennorragies et 4 chancres mous, contre 25 syphilis, 29 blennorragies et 2 chancres mous en 1943 ; en outre, parmi les prostituées, on constaté 61 cas de syphilis et 240 blennorragies.

Accidents causés par les arsénobenzènes. — MM. **Flandin, Basset** et **Millot**, parmi les accidents sanguins observés au cours du traitement arsénobenzolique, opposent les *formes agranulocytaires pures* qui rappellent la maladie de Werner Schultz aux formes qui s'accompagnent d'hémorragie et d'anémie et qui évoquent le tableau du purpura benzolique.

Dans les premières, on peut discuter le rôle de l'intoxication et invoquer d'autres causes biotropiques ou allergiques ; elles ont une évolution cyclique et sont influencées favorablement par les nucléotides pentosiques et la vitamine C.

Les secondes au contraire relèvent certainement d'une intoxication grave des organes hématopoïétiques et garlent un pronostic grave malgré les transfusions répétées.

Enfin les auteurs soulignent la fréquence actuelle des accidents arsénobenzoliques : ils rapportent 4 cas d'agranulocytose et 1 cas de purpura post-arsénobenzolique.

Eczéma expérimental. — MM. **Cordonnier** et **Leroy** ont choisi, après différents essais, la paraphénylènediamine pour réaliser l'eczéma expérimental chez le cobaye.

Une première série d'applications journalières provoque l'eczéma dans un délai de 6 jours environ. Une seconde série après guérison de la première, dans un délai de 2 jours environ (phénomènes d'allergie surajoutés à l'idiosyncrasie).

Cet eczéma expérimental est plus précoce et plus intense lorsque chaque application du produit intoléré est accompagnée d'une infiltration anesthésique de la zone irritée. La sympathectomie lombaire reste par ailleurs sans effet. Les essais de sensibilisation par badigeonnage du sympathique lombaire (Reilly) sont négatifs.

Recherches expérimentales sur le liquide céphalo-rachidien des malades atteints de pemphigus. — MM. **Bolgert** et **Mollinedo** ont inoculé à la souris du liquide céphalo-rachidien de sujets atteints de pemphigus vulgaire et ont tenté des réinoculations à partir de broyats d'organes de souris inoculées par le liquide céphalo-rachidien ; ils obtinrent des lésions viscérales analogues, mais plus discrètes.

L'inoculation à la souris *par voie intrapéritonéale* du liquide céphalo-rachidien d'un malade atteint de pemphigus a donné des résultats négatifs chez 3 souris sacrifiées la première au 28e jour, les autres au 35e jour.

L'inoculation à la souris *par voie sous-durale* du liquide céphalo-rachidien d'un malade atteint de maladie de Duhring a également donné des résultats négatifs chez 3 souris sacrifiées respectivement aux 8e, 36e et 50e jours.

Présence de germes intestinaux associés au staphylocoque dans quelques cas d'accidents cutanés. — MM. **Bolgert, Mollinedo** et **Boisvert** ont fait l'étude bactériologique de 12 cas d'accidents cutanés au cours desquels ils ont pu isoler, à côté du staphylocoque, des colibacilles, des bacilles coliformes ou l'entérocoque. Il s'agit d'une association microbienne fréquente chez des malades atteints d'un déséquilibre intestinal et les auteurs en discutent la pathogénie.

Accidents cutanés causés par les sulfamides. — MM. **Joulia, Fallot** et **L'Epée** ont observé une série de cas de *dermite polymorphe* ou *eczématiforme* causés par les sulfamides.

Chez un homme de 24 ans, après application locale de poudre de sulfamides, on vit apparaître des vésicules, des nouures, puis des plaques érythémateuses d'érythème polymorphe ; reproduction expérimentale.

Un érythème morbilliforme avec conjonctivite survint chez un homme de 26 ans après ingestion de sulfamides ; le traitement fut cependant poursuivi et la guérison fut obtenue.

Chez un homme de 60 ans, une dermite eczématiforme apparut après application locale de poudre de sulfamides : une récidive survint à 2 ans d'intervalle.

Chez un homme de 37 ans, une dermite eczématiforme avec purpura rhumatoïde apparut après une application locale de poudre de sulfamides pour une plaie de l'auriculaire droit ; on obtint une intradermo-réaction fortement positive avec une solution aqueuse saturée de 1162 F.

Chez une femme de 70 ans, apparut une dermite eczématiforme après application locale de sulfamide ; la guérison fut obtenue avec une pâte de zinc. Mais la malade ayant pris par la bouche 4 comprimés de septoplix, une dermite eczémateuse avec prurit apparut le même jour.

R. Bruneau.

SOCIÉTÉ D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE MÉDICALE DE FRANCE

13 Février 1945.

La lymphographie clinique et expérimentale. — M. **Servelle** (présenté par M. **Porcher**). L'auteur rappelle que ce n'est que chez l'animal qu'ont été réalisées des radiographies du système lymphatique après injection de substance opaque et rapporte 4 lymphographies faites chez l'homme. La première concerne une malade atteinte de lymphœdème avec lymphocèles, où la radiographie met en évidence des méga-lymphatiques de la grosseur d'un doigt. L'auteur a fait une lymphographie avec bon résultat. Deuxième cas : éléphantiasis avec des canaux lymphatiques moins importants et aussi une stase lymphatique. Il en tire des conclusions quant à la pathogénie et au traitement des lymphœdèmes. Les deux autres lymphographies ont été faites l'une dans 1 cas de bacillose ganglionnaire, l'autre dans 1 cas de cancer avec blocage du canal thoracique.

L'expérimentation permet de préciser les voies d'introduction dans le système lymphatique.

Dolichomégaœsophage. — MM. **de Gennes, Frain, Léger, Bouche** et **Mariage** rapportent l'observation d'un malade présentant un dolichomégaœsophage, évoluant depuis 30 ans. Le malade qui ne présentait que des efforts de régurgitation se plaint de crises paroxystiques accompagnées de dysphagie. Il présente un mauvais état général. L'examen radiologique montre un œsophage d'une part dilaté avec une poche supérieure, d'autre part allongé avec trois sinuosités. L'œsophagoscopie confirme l'existence de la poche supérieure et montre des lésions d'œsophagite chronique. Le malade est opéré par splanchnicectomie, qui entraîne une amélioration fonctionnelle importante. Mort par collapsus cardiaque. L'examen anatomo-pathologique montre un épithélioma malpighien spino-cellulaire. Les auteurs discutent de la pathogénie et montrent le rôle premier joué par le dolicho-œsophage. Cependant les résultats de la splanchnicectomie mettent en valeur le rôle du dysfonctionnement du système nerveux sur le cardia.

La radiologie per-opératoire abdominale et obstétricale. — MM. **Porcher** et **Chaussé** ont adapté à la cabine radiochirurgicale de Porcher, permettant le développement rapide des films en salle d'opération, un long bras télescopique porte-ampoule ne gênant en rien le chirurgien et ses aides. Le tube à rayons X peut être utilisé en graphie au-dessus, au-dessous de la table d'opération et latéralement. En scopie, elle est disposée, en chirurgie biliaire plus particulièrement, sous un billot élévateur spécial transparent aux rayons X.

Les auteurs décrivent un dispositif de radiographie de face et de profil simultanée du bassin et du mobile pendant le travail. Ce dispositif permet la stéréo-radiographie.

Le traitement du cancer de l'amygdale par les radiations. Résultats éloignés. — M. **Mathey-Cornat** (Bordeaux). Communication d'un cas d'épithélioma épidermoïde de l'amygdale droite opérable, avec adénopathie carotidienne, chez un malade de 61 ans, traité par rœntgenthérapie transcutanée (2 champs, 190 K. V., 2.250 r, 1 mm. Cu + 1 mm. Al ; 40 cm. en 10 jours), suivie immédiatement d'une radiumpuncture (15,2 mcd). Environ 3 mois 1/2 après, l'évidement carotidien droit montre l'existence de ganglions envahis par un épithélioma de même nature. Le malade est mort au cours de sa sixième année de guérison locale et ganglionnaire apparente, à la suite d'une maladie intercurrente. Ces cas de guérison éloignée ne sont pas isolés et ils prouvent que la curiepuncture est applicable d'emblée dans les cancers opérables de l'amygdale.

Considérations préliminaires sur un tube à rayons X permettant une dose profonde supérieure à la dose cutanée. — M. **Marquès**. Ce travail présente le projet d'un tube dont le but est de permettre l'obtention en profondeur d'une dose de rayons X supérieure à la dose cutanée, par irradiation d'un seul champ. Avec les tubes classiques, même si la dispersion est rendue négligeable par l'éloignement du foyer, l'absorption rend impossible par une porte d'entrée unique l'obtention d'une dose profonde égale à la dose cutanée.

Si au lieu d'un faisceau de rayons X divergents on réalise un faisceau convergent, il y a concentration de l'énergie sur des surfaces d'autant plus petites que l'on s'éloigne du plan irradié. Cette concentration peut compenser la perte d'énergie due à l'absorption. Un dispositif convergent peut être obtenu en utilisant une série de foyers d'émissions placés en couronne autour du point irradié. Dans ces conditions, la surface irradiée au niveau de la peau est plus grande que la surface d'un plan parallèle sous-jacent et il y a augmentation de l'intensité reçue en profondeur.

L'étude approximative de la répartition des doses obtenues avec un dispositif d'émission en couronne montre que par le jeu de diaphragmes et de filtres d'épaisseur variable, on peut réaliser une dose profonde homogène, entre 2 et 10 cm. de profondeur, cette dose profonde étant supérieure à la dose cutanée.

A. Dariaux.

SOCIÉTÉ D'ENDOCRINOLOGIE

23 Novembre 1944.

Structure de l'hypophyse dans la carence C. — MM. **A. Giroud, P. Desclaux** et **J. Piat** ont soumis des cobayes à un régime de carence C. Ils ont observé des modifications cellulaires de l'hypophyse et ont été amenés à en préciser la topographie des éléments. Les basophiles dans la région antérieure de l'ante-hypophyse sont réduites en nombre, les éosinophiles ont dans l'ensemble presque complètement disparu.

Sur l'action androgène de la désoxycorticostérone. — MM. **A. Giroud, P. Desclaux, M. Martinet** et **J. Piat** ont étudié l'action de l'acétate de désoxycorticostérone sur l'hypophyse des animaux castrés. Il ont utilisé des produits exempts d'impureté et n'ont pas observé de modifications de la réaction de castration hypophysaire.

Etude du métabolisme iodé chez une goitreuse. — M. **Guy Laroche** apporte l'observation d'une femme de 49 ans, atteinte de goitre, avec augmentation du M. B. et tachycardie permanente depuis 20 ans environ. L'iode ne fait pas baisser le M. B. ni le nombre des pulsations. De plus, lors du traitement iodé, le goitre gonfle à tel point qu'il provoque des phénomènes de compression graves qui ne régressent que par un traitement thyroïdien. L'ingestion associée d'iode et de corps thyroïde est, par contre, bien supportée.

Tout se passe comme si, chez cette malade, l'iode introduit dans l'organisme déterminait un trouble du métabolisme de l'hormone thyroïdienne, aboutissant au stockage ou au blocage de la sécrétion colloïdale et comme si la glande avait besoin de la thyroxine avec les acides aminés qui la constituent pour que les processus métaboliques se déroulent normalement.

L'auteur se demande si on ne serait pas en présence d'un phénomène de dysthyroïdie, c'est-à-dire d'un trouble caractérisé par une viciation de la sécrétion normale.

Action de la thiourée sur 8 cas de maladie de Basedow. — MM. **Etienne May, Jean Cottet** et **Albert Netter**. Huit cas d'hyperthyroïdie ont été traités par la sulfo-urée administrée *per os* à la dose de 1 g. 50 à 2 g. par jour : *l'amélioration* subjective a été rapide. Parmi les signes objectifs, ce sont la tachycardie, le tremblement et le métabolisme basal qui ont été le plus sensibles à la thérapeutique. Le goitre n'a diminué que de façon inconstante, le poids n'est remonté que dans la moitié des cas, l'exophtalmie n'a été que peu influencée. Les *incidents* ont été minimes, et ont surtout consisté en de l'intolérance gastrique. Dans 1 cas, le médicament n'a pas été supporté et le traitement a dû être interrompu au bout de 24 heures.

L'expérimentation sur l'animal a donné, à doses très fortes, de l'œdème et des hémorragies thyroïdiennes ; à doses faibles, une augmentation de la taille des vésicules ; à doses moyennes et fortes, une densité élevée de petites vésicules et d'amas pleins, en bref, une prolifération thyroïdienne.

La thiourée paraît agir en empêchant la synthèse de la thyroxine par la cellule thyroïdienne. Il en résulte, par une loi d'endocrinologie connue, une exaltation de la fonction thyréotrope hypophysaire, et partant une prolifération des cellules thyroïdiennes. L'hypophysectomie (Griesbach) empêche le développement de goitres chez les animaux soumis à l'action de la thiourée.

Tumeur de la thyroïde aberrante latérale. — M. **P.-L. Chigot**. Ces formations posent plus d'un problème. Celui de leur origine en particulier. L'origine aux dépens d'un pelvis branchial, souvent évoqué, n'est rien moins que prouvée. A propos d'un cas, qui présente une structure histologique papillaire comparable à tous les cas déjà publiés, l'auteur se demande si on ne peut pas invoquer un mécanisme métastatique.

Note sur le traitement des syndromes basedowiens par la thiourée. — MM. **Guy Laroche, Desbordes** et **Goury-Laffont** ont traité 5 basedowiens par la thiourée et confirment dans l'ensemble les faits rapportés par M. May et ses collaborateurs.

Sur les 5 cas, 4 ont été extrêmement améliorés. Mais ils attirent l'attention sur certains phénomènes d'intolérance : nausées, vomissements (1 cas), urticaire (2 cas), érythème et purpura (1 cas).

Ils concluent que la thérapeutique de la maladie de Basedow par la thiourée est extrêmement intéressante, mais qu'elle doit être très soigneusement étudiée avant qu'on en puisse préciser la posologie, les modalités d'application, son avenir lointain et le mécanisme de son action.

Actions hormonales sur le muscle utérin. Etudes chronaximétriques. — M. **Paul Chauchard** montre l'intérêt de la chronaximétrie utérine *in vivo* pour l'étude de la physiologie du muscle utérin et l'influence exercée par les hormones. Elle révèle la généralité de l'action inhibitrice de la progestérone simplement moins intense chez certaines espèces ; elle permet de comprendre les lois générales des effets de l'adrénaline ou de la post-hypophyse. Elle se prête enfin à des possibilités pratiques de dosages hormonaux.

Sur l'éthylfolliculine. — MM. **R. Courrier** et **L. Velluz**.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE

15 Janvier 1945.

Etude du métabolisme intermédiaire de l'hormone folliculaire. — M. **Max-Fernand Jayle**. D'après l'auteur cette substance est soumise dans l'organisme animal à un double métabolisme :

a) Le métabolisme d'utilisation fonctionnelle se traduit schématiquement par deux équations : l'une, réversible, représente l'équilibre d'oxydo-réduction entre l'œstrone et l'œstradiol qui est soumis à la fonction ovarienne ; la seconde, irréversible, concerne l'hydratation de l'œstrone en œstriol qui se fait au niveau de l'endomètre utérin soumis à l'action du corps jaune.

b) D'autre part l'hormone folliculaire subit au niveau du tissu hépatique une inactivation par un double processus d'oxydation et de conjugaison avec les acides sulfurique et glycuronique. Elle subit le sort des substances toxiques de nature phénolique.

L'auteur étudie ensuite l'élimination urinaire des dérivés du métabolisme de l'hormone folliculaire au moyen de tests biologiques et colorimétriques. Il explique la disproportion des résultats fournis par ces deux méthodes par l'existence de substances chromogènes et non œstrogènes qui dérivent du métabolisme de l'hormone et sont révélées par le dosage colorimétrique. Il insiste sur l'importance de la formule œstrogène des urines et en particulier sur l'intérêt de la détermination du rapport substances phénoliques fortes, substances phénoliques faibles, pour l'étude de la fonction ovarienne. Le métabolisme est perturbé au cours du cancer où il existe un pigment violet à caractère œstrogène.

La pénicilline dans le traitement de la blennorragie. — M. **Charles E. Rieser** (U. S. Army) rapporte 150 cas de blennorragie dont 100 avaient résisté au traitement sulfamidé. La dose injectée a été pour chacun de 100.000 Unités Oxford réparties en 5 piqûres de 20.000 unités dissoutes dans 3 cm³ d'eau distillée. Le pourcentage de guérisons observées a été de 95 pour 100 ; certaines ont été obtenues en 3 ou 4 jours. Les échecs sont dus à la présence de collections purulentes qui pour guérir, nécessitèrent un drainage chirurgical. En terminant l'auteur adresse quelques recommandations : 1° l'injection doit être intramusculaire (sous la peau l'absorption est irrégulière) ; 2° seringue et aiguille doivent être stérilisées en chaleur sèche ; 3° la solution doit être préparée au moment de l'emploi. Enfin l'auteur signale que l'Armée américaine emploie la pénicilline dans le traitement de la syphilis à la dose de de 40.000 Unités Oxford par jour pendant 7 jours. Le

résultats obtenus sont surprenants. Guérison immédiate des lésions primaires et secondaires et négativation de la réaction de Bordet-Wassermann.

19 Février.

Tuberculose utérine, une nouvelle biopsie d'endomètre. — M. **Courtois** cite un nouveau cas de tuberculose occulte de l'endomètre fortuitement découvert, à l'occasion d'une biopsie, chez une femme venue consulter pour stérilité. Etant donné la gravité du pronostic, on est assez porté à envisager l'hystérectomie, dans ce cas d'apparence bénigne, mais il est difficile d'en faire admettre la nécessité à une femme bien portante, venue consulter pour stérilité.

Kyste dermoïde de l'ovaire et péritonite tuberculeuse. — MM. **Courtois, Beziaud** et **Brière** rapportent l'observation d'une malade chez laquelle un syndrome abdominal aigu masquait une péritonite tuberculeuse. L'intervention qui montra en outre l'existence d'un kyste dermoïde de l'ovaire, fut suivie d'une nette amélioration de l'état général.

Hypoménorrée et aménorrée d'origine hyperhormonale par folliculinisme expérimental. — MM. **Claude Béclère** et **H. Simonnet.** Dans une première observation chez une jeune fille de 31 ans, l'administration par la bouche chaque mois de 45 *mg* de substances œstrogènes provoque des retards de 15 jours et des règles insignifiantes de 1 jour accompagnées de multiples troubles fonctionnels : céphalées, bouffées de chaleur, essoufflement et obésité.

Le remplacement de ce traitement inconsidéré par le traitement lutéinique nécessaire ramène des règles normales et régulières chaque mois ainsi que la disparition de tous les troubles fonctionnels.

Une jeune fille de 20 ans manipule chaque jour des quantités importantes de poudre de folliculine : il s'installe immédiatement une aménorrée complète pendant 1 an de suite. Un dosage de folliculine dans les urines donne le chiffre très anormalement élevé de 1.600 unités internationales. Il a suffi de faire cesser la manipulation de folliculine et de faire un bref traitement d'hormones gonadotropes et de lutéine pour que les règles reviennent normalement. Depuis 3 ans 1/2, sans aucun traitement hormonal, les règles reviennent très régulièrement tous les 30 jours et sont tout à fait normales comme durée et comme abondance. Ainsi hypoménorrée et aménorrée ont été dans ces deux cas réalisées expérimentalement par l'hyperfolliculinisme thérapeutique ou accidentel.

A propos de 4 cas de gonococcie féminine traitée par la pénicilline. — M. **Turpault.**

Endométriome du col utérin. — M. **E. Douay.**

MAURICE FABRE.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE DE FRANCE

12 Février 1945.

Equivalents psychiques comitiaux à conséquences médico-légales. Intérêt de l'électro-encéphalogramme. — MM. **Jean Delay, P. Neveu** et **P.-L. Desclaux** rapportent l'observation d'un malade qui commit, en état second, un attentat à la pudeur suivi d'une amnésie complète. D'autres manifestations à type d'automatisme ambulatoire et de bouffées oniriques à thème mystique apportaient une probabilité clinique en faveur d'une forme psychique de l'épilepsie. L'électro-encéphalographie, montrant après l'hyperpnée de grandes ondes lentes d'une fréquence de 3 heures avec pointes isolées de grande amplitude, permit de décider du diagnostic.

A propos de la statistique sur l'alcoolisme dans les asiles. — MM. **Leconte** et **P. Marty** montrent que si l'on étudie statistiquement les éléments étiologiques du déterminisme des psychoses le facteur alcoolique et hérédo-alcoolique présente une fréquence considérable et beaucoup plus élevée que ne le montrent les statistiques actuelles. A la colonie familiale d'Ainay-le-Château, ils ont constaté que l'étiologie alcoolique s'observait dans 34 pour 100 des cas et que l'hérédo-alcoolisme était présent dans 12 pour 100 des cas. La fréquence de l'alcoolisme était particulièrement constatée au cours de la paralysie générale, 78 pour 100 des paralytiques généraux étaient des alcooliques chroniques.

Considérations médico-légales à propos d'un cas de néphrite saturnine professionnelle. — M. **Léon Pollet** rapporte un cas typique de néphrite saturnine professionnelle qui ne s'est manifestée que 4 ans après la cessation d'un travail prolongé d'émaillage sur métaux interrompu seulement par 5 atteintes de coliques de plomb, la dernière ayant donné lieu à une rente supprimée lors de la révision de celle-ci.

L'auteur émet à ce propos les vœux suivants :

1° Le délai de responsabilité pour les néphrites chroniques professionnelles devrait être porté à 5 ans comme pour les cancers professionnels.

2° Il serait désirable de créer en France une « rente de suspension » visant les ouvriers en imminence d'intoxication grave, en particulier de saturnisme, bien que sans incapacité effective de travail, et leur donnant les moyens pécuniaires d'abandonner immédiatement leur métier insalubre pour en chercher un autre non dangereux pour leur santé.

3° Il serait souhaitable, lors des expertises en révision de rente pour coliques de plomb, de pouvoir toujours indemniser à titre de complication une néphrite éventuelle, recherchée systématiquement. Ce serait le seul moyen de réparation équitable de la néphrite saturnine professionnelle lorsqu'elle ne s'est manifestée que plus d'un an après la cessation du travail nocif, mais avant la fin du délai de révision de 3 ans.

Un cas curieux d'intoxication accidentelle par le nitrobenzène. — MM. **Léon Pollet** et **Henri Griffon** présentent une observation d'intoxication typique méthémoglobinisante due à l'emploi d'une poudre prétendue insecticide constituée uniquement de Blanc d'Espagne imprégné de 1 pour 100 de nitrobenzène, substance choisie en raison de son odeur pour faire illusion sur la présence d'un véritable insecticide actif. Ce cas s'inscrit dans un nouveau chapitre de pathologie qu'on pourrait appeler péjorativement « pathologie des ersatz ».

L. DÉROBERT.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

8 Février 1945.

Rœntgenthérapie immédiate des entorses et des traumatismes articulaires. — M. **Jean Didiée** souligne l'intérêt considérable de l'irradiation systématique des entorses avec une dose de rayons X de 60 r environ. Généralement une seule séance suffit : l'effet sédatif est remarquablement constant et nettement plus durable que celui des infiltrations. Appliquée seule ou en combinaison avec d'autres procédés physiothérapiques cette radiothérapie immédiate a dans un nombre de cas dépassant la centaine toujours considérablement réduit la période d'indisponibilité et hâté la récupération fonctionnelle complète.

Six cas de typhus exanthématique observés sur des prisonniers de guerre, contaminés en cours de vaccination (vaccin de Weigl). — M. **B. Maupin.** Six prisonniers français, spécialement exposés par leur emploi dans une station d'épouillage, en période épidémique, reçoivent du vaccin de Weigl. Ils font simultanément un typhus atténué, 3 jours après la dernière injection. La date de la contamination paraît se situer entre la 1re et la 2e injection.

Observation d'un cas de typhus exanthématique grave, soigné dans une infirmerie de stalag. — M. **B. Maupin.** Un prisonnier français du camp de Bathorn fait un typhus exanthématique grave, avec complications pleuro-pulmonaires, phlébite et escarres. La maladie évolue pendant 6 mois, dans des conditions particulièrement délicates de thérapeutique et de régime alimentaire, et guérit finalement.

Diverticule pharyngo-œsophagien. Extirpation en deux temps. — MM. **Talbot** et **Griolet.** Diverticule du volume d'une mandarine, descendant jusqu'à l'orifice supérieur du thorax, ayant entraîné une déficience grave de l'état général. L'extirpation eut lieu en deux temps. Dans le premier, le diverticule fut isolé, son collet lié, et son fond suspendu au bord antérieur du sterno. Dans le second le sac fut supprimé. Guérison totale après la phase de fistule œsophagienne de quelques semaines habituelle.

Les auteurs envisagent la pathogénie de ces diverticules de « pulsion » qui associent la pression effectuée par la poire pharyngée à l'incoordination motrice de la bouche œsophagienne sous-jacente. Quand cette incoordination n'existe pas, il n'y a pas de diverticule.

Les différents procédés thérapeutiques sont ensuite passés en revue. La conclusion est qu'il faut faire l'extirpation en un ou deux temps, suivant les circonstances. La question de l'œsophagotomie extramuqueuse complémentaire est encore à l'étude.

Trois cas d'intoxication par le tétrachlorure de carbone à bord d'un bâtiment. — MM. **L. André, R. Teillard** et **Benelli** (Marine). Observations de 3 cas d'intoxication dont l'un mortel survenu chez des matelots ayant manipulé des pulvérisateurs remplis de tétrachlorure de carbone. Le tableau clinique était celui d'une néphrite aiguë avec oligurie prononcée. Le sujet qui succomba fit en outre une hépatite que seule révéla l'autopsie. Ces 3 cas n'étant pas isolés, il s'avère que le tétrachlorure de carbone est un agent de désinsectisation dangereux qui ne doit être utilisé qu'à l'air libre.

Action de la pénicilline sur le bacille pesteux. — MM. **E. Magrou** et **Brisou** (Marine). *In vitro* : la pénicilline présente une action bactériostatique nette à très forte concentration (1.000 unités pour 10 cm^3 de bouillon), mais elle n'a aucune action bactéricide.

In vivo : son action est nulle aussi bien sur les souches avirulentes (E V 33) que sur les souches virulentes.

Sang rouge et sang blanc. Indications et contre-indications. — M. **Benhamou.**

R. THIAL.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET D'HYGIÈNE DU TRAVAIL

19 Février 1945.

Sur la toxicologie du bromure de méthyle. — MM. **E. Kohn-Abrest, L. Dérobert** et **L. Truffert** insistent sur la toxicité du bromure de méthyle qui a été considéré à tort comme moins dangereux que le tétrachlorure de carbone. Des expériences faites sur le cobaye montrent qu'avec le bromure de méthyle il suffit d'une teneur ne dépassant pas 10 *mg*. par litre d'air pour provoquer rapidement la mort de l'animal.

L'analyse toxicologique des viscères humains a montré que l'on ne retrouvait pas le bromure de méthyle lorsque la mort était survenue après que le sujet avait été soustrait depuis longtemps à l'atmosphère toxique. Par contre, on a trouvé d'importantes proportions de brome dans les organes des intoxiqués et, dans un cas, on a pu déceler des traces d'alcool méthylique dans le sang.

Le bromure de méthyle est un toxique insidieux et son emploi dans les extincteurs ou pour la désinsectisation a provoqué de nombreux accidents. Il y aurait intérêt à réglementer la vente de ce produit et à prescrire des mesures sévères lors de son utilisation.

A propos de l'emploi de la cyanamide calcique comme engrais agricole. Résultats d'une enquête sur l'action pathogène de ce produit. — MM. **de Gaulejac** et **Dervillée** (de Bordeaux) après avoir rappelé la composition de cet engrais et son usage montrent que non seulement toxique pour l'homme il l'est encore pour les animaux et les végétaux. L'ouvrier agricole paye un assez lourd tribut à la cyanamide calcique dont les effets sur l'organisme sont connus sous le nom de « mal rouge » caractérisé par une vaso-dilatation intense et douloureuse des téguments exposés : visage, avant-bras, poitrine.

Mais à côté des phénomènes locaux s'observent parfois des signes d'intoxication générale : dyspnée, vertige, douleurs épigastriques.

Les auteurs conseillent comme moyens prophylactiques, l'utilisation de cyanamide calcique en granulés qui dégage moins de poussières mais que l'on devra cependant mouiller légèrement avant l'épandage, l'utilisation de l'engrais par temps sec, la protection de toute surface cutanée, le nettoyage soigné après le travail.

Les plaies infectées par le duralumin. — M. **Gautrelet** expose le mécanisme des plaies infectées par le duralumin. Le métal n'est, pour lui, que le véhicule des germes contenus dans l'huile pénétrant profondément dans le derme. La mauvaise qualité des huiles et le terrain favorable du facteur humain contribuent à transformer des plaies apparemment bénignes en affection localement grave, parfois en septicémie.

Le remède réside dans la stérilisation des huiles ou dans le mélange d'antiseptique (crésol) avec ces huiles.

Radioscopie et radiophotographie systématiques. Leur application à la médecine du travail. — Mme et M. **A. Cornet.** Sur 1.928 sujets examinés en radioscopie, 9 ont été trouvés porteurs de tuberculose évolutive, 5 présentaient une expectoration bacillifère, 3 avaient une primo-infection à forme ganglio-pulmonaire étendue ; 657 ont été examinés par radio-photographie, 2 cas de tuberculose évolutive ont été dépistés. Ainsi les deux méthodes donnent des chiffres très voisins : 0,4 pour 100 par la radioscopie, 0,3 pour 100 par la radiophotographie concernant des tuberculoses méconnues. Par contre, les séquelles pleuro-pulmonaires et les anomalies cardio-vasculaires ont été plus facilement mises en évidence par la radioscopie que par la radiophotographie. Pour un nombre important, les clichés 24×36 mm. enfin, n'étaient pas interprétables. Ce qui fait donner la préférence à la radioscopie systématique, méthode commode pour la prévention des affections respiratoires et cardio-vasculaires en médecine du Travail.

Le travail des pulmonaires en usine. Actuel problème important de la Médecine du Travail. — M. **Bidault** propose la mise au travail restreint pour un minimum de quelques mois sous surveillance médicale et radiologique après le retour de l'établissement de cure. Cette reprise du travail pourrait être amorcée dès le sanatorium dans une ferme ou dans un atelier spécialement conçu à cet effet et attenant à l'établissement de soins. Puis elle serait continuée à l'usine, tout en maintenant un salaire normal.

Cette réadaptation médicale s'associerait donc à une réadaptation ou à une orientation dans le travail, à un maintien de l'équilibre moral et social de l'ouvrier malade.

L. DÉROBERT.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

22 Janvier 1945.

M. **Beaudouin,** rapporteur d'une commission désignée à cet effet par la Société, fait adopter deux vœux relatifs, l'un aux fonctions de l'Assistante Médico-Sociale, l'autre à la définition et aux fonctions de l'Assistante Sociale Psychiatrique (Assistante d'Hygiène Mentale).

Les modifications des réactions biologiques du liquide céphalo-rachidien observées chez des paralytiques généraux « fixes » après traitement. — MM. **R. Bessière** et **Zaborowski.** 30 cas, régulièrement traités depuis plusieurs années : négativation complète des réactions sans sortie de l'hôpital. Cette négativation n'est complète qu'après trois ans en moyenne. Le traitement des P. G. doit être institué dès le début et prolongé.

La responsabilité des pervers sexuels. — MM. **Caron, Daumezon** et **Leculier.** Evolution de ce problème médico-légal. Critères d'appréciation (en dehors de l'aliénation mentale). Nécessité d'une prise de position doctrinale. Importance d'une étude de la personnalité globale pour l'appréciation du cas.

La notion de structure en psychiatrie : ambiguïté du terme (1re note). — MM. **L. Bonnafé, A. Chaurand, F. Tosquelles** et **A. Clément.** Le terme de « structure » tend à être employé abusivement. La structure, mode d'appréhension de la totalité morbide, ne peut faire l'objet que de conceptions partielles. Ces dernières seraient plutôt des « aspects structuraux ». la structure étant la conscience de l'unité des aspects structuraux multiples.

L'influence des émotions de guerre sur l'état mental des malades d'un service psychiatrique de Normandie. — M. **Hécaen.**

Etat mental d'un instituteur pédophile. — MM. **aron, Daumezon** et **Leculier.**

Perversion complexe : fétichisme ; travestisse-nent ; ondinisme ; kleptomanie. — MM. **Caron,)aumezon** et **Leculier.**

12 Février.

Paralysie générale précoce avec régression du angage et palilalie. — MM. **J. Ajuriaguerra** et **J. ;auguet.** Paralysie générale précoce avec tableau d'idio-ie acquise, troubles du langage du type aphasique et yndrome palilalique surajouté. Atrophie pariéto-tempo-ale gauche à l'examen encéphalographique.

Psychose anxieuse et délirante secondaire à une septicémie colibacillaire chez un débile mental. — IM. **P. Neveu** et **P. Desclaux.** Oligophrène devenu nxieux et interprétant après une septicémie à coliba-ille, psychose secondaire et non spécifique, guérie par 'électrochoc.

Syndrome d'automatisme mental pur révélateur l'une P. G. Constatations encéphalographiques. Action de l'électrochoc. — MM. **J. Delay, J. Maillard** **t G. Boittelle.** Cas d'automatisme mental révélateur l'une P. G. ayant disparu rapidement par électrochoc. ntérêt de l'encéphalographie qui, montrant peu de lé-ions, permet de porter ici un pronostic favorable.

Troubles mentaux chez une famille de myotoni-ques. — MM. **Jean Delay** et **Desclaux.** Etude des mem-res d'une famille présentant une dystrophie musculaire type de myotonie de Steinert associée chez certains à les troubles endocriniens divers (Syndrome de Roth-mund) et à des troubles psychiques. Dilatation encépha-lographique des lacs de la base chez un des malades.

Maladies d'Alzheimer avec atrophie frontale pré-dominante. — MM. **X. Abély, P. Desclaux, J. Nau-dascher** et **R. Suttel.** Deux cas de maladies d'Alzheimer typiques dans lesquels l'examen anatomique a montré les lésions semblant prouver la parenté de cette affec-tion avec la maladie de Pick.

J. DUBLINEAU.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE

14 Novembre 1944.

Les indications du BCG. — M. **A.-C. Maclouf.** Le BCG fait disparaître les incidents qui accompagnent le virage des épreuves tuberculiniques. Le travail du médecin scolaire est grandement simplifié. Les radio-graphies deviennent plus limitées. L'éviction du sujet de l'école n'est plus nécessaire. Le séjour à la montagne ou à la campagne n'est plus indiqué. Enfin et surtout, la hantise de voir la tuberculose-maladie s'installer partout disparaît.

Il faut vacciner systématiquement non seulement les sujets « en contact » mais généralement tous ceux sans distinction qui ne réagissent pas à la tuberculine.

Les indications du BCG varient avec l'évolution de l'index tuberculinique. Toutes les recherches récentes concordent pour montrer la régression indéniable de l'index tuberculinique, qui ne semble pas avoir été modifié par les conditions défectueuses de la période actuelle. Ce déclin s'accentue d'année en année, et les indications du BCG se trouvent de ce fait considéra-blement élargies. Il faut multiplier la prémunition par le BCG chez l'adulte. Ce problème ne se posait pas pour ainsi dire il y a quelques années.

Faut-il rendre la vaccination obligatoire ? Aux mé-thodes de contrainte il est toujours préférable de substi-tuer la collaboration librement consentie autrement plus utile et autrement plus efficace.

L'auteur insiste sur les « risques » du BCG chez les sujets allergiques. Le BCG peut chez tout sujet ayant une cuti-positive agir comme une injection de tuber-culine.

Enfin, l'auteur discute la question si importante de la prémunition des bovidés contre la tuberculose par le BCG.

Sur l'activation retardée des épreuves tubercu-liniques. — MM. **J. Génevrier** et **A.-C. Maclouf** insis-tent sur les cas observés à l'école des élèves-infirmières de Saint-Joseph.

L'activation retardée des épreuves tuberculiniques coïn-cide le plus souvent avec l'acquisition de la sensibilité cutanée à la tuberculine.

Ce phénomène s'observe principalement chez les sujets éprouvés antérieurement par voie intradermique. L'acti-vation retardée d'anciennes épreuves de Mantoux est plus fréquente que l'activation retardée d'anciennes épreuves de Pirquet.

L'activation retardée d'anciennes épreuves tubercu-liniques aide parfois à localiser avec précision le moment du virage.

14 Décembre.

Les irido-cyclites récidivantes de l'homme. Conceptions pathogéniques actuelles. — M. **Guy Offret.** Cherchant les points par lesquels cette affection se rapproche de la fluxion périodique du cheval, l'au-teur envisage successivement l'aspect clinique, l'aspect anatomique, l'aspect étiologique et pathogénique de la maladie.

Cliniquement et anatomiquement les deux affections paraissent comparables. Chez l'homme et chez le cheval la maladie revêt de multiples formes où tout est variable dans la gravité des signes cliniques, l'importance des lésions, la fréquence des complications. Un point demeure constant : la récidive.

Parmi les formes anatomiques, l'auteur met en relief l'iritis séreuse, comme la plus proche de la fluxion périodique. Il établit ensuite la valeur pronostique de l'examen de l'humeur aqueuse et envisage les lésions anatomiques aux diverses périodes de la maladie. A l'exception de l'ophtalmie sympathique, dont les lésions sont caractéristiques, l'étude histo-pathologique ne permet pas l'individualisation de formes particulières.

L'anatomie pathologique n'aide pas non plus à établir les causes des désordres constatés.

L'étiologie et la pathogénie sont envisagées à la lumière des travaux modernes sur les virus filtrables et sur les réactions immunitaires. Contrairement à la fluxion périodique, l'irido-cyclite récidivante de l'homme n'est pas toujours une maladie isolée, survenant en dehors de tout état morbide décelable. Même dans le cas de l'ophtalmie sympathique, qui se rapproche le plus de la maladie équine, un examen approfondi révèle la participation d'autres appareils à la maladie (appareil auditif, liquide céphalo-rachidien, sang).

Les difficultés du problème étiologique sont grandes. A côté des deux maladies auxquelles on se reporte tou-jours, la syphilis et la tuberculose, lorsque toute cause évidente fait défaut, il y a place pour bon nombre d'autres hypothèses.

On doit retenir en particulier la notion de virus fil-trable « uvéotrope » ou « neurotrope » capable de frapper l'uvée antérieure et d'y déterminer des irido-cyclites récidivantes. On doit retenir également, car beaucoup d'irido-cyclites chez l'homme ne font pas leur preuve étiologique, l'origine allergique des accidents.

Démontré pour les irido-cyclites tuberculeuses, cette origine allergique intervient certainement dans nombre d'autres cas. Trois facteurs interviennent pour produire les accidents oculaires :

Un terrain de déséquilibre humoral ; des conditions anatomiques locales (anneau réticulo-endothélial intra-ciliaire) ; des foyers infectieux de nature diverse res-ponsables immédiats du conflit humoral et du choc antigénique local.

Rapport sur la fluxion périodique des yeux du cheval. — M. **Brion** décrit la fluxion périodique, irido-cyclite primitive récidivante du cheval ; les accès, pen-dant lesquels les organes de l'uvée présentent les signes d'une inflammation aiguë, se succèdent à intervalles variables pendant le cours de la maladie, qui se termine par l'atrophie du globe et la cécité. La cause de cette maladie est inconnue. Aucun des microbes trouvés dans l'œil ne peut être tenu pour l'agent causal. Un ultra-virus a été isolé par Woods et Chesnay, mais son inocu-lation ne reproduit pas exactement la maladie. Une théo-rie intéressante fait de la fluxion périodique une mani-festation d'anaphylaxie oculaire. Il est possible, en défi-nitive, que l'uvéite résulte d'une infection chronique ayant créé un état d'allergie. Bien que la distinction entre la fluxion périodique du cheval et les irido-cyclites secondaires ne soit pas nettement établie sur des bases solides, l'auteur estime que les différences cliniques entre ces deux groupes sont suffisantes pour qu'on ne puisse les réduire à une seule maladie.

L. GROLLET.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE EXOTIQUE

13 Décembre 1944.

Etude sur le paludisme à Ouagadougou. — MM. **P. Le Gac, P. Seite** et **G. Combescot de Marsaguet** montrent que la ville d'Ouagadougou peut être consi-dérée comme un des centres d'Afrique Occidentale le plus touchés par le paludisme. L'indice splénique glo-bal de la population enfantine de l'agglomération est de 37 pour 100, l'indice plasmodique global est de 54 pour 100, l'indice gamétocytique global de 14,81 pour 100. Les hématozoaires en cause sont *Plasmodium vivax* et *Plasmodium falciparum* ; *Plasmodium ma-lariæ* n'a pas été observé. Les principaux vecteurs sont *Anophèles gambiæ* et *A. nili.* La situation d'Ouaga-dougou entourée de marigots entretenus artificiellement explique pour partie ces faits. Un programme de me-sures prophylactiques dont l'exécution est déjà en cours est exposé.

Observations de traitement des ulcères phagé-déniques par la pénicilline. — MM. **P. Moreau** et **G. Ouary** rendent compte de l'activité de la pénicilline dans le traitement des ulcères phagédéniques des pays chauds. Dans 19 observations les résultats sont dans l'ensemble favorables, ils sont cependant fonction de la flore associée.

Le cancer en Côte Française des Somalis. — M. **Leitner** montre que les cancers du tube digestif et de ses annexes sont particulièrement fréquents en Côte Française des Somalis ; il est possible que le parasi-tisme intestinal chronique favorise ces localisations ; les tumeurs malignes du squelette ou de l'appareil géni-tal de la femme sont très rares.

Recherches histochimiques sur la nature des Bartonella. — MM. **L. Van den Berghe** et **J. Hof-fman** ont observé que les Bartonelles ne subissaient pas l'action de la ribonucléase ; leur nature diffère donc de celle des ponctuations basophiles rencontrées dans les globules rouges, et la polychromatophilie chez le rat splénectomisé doit être séparée de l'apparition des Bartonella.

Traitement des lésions oculaires de la lèpre. — M. **V. Chorine** relate les résultats favorables qu'il a obtenus dans 8 cas de lèpre oculaire par un traitement consistant en injections de para-aminosulfamide en solu-tion à 15 pour 100 dans l'acétamide à 60 pour 100 (acétamide 60 *g.*, paraaminosulfamide 15 *g.*, eau dis-tillée q. s. pour 100 *g.*). Les injections sont faites au pourtour de l'orbite après anesthésie locale ; elle sont très douloureuses, un œdème important apparaît après l'injection et persiste pendant 4 à 7 jours. Le volume injecté par séance est de 6 à 10 cm^3. Dans la plupart des cas le nombre des séances d'injections est de 6 à 10.

— M. **R. Montel** estime qu'un certain recul est néces-saire pour juger de l'efficacité et de l'innocuité de la méthode ainsi que de la stabilité des résultats.

Action thérapeutique du para-aminosulfamide et de l'acétamide employés soit séparément, soit asso-ciés, dans la lèpre. — M. **V. Chorine** a constaté que le para-amino-phényl-sulfamide utilisé par voie buccale à la dose de 1 *g.* par kilogramme, de 4 à 6 fois par semaine, ralentit l'évolution de la lèpre du rat à bacille de Stéfansky ; l'acétamide par voie buccale n'a qu'une influence légère sur l'évolution de la maladie, le mé-lange sulfamide acétamide agit d'une façon analogue au para-amino-phényl-sulfamide utilisé seul, mais l'acéta-mide permet la solubilisation du sulfamide.

Présentation d'un appareil de fabrication de micro-instruments. — MM. **J. Bretey** et **J. Browaeys.**

Elimination d'agglutinines antirickettsies par les urines albumineuses du lapin inoculé par voie dermique ou péritonéale. — M. **B. Sureau.**

Sur la biologie d'Armigeres obturbans (Walker). — M. **Dao Van Ty.**

10 Janvier 1945.

Premier cas de fièvre boutonneuse au Togo. — MM. **P. Le Gac** et **L. Borjeix** relatent un cas de fièvre boutonneuse avec érythème papuleux, réaction de Weil-Félix positive au 1/50 pour le proteus OX 19, au 1/200 pour le proteus OX K, négative pour le proteus OX 2. L'adaptation du virus à l'animal est difficile.

81 cas de charbon humain observés en Haute Côte d'Ivoire traités par la sulfamidothérapie. — MM. **P. Le Gac, A. Foubert** et **L. Aihonnou** ont observé 81 cas de charbon, répartis en 64 cas de pustules ma-lignes, 14 d'œdème malin, 2 de septicémie et 1 de gastro-entérite. 37 malades ont succombé avant le traite-ment ; l'emploi des sulfamides chez 46 malades a été remarquable ; 44 ont guéri. La posologie adoptée a été la suivante : 3 *g.* par jour pendant 3 jours, 2 *g.* par jour pendant 3 jours, 1 *g.* par jour pendant 3 jours. L'état du cœur doit être soutenu par des injections d'huile camphrée.

Etude de la sous-alimentation en Côte française des Somalis. — M. **A. Leitner** montre que la sous-alimentation en Côte française des Somalis a été impor-tante mais n'a pas été critique grâce aux dispositions de discipline publique et alimentaire qui ont été appli-quées ; elle s'est traduite néanmoins par du scorbut, du béri-béri, des myosites, des fractures des petits os des extrémités, de la xérophtalmie, un écourtement de la durée de la grossesse, des anémies hypochromique et hypoglobulique après l'accouchement, un allongement de la durée du travail par brièveté des contractions uté-rines, une insuffisance de la sécrétion lactée, la mor prématurée du nourrisson. Les mesures prophylactique adoptées furent la création ou l'entretien des muraille d'enceinte permettant une discipline publique et un contrôle de la circulation alimentaire. L'amélioratio des cultures vivrières a été peu efficace car le sol es infertile. L'apparition de ces mesures rigoureuses mai nécessaires a été possible à Djibouti.

L'albuminurie de la trypanosomose expérimental à « T. annamense » du lapin. Action des agents try-panocides. — M. **L. Launoy** montre que la synergi médicamenteuse moranyl-anthiomaline même en pré sence d'albuminurie chez les sujets trypanosomés peu être envisagée si le traitement est correctement appliqué suivant une posologie appropriée ; on peut même assiste expérimentalement chez le lapin à la disparition de manifestations rénales, cutanées, oculaires et génitales

Méningo-encéphalite à « Trypanosoma gam-biense » observé chez le lapin. — MM. **G. Stefa-nopoulo, P. Caubet** et Mlle **S. Duvolon** ont noté che le lapin inoculé sous la peau avec une souche neurotrop à *T. gambiense* des lésions d'infiltration vasculaire e de cellules lymphoplasmocytaires, à la fois méningée e corticale ; dans les méninges et dans la masse du cervea on notait de nombreux trypanosomes. Ces lésions rap pellent celles qui sont mises en évidence chez l'homm dans la maladie du sommeil et chez le rat et la souri inoculés expérimentalement. La souche Yaoundé utilisé provenant du service de M. E. Roubaud à l'Institut Pas teur offre un grand intérêt expérimental.

Influence du développement plasmodien sur l fécondité des moustiques-hôtes. — M. **E. Roubau** croit que l'infection palustre exerce sur les moustique une influence nuisible en tendant à la dépopulation d ce vecteur de virus ; le parasitisme des moustiques doi aussi entrer en ligne de compte pour limiter dans l nature les infestations palustres humaines ou animales

Conjonctivite rickettsienne du chien au Cong français. — M. **Malbrant.**

R. DESCHIENS.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

20 Mars 1945.

Nécrologie. — M. **Leveuf,** président, fait part à l Société du décès de M. **Péhu** (Lyon).

Anémie familiale pseudo-pernicieuse. — MM. **Ca-thala** et **Auzépy** présentent une fillette âgée de 10 an et son frère âgé de 7 ans 1/2, tous deux atteints d'un anémie grave avec diminution très notable du nombr des globules rouges (1.200.000 et 1.700.000), augmen tation de l'hémoglobine et de la valeur globulaire, leu copénie, diminution du nombre des hématoblastes, allon gement du temps de coagulation.

Ces cas, voisins de l'anémie pernicieuse, sont à rapprocher de ceux décrits par Franconi, cas familiaux caractérisés par une myélose aplastique, de la microcéphalie, de la pigmentation cutanée, de l'atrophie testiculaire.

Trois cas d'hydrocéphalie ventriculaire obstructive traités par l'ouverture de la lame sus-optique. — MM. **J. Guillaume** et **Ch. Ribadeau-Dumas** précisent les indications, la technique et les résultats de l'ouverture de la lame sus-optique à l'occasion de 3 cas personnels d'hydrocéphalie ventriculaire obstructive.

Le premier enfant, âgé de 3 ans 1/2, fit une hydrocéphalie classique consécutive à une méningite purulente traitée par le 693. L'intervention donna des résultats appréciables : croissance et intelligence normales ; fond de l'œil également normal.

Chez le deuxième enfant, âgé de 3 mois, l'intervention permit d'obtenir une régression du tour de tête de cm. mais avec rétraction des os du crâne et chevauchement. L'enfant fit des convulsions et l'on nota chez lui une névrite optique.

La troisième enfant, âgée 6 mois, présente une croissance normale et semble intelligente.

L'ouverture de la lame sus-optique, pratiquée après un drainage ventriculaire préalable de 2 ou 3 jours, doit être réservée aux cas d'hydrocéphalie ventriculaire obstructive reconnue par injection au bleu de méthylène. L'intervention doit être pratiquée suffisamment tôt, avant que l'hydrocéphalie ne soit devenue chronique ; l'âge ne constitue pas une contre-indication. Les résultats, sans être parfaits, méritent cependant d'être pris en considération.

— M. **Leveuf** signale que dans son service M. Klein se refuse à opérer les hydrocéphalies évolutives.

— M. **Cathala** ne comprend pas le drainage d'une hydrocéphalie arrêtée dans son évolution.

— M. **Clovis Vincent** ne serait pas partisan de l'ouverture de la lame sus-optique qu'il juge inefficace. Il estime, d'autre part, que les injections colorées dans les ventricules fournissent des indications erronées et qu'il est préférable d'utiliser le lipiodol pour préciser l'obstruction.

— M. **Lelong** a fait opérer 2 cas d'hydrocéphalie, mais les résultats n'ont pas été satisfaisants.

Bromides géantes de la face chez un nourrisson de 7 mois. — MM. **M. Lelong, R. Joseph, Girauld** et **Schaines** présentent un nourrisson de 7 mois atteint, à la suite de l'ingestion prolongée d'une potion contenant 0,30 par jour de bromure de sodium, des bromides papulo-tuberculeuses végétantes de la face ; les lésions sont considérables et particulièrement saillantes (*Bromodermo tuberosum*), elles ont débuté brusquement, dès l'ingestion du médicament ; comme il a été déjà signalé (Brocq), elles persistent et même continuent à progresser malgré la cessation du médicament et la fin de son élimination urinaire.

— M. **Hallé** signale que les bromides apparaissent habituellement sur toute la surface du corps et qu'elles sont parfois énormes. Des doses très faibles de bromure peuvent les provoquer. Leur apparition a même été observée chez des nourrissons au sein dont la mère absorbait des médicaments bromurés. Ces bromides débutent comme des éléments d'acné. Cette dernière ne se voit pas chez l'enfant avant la puberté, sauf dans les cas d'intoxication iodée, chlorée ou bromée.

Nanisme rénal avec malformations des voies urinaires. — MM. **R. Clément, J. Delarue, J.-E. Marcel** et **S. Godlewski**. Nanisme rénal typique qui, à 7 ans, pesait 10 *kg.* 600 (et mesurait 88 *cm.*), dont la croissance avait été ralentie dès les premiers mois de la vie où l'on avait observé de l'albuminurie et une azotémie à 1 *g.* 25 et ayant présenté à plusieurs reprises de la pyurie.

La cystoscopie et la pyélographie par voie ascendante ont montré une énorme dilatation de la vessie, des uretères et des bassinets. Décès après intervention tardive. A l'autopsie, sténose et petites lésions infectieuses les parois vésicales, urétérales et du parenchyme rénal. Aucun autre signe histologique de dysembryoplasie. Qu'elles soient dues à des phénomènes purement mécaniques ou chimiques ou aux infections successives des voies urinaires, les lésions rénales paraissent ici être secondaires et on peut se demander si une intervention précoce sur le col vésical n'aurait pas évité le développement du nanisme rénal et de l'azotémie progressive.

— M. **Cathala** pense que les troubles de croissance dans les cas de nanisme rénal sont bien dus à des troubles fonctionnels rénaux, car on peut les voir disparaître à la suite de l'intervention.

Considérations urologiques sur certains troubles de la croissance chez l'enfant. — M. **J.-E. Marcel**. Ces troubles, que l'on désigne, suivant l'âge auquel on les dépiste, sous le terme de : hypotrophie, hypotrepsie, nanisme, infantilisme, peuvent être en rapport avec une néphrite chronique. Celle-ci est souvent *primitive*, due à une malformation de la glande rénale proprement dite (hypoplasie, atrophie congénitale), peut-être même à une malfaçon strictement tissulaire ; elle peut aussi être *secondaire*, *ascendante* provoquée, alors, par une anomalie, avec ou sans obstruction, du système excréteur. En dehors de la pyurie, qui n'est pas constante, aucun signe clinique ne peut différencier ces deux variétés de nanisme : l'un médical, de très mauvais pronostic ; l'autre urologique, quelquefois chirurgical, dont le pronostic est relativement meilleur, à la condition que le diagnostic en soit posé précocement. Seules les explorations urologiques (pyélographie, quelquefois cystographie) permettent souvent de les dépister. Pratiquée sans anesthésie chez la fillette, sous anesthésie locale chez le garçon, elles sont en général dépourvues de danger, quels que soient l'âge de l'enfant et son atteinte.

G. Schreiber.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE FRANCE

16 Janvier 1945.

Névrite du nerf dentaire inférieur consécutive à un accident infectieux de la 1re molaire inférieure droite. — M. **Bataille**. Importante alvéolyse autour de D 6 qui est extraite sous anesthésie locale. Immédiatement, adénite aiguë sous-maxillaire cédant rapidement à la vaccinothérapie, et névrite du nerf dentaire, d'abord douloureuse, puis anesthésique. Cicatrisation normale de l'alvéole. On envisage et élimine successivement une atteinte de la dent de sagesse dont les apex apparaissent, sur la radio, au voisinage du nerf dentaire, de la 2e molaire, de la 2e prémolaire, indemnes de lésions cliniques et radiographiques. 18 séances d'ionisation calcique apportèrent une amélioration nette mais non durable. En résumé, atteinte du nerf dentaire inférieur d'étiologie non précisée.

La vie du Dr Evans. — M. **Giacomini** rappelle la vie du docteur américain Thomas Evans qui, après une jeunesse laborieuse, conquit ses grades, vint en France en 1847 et fut pendant tout le Second Empire dentiste attaché à la Cour.

Excellent opérateur, il s'intéressa à nombre de sujets alors d'actualité et préconisa des techniques nouvelles. Il eut une situation enviée en France et auprès des Cours d'Europe.

Napoléon III, qui tenait en grande estime tant le praticien que l'homme privé, le recevait fréquemment. Ce fut lui qui organisa le départ de l'Impératrice le 4 Septembre 1870 et la conduisit en Angleterre.

Profitant de sa nationalité et de ses relations, il se rendit à maintes reprises pendant le pénible hiver 1870-1871 en Allemagne pour réconforter les blessés et prisonniers français et leur apporter des secours et des vêtements.

Il vint souvent par la suite auprès des Souverains exilés à Chislehurst et mourut en 1897, après avoir exercé presque un demi-siècle en France.

20 Février 1945.

Plastique de fermeture d'une large communication vestibulo-sinusienne. — MM. **Raison** et **Bourguet**. Après un épisode clinique dentaire de 3 mois, une malade a présenté une communication vestibulo-sinusienne gauche de 18 *mm.* de diamètre d'avant en arrière et de 16 *mm.* de haut en bas. Après étude complète sur moulage en plâtre de cette communication et avoir arrêté les incisions des lambeaux, intervention réalisant deux plans de fermeture : un plan profond, sinusien, formé par deux lambeaux de bord ; un plan superficiel vestibulaire formé par un lambeau palatin à pédicule postérieur.

Ces deux plans, appliqués l'un contre l'autre par une large surface cruentée, ont cicatrisé en 15 jours, sans rétraction. Une plaque palatine de protection avait été mise en place dès la fin de l'opération.

Douze cas de fractures mandibulaires. — MM. **Raison** et **Corbeil**.

Un cas d'hydroa de Bazin. — M. **Piguet**.

Robert Vrasse.

SOCIÉTÉS DE PROVINCE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Décembre 1944.

Syndrome de Lawrence-Moon-Bardet chez le frère et la sœur : diversité des manifestations endocriniennes. — MM. **Viaud** et **Bergouignan**. Le garçon âgé de 19 ans présente une rétinite pigmentaire et une dystrophie adiposogénitale du type Babinski-Fröhlich avec diabète insipide ; la sœur âgée de 22 ans, présente une rétinite pigmentaire, une polydactylie, et une obésité qui s'apparente par quelques caractères à l'obésité du type Cushing ; les parents indemnes n'ont aucune consanguinité. Les auteurs soulignent le fait qu'un même gène récessif affectant les mêmes fonctions diencéphalo-hypophysaires peut déterminer des manifestations cliniques voisines, mais nullement superposables.

Sténose de l'isthme aortique ; ses complications cérébrales. — MM. **Bergouignan** et **F. Caillon**. L'observation rapportée par les auteurs est typique : souffle systolique intense, hypertension artérielle de la partie supérieure du corps, alliée à une hypotension extrême des membres inférieurs, énorme dilatation des artères intercostales, érosions costales. Deux particularités sont à retenir : l'aréflexie tendineuse des membres inférieurs qui se retrouve parfois dans cette affection sans aucun trouble moteur ni sensitif ; l'hémorragie cérébroméningée, précédée de quelques signes frustes d'hypertension intracranienne, qui provoqua l'hospitalisation de la malade et qui guérit d'ailleurs sans laisser de trace. Se référant à la statistique de Hodann qui montre que l'anévrysme intracranien occupe, par sa fréquence, le deuxième rang parmi les complications de la sténose isthmique, les auteurs attribuent à cette lésion artérielle l'hémorragie méningée de leur malade.

Les infiltrations des sinus carotidiens dans la tuberculose laryngée. — M. **Le Lourd**. L'infiltration des sinus carotidiens, uni- ou bilatérale, supprime la douleur et la dysphagie des tuberculoses étendues au vestibule laryngé et diminue considérablement l'œdème. Elle est inactive sur les laryngites non douloureuses et sur les ulcérations. Elle doit être répétée tous les 8 à 10 jours environ, pendant des mois au besoin. Elle n'a pas de contre-indication et peut s'appliquer aux malades les plus fragiles.

Janvier 1945.

Pseudo-tabes hypophysaire sans anémie ni achylie chez un adiposo-génital. — M. **Bergouignan**. Il s'agit d'une myélose funiculaire avec anesthésie cordonale postérieure et aréflexie tendineuse des membres inférieurs au cours de l'évolution d'un adénome chromophobe de l'hypophyse qui provoquait un syndrome adiposo-génital, une destruction de la selle turcique et une cécité ; cet homme n'avait aucune anémie, et sa sécrétion gastrique était normale. Cette observation réalise une forme typique du pseudo-tabes hypophysaire d'Oppenheim ; elle montre que l'association de myélose et d'achylie, si elle est fréquente dans ce syndrome, comme l'a souligné Snapper, n'y est nullement constante.

Apparition d'un diabète sucré grave au cours d'une encéphalite léthargique. — M. **Bergouignan**. Une jeune femme de 31 ans présente au cours de sa première grossesse une hypersomnie intermittente ; plus tard, elle présente avec un certain rythme mensuel des phases de léthargie véritable avec myoclonies localisées au visage et quelques signes psychiques inconstants : anxiété pantophobique, hallucinose pédonculaire. En même temps se constitue à bas bruit un trouble grave du métabolisme hydrocarboné ; d'abord polyphagie et polydipsie sans glycosurie, puis glycosurie importante ; ce diabète se complique très rapidement d'une tuberculose pulmonaire mortelle. Il faut noter qu'il n'existe aucun antécédent diabétique dans la famille, mais que la malade avait présenté au cours de sa grossesse des traces d'albumine et de sucre dans les urines. L'auteur rappelle les travaux expérimentaux et les considérations cliniques qui militent pour l'origine nerveuse de certains diabètes sucrés.

Polyradiculonévrites curables au cours d'infections cutanées. — MM. **P. Mauriac, P. Broustet, M. Bergouignan** et **H. Léger** rapportent 4 observations recueillies presque simultanément de polyradiculonévrites curables, proches du syndrome de Guillain et Barré, apparues au cours de staphylococcies cutanées étendues, furonculose et ecthyma staphylococcique. Bien qu'ils se gardent d'affirmer un rapport de causalité, ils soulignent la fréquence déjà notée des polyradiculonévrites apparemment primitives au cours de suppurations cutanées et se demandent si une infection staphylococcique atténuée pourrait provoquer l'œdème arachnoïdien secondairement propagé aux racines qui semble être le substrat anatomique de ces polyradiculonévrites.

Méningite aiguë à pneumocoques d'origine otitique, Sulfamidothérapie et chirurgie. — M. **J. Daffas** (Périgueux) rapporte un cas qui met en évidence l'action thérapeutique de l'évidement pétro-mastoïdien d'urgence sur l'évolution d'une méningite aiguë à pneumocoque d'origine otogène alors que la sulfamidothérapie n'avait pu être instituée précocement et que son action ne pouvait être encore logiquement efficace. S la sulfamidothérapie générale reste à la base de la thérapeutique moderne des méningites à pneumocoque, la chirurgie doit toujours y être associée en cas d'otomastoïdite : elle est d'autant plus efficace que la méningite revêt davantage le type d'une réaction méningée de voisinage.

Les complications de la sulfamidothérapie en chirurgie. — M. **Charbonnel**. Dans ce rapport sont sur tout étudiées, pour ne pas empiéter sur l'immense domaine médical, les complications dues aux applications locales de sulfamide. Après un aperçu sur le mode d'action des sulfamides vis-à-vis des tissus, sur les modalités permises ou défendues de leur association avec des antiseptiques, sur les rapports de leur toxicité avec leur vitesse d'élimination et enfin sur la faculté de résorption des plaies et cavités, le degré et la durée de concentration sanguine atteint par ces voies d'introduction l'auteur étudie successivement les complications, locales et générales, des applications : dans les plaies opératoires aseptiques ; dans les plaies traumatiques ; les fractures ouvertes ; les brûlures, les cellulites et phlegmons dans les séreuses (péritoine et tissu sous-péritonéal, à titre préventif ou curatif, méninges, articulations, plèvres), enfin en gynécologie-obstétrique, et par voie artérielle. Un court chapitre est réservé, aux staphylococcies. Il ressort que les véritables et graves complications sont en réalité rares, vu le nombre considérable de cas et malgré des doses parfois énormes (voies « associées » d'administration de sulfamides) ; que plus fréquent est le « camouflage » ou l'arrêt passager et trompeur du processus infectieux, d'où risque de laisser passer « l'heure chirurgicale » : et que, de toutes façons, l'acte chirurgical nécessaire et complet reste prépondérant, le sulfamide étant un admirable adjuvant — à la condition bien entendu, d'être employée avec les précautions d'examen complet du malade, comme toute chimiothérapie

23 Février 1945.

Transfusion sanguine par la voie intra-sternale. — MM. **Damade, Lavignolle** et **Vincendeau**. Injection intra-sternale de 200 cm³ de sang citraté au moyen d'une seringue de 100 cm³ chez une typhique présentant d'abondantes hémorragies intestinales. Résultats clinique et hématologiques excellents sans aucun incident.

La cholécystographie avec le biliselectan. — M. **R. Mathey-Cornat**. Depuis 1943, le biliselectan a été utilisé dans 55 cas dont 35 font l'objet d'une statistique

on compte 24 cholécystographies positives, 6 faiblement positives et 5 négatives. Dans les faiblement positives, il s'agissait de vésicules pathologiques et le contrôle opératoire a confirmé les données de la cholécystographie. Dans les cholécystographies négatives, la urimprégnation ou l'intraveineuse doivent compléter la méthode.

Fréquence actuelle et variétés séméiologiques des névrites et polynévrites consécutives à des infections cutanées. — **M. R. Pauly.** Présentation de 3 observations de lésions nerveuses après infections cutanées ; névrite ascendante post-traumatique ; névrite du radial, avec paralysie, consécutive à un anthrax du cou ; névrite localisée et polynévrite fruste des quatre membres après plaie suppurée d'une main. L'auteur estime que la pathogénie des atteintes nerveuses après infections cutanées est variable : microbienne ou toxique ; il souligne l'actuelle fréquence relative de ces faits et l'attribue à une diminution de résistance des nerfs périphériques sous l'influence du déséquilibre alimentaire.

Syndrome de Landry post-traumatique. — **MM. R. Pauly** et **Estradère.** Après un stade de névrite ascendante, un homme, atteint d'une plaie infectée de la main gauche, présente un syndrome de Landry mortel. L'intervention des toxines staphylococciques semble avoir été facilitée par la débilitation antérieure de l'organisme.

A. Chabé.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LILLE

9 Février 1945.

Les lésions traumatiques des nerfs périphériques et leur traitement par les interventions locales. — M. **J. Vandecasteele,** rapporteur.

Après un exposé théorique de la question, au cours duquel le rapporteur insiste spécialement sur l'intérêt considérable de l'électro-diagnostic per-opératoire, dont la généralisation doit être obtenue, la parole est donnée aux différents chirurgiens qui apportent leur statistique personnelle : MM. Delannoy et Minne (12 cas), Minne et Malaquin (20 cas), Swyngedauw, Laine, Renard et Salembier (9 cas), Decoulx et Toulemonde (25 cas), Ingelrans, Watel et Guffet (6 cas), Delannoy, Vandecasteele et Verhaegne (19 cas), Stérin [Saint-Omer] (3 cas) et Thierry [Arras] (8 cas).

Rassemblant ces divers documents, M. Vandecasteele, rapporteur, peut faire état de 73 observations, suivies avec un délai suffisant, et comportant 77 interventions, neurolyses, sutures ou greffes, qui donnent globalement 28 bons résultats et 49 échecs.

L'analyse détaillée permet d'aboutir aux conclusions suivantes :

1° *Résultats suivant la nature des interventions.* Les *sutures* ont une réelle valeur (58 pour 100 de bons résultats). Les *neurolyses* présentent encore un grand intérêt (50 pour 100 de résultats favorables). *Sur 28 greffes,* par contre, il n'est noté que des *échecs complets.* Il est à remarquer cependant que ces greffes ont été faites avec le matériel le plus varié : greffes fraîches ou conservées, greffe médullaire, greffe d'un fragment nerveux dégénéré, greffes de nerf de veau ou de chien. Cet échec constant contraste avec les résultats favorables souvent signalés et montre que des solutions techniques nouvelles doivent être recherchées.

2° *Résultats selon le délai de l'intervention.* L'intervention immédiate est de beaucoup la plus favorable et donne 78 pour 100 de succès. L'intervention précoce, de 2 jours à 1 mois après l'accident, n'aboutit plus qu'à 38 pour 100 de bons résultats. Quant aux interventions secondaires tardives, elles ne sont suivies qu'exceptionnellement de succès (10 pour 100).

3° *Résultats selon la nature du nerf.* Le radial paraît être avec le médian le meilleur nerf (64 et 61 pour 100 de bons résultats). Avec le cubital, les succès sont déjà plus rares (27 pour 100). Le sciatique et le sciatique poplité externe sont franchement mauvais dans cette statistique.

4° *Résultats suivant le siège de la lésion sur le nerf.* Plus la lésion est basse, siégeant à la partie inférieure du tronc nerveux ou sur les branches, meilleurs sont les résultats. Les lésions des plexus par contre n'ont abouti qu'à des échecs.

5° *Résultats selon le type de lésion du nerf.* Les compressions et les sections nettes peuvent autoriser un pronostic favorable. Les lésions complexes, par contre (distension, écrasement, arrachement), n'accordent que 18 pour 100 de succès.

6° *Résultats selon les lésions associées.* Les lésions artérielles, les lésions nerveuses associées assombrissent fortement le pronostic de la récupération, qui n'est par contre guère modifié par les lésions osseuses ou les sections tendineuses.

Les conclusions qui se dégagent de cette étude demeurent classiques. Ce sont les défectuosités de la technique, les conditions fâcheuses de la plaie, la tendance naturelle à la transformation fibreuse des sutures et des greffes, qui sont les grandes causes d'échec.

Pratiquement, il n'est pas question toutefois d'abandonner les blessés à leur sort. L'intervention reste indispensable. Elle sera aussi précoce que possible, et surtout elle devra scrupuleusement respecter tout nerf encore excitable dans la plaie. Ce ne sera qu'en cas d'inexcitabilité totale que la suture, de préférence à la greffe, devra être réalisée.

P. Decoulx.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE MARSEILLE

3 Juillet 1944.

Cure d'une volumineuse éventration par plaque de Nylon. — **MM. Acquaviva** et **Bourret.** M. **Dor,** rapporteur. Il s'agit d'une volumineuse éventration aponévrotique (13 *cm.* sur 5 *cm.*) médiane sus-ombilicale après gastrectomie chez un homme de 65 ans. Sous anesthésie péridurale incision cutanée dessinant un grand volet à charnière gauche, libération de quelques adhérences intrapéritonéales. Fermeture du péritoine, constitution d'un premier plan avec 2 volets aponévrotiques prélevés sur la gaine des droits. Mise en place de la plaque de Nylon entre ce plan et les muscles droits rapprochés avec difficulté de la ligne médiane ; fermeture de la peau. Suites excellentes malgré un petit hématome. Présentation du malade 1 mois 1/2 après, porteur d'un solide plastron épigastrique.

Pseudarthrose métacarpo-phalangienne du pouce. — M. **Bourret.** M. **Dor,** rapporteur. L'auteur a eu l'occasion de traiter d'urgence une plaie contuse du pouce par scie circulaire avec perte de substance osseuse métacarpo-phalangienne étendue. Arrachement du tendon fléchisseur. L'intervention de nettoyage chirurgical est suivi d'une cicatrisation rapide et d'une pseudarthrose flottante avec pouce très raccourci. Un mois après, l'auteur a fait une greffe osseuse de tibia prélevé sur un autre malade qui avait besoin également d'un greffon — entre le métacarpien et la phalange. Les suites de cette deuxième intervention sont parfaites. Le rapporteur présente le blessé et les radiographies 2 mois après. Le résultat immédiat est excellent. Le pouce est rigide et commence à s'opposer.

Perforation appendiculaire typhique. Iléostomie transcæco-valvulaire. Guérison. — **MM. Salmon** et **Raybaud.** Histoire d'une perforation de la base de l'appendice au cours de l'évolution d'une fièvre typhoïde grave. Appendicectomie. Iléostomie transcæco-valvulaire par une sonde introduite loin dans l'iléon à travers le cæcum et la valvule de Bauhin. Guérison. Les auteurs montrent les avantages de ce mode de drainage du grêle lorsqu'il est possible et insistent sur les résultats donnés chez les typhiques chirurgicaux graves par les petites transfusions de sang de même groupe prélevé sur des sujets vaccinés ou convalescents.

10 Juillet.

Contusions vasculaires oblitérantes chez les ensevelis. — **MM. L. Déjou** et **R. Barbet.** Les contusions appuyées provoquées par le poids de décombres et aussi par l'effet du souffle des bombes déterminent des lésions vasculaires graves artérielles et veineuses. La première observation est une contusion oblitérante de l'aorte abdominale avec infarctus de l'intestin grêle sans traumatisme apparent des parties molles, suivie de mort. Les 3 autres observatons sont des phlébites traumatiques et concernent des œdèmes volumineux des membres inférieurs caractérisés par leur apparition immédiate, par leur étendue à la totalité du membre depuis sa racine jusqu'aux extrémités, par l'association des troubles parétiques et paresthésiques, par l'absence des modifications de l'indice oscillométrique au cou-de-pied, par l'absence de fièvre. Il s'agit d'œdèmes d'origine complexe, mais surtout déterminés par l'oblitération des gros troncs veineux de la racine du membre. Dans un des cas, une embolie pulmonaire mortelle s'est produite au 7e jour. A la contusion veineuse peuvent s'ajouter les contusions nerveuses et musculaires. Ces dernières expliqueraient l'apparition dans un des cas d'une néphrite urémigène par résorption des produits toxiques de désintoxication.

Enfin, les troubles vaso-moteurs ne doivent pas être oubliés dans la pathogénie de ces œdèmes, bien qu'ils aient été peu marqués. L'évolution de ces phlébites est lente, peu influencée par les infiltrations lombaires.

Oliguries graves après les contusions des membres chez les ensevelis. — **MM. Déjou** et **Clerc.** Trois observations d'oligurie avec azotémie mortelle sans lésion traumatique directe de parenchyme rénal chez les victimes d'un bombardement présentant des contusions graves des membres. L'origine de ces oliguries paraît mixte, à la fois réflexe, car elles suivent immédiatement l'accident, et rénale par néphrite toxique liée à la résorption des produits de désintégration tissulaire au niveau des foyers contus.

La fréquence relative de cette complication dont il existe divers degrés de gravité mérite qu'on se mette en état de la dépister par la récolte systématique des urines de 24 heures chez les contusionnés.

Paraplégie aiguë par spondylite au cours d'une septicémie à staphylocoques (présentation de l'opérée guérie). — **MM. M. Arnaud** et **J.-E. Paillas.** C. B..., âgée de 18 ans : à 12 ans, furoncles des joues, des fesses. A 13 ans, abcès du maxillaire inférieur. A 16 ans (1942), abcès de l'amygdale. En Janvier 1943, furoncle de la racine du nez. En Février 1943, point de côté thoracique gauche puis collection pulmonaire avec réaction pleurale liquide. 26 et 27 Février 1943, deux hémocultures positives au staphylocoque doré (service Prof. Monges). 1er Mars, cyphose dorsale douloureuse et vomique discrète (staphylocoques dans les crachats). 2 Mars, abcès dorsal sous-cutané. 16 Mars, paraplégie avec cyphose accentuée (angulation rachidienne à 100° par effondrement du corps de D 5).

Mise en extension du rachis et laminectomie le 30 Mars. Décompression de D 3 et D 7, ablation de lames ostéitiques et de graisse épidurale enflammée, drainage. Amélioration rapide (dès le 8e jour). Guérison intégrale au 4e mois. Présentation au bout d'un an.

Traitement général par sulfamides et iodo-sulfamides ainsi que par injections d'anatoxine. Peu d'effet de ces thérapeutiques. L'action la plus nette est due aux transfusions suivies d'injections d'alcool (200 cm^3 de sang et 20 cm^3 d'alcool à 33 pour 100).

23 Octobre.

Intérêt de l'ankylose en légère flexion dans la résection du genou. — M. **Granjon** souligne la divergence d'opinions des traités classiques à ce sujet et montre, par quelques observations bien suivies quant aux résultats fonctionnels, le bénéfice considérable que retirent les malades qui ont subi une résection avec ankylose en légère flexion.

Présentation de l'appareil américain à transfusion de plasma. — M. **Déjou.**

13 Novembre.

Gravité et fréquence actuelle du choc traumatique. Résultats de la thérapeutique moderne. — M. **Grapez.** M. **Imbert,** rapporteur. Les conclusions de ce travail sont en faveur de la perfusion et des injections intraveineuses concentrées d'adrénaline (12 à 18 *mg.* par 24 heures à raison de 1 *mg.* par injection). Le rapporteur expose les recherches expérimentales d'Hermann qui aboutit à la conception pathogénique suivante : période primaire (2 heures environ, due à une inhibition nerveuse) ; période secondaire due à une intoxication. Il paraît donc important en clinique de ne pas effectuer trop tôt un acte chirurgical important chez un choqué. Les premières heures seront utilisées pour le traitement médical.

Diaphysectomie totale du tibia pour ostéomyélite. — M. **Roudil.**

20 Novembre.

Occlusion aiguë et infiltration splanchnique. — **MM. R. Imbert** et **E. Henry** apportent 2 observations d'occlusions aiguës qui cèdèrent à l'infiltration splanchnique. Ils rappellent les travaux de Leriche, de Fiolle et de Servelle qui permettent de penser que les dilatations segmentaires de l'occlusion sont vraisemblablement un phénomène actif beaucoup plus que d'inhibition. Le sympathique, agent de dilatation intestinale, est paralysé par l'infiltration splanchnique. Cette dernière constitue un auxiliaire précieux au même titre que la sonde de Wangensteen.

Incontinence d'urine et « spina bifida occulta ». — M. **J. Cottalorda.** C'est le premier cas de cette coïncidence rencontrée par l'auteur. Aucune thérapeutique n'ayant agi et aucune cause locale n'étant décelée, laminectomie avec résection d'une lame fibreuse péri-dure-mérienne. Résultat parfait pendant 25 jours, mais qui actuellement s'avère incomplet.

27 Novembre.

Appareillage plâtré des fractures de cuisse permettant le transport sans interruption de l'extension. — **MM. L. Déjou** et **M. Casile.** L'association de l'appareillage plâtré en position favorable du membre avec l'extension continue est une solution simple du problème que pose actuellement la nécessité de transport des blessés dans les abris durant les alertes, ou de l'évacuation inopinée dans une zone de sécurité. Lorsqu'on ne possède pas le système d'attelle spéciale (attelles métalliques d'extension combinée à l'appareil plâtré pelvi-cruro-jambier pour le traitement des fractures de cuisse permettant les évacuations lointaines : Déjou et Palos, *Médecine Tropicale,* 1941, n° 4), le mieux est d'avoir recours au procédé dont les principes sont les suivants :

1° Traction par broche trans-osseuse.

2° Apppareillage plâtré pelvi-cruro-jambier de soutien en flexion et abduction de la cuisse à 45°, flexion de la jambe à 90°.

3° Lorsque le blessé est dans le lit l'extension est exercée par des poids soutenus par un cadre, la contre-extension est demandée surtout au poids du corps, grâce à la forte déclivité des pieds du lit et aux zones d'appui de l'abdomen. Pour le transport, on fixe l'étrier de traction à la partie transversale d'une courte attelle de fer rond dont les branches ont été noyées dans la partie crurale du plâtre.

Deux cas de plaies associées de la veine iliaque externe et de l'intestin. — **MM. Déjou** et **Barbet** insistent, observations à l'appui, sur la nécessité de « prévoir » avant l'intervention la possibilité d'une plaie des gros vaisseaux rétro-péritonéaux. Ce diagnostic sera basé sur l'examen clinique et surtout sur le trajet du projectile repéré à la radio s'il est resté inclus. Cela permettra d'utiliser une voie d'abord convenable pour traiter facilement la lésion vasculaire.

Néo du rectum. Exérèse du rectum et de l'utérus par voie abdomino-sacrée (présentation de la malade). — **MM. Giraud** et **Dalmas.**

J. Lamy.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET BIOLOGIQUES DE MONTPELLIER ET DU LANGUEDOC MÉDITERRANÉEN

(*Section de Chirurgie*)

16 Février 1945.

Les fausses appendicites d'origine ascaridienne. — **MM. Bétoulières** et **Patounas.** Trois malades présentant des manifestations digestives à allure d'appendicite aiguë à forme toxique. L'appendice est microscopiquement à peu près sain et l'exploration du grêle permet de découvrir un parasitisme intestinal (Ascaris) dont le traitement assure la guérison complète.

Kyste hydatique du foie ouvert dans les voies biliaires. Marsupialisation. Guérison rapide. — M. **R. Joyeux.** La marsupialisation du kyste du volume d'une tête de fœtus amena la guérison totale et définitive en un mois et demi.

Scotome hémianopsique homonyme paracentral par blessure de la région du pôle occipital. — MM. **Dejean** et **Laporte.** Homme qui, à la suite d'un enfoncement de l'écaille de l'occipital, a présenté un petit scotome homonyme gauche, situé tout près du point de fixation, sans modification de l'acuité visuelle ; ainsi, la région polaire occipitale serait non seulement le lieu de projection des fibres maculaires, mais également celui d'une petite zone paracentrale du champ visuel.

Résultats de quinze années de radiothérapie du cancer du col de l'utérus à la clinique Curie. — MM. **Lamarque, Roux, Bétoulières.** En 15 ans, 616 malades ont été soignées. Si l'on considère l'ensemble des cas, le total des guérisons après 5 ans n'est que de 16 pour 100. Il est de 47 pour 100 pour les cas opérables.

Urétérectomie totale pour papillomatose de l'uretère restant après néphrectomie. — MM. **Truc, Coste, Costécalde, Bringer.** — Hématurique avec polype vésical; l'urographie veineuse et l'urétérographie rétrograde décèlent une polypose pyélo-urétérale. Néphrectomies puis urétérectomie totale (uretère intra-mural compris). Nécessité de l'urographie veineuse dans les polyposes vésicales et de l'urétérectomie totale dans la polypose urétéropyélique.

Traitement de la luxation congénitale de la hanche avant la marche. — MM. **Etienne** et **Lescure.** Enfant atteint de luxation congénitale bilatérale de la hanche diagnostiquée à l'âge de 3 semaines. Traitement immédiat par la mise en abduction, extension et rotation interne. Excellent résultat.

Rupture de grossesse interstitielle avec inondation péritonéale. — MM. **Massabuau, Courty, Godlewsky, Campo.** Grossesse dans le segment interstitiel de la trompe (annexectomie pratiquée 8 ans auparavant pour grossesse tubaire homolatérale). Rupture avec inondation péritonéale. Nécessité de la résection cunéiforme de la corne utérine et d'une péritonisation soigneuse lors des annexectomies.

Présentation d'une fracture mandibulaire double chez un enfant en cours de traitement. — MM. **L. Houpert** et **P. Belvèze.** Avantage des tunnels transdentinaires extra-pulpaires comme points d'appui des fils de ligature dans les fractures de la mandibule chez les enfants.

Le traitement du syndrome pâleur-hyperthermie par injections de novocaïne dans la fontanelle. — MM. **Etienne, Lapeyre** et **Cambo.**

A. Puech.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

22 Novembre 1944.

Maladie de Basedow et hypertrophie lacrymale. — MM. **Michon, Herbeuval, Ch. Henry** et **Lesure** présentent une malade de 30 ans atteinte d'une maladie de Basedow avec hypertrophie des glandes lacrymales et une tuméfaction prétragienne à gauche. Ils éliminent cliniquement une dacryoadénite chronique dans l'hyperthyroïdisme et pensent sans l'affirmer à un syndrome de Mikulicz. Ils soulèvent la question de savoir, comme des auteurs l'ont vu dans certains troubles du sympathique, la cause du syndrome de Mikulicz s'il n'y a pas de cause à effet entre la maladie de Basedow et l'hypertrophie des glandes lacrymales.

Corps étranger exceptionnel bronchique. — MM. **P. Aubriot** et **G. Henry.** Un aliéné a l'habitude de déglutir de nombreux objets. Il est examiné parce qu'il introduit dans sa trachée une énorme réglette de métal, mesurant 9 cm. de long avec une section de 1 cm. de côté. L'objet s'est introduit dans la bronche droite tandis que l'extrémité supérieure affleure le carrefour bronchique.

L'extraction fut extrêmement facile grâce à un procédé original des auteurs. Il a suffi de faire basculer le malade pour que le corps étranger glisse vers le cavum.

Erythroblastose aiguë. — MM. **Drouet, Herbeuval, Faivre** et **J. Simonin.** Un homme de 40 ans est vu pour hémopathie grave. Cliniquement : syndrome hémorragique, splénomégalie et hépatomégalie discrète. Pas d'angine ni adénopathie. Douleurs dorsales. Pas de néoplasme ni ostéomyélose visibles. G. R. 1.140.000 avec anisocytose, polychromatophilie, hématies nucléées 42 pour 100 de G. B. Il y a 4.400 de ceux-ci avec de rares formes jeunes. Myélogramme riche. Hépatogramme. Erythroblastose diffuse et importante. Evolution rapidement fatale. Autopsie. Macroscopiquement prostate normale, histologiquement épithélioma. Pas de métastases du néoplasme. Rate et foie farcis d'érythroblastes et de quelques éléments myéloïdes.

Néoplasme pulmonaire d'emblée suppuré. — MM. **Pierquin** et **Herbeuval.** Un malade présente après un épisode pulmonaire subaigu un syndrome de suppuration important. Evolution extrêmement rapide. Constitution d'une maladie de Pierre Marie. L'autopsie montre une importante tumeur excavée et infectée. Il s'agit d'un épithélioma à petites cellules.

Ostéomyélose métastatique diffuse. — MM. **Abel, Michon, Briquel** et **Lochard.** Cette carcinomatose miliaire du squelette, prédominante au bassin, mais étendue jusqu'au crâne, est survenue chez une jeune femme après ablation d'un épithélioma mammaire. L'évolution, probablement enrayée par la radiothérapie, notamment télérœntgenthérapie, se chiffre maintenant par près de 4 ans depuis les premières douleurs osseuses, et se poursuit.

L'hémogramme n'a jamais montré qu'une anémie relativement modérée par rapport à la diffusion des lésions (3.150.000 hématies au minimum). Il n'y a pas de globules rouges nucléés. Cette anomalie par rapport aux cas précédemment publiés s'explique par le médullogramme, qui montre la disparition presque totale des séries granuleuses, lymphoïde et érythroblastique. Il permet en outre de trancher sans nul doute possible le diagnostic différentel avec le myélome ; car les éléments sont à peu près uniquement constitués de cellules atypiques à caractère glandulaire.

Ostéomyélose diffuse métastatique au cours d'un cancer prostatique. — M. **Herbeuval.** Cas similaire au précédent. Anémie intense 1.750.000. Pas de modifications morphologiques. Légère leucocytose. Le myélogramme peut rester normal, au cours des ostéomyéloses diffuses, surtout s'il est pratiqué en zone non métastatique. Le traitement radiothérapique (méthode de Mallet) a donné un bon résultat qui persiste depuis deux ans.

20 Décembre.

A propos des résultats éloignés de 3 cas de résection dans l'ostéomyélite aiguë. — M. **J. Guibal.** Cette méthode sur l'intérêt de laquelle insiste l'auteur lui permet avec le recul de conclure : 1° que la résection primitive donne des résultats immédiat et tardif excellents ; 2° que la résection moins précoce donne également de bons résultats ; 3° la résection secondaire précoce a permis dans un cas particulièrement grave d'obtenir un résultat satisfaisant.

Dans les ostéomyélites du péroné et des petits os comme les métacarpiens la résection peut être préconisée systématiquement.

Le traitement radiothérapique des tumeurs osseuses généralisées. — M. **P. Jacob.** Il s'agit des myélomes et des métastases osseuses multiples. La technique utilisée est celle préconisée par Mallet, en 1936 : à savoir la radiothérapie segmentaire étendue ou la télérœntgenthérapie totale. La dose est relativement très faible. Les résultats sont excellents et l'auteur rapporte de très belles observations particulièrement convaincantes. Les survies obtenues dépassent 4 ans. L'innocuité et la facilité du traitement sont remarquables.

Hémorragies du corps vitré, cataracte pathologique, myopathie de caractère familiale. — MM. **Ch. Thomas, Michon, Herbeuval, Faivre** et **Ch. Henry.** Chez un homme de 29 ans se sont développées une myopathie distale prédominant aux membres supérieurs et une cataracte bilatérale ; enfin sont apparues depuis 6 mois des hémorragies du vitré. L'association des deux premiers symptômes est familiale et héréditaire, et elle suit les caractères mendéliens dominants.

A cet ensemble sont associés de la calvitie, de la chute des dents et de l'acrocyanose. Le syndrome hémorragies du vitré paraît secondaire à une importante hypothyroïdie.

R. Herbeuval.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE, CHIRURGIE ET PHARMACIE DE TOULOUSE

Janvier 1945.

De la résection du segment postérieur de la cloison nasale dans l'éradication des fibromes nasopharyngiens, son intérêt et ses indications. — MM. **M. Escat** et **Bonnefont,** après avoir montré les divergences de vue existant entre les opérateurs quant au choix de la voie d'accès dans l'éradication des fibromes naso-pharyngiens, concluent qu'aucune des voies classiques n'est susceptible de convenir à tous les cas. Ils considèrent que chacune d'elles a ses indications, celles-ci étant dictées par l'évolution anatomique de la tumeur : la voie pharyngée (simple ou associée à la staphylotomie) gardant ses indications dans les formes pharyngées pures, la voie antérieure, transfaciale ou sous-labiale, dans les formes nasales pures. Par contre, dans les formes mixtes à évolution à la fois nasale et pharyngée, aucune de ces voies n'offre la garantie d'une éradication complète de la tumeur, celle-ci, en effet, étant constituée par une tumeur en bissac, comprenant une masse pharyngée et une masse nasale séparées par un rétrécissement correspondant à l'orifice choanal, orifice formé par un cadre osseux étroit et particulièrement résistant.

C'est dans ces cas, les plus nombreux lorsque les fibromes sont vus à un stade avancé, que l'élargissement de l'orifice choanal par la résection du segment postérieur de la cloison vomérienne est appelée à rendre les plus grands services. Cet élargissement ne constitue bien entendu, que le complément de la voie d'accès antérieure, transfaciale ou sous-labiale ; il présente le grand avantage, en permettant une prise plus postérieure, de rendre possible l'accouchement de la masse pharyngée à travers la choane.

Ce procédé opératoire, bien que signalé par Laurens, Lemaître et Hautant, ne leur paraissant pas avoir suffisamment attiré l'attention des rhinologistes et 1 cas récent les ayant convaincus de son excellence, les auteurs ont estimé utile d'insister sur son intérêt.

L'apport de la radiologie dans le diagnostic des pleurésies axillaires enkystées d'évolution subaiguë. — MM. **J. Tapie, Prouzet** et **Escande.** Les pleurésies axillaires enkystées subaiguës ne sont que des épanchements de la grande cavité pleurale localisés dans la région pariétale externe évoluant à bas bruit.

Dans les 6 observations rapportées par les auteurs l'affection a été décelée par l'examen radiologique chez des sujets qui avaient antérieurement présenté, dans une période allant de 6 mois à 1 an, une pleurésie sérofibrineuse de la grande cavité du même côté ou du côté opposé. Chez un malade cependant l'épanchement initial avait précédé de 6 ans la constatation de la pleurésie axillaire. Toutes les radiographies prises avant la constitution de la collection marginale ont montré l'existence de séquelles pleurales importantes.

L'image radiologique n'a aucun caractère pathognomonique ; aussi la notion d'existence d'une pleurésie libre dans les antécédents est de très grande valeur et permet souvent, en l'absence de la ponction exploratrice, de poser le diagnostic.

Un cas d'encéphalite post-vaccinale mortelle. — MM. **Giacardy, Thillard** et **Peyou** (Tarbes). Enfant de 12 ans, en bonne santé. Primo-vaccination anti-variolique au cours d'une séance publique (32 enfants vaccinés avec la même lymphe). Au 12e jour, syndrome infectieux, agitation, délire, puis coma sans signes méningés cliniques, mort après 3 jours. Liquide céphalo-rachidien : albumine, 0,40 ; glucose, 0,80 ; cytologie 150 cellules, lymphocytes polynucléaires, cellules monocytoïdes en proportion égale. En somme, cas typique mais signalé en raison de sa rareté en France.

Hernie inguinale vésico-pubienne. — MM. **Tourneux** et **Dubau** ont eu l'occasion d'observer un cas de hernie vésico-pubienne, variété rare des hernies inguinales.

Il s'agissait d'un Sénégalais de 22 ans, chez lequel au cours d'une cure de hernie, on constata après ouverture du canal inguinal la présence d'un sac volumineux très graisseux, complètement indépendant du cordon et qui répondait à la fossette inguinale de Tillaux, situé entre le cordon fibreux de l'artère ombilicale et l'ouraque.

La hernie siégeant ainsi au-dessus de l'orifice interne du canal était constituée uniquement par une cystocèle qui fut aisément refoulée. Il existait au niveau de la paroi postérieure du canal inguinal une sorte de perte de substance d'aspect ovalaire qui fut comblée par l'adossement du ligament de Henle au bord externe du muscle grand droit.

Sur la pathogénie des hernies inguinales interpariétales. — M. **Tourneux,** après avoir rappelé le mode d'oblitération du conduit vagino-péritonéal, montre l'existence fréquente de diverticules congénitaux, propéritonéaux, interstitiels et superficiels, qui constituent autant d'amorces pour ces variétés rares des hernies inguinales. L'auteur ne pense pas en effet que l'on puisse admettre pour ces dernières une origine acquise quelconque : le diverticule interpariétal, interstitiel ou sous-cutané ne peut provenir de la distension de la paroi latérale d'un sac sous la poussée d'un intestin gêné dans sa progression scrotale, il est au contraire toujours préformé.

La fréquence des hernies interpariétales dans le jeune âge, leur apparition brusque et soudaine, la présence de fibres musculaires lisses dans la paroi du sac, l'atrophie du bord inférieur des muscles petit, oblique et transverse et la fréquence de la coexistence d'anomalies testiculaires et scrotales constituent des faits qui militent en faveur de cette origine congénitale.

Pneumothorax artificiel et laryngite tuberculeuse. — MM. **Bounhoure** et **Viela.**

Accidents survenus à la suite d'injection de sérum purifié. — M. **Lestrade.**

J.-P. Tourneux.

PETITES CLINIQUES DE "LA PRESSE MÉDICALE"

N° 673.

Anémie grave et syphilis acquise

Par Jean Olmer,
Médecin des Hôpitaux de Marseille.

La syphilis acquise — en dehors de certaines syphilis secondaires malignes — paraît intervenir si rarement dans la production d'une anémie grave de type pernicieux que cette étiologie est niée par certains auteurs. Il semble cependant qu'il faille admettre l'existence d'une anémie grave syphilitique tertiaire dont une observation personnelle nous permettra de discuter les caractères.

Mme Ant... (Gracieuse), âgée de 62 ans, est hospitalisée pour une asthénie extrêmement marquée s'accompagnant de diarrhée, de douleurs abdominales et de fièvre. Le début de ses troubles paraît remonter à quatre mois environ et leur caractère s'est maintenu depuis sans grand changement : température entre 38 et 39°, selles fétides, décolorées, mêlées de glaires et de fausses membranes, parfois de sang, au nombre de 8 à 10 par jour, cette diarrhée étant entrecoupée de périodes de constipation pendant lesquelles existe un ballonnement abdominal marqué. Depuis l'apparition de ces symptômes, la malade a perdu 20 kg.

Dans ses *antécédents* nous ne pouvons retenir qu'une fièvre typhoïde à 16 ans et un avortement sans complications. Cette femme a 3 enfants en bonne santé et 1 enfant mort peu après sa naissance.

A *l'examen* on se trouve en présence d'une femme pâle et amaigrie. La langue est saburrale mais non dépapillée. L'abdomen est ballonné, on n'y décèle par la palpation aucune masse, aucun point douloureux. Le foie déborde d'un travers de doigt le rebord des fausses côtes, il est indolore. La rate est normalement percutable. L'examen ne révèle qu'une submatité légère du sommet droit. Au cœur on constate un léger souffle systolique de la pointe se propageant vers l'aisselle et le sternum. La tension artérielle est de 9×4. Les réflexes tendineux sont diminués mais existent : les pupilles sont égales, régulières et réagissent bien.

Le toucher génital est normal ainsi que le toucher rectal. Dès l'entrée, un examen hématologique pratiqué confirme l'existence d'une anémie grave : 1.500.000 G. R., avec anisocytose et poïkilocytose, taux d'hémoglobine 40 pour 100, valeur globulaire, 1,3 — G. B. 2.100 — dont polynucléaires neutrophiles 67 pour 100, éosinophiles 5 pour 100, lymphocytes 26 pour 100, monocytes 2 pour 100, plaquettes 130.000. On ne découvre pas sur les frottis de sang d'hématies nucléées.

En présence de cette anémie grave hyperchrome avec des troubles intestinaux importants, divers examens complémentaires s'imposaient. Pendant qu'on les pratiquait, et avant même d'en connaître le résultat, on soumet cette malade à l'hépatothérapie parentérale, en même temps qu'on lui administre du bismuth et du charbon pour corriger ses troubles intestinaux.

Après dix jours de ce traitement, la malade va nettement mieux du point de vue intestinal, mais son anémie n'est nullement modifiée : 1.600.000 globules rouges avec 40 pour 100 d'hémoglobine, 5.000 globules blancs, dont 70 polynucléaires neutrophiles, 2 éosinophiles, 23 lymphocytes, 5 monocytes.

Cependant, des examens plus complets avaient été pratiqués pendant ce temps. Ils fournissaient les renseignements suivants :

Dans les urines, ni sucre, ni albumine. Dans les selles, nombreux cristaux d'acides gras, nombreuses fibres musculaires intactes, pas de cellulose, pas de pus, pas de sang, pas de parasites. Azotémie, 0,38 ; bilirubinémie, 20 mg. Wassermann et Hecht fortement positifs (+ + +) ; ponction sternale ; 56 polynucléaires dont 1 éosinophile, 7 métamyélocytes, 4 myélocytes, 18 lymphocytes, 3 monocytes, 13 hématies nucléées (normoblastes), 12 cellules indifférenciées.

Le tubage gastrique après histamine donne : HCl libre ; après cinq minutes : 0 ; après quinze minutes : 0,22 ; après trente minutes : 0,59 ; après quarante-cinq minutes : 1,82. Le tubage duodénal n'offre rien de particulier : il n'y a pas de parasites.

Sur les radiographies en séries, l'estomac, remarquablement allongé, a des contours souples, sans accidents ; le bulbe ne présente pas d'anomalies ; il existe un dolichocôlon.

En possession de ces divers renseignements, nous pouvions discuter l'étiologie de l'anémie grave présentée par notre malade.

S'agissait-il d'une *maladie de Biermer* ? On devait y penser en présence d'une anémie hyperchrome s'accompagnant de troubles digestifs importants. Cependant, ce diagnostic ne pouvait être retenu en raison de l'absence de modifications de la langue (saburrale mais non dépapillée), du gros amaigrissement présenté par la malade, de l'aspect de la formule sanguine, et surtout en raison de trois arguments essentiels : absence de mégaloblastes sur les frottis, présence d'acide chlorhydrique libre dans le liquide gastrique après histamine, échec de l'hépatothérapie parentérale.

L'hypothèse d'une *anémie cancéreuse* à laquelle l'âge de la malade et l'importance des troubles intestinaux auraient pu faire penser pouvait également être éliminée par le tubage, l'examen des selles et surtout les radiographies digestives.

Nous devions alors discuter la signification d'un renseignement qui nous était fourni : la forte positivité des réactions sérologiques de la syphilis de notre malade. Certes, *a priori*, la constatation d'une réaction de Wassermann positive ne doit nullement permettre de conclure à l'origine syphilitique d'une anémie grave : il peut, en effet, s'agir d'une anémie chez un syphilitique mais ne relevant pas de cette étiologie, ou bien de réactions anormales liées à des modifications du sérum chez ces malades. Cependant, en l'absence d'autres causes décelables, des réactions sérologiques franchement positives doivent faire soupçonner l'origine syphilitique d'une anémie : si cette hypothèse se trouve exacte, elle reçoit sa confirmation dans les résultats rapides du traitement d'épreuve ; encore, pour que celui-ci ait toute sa valeur vaut-il mieux ne pas employer les arsénicaux dont l'action anti-anémique est bien connue en dehors de toute syphilis. C'est pourquoi nous avons soumis cette malade à des injections intraveineuses de cyanure de mercure, cependant que nous supprimions complètement l'hépatothérapie. On fait ainsi 20 injections de 1 cg. de ce produit et, parallèlement, on constate une amélioration très nette de l'état général et un retour des examens sanguins à la normale ; un mois après la première injection, les globules rouges atteignent 3.930.000 avec 75 pour 100 d'hémoglobine et, quinze jours plus tard, on compte 4.660.000 globules rouges avec 75 pour 100 d'hémoglobine, 6.000 globules blancs avec 83 polynucléaires neutrophiles, 15 lymphocytes et 2 monocytes. La malade s'estimant guérie décide alors de rentrer chez elle. Nous lui conseillons vivement de faire continuer son traitement, mais elle le cesse complètement et nous ne la revoyons que sept mois après dans un état très grave avec 1.270.000 globules rouges, des troubles digestifs identiques à ceux observés au début mais sans que l'examen clinique ou les recherches complémentaires fournissent de nouveaux éléments ; le Wassermann et le Hecht restent très fortement positifs. On reprend alors le traitement mercuriel, mais malgré l'association de transfusions et d'injections de Campolon, la malade succombe en quelques jours dans le collapsus.

L'autopsie n'a pu être pratiquée.

Cette observation nous paraît fournir un exemple d'anémie grave liée à la syphilis tertiaire et nous permet de fixer les critères qui permettent de retenir une pareille étiologie.

Nous pensons que l'on doit à cet égard se montrer exigeant : il n'est nullement question de considérer comme syphilitique toute anémie survenant chez un sujet qui a un Wassermann positif. Mais si, après un examen clinique soigneux complété par des radiographies et les recherches de laboratoires nécessaires, on ne décèle aucune autre étiologie, si on se trouve en présence d'une anémie hyperchrome où ni dans le sang, ni dans la moelle osseuse on ne peut mettre en évidence de mégaloblastes, qui s'accompagne d'acide chlorhydrique libre dans l'estomac et dans laquelle on constate une réaction de Wassermann et de Hecht fortement positives, on est en droit de soupçonner la syphilis. Si alors, sous l'influence du seul traitement spécifique (mercuriel ou bismuthique plutôt qu'arsénical), on voit se réparer rapidement l'anémie, il semble qu'on peut alors affirmer l'étiologie syphilitique d'un tel cas. Certes ces faits paraissent exceptionnels ; ce n'est pas une raison pour les méconnaître. Peut-on par le traitement obtenir une guérison complète ? Certains auteurs estiment qu'il n'a que des effets transitoires. Chez notre malade cette opinion paraît peut mettre en évidence de mégaloblastes, qui s'est montrée au-dessus des ressources de la thérapeutique. Mais il faut souligner qu'elle avait, malgré nos conseils, complètement négligé pendant sept mois de poursuivre ses piqûres. On peut donc espérer des résultats brillants et durables lorsqu'on aura à bon escient posé le diagnostic d'anémie grave syphilitique et qu'on aura conduit correctement son traitement [1].

1. Cette question pose d'autres problèmes intéressants qui ne trouvent pas leur place ici, on les trouvera dans la thès de Gaubouste (Marseille, 1942).

La Pharmacologie des Rumex ou Patiences

(*Rumex patienta* L., *R. crispus* L., *R. obtusifolius* L., *R. hydrolapathum* Huds.)

Les plantes du genre *Rumex* portaient, inscrit sur les pots à canon et sur les chevrettes des officines du moyen âge, le nom de *Lapathium* qui fut l'origine de leur vocable populaire *La Patience* ; ce nom était lui-même une corruption du mot *Lapathum* dérivé du verbe λαπαζειν relâcher : c'est, en effet, comme laxatifs que les Rumex étaient surtout employés par les Grecs et par les Latins. Les recherches modernes des chimistes nous montrent que leur réputation n'avait rien que de justifié : il appert des analyses de Béal et Okey, du Prof. E. Maurin, de Tschirsch et Weil, de Murayama et Itagaki que leur racine, traitée par l'alcool, lui cède des glucosides générateurs d'émodine et d'acide chrysophanique identiques à ceux qu'on extrait du Cascara. Ces principes y sont associés à des proportions élevées d'un composé organique ferrugineux dans lequel on a pu mettre en évidence du phosphore, mais dont la constitution chimique n'est pas encore élucidée. D'après M. Saget, la quantité de ce composé, particulièrement abondant dans les *Rumex crispus* et *obtusifolius*, peut augmenter considérablement lorsqu'on arrose le sol où croissent ces plantes au moyen de solution de carbonate de fer : c'est ainsi que 100 *g.* de racine peuvent fournir 510 m*g.* de fer en terrain humide, 360 en terrain sec.

C'est en se basant sur la présence de ce fer végétal qu'en 1906 MM. Gilbert et Lereboullet ont soumis à l'expérimentation clinique la poudre de *Rumex crispus* pour augmenter la ration martiale alimentaire. Ce médicament leur a fourni des résultats favorables dans le traitement de la chlorose et de la chloro-anémie tuberculeuse en améliorant l'état général et en déterminant l'augmentatioon du poids des malades chez lesquels on constatait, en outre, l'accroissement du nombre des hématies et du taux de l'hémoglobine. Tissier en obtint également de bons effets dans les anémies de toute sorte qu'on observe si souvent dans les régions tropicales. La médication avait l'avantage d'être bien supportée par les voies digestives, l'association des glucosides générateurs de dérivés anthracéniques et d'acide chrysophanique au principe ferrugineux organique s'opposant à la constipation qu'entraîne habituellement l'ingestion du fer (Jumeau).

Il m'a paru intéressant de rappeler ces notions aux praticiens qui trouveront dans la racine des différentes variétés de Rumex d'utiles auxiliaires dans les cas justiciables d'une médication à la fois tonique et laxative. Délaissant la classique décoction dont la saveur amère et styptique fait un breuvage à peine potable, ils donneront la préférence soit à l'extrait qui, à la dose quotidienne de 0,50 à 2 *g.*, se comporte comme un laxatif analogue au Cascara, soit à la poudre qui, administrée sous forme de cachets de 0,50 à la dose de 3 à 6 par jour avant les repas, se montre d'une réelle efficacité pour enrichir, quantitativement et qualitativement, le sang de leurs malades sans les exposer aux troubles digestifs que déclenche si fréquemment la médication martiale.

Henri Leclerc.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

PUBLIÉES PAR LES SOINS DE L. ROUQUÈS

La valeur des infiltrations du sympathique dans le traitement du prurit vulvaire

C. Cotte et G. Guillemin viennent d'insister, dans le *Sud Médical et Chirurgical* du 30 Mai 1944, sur la valeur des infiltrations du sympathique pelvien dans le traitement des prurits vulvaires, en particulier après échec des autres thérapeutiques.

Ces auteurs rapportent l'histoire d'une malade de 78 ans déjà traitée neuf ans auparavant pour un prurit rebelle par une vulvectomie antérieure avec section des nerfs honteux internes. Cette intervention avait entraîné une guérison complète qui se maintint pendant huit ans.

Au bout de ce temps, le prurit réapparut, d'abord localisé à la région anale, il gagna à nouveau tout le périnée et reprit son acuité antérieure. L'autohémothérapie, la splénothérapie se montrèrent inefficaces. Cependant l'examen général était négatif ; les urines ne contenaient ni sucre, ni albuminurie ; la radiographie du bassin était normale.

Cotte et Guillemin décidèrent d'utiliser la folliculine, dont on connaît l'action trophique sur les muqueuses génitales ainsi que sur la peau de la région périnéale et d'agir sur le sympathique.

Ils commencèrent par inclure, au voisinage de la région vulvaire, 2 comprimés de dipropionate d'œstradiol de 10 à 20 *cg*. Puis, sans attendre les effets de cette première thérapeutique, ils pratiquèrent des infiltrations sympathiques. Le vagin étant, chez cette malade, trop rétracté pour permettre une infiltration au niveau des ligaments utéro-sacrés, on eut recours à des infiltrations de l'espace rétro-rectal.

En trois semaines, la malade reçut 4 de ces infiltrations de 700, 1.500, 1.000, 1.300 cm^3, chacune étant composée de sérum isotonique tiède et de 20 cm^3 de novocaïne à 1 pour 100.

Dès la deuxième infiltration, le prurit s'atténua pour disparaître après la quatrième. L'état local fut également transformé, la peau s'étant complètement désinfiltrée. Une pollakiurie, qui s'était installée en même temps que le prurit, disparut avec lui.

Les mêmes résultats ont été obtenus dans deux autres cas analogues. Un troisième fut un échec ; le prurit fut cependant guéri ultérieurement par l'infiltration du nerf honteux et de la petite lèvre du côté droit. Chez une quatrième malade, psychopathe avérée, par contre, le traitement échoua et la résection du nerf présacré se montra également inefficace.

Cotte et Guillemin considèrent qu'actuellement il n'y a plus lieu de pratiquer, pour les prurits vulvaires, la résection du sympathique pelvien ou les nerfs honteux internes. En dehors de l'existence de lésions intra-pelviennes susceptibles d'entretenir le prurit, là où une infiltration correcte n'a pas réussi à amener de résultat, il est inutile de pratiquer une intervention.

Dans la majorité des cas, il faut recourir à l'infiltration du sympathique pelvien, qui permet d'intervenir indirectement sur les plexus hypogastriques et mésentérique inférieur. L'infiltration dans l'espace rétro-rectal permet d'agir, elle, sur le sympathique sacré d'où émanent les filets qui entrent dans la constitution des nerfs honteux internes. Mais les dimensions de l'espace décollable rétrorectal nécessitent l'emploi de doses de sérum cocaïné beaucoup plus grandes pour dilacérer les rameaux sur lesquels on se propose d'agir.

Il est bon d'ajouter à ce traitement la folliculinothérapie qui assure la régénération des muqueuses génitales et favorise la régression des lésions cutanées. D'une manière générale, il faut donner des doses fortes et prolongées. Chez la malade dont nous avons cité l'observation, les auteurs ont eu recours à l'implantation de comprimés de dipropionate d'œstradiol. Ils ne sont pas encore fixés sur les avantages réels de cette méthode.

Leur malade a été guérie, mais plus lentement que la première fois où l'opération avait supprimé immédiatement et radicalement tous les troubles. Ce traitement très simple n'en est pas moins remarquable, surtout en raison de l'âge de la malade qui rendait bien difficile une laparotomie pour section du nerf présacré.

A. Ravina.

La teinture de Crataegus à haute dose dans le traitement de l'hypertension artérielle

Après avoir connu une certaine vogue à la suite des travaux de Huchard, de Leclerc et de Rénon, la teinture de crataegus a été généralement négligée. Vaquez [1], par exemple, ne la cite que pour mémoire, estimant qu'au point de vue expérimental elle n'a pas fait l'objet d'études sérieuses et qu'au point de vue clinique son action paraît assez illusoire. R. Hazard [2] écrit que c'est « un tonicardiaque de second ou de troisième plan qui exercerait une action sédative sur le système nerveux intracardiaque. On l'administre dans les périodes interdigitaliques sous la forme d'extrait fluide à la dose de III à V gouttes, 4 à 5 fois par jour, de teinture (Codex, 1923), à la dose de XX gouttes 2 fois par jour ».

Le peu d'activité de la teinture de crataegus comme tonicardiaque ne paraît pas tenir à l'insuffisance des doses classiques ; Graham l'a utilisée dans 2 cas d'asystolie au cours du rétrécissement mitral à doses massives : 15 *g.* toutes les six heures pendant dix jours, soit une dose totale de 600 *g.* ; il n'obtint aucun résultat alors que la digitaline faisait nettement rétrocéder l'insuffisance cardiaque. Graham fut plus heureux chez les hypertendus : avec une dose quotidienne de 5 *g.* 50 pendant dix jours il a noté une baisse tensionnelle de 4 à 8 *cm.* de mercure, persistant dix à quatorze jours après la fin du traitement ; aucun incident ne fut relevé.

P. Combemale, Legrand, Patoir et Desruelles [3], s'inspirant des travaux de Graham ont essayé le crataegus dans l'hypertension, après une étude expérimentale chez le chien. Aux malades externes, ils ont prescrit des doses journalières variant entre 3 fois LX gouttes (un peu plus de 3 *g.*) et 3 fois CXX gouttes (un peu plus de 6 *g.*) ; en règle générale, le traitement devait être suivi pendant quinze jours, mais dans quelques cas il a été prolongé pendant plusieurs semaines ; les auteurs ont associé au crataegus une petite dose de strophantus pour éviter les phénomènes de décompensation cardiaque éventuellement provoqués par une chute brusque de la tension. Les sujets hospitalisés ont reçu pendant huit jours une dose de 3 *g.* de teinture ; certains ont pris des doses quotidiennes de 6 *g.* sans obtenir de résultats très supérieurs. Les résultats ont été bons puisque dans la plupart des cas la tension a baissé de façon notable (2 à 11 *cm.* de mercure) ; la chute de tension a été d'autant plus importante que la tension initiale était plus élevée ; chez les sujets normaux et les hypertendus légers, la teinture de crataegus n'a que peu d'effets, même à très hautes doses. On n'a observé aucun signe d'accumulation et le produit s'est montré dépourvu de toute toxicité. L'action hypotensive a persisté en général une douzaine de jours après la fin du traitement ; dans quelques cas, elle a duré plus de vingt jours.

P. Combemale conclut que, non toxique et possédant une action hypotensive non négligeable, la teinture de crataegus à hautes doses mérite de figurer en bonne place dans le traitement de l'hypertension.

Lucien Rouquès.

1. H. Vaquez : *Médicaments et médications cardiaques* (*Baillère*, éditeur), Paris, 1923.
2. R. Hazard : *Pratique médico-chirurgicale*, 3e édition (*Masson et Cie*, éditeurs), Paris, 1931.
3. P. Combemale, R. Legrand, A. Patoir et J. Desruelles : Traitement de l'hypertension artérielle par la teinture de crataegus à haute dose. *Paris Médical*, 1944, an 34, 211-213.

Sur une médication de remplacement du Bismuth en gastro-entérologie

L'extrême rareté actuelle du bismuth incite les médecins à rechercher les médications de remplacement. Mais déjà depuis plusieurs années son prix élevé interdisait souvent en clientèle l'emploi de ce produit, surtout à fortes doses prises pendant longtemps, comme l'avait codifié notre Maître, M. Bensaude ; il est à craindre qu'il en soit encore ainsi pendant quelques années de l'après-guerre.

Dans un article récent dans *La Presse Médicale*, MM. Deschiens et Decourt ont décrit les bons résultats qu'ils ont obtenus par l'association de kaolin et de ferments lactiques. Il nous paraît intéressant d'apporter de notre côté les résultats que nous a donnés en pathologie gastro-intestinale le Kieselguhr formé par le squelette siliceux d'algues, fossiles, de diatomées. Il en existe en France des gisements très importants, particulièrement en Auvergne. Il s'agit de dépôts du début de l'ère tertiaire. La seule préparation à faire subir au minerai est une calcination qui élimine par combustion les produits organiques : le prix de revient en est donc minime.

Le Kieselguhr se présente sous l'aspect d'une poudre ocre-rose extrêmement fine et ténue, très légère, donnant aux doigts une sensation rappelant celle du talc. Sa ténuité et sa consistance sont analogues à celles du sous-nitrate de bismuth. Délayé dans une petite quantité d'eau, il a une coloration un peu brune et la suspension prend très vite une consistance crémeuse fluide analogue à une crème au café absolument sans grumeaux et très différente de la pâte toujours grumeleuse que l'on obtient avec les préparations de kaolin ou du bis-combustion les produits organiques.

Chimiquement le Kieselguhr est de la silice pure. Au microscope cette poudre est constituée de débris de petits coquillages plus ou moins arrondis, souvent fragmentés, les plus gros ayant environ 20 à 30 *µ* de diamètre.

Le mode d'action du Kieselguhr en pathologie gastro-intestinale est certainement lié à ses qualités physiques plutôt qu'à sa composition chimique. Cette ténuité, cette homogénéité dans la ténuité donnent à cette poudre une action topique manifeste, comme on peut s'en rendre compte sur les parois d'un récipient ou sur la peau. Elle se dépose sur les muqueuses adhérentes, spécialement aux régions où la muqueuse a perdu son aspect lisse et régulier, de la même façon que la poudre de bismuth. D'autre part, ces mêmes qualités physiques lui donnent un pouvoir absorbant considérable c'est certainement par celui-ci qu'elle agit dans les colites avec hyper-sécrétion de mucus et avec diarrhée. Les applications thérapeutiques sont celles du bismuth en général.

L'un de nous traite depuis cinq ou six ans les syndromes douloureux gastriques, les ulcéreux en particulier, par le Kieselguhr. A la dose d'une ou deux cuillerées à soupe, délayées dans 1/2 verre d'eau et prises quatre heures environ après le repas, ou additionné de carbonate de chaux au moment des douleurs tardives, ce produit lui a donné d'aussi bons résultats que les meilleures préparations bismuthées.

Nous avons eu ces derniers temps à utiliser le Kieselguhr dans les tuberculoses intestinales. Il s'agit là de diarrhées avec les douleurs les plus tenaces. Nous avons pu constater chaque fois un résultat intéressant portant tantôt sur la douleur tantôt, et d'une façon fréquente sinon constante sur le nombre de selles.

Nous pensons qu'il y a là un produit de remplacement intéressant des sels de bismuth en gastro-entérologie qui demanderait une étude plus complète mais qui, d'ores et déjà, par son abondance et la modicité de son prix, comme par sa facilité d'emploi, est susceptible de rendre des services.

Dr Deltfil (Riom-ès-Montagnes),
Dr Mezard (Aurillac).

CHRONIQUES

La rééducation des blessés

La valeur réelle des méthodes chirurgicales ne se nesure qu'à leurs résultats. Ceux-ci témoignent njourd'hui de la haute qualité de la chirurgie de ·uerre conçue, organisée et réalisée par les Anglo-Américains. Si leur tactique sanitaire, leurs procédés le lutte contre le choc et l'infection sont bien conms du monde médical français, on n'a peut-être pas assez souligné l'importance que le commandenent allié attache à la « Réhabilitation » des blessés, terme que le mot de rééducation ne traduit qu'imparfaitement.

Quel est le but poursuivi dans les « Rehabilitation Centers » ? Guider la convalescence des blessés le telle sorte qu'ils récupèrent le plus vite possible eur entière force physique et leur plein équilibre mental, afin de reprendre leur place au combat ou dans la vie civile.

Il s'agit de tout mettre en œuvre, et tout de suite, pour faire de ces anciens blessés des hommes sains et vigoureux et pour éviter qu'ils ne se transforment en mutilés de guerre.

Les mutilés de guerre, les pensionnés ne sont pas seulement physiquement infirmes. Leur profil mental se modifie, se déséquilibre peu à peu. Il serait souvent excessif de parler de psychose post-traumatique, mais quel est le médecin qui n'a eu maintes occasions de noter les traits si particuliers de ce psychisme des mutilés ? De même que, dans un individu, le déficit fonctionnel d'un organe entraîne bientôt des désordres généralisés, de même l'infirme, replié sur lui-même, plus préoccupé de ses droits que de ses devoirs, de son intérêt privé que de l'intérêt général, développe un égoïsme antisocial, et la nation tout entière souffre de la présence de ces éléments physiquement et moralement *mal-sains*. Or, devant la nécessité impérieuse de la reconstruction matérielle, démographique et morale du pays, n'a-t-on pas le devoir de tout mettre en œuvre pour guérir ces infirmes, pour refaire d'eux des citoyens énergiques et entreprenants, capables d'exprimer et de réaliser toutes les aspirations humaines vers une activité libérée de toute entrave physique ou mentale ?

Certes, l'idée des centres de rééducation n'est pas neuve. Ceux qui furent créés en France après la guerre de 1914-1918 ont donné des résultats appréciables. Si l'on doit aujourd'hui s'orienter dans une tout autre voie, c'est parce que le but et le principe de ces centres étaient insuffisants. Une conception purement mécaniciste de l'homme et de sa physiologie conduisait à traiter l'infirmité par des moyens mécaniques, par la chirurgie, par la mécano- ou la physiothérapie, puis, plus tard, à confier l'infirme à un organisme de rééducation professionnelle. Or l'homme n'est pas une machine, c'est un tout psycho-physiologique; on ne peut dissocier l'étage inférieur sensorio-moteur des échelons supérieurs de commande et de régulation, diencéphaliques et corticaux, affectifs, intellectuels et volontaires. Toute rééducation passive, exclusivement sensorio-motrice est vaine et ses résultats sont passagers ou nuls, car elle n'attaque le problème que partiellement et par son échelon inférieur. La vraie rééducation doit s'adresser à l'esprit avant les muscles, à l'homme et non à la lésion. Il s'agit d'obtenir du blessé une collaboration active, réfléchie et passionnée; il ne s'agit plus de rééduquer un membre ou d'assouplir une articulation, de revigorer un groupe musculaire, de coordonner des actions nerveuses, mais d'abord d'insuffler au blessé la volonté d'agir.

Tels sont la base et le fondement des méthodes de rééducation adoptées dans les « Rehabilitation Centers » créés pour leurs blessés par la Grande-Bretagne et les Etats-Unis (plan Tomlinson) [1]. Tous les procédés chirurgicaux, orthopédiques ou plastiques, mécanothérapiques ou physiothérapiques ne sont que des aides apportées au blessé dans son effort personnel, volontaire et conscient, vers la récupération fonctionnelle active. C'est sans exagération que l'on peut dire que la direction de ces centres revient plus au psychologue qu'à l'orthopédiste. Tout est conçu pour réveiller chez le patient le goût et la joie de vivre, la confiance en soi, le désir de redevenir physiquement et intellectuellement égal ou supérieur à ce qu'il était avant sa blessure.

Toute l'organisation matérielle doit être orientée vers ce but. Sortant d'un hôpital auquel se rattachent tant de souvenirs pénibles, le blessé doit se trouver transporté dans un cadre champêtre, dans des locaux lumineux, vastes, confortables, gais, ensoleillés. Les stations thermales ou climatiques sont tout indiquées pour être le lieu d'établissement de ces centres. Une discipline douce mais ferme, un emploi du temps minutieusement réglé et rempli doivent empêcher les longues rêvasseries morbides et l'inaction déprimante. L'émulation, le travail en équipe, la constatation convaincante et rassurante des progrès réalisés par les camarades atteints de lésions similaires sont les plus sûrs agents psychothérapiques. Un personnel nombreux de médecins et de chirurgiens, de moniteurs d'éducation physique, d'infirmières jeunes et gaies, doit entretenir dans le centre une atmosphère tonique où chaque blessé se sentira personnellement connu, aimé et encouragé. C'est sans conteste avant la « réhabilitation » physique que nous placerons cette « réhabilitation » psychologique favorisée par tous les moyens possibles : lectures, jeux, conférences, cinéma, etc.

Au point de vue physique, tout doit viser à obtenir la coopération active du blessé, à éviter toute manœuvre passive. A part le massage, on proscrira autant que possible tous les moyens classiques de mobilisation passive, d'électro- ou de physiothérapie. Par contre, le centre disposera de tous les appareils, des plus simples aux plus compliqués, qui permettront les exercices actifs (appareils à ramer, bicyclettes, etc...). Deux règles doivent présider à ces exercices : d'abord les blessés seront réunis par classes, selon leurs aptitudes et leurs progrès dans la récupération, comme on classait les élèves dans les écoles de ski. Bien vite chacun désire être admis dans la classe supérieure. D'autre part, dans chaque classe, les « élèves » travailleront en équipe, groupés par lésions analogues, ce qui permet une taylorisation du travail des moniteurs. Ici encore, l'émulation agit et les succès des plus forts encouragent les plus faibles. Ajoutons, bien entendu, que cette culture physique ne saurait être que globale, aussi proche que possible de la culture physique d'un homme sain : les mouvements ou l'exercice pénibles s'intercalent alors dans l'ensemble de la leçon, tandis que des exercices spécialisés pour chaque lésion provoqueraient la fatigue, le déséquilibre et surtout polariseraient désastreusement l'attention du blessé.

Toutefois, dans ces techniques modernes où l'invalide doit avant tout se rééduquer par lui-même et reconquérir peu à peu et presque inconsciemment sa confiance en lui, la « thérapeutique occupationnelle » tient une place supérieure aux exercices dirigés, fussent-ils actifs. Dans les centres, le service, l'entretien, le nettoyage, le jardinage sont assurés par les blessés eux-mêmes, aidés par d'anciens pensionnaires qui constituent le seul personnel fixe, très réduit. Tous les travaux de menuiserie, de peinture, d'électricité peuvent de même être confiés aux malades qui disposeront, par ailleurs, des jeux les plus divers : cartes, échecs, dames, billards, boules, croquet, mise en scène de pièces de théâtre, modelage et construction de modèles réduits. Dans toutes ces occupations, le blessé verra surtout une source de récréation, sans se douter qu'il travaille encore et que ses mouvements gagnent en précision et en souplesse. Quand il le découvrira fortuitement ou quand l'adroit compliment d'un moniteur ou d'une infirmière le lui feront reconnaître, sa confiance en lui se fortifiera ; il sera prêt pour de nouvelles tentatives. Plus tard ses camarades l'entraîneront vers leurs équipes de football, de basket ou de voley-ball, vers la piscine ou le manège. Enfin, un jour, il sera prêt à subir l'épreuve de sortie des centres, véritable compétition du gymkana qui fait autant appel à la force qu'à l'adresse et à la maîtrise de soi. Peu d'hommes ordinaires la subiraient avec succès (marche de 25 *km.*, sauts d'obstacles, escalade d'un mur de 4 *m.*, traversée d'un fossé sur une corde raide, etc.) et les performances du « réhabilité » prouvent la valeur de l'entraînement qu'il a subi. Peut-être regrettera-t-il alors de quitter ce centre de rééducation campagnard qui lui aura rendu la santé et où il aura trouvé l'amorce d'un développement spirituel, souvent aussi d'un perfectionnement intellectuel et professionnel (lectures et conférences techniques).

On peut aujourd'hui affirmer que ces centres de réhabilitation ont donné à nos alliés des résultats dépassant toute attente, qu'il s'agisse des blessés légers qui retournent au front ou de ceux qui réintègrent la vie civile. Voici un exemple cité par Watson Jones, créateur des centres modèles de la R.A.F. : un artilleur avait présenté une lésion méniscale correctement opérée, puis mobilisée à l'hôpital. Un jour le blessé entendit une infirmière stupide lui dire qu'il avait eu un nerf coupé. De ce jour, il ne fit plus aucun progrès et resta à l'hôpital dix mois sans amélioration. A ce moment, on l'envoie dans un centre de récupération. Dès lors, il a quitté l'ambiance de la ville et des malades pour l'atmosphère vivifiante de la campagne. La gaîté du lieu, l'émulation, l'esprit d'équipe agirent vite. En sept semaines, récupération totale des mouvements et sur sa demande ce soldat retourne à son corps.

Pour conclure, nous empruntons les phrases suivantes au remarquable livre de Marcault et Brosse sur « l'Education de Demain ». Elles semblent écrites pour les blessés et mutilés : « Nous savons cliniquement, disent-ils, qu'une transformation de l'activité consciente est capable de modifier heureusement des perturbations fonctionnelles. Nous avons pu vérifier que lorsqu'un sujet habituellement faible et désemparé possède la preuve expérimentale de sa réussite au cours de sa tentative de maîtrise calme et réfléchie, en lui naît une confiance éclairée... S'il réussit à comprendre qu'il n'était véritablement victime que d'une technique défectueuse de sa propre activité consciente, d'une attitude passive de faiblesse..., alors il consent joyeusement à tenter lui-même cette discipline de rééducation qui l'acheminera peu à peu vers la maîtrise en dépit des échecs qui deviendront d'ailleurs moins nombreux. »

La création de ces centres de rééducation qui comporte des constructions, des achats de matériel qui doivent sous peine d'échec être vastes, confortables, entourées de grands espaces libres, ne serait-ce que pour établir des jardins ou des terrains de sport, est-elle impossible ? La formation d'un personnel entraîné : médecins, moniteurs, infirmières dont certains gagneraient à s'instruire par un stage dans les formations anglaises ou américaines, est-elle difficile ? Nous ne le croyons pas. L'enjeu vaut qu'on surmonte les obstacles créés par la routine, que l'on conçoive aussi que ces centres n'ont de valeur que s'ils s'intègrent dans un système médical et social cohérent. Ce dernie

---

1. Plan TOMLINSON : *Lancet*, 23 Janvier 1943, **1**, 113. — WATSON JONES : *Brit. Med. J.*, 28 Mars 1942, **1**. 403. — KRUSEN : *J.A.M.A.*, 1944, **125**, 905. — RANKIN : *J.A.M.A.*, 1944, **125** 256. — HOSTETLER : *J.A.M.A.*, 1944, **125**. 258. — SHORTLEY : *J.A.M.A.*, 1944, **125**, 263.

comporte l'inclusion de ces centres entre des centres de chirurgie orthopédique et plastique qui prépareront les blessés et des ateliers de rééducation professionnelle qui les perfectionneront, et enfin les Services Sociaux qui assureront leur placement et leur reclassement. Les amputés devront être appareillés et nous ne pouvons que signaler les progrès immenses réalisés en Angleterre et en Amérique dans ce domaine. En France, on en est encore à croire que l'appareil de prothèse ne peut être que grossier, solide et bon marché (type pilon ou crochet) ou coûteux, luxueux et de simple parade (jambe ou bras artificiel). Aux Etats-Unis actuellement les jambes, les mains artificielles sont à la fois esthétiques, solides, utiles. Que de retards aussi à combler dans ce domaine où l'industrie française devra reconnaître son insuffisance.

Sur le plan national enfin, un effort de propagande, surtout cinématographique, est à entreprendre pour convaincre le public et les blessés des possibilités de la technique actuelle.

Une telle œuvre dépasserait le cadre des victimes de la guerre et pourrait servir aussi bien à tous les blessés, accidentés du travail, de la rue, du sport, assurés sociaux.

En définitive, les dépenses de création ne seraient-elles pas compensées par la réintégration nationale d'individus sains et bien équilibrés ?

J. Gosset.

Les Traumatismes par parachutage

Le parachutage, dont les alliés font un large emploi au cours de la guerre, a malheureusement enrichi la pathologie d'un certain nombre d'accidents plus ou moins sévères.

Dès la seconde année de guerre, on s'aperçut qu'il fallait instruire d'une façon spéciale les parachutistes et qu'il existait, pour ainsi dire, une prévention de ces accidents. Dans les écoles de parachutage aux Etats-Unis (*Bulletin international des Services de Santé des Armées*, Novembre 1944, n° 11), on s'attacha non seulement à former et à entraîner au point de vue militaire ces soldats d'élite, mais encore on leur enseigna les meilleures façons de prendre contact avec le sol et d'éviter ainsi les fractures de jambes. Le nombre des blessés diminua de 1941 à 1943 d'une manière très importante à mesure que cet enseignement se développait et aussi, il faut le dire, grâce à la sévérité dans le choix des candidats, à la surveillance plus étroite au cours de l'entraînement et aux modifications du harnachement.

Dans un premier stade, les futurs parachutistes, soumis à un entraînement physique intensif, sont invités à sauter et « à se recevoir » d'une hauteur de 1 *m.* 50 à 2 *m.* Puis on leur enseigne à exécuter une culbute correcte à l'aide d'appareils appropriés, analogues à ceux qu'emploient, pour leur entraînement, les acrobates des cirques. Dans un troisième stade, on apprend à l'élève à sauter chaque jour, en parachute, d'une tour haute de 75 à 100 *m.*, en variant les positions de départ Enfin le parachutiste est lâché en plein vol d'avion.

Au cours de la première période d'entraînement, les accidents sont rares et en tous cas ne diffèrent pas beaucoup de ceux que l'on observe dans la pratique courante. Cependant l'action de grimper à la corde peut entraîner la rupture du muscle grand droit de l'abdomen. Cet accident qui dans 90 pour 100 des cas siège à droite, on ne sait pourquoi, simule la crise d'appendicite : même douleur spontanée dans la région de Mac Burney, même défense musculaire, parfois même leucocytose avec polynucléose. Seules, la démarche un peu spéciale avec le tronc fléchi sur le bassin, la difficulté de s'asseoir et surtout l'apparition d'un hématome dans la gaine du grand droit intéressé mettent sur la voie du diagnostic.

Au deuxième stade d'entraînement, les traumatismes que l'on rencontre le plus souvent après la culbute, sont la contusion et la luxation acromio-claviculaire. Le sommet de l'épaule touche directement le sol ou bien le corps tourne autour d'un axe représenté par le bras tendu sous l'effort du triceps brachial. La capsule et le ligament acromio-claviculaire sont déchirés, l'épaule glisse vers le bras ; si le ligament résiste, l'omoplate reste en place. L'immobilisation de l'épaule est nécessaire pendant trois à quatre semaines pour obtenir la guérison.

Aux deux derniers stades de l'entraînement, les traumatismes sont causés par l'atterrissage. On peut observer une fracture du tiers inférieur du péroné et de la lèvre postérieure de l'articulation tibio-tarsienne. Le pied étant en position externe au cours de l'atterrissage, la partie antérieure de l'astragale exerce une poussée sur la face interne de la malléole externe. Si le ligament tibio-péronier postérieur résiste, il y a rupture de la partie inférieure du péroné. D'autre part, en touchant le sol une force est transmise de bas en haut, le tarse fait pression sur la mortaise et la lèvre postérieure de l'articulation tibio-péronière est arrachée. Dans certains cas, il peut s'associer une fracture de la malléole interne.

En modifiant les attitudes d'atterrissage, en recommandant notamment de joindre les pieds on évite cette fracture, mais on peut rencontrer une fracture du tiers supérieur du péroné avec ou sans déplacement de la tête de l'os. C'est la « Silent fracture », car elle entraîne peu de symptômes et peut passer inaperçue. Le nerf sciatique poplité externe est rarement intéressé.

Ce sont les traumatismes les plus fréquents, car ceux produits par l'attrition due au harnais de suspension sont rares.

Une des raisons également de la diminution des accidents, c'est la rapidité des secours apportés. Au cours de l'entraînement, toute une équipe sanitaire est mobilisée au sol pour arriver immédiatement sur les lieux d'atterrissage et donner les soins appropriés.

Grâce à ce mode d'entraînement et à cette organisation sanitaire, le taux des accidents consécutifs à l'instruction des parachutistes ne dépasse pas 1 pour 100 dans la principale école de parachutage des Etats-Unis.

A. P.

LA MÉDECINE A TRAVERS LE MONDE

États-Unis.

Chirurgie de guerre.

Les prisonniers de guerre allemands, blessés au combat, ont donné et donnent encore l'occasion de comparer les anciennes méthodes de traitement en usage chez eux avec celles qui ont été adoptées par l'armée anglaise. La comparaison est très défavorable pour les méthodes allemandes.

Voici les principaux points du traitement standard anglais :

1° Chaque type de blessure a son type de traitement. Par exemple, dans les blessures de l'intestin, les principes cardinaux sont l'extériorisation des viscères lésés, l'aspiration gastrique continue, la chimiothérapie, la transfusion de sang et de plasma [1]. Les services de transfusion ont reçu un grand développement, à la fois pour le traitement immédiat des blessés et pour les soins antéopératoires et post-opératoires. Les hôpitaux du front possèdent un large approvisionnement de sang entier, de plasma sec et dilué, etc.

2° Immobilisation sous appareil plâtré, aussi précocement que possible, pour le transport des blessés des parties molles aussi bien que du squelette. Cette méthode, inaugurée au cours de la dernière guerre par le chirurgien américain William Orr, fut reprise pendant la guerre d'Espagne par Trueta.

3° Recouvrir les blessures, de préférence avec de la peau, aussitôt que possible, en vue de faciliter les réunions précoces.

4° Usage d'appareils spéciaux pour des blessures particulières comme celles de la poitrine, de l'adomen, les plaies maxillo-faciales, oculaires, etc.

5° Emploi *larga manu* des sulfamides et de la pénicilline, en applications locales ou parentérales, en insufflations dans les plaies, dès les formations de l'avant. La dose habituelle est de 100.000 unités par jour ; nos lecteurs ont trouvé dans nos colonnes des études importantes sur ces traitements, qui nous permettent aujourd'hui de ne pas développer leur utilisation dans les armées anglaises.

Il semble qu'en médecine pure, les progrès soient moins sensationnels qu'en chirurgie de guerre. Pour la médecine tropicale, il convient également de réserver son jugement sur les essais cependant remarquablement encourageants qui ont été tentés avec les médicaments et les méthodes nouvelles. Mais les progrès admirables qui ont été réalisés pour les blessés serviront certainement quand la paix sera revenue, et quand on pourra joindre à l'expérience militaire l'expérience civile, qui est la même. Un résumé récemment publié par le Brigadier général Bulmer suffit à montrer les découvertes réalisées durant ces cinq dernières années, et dont la « forteresse européenne » n'avait pas été informée.

1. Les progrès très importants réalisés dans la connaissance des propriétés du sang, tels que la notion si rapidement développée du groupe Rhésus, et les perfectionnements incessants des techniques de prélèvement, de transport et de conservation du sang, ainsi que de la transfusion elle-même, sont un bel exemple de l'exploitation à la fois théorique et pratique d'une grande découverte.

*
* *

Insecticides.

En 1939, on avait beaucoup progressé dans l'étude des insectes vecteurs, mais l'insecticide idéal était encore à trouver. Au cours de la guerre de 1914-1918, les affections transmises par les poux (typhus, fièvre récurrente, fièvre des tranchées) furent nombreuses et affectèrent terriblement les effectifs. 60 pour 100 des hommes furent hospitalisés, notamment, pour des dermatoses parasitaires.

Avec la découverte du DDT [2] (2, 2 *bis* [parachlorphényl] 1, 1, 1-trichloréthane ou dichlordiphényltrichloréthane) des horizons nouveaux se sont ouverts et le typhus, entre autres, ne fut plus une menace sérieuse, comme il fut démontré à Naples où une épidémie fut rapidement jugulée. Le pou, actuellement, n'est pour les armées qu'un incident de conséquence négligeable.

Ph. Dally.

2. Le DDT fut synthétisé en 1874 par Zeidler. La firme suisse Geigy et Cie, qui en possédait la formule, la révéla en 1912 à la Grande-Bretagne et aux Etats-Unis.

Pays-Bas.

Nouvelle organisation des médecins.

Dans les provinces libérées de la Hollande, les médecins ont fondé une organisation provisoire qui s'occupe des problèmes de la santé publique et des intérêts des médecins. L'ancienne organisation la « Société néerlandaise de la Médecine » qui avait été dissoute pendant l'occupation, avait été remplacée par une « Chambre des Médecins » à laquelle peu de médecins adhérèrent.

La direction du nouvel « Ordre des médecins » est composée ainsi : Dr Jos. Speckens (Eindhoven), président ; Dr A. M. Mooy et Dr F. Van Balen (Bois-le-Duc) secrétaires.

Un bureau d'information est installé à Tilbourg, sous la direction du Dr Post.

Les examens microbiens et biologiques pour le dépistage de la fièvre typhoïde et de la diphtérie ont été réorganisés. On n'a pas signalé dans les régions libérées de cas de typhus (typhus exanthématiques) ; dans chaque ville, on avait immunisé des médecins, infirmiers et infirmières avec un vaccin antityphique.

Enfin une commission centrale a été chargée par le directeur-général de la Santé publique de s'occuper des achats des médicaments et instruments nécessaires. L'usine « Organon » à Oss, se trouve dans les provinces libérées et fournit déjà de l'insuline et d'autres produits médicamenteux en quantité suffisante.

Secours Suisse pour les Universités des Pays-Bas.

L'Université de Leyde, fermée fin 1940 par les Allemands, sera aidée par l'Université de Zurich. Celle-ci enverra, après la libération totale de la Hollande, des livres, du matériel scientifique et peut-être des professeurs. Ainsi la Suisse veut montrer sa gratitude et sa sympathie à la Hollande.

Dans les trois provinces libérées, il n'existe pas d'Université, les grandes Universités se trouvant dans le Nord du pays à Leyde, Amsterdam, Utrecht et Groningue. Les Universités Américaines ont, d'autre part, offert des places à des étudiants Néerlandais, en attendant la réorganisation des Universités de leur pays.

J. Z. Baruch.

INFORMATIONS

CONSEIL DES MÉDECINS DE LA SEINE

1° Certificats pour chaussures orthopédiques

La Préfecture de la Seine invite MM. les Médecins à établir les certificats médicaux qu'ils délivrent pour l'obtention de coupons d'achat pour chaussures orthopédiques de la façon suivante :

a) *Titre :* certificat pour l'obtention d'un coupon d'achat de chaussures orthopédiques.

b) Indiquer que le demandeur a besoin :

Soit d'une seule chaussure orthopédique (cas d'un mutilé porteur d'un pilon et dont la conformation de l'autre pied nécessite le port d'une chaussure orthopédique.

Soit d'une chaussure orthopédique et d'une chaussure normale (cas d'un consommateur ayant une infirmité à un seul pied, l'autre pouvant porter une chaussure normale).

Soit d'une paire de chaussures orthopédiques (cas d'un consommateur dont les deux pieds nécessitent le port d'une chaussure orthopédique).

Ces renseignements sont destinés à permettre au Service de délivrance de coupons d'achat d'établir des coupons correspondant aux besoins des bénéficiaires.

2° Déclaration des maladies contagieuses

Nous portons également à la connaissance de nos Confrères, la lettre ci-dessous de M. le Directeur Régional de la Santé à Paris.

« M. le Ministre de la Santé publique vient de me signaler que certains médecins persistent encore à ne pas déclarer les cas de maladies contagieuses qu'ils sont appelés à connaître.

En conséquence, il me demande de rappeler à nouveau aux Médecins que le décret-loi du 30 Octobre 1944 leur fait une obligation absolue de déclarer à l'autorité sanitaire tout cas de l'une des maladies contagieuses énumérées à l'article 1er du décret du 16 Mai 1936, complété par les actes dits décrets des 26 Juillet 1941 et 29 Novembre 1943.

Vous voudrez bien insister particulièrement sur le fait qu'il ne s'agit pas là d'une brimade ou d'une paperasserie inutile, mais d'une formalité rigoureusement indispensable pour que les autorités responsables de la santé publique puissent prendre, à temps et en toute connaissance de cause, des mesures efficaces pour combattre la propagation des maladies épidémiques.

En outre, je vous rappelle que l'acte dit « Loi du 31 Décembre 1942 » a rendu obligatoire la déclaration des maladies vénériennes (blennorragie, syphilis, chancre mou, maladie de Nicolas-Favre) ».

Conseil supérieur d'Hygiène publique de France

Par arrêté du 4 Avril 1945, M. Moutier a été nommé membre du Conseil supérieur d'Hygiène publique de France, au titre de représentant du Conseil supérieur des Médecins.

Conseil permanent d'hygiène sociale

Par arrêté du 26 Mars 1945, les Commissions prévues par l'article premier de l'acte dit décret du 30 Décembre 1942 sont provisoirement composées ainsi qu'il suit :

1re Commission. — *Maternité et enfance.*

Président : Prof. Debré. — *Membres :* MM. Armand-Delille. Robert Clément. Mme Campinchi. Prof. Couvelaire. M. Fèvre. Mme Gonse-Boas. MM. Grimbaum-Ballin, Julien Huber, Lamaze, Lamy, Clément-Launay, Lelong, Lesné. Prof. Leveuf, Lévy-Solal. MM. L'hirondel, Julien Marie, Marquézy, Marcel Martin, Monrier. Prof. Mouriquand, Pancot. MM. Queuille, Ravina. Prof. Rohmer. M. Rouget-Denise. Mme Schreiber-Crémieux. M. Weil-Hallé.

2e Commission. — *Tuberculose.*

Président : Prof. F. Bezançon. — *Membres :* MM. Ameuille, Bariéty, Etienne Bernard, Pierre Bourgeois, Calvé, Chadourne, Conrcoux. Prof. Courmont. MM. Descomps, Douady, Even, Evrot, Guilly, Hazemann, Honorat. Prof. Leclercq. MM. Robert Monod, Etienne Sorrel. Prof. Troisier.

3e Commission. — *Maladies vénériennes.*

Président : Prof. Gougerot. — *Membres :* M. Degos. Prof. Gaté. MM. Coste, Laporte. Prof. Levaditi. M. Lévy-Bing. Prof. Margarot, Pautrier. M. Pfeiffer. Prof. Sézary. MM. Sicard de Plauzolles, Touraine, Vernier.

4e Commission. — *Cancer.*

Président : Prof. Roussy. — *Membres :* Prof. Bugnard, Cornil, Duening. MM. Funck-Brentano, Godart, René Huguenin. Prof. Lacassagne, Lamarque. M. Roux-Berger Prof. Santy, Strohl.

5e Commission. — *Hygiène mentale. Alcoolisme.*

Président : M. Georges Heuyer. — *Membres :* MM. Brouardel, Delay. M. Dérobert. Prof. Duvoir, Lépine, MM. Lévy-Valensi, Paul Perrin, Péron, Quentin. M. Richard. Prof. Riser.

6e Commission. — *Education sanitaire.*

Président : Prof. Parisot. — *Membres :* Prof. Chevallier. MM. Desmars, Domart. Mathieu-Pierre Weil. Prof. Santet. M. Viborel. Prof. Villaret, Violle

(J. O. du 30 Mars 1945.)

COMMISSION PROVISOIRE de gymnastique médicale

Par arrêté du 4 Avril 1945, il est créé une Commission provisoire de gymnastique médicale, composée ainsi qu'il suit :

Président : M. Wibaux, directeur de la santé. — *Membres :* MM. Halland, Le Cœur, Mme Champetier de Ribes, Mlle Danzig, MM. Deniker, Marcel Faivre, Marcel Lance, Prof. Leveuf, M. Ruffier, Mmes Thiboulet-Chassevant. — Mme Legrand-Lambling, *Secrétaire.*

(J. O., 8 Avril 1945.)

CONSEIL DE PERFECTIONNEMENT des écoles d'infirmiers hospitaliers ou d'infirmières hospitalières et d'assistants sociaux ou d'assistantes sociales

Un arrêté du 21 Mars 1945 a fixé la composition du Conseil de perfectionnement de ces écoles. Parmi les membres nous relevons les noms des docteurs suivants :

Parmi les membres de droit : Dr Wibaux. M. Lévêque, directeur général de l'administration de l'Assistance publique de Paris. Drs Pierre Lévi, Roussel.

Parmi les membres nommés en raison de leur compétence particulière : Prof. Justin-Besançon, Drs Leclainche, Hazemann, Milliez, Weill-Hallé.

Feront partie de la Section permanente du Conseil de perfectionnement : les docteurs Wibaux et Leclainche.

(J. O. du 31 Mars 1945.)

Service de garde DANS LES HOPITAUX DE PARIS

La mobilisation des élèves en médecine des Hôpitaux est susceptible d'amener l'Administration de l'Assistance publique, à Paris, à organiser dans les établissements hospitaliers un service de garde spécial *de 14 h. à 8 h. du matin.*

Les docteurs en médecine, désireux de collaborer éventuellement à ce service, sont priés de se faire connaître au Service de Santé de l'Administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria (2e étage), en donnant tous renseignements utiles, notamment : références, titres, spécialité exercée, et établissement choisi.

Universités de Province

Faculté de Médecine d'Alger. — M. Fabiani, chargé des fonctions de chef de travaux est nommé, à titre provisoire, chef de travaux titulaire.

Faculté de Médecine de Lille. — M. Medvedeff, chargé des fonctions d'agrégé, est nommé, à titre provisoire, chef de travaux titulaire.

Faculté de Médecine de Lyon. — L'arrêté du 25 Janvier 1945 déclarant vacante la *chaire de Pathologie générale et thérapeutique*, est rapporté.

Faculté de Médecine de Nancy. — M. Legait, délégué dans les fonctions de chef de travaux d'histologie, est nommé, à titre provisoire, chef de travaux.

Faculté de Médecine de Marseille. — M. Roux, chargé des fonctions d'agrégé, est nommé, à titre provisoire, chef de travaux titulaire.

Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand. — La chaire de Chirurgie infantile est transformée *en chaire de clinique chirurgicale.*

Directeurs régionaux de la Santé

— M. le docteur Poncet, médecin inspecteur de la santé de l'*Ain*, est nommé directeur régional de la santé et de l'assistance à *Dijon*, en remplacement de M. le docteur Cayet, affecté dans la région de *Strasbourg*.

— M. le docteur Berger, médecin inspecteur de la santé du *Doubs*, est nommé directeur régional de la santé et de l'assistance à *Angers*, en remplacement de M. le docteur Trollet, affecté dans la région de *Rennes*.

— M. le docteur Fernand Petit, médecin inspecteur de la santé en disponibilité, est réintégré dans les cadres des services extérieurs du ministère de la santé publique et nommé directeur régional de la santé et de l'assistance à *Grenoble*, en remplacement de M. le docteur Boulangier, affecté dans la région de *Nancy*.

Inspection de la Santé

— L'arrêté en date du 27 Décembre 1944 nommant Mlle Renée Podill médecin inspecteur adjoint intérimaire de la santé de la *Manche* est rapporté.

— M. le docteur Clerc est nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la santé dans le département de la *Seine*, au maximum pour la durée des hostilités.

— M. le docteur Valdiviéde, médecin inspecteur adjoint de la santé du Rhône, chargé de mission dans le département de la Manche, est affecté en la même qualité dans le département de la *Manche* à compter du 1er Février 1945.

— Mme le docteur Paulette Marsol est nommée médecin inspecteur adjoint de la santé dans le département de la *Haute-Garonne*, au maximum pour la durée des hostilités.

— M. le docteur Studer, médecin inspecteur adjoint de la santé du Gers, est affecté en la même qualité dans le département du *Haut-Rhin*.

— M. Cassac, médecin inspecteur de la Santé de la Dordogne, est placé en service détaché et mis à la disposition du Préfet du *Loiret*, à compter du 1er Février 1945, pour exercer les fonctions de médecin inspecteur des écoles de ce département.

— M. Boulard, médecin inspecteur de la Santé des *Landes*, est admis à faire valoir ses droits à la retraite, à compter du 16 Mars 1945.

— M. Bretagne, médecin inspecteur adjoint de la Santé des Bouches-du-Rhône, est affecté, en la même qualité, dans le département du *Gard*.

— Mme le docteur Camus-Rouberт, médecin inspecteur adjoint de la santé de la Lozère, est affectée, en la même qualité, dans la *Haute-Loire*.

SANATORIUMS PUBLICS

— Madame le docteur Pourret, médecin adjoint au *sanatorium de Cluzeau*, est réintégrée dans ses fonctions à compter du 12 Mars 1941.

— M. Thibault est réintégré dans le cadre des médecins des sanatoriums publics en qualité de médecin adjoint de 1re classe.

Sanatorium de la Grau-du-Roi (Gard). — Un poste de médecin adjoint est actuellement vacant. S'adresser au Ministère de la Santé publique, 2e bureau, 1re section, 7, rue de Tilsit, Paris-17e.

Sanatorium départemental du Haut-Rhin, à Colmar. — Un poste de médecin directeur est actuellement vacant. S'adresser au ministère de la Santé publique (direction du personnel, 2e bureau, 1re section), 7, rue de Tilsitt, Paris-17e.

Sanatorium de Champcueil (Seine-et-Oise). — Un poste de médecin assistant est actuellement vacant. S'adresser d'urgence au médecin chef.

Sanatorium du Ponteils (Gard). — Un poste de médecin adjoint est actuellement vacant. S'adresser au Ministère de la Santé publique (direction du personnel, 2e bureau), 7, rue de Tilsitt, Paris-17e.

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

— M. Peddussel, médecin directeur de l'hôpital psychiatrique de Breuty-la-Couronne (Charente), est nommé médecin directeur de *l'hôpital psychiatrique de Quimper* (Finistère).

Vacances de postes de médecins chefs d'hôpitaux psychiatriques. — Un rectificatif du *Journal officiel* du 25 Mars 1945 signale que les vacances suivantes ont été annoncées par erreur :

Médecins chefs de l'*hôpital psychiatrique de la Charité-sur-Loire* (Nièvre), de l'*hôpital psychiatrique de Breuty-la-Couronne* (Charente) et de l'*hôpital psychiatrique de Fleury-les-Aubrais* (Loiret).

DISPENSAIRES ANTITUBERCULEUX

Médecin des Dispensaires antituberculeux de la Creuse (Office public d'Hygiène sociale de la Creuse) — Conditions : assimilation aux traitements des médecins inspecteurs adjoints de santé. Indemnité de fonction : 30.000 fr. Indemnité de résidence familiale, traitement familial s'il y a lieu. Frais de déplacements (indemnité forfaitaire annuelle de 50.000 fr.). Allocations du Code de Famille, s'il y a lieu.

TRIBUNAUX DÉPARTEMENTAUX DES PENSIONS

Par arrêté du 8 Mars 1945, sont nommés membres de tribunaux départementaux des pensions :

Annecy : Dr Pistre (Annecy) ; suppléants : Drs Rouzier (Gran-Gevrier) et Raisin (Annecy).

Chambéry : Dr Julliand (Chambéry) ; suppléants Drs Masson et Regairaz (Chambéry).

Clermont-Ferrand : Dr Canty (Clermont-Ferrand)

suppléants : Drs Ackermann (Clermont-Ferrand) et Samir (Aubière).
Nantes : Dr Desclaux (Nantes) ; suppléant : Dr Bureau (Nantes).
Vannes : Dr Franco père (Vannes) ; suppléants : Drs Douso et Deserrur (Vannes).

(*J. O.* du 10 Mars 1945.)

Concours et places vacantes

Ecole de Médecine de Tours. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de *Pharmacie et Matière médicale* s'ouvrira le 1er Octobre 1945 devant la Faculté de Pharmacie de Paris.

Ecole de Médecine de Dijon. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de *Physiologie et Histologie* s'ouvrira le 1er Octobre 1945 devant la Faculté de Médecine de Lyon.

Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand. — Des concours pour les emplois de professeurs suppléants : 1° de *Clinique obstétricale* ; 2° de *Clinique médicale* s'ouvriront le 1er Octobre 1945 devant la Faculté de Médecine de Toulouse.

Ville de Châteaubriant. — Il est signalé que dans la ville (sous-préfecture) de Châteaubriant (Loire-Inférieure) il n'existe aucun *médecin-accoucheur*. Le Maire de la localité verrait avec satisfaction l'installation d'un praticien pouvant assurer cette fonction.
La direction du Service de la Maternité à l'Hôpital lui serait probablement confiée.

Distinctions honorifiques

LÉGION D'HONNEUR

Chevalier : Médecin de 1re classe J.-M. Gourves. — Médecin commandant R. Papvard, commandant du ne bataillon médical. — Médecin capitaine J. Bergenot, du ne bataillon médical.

MÉDAILLE MILITAIRE

Médecin auxiliaire M. Gonil, du ne groupe de commandos de France.

Nouvelles diverses

Le Syndicat des Gynécologues français a, par décision officielle, repris son activité.
Il est ouvert à tous les gynécologues qualifiés par un an de stage dans un service de gynécologie et trois ans d'exercice de la gynécologie attestés par deux gynécologues membres du Syndicat, les années de clinicat ou d'internat dans un service de gynécologie comptant comme années de pratique.
Les adhésions nouvelles sont reçues par M. Courtois, secrétaire adjoint, 1, rue Racine, Saint-Germain-en-Laye (Seine-et-Oise).

La Chambre Syndicale des Instruments et Appareils de l'Art Médical et Chirurgical tient à informer le Corps Médical que la situation des matières premières est plus difficile que jamais.
Les Orthopédistes et tous les fabricants des appareils de l'Art Médical et Chirurgical se voient obligés de réduire leur fabrication et même de la suspendre dans certains cas, au grand détriment des malades et des mutilés.
Bien que la Chambre Syndicale ait formulé une réclamation à ce sujet aux Services Publics, elle n'a obtenu à cette démarche aucun résultat.
Elle dégage sa responsabilité et prie le Corps Médical de l'aider auprès des Services Publics afin qu'elle puisse obtenir les matières premières indispensables à ses fabrications.

Le Prix Pujos, décerné par la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, d'une valeur, pour 1945, de 2.000 fr., doit être décerné au meilleur mémoire sur l'*Evolution des Pneumopathies aiguës sous l'influence des sulfamides*.
Les mémoires, désignés par une épigraphe qui sera répétée sur un billet cacheté contenant le nom et l'adresse du concurrent, doivent être adressés avant le 15 Décembre 1945, à M. Chabé, 15, rue Professeur-Demons, à Bordeaux.

Nos Échos

Naissances.

— Jacques et Philippe Alliaume ont la joie d'annoncer la naissance de leur petit frère *Jean-François* (Nevers, 18 Février 1945) [De la part du docteur Alliaume et de Madame, née Gimbel].
— Le docteur André Brunel et Madame, sage-femme, sont heureux de faire part de la naissance de leur fill *Lœtitia-Lucine* (Le Mans, 27 Mars 1945).
— Le docteur et Madame Max Vauthey, le docteu et Madame Paul Vauthey ont le plaisir d'annoncer l naissance de leur fille et petite-fille, *Camille-Jacquelin* (Vichy, 25 Mars 1945).
— Le docteur R. Barroux, chirurgien des Hôpitaux e Madame, sont heureux de faire part de la naissance d leur troisième enfant, *Michel* (Bordeaux, 1er Avril 1945)
— Le docteur Georges Bureau, interne des Hôpitau de Paris et Madame, ont la joie d'annoncer la naissanc de leur seconde fille *Dominique* (Paris, le 4 Avril 1945)
— Le docteur et Madame Fr. Advenier sont heureu d'annoncer la naissance de leur troisième fils *George* (Argenteuil, 5 Avril 1945).
— Le docteur et Madame Julien Lamoril-Torck on le plaisir d'annoncer la naissance de leur fils *Dominiqu* (Saint-Pol-sur-Ternoise, 28 Mars 1945).
— M. André Pinelli, interne du Sanatorium de Che villy et Madame, ont la joie de faire part de la nais sance de leur fils *Marc* (Paris, 15 Mars 1945).
— Le docteur et Madame Jean Pitan font part de l naissance de leur deuxième fille *Monique* (Dôle-du-Jura 4 Avril 1945).
— Katie Gajac est heureuse de faire part de la nais sance de sa petite sœur *Marie-Christine* (docteur e Madame Jean Gajac, Marvéjols, Lozère, 5 Mars 1945)

Fiançailles.

— On annonce le prochain mariage de Mlle Ann Brulé, fille du docteur Brulé, professeur agrégé à l Faculté de Médecine de Paris et de Madame avec l docteur Maurice Pestel, interne des Hôpitaux.

Mariage.

— Le docteur et Madame Henri Chalot sont heureu: de faire part du mariage de leur fille *Jacqueline* ave M. Pierre Burgot, interne des Hôpitaux de Paris (Paris 3 Avril 1945).

Décès.

— On annonce le décès du médecin général Bau grand officier de la Légion d'honneur.
— On annonce le décès du docteur Jean Lamoot, d Lille (1er Avril 1945).
— On annonce le décès du docteur Georges Rodoca nacm, né en 1876, à Liverpool, mort après quatorze moi de captivité, à Weimar, en 1944. Il était Croix-de-guerr avec 7 citations et chevalier de la Légion d'honneur 1914 1918.

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

Le gérant : F. Thomas.

Imprimé par l'Anc^ne Imprimerie de la Cour d'Appel, 1, rue Cassette à Paris (France)

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées aux Périodiques, la Direction scientifique de La Presse Médicale *a dû fixer à 4 colonnes maximum l'étendue des mémoires originaux. Tout manuscrit dépassant cette étendue sera retourné à son auteur.*

A PROPOS DU CENTENAIRE DE METCHNIKOFF NOTIONS CLASSIQUES ET DONNÉES NOUVELLES SUR LA PHAGOCYTOSE

PAR MM.
André BOIVIN et **Albert DELAUNAY**

En cette année 1945 tombe le Centenaire de la naissance de Metchnikoff [1] le génial savant d'origine russe dont une partie très importante de la carrière scientifique s'est déroulée à l'Institut Pasteur de Paris. Sa patrie d'origine et sa patrie d'adoption, alliées et amies, ne manqueront pas de célébrer en commun son souvenir, en rappelant au Monde qu'on lui doit la découverte des phagocytes et de leur action défensive contre les microbes pathogènes. Dans le présent article nous voudrions, en hommage à la mémoire de Metchnikoff, brosser un rapide tableau de l'état actuel des connaissances sur le rôle des phagocytes dans les phénomènes d'immunité. Cela nous amènera à un bref rappel de notions classiques, suivi de l'exposé de plusieurs faits nouveaux qui ont été mis récemment en évidence dans nos laboratoires du Service de recherches immunologiques de l'Institut Pasteur.

Metchnikoff a découvert l'existence de cellules capables d'appréhender des particules, de les englober en plein cytoplasme et enfin — du moins quand leur nature chimique s'y prête — de les détruire par digestion intracellulaire. Il a montré, en outre, comment ces phagocytes, ou cellules-qui-mangent, se rencontrent chez les animaux les plus divers, pour y jouer des rôles variés: elles interviennent dans la nutrition de certains animaux très inférieurs; elles assurent l'élimination des cellules appelées à disparaître au cours des remaniements de l'organisme qui caractérisent les métamorphoses des insectes, des batraciens, etc...; enfin, dans toute l'échelle animale, des êtres les plus simples à l'homme, elles exercent un effet protecteur contre les micro-organismes pathogènes: bactéries, protozoaires, etc..., qui tentent d'envahir les tissus. C'est ce dernier aspect de la fonction phagocytaire qui va retenir ici toute notre attention.

Dès qu'elles trouvent accès dans les tissus, les bactéries pathogènes se heurtent à l'armée des phagocytes, sorte de gendarmerie cellulaire toujours prête à entrer en jeu et non spécifique dans son activité, car elle peut s'attaquer à toutes les espèces microbiennes, de façon plus ou moins efficace, il est vrai, de l'une à l'autre. Les phagocytes sont représentés tant par des éléments libres et mobiles que par des éléments fixés. Les premiers comprennent essentiellement les polynucléaires neutrophiles du sang, qui franchissent par diapédèse l'endothélium vasculaire pour se répandre dans les tissus infectés (microphages de Metchnikoff), et les macrophages de Metchnikoff, grandes cellules résultant soit de la mobilisation des histiocytes ou parfois même des fibrocytes tissulaires, soit de la transformation *in situ* de leucocytes mononucléaires venus du sang par diapédèse. Quant aux éléments fixés, ils bordent d'un revêtement souvent discontinu les capillaires sanguins ou encore les espaces lymphatiques de certains organes: foie (cellules de Kupffer), rate, moelle osseuse, ganglions lymphatiques, etc...; de ce fait, ils se trouvent en quelque sorte postés en embuscade sur le trajet de la circulation sanguine et lymphatique. On groupe fréquemment ensemble histiocytes-macrophages et éléments fixés, pour en faire au total le système réticulo-endothélial (Aschoff), dont les cellules ajoutent à leur pouvoir phagocytaire de puissantes propriétés colloïdopexiques (fixation énergique des divers colloïdes). Tous ces phagocytes sont également susceptibles d'appréhender les bactéries venant à leur contact et de les détruire, avec plus ou moins de facilité selon l'espèce microbienne considérée, par un processus de digestion intracellulaire.

Mais l'organisme en proie à l'infection ne se borne pas à mettre en œuvre ses phagocytes: il est susceptible de créer des moyens défensifs nouveaux qui, ceux-là, se montrent étroitement spécifiques, c'est-à-dire rigoureusement adaptés à l'espèce bactérienne en cause, faits pour ainsi dire à son exacte mesure. Au bout de quelques jours ou de quelques semaines, on voit généralement apparaître, dans le plasma du sujet infecté et en plus ou moins grande quantité, des globulines spéciales, appelées anticorps, qui jouissent de bien remarquables propriétés. En effet, ces protéines particulières se montrent capables, les unes de neutraliser les toxines bactériennes (ce sont les antitoxines de von Behring, de Roux, d'Ehrlich, etc...), les autres de sensibiliser les bactéries à l'action destructive des phagocytes (ce sont les opsonines de Wright, de Neufeld, etc..., qui se trouvent être identiques aux sensibilisatrices de Bordet). Ainsi se concilient maintenant les deux théories, longtemps rivales, du mécanisme purement cellulaire (Metchnikoff) et du mécanisme purement humoral (Buchner, Pfeiffer, etc...) de l'immunité. Sans qu'on puisse considérer la question comme définitivement résolue dans tous ses détails, on a actuellement les plus sérieuses raisons d'attribuer aux cellules réticulo-endothéliales la production des anticorps. Quoi qu'il en soit, l'élaboration de ces derniers au sein de l'organisme en lutte contre l'infection offre un exemple particulièrement spectaculaire de cette extraordinaire capacité d'adaptation — on est tenté de dire, avec Cuénot, de cette prodigieuse faculté d'invention — qu'on retrouve à chaque pas en Biologie.

Les recherches que nous avons poursuivies récemment avec nos collaborateurs [2] nous ont permis d'apporter quelques données nouvelles dans le domaine de la phagocytose.

On savait depuis longtemps que non seulement les bactéries vivantes, mais encore les corps bactériens morts et leurs autolysats attirent énergiquement les polynucléaires à l'endroit où l'on vient à les injecter dans un tissu (dans le derme par exemple). Nous avons pu préciser la nature des constituants actifs: il s'agit des nucléoprotéides — composants quantitativement les plus abondants de tous les corps bactériens — et surtout des polysaccharides spécifiques qui sont présents à la surface des corps bactériens de nombreux germes à *Gram* positif. Ainsi, lorsqu'on injecte une petite fraction de milligramme de polysaccharide du staphylocoque dans le derme d'un cobaye, on provoque un rapide et énergique appel leucocytaire, simulant une suppuration localisée.

Certaines exotoxines microbiennes sont capables de tuer les polynucléaires: ce sont les leucocidines, dont la moins mal connue est celle qu'élabore le staphylocoque; elle paraît être bien distincte de l'exotoxine à action nécrosante du même germe. Comme nous avons pu le démontrer, d'autres toxines — les endotoxines des bactéries à *Gram* négatif — sans atteindre en rien à la vitalité des leucocytes, auxquels elles laissent motilité propre et pouvoir phagocytaire, ont la curieuse propriété d'inhiber le déroulement de la diapédèse, d'entraver la sortie des polynucléaires hors des vaisseaux et par conséquent d'empêcher leur mobilisation là où l'on vient à faire agir un irritant quelconque, bactérien ou autre. Ainsi par exemple, il suffit d'injecter dans la veine ou dans le péritoine d'un cobaye une dose létale ou sublétale de l'endotoxine du bacille typhique, d'un colibacille ou d'un autre germe à *Gram* négatif, pour abolir l'énergique afflux local des leucocytes que provoque régulièrement, chez le témoin, une injection dermique de staphylocoques vivants ou morts, ou encore de polysaccharide du staphylocoque [3]. Mais l'œdème caractéristique de toute inflammation persiste, ce qui marque l'indépendance des troubles de perméabilité aux liquides d'une part et aux cellules blanches d'autre part. Il est probable que l'endotoxine modifie en quelque manière les propriétés de l'endothélium à travers lequel doivent passer les polynucléaires; toutefois, l'état actuel de nos recherches ne nous permet pas encore de proposer une explication vraiment solide du phénomène. Ajoutons que l'action inhibitrice de l'endotoxine sur la diapédèse est passagère: elle ne persiste que pendant les quinze à vingt heures où se maintiennent les effets nocifs généraux du poison (état de prostration, diarrhée, troubles des régulations glycémique et lactacidémique, etc...).

Tant que dure cette inhibition de la diapédèse, les défenses cellulaires ne jouent que très imparfaitement et les bactéries qui ont trouvé spontanément accès dans l'organisme ou qu'on y a expérimentalement inoculées peuvent pulluler sans frein. Cela explique que les animaux intoxiqués par une dose sublétale (quelques centièmes de milligramme pour la souris, quelques dixièmes de milligramme pour le cobaye, etc...), d'une endotoxine quelconque se montrent, en moyenne, bien plus sensibles que les témoins à l'infection par maintes bactéries, à *Gram* négatif ou positif: il suffit, comparativement aux témoins, de beaucoup moins (100 fois, 1.000 fois moins, par exemple) d'individus bactériens d'une souche donnée, pour déclancher une infection mortelle. Par là les endotoxines exercent une action pro-infectieuse, ce sont des agressines au sens que Bail a donné à ce terme.

Une endotoxine, telle qu'elle se libère spontanément des germes à *Gram* négatif durant leur autolyse (elle semble tapisser la surface des corps bactériens) ou telle qu'on peut l'isoler des microbes par voie chimique (méthode à l'acide trichloracétique, par exemple) se présente comme un complexe dans lequel un élément polysaccharidique, responsable de la spécificité, se trouve uni à un élément phospholipidique et aussi à un élément polypeptidique particulier, extraordinairement résistant aux acides et aux enzymes (antigènes glucido-lipidiques de Boivin et Mesrobeanu, qu'on pourrait qualifier de façon plus précise de glucido-lipido-polypeptidiques). Libéré par décomposition chimique ménagée du complexe toxique dans lequel il est engagé, le polysaccharide se montre spécifique mais non toxique et il attire énergiquement les leucocytes. Il en va exactement de même des polysaccharides spécifiques et non toxiques qui, exempts de toute combinaison lipidique ou polypeptidique, existent à la surface de nombreuses bactéries à *Gram* positif (staphylocoque ou pneumocoque par exemple).

Contrairement à ce qu'on avait pensé primitivement, les polysaccharides libres ne sont pas absolument dépourvus de pouvoir antigénique, mais ils

1. Elie METCHNIKOFF, né à Kharkov en 1845, mort à Paris en 1916. Lauréat du Prix Nobel pour ses travaux sur l'Immunité.

2. Y. LEHOULT, M. DELAUNAY, J. PAGÈS, R. SANCHON et R. VENDRELY (Voir de 1941 à 1944 : *Bull. Acad. Méd.*, *C. R. Soc. Biol.*, *Rev. Immunologie*, *Ann. Institut Pasteur*).

3. Une dose sublétale, c'est par exemple un ou quelques dixièmes de milligramme (pour le cobaye). A dose bien plus faible (millième ou dix-millième de milligramme chez le cobaye) une endotoxine n'a plus aucune action inhibitrice sur la diapédèse ; bien au contraire, elle se montre capable d'attirer localement les leucocytes, lorsqu'on l'injecte en un point du derme. Ainsi donc, l'effet d'une endotoxine se renverse totalement lorsqu'on passe des fortes aux faibles doses. On trouve quelques cas analogues en pharmacodynamie.

ne représentent jamais que de fort médiocres antigènes [4]. Au contraire, ils se montrent hautement antigéniques tant qu'ils demeurent fixés à la surface des corps bactériens (germes à *Gram* positif). Quant aux endotoxines, elles s'avèrent puissamment et régulièrement antigéniques, qu'elles soient libres en solution) ou encore fixées aux corps des bactéries à *Gram* négatif. Ces faits nous paraissent susceptibles d'une explication assez simple. On peut penser, avec Pauling, que pour se transformer en un anticorps, une globuline normale doit perdre sa structure secondaire propre et en acquérir une nouvelle, résultant d'un certain moulage de la chaîne polypeptidique sur la molécule d'antigène en cause. De fait, Pauling et Campbell [5] sont récemment parvenus à obtenir la production d'anticorps *in vitro* et sans le concours d'aucune cellule, en soumettant de la globuline normale à des actions dénaturantes ménagées, s'exerçant en présence d'un polysaccharide spécifique de pneumocoque. Or, l'élaboration d'un anticorps, par les cellules réticulo-endothéliales, doit être précédée de la capture, par ces mêmes cellules, du matériel spécifique destiné à servir en quelque sorte de gabarit, pour la mise en forme des molécules de globuline. Dans le cas qui nous occupe, ce matériel spécifique est toujours de nature polysaccharidique. Sa capture s'effectue aisément (par phagocytose) tant que le polysaccharide, engagé ou non en complexe, demeure fixé à des corps bactériens; elle reste aisée (par colloïdopexie) quand il s'agit d'une endotoxine, à cause de la grande taille moléculaire du produit; elle devient, selon l'espèce animale, difficile ou impossible (par colloïdopexie toujours), dans le cas d'un polysaccharide libre, à molécule relativement petite.

Les anticorps qui se forment en réponse aux antigènes polysaccharidiques (polysaccharides libres des bactéries à *Gram* positif et polysaccharides engagés en complexes toxiques des bactéries à *Gram* négatif), les anticorps O des immunologistes, ne sont autres que les opsonines des anciens auteurs. En venant se fixer sur l'antigène polysaccharidique tapissant extérieurement une bactérie, l'anticorps O provoque une modification dans l'état superficiel de cette bactérie, modification encore plus accentuée lorsqu'intervient l'alexine ou complément, qui sans tuer le microbe (du moins dans la majorité des cas [6]), le rend cependant beaucoup plus aisément phagocytable par les leucocytes, les macrophages et les éléments fixés du système réticulo-endothélial. Cela explique comment l'anticorps O peut jouir de propriétés anti-infectieuses, dont la réalité a été démontrée à maintes reprises (en particulier dans notre laboratoire, par Boivin et Mesrobeanu). Dans le cas des germes à endotoxine, l'anticorps O est à la fois une opsonine et une anti-endotoxine qui neutralise l'action nocive générale du poison bactérien et son effet inhibiteur sur la diapédèse. Les anticorps O représentent ainsi les principes actifs des sérums antibactériens. Quant aux antigènes O (ou antigènes somatiques), constitués selon le cas par de simples polysaccharides ou par des polysaccharides combinés à des molécules lipidiques ou polypeptidiques en complexes toxiques (endotoxines), ils forment les principes actifs des vaccins bactériens, comme le vaccin antityphoïdique par exemple. Par contre, les antigènes H ou antigènes flagellaires n'ont à peu près pas de valeur vaccinante et les anticorps correspondants sont pratiquement dépourvus d'action anti-infectieuse : ils ne sensibilisent pas les germes correspondants à la phagocytose.

Ainsi on commence à entrevoir quelques-uns des facteurs chimiques qui conditionnent d'une part l'appel des cellules phagocytaires dans les tissus infectés et d'autre part le degré de sensibilité des bactéries à l'attaque par les divers phagocytes. Mais beaucoup de travail expérimental demeure nécessaire avant que la pleine lumière soit faite sur tous les aspects du conflit mettant aux prises bactéries et organisme, dans les foyers d'infection [7].

4. Leur pouvoir antigénique est à peu près nul chez le lapin ; il est bien plus marqué, encore que limité, chez la souris. Ces différences s'expliquent sans doute par un inégal pouvoir colloïdopexique (à l'égard des polysaccharides) des cellules réticulo-endothéliales formatrices d'anticorps, chez les diverses espèces animales.

5. *Science*, 1942, **95**, 440 et *Journ. exp. Med.*, 1942, **76**, 211.

6. La bactériolyse des germes, par action combinée de l'anticorps O et du complément, est un phénomène exceptionnel, qui ne se produit que chez quelques rares bactéries. L'exemple classique est celui du vibrion cholérique (Phénomène de PFEIFFER). Dans leur immense majorité, les bactéries résistent à la double action de l'anticorps et du complément. Mais toutes se trouvent alors plus ou moins fortement sensibilisées à l'attaque des phagocytes.

7. Bien des problèmes — et de difficiles problèmes — demeurent posés. En veut-on un exemple ? Pourquoi des bacilles du charbon peu virulents déclanchent-ils un abondant afflux local de polynucléaires, alors que les formes hautement virulentes du même germe ne provoquent qu'un œdème très pauvre en cellules blanches ? Et que dire de l'inflammation tuberculeuse, qui soulève de complexes questions dont la plupart attendent encore une solution vraiment solide (origine et signification des cellules épithélioïdes et des cellules géantes, etc....) ?

SUR LE MÉCANISME PHYSIOLOGIQUE DES ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX

PAR MM.

Jean-Louis PARROT, Charles DEBRAY et Gabriel RICHET

(Paris)

Des injections répétées d'histamine provoquent, chez diverses espèces animales, des érosions gastriques, et même, si l'action de cette substance est longtemps poursuivie, de véritables ulcères gastro-duodénaux. L'histamine agit ici par l'intermédiaire de la sécrétion gastrique qu'elle provoque, et qui est douée d'un pouvoir peptique élevé: la preuve en est que chez un animal gastrectomisé elle ne détermine plus d'ulcères duodénaux (1). Il était naturel de se demander si la même substance n'intervient pas dans le mécanisme de l'ulcère gastro-duodénal tel qu'il apparaît chez l'homme. Cette hypothèse nous a amenés à entreprendre trois ordres de recherches: étude de l'histaminémie chez l'homme ulcéreux ; essai thérapeutique par un antagoniste de l'histamine; enfin, comme il est possible de reproduire chez le chien un ulcère semblable à celui de l'homme par des ingestions de cinchophène, nous avons étudié l'histaminémie au cours de cet ulcère expérimental (2).

* * *

Chez l'homme, nos recherches ont porté sur 26 malades (22 hommes, 4 femmes) étudiés pendant plusieurs mois, un an et demi dans certains cas. Nous avons cru préférable, en effet, d'observer peu de malades, mais de les étudier complètement et de les suivre longtemps. 13 étaient atteints d'ulcère gastrique, 12 d'ulcère duodénal ; enfin, l'un d'eux présentait un ulcère double, gastrique et duodénal : les ulcères gastriques, qui furent presque tous examinés par endoscopie, siégeaient à la partie moyenne de la petite courbure, sauf un qui était localisé au pylore ; tous ces ulcères ont eu une évolution franche, aiguë. Les malades étaient soumis à divers traitements (alcalins, belladone) mais nous avons évité les injections d'histamine ou d'histidine ; certains malades traités par un antagoniste de l'histamine ont été secondairement éliminés de cette étude ; notons que ce traitement n'empêche pas de constater une histaminémie élevée.

L'histamine a été dosée selon la méthode de Barsoum et Gaddum modifiée par Code (3). Nous exprimerons les résultats en millièmes de milligrammes (γ) de dichlorhydrate d'histamine par litre de sang total : les chiffres normaux sont compris entre 40 et 60.

Pendant les périodes douloureuses (fig. 1) l'histaminémie est 4 à 30 fois plus élevée que chez un sujet normal. Voici quelques chiffres correspondant à des malades différents en pleine période douloureuse: 150 γ, 180 γ, 180 γ, 200 γ, 200 à 800 γ, 300 à 700 γ, 400 γ, 650 γ, 700 γ, 1.100 γ, 1.350 γ, 1.500 γ. La moyenne est de 650 γ, soit environ 10 fois le taux normal. Sur 13 de nos malades observés en poussée, cette hyperhistaminémie a été constatée chez 12 d'entre eux. Sa valeur est à peu près la même pour l'ulcère gastrique (moyenne: 590 γ) et pour l'ulcère duodénal (moyenne: 660 γ).

Loin des périodes douloureuses, chez ces mêmes malades, l'histaminémie est normale. Le chiffre le plus élevé que nous ayons trouvé alors fut en effet de 70 γ. L'hyperhistaminémie est donc liée à la poussée évolutive de l'ulcère; elle prend place parmi les symptômes de celle-ci. Elle est très élevée (10 fois la valeur normale) et très fréquente (12 fois sur 13). Il est possible qu'elle possède une certaine valeur diagnostique.

Mais quelle est sa signification physiologique ? Est-elle en relation avec la cause de la poussée évolutive ? Précède-t-elle les manifestations cliniques ? Nous avons pu, dans 2 cas, évaluer l'histaminémie plusieurs jours avant le début clinique: chez l'un de ces malades, quinze jours avant la période douloureuse, l'histaminémie s'élevait déjà à 160 γ. Chez l'autre, l'histaminémie était d'abord normale à 60 γ, puis elle s'élevait à 120 γ une semaine plus tard, et la semaine suivante la période douloureuse survenait. L'histamine sanguine s'élève donc plusieurs jours avant le début de la période douloureuse; elle atteint ses valeurs les plus élevées dès les premiers jours de celle-ci; et, sauf quelques exceptions, elle revient à la normale avant la fin des manifestations cliniques.

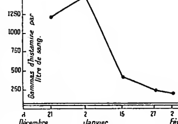


Fig. 1.



Fig. 2.

Fig. 3

Fig. 1. — *Taux de l'histamine sanguine au cours d'une période douloureuse.* M. Fr..., 46 ans. Ulcère de la petite courbure. Les douleurs débutent le 11 Décembre 1942 et vont s'atténuant jusqu'au 2 Février 1943.

Fig. 2. — *Après gastrectomie, l'histamine sanguine continue à présenter des élévations périodiques, en l'absence de toute crise douloureuse.* Même malade; gastrectomie partielle le 3 Février 1943.

Fig. 3. — *Elévation de l'histaminémie sous l'influence de l'atophan.* Chien ♂ 13 kg. Chaque jour marqué d'une flèche, l'animal reçoit 150 mg. de cinchophène par kilogramme. Chaque jour marqué d'un G, un examen gastroscopique est pratiqué. Histamine en trait plein. Nouvelle substance (5) en trait discontinu.

Sur ces 3 graphiques les quantités d'histamine sont exprimées en dichlorhydrate par litre de sang et inscrites en ordonnées. Les 2 lignes parallèles indiquent approximativement les limites de l'histaminémie normale (40 à 60 γ) chez l'homme.

Ces faits ont été confirmés par des recherches sur ulcère expérimental du chien provoqué par l'ingestion 'acide phényl (2) cinchoninique (cinchophène), à raison le 100 à 200 mg. par jour et par kilogramme : l'ulcère insi réalisée s'accompagne aussi d'hyperhistaminémie (4) fig. 3], ce qui accroît encore sa ressemblance avec la naladie humaine. C'est après deux semaines de traitement par le cinchophène que l'histamine sanguine croît brusquement, passant de 50 γ à 175 γ par litre ; et le même our, l'examen gastroscopique, qui est périodiquement pratiqué, révèle les premières lésions de la muqueuse gastrique : ce sont de petites taches purpuriques larges de à 5 mm. Au bout de quelques jours, elles font place des ulcérations dont certaines se transformeront en éritables ulcères.

L'hyperhistaminémie des ulcères va de pair chez 'homme comme chez l'animal avec l'enrichissement du ang en une nouvelle substance hypotensive dont nous vons défini les caractères et établi la technique de doage (5). La courbe qu'elle dessine est généralement plus ardive que celle de l'histamine.

Il existe donc une phase préclinique. Celle-ci est narquée par une modification générale, l'hyperistaminémie, et par une modification locale, la ésion vasculaire de la muqueuse gastrique. Il est rès vraisemblable que l'histamine est la cause de celle-ci, car c'est précisément une telle lésion que 'histamine détermine lorsqu'elle est injectée dans me artère afférente du tube digestif (6). La lésion tant ainsi amorcée, le suc gastrique, sécrété en xcès, attaque la muqueuse en ce point de moindre ésistance ; l'ulcération se constitue alors, et les louleurs apparaissent. Ainsi l'action de l'histamine paraît double : elle amoindrit la résistance de la paroi en constituant une lésion hémorragique, elle accroît l'attaque chimique en stimulant la sécrétion gastrique.

Nous avons vu que la cause de l'hyperhistaminémie existe dès la phase préclinique de la poussée ; on peut affirmer en outre qu'elle se situe en dehors de la lésion ulcéreuse. En effet, des séries le dosages nous ont montré que, après ablation de a lésion ulcéreuse, même après une gastrectomie qui intéresse les 2/3 de l'estomac, il existe encore chez ces malades des poussées importantes d'hyperhistaminémie (fig. 2) ; si elles n'ont plus désormais aucune action sur l'estomac, c'est que la gastrectomie a supprimé le mécanisme de la sécrétion chlorhydropeptique. Mais la cause de la maladie est en dehors de la lésion ; elle n'a pas été supprimée par une gastrectomie partielle.

Quant au mode d'action de l'histamine sur la paroi gastrique, il est vraisemblable qu'elle excite la terminaison de certaines fibres vaso-dilatatrices venant des racines postérieures et mises en jeu par réflexe d'axône ; c'est ainsi, croyons-nous (7), qu'elle agit sur la peau. Une histaminémie aussi élevée devrait, semble-t-il, déterminer des manifestations générales importantes. Il existe bien une certaine vaso-dilatation périphérique chez l'ulcéreux (8) et l'hypotension artérielle est fréquente chez lui ; mais en réalité ces manifestations sont sans proportion avec la grandeur de l'histaminémie : c'est sans doute parce que, ainsi que des recherches en cours nous le montrent, la plus grande part de l'histamine s'est fixée sur les globules et ne peut plus être actuellement efficace, alors que l'hyperhistaminémie des chocs est exclusivement plasmatique (9).

*
* *

En somme, l'intervention de l'histamine dans le mécanisme de la poussée ulcéreuse n'est qu'un chaînon dans une suite de phénomènes. Ceux qui précèdent nous sont encore inconnus, ceux qui suivent comprennent vraisemblablement l'intervention de certains nerfs gastriques et la libération d'un corps hypotenseur (5). Nous pouvons alors formuler quelques déductions pratiques.

Examinons d'abord le *facteur nerveux :* si l'histamine agit principalement en excitant certains nerfs, une excitation quelconque de ces mêmes nerfs sera capable de provoquer un ulcère gastrique, à condition de s'exercer pendant un temps suffisant ; et dans ce cas naturellement il n'y aura pas hyperhistaminémie. Cette possibilité théorique se trouve peut-être réalisée par certains types d'ulcères :

Ainsi l'un de nos malades, âgé de 46 ans, était atteint d'un ulcère double, gastrique et duodénal ; l'évolution fut progressive, sans poussées successives, rebelle au traitement médical et, au bout de quelques mois, il fallut recourir à la gastrectomie. Celle-ci révéla, autour d'un vaste ulcère gastrique en pleine évolution, une *neuro-fibromatose accusée* avec de très importantes lésions vasculaires. Or, c'est le seul de nos malades dont l'histaminémie ne cessa pas d'être normale.

Ce facteur nerveux de l'ulcère, qui serait ainsi plus constant que le facteur histaminique, justifierait deux actes thérapeutiques : l'anesthésie locale de la muqueuse gastrique pratiquée avec succès par Bayer (9), l'anesthésie ou la section du splanchnique employée par divers auteurs récemment (Leriche, Périer, Albot, Mme Parturier-Lannegrace).

Du nouveau *facteur hypotenseur*, nous savons que son action est inhibée par l'atropine (5), médication classique de l'ulcère.

Enfin, le rôle de l'histamine entraîne diverses conséquences. Rappelons que, en général, l'emploi thérapeutique de *l'histaminase*, diastase détruisant l'histamine, n'a pas donné de bons résultats. Par contre, dans la thérapeutique de l'ulcère, l'histamine aurait une certaine efficacité (Lambling, F. Moutier, A. Girault, etc.). Ce fait paradoxal pourrait s'expliquer parce que les doses thérapeutiques sont très faibles et qu'elles aboutissent vraisemblablement à supprimer l'action de l'histamine. En effet, un organisme qui reçoit des doses faibles mais progressivement croissantes d'histamine réagit de moins en moins à celles-ci, et parvient à supporter des quantités qui équivalent à plusieurs doses mortelles. Chez l'homme, Schiff, Dorrmann et Tahl (11) ont montré que de petites quantités d'histamine, lorsqu'elles sont injectées quotidiennement, cessent bientôt d'agir sur la sécrétion chlorhydrique de l'estomac, et qu'elles peuvent même au bout de plusieurs mois, provoquer une achlorhydrie transitoire. On peut même se demander si ce n'est pas l'histamine qui agit dans divers produits (extraits hypophysaires ou parathyroïdiens, préparations d'insuline, autolysats microbiens, préparations d'histidine, etc.) qui ont été employés avec des succès variables contre l'ulcère.

Enfin, nous avons traité les ulcères par des antagonistes de l'histamine tels que le 2339 RP (antergan ou chlorhydrate de la N-diméthylamino-N-benzylaniline) ; nous avons obtenu des améliorations fonctionnelles très importantes ; mais ces résultats n'ont pas été constants ; certains ont été incomplets.

Cette irrégularité ne doit pas surprendre : le mécanisme de la maladie ulcéreuse est complexe et divers, et l'intervention de l'histamine ne saurait en fournir une explication simple et complète. Du moins, l'hyperhistaminémie de la poussée évolutive est un fait qui nous donne prise sur l'enchaînement de ses causes, et qui permet de poser correctement le problème. Ce que nous ignorons est mieux délimité : il s'agit de savoir quelle est l'origine de cette hyperhistaminémie.

(Laboratoire d'Hydrologie expérimentale de la Faculté [Prof. Maurice Chiray].)
(Laboratoire de Physiologie de l'Hôpital Boucicaut [Dr J. Tinel].)

BIBLIOGRAPHIE

(1) R. L. Vario, C. F. Code, S. H. Walpole et O. H. Wangensteen : *Am. J. of Physiol.*, 1941, **133**, Proc. 475. — (2) J. L. Parrot, Ch. Debray et G. Richet : *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 1943, an. 59, s. 3, 61-63. Voir aussi R. Cachera. *Ibid.* 162 et Guichard, Roche et Moinecourt : *Soc. Méd. des Hôp. de Lyon* du 23 Mai 1943. — (3) Code : *Journ. of. physiol.*, 1937, **89**, 257-268. — (4) J. L. Parrot, Ch. Debray et G. Richet : *C. R. de la Soc. de Biol.*, 1943, **137**, 729. — (5) J. L. Parrot et G. Richet : *C. R. de l'Ac. des Sc.*, 1943, **217**, 580. — (6) G. Ungar, X. J. Contiades et A. Grossiord : *C. R. de la Soc. de Biol.*, 1935, **120**, 328. — (7) J. L. Parrot : *C. R. de la Soc. de Biol.*, 1942, **136**, 715 et J. L. Parrot et J. Lefebvre : *Ibid.*, 1943, **137**, 316. — (8) Z. Nothhaas : *Ztschr. für exp. Med.*, 1941, **108**, 207-222. — (9) J. Tinel, G. Ungar et J. L. Parrot : *C. R. de la Soc. de Biol.*, 1938, **129**, 267. — (10) Bayer : *Zentralbl. f. innere Mediz.*, 1937, **58**, 585-598. — (11) L. Schiff, C. Dorrmann et T. Tahl : *Arch. of. intern. Médic.*, 1938, **61**, 774-780.

CARACTÈRE RÉVERSIBLE DES INSUFFISANCES RESPIRATOIRES PERMANENTES

APPAREMMENT SUBORDONNÉES A UN SUBSTRATUM ORGANIQUE INDÉLÉBILE

PAR

Robert TIFFENEAU
et Marcelle BEAUVALLET

(Paris)

La distinction nosologique qu'il est d'usage d'établir entre les dyspnées paroxystiques et les dyspnées permanentes s'accorde généralement dans l'esprit du clinicien, avec une distinction pathogénique. Les dyspnées paroxystiques, du fait de leur caractère réversible sont attribuées à un trouble fonctionnel, le bronchospasme, tandis que par leur irréversibilité, les dyspnées permanentes s'apparentent à un trouble organique.

C'est ainsi que l'expression de « sclérose pulmonaire » est couramment employée, tant dans le langage médical français que dans la littérature étrangère, pour désigner les affections respiratoires chroniques dont la dyspnée permanente constitue le trouble dominant.

Sans doute cette appellation est parfois justifiée par des critères physiques et surtout radiologiques indiscutables ; mais il convient toutefois de reconnaître que le diagnostic de l'organicité lésionnelle repose le plus souvent sur la simple appréciation du caractère permanent d'un trouble respiratoire.

C'est donc le plus souvent par des arguments interprétatifs que l'on établit le diagnostic de sclérose pulmonaire et que l'on conclut à l'origine organique d'une dyspnée permanente. Une telle conclusion risque de se trouver infirmée soit par des techniques d'investigation plus parfaites, soit par l'apport d'armes thérapeutiques nouvelles.

Ainsi l'emploi des puissants broncho-dilatateurs que sont certaines phénylamines synthétiques, leur administration directe par la voie respiratoire sous forme d'aérosols, réalisant une concentration médicamenteuse broncho-alvéolaire beaucoup plus grande que par les autres voies d'administration, nous a fait connaître de nombreux cas dans lesquels l'attribution d'un état dyspnéique permanent et apparemment définitif à une sclérose broncho-pulmonaire indélébile s'est avérée inexacte en raison de la disparition complète ou partielle de ce trouble respiratoire après un traitement broncho-dilatateur. Nous rapporterons d'abord quelques-uns de ces cas relevés parmi une centaine d'observations identiques, puis nous exposerons quelles sont les déductions que comporte la connaissance de tels faits.

*
* *

Observation I. — M. Per..., 37 ans. Bronchopneumonie à l'âge de 3 ans. Depuis cette époque, bronchites hivernales fréquentes. A 30 ans apparition d'une dyspnée d'effort d'abord transitoire, ne survenant qu'à certaines périodes, puis permanente. Depuis l'âge de 35 ans cette dyspnée d'effort revêt une telle intensité que le malade ne peut mener une vie active ; le seul fait de monter un étage provoque une réaction polypnéique. Dyspnée de décubitus ; utilise deux oreillers pour dormir. Prisonnier en 1940, il a été rapatrié en 1943 avec le diagnostic « d'emphysème et asthme chronique ». A l'auscultation, râles sibilants diffus. Capacité pulmonaire vitale 2 litres. Après inhalation d'un aérosol bronchodilatateur la capacité pulmonaire vitale atteint aussitôt 2 l. 800. Soumis à un traitement par aérosol d'éphédrine et d'atropine les troubles respiratoires disparaissent presque complètement. Il n'y a plus de dyspnée de décubitus, le malade peut reprendre une vie active, monter des escaliers, porter un fardeau sans éprouver de gêne respiratoire.

Observation II. — M. Dub..., 57 ans. Ce malade présente une insuffisance respiratoire permanente depuis 5 ans. A 29 ans, intoxication par gaz de combat (ypérite). Depuis cette époque bronchites fréquentes avec toux et expectoration. Dyspnée d'effort depuis l'âge de 50 ans ayant acquis peu après un caractère permanent. Actuellement gêne respiratoire importante aux moindres

efforts qui provoquent parfois une véritable crise de suffocation. Elargissement antéro-postérieur du thorax, légère scoliose vertébrale, expiration prolongée sifflante. Accentuation des images radiologiques broncho-vasculaires. Capacité pulmonaire vitale 2 l. 900. Après aérosols d'alcudrine cette capacité s'accroît de 0 l. 750. Régression rapide de la dyspnée après traitement par aérosols broncho-dilatateurs. Un mois après le début du traitement il ne persiste plus qu'une gêne respiratoire après des efforts importants (montée rapide de plusieurs étages).

Observation III. — M. Co... Ce malade âgé de 58 ans présente depuis le jeune âge un coryza spasmodique. A 38 ans, apparition de crises d'asthme d'abord discontinues et très violentes puis plus fréquentes et moins intenses. Depuis deux ans l'insuffisance respiratoire est permanente et se traduit par les symptômes suivants. Gène respiratoire après les repas, au décubitus, au réveil et aux efforts (dyspnée à la montée de deux étages). Deux à trois crises de suffocation chaque nuit. Râles roulants et sibilants aux deux temps de la respiration mais surtout à l'expiration qui est particulièrement prolongée. Densification bronchique radiologique des hiles et des bases. Capacité pulmonaire 2 l. 200 ; après inhalation d'un aérosol d'alcudrine la capacité atteint 3 l. 100. Après traitement par aérosols broncho-dilatateurs, les crises de suffocations nocturnes disparaissent, il ne persiste qu'une légère dyspnée aux efforts importants.

Ainsi sous l'influence des aérosols broncho-dilatateurs, certaines dyspnées permanentes qu'il est d'usage d'attribuer à une lésion broncho-pulmonaire indélébile peuvent régresser et parfois même disparaître complètement.

En conséquence on ne peut manquer de se demander si ces états dyspnéiques sont intégralement liés à un substratum lésionnel organique. Sans doute, dans un travail antérieur relatant nos premières constatations [1], nous avions admis selon la conception classique que le substratum lésionnel de ces états est un processus de sclérose pulmonaire et nous avions dû supposer que la réaction scléreuse pouvait être rompue par la puissante action bronchorelaxatrice des aérosols sympathomimétiques. Sans doute aussi, en transportant dans le domaine pathologique l'hypothèse formulée par Dautrebande [2] chez le sujet normal, pourrait-on invoquer la mise en jeu, en quelque sorte compensatrice de territoires respiratoires qui normalement ne participent pas à la respiration et que l'on pourrait hypothétiquement considérer comme indemnes.

En réalité l'intervention d'une sclérose pulmonaire n'est pas indispensable pour expliquer le caractère durable de ces dyspnées à évolution prolongée, pas plus que la régression de celles-ci n'implique nécessairement la rupture de cette sclérose ou l'intervention d'un processus compensateur.

Il est probable en effet que l'armature conjonctivo-fibreuse des canalisations broncho-alvéolaires confère à celles-ci une certaine « plasticité » et qu'ainsi des modifications du calibre bronchique engendrées par des processus divers peuvent conserver à la longue un caractère durable sinon permanent sans qu'il s'agisse, à proprement parler, d'un processus indélébile de sclérose. Convient-il de rapprocher de cette hypothèse certains faits que nous offre la pathologie digestive? Les méga-œsophages et les méga-côlons sont en effet des exemples d'organes de transit subissant des modifications de calibre réversible.

Selon cette conception un processus inflammatoire chronique ou encore des assauts broncho-spasmodiques réitérés pourraient entraîner à longue échéance une réduction durable du calibre des canalisations aériennes terminales, tandis qu'inversement une intervention de la musculature bronchique s'exerçant de façon énergique et répétée dans le sens du relâchement pourrait ramener en permanence les canalisations à leur calibre normal.

Quoi qu'il en soit, les observations ci-dessus relatées montrent qu'une dyspnée chronique ne peut être rapportée à une lésion organique indélébile du seul fait du caractère permanent de cette dyspnée et de sa persistance depuis des mois ou même des années.

Sans doute la sclérose pulmonaire constitue-t-elle une entité anatomique tangible. Sans doute aussi certains symptômes, tels surtout les images radiologiques de fibrose, apportent-ils une notion d'organicité solide.

Mais, ni l'existence de lésions anatomiques scléreuses, ni la constatation d'images radiologiques de fibrose ne doivent permettre d'attribuer à de tels processus lésionnels une insuffisance respiratoire même lorsque cette dernière, par sa permanence sa longue durée, son invariabilité, semble revêtir tous les attributs d'un état indélébile.

Le traitement par les aérosols broncho-dilatateurs montre en effet que de telles insuffisances respiratoires, malgré leur irréversibilité apparente, peuvent être curables ou améliorables et donc en totalité ou en partie indépendantes d'une lésion organique pulmonaire.

L'épreuve de l'augmentation de la capacité pulmonaire vitale après inhalation d'aérosols broncho-dilatateurs, en fixant, dans une investigation rapide, la part réversible et la part irréversible d'une insuffisance respiratoire, apporte des précisions nouvelles non seulement au diagnostic mais aussi au pronostic de ces états.

(*Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu.*
[Prof. N. Fiessinger].)

1. R. Tiffeneau : *Paris Médical*, 1943, **33**, 46-48.

2. Dautrebande et Philippot : *La Presse Médicale*, 1941, **49**, 942-946.

SOCIÉTÉS DE PARIS

ACADÉMIE DE MÉDECINE

17 avril 1945.

Utilisation du sang conservé après addition secondaire d'hyposulfite de soude. — MM. **L. Binet** et **Strumza** montrent que dans des conditions expérimentales déterminées, le sang conservé est toléré par le chien chloralosé jusqu'au 8e jour ; plus tard, l'injection rapide peut déclencher une hypotension accentuée parfois mortelle ; la dilution avec une solution chlorurée, bicarbonatée et hyposulfitée sodique d'un sang qui, employé pur, est nocif, fait disparaître sa nocivité. L'hyposulfite de sodium additionné à du sang conservé nocif, contribue à atténuer sa nocivité mais dans une mesure bien moindre que sa dilution.

Traitement des lésions oculaires de la lèpre. — M. **Chorine** montre que les injections péri-orbitaires d'une solution concentrée de sulfamide guérissent rapidement les lésions superficielles récentes du globe oculaire et n'arrêtent que plus tardivement les lésions profondes. Ce traitement agit également sur la rhinite lépreuse, les infiltrations cutanées et les nodules du visage ; la guérison des rhinites lépreuses a une importance considérable du point de vue prophylactique, les ulcères de la muqueuse nasale jouant un rôle de premier plan dans l'émission des bacilles hors de l'organisme.

Un principe fondamental en hygiène de l'habitation. — M. **Besson** préconise le principe de l'unité : 1° unité de vues, c'est-à-dire effort pour rechercher les éléments affectant l'hygiène et la salubrité des locaux d'habitation, apprécier l'influence de ces facteurs en fonction de la santé des occupants, édicter des préceptes et les faire appliquer ; 2° unité de doctrine pour faire prévaloir la souveraineté de l'idée biologique, ce qui devrait être la charte fondamentale de tous les hygiénistes ; 3° unité d'action afin de provoquer entre tous les artisans de la maison salubre la conjonction d'efforts indispensable.

Cancer du rectum et radiothérapie de contact. — MM. **P. Lamarque** et **Ch. Gros** ont appliqué dans le cancer du rectum la radiothérapie de contact qui avait donné à Chaoul des résultats très intéressants ; leur technique est un peu différente de celle de cet auteur : irradiations hebdomadaires de 6.000 à 8.000 r. pouvant être répétées jusqu'à cinq fois, localisateur rectal introduit après anesthésie épidurale, distance des lésions au foyer variant de 2 à 4 *cm.* ; ils associent à la radiothérapie de contact la radiothérapie pénétrante et soumettent souvent au préalable les bourgeons trop exhubérans à la diathermo-coagulation. Les résultats ont été si satisfaisants que les auteurs pensent pouvoir les rapporter sans attendre le recul de 5 années exigé pour consacrer une thérapeutique anticancéreuse. 15 malades atteints de cancer du rectum ont été examinés au centre de Montpellier en 1944 ; 14 avaient largement dépassé le stade chirurgical ; 4 n'ont pas été irradiés car ils présentaient des propagations trop étendues aux organes voisins ; 2 ont eu leur traitement interrompu par des affections intercurrentes ; 9 malades ont été complètement traités ; leurs tumeurs ont disparu, l'état général s'est amélioré et des biopsies répétées après traitement ont été négatives.

Actions antihormonales et actions prohormonales. — M. **H. Simonnet** montre que l'analyse du mode d'action des hormones met en évidence deux phénomènes antagonistes : 1° la production d'antihormones qui paraît propre à certaines hormones protidiques dont elle révèle la structure complexe (groupe prosthétique spécifiquement hormonal et protéine) ; 2° la production d'actions prohormonales ; ces dernières peuvent être obtenues dans des conditions variées : injections répétées d'hormone, administration de sels métalliques, de protéines animales ou végétales. Le groupe prosthétique est commun aux divers espèces, tandis que la protéine est caractéristique de chacune d'elles ; les principes hypophysaires endocrinotropes sont de nature diastasique et exercent leur action sur un substrat jouant le rôle de prohormone.

A propos du métabolisme de la cellule ovarienne. — M. **Piettre.**

Election d'un correspondant national dans la Ve division (Médecine vétérinaire). — M. **Desliens** (Châtillon-sur-Seine) est élu par 43 voix contre 13 à M. Balozet (Tunis) et 2 à M. Conte (Montpellier).

Lucien Rouquès.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

13 Avril 1945.

Kyste gazeux congénital ; emphysème obstructif ou emphysème atrophique ? — MM. **P. Jacob** et **Alison** présentent l'observation d'un homme de 42 ans, porteur d'une bulle géante occupant la moitié inférieure du poumon droit et ayant présenté des crises dramatiques de dyspnée paroxystique. Contrairement à une présentation antérieurement faite par un autre service, ils n'ont trouvé aucune obstruction bronchique. L'examen nécropsique leur a montré qu'outre la bulle géante d'emphysème, le malade était atteint d'emphysème diffus bilatéral avec sclérose pulmonaire. Il s'agissait donc d'un emphysème atrophique.

— M. **Even** estime que l'emphysème obstructif n'est pas une rareté. Les deux hypothèses ne sont d'ailleurs pas inconciliables.

Il n'est pas nécessaire de faire intervenir une erreur d'interprétation, difficile à admettre ; il peut très bien s'agir d'un emphysème obstructif chez un malade présentant par ailleurs des lésions d'emphysème diffus : que l'image kystique soit parfois irréversible après la levée de l'obstacle, c'est un fait bien connu. Qu'il n'y ait pas trace d'une néoformation bénigne extirpée depuis deux ans, rien non plus de surprenant.

— M. **Jacob** maintient que les constatations nécropsiques doivent faire éliminer l'emphysème obstructif.

Erythroblastose diagnostiquée grâce à la ponction splénique. — MM. **Zarakovitch** et **Jaïs**, chez un malade présentant une splénomégalie avec une formule sanguine rappelant une leucémie myéloïde, ont pu écarter ce diagnostic grâce au splénogramme, qui a montré une érythroblastose.

Image arrondie thoracique ayant simulé un infiltrat rond. Neurinome antérieur vraisemblable au cours d'une maladie de Recklinghausen. — MM. **E. Bernard, J. Weill** et **J. Vallin** présentent l'observation d'un homme de 45 ans adressé à l'hôpital pour une image suspecte du poumon gauche. A cause de cette image ce malade a fait un séjour en sanatorium. C'est une image ronde et sous-claviculaire, du volume d'une prune, qui a dû être prise pour un infiltrat rond. En réalité, les contours très nets et l'opacité dense très homogène évoquent une image tumorale. Un examen radiologique de profil la montre accolée à la paroi costale antérieure, l'insufflation de la plèvre la montre extra-pulmonaire. La côte de voisinage est un peu altérée. Or, le malade est atteint d'une neuro-fibromatose de Recklinghausen. Et cette image traduit vraisemblablement un neurinome antérieur développé aux dépens d'un nerf intercostal. Les neurinomes antérieurs sont exceptionnels. L'ablation de cette tumeur serait facile vu sa localisation, mais les auteurs préfèrent s'abstenir, compte tenu des transformations sarcomateuses qui, après intervention sur un neuro-fibrome, ont été souvent observées au niveau d'un autre élément tumoral du Recklinghausen.

— M. **Flandin** met en garde, dans les cas de ce genre, contre toute intervention qui peut provoquer une transformation maligne, même à distance.

Cardiopathie congénitale ; rétrécissement de l'isthme de l'aorte. — MM. **Zarakovitch** et **Jaïs.**

P.-L. Marie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

14 Avril 1945.

Essais de thérapeutique non spécifique du scorbut expérimental, chez le cobaye. — M. **P. Chauchard**, Mme **H. Mazoué** et M. **R. Lecoq** montrent que la thérapeutique acidifiante (par l'acide phosphorique et la vitamine D) n'apporte dans le scorbut du cobaye qu'une correction des troubles neuro-musculaires, sans pour cela entraîner de changement dans l'évolution de la maladie, ce qui conduit à penser que les troubles neuro-musculaires ne sont point ici primitifs. La suppression du lactate de calcium du régime, l'acétate de désoxycorticostérone et l'extrait corticosurrénal n'ont par ailleurs qu'une influence passagère sur les mêmes troubles. Ces échecs ne préjugent en rien l'action des thérapeutiques identiques dans le scorbut transitoire du rat et le scorbut de l'homme, où d'autres facteurs interviennent.

Augmentation de l'acide pyruvique du sang sous l'influence de l'effort musculaire. — MM. **H. Goutelle, M. Bachet** et Mlle **Ch. Marnay.** Après effort musculaire, on constate une augmentation passagère de l'acide pyruvique du sang.

Détermination biologique de l'histamine en présence de l'histidine. — MM. **B.-N. Halpern** et **F. Walthert** soulignent que les dosages d'histamine en présence d'histidine sont inexacts, car l'histidine exerce une action inhibitrice propre sur l'iléon de cobaye, utilisé comme réactif pour le dosage de l'histamine. Les auteurs ont déterminé expérimentalement les relations quantitatives des doses antagonistes de ces deux substances et ont établi une équation mathématique qui permet de calculer aisément le taux réel d'histamine dans une solution contenant de l'histidine.

Sur le pouvoir néorosant de l'exotoxine staphylococcique et de l'endotoxine typhique observé comparativement « in vivo » et « in vitro ». — MM. **A. Delaunay** et **E. Lasfargues.** La toxine staphylococcique jouit d'un pouvoir nécrosant très marqué qui se manifeste non seulement *in vivo* mais encore sur les tissus mis en culture d'après la méthode de Carrel. L'endotoxine typhique, sans exercer une action nécrosante aussi brutale, se montre cependant capable de diminuer nettement la vitalité des tissus cultivés *in vitro.* On peut donc admettre que les nécroses observées localement dans l'organisme après injection de cette toxine sont le résultat d'une action directe du poison, plutôt que le fait de troubles ischémiques locaux.

Erratum à la séance du 24 Mars 1945.

Le syndrome biologique de l'encéphalographie gazeuse. — MM. **Jean Delay, A. Soulairac** et **P. Desclaux.** Dans le résumé de cette communication, p. 177, n° du 7 Avril 1945), 3e colonne, dernière ligne, *lire :* « hyperglycémie » *au lieu de :* hypoglycémie.

A. Escalier.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS

1er Février 1945.

Etude expérimentale de la réparation rénale après lésion aseptique. — M. **R. Leroux** et Mme **E. Vermès.** La brûlure d'électrocautère sur le rein de rat a été étudiée depuis la deuxième heure jusqu'au 173e jour. A la douzième heure apparaît une lésion secondaire infarctoïde qui tire son origine des lésions vasculaires dues à la brûlure. Puis la cicatrisation se fait progressivement, entraînant un aspect de néphrite interstitielle chronique partielle au voisinage immédiat de la cicatrice ainsi que l'apparition de cellules géantes conjonctives et épithéliales, de pigment ferrugineux et d'infiltrations lipo-lipoïdiques. Ces recherches confirment l'innocuité de la biopsie du rein en clinique humaine.

Angiome utérin. — MM. **Bret** et **Duperrat.** Chez une femme de 40 ans l'apparition de très abondantes métrorragies fait pratiquer une hystérographie qui montre une augmentation de la corne gauche, puis, très rapidement, et alors que la pression était inférieure à 15 *cm.* de Hg, une imprégnation vasculaire étendue du paramètre gauche. On intervient avec le diagnostic d'épithélioma. A l'ouverture de l'utérus on découvre une petite tumeur de la taille d'une lentille qui s'avère être un angiome capillaire. Il est logique d'admettre que celui-ci a constitué une porte d'entrée pour le lipiodol et ainsi s'explique cette importante injection des vaisseaux péri-utérins, contrastant avec une pression aussi faible.

Rupture utérine après ligamentopexie isthmique à la soie. — MM. **Bret, Duperrat** et **Deplus.** Une femme de 35 ans, 3e pare, est césarisée à 8 mois avec le diagnostic d'insertion basse du placenta. On trouve une bride grosse comme un crayon étendue entre le péritoine pariétal et la partie basse de la face antérieure de l'utérus et, à droite de l'insertion utérine de celle-ci, une solution de continuité du myomètre où apparaît, sous la séreuse, un tissu rougeâtre lobulé qui est le placenta. La découverte d'un nœud de fil de soie dans la paroi abdominale signait une ancienne hystéropexie isthmique responsable d' « éventration utérine » dont les conséquences auraient pu être fâcheuses.

1er Mars.

Infection staphylococcique du rein. Un exemple de vrai botryomycome. — M. **P. Moulonguet** et Mlle **Gasne.** Magron a décrit des « grains » stimulant les mycoses et dus au staphylocoque : on n'en connaît en clinique humaine que 4 exemples, tous osseux. Dans le cas présent, il s'agissait d'une suppuration rénale découverte à l'autopsie d'un homme mort de septicémie à staphylocoques. Sur les coupes de ce rein, en plein tissu de granulation, on voit des grains semblables à ceux de l'actinomycose, polycycliques, frangés, constitués par des cocci Gram-positif alternant avec des plages acidophiles amorphes, mais dépourvus de véritables massues.

Syndrome douloureux de la fosse iliaque droite chez une femme enceinte. Dextroposition du côlon descendant et de l'S iliaque. — MM. **Bret** et **Deplus.** Au cours du 5e mois de la gestation, de vives douleurs iliaques droites font faire une laparotomie qui trouve le côlon gauche en dextroposition, le cæcum partiellement volvulé et l'appendice en situation sous-hépatique. Guérison clinique à la suite de la seule intervention exploratrice.

Technique histologique nouvelle, son application aux tissus osseux. — MM. **R. Leroux** et **M. Champeau.** Cette technique consiste à inclure en paraffine des blocs osseux *non décalcifiés* (fixés suivant les procédés ordinaires) puis à en polir la surface sur une pierre de grains demi-fins arrosée d'alcool à 95°. Après rinçage au jet d'eau on termine le polissage sur une pierre à rasoir du grain le plus fin possible. Il faut qu'à jour frisant la surface soit lisse et brillante et les régions dures doivent se trouver de niveau avec les parties molles. On procède ensuite à la coloration *sans aucun déparaffinage,* et l'expérience prouve que les colorants imprègnent très bien la couche cellulaire superficielle et celle-là seulement. Il est dès lors possible d'étudier la pièce à l'ultropak avec une extrême précision dans les détails. L'intérêt considérable d'une telle technique est de permettre l'étude non seulement des pièces mi-dures mi-molles, mais encore des lésions kystiques et végétantes dont les fines expansions sont souvent arrachées par la lame du microtome.

B. Duperrat.

SOCIÉTÉ DE GASTRO-ENTÉROLOGIE DE PARIS

12 Février 1945.

M. **Busson,** démissionnaire, est réélu secrétaire de séance.

Sténose duodénale de l'enfance et mesenterium commune. — M. **Hepp** en présente de nombreux clichés.

— M. **Hillemand** en montre également.

— M. **Moulonguet** en rapporte 1 cas que M. Hepp n'interprète pas comme une sténose.

Résultats éloignés des gastrectomies pour cancer gastrique diagnostiqué au début. — MM. **Gutmann, Guy Albot** et Mme **Parturier-Lannegrace** rappellent d'abord leur définition du cancer *in situ.* Sur 32 cas. les auteurs ne retiennent que 19 cas, les autres ont été opérés il y a moins de 6 ans. Sur ces 19 cas : 1 a été perdu de vue, 1 autre est mort quelques années après l'intervention d'abcès du foie, 1 a été atteint de tuberculose pulmonaire et est actuellement guéri. Tous les autres (14) sont en bonne santé. Dans tous ces cas, le diagnostic a été fait par les examens radiologiques.

Un cas d'iléite terminale. — MM. **P. Banzet** et **A. Busson.** Le diagnostic a pu être posé sur le contact clinique et radiologique. L'opération a été pratiquée 2 mois après le début des premiers symptômes. Une résection des 60 derniers centimètres de l'iléon a été faite avec anastomose termino-latérale dans le côlon droit à quelques centimètres au-dessus de la valvule de Bauhin. L'étude anatomo-pathologique a montré que les lésions étaient uniquement représentées par une entérite folliculaire avec grosse réaction lymphatique dans la sous-muqueuse et le mésentère correspondant. Les auteurs estiment qu'elles représentent la lésion initiale de la maladie. Ils ont retrouvé dans la littérature médicale des cas semblables et pensent qu'il est impossible d'élaborer aucune pathogénie sans tenir compte de ce fait indiscutable : l'iléite terminale est à son stade de début une entérite folliculaire.

— M. **Sénèque** pense qu'il faut se garder de faire des résections iléo-cæcales en période inflammatoire. On doit d'abord laisser refroidir les lésions.

— M. **Bergeret** rapporte une observation d'iléite chronique (datant de 1 an) opérée 7 ans auparavant d'appendicite. Le diagnostic fut fait par l'examen radiologique qui montrait une disposition des plis de l'anse iléale qui était accolée intimement au cæco-ascendant.

— M. **Petit-Dutaillis** dit que beaucoup d'iléites aiguës guérissent spontanément, il faut donc s'abstenir de réséquer en phase aiguë.

Un cas d'iléite terminale avec atteinte de cæco-côlon. — M. **R. Fauvert** donne l'observation d'un enfant de 13 ans présentant un syndrome brutal marqué par des douleurs abdominales tardives et un amaigrissement considérable. L'examen radiologique montrait une intolérance iléale et cæcale. A l'intervention : iléite terminale typique. On se contenta de refermer après poudrage au septoplix. A la suite, la guérison survint et dura 1 an, après quoi les troubles recommencèrent et furent si marqués que l'on se décida à réintervenir et que l'on fit une hémicolectomie droite. Celle-ci n'empêcha pas la mort qui survint 15 jours après par occlusion.

A l'examen histologique il existait des ulcérations sur la muqueuse et un épaississement de la sous-muqueuse. Les lésions, à leur premier stade siégeaient dans la sous-muqueuse qui était épaissie avec formations lymphoïdes néoformées. Il semble que les lésions de la muqueuse n'apparaissent que secondairement.

L'auteur rapporte que, dans une observation analogue, le chirurgien vit qu'une infiltration à la novocaïne du méso et de l'intestin faisait disparaître les lésions.

— M. **Lambling** a observé 2 cas d'iléite.

Dans le premier cas le diagnostic porté fut celui d'appendicite, c'est l'intervention qui redressa le diagnostic ; on s'abstint de toute résection, la guérison fut obtenue et date maintenant de 2 ans.

Dans le deuxième, le malade fut opéré pour occlusion intestinale ; on fit une iléo-transversostomie et ensuite on réintervint pour des adhérences.

— M. **Basset** a observé 1 cas d'iléite régionale, à l'opération il existait 4 foyers sur le grêle et 1 sur le côlon. Il s'abstint de toute résection.

— M. **Gutmann** a observé 1 cas d'iléite. L'intervention faite avec le diagnostic d'appendicite consista en une iléo-transversostomie. Le malade guérit.

— M. **Bergeret** pense que l'intervention chirurgicale dans ces cas est surtout indiquée à propos des manifestations chroniques de l'iléite.

— M. **Rachet** pense qu'il est essentiel de distinguer deux variétés d'iléite :

1° La véritable iléite régionale, telle qu'elle a été décrite par Crohn, affection qui dans quelques cas peut avoir une évolution fatale et pour laquelle il conviendrait de savoir exactement quelle thérapeutique peut lui être utilement appliquée.

2° Les brides survenant au cours d'iléites régionales ou terminales.

La conduite à tenir dans ces différents cas lui semble :

1° D'intervenir afin de faire ou de préciser le diagnostic ;

2° D'essayer les infiltrations à la novocaïne. Si cette méthode échoue, il est évident que ce qu'il faut faire n'est pas encore actuellement bien fixé.

— M. **Moutier** se range à l'avis de M. Rachet.

J.-M. Gorse.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HÉMATOLOGIE

15 Mars 1945.

Essai de traitement de deux cas de leucémie aiguë par la colchicine intramédullaire. — MM. **A. Guichard, R. Brette** et **L.-P. Philippe,** n'ont observé aucune modification de la formule médullaire dans leurs deux cas, une légère modification de la formule sanguine (82.000 à 44.000 leucocytes). Aucune amélioration clinique n'a été notée.

Composition cytologique de la moelle osseuse de cobaye. — MM. **I. Blitstein** et **L. Van der Berghe** étudient *in vivo* par ponction de la diaphyse fémorale la formule médullaire du cobaye. Ils insistent sur ses variations en fonction du régime.

Action du chloroforme dans la coagulation du plasma. — MM. **Paul Chevallier, M. Guillot, A. Fiehrer** et **N. Schlesser** étudient l'action du chloroforme sur un plasma citraté recalcifié. Le chloroforme raccourcit toujours et nettement le temps de coagulation. La courbe des photothrombogrammes se redresse rapidement. Par la méthode photographique on saisit encore mieux l'action du chloroforme qui favorise l'apparition et multiplie les centres de coagulation. L'observation à l'ultramicroscope confirme ces données.

Quelques troubles du plasma décelés par la méthode photographique dans un cas d'hémonogiose anhémopathique. — MM. **Paul Chevallier, M. Guillot** et **A. Fiehrer.** C'est l'observation d'un enfant de 17 ans qui a fait 3 accidents hémorragiques sérieux. Il n'est ni hémophile, ni hémogénique : plaquettes 212.000, coagulation du sang total en 8', temps de saignement 5'30''. Cependant on note un retard de la coagulation du plasma (30') et la méthode photographique montre un retard d'opposition et une raréfaction des centres de coagulation.

— M. **P. Emile-Weil** souligne l'intérêt de cette méthode photographique d'étude de la coagulation.

Action des sulfamidés sur les peroxydases leucocytaires. — M. **C.-M. Laur** ne constate pas de modification des peroxydases par action *in vitro* de para-amino-phényl-sulfamide et de α-para-amino-benzène-sulfamide-pyridine, aux concentrations employées en thérapeutique.

De l'identité du facteur antipernicieux et du facteur actif dans le saturnisme expérimental. — Mme **Lourau** appuie son hypothèse sur la parenté chimique des deux facteurs et leur même mode d'action physiologique.

— M. **P. Chevallier** insiste sur la valeur de la méthode de dosage du facteur antipernicieux mise au point par Mme Lourau.

Traitement par la vitamine C des métrorragies fonctionnelles. — MM. **Paul Chevallier** et **M. Colin.** Dans 4 cas d'hémorragies utérines fonctionnelles, le saignement s'est arrêté à la deuxième injection de 0 *g.* 50 d'acide ascorbique. Le traitement a été continué plusieurs jours. Les règles suivantes ont été normales.

Etude expérimentale de la rétraction du caillot sur le sang dilué et après addition de certaines substances. — MM. **A. Noyalet** et **R. Noyalet.** Etude de la rétraction sur sang dilué et de l'action de certaines substances (provoquant des chocs et des purpuras en particulier) ajoutées au milieu de dilution. Courbe de la rétraction en fonction de la concentration en NaCl.

G. Bilski-Pasquier.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

8 Mars 1945.

La Défense passive sanitaire. — MM. **Moynier** et **Genaud.** La responsabilité de la Défense passive, autrefois limitée aux conséquences des attaques aériennes s'est étendue aux suites de toutes les opérations militaires, et tout récemment à la protection contre l'incendie.

L'effort des services sanitaires de Défense passive se traduit par l'organisation de : 5.000 postes de secours, 200 hôpitaux, 1.500 ambulances, 14 trains autorails, 2 trains sanitaires, 5.000 équipes de 1er secours et 1 fabrication de 2.000.000 de masques.

85.000 blessés ont été traités, 45.000 morts ont été dégagés.

Les pertes du personnel sanitaire de Défense passive est lourde ; non encore connues pour la totalité du terri

oire, elles s'élèvent pour Paris à 82 morts, 400 blessés, 6 disparus.

Un cas de spirochétose ictérigène avec complications oculaires. — MM. **Ferras, Bouc, Bernier** et **Rozan.** Malade présentant en même temps qu'une spirochétose des signes d'uvéite avec troubles vitrés intenses et des hémorragies rétiniennes, s'accompagnant d'une baisse de l'acuité visuelle très marquée, tous signes l'apparition précoce et de disparition rapide.

Pénicilline et sérothérapie. — M. **Kliszowski.** Du rapport de l'auteur, il ressort qu'il est possible qu'à fortes doses (au-dessus de 1.500.000 unités), la pénicilline sensibilise les défenses de l'organisme à l'action le thérapeutiques faites à ces doses normales, le sérum n'étant responsable que si une maladie sérique apparaît. La question est posée, les biologistes pourront peut-être y répondre.

Radiothérapie des plaies de guerre dans un hôpital d'évacuation motorisé. — M. **Robine.** Il est facile avec un appareillage de radiodiagnostic de campagne d'irradier à faibles doses précocement et avec succès les œdèmes inflammatoires qui accompagnent souvent les blessures de la face et du cou ainsi que de tarir temporairement la sécrétion salivaire, ce qui permet la suture et la cicatrisation rapide des blessures de la parotide.

Hépatonéphrite mortelle consécutive à une intoxication par le tétrachlorure de carbone. — M. **Germain.** Observation d'une femme de 48 ans, qui après avoir passé l'après-midi dans une pièce close où se trouvaient un sac de blé arrosé de tétrachlorure de carbone pour le préserver des charançons, présenta une hépatonéphrite aiguë qui évolua vers la mort en 3 semaines. Ce cas clinique illustre une fois de plus l'action extrêmement toxique des vapeurs de tétrachlorure de carbone et la nécessité qu'il y a de réglementer la manipulation de ce désinfectant.

Le traitement des syncopes par la manœuvre de Eve. — M. **Benhamou.**

Nouveaux dispositifs de transport sanitaire et de traitement. — M. **Genaud.**

R. Thiel.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

4 Mars 1945.

Réflexions sur les groupes sanguins. A propos de l'agglutinogène « Rhesus ». — M. **Georges Rosenthal** insiste sur le dédoublement et la multiplication des agglutinogènes du sang humain qui compliquent étrangement les examens de sécurité de la transfusion. Il précise la conception du facteur *Rhesus* né dans l'organisme du lapin par l'injection de sang de *Macacus rhesus*. Les facteurs *Rhesus* et anti-*Rhesus* seraient à la base de l'ictère grave des nouveau-nés. De nouvelles recherches rigoureuses sont absolument nécessaires pour contrôler ces faits, qui au premier abord, provoquent plus d'étonnement que de confiance, mais confirment la nécessité des épreuves directes avant la transfusion.

Traitement chirurgical de la maladie de Basedow. Résultats éloignés. Projections et présentation de malades guéris. — M. **F. Gentil** montre l'excellence des résultats de la thyroïdectomie subtotale dans le traitement de la maladie de Basedow et indique les conditions dans lesquelles cette opération doit être pratiquée et qui sont : bonne préparation médicale préopératoire. Ligatures des pédicules thyroïdiens supérieurs dans les cas graves. Huit jours après, ablation en un temps et une seule masse du corps thyroïde dont on conserve une très faible partie, de préférence dans sa portion postérieure.

Condamne la radiothérapie appliquée aux cas opérables car elle rend les opérations toujours difficiles, souvent dangereuses ou impossibles.

Douze années d'urologie infantile. — M. **J.-E. Marcel** expose surtout l'activité de ses deux consultations des hôpitaux Trousseau et Bretonneau et son expérience basée sur l'examen de près de 2.500 enfants ou nourrissons, qui a nécessité 1.050 urographies intraveineuses, 465 cystoscopies, 215 cathétérismes urétéraux, 158 pyélographies, 70 cystographies, 25 urétrographies, 40 vaginoscopies. Pratiquées sans anesthésie générale et sans danger, ces explorations permettent souvent de diagnostiquer *in vivo* de nombreuses affections jusqu'alors restées latentes ou découvertes sur la table d'autopsie. Les affections le plus souvent rencontrées sont : l'énurésie, les malformations diverses et nombreuses (en particulier, les hydronéphroses, les dilatations dysembryoplasiques, la maladie du col vésical, le nanisme), les pyélonéphrites à colibacilles, la tuberculose assez souvent bilatérale, les tumeurs, la lithiase, les vulvo-vaginites, etc.

Luquet.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE MICROBIOLOGIE

(Ex-Association des Microbiologistes de Langue Française)

1er Mars 1945.

Action dissemblable des facteurs de diffusion à l'égard de l'épithélio- ou du neuro-virus vaccinal. — MM. **P. Gastinel, R. Fasquelle** et **P. Arnaud** montrent que, conformément à leur mode d'action générale, les facteurs de diffusion n'agissent sur le virus de la vaccine que lorsqu'ils sont injectés dans le derme en même temps que lui. Les lésions provoquées par le neuro-virus sont diffusées et exaltées d'une manière particulièrement intense. L'emploi de ces facteurs permet de mettre en évidence les propriétés dissemblables des deux souches de virus.

Comportement des cobayes tuberculeux désensibilisés à l'égard du phénomène de Koch. — MM. **P. Gastinel** et **H. Brocard** montrent que la désensibilisation du cobaye à la tuberculine ne fait pas disparaître sa résistance à l'égard de la réinfection tuberculeuse. L'animal ne présente plus le phénomène de Koch. Quand la désensibilisation s'épuise, le cobaye peut présenter un phénomène mixte et quand la réactivité tuberculinique réapparaît, le phénomène de Koch est à nouveau obtenu.

Sur l'emploi pratique des microméthodes en sérologie. — MM. **R. Laporte** et **L. Hardret.** L'emploi de micropipettes faciles à construire et donnant des microgouttes de volume déterminé pour chaque réactif a permis aux auteurs de transformer les techniques courantes de la sérologie en microtechniques. Les résultats obtenus ainsi avec de très petites quantités de sang (0,05 cm^3) et ceux obtenus avec du sang pris à la veine (macrotechniques) ont montré une concordance presque absolue.

Essais de différenciation des agglutinines antimouton apparues au cours de la mononucléose infectieuse et après sérothérapie. — MM. **R. Sohier** et **L. Girier.** Dans les sérums de M. I. examinés (7) le taux des agglutinines antilapin était en général inférieur à celui des agglutinines antimouton. Par contre, après sérothérapie (103 sérums examinés), le taux des agglutinines antilapin est presque toujours notablement supérieur à celui des agglutinines antimouton. Il y a là un moyen de différencier les agglutinines de la M. I. de celles provoquées par l'injection d'albumines hétérogènes.

Réactions locales produites par le BCG inoculé par scarifications chez les malades tuberculeux. — Mlle **Lucienne Corre.** La réaction au BCG est parallèle à la cutiréaction à la tuberculine, mais elle est beaucoup plus intense. Les scarifications au BCG entraînent une réaction beaucoup plus précoce et plus importante chez les sujets tuberculisés que chez les sujets neufs. Enfin, chez certains malades non tuberculeux, la réaction est quelquefois retardée, moins intense, intermédiaire entre celle des tuberculeux et celle des sujets neufs.

Action des rayons X sur le virus de la fièvre aphteuse et sur la vaccine. — MM. **P. Bonét-Maury** et **M. Frilley.**

Fréquence de la lysogénéité et moindre fréquence de la lysosensibilité parmi les bacilles paratyphiques B. — M. **P. Nicolle,** Mme **J. Grabar** et M. **P. Gibert.**

P. Lépine.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

1er Mars 1945.

Sur le cas de 2 sœurs atteintes, l'une de myoclonies isolées du voile, l'autre de mouvements oscillatoires rythmées des orteils. — MM. **Garcin, Chavany** et **Kipfer** présentent deux sœurs âgés de 55 et 43 ans ; l'aînée a depuis 3 années des mouvements oscillatoires unilatéraux et rythmés des orteils, battant de 80 à 120 par minute, avec un léger syndrome parkinsonien homolatéral ; l'autre a, depuis 6 ans, des myoclonies rythmées du voile battant de 150 à 180 par minute, sans autres signes nerveux ; l'analogie de ces mouvements est évidente ; on ne peut retrouver d'autre facteur étiologique dans les 2 cas qu'une anesthésie générale dans les mois qui ont précédé les mouvements anormaux ; peut-être la narcose a-t-elle joué un rôle dans l'extériorisation d'une fragilité familiale de système.

L'hémianopsie relative. — MM. **Thiébaut** et **Guillaumat,** après avoir rappelé la technique de sa recherche qui nécessite l'exploration simultanée d'un champ visuel sain et d'un champ malade, insistent sur sa valeur séméiologique ; elle permet de préciser le siège sus-tentoriel et le côté droit ou gauche d'une lésion ; elle peut exister dans les tumeurs, les traumatismes, les lésions vasculaires ; facile à déceler au lit du malade sans instrumentation spéciale, elle mérite d'être recherchée systématiquement.

Sympathome embryonnaire avec envahissement médullaire. — MM. **R. Martin, Trotot** et **Vittoz** rapportent l'observation d'un enfant chez qui est apparue brusquement à 9 mois une paralysie flasque des membres inférieurs et des muscles pelviens et abdominaux, avec un œdème blanc et mou ; le lipiodol s'arrêtait en D 8. L'autopsie a montré un sympathome embryonnaire des fosses lombaire et iliaque droites, envahissant le canal rachidien par les trous de coagulation.

Paralysie radiale post-sérothérapique ; rôle pathogénique de l'urticaire. — MM. **Alajouanine, Thurel** et **Tricot** présentent un malade ayant une paralysie radiale post-sérothérapique analogue à celle que réalise la compression du nerf dans la gouttière de torsion ; il y a là un argument en faveur de la pathogénie mécanique urticarienne déjà soutenue par Sicard.

Trois cas d'hydrocéphalie ventriculaire obstructive du nourrisson traitée par l'ouverture de la lame sus-optique. — MM. **Guillaume** et **Ch. Ribadeau-Dumas** montrent que le résultat opératoire le plus net a été l'arrêt immédiat et durable de l'augmentation de volume de la tête, ce qui prouve la persistance de la dérivation liquidienne à travers l'orifice de la lame ; chez un des enfants, 32 mois après l'opération, il n'y a aucune séquelle nerveuse, psychique ou visuelle ; chez un autre, 5 mois après, il persiste une névrite optique bilatérale ; le dernier n'est opéré que depuis 2 mois. Il faut intervenir assez tôt, avant que la dilatation ventriculaire ait déterminé des lésions irrémédiables.

Sclérose latérale amyotrophique et syphilis. — MM. **Lhermitte, Faure-Beaulieu,** Mme **Vogt-Popp** et M. **Ajuriaguerra** ont vu évoluer vers la mort en 6 mois une maladie de Charcot chez un syphilitique dont les réactions sanguines et liquidiennes étaient négatives ; l'autopsie a montré, à côté des lésions classiques la sclérose latérale, un épaississement de la lepto-méninge corticale, des altérations dégénératives des vaisseaux et une infiltration lympho-plasmocytaire des gaines périvasculaires. Il ne s'agissait pas dans ce cas d'une pseudo-sclérose latérale syphilitique, mais il est difficile de préciser dans quelle mesure la syphilis a été la cause prédominante ou favorisante de la maladie de Charcot.

Fausse sciatique gauche par irritation du cordon latéral droit par une tumeur dorsale. — MM. **Alajouanine** et **Thurel** présentent une malade qui avait été considérée comme atteinte de sciatique gauche et chez qui ils ont enlevé une tumeur latéro-médullaire droite dans la région dorsale moyenne. Les caractères très particuliers de la douleur (onde douloureuse partant du gros orteil et remontant sur la face externe de la jambe et de la cuisse, crises en série avec, dans leur intervalle, paresthésies et hyperalgésie du gros orteil et du dos du pied) étaient en réalité bien distincts de ceux de la sciatique et auraient dû inciter à un examen plus approfondi.

Cysticercose spinale. — MM. **Y. Bertrand, Guillaume** et Mlle **Feder** rapportent l'observation d'un malade chez qui une sciatique très douloureuse sans signes neurologiques fit pratiquer une exploration lipiodolée qui montra un égrènement étendu avec arrêt en L 5 ; à l'intervention, on trouva deux vésicules ayant la structure de la cysticercose racémeuse, affection dont les manifestations nerveuses ne sont qu'exceptionnellement, comme dans ce cas, purement spinales. Après bon résultat immédiat, les douleurs reprirent et ne furent qu'incomplètement calmées par la radiothérapie ; l'égrènement du lipiodol laisse penser qu'il persiste des lésions plus étendues.

Chronaxies vestibulaires et pyramidales dans 1 cas d'hémiplégie gauche avec aphasie. — M. **Bourguignon** rapporte les résultats de l'examen de la malade présentée par M. Alajouanine à la séance de Février ; la recherche des chronaxies vestibulaires et pyramidales confirme qu'il s'agit bien d'une seule lésion de l'hémisphère droit. Dans un cas analogue rapporté antérieurement, l'auteur avait été amené à conclure par l'examen chronaxique qu'il s'agissait d'une lésion gauche avec absence de décussation pyramidale.

Démonstration électro-physiologique sur la chronaxie vestibulaire. — M. **Bourguignon.**

Lucien Rouquès.

SOCIÉTÉS DE PROVINCE

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE CLERMONT-FERRAND

28 Janvier 1945.

Tuberculose et démence précoce. — M. **Giscard.** Depuis longtemps on admet une relation entre la tuberculose et la démence précoce ; mais, tandis que pour les uns la tuberculose est un facteur étiologique de cette maladie mentale, pour les autres cette psychopathie, en affaiblissant la résistance du malade, favoriserait le développement chez lui de l'infection bacillaire. Les récentes épidémies de manifestations tuberculeuses dans les hôpitaux psychiatriques, qui ont frappé les malades présentant les syndromes mentaux les plus divers, principalement les malades que leur inertie et leur passivité rendait moins résistants, ont apporté une contribution importante au problème des rapports de la tuberculose et de la démence précoce en mettant en relief cette seconde hypothèse ; il en a été ainsi parmi les cas observés à l'hôpital psychiatrique Sainte-Marie, à Clermont-Ferrand.

Troubles nerveux réflexes extenso-progressifs d'origine traumatique : leurs diverses formes. — M. **J.-A. Barré** présente une étude d'ensemble des diverses formes de ces troubles nerveux qui peuvent se développer progressivement et sont hors de proportion avec la blessure périphérique très souvent minime qui en a provoqué l'apparition. Il décrit : 1° des types moteurs continus, et spécialement la forme dihomomélique, où les deux membres d'un même côté du corps peuvent être atteints et fortement à la suite immédiate ou prochaine d'une éraflure sans gravité ; 2° des types moteurs évoluant par crises (crises sympathiques réflexes crises diencéphaliques, épilepsie réflexe, etc.) ; 3° de types sensitifs (algies extensives, syndrome syringomyélique réflexe) ; 4° des types amyotrophiques (pseudo sclérose latérale amyotrophique réflexe). Il fournit de exemples frappants de ces états singuliers, d'apparence paradoxale, dont les exemples se montrent avec un certaine fréquence.

Recto-colite ulcéro-hémorragique chronique, localisation intestinale de la maladie de Nicolas Favre. — MM. **A. Weiss** et **J. Warter.** Malade de 68 ans, souffrant d'une recto-colite hémorragique grave et sans rémission depuis plusieurs années. Deux réac

ions de Frei positives. En même temps, rhumatisme hronique touchant une hanche, une épaule et plusieurs utres articulations. Sédimentation globulaire très accérée, albumosurie de Bence-Jones ; réaction de Takata-Ara positive. Guérison par les sulfamides des lésions ntestinales et amélioration simultanée du rhumatisme. Exitus à la suite d'une intoxication par les champignons. Confirmation nécropsique de la cicatrisation totale des ulcérations intestinales.

Agranulocytose et purpura : transfusion de moelle osseuse ; guérison. — MM. **Paillard, G. Petit, G. Vercier, Aubert** et **Besserre.** Sujet jeune présentant les signes classiques de l'agranulocytose infectieuse grave avec syndrome hémorragique, évolution rapide, état fébrile persistant, moelle osseuse inactive, déglobulisation importante ; évolution vers la cachexie. Amélioration très rapide par deux transfusions de moelle osseuse de 10 cm³ chacune à quelques jours d'intervalle, associées à l'hétérohémothérapie. Guérison clinique. myélo et hémogrammes normaux.

25 Février.

Sur 1 cas de méningite à bacilles de Friedländer d'origine critique, guérison par intervention et sulfamidothérapie. — MM. **Bernard-Griffiths** et **Thomas.** Homme de 48 ans. Otite traînante suivie de labyrinthite et de méningite. Evidement pétro-mastoïdien. Le malade reçoit 140 g. de sulfamides par voie buccale ou intramusculaire en 16 jours. Guérison. Discussion sur le traitement chirurgical associé aux sulfamides en cas de méningite otitique.

A propos du « Dolosal ». — M. **Hann.** L'action très nette du Dolosal sur la douleur, avec sédation générale et euphorie, amène aisément la sensation de besoin, moins impérieuse que celle de la morphine, suffisante pour rendre souhaitable l'inscription au tableau B. Les manifestations pénibles précédant l'action anesthésique (vertiges, vomissements) ou succédant à l'emploi de la drogue (état nauséeux, lourdeur cérébrale le lendemain), ou survenant à la suite d'un emploi prolongé (inappétence, amaigrissement, inertie psychique), ne sont pas suffisants pour inhiber la sensation de besoin.

Amélioration de divers états psychopathiques par injections intraveineuses de plasma ou sérum d'électrochocs. — M. **P. Doussinet.** Le sang servant à la préparation des plasmas ou sérums d'électrochoqués est recueilli dans la période comprise entre 30 et 40 minutes après *l'électro-convulsion.* Les injections intraveineuses de 10 à 15 cm³ de ces sérums, renouvelées en fonction des résultats, exercent une action palliative, d'importance variable mais habituelle, et de type passif immunisant ou phylactisant dans les états de négativisme et d'anxiété psychopathique. Dans les états maniaques, des sédations notables ont été observées, mais toujours consécutives à de petits chocs cliniques. Sur deux psychonévroses soumises à ce traitement, l'auteur a enregistré deux échecs complets. Ces faits paraissent de nature à mettre en relief l'importance du facteur humoral dans le mécanisme complexe de l'action thérapeutique de l'électrochoc et de ses échecs.

Troubles nerveux réflexes extenso-progressifs d'origine traumatique. — M. **J.-A. Barré.** La plupart des formes décrites par l'auteur et rassemblées dans un groupe qui semble mériter une place à part dans la nosographie étonnent ceux qui les voient et sont fréquemment rapportées à la simulation, à l'exagération, l'hystérie ou à une coïncidence avec un état pathologique déjà en évolution. Les conseils de réforme et beaucoup d'experts refusent d'en reconnaître la légitimité ou l'organicité complète. L'auteur fournit des exemples qui illustrent ses dires. On commence cependant à les décrire sous le terme d'attente de « cas déroutants », ce qui constitue un grand progrès. Les traitements très variés que l'auteur énumère doivent être mis en œuvre *d'urgence ;* mais pendant des années encore on peut agir efficacement. Certains malades ont pu être guéris, 20 ans parfois après le début de leurs troubles. Les irritations du sympathique jouent un rôle dominant dans la genèse de ces accidents.

Un cas de rhumatisme articulaire aigu d'allure purement infectieuse. Evolution secondaire vers un rhumatisme chronique déformant. — M. **Bernard-Griffiths.**

Considérations à propos d'un cas d'artérite pulmonaire. — M. **R. Boucomont** (Royat).

A propos de 2 cas d'iléite régionale (infiltration de novocaïne dans la paroi intestinale). — M. **Forget** (Issoire).

G. Petit.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU NORD

28 Janvier 1945.

Maladie de Recklinghausen, à forme de Léontiasis ossea, chez un enfant de 13 ans. — MM. **A. Breton, Christiaens, Vandendorp, Julien Pierret** et **Caffier.** Crâne énorme et déformé dont l'occiput en particulier a plus de 3 cm. à la radiographie. En outre, géodes multiples au niveau des extrémités supérieures des humérus et des fémurs ainsi que des tibias et des péronés. Calcémie à 110 mg. ; phosphotasémie : 275 mg. Début de stase papillaire.

Troubles du rythme chez un syphiltique, ancien rhumatisant. Guérison par le traitement antisyphilitique. — MM. **Legrand** et **J. Desruelles.**

Cancer pulmonaire secondaire à un cancer du col utérin, à expression radiologique de tumeur primitive. Régression radiothérapique. — MM. **J. Driessens, J. Swyngedauw, L. Lemaître** et **Soubary.**

Passage du bismuth dans le liquide céphalo-rachidien — MM. **Warembourg, Linquette, Théry** et **Belbenoit.**

Neuronite avec dissociation albumino-cytologique et évolution mortelle. Remarque sur le syndrome de Guillain-Barré et les affections à virus neurotrope. — MM. **Warembourg, Linquette** et **Michaux.**

Invagination intestinale au cours d'un purpura rhumatoïde chez un enfant de 5 ans. Résection du boudin à la 96ᵉ heure. Guérison. — MM. **R. Pierret, Decoulx, A. Breton** et **Julien Pierret.**

Péricardite tuberculeuse hémorragique. Oléopneumo-péricarde. — MM. **A. Verhaeghe** et **Cartégnie.**

23 Février.

Radiographie d'aortite chronique thoracique. — MM. **E. Doumer, J. Merlen** et **Dumez** insistent à ce propos sur l'intérêt particulier de l'examen radiologique de l'aorte dans les positions oblique et transverse gauches.

Un cas d'hémiplégie diphtérique chez un enfant de 5 ans 1/2. Guérison. — MM. **R. Pierret, Julien Pierret** et **Caffier.** Hémiplégie droite survenue au 20ᵉ jour et précédée pendant 24 heures d'une démarche ébrieuse avec aréflexie rotulienne. Bradycardie par blocage du faisceau de His. Guérison presque totale en 2 mois.

Sténose incomplète du transverse par tuberculose colique limitée. — MM. **Delannoy, Auguste** et **M. Verhaeghe.**

Tuberculose hypertrophique étendue du côlon transverse. — MM. **E. Doumer, A. Verhaeghe, Vandendorp** et **J. Merlen.**

Cancer primitif du poumon, complètement latent et révélé par une métastase ganglionnaire sousmentonnière. — MM. **J. Driessens, J. Swyngedauw, Petit** et **Soulary.**

Réticulo-sarcome rétro-caronculaire de l'œil. — MM. **J. Driessens** et **A. Jacquemaire.**

Sur deux encéphalites aiguës myocloniques. — MM. **P. Nayrac, Fontan, Molet** et **Niquet.**

R. Pierret.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET BIOLOGIQUES DE MONTPELLIER ET DU LANGUEDOC MÉDITERRANÉEN

5 Janvier 1945.

Névraxite chronique à forme de sclérose en plaques. — MM. **L. Rimbaud, H. Serre** et **P. Passouant** rapportent l'observation d'un malade qui fit en 1930 une névraxite épidémique avec paralysie du VI et du facial gauche et paraplégie. Après régression obtenue en quelques mois et 9 ans de calme, apparition d'un syndrome de sclérose en plaques à poussées successives comportant nystagmus, abolition des réflexes cutanés abdominaux et dysarthrie. Un tel syndrome, séquelle d'une névraxite épidémique, doit être distingué de la maladie sclérose en plaques, due à un virus propre.

Spondylose rhizomélique à forme fruste. — MM. **L. Rimbaud, H. Serre, P. Passouant** et **J. Andreani.** Malgré les lésions radiologiques typiques de spondylose rhizomélique, la symptomatologie clinique s'est bornée dans ce cas à des douleurs et à une gêne articulaire si atténuées que le malade n'a jamais été obligé d'interrompre son travail pénible de cheminot. La maladie, dont le début remonte à 16 ans, s'est spontanément arrêtée après avoir intéressé le rachis lombaire, dorsal et les hanches ; seule la colonne lombaire est notablement ankylosée, l'impotence est pratiquement nulle.

Considérations sur la valeur de la cholinestérase sérique en clinique. — MM. **P. Passouant, C. Benezech** et **Mˡˡᵉ Dutartre.** Les recherches effectuées sur 230 malades permettent aux auteurs d'apporter les conclusions suivantes : l'activité de la cholinestérase sérique est abaissée au cours des poussées évolutives des cirrhoses et à la période franche des ictères, ainsi qu'au cours des tuberculoses évolutives graves. Elle est élevée dans les diabètes graves non équilibrés (l'insuline amenant une diminution) et au cours de l'hypertension artérielle solitaire. Pas de modification ou légère hausse dans les néphrites vasculaires, même en période de coma urémique, baisse dans les néphrites avec œdèmes importants. Discussion de la valeur de la cholinestérase sérique en tant que test neuro-végétatif et de sa valeur pronostique.

Diplégie faciale périphérique post-éclamptique. — MM. **Caderas de Kerleau, P. Passouant** et **G. Durand.** Cette diplégie, observée par les auteurs, est survenue 7 jours après un accouchement accompagné de phénomènes éclamptiques chez une jeune primipare et a régressé en 10 jours environ. Les autres étiologies possibles étant éliminées, elle paraît reconnaître pour cause une « polynévrite vasculaire ».

A propos de 2 cas de lambliase aiguë chez l'enfant. — MM. **Harant, Huttel** et **Mᵐᵉ Trendel.** Ces cas, survenus dans la région de Lodève (Hérault), se sont manifestés par des phénomènes diarrhéiques cholériformes, alors que la maladie prend plus volontiers en France, chez les enfants, une expression entéro-hépatique.

Névrite optique atypique consécutive à une hémorragie digestive. — MM. **Ch. Déjean** et **P. Laporte** ont vu s'installer, 48 heures après une hémorragie digestive avec anémie aiguë, une névrite optique bilatérale avec papillite et hémorragies rétiniennes, qui n'a pas été influencée par le traitement anti-anémique dont les effets ont été pourtant des plus favorables sur la formule sanguine et les troubles neurologiques associés. L'aspect ophtalmoscopique exceptionnel se rapproche de celui des neuro-rétinites autotoxiques, azotémiques notamment. C'est là un argument en faveur de l'étiologoie toxique des névrites optiques post-hémorragiques.

Maladie de Hogdkin à forme spléno-pleurale. — MM. **L. Rimbaud, H. Serre, A. Vedel** et **P. Cazal.**

Entérorragie rouge solitaire d'origine colique, survenue au décours d'une congestion pleuro-pulmonaire de nature probablement tuberculeuse. — MM. **J. Vidal** et **Lutchmaya.**

Hémoptysie tuberculeuse foudroyante. Exsudation séro-hémorragique dans les deux poumons. — MM. **J. Vidal, Fourcade** et **Salager.**

Cataracte avec enchondromes multiples et luxation congénitale bilatérale de la tête radiale. — MM. **Ch. Déjean** et **P. Laporte.**

A. Puech.

REVUE DES THÈSES

THÈSE DE PARIS

Paul Milliez. *Accidents cérébraux des hypertendus et œdème méningo-encéphalique.* (*J. Peyronnet,* 33, rue Vivienne), Paris, 1943. — Dans cette thèse inspirée par le Prof. agrégé Alajouanine, M. s'est donné pour but de préciser les caractères des accidents cérébraux et méningés survenant au cours des affections hypertensives, d'en démontrer l'unicité sous des expressions multiples et de vérifier la lésion anatomique essentielle : l'œdème cérébral.

Travail considérable car la pathologie de l'hypertension est vaste, les écrits nombreux, et les observations multiples. Avec une louable patience, M. a pris soin de rassembler tous ces documents, de les passer au crible et de les débarrasser des scories.

Sont d'abord envisagés les accidents cérébraux aigus et subaigus de l'hypertension solitaire ou rénale, de l'hypertension des surrénales, du saturnisme, de la gravidité, de la néphrite aiguë.

De cette analyse minutieuse, on peut déduire qu'il n'existe aucune différence dans la symptomatologie nerveuse des accidents cérébraux quelle que soit l'origine apparente de l'hypertension artérielle. Seule, la fréquence des divers syndromes varie selon la cause. C'est ainsi que les accidents convulsifs, exceptionnels dans l'hypertension banale, constituent la manifestation encéphalique majeure de l'hypertension des femmes enceintes ou des saturnins. Inversement, les désordres cérébraux subaigus sont rares dans ces dernières affections et fréquents dans l'hypertension banale. Mais il n'est pas un seul des accidents nerveux qui ne puisse se rencontrer dans n'importe quelle maladie hypertensive.

L'unicité des tableaux cliniques et les analogies qui existent entre les formes même apparemment plus éloignées, formes convulsives et formes oculaires subaiguës, isolées, tiennent à la lésion anatomique de base : l'œdème.

Cet œdème qui se traduit anatomiquement par une infiltration séro-albumineuse avec vaso-dilatation pourra être aigu ou subaigu. Aigu, il est provoqué par une brusque et importante poussée hypertensive et donnera des tableaux cliniques allant du grand accès éclamptique au coma convulsif ; il pourra se localiser à des sphères particulières, réalisant une amaurose corticale ou une réaction méningée isolée, il pourra encore se compliquer d'extravasats globulaires donnant lieu à une hémorragie sous-arachnoïdienne ou à des lésions cérébrales diffuses mortelles. Subaigu, cet œdème cérébral qui est dû alors à une hypertension permanente donnera lieu, dans sa forme complète au tableau de l'hypertension cranienne, mais souvent il se localisera dans certaines zones méningées, cérébrales ou oculaires.

L'œdème paraît provoqué par la vaso-dilatation suivie de transsudation. Cette localisation cérébro-méningée élective s'explique par l'hypertension céphalique proportionnellement la plus élevée, par l'absence de vasoconstricteurs cérébraux puissants, par la faible pression intra-tissulaire. Mais il ne s'agit probablement pas d'un phénomène de défaillance purement mécanique.

Le paroxysme hypertensif lui-même est lié soit à une brusque vaso-constriction périphérique comparable à celle obtenue par l'adrénaline, soit à une brutale augmentation de la masse sanguine analogue à celle produite par une brutale surcharge hydrique. Les causes de ces deux phénomènes sont multiples et résident surtout dans le système nerveux central et dans les surrénales, mais le *primum movens* de chaque brusque poussée hypertensive nous échappe encore.

Le traitement tend à diminuer l'œdème et l'hypertension intra-cranienne par la soustraction de liquide céphalo-rachidien ou la trépanation décompressive. Il essaie d'abaisser la pression générale par vaso-dilatation périphérique ou par diminution de la masse sanguine. Il tente enfin de supprimer la cause profonde de l'hypertension.

Cette thèse si riche en documents apporte une contribution extrêmement remarquable à une question toute actuelle et d'un intérêt considérable.

André Plichet.

NOTES
DE MÉDECINE PRATIQUE
HYGIÈNE ET MÉDECINE DU TRAVAIL
PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION DE M. A. FEIL

Statistiques médicales d'usines

La surveillance médicale à l'usine n'est pas seulement nécessaire pour protéger la santé des travailleurs, elle a un autre avantage, elle permet, grâce à l'établissement des fiches, de dresser des statistiques de morbidité et de chiffrer les dangers réels de telle ou telle substance toxique, de telle ou telle opération industrielle, beaucoup mieux que ne peuvent le faire les statistiques recueillies dans les hôpitaux, les statistiques établies par l'inspection du travail ou celles basées sur la mortalité.

Examinons, par exemple, une statistique hospitalière. Celle-ci ne donne aucune indication sur la proportion des ouvriers malades par rapport au nombre des bien portants; elle n'englobe que les maladies pour lesquelles l'hospitalisation est nécessaire; elle néglige les indispositions de peu de durée, celles où l'ouvrier continue à travailler. Elle est même incomplète pour les maladies graves puisqu'elle ne tient pas compte des malades soignés à domicile, et la proportion de ceux-ci peut varier beaucoup.

Il est une autre cause d'erreur : assez souvent, les malades atteints d'une affection professionnelle sont hospitalisés pour une maladie qui dérive de leur intoxication. Par exemple : tuberculose pulmonaire chez un sujet qui inhale des poussières de silice ; hypertension artérielle ou néphrite chez un saturnin; anémie ou purpura hémorragique chez une ouvrière exposée aux vapeurs de benzol, etc. Or, c'est cette maladie et non l'intoxication causale qui est habituellement indiquée sur la feuille du décès ou sur le registre de l'hôpital. Il en est ainsi chaque fois que l'origine professionnelle de la maladie n'est pas évidente.

On peut faire des objections analogues aux statistiques qui sont établies par le service de l'inspection du travail d'après les déclarations des médecins. On sait que la loi du 25 octobre 1919 (décret du 16 octobre 1935) oblige le médecin à déclarer les maladies professionnelles. Cependant, malgré cette obligation, il est évident que beaucoup de maladies ou d'intoxications professionnelles ne sont pas déclarées par les médecins, soit que le diagnostic n'en puisse être fait exactement, soit que le médecin néglige de prévenir l'autorité compétente. C'est ainsi qu'en France le nombre des maladies professionnelles déclarées est très faible, certainement inférieur à la réalité.

Il en est sans doute de même dans les autres pays. En Angleterre, 12.769 cas de saturnisme ont été enregistrés en vingt-cinq ans (de 1900 à 1925), dont 691 furent des cas mortels. Cette proportion très élevée d'intoxications mortelles, 1 sur 18, semble bien prouver que ce sont les cas graves qui sont habituellement déclarés.

Les statistiques basées sur la mortalité, sur les causes de mort par profession, celles de Bertillon, par exemple, sont intéressantes certes, elles donnent les renseignements utiles à consulter sur la fréquence des maladies dans telle ou telle profession, la tuberculose, des néphrites, des cardiopathies par exemple; mais que d'erreurs possibles!

Les diverses statistiques que je viens de citer, statistiques hospitalières, statistiques basées sur les déclarations obligatoires, statistiques de mortalité, ne renseignent que pour le cas d'intoxications aiguës ou graves (encore ces renseignements sont-ils relatifs); elles ignorent la plupart des intoxications chroniques ou légères.

Or, ce sont ces intoxications professionnelles chroniques ou légères qui de beaucoup sont les plus fréquentes et par conséquent les plus utiles à connaître. Il y a donc un intérêt évident à faire des enquêtes dans les usines: l'examen de tous les ouvriers présents permet de dresser l'exacte proportion des formes légères d'intoxication et d'en fixer le pourcentage par rapport au nombre des ouvriers. En multipliant les enquêtes dans les diverses industries, on obtient des statistiques importantes qui renseignent très exactement sur la morbidité professionnelle.

Les enquêtes dirigées dans les usines par des médecins compétents, entraînés à ce genre d'examen seraient parfaites si l'enquêteur pouvait recueillir des renseignements exacts sur l'état de tous les ouvriers absents ou hospitalisés au moment de l'enquête. Malheureusement cela n'est pas toujours réalisable, beaucoup de cas aigus restent ignorés des enquêteurs occasionnels. Cette réserve ne s'adresse pas au médecin d'usine qui, suivant régulièrement les ouvriers par des visites périodiques, les voyant chaque fois qu'ils sont malades, peut établir des statistiques complètes, dont l'intérêt est considérable.

Je vais choisir quelques exemples qui montrent l'utilité des enquêtes pour l'établissement des statistiques de morbidité.

Voici une fabrique d'accumulateurs. Chacun sait que pour la fabrication des accumulateurs, on emploie du plomb métal et des oxydes de plomb (litharge, minium, etc.). Pendant les diverses opérations que nécessite la préparation des plaques d'accumulateurs (fonderie, moulage, empâtage ou tartinage, soudure et polissage), des vapeurs et des poussières plombifères se dégagent en plus ou moins grande quantité. La fabrication des accumulateurs est un travail qui peut être dangereux, l'un de ceux qui prédisposent ou qui du moins, il y a quelques années, prédisposaient le plus au saturnisme.

L'usine d'accumulateurs visitée occupe une cinquantaine d'ouvriers ; les renseignements donnés sur l'état sanitaire sont excellents. Le registre où sont mentionnées les visites à l'infirmerie et les absences montre que peu d'ouvriers se font porter malades. Les ouvriers ne se plaignent pas, ils se croient apparemment en bonne santé.

De tout cela, on serait tenté de conclure que la fabrication des accumulateurs, au moins dans cette usine, n'offre aucun danger pour l'employé. Or, une telle conclusion serait erronée. L'examen systématique des ouvriers m'a permis de constater que :

58 pour 100 ont un liséré ;
76 pour 100 ont des hématies à granulations basophiles ;
4 pour 100 ont des hématies nucléées ;
30 pour 100 ont eu des coliques de plomb.

Les hommes les plus touchés sont les tartineurs empâteurs, les malaxeurs et les soudeurs.

Voilà donc une proportion considérable d'ouvriers (plus de 50 pour 100) chez qui l'intoxication saturnine légère certes, mais réelle, n'a été révélée que par une enquête systématique, puisque tous continuaient régulièrement leur travail. Aucun d'eux n'aurait figuré dans une statistique de morbidité si on s'était uniquement basé sur les cas soignés dans les hôpitaux.

Dans une autre usine d'accumulateurs, nous sommes arrivés à des conclusions pareilles. Cette deuxième enquête portait sur 96 ouvriers présents au travail et par conséquent bien portants d'apparence.

Nous avons constaté que parmi ces ouvriers :

65 pour 100 avaient un liséré ;
48 pour 100 avaient des hématies à granulations basophiles ;
7 pour 100 avaient eu des colique de plomb ;
29 pour 100 avaient une tension un peu élevée.

Au cours d'une autre enquête dans une entreprise de produits chimiques, j'ai examiné les 14 ouvriers de l'atelier de l'aniline (préparation des colorants : fuchsine, etc.). J'ai constaté que :

5 avaient des maux de tête, des étourdissements ;
5 accusaient des troubles gastro-intestinaux, anorexie, nausées, vomissements et parfois des douleurs abdominales plus ou moins vives ;
2 avaient une tension artérielle maxima atteignant ou dépassant 16 ;
7 avaient une quantité d'urobiline plus ou moins abondante dans l'urine ;
4 avaient des hématies à granulations basophiles en faible proportion.

Là encore, l'examen systématique des ouvriers a révélé que beaucoup d'entre eux (50 pour 100) étaient légèrement intoxiqués ; cependant tous continuaient régulièrement leur métier.

Ces quelques aperçus d'enquêtes montrent que beaucoup d'ouvriers, considérés comme bien portants, présentent en réalité des petits signes qui permettent d'affirmer l'existence d'une intoxication latente [1].

1. Les enquêtes que nous résumons sont déjà anciennes. Il est certain qu'aujourd'hui, avec les progrès réalisés dans la surveillance des ouvriers d'usines, la morbidité atteindrait des taux moins élevés.

Les statistiques que nous venons de résumer son des statistiques globales qui réunissent tous les tra vailleurs d'une même industrie. Elles sont utiles car elles permettent de classer les professions d'aprè leur risque, par exemple en ce qui concerne l plomb, de distinguer nettement entre les travau dangereux (la fonderie de plomb, la fabrication d la céruse et du minium, la fabrication des accumu lateurs) et les professions dont le risque saturnin es bien moindre (par exemple le métier de plombier de peintre ou d'imprimeur).

De telles statistiques, pour intéressantes qu'elle soient, ne suffisent pas ; il faut s'efforcer de chiffre le risque entre les divers emplois d'une même pro fession.

Prenons un exemple, la fabrication des accumulateurs le risque d'intoxication apparaît très différent selon qu'i s'agit de soudeurs, de tartineurs-empâteurs, de malaxeurs dont le travail expose grandement au saturnisme, o d'ouvriers occupés à la manutention des plaques, à l réparation, à l'ébarbage.

Voici un autre exemple qui concerne le travail de fonderies. Nous étions chargé, il y a quelques années, d rechercher le risque de la silicose dans les fonderies Dans l'impossibilité d'examiner tous les ouvriers, nou choisîmes les plus exposés aux poussières, c'est-à-dire le dessableurs, les meuleurs, les ébarbeurs, les démouleur Une centaine d'ouvriers furent ainsi visités.

La statistique globale indiquait 3 pour 100 de silicos typique et 11 pour 100 de pneumoconiose débutante C'était un renseignement intéressant, moins cependan que celui de savoir que tous les cas typiques de silicos et 7 cas sur 11 de pneumoconiose débutante se rencon traient parmi les dessableurs, soit une proportion d 7 et 16 pour 100.

Poussant plus loin cette enquête, nous apprîmes qu tous les cas de pneumoconiose concernaient des dessa bleurs qui travaillaient en cabine avec le casque, tandi que parmi les 10 ouvriers dessableurs occupés aux appa reils automatiques, aucun ne présentait de lésions appa rentes de pneumoconiose. Cette constatation était d'u grand intérêt puisqu'elle autorisait à conclure qu'un surveillance attentive des ouvriers, associée à une meil leure application des méthodes de prévention devait per mettre d'obtenir assez rapidement, sinon la disparition du moins une diminution notable des cas de silicose che les dessableurs.

Une statistique qui distingue entre les divers travau d'ateliers offrira dans certaines circonstances un intérê considérable. Voici une fonderie de plomb ; la direction inquiète des nombreux cas de saturnisme qui se mani festent dans son usine, organise un service médical per manent avec visites d'embauchage et visites périodiques Grâce à cette surveillance les cas d'intoxication descen dent en quatre ans de 87 cas à 35. Le résultat parai satisfaisant. Cependant, on s'est contenté de faire un statistique globale, on a négligé de classer les feuillet de maladie par profession. Quand on le fait, on s'aperçoi que la diminution des ouvriers intoxiqués porte unique ment sur les hommes employés aux hauts-fourneaux e qu'il n'existe aucune amélioration aux fours de grillag et aux quais de chargement. Un examen médical de cha que ouvrier est fait par le médecin de l'usine qui recon naît que 60 pour 100 des travailleurs de ces ateliers son intoxiqués. On étudie les conditions du travail et de mesures sont prises pour supprimer les risques.

Ainsi, grâce à l'établissement des statistiques pa groupe professionnel, il est souvent facile de déceler l cause des intoxications et d'y porter remède.

Les enquêtes et les statistiques médicales d'usin sont du plus haut intérêt ; elles permettent de fixe exactement, dans les professions insalubres, la mor bidité légère, la plus fréquente. Malheureusement elles présentent le plus souvent une important lacune puisqu'elles laissent en dehors des statisti ques les cas graves, qui sont hospitalisés ou absent au moment de l'examen ; elles négligent aussi le travailleurs qui, ayant présenté des accidents sé rieux, ont été forcés d'abandonner leur profession

Cependant une enquête d'usine serait parfaite ment capable de faire connaître avec certitude l morbidité réelle et complète d'une industrie, s'i était possible de faire porter l'enquête sur tous le sujets qui ont travaillé dans l'usine pendant u laps de temps suffisamment long et déterminé. Mais pour mener à bien une telle enquête, il faut l'étroit collaboration du médecin d'usine, des chefs d'indus trie et des ouvriers, et celle-ci n'est pas toujour possible ni facile à réaliser.

André Feil

CHRONIQUES
VARIÉTÉS • INFORMATIONS

L'organisation actuelle de la lutte antituberculeuse

Les conditions nées de la guerre et de l'occupation viennent de provoquer une grave recrudescence de la tuberculose. Il y a donc lieu de voir comment on peut adapter les diverses modalités de la lutte aux circonstances actuelles, et aussi de chercher à faire quelques réformes de base susceptibles d'entraîner, pour l'après-guerre, une amélioration persistante.

Du point de vue doctrinal, il faut à la fois être contagionniste convaincu, à la manière de Villemin et de Robert Koch, et se donner toujours comme programme, surtout s'il s'agit de nourrisson, d'enfants, mais aussi de jeunes gens, d'éviter tout contact prolongé et répété avec des tuberculeux, mais aussi se rappeler que la tuberculose est faite de poussées évolutives et de trêves, et que ces poussées évolutives sont, pour une grande part, déterminées non par une infection nouvelle exogène, mais par l'intervention de causes secondes qui tiennent aux conditions mêmes de la vie; l'élévation du taux de mortalité par tuberculose après l'exode, en 1940 et les années suivantes en raison de la sous-alimentation, de l'angoisse et de la « peine des hommes », en est une démonstration éclatante.

S'il y a toujours intérêt à pratiquer le placement du tuberculeux en sanatorium au moment des poussées évolutives ou à l'hôpital quand il s'agit de formes graves, l'insuffisance du nombre des lits de sanatorium et d'hôpital d'une part, le fait d'autre part qu'un très grand nombre de tuberculeux, soit au retour du sanatorium, soit d'emblée, sont soignés à leur domicile, ont pour conséquence la nécessité d'assurer beaucoup plus qu'on ne l'a fait jusqu'ici la prophylaxie à domicile, *la surveillance du tuberculeux en cure libre*, la réadaptation au travail, et, d'une façon générale, « l'assistance aux tuberculeux ». La tuberculose n'est pas une maladie accidentelle, elle est intimement liée à la vie et doit être surveillée et soignée comme telle.

Le problème de la tuberculose n'est pas seulement médical; il est aussi social. L'assistante sociale, à côté du médecin a un rôle considérable; son instruction dans des écoles spéciales doit être de plus en plus développée. De grandes enquêtes sur la fréquence, la répartition et l'étiologie de la tuberculose, telles qu'elles sont pratiquées à l'Institut National d'Hygiène (professeur Chevallier) devraient être multipliées et nécessitent de plus en plus leur concours.

De même que le médecin de dispensaire ne saurait être qu'un phtisiologue qualifié, l'assistante sociale doit toujours avoir passé par une école et être diplômée; le traitement qui lui est alloué devrait être considérablement relevé et en rapport avec la tâche difficile, ingrate souvent, qui lui est dévolue.

Le phtisiologue spécialisé d'ailleurs et l'assistante sociale n'ont pas seuls qualité pour s'occuper des tuberculeux; la tuberculose, on l'oublie trop, relève aussi à tout instant du médecin praticien et il est indispensable que tout médecin de médecine générale ait fait un stage dans un service spécialisé et possède une instruction phtisiologique étendue laissant au phtisiologue la thérapeutique collapsothérapique et les indications difficiles.

Le sanatorium reste à la base de l'armement antituberculeux, autant que possible sous la forme de sanatorium départemental ou interdépartemental et même d'hôpital sanatorium. Il doit être réservé aux tuberculeux curables, aux tuberculeux en poussée; un certain nombre de sanatoriums doivent pouvoir remplir le rôle de « centres de chirurgie thoracique », il faut que le sanatorium devienne de plus en plus un centre de traitement, un centre éducatif, et dans certains cas, un centre de réadaptation au travail pour les tuberculeux, en prévision de leur sortie, enfin un centre d'enseignement pour les futurs phtisiologues.

Il ne saurait être question actuellement de construire de nouveaux sanatoriums; il y a lieu de resserrer les lits, d'utiliser tous les espaces disponibles, d'être très sévère pour le recrutement des malades, d'adjoindre au sanatorium tout immeuble pouvant lui servir d'annexe; il faut créer des maisons de post-cure, des maisons de convalescence, des préventoriums pour les formes de primo-infection chez l'enfant et pour les formes relativement bénignes et peu contagieuses de la tuberculose de l'adulte.

En raison des difficultés de transport, le Ministère de la Santé étudie la possibilité de construction de baraquements dans des régions où le bois pourrait être trouvé sur place et qui, d'autre part, auraient les qualités requises pour une installation sanatoriale.

Services hospitaliers spécialisés. — Le dispensaire ne saurait à lui seul assurer le diagnostic et le traitement collapsothérapique dans les cas difficiles; beaucoup de tuberculeux, soignés en cure libre, sont susceptibles de présenter des incidents qui vont nécessiter leur hospitalisation. Les malades atteints de formes graves de tuberculose ne doivent pas, d'autre part, être envoyés au sanatorium. Dans certaines formes aiguës, curables, le départ immédiat pour le sanatorium n'est pas indiqué; il importe donc que soient créés dans tout centre urbain important, ou à son voisinage, des services spécialisés de phtisiologie, organisés comme de véritables sanatoriums (Hôpital-Sanatorium). A ces centres hospitaliers urbains il faudrait adjoindre, comme autour du sanatorium, des maisons de postcure, de convalescence.

Dans beaucoup de villes de province, le médecin de dispensaire, phtisiologue qualifié, pourrait remplir en même temps le rôle de médecin-chef du service spécialisé.

Le perfectionnement des méthodes de diagnostic bactériologique, la découverte par Calmette et Guérin du BCG ont montré toute l'importance du développement de plus en plus grand de la recherche scientifique en matière de tuberculose, et nécessité la création de laboratoires annexés aux chaires de phtisiologie, aux centres de phtisiologie, aux grands sanatoriums, laboratoires non seulement d'analyse, mais de recherche, sur le modèle de l'admirable laboratoire de recherche fondé à l'Institut Pasteur par Calmette.

Le dispensaire de prophylaxie. — C'est à l'heure actuelle, avec le centre de phtisiologie urbain, le rouage fondamental de l'armement tuberculeux. Le rôle du médecin de dispensaire est considérable; il est non seulement de diagnostic et de dépistage, mais aussi de traitement; l'entretien d'un grand nombre de pneumothorax lui incombe de plus en plus. La surveillance des tuberculeux devrait être une de ses tâches principales. Etant donné le nombre considérable de tuberculeux soignés en cure libre ou ayant repris leur travail, il faut surveiller, réglementer si possible, cette cure libre; d'abord en ce qui concerne le malade lui-même qui doit être surveillé, conseillé dans sa réadaptation au travail pour éviter les rechutes, mais aussi vis-à-vis de ses proches. On ne doit pas oublier tous les dangers de contagion entraînés par la cure libre et la grande tâche qui incombe au médecin de dispensaire, ou au médecin de famille, pour assurer avec le concours de l'assistante sociale la *prophylaxie à domicile*, prophylaxie (comportant toujours pour les non-allergiques la vaccination par le BCG [scarification]) qui n'est possible que si le logis est assez vaste et bien tenu, impossible s'il s'agit d'un taudis ou d'un logement surpeuplé. A défaut de l'isolement du malade, qui est toujours recommandé lorsqu'on est en présence d'un grand tuberculeux grabataire, on pratiquera le placement des enfants, en milieu familial si possible (placement familial des Tout-Petits, œuvre Grancher, etc.) : le rôle très délicat du médecin de dispensaire et de son assistante sociale, lorsqu'il s'agit d'un tuberculeux « moyen », valide, ou surtout d'un « petit tuberculeux », faiblement bacillifère, sera de mettre en balance les dangers toujours redoutables de contagion, surtout pour les enfants et les inconvénients de la dislocation du foyer.

Le traitement en cure libre implique l'intervention du médecin de famille qui doit assister le tuberculeux lorsque se produit une complication et d'autre part régler son mode de vie, en assurant le plus de repos compatible avec le travail, la cure d'air nocturne, une bonne alimentation, etc... Il serait nécessaire qu'il existât plus de liaison non seulement entre le médecin de dispensaire et l'assistante sociale, mais entre le médecin de famille et l'assistante à qui incombe surtout la prophylaxie de la tuberculose à domicile, l'hygiène du logis.

Un grand nombre de tuberculeux ne peuvent reprendre qu'un travail incomplet et ont par suite besoin d'être aidés matériellement en attendant que puisse intervenir « l'assurance-tuberculose »; le rôle de l'assistante sociale est pour une grande part de signaler la situation matérielle du malade aux œuvres de solidarité constituées autour de l'hôpital ou du dispensaire, « Amicales », associations agréées auprès des dispensaires, entr'aide sociale, etc...

Le rôle du dispensaire et de l'assistante sociale sera considérable vis-à-vis des prisonniers et des déportés rapatriés; on devra en effet non seulement procéder à des examens plus complets que ceux qui auront été faits au passage des frontières, mais aussi s'occuper du placement des rapatriés; selon les cas, dans les services spécialisés, au sanatorium, dans des maisons de cure, mais aussi organiser le mieux possible leur vie à domicile, quand ce ne sera pas dangereux pour les proches, assurer leur réadaptation au travail, en accord étroit avec les œuvres d'assistance, la Maison du Prisonnier, la Croix-Rouge.

Si la lutte contre la tuberculose a fait à la ville, surtout dans les grands centres, d'importants progrès, elle n'est pour ainsi dire pas commencée dans les milieux ruraux; dans quelques départements ont été constitués des dispensaires ambulants, dans quelques villes, une assistante sociale à poste fixe assure un certain rayonnement sur les campagnes voisines. Tout est à créer dans ce sens d'autant plus que, si la tuberculose recule à la ville, elle est à l'état stationnaire ou augmente dans les campagnes. Une surveillance, une assistance toute particulière devraient être instituées vis-à-vis des ouvriers agricoles.

Les examens systématiques des collectivités. Examen radiologique. Recherche des réactions tuberculiniques. — La technique si simple des réactions tuberculiniques doit entrer de plus en plus dans la pratique; la notion d'un virage récent impliquant une mise en observation méthodique, examen clinique, recherche du contage, examen radiologique, radiographie, examen des crachats et le plus souvent tubage gastrique. La constatation d'un virage récent entraîne toujours une surveillance, généralement une simple cure de repos plus ou moins prolongée, dans quelques cas l'entrée au préventorium ou au sanatorium. La pratique de l

cuti-réaction systématique dans les écoles, à l'armée, a un très grand intérêt; elle peut conduire à la découverte et à l'isolement de l'agent contaminateur et à son éloignement.

L'examen radiologique, nous l'avons rappelé, doit prendre une place considérable dans le dépistage de la tuberculose ; il doit être pratiqué non seulement chaque fois qu'un individu qui peut être porteur d'une lésion latente se trouve placé dans des conditions où un réveil de cette tuberculose latente peut se produire: traumatisme, opération, grossesse, accouchement, diabète, sous-alimentation, etc., mais aussi, lorsqu'un individu par ses fonctions, s'il était un tuberculeux méconnu, ferait courir des risques aux collectivités avec lesquelles il se trouve en contact (instituteurs, gardiennes d'enfants, etc.). L'examen doit être enfin systématique vis-à-vis des collectivités saines, écoles, grandes écoles, armée, grandes administrations, ateliers. La découverte des tuberculeux méconnus va supprimer les risques de contagion, en même temps qu'elle permettra de soigner d'une façon précoce les malades. Ainsi, l'expérience l'a déjà démontré, les cas de tuberculose deviendront de plus en plus rares dans cette collectivité.

L'examen systématique radiologique des collectivités risquerait de devenir une arme redoutable en des mains inexpérimentées. Rien n'est plus délicat que la lecture des films radiologiques lorsqu'il s'agit de signes discrets; une étude clinique et bactériologique attentive, une mise en observation prolongée doivent toujours être pratiquées et ne peuvent être faites que par un phtisiologue qualifié, qui est en même temps un clinicien averti.

L'importance prise dans la lutte antituberculeuse par la prophylaxie, et d'une façon générale, par l'hygiène générale, et spéciale, implique de la part du malade et du public une « réceptivité aux conseils », qui ne peut être obtenue que si malades et bien portants, sont suffisamment instruits. Une *propagande éducative* qui doit commencer à l'école doit donc compléter la tâche du médecin; c'est pour une grande part l'œuvre du Comité national et des comités départementaux de Défense contre la tuberculose, qui constamment, et plus particulièrement à l'occasion de la campagne du Timbre antituberculeux d'une si haute portée éducative, cherchent à répandre cette instruction.

Un des grands reproches que l'on fait, à juste titre, à notre modalité actuelle de lutte antituberculeuse est le manque de coordination des différents services et, peut-on dire, le manque d'unité de plan. Selon les départements, la lutte relève d'offices publics d'Hygiène sociale dépendant de la Préfecture ou bien de Comités départementaux privés; en attendant une unification qui ne pourra se produire que lentement, ce qui importe dès maintenant, c'est qu'à la tête de ces Offices, de ces Comités soit placé un phtisiologue qualifié qui, en accord avec le Directeur départemental d'Hygiène et sous le contrôle du Préfet et d'une direction de la tuberculose siégeant au Ministère de la Santé publique, assume la direction de la lutte et en prenne toute la responsabilité.

Des mesures urgentes peuvent être prises dès maintenant, outre l'intensification et la remise en état des divers rouages de l'armement actuel (sanatorium, préventorium, dispensaire), création urgente dans chaque département de centres hospitaliers de phtisiologie ainsi que d'une Caisse nationale de compensation permettant le placement rapide des tuberculeux, les formalités étant faites pendant l'hospitalisation et non avant le placement; l'adoption après entente entre les Ministères de la Santé et du Travail de l'assurance-tuberculose; une surveillance plus étroite des tuberculeux ou anciens tuberculeux soignés en cure libre, et, pour éviter la contamination de leurs proches et pour leur permettre une meilleure réadaptation au travail, une aide matérielle des collectivités publiques et des caisses, calculée suivant le taux de la capacité au travail.

En raison du retour, que l'on espère prochain, de nos prisonniers et de nos travailleurs rapatriés, il y a lieu non seulement de prévoir de nouvelles disponibilités sanatoriales, et enfin une ouverture rapide de services hospitaliers spécialisés, mais aussi une mise en état de tous nos dispensaires, une application sur une large échelle selon les bases prévues par les Ministères de la Santé et des Prisonniers, du dépistage radiologique systématique, lors du passage des rapatriés à la frontière, et lors de leur retour dans leur foyer.

Dans chaque ville un peu importante devraient être constitués, après entente avec le Ministère des Prisonniers, de la Santé et l'organisation de la Croix-Rouge, autour de nos dispensaires et avec l'aide de nos comités d'Assistance aux tuberculeux, non seulement des centres d'examen médical, mais plus spécialement des centres d'Assistance pour les tuberculeux et leur famille, cherchant à leur assurer, et les soins s'ils en ont besoin, et la reprise du travail, si celle-ci n'est pas incompatible avec leur état de santé.

La lutte antituberculeuse ne repose pas seulement sur le diagnostic et le traitement; elle ne peut être efficace que si elle s'intègre davantage à la vie même du tuberculeux, si elle est faite de surveillance médicale et d'assistance sociale, assistance non seulement matérielle, mais aussi morale, qui doit incomber pour une large part aux associations agréées auprès des dispensaires et à toutes les œuvres privées d'assistance, de réadaptation au travail, d'amélioration des conditions du logement qui se groupent autour des centres de phtisiologie, du sanatorium et du dispensaire.

F. Bezançon et A. Cavaillon.

La fibre de verre

SES ACCIDENTS PATHOLOGIQUES

Avant la guerre, la presque totalité des calorifuges était à base d'amiante, mais ce minerai qui provenait du Canada, de la Rhodésie, de la Russie et de l'Asie Mineure a complètement disparu en France. On fut donc obligé de le remplacer par un calorifuge nouveau, le verre filé, découvert il y a une dizaine d'années, qui présente certains avantages au point de vue industriel mais qui semble avoir quelques inconvénients pour les ouvriers qui le manipulent.

Cette fibre de verre est un isolant thermique et électrique. Elle est également un isolant du son. Elle ne se détériore pas à l'humidité ; elle est résistante et ne subit pas de tassement aux chocs et aux secousses. Elle est imputrescible et incombustible ; elle est inattaquable aux acides sauf à l'acide fluorhydrique ; elle n'attire ni les rongeurs, ni les insectes. Toutes ces qualités auxquelles s'ajoute la légèreté en font l'isolant de choix pour les installations à bord des navires et des avions. On l'emploie dans l'industrie pour isoler les chaudières, les tuyauteries ; dans l'architecture pour lutter contre le bruit ; dans la fabrication des vêtements isolants : tabliers, vestes, pantalons employés pour la protection des ouvriers travaillant dans les fonderies, à la soudure à l'arc, etc. ; dans la fabrication des radiateurs électriques à accumulation.

La fibre de verre qui est obtenue à partir d'un verre spécial se présente sous forme de soie ou de laine de verre.

La soie est obtenue par passage à la filière et les fils, dont le diamètre est de 12 à 20 microns, sont réunis en écheveau de 2 *m.* de longueur environ.

La laine, plus dense, provient de gouttes de verre dissociées par un jet de vapeur surchauffée. On a ainsi des fibres fines et courtes dont le diamètre est de 7 à 12 microns.

L'utilisation de cette fibre de verre peut déterminer chez les ouvriers des phénomènes pathologiques, comme vient de le signaler à nouveau M. J. Champeix (*Archives des Maladies professionnelles*, 1944-1945, 6, n° 3). Ce sont surtout des phénomènes d'irritation mécanique : érythème cutané avec prurit très pénible ne cédant qu'au savonnage, accompagné parfois de folliculite ou même d'éléments bulleux, blépharite bilatérale, irritation naso-pharyngée sans adénopathie. Ces phénomènes guérissent rapidement quand les ouvriers sont soustraits à cette cause d'irritation, mais une première atteinte semble prédisposer à une récidive rapide quand les ouvriers reprennent le travail dans les mêmes conditions.

Chez tous les malades observés, l'examen pulmonaire clinique et radiologique est resté muet, ce qui semble écarter l'idée d'une irritation causée par la silicose (le verre est, en effet, un mélange en proportions variables de silicate de soude ou de potasse et de différents silicates métalliques). Cependant, étant donné que cette fabrication n'a été introduite en France que depuis la guerre et que la silicose met au moins dix ans à apparaître chez les ouvriers travaillant la silice, il convient de faire quelques réserves pour l'avenir. En attendant, il semble bien que ces phénomènes pathologiques soient dus à l'action mécanique de cette soie ou laine de verre réduites en poussière impalpable au cours de leur manipulation et qu'on puisse les prévenir par des mesures d'hygiène industrielle telles que port de vêtements spéciaux imperméables aux poussières de verre, hygiène corporelle rigoureuse et par des mesures techniques comme la captation des poussières et la ventilation des ateliers.

A. P.

LA MÉDECINE A TRAVERS LE MONDE

L'état sanitaire de l'Europe

Dresser le bilan sanitaire d'un pays était déjà une opération difficile en temps de paix, mais en temps de guerre où les renseignements sont fragmentaires, où les statistiques peuvent être faussées de bonne foi ou volontairement, il semble que ce soit une entreprise téméraire. C'est pourtant ce que vient de faire M. Yves Biraud [1], chef de service des renseignements épidémiologiques et les statistiques sanitaires de la Société des Nations, qui vient de publier une étude complète sur l'état sanitaire de l'Europe.

Les renseignements concernant la santé des pays de l'Europe doivent être puisés à différentes sources. Certains, provenant des journaux politiques sont ou bien manifestement grossis ou au contraire sciemment adoucis dans un but de propagande. D'autres ont une réelle valeur scientifique : les pertes de poids des adultes et les enfants, l'augmentation de la fréquence des maladies contagieuses, les modifications des formes cliniques de la tuberculose, la hausse des taux de mortalité infantile et de mortalité générale, et à condition d'être interprétés, peuvent contribuer à l'établissement du bilan sanitaire.

Cependant, dans cette forme actuelle de la guerre, un certain nombre de faits viennent troubler, au départ, les statistiques. C'est ainsi que certains pays ne tiennent pas compte, dans leurs tables de mortalité générale, des cas de mort par blessures de guerre, du fait que les populations ont été extrêmement mouvantes : exode des habitants de régions entières par suite des bombardements, de l'avance des troupes, transfert systématique des populations telles que celles des Pays Baltes, de la Bessarabie, de la Yougoslavie, des Polonais de certaines provinces, évacuation des grandes villes, déportation des travailleurs, L'extermination de milliers d'individus, les migrations des villes vers les campagnes, les changements de métiers, les fausses cartes d'identité ont modifié dans beaucoup de pays la composition des populations et permettent difficilement de calculer ou d'interpréter les taux de mortalité ou de morbidité.

Cette étude sera donc sujette à révision quand, après les hostilités, les renseignements afflueront de tous les pays, et que sans danger pour la conduite des opérations militaires, on pourra révéler certains faits, mais dès maintenant elle a une utilité incontestable pour permettre aux autorités sanitaires et aux organisations de secours l'élaboration de plans destinés à remédier à la situation misérable de certains pays.

1. Etat sanitaire de l'Europe. Etude de la situation au point de vue des épidémies et de la nutrition. *Bulletin de l'Organisation d'Hygiène.* 1943-1944. Vol. X, n° 4, Genève.

Angleterre et Pays de Galles.

La mobilisation étendue à une partie considérable de la population, les déplacements des ouvriers, l'extension du travail industriel aux femmes, l'évacuation des enfants des centres bombardés ne semblent pas avoir affecté l'état démographique et sanitaire de l'Angleterre et du Pays de Galles.

Le taux de la natalité, qui avait diminué en 1941, est, en 1943, plus élevé que celui des années qui précèdent immédiatement la guerre (16,5 pour 1.000).

La mortalité infantile (décès d'enfants au-dessous d'un an) qui, avant la guerre, était en régression lente mais constante a encore diminué en 1942 et en 1943 pour l'ensemble de l'Angleterre aussi bien que pour les grandes villes (en 1937, 58 pour 1.000 ; en 1943, 48 pour 1.000).

La mortalité générale a dépassé son niveau d'avant-guerre en 1940 et 1941, mais elle est revenue par la suite à son niveau normal (les décès des soldats sur les champs de bataille n'entrant pas en ligne de compte). Les causes de cet accroissement sont dues aux bombardements de 1940-1941 et aussi aux conséquences de la fatigue causée par les alertes répétées, aux infections favorisées par la vie dans les abris, à la non-adaptation des hommes et des femmes aux conditons de travail dans les usines

Pendant ces deux années, on enregistra également une augmentation des décès par tuberculose, nombre de sanatoria furent transformés en hôpitaux de secours. On signala également une augmentation des cas de méningite tuberculeuse chez les enfants qui fut attribuée en partie à la consommation de lait non pasteurisé ni bouilli par des enfants des villes repliés dans les campagnes.

Parmi les maladies contagieuses, une légère augmentation de typhoïde et de paratyphoïde fut observée en 1940 et 1941, résultant des conditions provoquées par les bombardements des villes, mais ces deux pays échappèrent à l'augmentation de la morbidité par la diphtérie, que l'on observa sur le continent en 1942 et en 1943, grâce à la vaccination antidiphtérique.

*
* *

En 1940, en 1941 et surtout en Novembre et Décembre 1943, il y eut une poussée de grippe, mais la mortalité due à cette maladie fut inférieure à celle observée au cours des années 1933 et 1937, ce qui prouve bien que cette poussée de grippe de 1943 ne peut être mise sur le compte d'un affaiblissement dû aux restrictions alimentaires.

D'ailleurs, les mesures prises précocement par l'Angleterre ont pu parer aux difficultés de ravitaillement. L'organisation de cantines, de restaurants à prix contrôlés, les distributions de lait et de fruits aux enfants et aux mères ont permis une alimentation qualitative normale.

Ecosse.

La situation sanitaire de l'Ecosse a peu différé de celle de l'Angleterre.

Le taux de natalité qui déclinait avant guerre est remonté à partir de 1940.

La mortalité infantile plus élevée que celle de l'Angleterre, mais décroissante, est restée proche du niveau d'avant-guerre.

La mortalité générale a légèrement augmenté en 1940 et 1941 pour les mêmes raisons qu'en Angleterre.

La mortalité tuberculeuse a également augmenté en 1940 et en 1941 (80 et 83 pour 100.000 habitants au lieu de 70 en 1939).

Une très légère poussée de diphtérie s'est manifestée en 1940-1941, mais la maladie est revenue ensuite à des niveaux inférieurs à ceux d'avant guerre.

Irlande.

L'Irlande, bien que neutre, a subi les mêmes restrictions que le Royaume-Uni, en raison des liens économiques avec ce pays.

La natalité est passée de 19,1 pour 1.000 en 1939 : 22,3 en 1942 et en 1943. La mortalité infantile s'est légèrement accrue (14,7 pour 1.000 en 1943 au lieu de 14,2 en 1939).

La mortalité générale de ce fait a légèrement augmenté et du fait aussi que la mortalité tuberculeuse a augmenté dans ce pays.

Par ailleurs, les statistiques des maladies contagieuses n'ont guère varié.

Belgique.

Avec la Belgique commencent les difficultés d'avoir des statistiques exactes.

La mortalité générale, déjà très élevée pendant le premier trimestre de 1940 par suite des affections hivernales, s'est accrue d'une façon considérable pendant l'invasion et la période de bombardements intensifs. Il a été d'autre part impossible d'enregistrer une partie des décès des Belges survenus en France pendant les évacuations massives de Mai et Juin 1940. Puis les incroyables restrictions alimentaires qui ont été surtout marquées dans les villes ont amené un chiffre de décès considérable. L'augmentation de la mortalité fut, par rapport à 1938, de 28 pour 100 en 1942, de 36 pour 100 en 1943.

L'accroissement de la mortalité tuberculeuse fut également très importante (69 pour 100.000 habitants en 1938, 98 en 1941).

Le taux de la natalité a accusé une hausse en 1942 et en 1943, malgré 77.000 prisonniers de guerre et 300.000 travailleurs civils déportés en Allemagne.

Le taux de mortalité infantile n'a pas suivi la tendance ascendante du taux de la mortalité générale. A Bruxelles même, la tendance descendante s'est de nouveau affirmée en 1942. Ce phénomène semble résulter d'une politique délibérée de protection à tout prix des enfants du premier âge.

Mais chez les adultes, les effets de cette insuffisance alimentaire se sont traduits par des pertes de poids variant de 10 à 15 kg., par des œdèmes de famine dans la classe pauvre de la population.

Les maladies contagieuses ont augmenté de fréquence. En 1943, la fréquence de la diphtérie correspondait à près de 8 fois et celle de la scarlatine à 5 fois le médian des années d'avant-guerre. A signaler la gravité anormale des maladies contagieuses banales. La Belgique est demeurée pratiquement indemne de typhus exanthématique.

Pays-Bas.

Le taux de la mortalité générale aux Pays-Bas était avant la guerre le plus bas d'Europe. La guerre a amené une hausse de ce taux. Pendant les premiers mois de 1940 et de 1941, il a été influencé par une poussée de grippe.

Les statistiques officielles de mortalité n'ont pas été, en Hollande, autorisées à indiquer le nombre des habitants écrasés ou brûlés vifs pendant le bombardement de Rotterdam. On a estimé ce chiffre à 30.000 environ.

Le taux de mortalité générale en 1941 dépassait de 16 pour 100 celui de 1939, en 1943 de 30 pour 100.

En ce qui concerne la mortalité tuberculeuse, les chiffres sont en augmentation. Dans l'ensemble de la Hollande, l'augmentation pour 1943 a été de 70 pour 100 par rapport à 1939. A Amsterdam, elle a été de 114 pour 100. Toutefois, si ces pourcentages sont importants, le nombre de décès reste faible en raison du taux extrêmement bas qu'avait ce pays avant la guerre.

La natalité a repris la courbe ascendante en 1942 et 1943 et l'accroissement de la population reste favorable grâce à une mortalité infantile qui n'a pas dépassé en 1941 le médian des onze années qui avaient précédé la guerre.

Parmi les maladies contagieuses, la diphtérie doit être spécialement mentionnée en raison de sa fréquence accrue depuis 1941. En 1943, cette fréquence était 13 fois supérieure au médian des années d'avant-guerre.

En 1943, il y a eu une fréquence anormalement élevée des cas de poliomyélite et 4 cas de typhus exanthématique d'origine allemande ont été observés.

Les maladies vénériennes, avant la guerre, qui étaient rares en Hollande, ont pris une certaine ampleur avec l'armée d'occupation. Les Allemands ont institué des maisons de tolérance contrôlées par leurs médecins, mais l'expérience a montré que la syphilis se répandait surtout par la prostitution non surveillée.

*
* *

La sous-alimentation a eu des influences néfastes pour toute la population, mais surtout pour les enfants. L'Angleterre en a pris à sa charge un grand nombre. On redoute beaucoup de voir se développer des maladies carentielles, étant donné que dans les 8 provinces encore occupées, les rations alimentaires ne fournissent que 600 calories par jour (1 *kg.* de pommes de terre et 500 *g.* de farine par semaine). Il n'y a plus de lait pour les enfants ni de possibilité de suralimentation pour les malades. Le Gouvernement anglais a promis de recevoir 70.000 enfants après la guerre dans une maison de convalescence.

A. P.

INFORMATIONS

HAUT COMITÉ CONSULTATIF de la population et de la famille

M. Boverat, vice-président de l'Alliance nationale contre la dépopulation, M. le Prof. Debré et le Dr Monsaingeon, président du Centre national de coordination des activités familiales, ont été nommés parmi les membres du Haut Comité consultatif de la Population et de la Famille.

(*J. O.*, 19 Avril 1945.)

Vaccination contre le typhus obligatoire pour certaines catégories de personnes

Les circonstances actuelles exigeant une vigilance accrue dans la lutte contre les maladies épidémiques, il a paru indispensable, au moment où les risques d'importation du typhus exanthématique en France peuvent se trouver considérablement augmentés par le retour massif des rapatriés, de rendre en partie obligatoire la vaccination contre cette maladie.

En conséquence le Gouvernement, par une ordonnance datée du 27 Mars 1945, a autorisé le ministre de la Santé publique à instituer, par arrêté, l'obligation de la vaccination contre le typhus exanthématique pour tous les sujets de 10 à 50 ans et pour toutes catégories de personnes qui résident dans une région contaminée ou qui, du fait de leur profession, se trouvent particulièrement menacées.

(*J. O.*, 28 Mars 1945.)

ÉTUDIANTS MOBILISÉS

Demandes de sursis :

En réponse à de nombreuses demandes d'étudiants appelés sous les drapeaux qui sollicitent des sursis d'incorporation afin de subir leurs examens, M. le Ministre de la Guerre fait connaître qu'il n'est pas possible de prendre ces demandes en considération. Toutefois toutes instructions utiles ont été données pour que la plus grande facilité soit laissée aux jeunes recrues qui demanderaient à subir des examens ou concours. Les autorisations nécessaires seront accordées pour que, dans la mesure où les nécessités du service ne s'y opposeront pas, les candidats puissent se présenter à ces examens ou à ces concours.

Autorisation de faire acte de scolarité

Le Directeur général de l'Enseignement a décidé d'autoriser, jusqu'à nouvel ordre, les étudiants mobilisés à faire acte de scolarité, notamment à prendre des inscriptions et immatriculations et à participer aux épreuves de toute nature (inscriptions et immatriculations seront prises directement, par procuration ou par correspondance). Cette disposition ne préjuge en rien de la possibilité, pour les étudiants appelés sous les drapeaux, d'obtenir les autorisations qui leur seraient nécessaires de la part de leurs chefs militaires.

La situation scolaire des étudiants engagés volontaires ou mobilisés par l'appel de leur classe durant la guerre fera l'objet d'une décision générale du Gouvernement lorsque les circonstances commanderont que leur soient accordées les légitimes compensations auxquelles ils pourront prétendre.

Dispense de thèse :

Les étudiants appelés ou rappelés sous les drapeaux ainsi que les engagés, candidats aux doctorats d'Etat ou d'Université, pourront, sur leur demande et dans les conditions ci-après, être dispensés de la soutenance de leur thèse :

Quatre exemplaires dactylographiés de la thèse seront déposés au secrétariat de la Faculté. Au terme d'un délai de 3 mois à compter de ce dépôt, si les candidats sont, en raison de leurs obligations militaires, dans l'impossibilité dûment certifiée de se rendre à la soutenance, le jury se réunira et pourra, après délibération, leur conférer le grade de docteur.

Pour les thèses qui auraient déjà été déposées, ce délai courra de la date du présent décret (7 Mars 1945). Lorsque les candidats reçus docteurs dans les conditions ci-dessus désireront obtenir une mention ou postuler un emploi dans l'enseignement supérieur, ils devront subir l'épreuve de la soutenance dans le délai de 6 mois qui suivra leur démobilisation.

Création d'un Comité militaire supérieur DE LA TRANSFUSION SANGUINE

Par arrêté du 21 Mars 1945, l'article 4 de l'arrêté interministériel du 3 Avril 1944 relatif à la création d'un Comité militaire supérieur de la transfusion sanguine est abrogé et remplacé par le suivant.

Le Comité sera composé ainsi qu'il suit :

Président : Le médecin général inspecteur, inspecteur général technique du Service de Santé. — *Membres civils :* Six membres civils, dont un représentant du ministre de la Santé publique, choisis parmi les personnalités les plus qualifiées appartenant au monde scientifique médical. — *Membres militaires :* L'inspecteur des Services de réanimation et transfusion de l'armée ; le directeur du Centre de transfusion sanguine d'Alger ; le représentant de la Direction générale du Service de Santé au ministère de la Guerre ; le médecin chef de l'Organe de transfusion et de réanimation aux Armées ; le représentant du Service de Santé de la Marine ; le représentant du Service de Santé colonial ; le représentant du Service de Santé de l'Armée de l'Air.

(*J. O.*, 12 Avril 1945.)

Université de Paris

Les traumatismes cranio-cérébraux. — Le docteur P. Puech, neurochirurgien en chef des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine, fera une série de 15 conférences sur ce sujet à l'Amphithéâtre Magnan de l'Hôpital Henri-Rousselle (Centre psychiatrique Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, Paris.

Les conférences auront trait au *diagnostic*, au *pronostic* et au *traitement* des accidents récents (12 conférences) et des accidents tardifs (3 conférences). Elles auront lieu les mardis et vendredis, à 18 h., à partir du mardi 8 Mai 1945.

Des travaux pratiques (technique opératoire, électro-encéphalographie) seront adjoints aux conférences. Les jours et heures des exercices pratiques seront précisés lors des conférences.

Etant donné le nombre limité des places, *s'inscrire à l'avance* auprès de Mlle Beaudoin, Service de Neuro-Chirurgie, Hôpital Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris.

Cours complémentaire d'oto-rhino-laryngologie (Prof. : M. F. Lemaitre). — M. le docteur A. Aubin, f. f. d'agrégé d'oto-rhino-laryngologie, commencera une série de leçons le vendredi 18 Mai 1945, à 10 h. 30, dans le Service de Clinique d'oto-rhino-laryngologie du Prof. Lemaitre, à l'Hôpital Temporaire, 6, rue Piccini. Il les continuera en Mai et en Juin chaque vendredi à la même heure.

Sujet des leçons : Traitement des méningites otogènes et leurs séquelles. Papillome du larynx. Traitement chirurgical des sinusites frontales chroniques. Rhinorrhée cérébro-spinale. Diverticules pharyngo-œsophagiens. Traitement chirurgical des paralysies faciales.

Concours et places vacantes

Colonie familiale d'aliénés d'Ainay-le-Château (Allier). — Deux postes de médecin-assistant sont actuellement vacants. Conditions : avoir plus de 16 inscriptions (pour être titularisé, être docteur en médecine). Ecrire au Dr M. Leconte, médecin-directeur.

Services médico-sociaux de Fécamp. — Un emploi de médecin chargé de ces services (contrôle médical des écoles) est créé à Fécamp (Seine-Inférieure). S'adresser au Maire en donnant titres et état des services antérieurs.

Laboratoire régional de bactériologie de Metz. — Le poste de directeur du laboratoire est actuellement vacant.

Pour tous renseignements, les candidats (docteurs en médecine ou pharmaciens, pourvus du diplôme de sérologie) doivent s'adresser au ministère de la Santé publique (direction du personnel, 2e bureau, 1re section), 7, rue de Tilsitt, Paris-17e.

Médecin-directeur de Préventorium. — La Préfecture de la Seine recherche, pour direction d'un préventorium dans le Centre, un médecin spécialiste en tuberculose et pédiatrie : santé excellente exigée. Ecrire à l'Office Public d'Hygiène Sociale, 9, place de l'Hôtel-de-Ville, Paris.

Nouvelles diverses

Médaille du Professeur Levaditi. — La remise de la médaille du Prof. Levaditi aura lieu le 14 Mai, à 10 h., à l'Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris.

Fédération nationale des médecins du Front. — Le Bureau de la Fédération nationale des médecins du Front invite ses membres de la région parisienne, ainsi que les médecins de la Seine, à participer à l'accueil de nos Camarades médecins rentrant de captivité (prisonniers et déportés politiques). Un certain nombre de nos Confrères libérés doivent, en effet, au cours de voyage passer par Paris et y être hébergés pendant un temps très court ; il serait certainement beaucoup plus agréable pour eux de se retrouver dès leur retour en milieu médical. Tous les médecins qui pourraient disposer d'une chambre à cet effet voudront bien se faire connaître au Dr Grasset, 5, boulevard du Montparnasse, SEG. 96-81, qui les mettra en relation avec les postes d'accueil des gares.

Nous espérons que tous nos Confrères des grands centres de province auront à cœur d'accomplir ce même geste de solidarité, bien faible témoignage de reconnaissance envers ceux de nos Confrères qui ont eu tant à souffrir pour nous.

Nos Échos

Naissances.

— Le docteur et Madame Aurs sont heureux de faire part de la naissance de leur second enfant *Frédéric-Richard* (Neuilly-sur-Seine, 15 Avril 1945).

— Danielle et Etienne Bretey ont la joie d'annoncer la naissance de leur petite sœur *Muriel*. De la part du docteur et de Madame Bretey (Paris, 13 Avril 1945).

— Madame et Monsieur J. Plé, docteur en pharmacie, sont heureux de faire part de la naissance de leur septième enfant *François* (12 Avril 1945).

Décès.

— On annonce le décès du médecin général Cot, directeur du Service de secours aux asphyxiés de la Ville de Paris.

— On annonce le décès du docteur Maurice Péhu, médecin honoraire des Hôpitaux de Lyon.

— Le docteur Vincent Paschetta fait part du décès de son frère, le docteur José Paschetta, médecin électro-radiologiste, décédé le 17 Juillet 1944.

— On annonce la mort à la 1re armée de Claude Monod, interne des Hôpitaux de Paris, aide d'anatomie à la Faculté, chef des F. F. I. de la région D (Bourgogne et Franche-Comté) sous le nom de « Colonel Claude » pendant la Résistance, détaché comme commandant au 4e régiment de tirailleurs marocains, tombé à Graben (Bade) le 2 Avril 1945. De la part de Madame Claude Monod et de ses trois enfants, de Madame et du docteur Robert Monod et de Madame Fontaine, sa sœur.

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

Les Petites Annonces dans La Presse Médicale *sont acceptées sous réserve d'un contrôle extrêmement sérieux. Aucune annonce commerciale n'est acceptée.*
Prix : 20 fr. la ligne (15 fr. pour les abonnés).

Cystoscopes uni et bilat., rectoscope Bensaude, résec. et uréthroscope Mac Carthy, neufs, à vendre. Ecr. *P. M.*, n° 310.

Manipulateur-radiologiste recherche situation, sanatorium de préférence. Référ. sérieuses. Ecr. *P. M.*, n° 332.

Administrateur, 47 a., forte cult. gén. ay. dirigé en France et à l'Etr. import. affaires spécialités, ch. direct. commerc. gros labo, ou affaire en période lancem. lui perm. mettre en valeur qualités animat. et organisat. Ecr. *P. M.*, n° 386.

Poste médical important, Médecine générale et électro-radiologie. Matériel et installation complète. 100 km. de Lyon dans centre commercial et industriel. S'adresser : Me Dubost, 31, rue Paul-Chenavard, Lyon.

Sage-femme, ex-interne hôpit. de Paris, connaissant laborat. radio, dactylo, ayant dirigé Maternité 40 lits, et son adjointe sage-femme ex-interne hôp. de Paris, infirmière, ch. direct. Clin. Chir. ou Obstétr. Paris ou banl. proche. Sér. réf. Ecr. *P. M.*, n° 405.

Visiteur médical, expérience acquise, recherche rég. Ouest 2e Labo introduit et produit à lancer. Ec. *P. M.*, n° 410.

Sage-femme munie de référ. dem. gérance clinique accouchem., chirurgie ou pouponnière, Paris ou banl. Ecr. *P. M.*, n° 412.

Visiteuse médicale, meilleure référence, recherche labo exclusivité, région Ouest. Ecr. *P. M.*, n° 415.

A vendre en meurthe-et-Moselle, appareil radiologie C.G.R., 110 kv., 150 M. A. 2 kénotrons. Etat neuf. Ecr. *P. M.*, n° 420.

Jne médecin, anc. externe hôp., anc. assistant de sana ayant habitude de remplacements, désire remplacer ou assister Dr Paris ou banl. paris. Ecr. *P. M.*, n° 422.

Cherche achat spécialité pharmaceutique ou participation laboratoire permettant utilisation diplôme pharmacien et collaboration de mon laboratoire médical existant pour recherches, contrôles, fabrication. Ecr. *P. M.*, n° 423.

Suis acheteur traité chimie biol. Polonowski et traité chimie organ. Grignard. Ecr. *P. M.*, n° 424.

Le Dr J. Chômet dem. pour le seconder jusqu'au 3 Sept. 1945 collègue chirurg. anc. int. Hôpit. Paris de préfér. ou chirur. ayant exercé. Logem. et nourrit. assurés par la Clinique Ecr. Clinique St-Jean, 132, av. de Néris ou téléph. 11-07. Montluçon, Allier.

Conf. vends Primaq. 1937, vélo neuf. Ecr. *P. M.*, n° 429.

Echange app. radio châssis basculant C.G.R. contre 402 Juva, Simca, Citröen. Ecr. *P. M.*, n° 430.

Ch. remplaçant longue durée, médec. générale, radio préfér. A. I. pour import. cabinet. Ecr. *P. M.*, n° 431.

Important Laboratoire Parisien cherche Pharmaciens 25-40 ans, libres tous engagements, pour visites médicales Province. Situation stable, conditions intéressantes. Envoyer *curriculum vitæ* à *P. M.*, n° 432 qui transmettra.

Etudiante, médec. 20 insc., ch. pour début Juin internat médecine. Ecr. *P. M.*, n° 434.

Station thermale, spécial. affect. cardio-vasc. lgne expér., référ. scient. et mor. de 1t ordre, reprendr. client., de préf. Royat, Vittel, Evian, Bagnoles ou analogue, évent. apr. pér. de collab. Ecr. *P. M.*, n° 435.

A céder par suite décès, Cabinet médical du docteur Bonnefoy à Sallanches (Hte-Savoie). Ecr. à Me Bouvier, notaire, à Sallanches.

Sténo-dactylo de Secrétariat Médical demande empl. suite chez docteur, Laboratoire, Clinique. Mlle Fleury, 11, rue des Juifs, Granville (Manche).

Médecin français, 31 a., marié, 2 enfants, anc. interne hôp. Paris, sinistré, cherche long remplacement ou durée guerre dans poste important suivi ou non succession ; préf. Sud-Est. Ecr. *P. M.*, n° 438.

Région ouest, à 80 km. de Paris, près gare, propriété boisée, pour maison de repos ou de convalescence. Superficie : 30 hectares entièrement clos. Vaste habitation comportant : belle réception et 30 chambres. Bâtiment des communs avec grand dortoir et dépendances. Logement de gardien, garage, etc. Prix : 1.700.000 fr. Ecr. *P. M.*, n° 439.

A vendre instruments et appareils diathermie O.-R.-L. Téléphoner entre 14 h. et 16 h. à Suffren 44.36.

On demande vis. méd. désirant s'adjoindre spécialité de grosse prescription médicale pour Seine et Oise. Réf. exigées. Faire offre à *P. M.*, n° 441.

Jne médecin recherché pr Association exploitat. Maison Enfants rég. Vosges. Ecr. Berger, 1, r. Le Goff, Paris.

Doctoresse, gynéc. accouch., rech. appartement Paris, 6e, 7e, 8e, 9e, 16e ou 17e. Tél. : Pla. 05-70.

Cherchons pour Dispensaire Municipal, infirmière dipl. si possible, ayant fait service social si possible. S'adres. Mairie de Gennevilliers, pl. Jean-Grandel ou téléphoner Mme Bardel, Gré 15-64, tous les jours de 10 h. à 12 h. et de 15 h. à 17 h., sauf samedi après-midi.

Très belle villa, Antibes, prix tr. bon marché, conviendrait parfaitement par son installation à Docteur. Ecr. Madroux, 52 *bis*, bd Victor-Hugo, Nice.

Vve médecin désire céder matériel d'oto-laryngologie, appareil Chenaille. Téléphoner le matin, BAL 01-23.

Chef de Publicité Labo spécialités, Dr en méd., réf. 1er ordre, recherche agence générale Laboratoire étranger ; s'intéresserait au lancement de tous produits nouveaux ou anciens. Ecr. *P. M.*, n° 447.

Le Dr Angéras, médec. consultant à Châtelguyon (P.-de-D.) demande pr la proch. saison thermale jne fille, milieu médical pour la surveillance de 2 enfants et petit secrétariat, vie familiale. Ecr. *P. M.*, n° 448.

Infirmière, sér. réf., pauseuse et salle opérat. demandée pr clin. chir. rég. centre; pl. stab. Ecr. *P. M.*, n° 449.

Jne femme médecin, cherche remplacem. Juillet-Août, dans campagne bon ravitaillement, Emmènerait ses deux bébés et sa bonne. Ecr. *P. M.*, n° 450.

Vends dictionnaire encyclopédique des sciences médicales de A. Dechambre, état neuf. Ecr. *P. M.*, n° 451.

Oculiste recherche ouvrages d'Ophtalmologie et notamment : Traité de Fuchs. Encyclopédie Française d'Ophtalmologie en 9 vol. Examen microscopique de la cornée par Gallemaerts. Ecr. *P. M.*, n° 452.

Jne médecin mobilisé, Normandie, clientèle campagne, radio, pneumo, cherche gérant remplaçant durée mobilisation. Ecr. *P. M.*, n° 453.

Fonds de Maison de Santé à vendre, avec superbe parc, accès direct à la mer, à Cannes. Ecr. Madroux, 52, bd Victor-Hugo, Nice.

Vve médecin ch. occupat. pour l'après-midi, réception de malades, téléphone : Balzac 01-23, le matin.

Très bon poste médical banlieue Sud-Ouest à vendre. Ecr. *P. M.*, n° 456.

Encyclopédie M. C. volume Cœur, relié chèvre (avec mise à jour) à vendre ou échanger contre volume Neurologie. Dr Lefebvre, Boiry-Sainte-Rictrude (P.-de-C.).

H. 44 ans, bonne inst. génér., anglais parfait, 25 ans expérience industrie pharmac., 10 ans direc. général, nomb. relations étranger, prendrait direction Labo offrant situat. d'avenir stable bien rémunérée. Ecr. *P. M.*, n° 458.

Médecin Paris-17e, mobilisé, dem. remplaçant non mobilisable. Cond. tr. intéres. Urgent. Ecr. *P. M.*, n° 459.

Cherche remplaçant de lgue durée av. possibil. success. sous-préfect., station sports d'hiver, médec. génér., anccouchement. Ecr. J. Carcats 6, r. d'Anvergne, Lyon.

Dr stomatologiste ch. infirmière assistante même débutante, tr. sér. réf. exigées. Se présenter Mme le Dr Pauillon-Léace, 184, rue de l'Université, Paris.

Poste tr. intéres. de médecin-propharmac. à céder ds tr. joli site Hte-Savoie. Log. assuré. Ecr. *P. M.*, n° 462.

Maison de Santé, banl. sud de Paris, dem. dame pr tenir bureau, recevoir visites et aider à la direction. Ecr. *P. M.*, n° 463.

Permuterais quinze jours, un mois maximum av. confrère médec. générale Paris ou proche banl. désir. se reposer. Bon. nourr. et log. assurés. Dr Valarché, Trémentines (Maine-et-Loire).

Radiol. cherche sténo-dactylo, aide infirmière 2 à 6 h. et 3 matinées par semaine. Elysée 07-29.

Belle clientèle, en plein développem. à céder, à 22 km. Paris, sur grande ligne ouest Ecr. *P. M.*, n° 466.

On demande médecin célib. pr assurer clientèle médecin décédé dans ville industrielle du Nord, rég. de Valenciennes. Ecr. *P. M.*, n° 467.

A vendre : bicycl. homme Dilecta luxe fabr. 1942, absol. neuve et moto Peugeot 3 CV, bon état de marche et nomb. acc. Ecr. *P. M.*, n° 468.

Jne médecin mobilisé ch. remplaçant pr poste à la campagne, départem. Haute-Savoie. Ecr. *P. M.*, n° 469.

AVIS. — Prière de joindre aux réponses un timbre de 2 francs pour transmission des lettres.

Le gérant : F. Thomas.

Imprimé par l'Ancne Imprimerie de la Cour d'Appel, 1, rue Cassette, à Paris (France)

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées aux Périodiques, la Direction scientifique de La Presse Médicale *a dû fixer à 4 colonnes maximum l'étendue des mémoires originaux. Tout manuscrit dépassant cette étendue sera retourné à son auteur.*

SUR L'ACTIVATION APRÈS UN LONG DÉLAI D'ANCIENNES ÉPREUVES TUBERCULINIQUES NÉGATIVES

PAR MM.

A. COURCOUX, J. GÉNÉVRIER, M. DURET et A.-C. MACLOUF

(Paris)

I. Historique. — De nombreux travaux ont été consacrés à cette question.

A la séance spéciale de la Société de Dermatologie de Strasbourg réservée à l'étude de l'érythème noueux (8 Mai 1938), M. le Prof. agrégé Marcel Lelong a présenté la première observation connue :

Elisabeth d'O..., âgée de 7 ans. Ses intradermo-réactions successives faites à doses croissantes et finalement fortes ont montré l'absence de toute sensibilité cutanée à la tuberculine.
Le 17 Novembre 1936, I.D.R. à 1/10 de milligramme, négative.
Le 3 Décembre 1936, I.D.R. à 1 *mg.*, négative.
Le 7 Décembre 1936, I.D.R. à 2 *mg.*, négative.
Le 20 Décembre 1936, M. Lelong observe une activation, caractérisée par un érythème infiltré, des intradermo-réactions faites antérieurement.
Le 28 Décembre 1936, érythème noueux.
Le 25 Janvier 1937, l'intradermo-réaction à 1/10 de milligramme donne une réponse fortement positive (+++) [1].

Canetti et Lacaze ont signalé (Décembre 1940) la « reviviscence à rebours » — après l'introduction de BCG dans l'organisme — des réactions faites antérieurement et demeurées à ce moment négatives [2].

En 1941, Anders Kristenson entreprit une étude méthodique de ce phénomène [3].

De leur côté (1941) E. Wassen et B. Swedin ont pu reproduire sur le lapin des faits du même ordre [4].

Peu après (9 Novembre 1943), M. Guérin rapporta l'intéressante observation de son petit-fils : « il a été vacciné au BCG par scarifications quinze jours après sa naissance, la cuti est devenue positive au bout de deux mois, puis redevenue négative après un an. Il a été immédiatement revacciné. Les lésions locales sont apparues sans délai préalable; dès les premières vingt-quatre heures, les scarifications étaient le siège de l'hyperhémie et de la surélévation caractéristiques. De plus, deux semaines plus tard, le point où avait été pratiqué sur l'autre bras *la cuti préalable à la revaccination, cuti restée négative, comme nous l'avons dit, était le siège d'une vraie cuti positive qui resta apparente plus de trois semaines, pendant qu'évoluaient les petites lésions de vaccination* » (Guérin) [5].

Tout récemment (13 Novembre 1943), M. de Neymann et E. Barré firent part de 5 observations de « virage spontané [6] ».

Enfin, Fourestier (17 Juin 1944) rapporta une intéressante observation de réaction cutanée tuberculinique, positive, huit mois après l'injection intradermique [7].

Bref, l'ensemble de ces publications montre que la tuberculine peut persister longtemps au lieu de l'inoculation cutanée, puis se révéler ultérieurement au moment de *la primo-acquisition* ou de la *réacquisition* de la sensibilité à la tuberculine [8].

II. Activation retardée après l'infection spontanée. — Nous donnerons tout d'abord un résumé de deux observations remarquablement typiques.

Observation I. — Mlle Jac..., élève-infirmière, âgée de 21 ans.
Cuti-réaction — le 7 Octobre 1941.
Cuti-réaction — le 27 Octobre 1941.
Intradermo-réaction à 1 *mg.* — en Novembre 1941.
Intradermo-réaction à 1 *cg.* — en Novembre 1941.
Intradermo-réaction à 1 *cg.* — le 25 Avril 1942.
Cuti-réaction en Septembre 1942. —
Intradermo-réaction à 1 *cg.* — le 20 Octobre 1942.
Intradermo-réaction à 1 *cg.* — le 8 Janvier 1943.
Intradermo-réaction à 1 *cg.* — le 12 Avril 1943.
Intradermo-réaction à 1 *cg.* — le 17 Juillet 1943.
Intradermo-réaction à 1 *cg.* — le 4 Octobre 1943.
Le 10 Novembre 1943, notre élève-infirmière s'est aperçue du développement d'une infiltration nette sur la trace de l'intradermo-réaction du 4 Octobre 1943. Puis, successivement, elle constata, les jours suivants l'apparition d'un érythème infiltré sur la trace de 7 intradermo-réactions qui, autrefois, avaient donné une réponse nulle. Après un séjour de quelques semaines en province, notre jeune fille se présente à nous le 8 Janvier 1944. A ce moment on constate la présence de 7 indurations très accusées, à bords franchement surélevés, ayant chacune 7 *mm.* de diamètre.
La cuti-réaction faite en Janvier 1944 donne une réponse fortement positive.

En résumé, cette jeune fille avait reçu du 27 Octobre 1941 au 4 Octobre 1943, 3 cuti-réactions et 8 épreuves intra-dermiques. 7 de ces réactions (Mantoux) ont présenté une remarquable activation retardée. Les indurations ont persisté pendant toute la durée fort longue (près de dix mois) de notre observation avec peut-être une légère mais insignifiante tendance à l'amenuisement.

Observation II. — Mlle Dejo..., élève-infirmière, âgée de 23 ans. En Octobre 1941, la cuti-réaction avec de la tuberculine brute a donné une réponse nulle. Une intradermo-réaction à 1 *mg.* s'est montrée négative. Une nouvelle intradermo-réaction à 1 *cg.* a confirmé la non-réactivité dermique. Intradermo-réaction à 1 *cg.* négative en Avril 1942. Intradermo-réaction à 1 *cg.* négative le 20 Octobre 1942.
Fin Novembre-début Décembre 1942, cette jeune fille vient spontanément nous montrer un érythème prurigineux qui s'était développé sur la trace de nos intradermo-réactions antérieures. Infiltration non discutable. A ce moment cuti-réaction récente fortement positive.
Une nouvelle radiographie faite après le virage n'a montré aucune modification.
Ajoutons que les petites zones d'érythème infiltré ont persisté de longs mois après le virage. Au bout d'un an on en voyait encore les traces.

Nous possédons de multiples observations absolument superposables aux deux précédentes. Il est inutile, pensons-nous, de prolonger une énumération qui risquerait de devenir fastidieuse. Soulignons que, dans tous nos cas, la réaction tuberculinique récente pratiquée au moment de la primo-apparition des anciennes épreuves cutanées se montre fortement positive. Il y a donc une notable différence de degré entre l'ancienne réaction et la nouvelle qui est franchement plus intense.

Enfin, dans 2 cas, nous avons pu observer le paradoxal fait suivant : malgré l'activation retardée d'anciennes épreuves tuberculiniques, la sollicitation récente a donné une réponse nulle. L'explication de cette absence de synchronisme nous échappe encore. Ajoutons que chez l'une de ces jeunes filles, l'intradermo-réaction à 1 *cg.* n'est devenue positive que deux mois après l'apparition des anciennes réactions, tandis que, chez la seconde, Le Mantoux répété à maintes reprises est demeuré négatif. Par conséquent dans ce dernier cas, il s'agit bien d'une dissociation permanente. D'ailleurs, même si la réaction devient positive, de nombreux mois après l'activation retardée, on ne pourrait en inférer à coup sûr que les deux phénomènes « activation » et « virage » sont sous la dépendance de la même cause: les sujets étant soumis aux mêmes risques de contamination que l'ensemble de la population.

On ne peut noter aucun caractère distinctif entre l'activation retardée simultanée au virage et l'activation retardée sans virage. Tout récemment encore nous avons pu, avec notre ami A. Cayla, observer l'intéressant cas que nous résumons :

Monique D..., née le 28 Février 1931. Ecolière à Neuilly-sur-Seine.

Juin 1943, double cuti-réaction négative.

Au mois de Décembre 1944, nous constatons, par hasard, à l'occasion d'un examen systématique, deux indurations franches de 1 *cm.* de longueur et larges de 5 *mm.*, sur la trace de nos anciennes cuti-réactions. L'aspect très net des indurations nous fait penser immédiatement à une réapparition des anciennes cuti-réactions à l'occasion du virage. Une double épreuve de Pirquet est faite en Décembre 1944. Grande fut notre surprise en constatant une réponse franchement négative. Il existe donc des dérogations certaines à la règle commune. L'activation retardée n'obéit pas toujours à la représentation que nous nous faisons d'elle.

III. Activation retardée après la prémunition par le BCG. — Notre expérience porte sur 144 sujets âgés pour la plupart de 14 à 21 ans. Notre technique est la suivante : la première détermination des non-réagissants se fait par une double épreuve de Pirquet. Tous les insensibles à la cuti-réaction sont soumis sans retard à l'épreuve de Mantoux à 1 *cg.* (1/10 de centimètre cube de la dilution à 1/10 de tuberculine de l'Institut Pasteur de Paris [9]).
Ceux qui restent « non-réagissants » subissent de nouveau une I.D.R. à 1 *cg.* La grande majorité est même éprouvée une troisième fois avec la même dose. Les jeunes filles qui demeuraient insensibles après toute la série des épreuves cutanées recevaient du BCG par scarifications cutanées. De nouvelles épreuves cutanées (I.D.R. à 1 *cg.*) furent faites au neuvième jour, trente-septième jour, trente-neuvième jour, quarante-deuxième jour et soixante-septième jour après le BCG.
Nous résumons nos constatations :

A. — Dans la grande majorité des cas, les intradermo-réactions faites avant le BCG et demeurées négatives, se positivent secondairement (après le BCG). En général, cette positivité se traduit par une induration nettement palpable ayant en moyenne 4 à 5 *mm.* de diamètre. Mais, fait important, le Mantoux récent (après BCG) montre chez ces mêmes sujets une réponse incomparablement plus forte : induration de un et même parfois deux *cm.* de diamètre.

B. — Un point mérite d'être souligné : chez certaines jeunes filles l'intradermo-réaction à 1 *cg.* montre l'absence de toute réponse cutanée malgré l'activation des anciennes réactions. Ici la discordance est seulement transitoire étant donné que le BCG par scarifications finit toujours par s'accompagner, après un temps variable d'un Mantoux positif.

Les rapports chronologiques de l'activation avec le virage des épreuves tuberculiniques ont pu être déter-

1. A la séance spéciale de la Société de Dermatologie, M. Lelong a montré, puis projeté la courbe de température et un résumé complet de son observation. *Sur la projection, le phénomène d'activation retardée se trouvait souligné.* Malheureusement il dut amputer d'une façon importante son texte au moment de la publication et cette observation fut supprimée. Marcel Lelong : L'érythème noueux, faits étiologiques et cliniques. *Société de Dermatologie*, Strasbourg, 8 Mai 1938.

2. G. Canetti et H. Lacaze : *Annales de l'Institut Pasteur*, Décembre 1940, **65**, 433.

3. Kristenson Anders : *Acta Tuberculosea Scandinavica*, 1941, vol. XV, 110 à 114.

4. E. Wassen et B. Swedin : *Beitrage Zur Klinik der Tuberkulose*, 1941, 206 à 208.

5. C. Guérin : Discussion de la communication de P. Boulenger et A.-C. Macloüf : Le phénomène de Baldwin-Gardner-Willis chez le cobaye et chez l'homme, *Société de Pathologie comparée*, séance du 9 Novembre 1943 ; *Revue de Pathologie comparée et d'hygiène générale*, Janvier-Février 1944, nos 545-546, 27-42.

6. M. de Neymann et E. Barré : Société d'études scientifiques sur la tuberculose, séance du 13 Novembre 1943. *Revue de la Tuberculose*, Octobre-Décembre 1943, **8**, nos 10-12, 167-168.

7. Max Fourestier : *La Presse Médicale*, 17 Juin 1944, n° 12, 180-181.

8. Nous signalons les communications qui eurent lieu à la Société de la Tuberculose, le 10 Juin 1944, par MM. J. Génévrier et Antoine-Camille Macloüf, Rist et Coudr, Fourestier et Della Torre (textes actuellement sous presse).

9. Antoine-Camille Macloüf : Durée de l'activité de la Tuberculine diluée. *Revue de la Tuberculose*, Novembre-Décembre 1941, **6**, nos 9-10, 575-580.

minés avec assez de précision dans 44 cas grâce à des I.D.R. de contrôle à 1/10 répétées de semaine en semaine après la vaccination.

14 fois sur 44 (32 pour 100) l'activation a été *antérieure* au virage, qu'elle a précédé de quinze à trente-cinq jours.

23 fois sur 44 (52 pour 100) les deux phénomènes ont été constatés *simultanément*.

7 fois sur 44 (16 pour 100) l'activation a été *plus tardive* que le virage, décalée par rapport à lui de huit à vingt jours.

C. — Il est permis de rapprocher des faits précédents les phénomènes observés au niveau des traits de scarifications de BCG [10].

L'aspect traumatique des scarifications disparaît dans les jours qui suivent la vaccination. Puis, après un certain délai, les scarifications réapparaissent : induration nettement palpable sur toute la longueur des traits. Chez beaucoup de sujets elles sont encore visibles douze mois après la vaccination.

Nous avons cherché à vérifier s'il existait un rapport entre la persistance des traits de scarifications et le maintien de l'allergie cutanée ou entre la disparition des traits de scarifications et la perte de la sensibilité cutanée à la tuberculine.

Voici nos résultats :

34 sujets antérieurement réagissants à la tuberculine ont pu être revus de dix à onze mois après les scarifications et éprouvés par le Mantoux à 1 cg. Sur ce nombre nous avons obtenu [11] :

15 réponses positives (soit dans 44 pour 100 des cas).

19 réponses négatives (soit dans 56 pour 100 des cas).

Parmi les sujets du premier groupe, sur 15 jeunes filles demeurées positives : 6 d'entre elles avaient des scarifications invisibles et 9 d'entre elles des scarifications visibles.

Parmi les sujets du second groupe, sur 19 jeunes filles qui ont fait un virage à rebours, nous constatons que : 10 d'entre elles avaient des scarifications encore visibles et 9 d'entre elles des scarifications invisibles.

De la confrontation des résultats obtenus dans l'une et l'autre catégorie de sujets, il ressort que la persistance ou la disparition des traits de scarifications n'ont pas de rapports *évidents* avec le maintien ou l'extinction de l'allergie cutanée à la tuberculine.

Bref, nous pensons que la réapparition des traits de scarifications de BCG et leur persistance peuvent être assimilées au phénomène de l'activation retardée des épreuves tuberculiniques. Dans l'un et l'autre cas, cette activation secondaire est souvent contemporaine de l'acquisition de la sensibilité cutanée à la tuberculine.

IV. Conclusions. — L'activation retardée des épreuves tuberculiniques coïncide le plus souvent avec l'acquisition de la sensibilité cutanée à la tuberculine.

Ce phénomène s'observe principalement chez les sujets éprouvés antérieurement par voie intradermique. L'activation retardée d'anciennes épreuves de Mantoux est plus fréquente que l'activation retardée d'anciennes épreuves de Pirquet.

Dans l'une de nos observations nous avons pu constater nettement l'activation d'épreuves pratiquées depuis plus de vingt-quatre mois (I.D.R. à 1 cg.). C'est la première observation où l'on voit s'écouler un tel délai entre l'insertion intradermique de tuberculine et sa révélation ultérieure.

Dans la plupart de nos observations, l'activation retardée a déterminé des réactions très persistantes (plusieurs mois). Il est possible que la persistance de l'induration soit liée dans une certaine mesure au taux de la tuberculine utilisée. A une dose faible correspondrait une réaction peu marquée et fugace et à une dose forte une réaction plus intense et plus durable.

L'activation retardée peut, lorsqu'il s'agit de sujets du sexe féminin éprouvés à maintes reprises (onze fois dans notre observation n° I), poser un problème d'ordre esthétique. Nos jeunes filles se sont plaintes de la persistance des indurations et de l'aspect désagréable de la région deltoïdienne. C'est d'ailleurs à ce propos que la Sœur infirmière chargée du service a attiré notre attention sur ce phénomène (depuis des années et bien avant les publications récentes) en nous demandant de faire les épreuves au niveau de la cuisse.

Contrairement aux affirmations péremptoires de certains auteurs, nous ne pensons pas que l'activation retardée soit le premier signe d'une « primo-infection sévère ». Dans toutes nos observations le virage ne s'est accompagné d'aucune modification apparente. Il s'est effectué à bas bruit sans le moindre incident. Ce phénomène ne saurait par conséquent avoir la moindre valeur pronostique. La fréquence des manifestations cliniques est vraisemblablement la même que lorsqu'il s'agit de virages ordinaires. Notre opinion se trouve d'ailleurs amplement confirmée par le fait que les activations retardées peuvent également s'observer après la prémunition par le BCG, c'est-à-dire dans les cas où l'acquisition de la sensibilité dermique à la tuberculine s'est faite dans les meilleures conditions possibles et au prix le plus bas.

L'activation retardée d'anciennes épreuves tuberculiniques aide parfois à localiser avec précision le moment du virage, et cela peut, dans certains milieux, être d'une incomparable utilité.

10. A. Coucroux, P. Boulenger et A.-C. Maclouf : Le phénomène de Baldwin-Gardner-Willis chez l'adolescent et le jeune adulte, *Paris Médical*, 30 Décembre 1943, n° 52, 337-342 ; Contribution à l'étude de la prémunition antituberculeuse par le BCG en scarifications cutanées, *La Presse Médicale*, 20 Mai 1944, n° 10, 147-148.

11. A. Coucroux, P. Boulenger et A.-C. Maclouf : Sur la durée de l'allergie conférée par le BCG en scarifications cutanées, *La Presse Médicale*, 2 Décembre 1944, n° 19, 291 à 292.

L'ANGOR PAR CORONARITE JUVÉNILE

PAR MM.

André JOUVE et **Robert ODDO**

Médecin Interne

des Hôpitaux de Marseille.

A l'autopsie des sujets jeunes, il n'est pas rare de constater une sclérose, souvent importante, des artères coronaires. Dans la statistique de Rössle, la proportion est de 10,6 pour 100 chez les sujets de 15 à 20 ans, de 34 pour 100 chez les sujets de 35 à 40 ans, et Gallavardin affirme n'avoir jamais rencontré de coronaires vraiment saines après 25 ans. Ces lésions artérielles peuvent entraîner des désordres graves, et depuis l'observation de thrombose coronarienne rapportée par Simonin (1894) les faits de cet ordre se sont multipliés (Leary, Holzmann, Walthard).

Néanmoins, l'éventualité d'un angor par coronaire juvénile ne paraît pas avoir sollicité tout d'abord l'attention des cliniciens. Les traités classiques n'en font pas mention. Dans son ouvrage sur l'infarctus du myocarde, Coelho (1934) cite sans commentaires, 2 cas chez des sujets de 34 et 38 ans. Cependant, Fernando (1935), May (1936) devaient rapporter bientôt de nouvelles observations recueillies chez des sujets de moins de 40 ans, et l'enquête de Glendy, Levine et White (1937) groupant 100 cas (dont 16 autopsies) collationnés en 3 ans à Boston mettait en lumière de façon irrécusable la fréquence relative des faits cliniques de coronarite juvénile.

Dans leur ouvrage sur les maladies des coronaires, Laubry et Soulié (1943) individualisent une forme juvénile; c'est à notre connaissance la première étude française sur ce sujet. En dépit des conditions actuelles qui interdisent toute prétention à une enquête bibliographique correcte, l'un de nous a consacré sa thèse inaugurale à l'étude des coronarites juvéniles. Limité, pour plus d'homogénéité, aux observations publiées ou recueillies en France, ce travail a pour base de description les 2 cas de Coelho [1], 11 cas inédits qui ont été aimablement communiqués par MM. R. Froment, J.-M. Bert, M. Gaston, M. Audier et P. Buisson, enfin 8 cas personnels [2]. Nous connaissons aujourd'hui trois faits cliniques nouveaux, dus à Gallavardin [3] et à P. Buisson, soit au total 24 observations.

1. Nous n'avons pu prendre connaissance des 8 observations de MM. Laubry et Soulié, dont le détail n'a pas été publié.

2. Pour le détail de ces observations et la bibliographie, voir R. Oddo : Contribution à l'étude des coronarites juvéniles, *Thèse Paris*, 1944.

3. Nous remercions vivement M. Gallavardin, qui a bien voulu nous communiquer, avant sa publication (*Lyon Médical*, 6 Août 1944), le texte de son article concernant l'un de ces cas, et nous confier un curieux cas inédit auquel nous ferons allusion.

Définition. — Comme il est classique de le faire nous comprendrons sous le nom de coronarite juvéniles les faits dans lesquels symptômes cliniques et électrocardiographiques se conjuguent pour rendre vraisemblable le diagnostic de trouble de la circulation coronarienne, chez des sujets n'ayant pas franchi le cap de la quarantaine et ne présentant pas d'affection nettement individualisée de l'appareil cardio-vasculaire. Les autopsies de fait de cet ordre ont rarement pu être pratiquées.

Selon les auteurs, les sujets âgés de 40 ans sont compris ou non dans ce cadre. D'autre part, comme le propose Gallavardin, il serait souhaitable de réserver la dénomination de *forme juvénile* aux manifestations douloureuses apparaissant avant 30 ans et de qualifier *forme précoce* celles qui surviennent pour la première fois au cours de la décade suivante.

Fréquence. — Pour Glendy, Levine et White, le cas observés avant 40 ans représenteraient 1,7 pour 100 de l'ensemble des coronarites. La statistique de Laubry et Soulié, qui porte sur 400 cas, est de même ordre : 2 pour 100. Cependant, pour Gallavardin, il y aurait 8 coronarites juvéniles pour 100 cas groupés sans tenir compte de l'âge. C'est un pourcentage analogue que nous a communiqué R. Froment : 7 cas de moins de 40 ans sur un lot homogène de 98 observations d'angor coronarien. Dans une statistique personnelle portant sur 100 observations nous relevons 8 cas appartenant au cadre de notre travail : 6 sujets ont moins de 40 ans, 2 en ont 40.

Les faits d'angor par coronarite juvénile sont d'autant plus nombreux que les sujets approchent de la quarantaine. Les cas observés au-dessous de 25 ans sont rares; citons ceux de White, Glendy et Gustafson (18 et 22 ans), de May (19 et 20 ans) de Gallavardin (22 ans), de Fernando (24 ans). Le plus jeune des malades figurant dans les observations françaises a 22 ans, 5 seulement n'ont pas franchi le cap de la trentaine, 7 ont de 31 à 35 ans 12 de 36 à 40 ans.

Etude clinique. — Selon leur caractère évolutif les observations s'ordonnent en 3 groupes.

1° *L'angor hyperalgique fébrile* (9 observations) présente les symptômes qu'il est convenu d'attribuer à l'infarctus du myocarde. Notons simplement que dans ces observations la durée de l'épisode douloureux initial est relativement brève (deux à douze heures) ; l'angoisse est habituellement modérée; les manifestations pulmonaires se limitent à une dyspnée installée dans le sillage de la douleur.

Deux malades ont succombé, l'un à la douzième heure, l'autre au vingt-neuvième jour au cours d'une crise de tachycardie paroxystique ventriculaire. Pour les autres, l'évolution est relativement favorable, et nous avons été frappés, en certains cas, de la régression totale des symptômes cliniques et électrocardiographiques.

2° *La « période angineuse »* (7 observations) qui peut, à tout âge constituer une forme d'angor coronarien, présente, chez les sujets de moins de 40 ans, une netteté particulière. Pendant quelques semaines surviennent des crises angineuses, souvent spontanées, diurnes ou nocturnes, d'une durée de trois à quinze minutes en général, se reproduisant jusqu'à cinq et six fois par vingt-quatre heures. Entre les crises, la douleur s'efface entièrement, ou laisse à demeure un endolorissement précordial qu'exacerbe le moindre effort. La période cède habituellement au traitement pathogénique. Elle se reproduit, plusieurs mois, ou plusieurs années plus tard, sous une forme identique ou alterne avec l'angor hyperalgique fébrile dont elle apparaît bien comme une forme mineure.

3° *L'angor d'effort d'installation progressive* (7 observations) ne justifie pas de description particulière. Chez un malade dont l'observation nous a été adressée par M. Gallavardin, les crises angineuses, survenues de 22 à 35 ans, ont cessé complètement jusqu'à 52 ans, pour reprendre alors et se reproduire jusqu'à 67 ans, où survint une crise mortelle.

Il est vraisemblable que les faits d'angor hyperalgique fébrile correspondent à de brusques perturbations de la circulation coronaire du type thrombose aiguë avec sa conséquence habituelle :

l'infarctus du myocarde. Nous admettrions volontiers que les périodes angineuses ont pour équivalent des poussées de coronarite subaiguë, n'aboutissant pas obligatoirement à l'infarctus, telles que les conçoivent Bohning et Katz. Dans le même ordre d'idées, l'angor d'effort d'installation progressive correspondrait à la sclérose coronarienne chronique. Mais il s'agit là de simples présomptions, et les démentis si fréquemment apportés par les vérifications nécropsiques aux diagnostics lésionnels prématurés (Laubry et Lenègre, Donzelot) nous invitent à attendre la consécration d'observations anatomo-cliniques intégrales en nombre suffisant.

Signalons, en raison de son intérêt pathogénique, l'association d'artérite des membres (3 observations) et d'ulcus gastro-duodénal (2 cas).

Diagnostic. — Chez un sujet jeune, *le diagnostic* clinique d'angor coronarien repose tout d'abord sur ses données habituelles : douleur ayant les attributs classiques de l'angor organique, absence apparente de toute autre cause susceptible de donner naissance à cette douleur, et notamment une aortite, une hypertension artérielle. Un troisième caractère, fréquent mais non obligatoire, est particulièrement net avant la quarantaine : l'allure évolutive « par périodes » de la douleur, un peu à la façon de la douleur de l'ulcus gastro-duodénal.

De la lecture de nos observations, il apparaît que chez de tels sujets *les déformations électrocardiographiques* sont moins sévères (pas d'ondes en dôme ni coronarienne, malgré des enregistrements précoces) et présentent un caractère plus fréquemment régressif que chez les sujets plus âgés. Il s'en suit que l'emploi systématique des dérivations précordiales, le recours, lorsque le doute persiste, à une épreuve d'effort réalisée dans des conditions techniques précises, enfin l'étude comparative de tracés enregistrés en série à quelques semaines ou quelques mois d'intervalle, fournissent des indications souvent décisives.

La discussion du *diagnostic différentiel* conduit à envisager tout d'abord l'angor par aortite ou hypertension artérielle : discussion difficile, les critères électrocardiographiques eux-mêmes étant alors sujets à caution (Routier). Il faut ensuite distinguer les « coronarites juvéniles » proprement dites des atteintes coronariennes subordonnées à un processus pathologique susceptible de survenir chez un sujet jeune : coronarites au cours de l'hypertension artérielle grave ou maligne, maladie de Buerger, maladie de Kussmaül, infections diverses (grippe, scarlatine, diphtérie, fièvre typhoïde) ; enfin, cas exceptionnels d'embolie coronarienne.

Pathogénie. — Nous l'avons rappelé, les données générales de *l'anatomie pathologique* établissent la fréquence et la précocité de la sclérose coronarienne. Mais elles ne permettent pas pour l'instant de reconnaître à cette coronarite juvénile de caractères bien personnel. A la table d'autopsie, les lésions sont celles de l'athérosclérose banale (Glendy, Levine et White). Une observation de R. Froment, qui comporte la vérification anatomique, est particulièrement éloquente à cet égard : chez un sujet âgé de 38 ans et dont l'angor était apparu à 34 ans, il existait de grosses lésions oblitérantes de tous les troncs coronariens principaux du type athéromateux, avec importantes lésions myocardiques sans infarctus massif ; des lésions d'athérome ulcéré siégeaient sur la partie basse de l'aorte et les artères iliaques.

L'examen histologique, pour la majorité des auteurs, met en évidence les lésions classiques de l'endartérite oblitérante ; seul Albertini admet l'existence d'un processus inflammatoire différent de l'artério-sclérose, à disposition focale, occupant toute l'épaisseur du vaisseau, et secondaire à une infection ayant son origine en un point quelconque de l'organisme.

On ne saurait méconnaître l'importance du *sexe*. Rare après la ménopause, malgré le cortège de perturbations endocrinosympathiques qui accompagnent celle-ci, l'angor coronarien est tout à fait exceptionnel chez la femme de moins de 40 ans. Nos 24 observations ne concernent que des hommes ; Glendy, Levine et White comptent un cas féminin pour 24 masculins ; encore notent-ils dans 75 pour 100 des cas de coronarite juvénile chez la femme la coexistence d'hypertension artérielle. Si, chez l'homme, l'angor coronarien apparaît en l'absence de toute cause adjuvante, chez la femme il ne survient, semble-t-il, qu'à la faveur d'un facteur associé.

Le facteur héréditaire se présente sous son double aspect familial et racial. Selon Musser et Barton, chez les jeunes sujets atteints de coronarite on trouverait une prédisposition de toute la famille à l'artériosclérose. La proportion d'israélites parmi ces jeunes malades dépasse de beaucoup celle que l'on rencontre à l'âge adulte et dans la vieillesse ; dans les statistiques américaines, cette proportion varie de 19 à 37 pour 100 si l'on fait abstraction de l'âge, et de 31 à 59 pour 100 si l'on ne retient que les sujets de moins de 40 ans ; en dépouillant 100 observations personnelles d'angor coronarien, nous relevons 10 sujets de race sémite, et nous en comptons 2 sur nos 8 cas de coronarite juvénile.

Bien que moins évident, *le facteur neurotonique* doit être pris en considération Pour Hochrein et Schleicher, l'angor coronarien serait, comme l'ulcus gastro-duodénal, subordonné à une dystonie neuro-circulatoire à prédominance vagale. Soulié estime que les grands chocs émotifs, dont la fréquence actuelle est considérable, démasquent un état de neurotonie constitutionnelle qui fait le lit de l'artérite. Cette explication rendrait compte de la précocité inaccoutumée de l'angor coronarien.

Le rôle des maladies infectieuses (maladies rhumatismales, syphilis, infections focales diverses), des intoxications exo- et endogènes, demeure discutable : une mention cependant doit être réservée au *tabac*, qui figure chez les jeunes sujets atteints de coronarite avec une fréquence particulière dans les statistiques américaines et dans la nôtre.

Traitement. — Le traitement de l'angor par coronarite juvénile ne diffère en rien du traitement de l'angor coronarien classique. Signalons simplement l'action habituellement très favorable de la médication coronaro-dilatatrice, sous forme d'injections d'aminophylline et d'hormone mâle en particulier.

Le pronostic est moins sombre, au moins quant aux suites immédiates de l'épisode douloureux, que pour l'angor coronarien passée la quarantaine. Cependant Glendy, Levine et White enregistrent pour 100 malades, 36 décès, dont 2 assez rapidement, les autres en une moyenne de quatre ans. Dans les observations qui font l'objet de ce travail, nous notons 2 cas de mort rapide, 2 cas de mort survenue trois et quatre ans après le début de la maladie clinique, 9 cas d'angor d'effort à demeure, 4 cas de récidives de la période angineuse. Le cas le plus favorable est celui d'un sujet présentant un état de guérison clinique apparente trois ans après une « période angineuse ».

RÉTRÉCISSEMENT DE L'URETÈRE CONSÉCUTIF A LA CURIETHÉRAPIE POUR CANCER DU COL

Par **Lucien LEGER**
(Paris)

Pour qui songe à l'intimité des rapports anatomiques que présente la terminaison des uretères avec le versant antérieur du dôme vaginal, il est surprenant de constater la rareté au moins apparente du retentissement urinaire des applications de radium pour affections gynécologiques, s'opposant à la relative fréquence des complications rectales beaucoup mieux connues. Nous avons eu l'occasion d'observer un cas de sténose uretérale non néoplasique consécutive à la curiethérapie d'un cancer du col au début.

Mme J..., 30 ans, consulte en Octobre 1943, à la Salpêtrière, pour des métrorragies et une leucorrhée abondante. Une biopsie est pratiquée, qui révèle l'existence d'un épitéhlioma malpighien endo-cervical ulcéré et très infecté. Il n'existe aucune infiltration du paramètre. Ce néoplasme appartient au premier degré. Une application de radium est faite (Dr Wallon) du 7 au 13 Octobre 1943. Conformément à notre habitude, une hystérectomie de sécurité est proposée à la malade. L'intervention est remise à une date ultérieure pour des raisons indépendantes de notre volonté.

La malade consulte à nouveau en Mai 1944 ; elle accuse une douleur lombaire droite qui nous fait craindre l'existence d'une métastase vertébrale. Cependant, le rachis est souple, indolore. La radiographie ne montre aucune lésion osseuse. La fosse lombaire droite est un peu sensible. Pour essayer de préciser l'étiologie de cette douleur, nous pratiquons une urographie veineuse, qui donne une image pyélique gauche normale, cependant que l'appareil urinaire du côté droit n'est injecté sur aucun des clichés.

Une cystoscopie est alors faite. Le méat uretéral droit est d'aspect normal, mais il est impossible d'y monter une sonde. Une uretéro-pyélographie rétrograde à la sonde-bouchon de Chevassu est tentée ; elle ne permet pas non plus d'injecter l'uretère et le rein droits. De ces différents examens, nous pouvons conclure à une exclusion du rein droit par obstacle sur la terminaison de l'uretère. La question est de savoir si ce dernier a été envahi par les lésions néoplasiques, ou s'il s'agit d'une sclérose en relation avec la radiumthérapie. La souplesse absolue du paramètre, la guérison apparente des lésions utérines plaident contre la première hypothèse, en faveur de la seconde.

L'urée sanguine est à 0,20. L'examen des urines ne décèle ni pus, ni germes. La formule sanguine est normale. Dans ces conditions, on décide d'intervenir, à la fois pour dégager l'extrémité inférieure de l'uretère et pour pratiquer une hystérectomie totale.

Intervention le 15 Juin 1944 : à droite, on pratique une dissection soigneuse de l'uretère, à partir du détroit supérieur ; le conduit est franchement dilaté et l'on se rend compte que sa terminaison (portion comprise entre la paroi vaginale antérieure et la vessie) est entourée d'une bague de sclérose extrêmement serrée, sur 1 *cm.* environ. La libération de l'uretère nécessite la section de ce tissu aux ciseaux. Du côté gauche, on ne touche pas à l'uretère ; on termine par une hystérectomie totale. L'examen histologique a été pratiqué par Mlle Gautbier-Villars : pas de lésions néoplasiques sur la pièce. La tumeur siégeait sur le museau de tanche dont une des lèvres est atrophique, cicatricielle, avec un épithélium reconstitué très bas, qui repose presque directement sur le muscle lisse. Quelques vestiges inflammatoires dans cette région. *Le paramètre est simplement scléreux*, sans métastases.

Plusieurs jours après l'intervention, la malade se met à perdre quelques gouttes d'urine par le vagin, ce qui n'est pas pour nous étonner, étant donné la dénudation de l'uretère qu'il a fallu pratiquer. Le 23 Juillet, soit six semaines après l'intervention, une nouvelle urographie veineuse est pratiquée. Elle confirme l'intégrité du rein gauche. A droite, contrairement au premier document, le rein est injecté, il est fortement dilaté. hydronéphrotique. Devant la persistance de la fistule uretérale, nous réintervenons le 17 Octobre 1944.

Incision médiane sous-ombilicale : extra-péritonisation de la vessie rendue difficile par les adhérences en relation avec l'hystérectomie totale antérieurement pratiquée. Notre intention première était de pratiquer une anastomose uretéro-vésicale latéro-latérale suivant la technique de Louis Michon, mais les derniers centimètres de l'uretère sont noyés dans un bloc scléreux indisséquable. Section de l'uretère en amont de ces lésions et anastomose à la vessie suivant le procédé de Payne, un drain et deux mèches.

Guérison.

La dernière urographie veineuse montre une égalisation de la sécrétion urinaire des deux côtés ; les cavités pyéliques gauches semblent déjà être moins dilatées que sur le précédent cliché.

En résumé, il s'agit d'une hydronéphrose douloureuse droite avec absence totale de la sécrétion urinaire de ce côté et paraissant consécutive à une application de radium pour cancer du col. Le dégagement de l'uretère rend au rein une valeur sécrétoire, sans doute amoindrie, mais certainement pas négligeable. L'examen histologique montre que la sténose uretérale est due à des lésions de sclérose du tissu péri-utérin.

Du cadre de cette étude, nous éliminons les anuries survenues en cours de curiethérapie et qui paraissent relever d'un œdème régional : elles ne sont pas toutes la conséquence d'une application de radium, puisque certains des faits rapportés sont survenus au cours d'une série de séances de radiothérapie (Maiantz, Violet). Nous ne retiendrons pas non plus ceux où la sténose uretérale s'est accompagnée d'une fistule uretéro-vaginale attribuant ces lésions jusqu'à preuve du contraire soit à une erreur de technique curiethérapique, soit à un envahissement massif du paramètre par le cancer.

On ne compte plus les travaux qui traitent de complications urinaires des cancers du col, dont on sait que l'aboutissant terminal est souvent une anurie excrétoire par étranglement des uretères dans le paramètre envahi. Ces faits ne nous intéressent pas présentement.

Sur le nombre de cas publiés, en est-il où ce enserrement puisse être le fait, non d'un envahissement néoplasique, mais d'une sclérose inflammatoire post-curiethérapique ? Les auteurs sont habi

tuellement muets sur ce point et la plupart des observations ne comportent pas d'examen histologique du tissu péri-uretéral. C'est cependant dans ce cadre que paraît s'intégrer notre observation : curiethérapie pour cancer au début, sténose uretérale précoce, absence contrôlée histologiquement de tissu néoplasique dans le paramètre. Encore est-il permis de se demander, en pareille éventualité, si la sclérose péri-uretérale est la conséquence de la stérilisation du tissu néoplasique par la curiethérapie, ou s'il ne s'agit pas plutôt d'une sclérose inflammatoire consécutive à l'action de voisinage du radium. Dans le cas de notre malade (cancer au stade 1), nous penchons pour cette dernière hypothèse, et c'est sur ces faits de sclérose inflammatoire pure post-curiethérapique que nous voudrions insister. Nous avons dit la difficulté qu'il y avait à reconnaître ces faits parmi les nombreuses observations publiées, où manque l'examen histologique. Aussi, de nos recherches dans la littérature, certainement incomplètes d'ailleurs en raison des circonstances actuelles, n'avons-nous retenu que les cas de sténose uretérale après curiethérapie pour des affections non néoplasiques.

Trois faits de cet ordre nous ont paru particulièrement probants :

Everett (observation VII). — Femme de 38 ans, traitée en 1926 par radium et radiothérapie pour fibrome. Un an et six mois après, pyélonéphrite droite ; un an plus tard, on décèle un rétrécissement de l'uretère droit ; hystérectomie subtotale. En 1929, les deux uretères sont sténosés au niveau de leur traversée des ligaments larges.

Everett (observation VIII). — Femme de 26 ans. Deux applications de radium (1926 et 1928) pour ménorragies. Des douleurs rénales se manifestèrent dans les suites du premier traitement. En 1930, on décèle une sténose uretérale bilatérale.

Bugbee (observation II). — Femme de 45 ans. Radiumthérapie pour métrorragies en relation une hyperplasie de l'endomètre vérifiée par biopsie. Six mois plus tard, il existe une pyonéphrose en relation avec une sténose uretérale située à 5 *cm.* au-dessus du méat.

On peut évidemment se demander si ce ne sont pas là des coïncidences, s'il ne s'agit pas de sténoses uretérales d'autre origine découvertes fortuitement après curiethérapie.

Everett, en particulier, soulève cette hypothèse du rétrécissement uretéral préalable à la radiumthérapie. Et Hunner produit, à l'appui de cette interprétation, une statistique de 940 cancers du col, dont 50 pour 100 présentaient déjà, lors du premier examen, des troubles urinaires. Cependant, le siège du rétrécissement au cours de la traversée du paramètre constitue un argument qui nous paraît assez probant en faveur du rôle provocateur de la curiethérapie.

Sur la fréquence de ces sténoses uretérales par sclérose curiethérapique, il est difficile de se prononcer, nombre des cas passant inaperçus, d'autres étant attribués sans preuve à la reprise du processus néoplasique, d'autres enfin constituant des découvertes nécropsiques sans qu'un examen histologique du paramètre ait été pratiqué.

Seul, Healy avance un chiffre et déclare n'avoir observé que deux sténoses uretérales complètes dues à une irradiation excessive sur 3.000 cancers du col.

Peut-on prévenir l'apparition de ces sténoses uretérales après curiethérapie? Il n'est évidemment pas question de mettre en doute la valeur de cette thérapeutique ni d'en restreindre les indications en matière de cancer, mais peut-être vaut-il mieux, connaissant ces complications sérieuses, éviter d'en user trop largement dans les affections non néoplasiques.

Everett conseille de procéder systématiquement à des séances répétées de dilatation uretérale dans les mois qui suivent l'application de radium. C'est là une pratique à laquelle nous ne sommes pas accoutumés en France, mais qui apparaît logique si de nouvelles observations venaient confirmer la fréquence relative de ces complications de la curiethérapie.

(Travail de la Clinique Chirurgicale et du Centre anticancéreux de la Salpêtrière. [Prof. : Henri Mondor].)

MOUVEMENT MÉDICAL

AU DELA DE LA PÉNICILLINE

La lutte pour la vie chez les microorganismes. Ses possibilités d'applications pratiques.

Dans la vie en commun des microorganismes, on constate que ceux-ci peuvent exercer les uns sur les autres, en dehors de la concurrence pour les aliments et l'oxygène, une action favorable ou défavorable. Dans l'un et l'autre cas, cette influence semble due à la présence dans le milieu considéré de produits de leur métabolisme.

Wildiers a mis en évidence au début de ce siècle, qu'un extrait de levure était indispensable à la croissance de certaines espèces de levure. On sait également qu'il peut être avantageux pour obtenir un meilleur développement d'ajouter à des milieux de culture constitués de substances définies, soit des extraits, soit de faibles quantités de liquides sur lesquels d'autres microorganismes semblables ou non ont déjà été cultivés.

Par contre, on observe très souvent que les microorganismes produisent des substances nuisibles, soit à leur propre développement et déterminent alors ce qu'on appelle le « vieillissement du milieu », soit à la croissance ou même à la vie d'autres organismes avec lesquels ils se trouvent en concurrence. On a pu utiliser à des fins industrielles certaines de ces productions dont les plus connues sont celles de l'alcool éthylique et de l'acide citrique.

Cet antagonisme se manifeste par l'élaboration, soit de substances toxiques provoquant une lyse cellulaire plus ou moins rapide, soit de substances inhibitrices de la croissance de microorganismes concurrents. Ces substances agissent par modification profonde d'une des conditions du milieu, comme la concentration en ions hydrogène ou par intervention directe dans l'un des processus vitaux de l'organisme à la manière des antivitamines.

Il est évident que ces phénomènes prennent pour l'observateur une importance toute particulière quand l'un des deux microorganismes est un agent pathogène. Si le développement de celui-ci est inhibé par l'un des produits du métabolisme d'un germe banal, l'étude de ce dernier présente évidemment une grande importance pour la lutte contre les maladies des animaux et des végétaux.

L'utilisation de telles propriétés inhibitrices vis-à-vis d'un agent pathogène peut s'effectuer de diverses façons :

1° Soit par inoculation directe du microorganisme antipathogène dans le milieu infecté, mais celui-ci peut ne pas lui être favorable et l'introduction de germes dans un organisme vivant peut présenter d'autres inconvénients.

2° Soit par l'emploi d'un extrait du milieu de culture de l'antipathogène contenant le produit actif de son métabolisme, mais cette préparation peut être complexe ou onéreuse, le produit obtenu manquer de stabilité et présenter une certaine toxicité.

3° Soit par l'emploi d'un produit de synthèse ou de dérivés éventuellement plus actifs ou moins toxiques aux lieu et place des substances naturelles.

Ces trois procédés ont été utilisés, l'orientation naturelle des recherches consistant en leur remplacement successif l'un par l'autre dans l'ordre de leur énumération, l'étude chimique n'étant qu'à ses débuts et constituant vraisemblablement un avenir plein de promesses.

Rappel historique.

Pasteur, en 1877, au cours d'une séance de l'Académie des Sciences, exposa très nettement, à propos du charbon bactéridien, les bases de cette théorie et indiqua toutes les possibilités qu'elle contenait en germe.

« L'urine, neutre ou légèrement alcaline, est un excellent terrain de culture pour la bactéridie; que l'urine soit pure et la bactéridie pure, et dans l'intervalle de quelques heures, celle-ci est tellement multipliée quo les longs filaments qui la composent remplissent le liquide d'un feutrage d'aspect cotonneux ; mais, si au moment de déposer dans l'urine les bactéries à titre de semence, on sème en outre un organisme aérobie, par exemple une des bactéries communes, la bactéridie charbonneuse ne se développe pas ou très peu et elle périt entièrement après un temps plus ou moins long. Chose bien remarquable, ce même phénomène se passe dans le corps des animaux qui sont le plus aptes à contracter le charbon et l'on arrive à ce résultat surprenant qu'on peut introduire à profusion dans un animal la bactéridie charbonneuse, sans que celui-ci contracte le charbon ; il suffit qu'au liquide qui tient en suspension la bactéridie on ait associé en même temps des bactéries communes. Tous ces faits autorisent peut-être les plus grandes espérances du point de vue thérapeutique ».

Dans les années suivantes, ce principe fut appliqué dans la lutte contre le charbon par Emmerich à l'aide du streptocoque de l'érysipèle, par Pawlewsky en inoculant le pneumocoque, enfin par Bouchard (1889) qui utilisait le bacille pyocyanique. Sur 26 lapins recevant successivement la bactéridie charbonneuse et le bacille pyocyanique, 12 guérissaient, 6 étaient tués par le charbon et 8 mouraient sans charbon, tandis que pour les 20 témoins on comptait 20 morts par le charbon. Charrin et Grignard (1889) reprenaient *in vitro* l'étude de Bouchard et concluaient :

« Que le microbe du pus bleu, pour agir, paraît user surtout de deux ordres de moyens principaux. Il atténue la bactéridie charbonneuse en sécrétant des substances nuisibles pour elle, mais il l'atténue également en épuisant les milieux nutritifs. »

Vers la même époque, en 1887, Carré, en Suisse, recherche d'une façon plus large les antagonismes pouvant exister entre deux espèces microbiennes, en désignant ainsi l'action réciproque exercée par deux microorganismes lorsque l'un d'eux crée dans le milieu sur lequel il a été cultivé des conditions défavorables au développement de l'autre. Il attribue cet antagonisme à la présence d'une substance abondonnée par le premier germe cultivé. Ses essais furent effectués sur gélose stérilisée après une première culture et ensemencée à nouveau avec d'autres espèces qui poussent mal, médiocrement ou bien. Il constate d'ailleurs que l'antagonisme n'est pas toujours réciproque.

De Freudenreich (1888), partant de l'observation de Pasteur et des essais de Carré, reprit ces derniers sur une échelle beaucoup plus grande et sur milieu liquide, car il pensait déjà que :

« La solution du problème de l'immunité ne pourra qu'être puissamment aidée par l'étude complète et méthodique de ce qu'on peut appeler l'antagonisme des bactéries ».

Il observa notamment que les produits du métabolisme de *Bacillus pyocyaneus* et de *Bacterium phosphorescens* entravaient dans une notable mesure, s'ils ne l'empêchaient pas complètement, la croissance des microbes que l'on implantait dans les milieux où l'un des deux premiers germes avait déjà vécu.

Les microorganismes du sol comme base d'études.

Sydney-Martin (1898-1900) observa peu après que certains sols étaient favorables au bacille typhique, tandis que d'autres lui étaient nocifs par suite de la présence de bactéries antagonistes.

Frost (1904) vérifia la réalité de l'action inhibitrice de nombreuses bactéries contenues dans les terres arables ou les eaux courantes vis-à-vis du bacille typhique.

Waksman systématisa récemment (1941) cette observation et exprima l'opinion que toutes les bactéries causes de maladies infectieuses pour les animaux et les végétaux se trouvent dans le sol, où elles proviennent de leurs excréta ou de leurs cadavres et qu'elles y sont inhibées ou détruites par les autres microorganismes du sol. C'est donc dans ce milieu si riche de la flore du sol où la lutte pour la vie entre microorganismes s'effectue avec le plus d'ampleur qu'il conviendrait de rechercher et d'isoler les inhibiteurs les plus actifs des agents pathogènes.

1 *g.* de terre arable contient, vivant en équilibre par suite de leurs interactions mutuelles:

300.000 à 95.000.000 bactéries,
100.000 à 36.000.000 actinomycètes,
8.000 à 1.000.000 champignons

et un nombre beaucoup plus faible de protozoaires.

Les antagonismes les mieux étudiés sont ceux existant entre bactéries et champignons, où l'on constate le plus souvent que les champignons l'emportent. Mais on en observe également entre les champignons eux-mêmes ou entre les bactéries elles-mêmes ou enfin entre ces dernières et les amibes.

Parmi les explications données habituellement de la « fatigue » des vieilles luzernières, il faut en effet noter que dans certains cas celle-ci peut résulter de la formation par certains microorganismes de « toxines » spécifiques contre les bactéries radicicoles fixatrices d'azote que l'on rencontre dans les nodosités des légumineuses; la production de bactériophages spécifiques peut aussi aboutir au même résultat.

On a également souligné le rôle que peuvent jouer dans la fertilité et l'infertilité des sols les actinomycètes producteurs de substances toxiques pour les bactéries et enfin, en lui attribuant peut-être trop d'importance, celui des protozoaires qui consomment les bactéries du sol comme aliments et abaisseraient ainsi d'une façon exagérée le nombre de microorganismes spécialisés susceptibles de fixer l'azote de l'air, de transformer les sels ammoniacaux en nitrites et nitrates, de décomposer les hémicelluloses et celluloses, etc., en général de détruire la matière organique pour la mettre sous une forme utilisable par les végétaux supérieurs.

Applications a la phytopathologie.

Les mêmes actions antagonistes peuvent être utilisées dans la lutte contre les maladies provoquées par les agents pathogènes et le premier terrain d'étude semblait offert par la phytopathologie, mais si les recherches y furent nombreuses dans ce domaine, les résultats pratiqués semblent jusqu'ici de peu d'importance.

Applications a la thérapeutique animale.

Au point de vue de la thérapeutique animale, les essais les plus importants ont été effectués sur les produits du métabolisme des champignons. Les efforts les plus anciens, ceux de Gratia et Dath, poursuivis par Welsh et étendus notamment par Waksman et ses collaborateurs portèrent sur les actinomycètes.

I. *Actinomycètes.* — Lieske (1921) observe les propriétés inhibitrices du Streptothrix en présence de divers microbes, mais ce furent Gratia et Dath (1924) qui montrèrent que le filtrat du milieu de culture de cette moisissure blanche provoquait la lyse de staphylocoques tués et de certains autres microorganismes, cette bactériolyse étant donc dans une certaine mesure spécifique.

Welsh (1936) étudie à nouveau cette action et montre que les irrégularités observées provenaient de ce que le pouvoir lytique augmentait considérablement lors de la sporulation. On constate d'ailleurs une autolyse du propre mycelium de l'Actinomyces par les lysines produites (1939). Welsh appela *actinomycétine* le principe actif soluble dans l'eau et insoluble dans les solvants des lipides.

Waksman et Woodruf (1941) isolent des produits du métabolisme d'Actinomyces antibioticus une substance soluble dans l'éther, au contraire de la précédente et qu'ils appellent *actinomycine A*. Purifiée par chromatographie elle montra *in vitro*, mais non *in vivo*, une action bactéricide sur les microorganismes Gram-positif à des concentrations de l'ordre du 1/1.000.000; par contre, elle protège la souris contre les effets de l'injection intrapéritonéale de *Trypanosoma equiperdum* à des doses de quelques dixièmes de γ. Ce produit présente toutefois une forte toxicité pour les animaux supérieurs.

D'autres actinomycines ont depuis été isolées et sont à l'étude, ainsi qu'une proactinomycine obtenue à partir du milieu de culture d'un Proactinomycète par Gardner et Chain.

II. *Champignons.* — Parmi les substances retirées des produits du métabolisme de divers champignons, la plus connue, parce que déjà entrée dans le domaine des applications pratiques, est la *pénicilline*. Son action fut observée pour la première fois par Fleming en 1929, à l'occasion de contaminations accidentelles de cultures de bactéries pathogènes. Fleming mit en évidence que le filtrat du milieu de culture de ce champignon *Penicillium notatum* Westling contenait une substance active qu'il appela pénicilline, efficace contre les bactéries Gram-positif et inefficace contre les batéries Gram-négatif. La résistance observée dans ce dernier cas pourrait provenir de la production d'un enzyme.

Au fur et à mesure que l'on obtenait un produit de plus en plus pur, on annonçait que la pénicilline arrêtait la croissance de *Staphylococcus aureus* à des dilutions du 1/1.000.000 (1941), du 1/25.000.000 (1942) et du 1/150.000.000 (1943). La pénicilline ne s'emploie pas par voie buccale car elle est relativement peu stable en milieu acide. Au contraire des sulfamides, elle est active en milieu peptoné ou en présence d'acide para-aminobenzoïque et manifeste son activité même en présence de germes pathogènes en très grande abondance. Enfin, sa toxicité serait pratiquement nulle étant donné les doses auxquelles elle est utilisée.

Goulthard et ses collaborateurs (1942) ont également retiré du milieu de culture de ce *Penicillium* par un procédé d'extraction très différent une substance présente en quantité beaucoup plus faible, la *notatine*. Cette substance en raison de ses réponses à divers réactifs appropriés et de son spectre d'absorption serait analogue au ferment jaune de Warburg. Les produits les plus purs (90 pour 100 de pureté) arrêteraient complètement la croissance de *Staphylococcus aureus* à des dilutions du 1/1.000.000.000 et agiraient à la fois contre les bactéries Gram-positif et les bactéries Gram-négatif. Cette action toutefois ne pourrait se produire qu'en présence d'oxygène et de glucose et en l'absence de catalase. Son comportement serait celui d'une aérodéhydrogénase du glucose.

Nous connaissons encore mal son action *in vivo*, il est de même de la *corylophylline* extraite de *Penicillium corylophyllum* par un procédé semblable à celui qui donne la *notatine* (Penau, Levaditi et Hagemann, 1943). Ses propriétés chimiques seraient analogues à celles de la notatine, elle inhiberait la croissance de *Staphylococcus aureus* à des concentrations à 10^{-8}, à 10^{-9} et serait peu toxique.

Les autres corps isolés de divers *Penicillium* et *Aspergillus* sont moins actifs mais pourraient être intéressants du fait de la spécificité de certaines de leurs actions. Nous citerons (1941 et 1942) la *fumigacine* (*Aspergillus fumigatus*) et la *clavatine* (*Aspergillus clavatus*) qui tuent en deux à six heures différentes bactéries Gram-positif ou négatif à des dilutions de 1/50.000 à 1/500.000.

La *citrinine* (*Penicillium citrinum*), l'*acide pénicillique* (*Penicillium cyclopium* et *Penicillium puberulum*), la *fumigatine* (*Aspergillus fumigatus*) s'opposent à la croissance du staphylocoque doré à des dilutions de l'ordre de 1/50.000.

III. *Bactéries.* — Hotchkiss et Dubos (1939) ont extrait d'une bactérie du sol *Bacillus brevis* et d'autres bactéries aérobies sporogènes, deux substances douées d'un pouvoir inhibiteur sur la croissance d'autres bactéries; la *gramicidine* et la *tyrocidine*, parfois utilisées en mélange sous le nom de tyrothrycine. La gramicidine serait la plus active, mais la tyrocidine exercerait également son action sur les bactéries Gram-négatif. Leur toxicité vis-à-vis des organismes supérieurs et leur pouvoir hémolytique font que ces produits ne peuvent s'employer qu'*in vitro*. La tyrocidine interviendrait en bloquant tous les systèmes d'oxydation connus. Une dose de 1 γ pourrait arrêter le développement d'un billion de bactéries.

Mc Ilvain (1941) a étudié l'action des pigments extraits de *Chromobacterium iodinum* sur la croissance de diverses bactéries qu'elle arrêterait à des concentrations de 1 γ par centimètre cube.

L'*iodinine* agit sur *Streptococcus hemolyticus* à une concentration de $5,10^{-7}$ et sur *Corynebacterium diphteriæ* à des dilutions de 10^{-7} à 10^{-8}. Elle serait également active vis-à-vis des bactéries Gram-positif que des bactéries Gram-négatif.

L'inhibition constatée en présence d'iodinine serait annulée par l'addition de dérivés des naphtoquinones et anthraquinones ou par certaines hydroxyanthraquinones, comme la quinizarine. On observe donc entre iodinine et composés à activité vitaminique K antihémorragique, un antagonisme analogue à celui existant entre vitamine et antivitamine. Comme dans le cas du couple acide paraminobenzoïque (vitamine H') et acide sulfanilique (sulfamides), cette action réciproque pour une concurrence probable dans la composition d'une substance enzymatique s'explique par une certaine analogie de structure.

La *chlororaphine* de *Bacterium chlororaphis*, se comporterait comme l'iodinine, mais avec une efficacité moindre.

Nouveaux antibactériens obtenus par synthèse.

Raistrick a entrepris depuis une quinzaine d'années, avec ses collaborateurs l'étude chimique des produits du métabolisme des moisissures. La plupart des substances analysées se classent dans deux groupes principaux, celui de dérivés quinoniques et celui des dérivés de l'acide tétronique. Secondé par Oxford, il en a repris l'étude ces dernières années au point de vue de leur action antibactérienne. La composition chimique des substances soumises aux essais étant connue, Oxford a pu mettre en évidence dans les produits inhibiteurs de la croissance de divers microorganismes la présence générale d'un groupement structural auquel il a cru pouvoir rattacher l'origine de cette activité. Partant de cette nouvelle donnée, il étudie par quel environnement, par quelles modifications des chaînes latérales on pouvait si possible obtenir un produit plus efficace dans la lutte contre les agents infectieux.

Dans le groupe des dérivés de l'acide tétronique, seul, l'acide pénicillique présente une activité antibactérienne ; il arrête complètement la croissance de *Staphylococcus aureus* et de *Bacterium coli* à une concentration de 1/50.000. Les autres acides méthyltétronique, carolique, carolinique, carlique, carlosique sont dépourvus d'action. Parmi d'autres produits présentant dans leur composition des arrangements structuraux voisins mais légèrement différents, les acides kojique, itaconique et β-cétolévulinique sont également inactifs. Par élimination successive, on arrive à la conclusion que la présence de toute la chaîne carbonée de l'acide pénicillique est nécessaire pour que son activité antibactérienne se manifeste.

Dans le groupe des quinones, on a mis en évidence, d'une part des dérivés de la toluquinone, comme la fumigatine, la spinulosine, la flavoglaucine, l'auroglaucine, etc., et de dérivés de la 2-méthylanthraquinone, comme l'helminthosporine, la catenarine, la trilisporine, l'acide chrysophanique, la rhéine, etc.

Les essais dans le groupe des quinones ont porté principalement sur la spinulosine et la fumigatine. On constate que la spinulosine n'est qu'un agent antibactérien faible, tandis que la fumigatine est active vis-à-vis de *Staphylococcus aureus* au 1/50.000. L'introduction d'un oxhydrile dans la molécule de fumigatine suffit donc pour faire décroître de façon très sensible le pouvoir antibactérien. Cette observation conduisit Oxford à préparer les divers dérivés hydroxy, hydroxy-méthoxy de la toluquinone et à essayer leur pouvoir inhibiteur sur *Staphylococcus aureus* choisi comme test. Ces expériences l'amenèrent aux conclusions suivantes:

1° L'introduction d'un groupement OCH^3 dans le noyau quinone provoque un accroissement de l'activité antibactérienne.

2° L'introduction d'un groupe OH entraîne une diminution de l'activité, le remplacement d'un OCH^3 par un OH amenant la baisse la plus forte.

Le produit le plus actif est la 4-6 diméthoxytoluquinone et qui agit déjà au 1/600.000 sur la croissance de *Staphylococcus aureus*. La 3-4-6 triméthoxytoluquinone a une activité légèrement plus faible.

Oxford mit en évidence que, tout comme l'acide pénicillique, ces diverses quinones contiennent toute une chaîne méthoxycarbonée identique du type

$$= C = C - \underset{\parallel}{\overset{}{C}} - \underset{|}{C} = C - \underset{\parallel}{C} -$$
$$\quad\quad O \quad OCH^3 \quad O$$

La *p*-benzoquinone utilisée par Oxford comme substance de comparaison avec ces divers antibactériens contient également la même chaîne carbonée et arrête la croissance de *Staphylococcus aureus* au 1/12.000. Parmi ses dérivés méthoxylés, la 2-6 méthoxybenzoquinone se montre la plus active (1/400.000). Oxford prépara les dérivés alkoyliques et alkenyliques de ce dernier corps. Les dérivés 3-méthyl et 3-éthyl agissent tous deux au 1/600.000 et le 3-isobutyl au 1/500.000. Les 3.5-diéthyl présentent encore des activités importantes bien que plus faibles vis-à-vis de *Staphylococcus aureus*, ils agissent respectivement au 1/300.000 et au 1/100.000. L'action du di-méthyl est toutefois plus stable, plus constante avec le temps que celle du dérivé mono-méthyl.

Dans la série des dérivés de la toluquinone et de la *p*-benzoquinone, Oxford a donc obtenu des substances synthétiques très actives. Il poursuit ses recherches sur les propriétés que peut conférer à ces substances l'introduction de chaînes latérales non saturées. Il restera toutefois à étudier l'action *in vivo* des dérivés obtenus et leur toxicité sur les organismes supérieurs.

De son côté, Mc Ilvain ayant établi que l'iodinine, pigment provenant de *Chromobacterium iodium* devait être considéré comme le di-N-oxyde de la dihydroxyphénazine mit en évidence un antagonisme entre ce corps et les vitamines K. Il prépara une série de quinoxalines di-N-oxydes en admettant l'hypothèse que les mêmes analogies d'opposition structurale devaient amener un même pouvoir inhibiteur sur la croissance des bactéries. Tous les di-N-oxydes synthétiques se montrèrent en effet des inhibiteurs actifs vis-à-vis de *Streptococcus hæmolyticus* comme de *Corynebacterium diphteriæ*, mais toutefois moins efficace que l'iodinine naturelle. Les essais de ces substances nouvelles n'ont cependant pas été effectués sur les microorganismes exigeant des vitamines K pour leur croissance et incapables d'en faire la synthèse, cas dans lequel ils présenteraient le maximum d'intérêt.

CONCLUSIONS.

Si l'attention s'est portée ces dernières années tout particulièrement sur l'un des produits du métabolisme des champignons, la pénicilline, les résultats obtenus en pratique avec cette substance montrent qu'elle ne doit constituer qu'un point de départ ; d'autres composés naturels ou synthétiques, d'un prix de revient moins onéreux, plus efficaces ou actifs dans les cas de pénicillo-résistance sont actuellement à l'étude et il est à présumer que dans la prochaine décade, des résultats très supérieurs aux splendides acquisitions déjà faites, seront obtenus.

H. SIMONNET et G. POREHEZ (Paris).

SOCIÉTÉS DE PARIS

ACADÉMIE DE MÉDECINE

24 Avril 1945.

M. **Brouardel**, président, souhaite la bienvenue à M. Ch. Richet, libéré du camp de Buchenwald.

M. **Ch. Richet** exhalte le dévouement des médecins déportés dans les camps de concentration.

Célébration du 2.400e anniversaire de la naissance d'Hippocrate. — M. **Lhermitte** prononce l'éloge d'Hippocrate.

Effet curatif de la pénicilline dans la maladie de Nicolas-Favre de la souris. — MM. **Levaditi** et **Vaisman** ont déjà montré que, chez une forte proportion des souris à qui on injecte dans le névraxe du virus de la maladie de Nicolas-Favre, la pénicilline par voie sous-cutanée a une action préservatrice vis-à-vis de l'encéphalite lymphogranulomateuse ; les passages ont confirmé ces données et les cerveaux exempts d'altérations caractéristiques sont stériles. De nouvelles recherches montrent que chez 60 pour 100 des souris atteintes de neuro-lymphogranulomatose aiguë, la pénicilline, à la dose d'un million d'unités Oxford par kilogramme, amène l'atténuation ou même la résorption des lésions cérébrales et stérilise les cerveaux.

L'épilepsie sans cortex. — M. **Lhermitte** présente une note de MM. **Riser, Gayral et Pigassou** qui montrent que l'épilepsie convulsive peut être réalisée aussi complètement chez les chiens et les chats dont le cortex a été enlevé en totalité que chez les témoins ; après une période de choc post-opératoire, les animaux se rétablissent tout en demeurant de véritables automates, sourds, aveugles, anosmiques et indifférents ; l'électrochoc détermine alors chez eux un paroxysme convulsif complet dont l'élément tonique prédomine sur l'élément clonique ; le cardiazol a le même effet, son influence s'exerçant sur le diencéphale et non pas, au moins d'une façon directe, sur la corticalité.

Les applications du séro-diagnostic de la syphilis. — M. **Debains** montre qu'il est possible de concilier la rapidité des opérations avec l'exactitude des résultats, tout en se conformant aux recommandations du Comité d'Hygiène de la Société des Nations (emploi de 2 types de méthodes : réaction de Bordet-Wassermann et réaction de floculation) ; il rappelle que les études poursuivies depuis 13 ans aux Etats-Unis ont prouvé la valeur de 4 réactions de floculation (r. de Kahn, Kline, Eagle, Hinton) et d'une réaction type Wassermann (r. de Kolmer) ; ayant étudié récemment plus de 60.000 sérums par les méthodes de Kahn et Kleine et par une technique personnelle de Wassermann publiée en 1932, l'auteur, qui a été chargé de mission aux Etats-Unis en 1937, a obtenu des résultats qui concordent avec ceux des Américains; il préconise l'emploi simultané de ces 3 méthodes et souhaite l'institution en France d'un Comité officiel de contrôle de la sérologie de la syphilis, analogue à celui qui existe aux Etats-Unis.

Action de l'extrait de pancréas sur le virus de la rage. — M. **Bailly** a constaté que la virulence rabique d'une émulsion est détruite par l'extrait aqueux de pancréas de chien après 24 heures de contact à + 10° ; ce phénomène ne se produit que lorsque le milieu a un *pH* de 10, ce qui indique que la destruction de la virulence est due à la trypsine et donc de nature protéolytique. La durée de 24 heures de contact pourrait sans doute être diminuée en soumettant le milieu à une température plus élevée, mais on se heurte à l'instabilité des extraits pancréatiques et à la pullulation microbienne facilitée par la réaction alcaline.

Election d'un membre titulaire dans la 5e section Médecine vétérinaire). — M. **Roussel**, présenté en 1re ligne, obtient, au 1er tour, 36 voix contre 14 à M. Verge, 12 à M. Boquet, 9 à M. Piettre, 5 à M. Simonnet, 1 à M. Bressou.

M. **Roussel** est élu au 2e tour par 42 voix contre 37 à M. Verge, 10 à M. Boquet, 3 à M. Piettre et 1 à M. Simonnet.

LUCIEN ROUQUÈS.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

18 Avril 1945.

Les cals vicieux de l'extrémité inférieure du radius. — MM. **Monsaingeon** et **Morel-Fatio.** M. **Cadenat,** rapporteur. Les auteurs montrent la fréquence des mauvaises réductions des fractures de l'extrémité radiale inférieure. On ne fait pas suffisamment les deux manœuvres essentielles à une bonne récupération fonctionnelle, c'est-à-dire la flexion forcée et le transport cubital en dehors. Les cals vicieux entraînent une grosse gêne à la flexion et nécessitent un traitement correcteur. Si la fracture est assez récente, une reposition sanglante devient possible et se montre efficace. Si le cal vicieux est plus ancien, les auteurs, après ostéotomie, utilisent une plastie osseuse prélevée sur l'extrémité inférieure du radius. Ils apportent des résultats probants.

— MM. **Merle d'Aubigné** et **Jousssemet** ont réuni 10 observations du même ordre. Dans 7 cas l'ostéotomie simple a permis une bonne réduction. Les autres cas ont été traités par ostéotomie associée à une greffe à la Campbell, prélevée sur l'extrémité inférieure du cubitus, les résultats ont été excellents, les fléchisseurs des doigts retrouvant l'amplitude de leurs mouvements. Les auteurs insistent sur la nécessité de maintenir les fractures du radius immobilisées pendant au moins 1 mois.

— M. **Mathieu** insiste également sur l'importance d'un bon traitement immédiat avec immobilisation assez prolongée. Lorsqu'il y a cal vicieux, il préfère l'ostéotomie cunéiforme à l'ostéotomie linéaire.

— M. **Sorrel** conseille une immobilisation plâtrée de 40 jours chez l'enfant.

— M. **Basset** pense que le cal vicieux peut être sûrement évité par une réduction effectuée à l'aide d'une anesthésie générale, le plus tôt possible, et sous contrôle radioscopique.

— M. **Moulonguet** use aussi de l'anesthésie générale, mais pense que l'immobilisation n'a pas besoin d'être inutilement prolongée si la réduction est correcte.

— M. **Huet** a eu deux excellents résultats de l'ostéotomie linéaire.

— M. **Menegaux,** dans 1 cas un peu spécial puisqu'il y avait un éclatement véritable de l'extrémité inférieure du radius, a vu survenir une diminution de la pronation qui a nécessité la résection de la tête cubitale.

— M. **Brocq** apporte un bon résutat d'ostéotomie linéaire.

Sur le traitement des brûlures. — MM. **Leveuf** et **Laurence** se sont attachés à traiter les manifestations biologiques, à modifier le syndrome humoral des brûlures. Il fallait lutter contre la chute brutale de la masse sanguine, l'hémo-concentration, l'anémie, l'augmentation de l'urée sanguine. Pour ce faire, les auteurs insistent sur l'intérêt primordial d'appliquer immédiatement un traitement systématique de perfusion. Ils utilisèrent d'abord du sérum physiologique, adrénaliné, en très larges quantités (environ 10 pour 100 du poids de l'enfant). Puis une alternance de sérum glucosé et de sérum salé. Mais ces procédés ont l'inconvénient d'entraîner une dilution excessive, une déperdition des protéines totales du sérum. Dans ce cas, mieux vaut employer soit les transfusions, soit les injections de plasma. Quoi qu'il en soit, il est indispensable de contrôler régulièrement le traitement par des examens biochimiques répétés. Le traitement local consiste en réchauffement par canaux chauffants et aucun pansement.

— Le médecin commandant **Lagrot** passe en revue le traitement des brûlures dans les hôpitaux de la R.A.F.

Au point de vue pronostic, les seules difficultés à traiter sont les brûlures ouvertes soit par l'ouverture des phlyctènes, soit par l'escarrification. Cela entraîne une cicatrisation d'abord granulo-conjonctive, puis une épidermification difficile et fragile. La rétraction est la règle, le principe du traitement doit donc être de s'attaquer à l'obstacle conjonctif d'abord, puis d'obtenir l'épiderme par des greffes faites dès que possible.

Tous les brûlés shockés des mains et de la face qui sont en général les aviateurs, reçoivent un traitement précoce d'injections intraveineuses de plasma conservé (2 à 4 litres en 2 jours). La brûlure est lavée au sérum, épluchée et traitée avec un antiseptique spécial (le C.T.A.B. qui en évite l'infection fréquente par le streptocoque). Ensuite tulle gras ou gaze toujours humide. Si elle est déjà infectée, on applique ensuite une crème sulfamidée ou propamidinée ou, en cas d'échec, pénicillée. On garde le blessé les deux mains en l'air pour éviter les œdèmes, cause principale de la sclérose ultérieure.

Ultérieurement les pansements sont faits dans des bains salés de sérum physiologique à 37°, le brûlé enlevant lui-même ces pansements dans le bain qui est répété chaque jour pendant une heure. Ainsi les plaies se nettoient très vite, les douleurs sont évitées au maximum et on peut appliquer une greffe précoce.

D'autres auteurs alliés utilisent la méthode plâtrée (Truetta, à Oxford).

Dès que possible la surface de la brûlure reçoit des greffons dermo-épidermiques prélevés à la face interne de la cuisse.

Si la greffe précoce ou secondaire n'a pas pu être employée, le problème devient plus grave. Ces brûlures des mains entraînent en effet une griffe bien spéciale, avec les doigts fléchis sur la 1re phalange étendue, la paume creusée dorsalement, le poignet en flexion. Les doigts sont amincis, en baguette, avasculaires. Il faut alors une dissection minutieuse de tous les tissus cicatriciels, suivie d'une greffe tardive de peau totale type Blair-Paget. Ensuite un très important traitement orthopédique de rééducation, par tractions élastiques et mouvements actifs, jusqu'à ce que le tonus des muscles de la main soit récupéré pour éviter les récidives. De très bons résultats sont obtenus par cette méthode dans les hôpitaux spécialisés de Grande-Bretagne.

Ulcus gastro-duodénaux et splanchnicectomie. — MM. **Sicard, Albot** et **Tricard** ont traité 8 malades ulcéreux par la splanchnicectomie uni- ou bilatérale, associée ou non à la sympathectomie lombaire haute. Tous ont été des échecs et ont subi ultérieurement une intervention gastrique.

— MM. **Bazy, Ameline** et **Sénèque** montrent également que cette méthode ne donne aucun résultat.

Présentation d'un appareil de visée pour fracture du col du fémur. — M. **Brenier.**

J. CALVET.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

20 Avril 1945.

Application de la méthode de la coloration vitale à l'étude cytologique des épanchements pleuraux. — MM. **P. Castaigne** et **C.-M. Laur,** appliquant les colorations vitales aux leucocytes des épanchements pleuraux, ont constaté la vitalité de ces leucocytes, mais vitalité fragile et atténuée. Le pourcentage de ces cellules vivantes peut dans une certaine mesure renseigner sur l'âge et sur le degré d'activité du processus inflammatoire.

Septicémie pneumococcique post-pneumonique avec méningite suppurée et endocardite infectieuse. — MM. **R. Picard, Y. Boquien, J. Horeau** et **J. Kernéis** (Nantes) résument une observation dans laquelle ils ont obtenu la guérison par la pénicilline et la sulfaméthyldiazine.

Sur un cas d'anurie mortelle des brûlés. — MM. **J. Huber** et **Cl. Durand** apportent l'étude clinique, chimique et anatomique d'une anurie survenue après une phase latente avec une reprise au 9e jour d'accidents anuriques, ayant débuté le 6e jour, puis rétrocédé, accompagnée d'azotémie et de chloropénie.

L'autopsie montra les signes d'une néphrite aiguë glomérulaire et dans la thyroïde des vésicules aplaties, totalement dénuées de collagène.

Sur un aspect clinique particulier de l'hémophilie. Ses rapports avec l'anémie fébrile aiguë. — MM. **J. Huber, J. Florand** et **Cl. Durand** étudient le cas d'un enfant de 15 mois chez qui une phase classique d'anémie aiguë fébrile cryptogénétique fut suivie d'accidents révélateurs de l'hémophilie et posent la question de la relation entre ces deux états.

Septicémie staphylococcique traitée par la pénicilline ; guérison. — M. **Loygue** (Amiens).

P.-J. MARIE.

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DES HOPITAUX DE PARIS

15 Janvier 1945.

La chirurgie reconstructive plastique. — M. **Converse** (de l'Armée américaine, présenté par M. **Le Mée**) expose les techniques des résultats obtenus en chirurgie réparatrice de la face. Ces résultats n'ont été rendus possibles que par les améliorations apportées à l'anesthésie et l'usage extensif des sulfamides et de la pénicilline. L'auteur projette un film cinématographique qui illustre son exposé. Il résume l'activité du centre qu'il dirige, tant en France qu'antérieurement en Afrique du Nord, en Angleterre et aux Etats-Unis.

19 Février.

Un cas d'épithélioma de l'oreille moyenne. — M. **Ramadier** présente un cas d'épithélioma survenu sur une otite chronique qu'il a traité par évidement suivi d'une application de radium. Depuis plus d'un an, il semble que ce malade soit guéri.

Un cas de rhinorrhée cérébro-spinale post-traumatique opéré et guéri. — MM. **Aubry** et **Dordain**. Il s'agit d'un cas de rhinorrhée consécutif à une intervention sur le sinus frontal. Après 3 méningites, toutes guéries par les sulfamides, le malade est opéré dans le but de retrouver l'origine de la déhiscence, cause de la rhinorrhée. Il fallut plusieurs interventions pour apercevoir cette déhiscence et la colmater par un lambeau prélevé sur le fascia lata, complété de deux greffons osseux. Le résultat semble excellent, car le malade a pu contracter un coryza sans incident, alors que, antérieurement, chaque épisode de cet ordre était suivi de méningite.

Deux cas de paralysie associée des derniers nerfs craniens. — MM. **Talbot** et **Griolet**. Le premier malade est un blessé d'Août 1944 par projectile de petit calibre entré au niveau de la région maxillo-malaire droite et sorti au niveau de la nuque, qui présente un syndrome total des quatre derniers nerfs craniens. En particulier, il existe un signe du rideau particulièrement net et une dyssymétrie du voile avec élévation de l'ogive du côté sain. Il existe, par ailleurs, un syndrome de rétention au-dessus de la bouche œsophagienne associé à une paralysie de la corde vocale droite.

Le second malade est aussi un blessé de la face par éclats multiples, mais dont les lésions sont moins accentuées et, pour plusieurs d'entre elles, en voie de régression.

Il faut noter, dans les deux cas, une paralysie faciale transitoire qui a ouvert la scène.

Abcès extra-dural à évolution exo-cranienne d'origine otitique. — MM. **Maspétiol** et **Hubert**. Otite chronique présentant une tuméfaction de la voûte cranienne ayant pu faire penser à une gomme ou à un lipome infecté. L'incision montre qu'il s'agit d'ostéite sans que le rapport puisse être fait avec l'otorrhée. Mort subite. L'autopsie montre qu'il s'agissait d'un volumineux abcès extra-dural ayant perforé la voûte cranienne en arrière de la scissure fronto-pariétale.

Recherches sur la surdité expérimentale. — M. **R. Caussé** expose le résultat d'une première série de recherches entreprises avec P. Chavasse sur l'assourdissement permanent, consécutif à l'exposition à un son intense et prolongé. 5 cobayes ont été soumis à un son de 1.000 p : s, d'intensité 100 et 90 décibels, pendant une durée variant de 4 à 17 jours. Les potentiels cochléaires ont ensuite été étudiés. Dans tous les cas, il y a eu une diminution de la réponse électrique cochléaire. Dans un cas, toute réponse était abolie. Cette diminution de sensibilité avait un caractère pantonal, avec maximum pour la fréquence 1.000. Ce manque de sélectivité de l'effet d'assourdissement s'explique aisément quand on pratique l'analyse harmonique du stimulus, ce qui a été réalisé dans les expériences rapportées, cette analyse ayant montré un pourcentage appréciable d'harmoniques et, de surcroît, variable dans le temps. La conclusion de cette première série de recherches est qu'il est possible d'obtenir une surdité permanente, même avec une durée d'exposition aussi brève que celle utilisée.

Cancer du sinus maxillaire. — M. **Le Mée**.

Procédé de fermeture des communications alvéolo-sinusiennes par un lambeau palatin pédiculé. — M. **Ramadier**.

R. Caussé.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE MICROBIOLOGIE

(Association des microbiologistes de langue française)

5 Avril 1945.

De l'activité inhibitrice des représentants de quelques séries chimiques sur la pousse du bacille de Koch. — MM. **J.-P. Jouin** et **Buu-Hoi**. Un certain nombre de corps semblent particulièrement actifs, surtout dans la série du napthalène. Un certain nombre de fonctions semblent plus favorables que d'autres à inhiber une culture de bacille de Koch. Ce sont donc les produits de synthèse qui tiendront compte de ces observations qu'il faut tout d'abord essayer dans l'expérimentation *in vivo*.

Recherches sur les caractères culturaux et biochimiques de « Plectridium saprogenes ». — MM. **A.-R. Prévot** et **M. Weislitz**. Cette espèce possède une longévité remarquable. Malgré sa mobilité, les colonies profondes sont lenticulaires. Son étude biochimique pose à nouveau le problème de la putréfaction sans protéolyse, car ce germe est incapable d'attaquer les protéines ; la putréfaction qu'il provoque est celle des peptones et l'odeur fétide qu'il dégage n'est pas explicable par la petite quantité d'H^2S qu'il dégage.

Entretien d'une souche de virus poliomyélitique adapté à la souris blanche (souche Lansing). — M. **J. Vieuchange** a observé, au cours de l'entretien d'une souche de virus poliomyélitique sur la souris blanche, des variations du pouvoir pathogène, aussi bien à l'échelle individuelle qu'à l'échelle statistique. Il n'y a pas une maladie expérimentale typique de la souris, mais de très nombreuses formes cliniques dues à l'irrégularité de la période d'incubation, qui varie de 2 à 92 jours, et à la diversité du tableau clinique.

P. Lépine.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS

20 Janvier 1945.

Remarques sur l'étiologie et la sémiologie du glaucome chez les jeunes sujets. — M. **B. Gros** (de Boulogne-sur-Mer) présenté par M. **Bailliart**. L'auteur a été frappé de la fréquence du glaucome dans la région où il exerce chez les jeunes sujets. Son observation lui permet de conclure que tant avant que pendant cette guerre, il y avait à l'origine de ces cas un déséquilibre nerveux provoqué soit par l'abus de produits toxiques (avant tout le café dont on faisait abus dans la région), soit par une agitation psychique (craintes des bombardements, absence du mari). L'examen de la réfraction révèle surtout un trouble minime qu'il faut très exactement corriger. Le seul signe du début, outre une légère élévation de la tension oculaire, est cette gêne de l'accommodation qu'on pourrait confondre avec l'asthénopie.

Plusieurs cas de paralysie de l'accommodation liés à une intoxication par la jusquiame. — MM. **Renard** et **Surugue**. Une série de 3 malades ont présenté en peu de temps une paralysie de l'accommodation passagère à la suite de l'absorption d'un même produit destiné à calmer la toux et contenant une faible dose de jusquiame. Sans doute y a-t-il eu une anomalie dans le dosage du produit au cours d'une série de cette fabrication.

17 Février.

A propos de la communication de MM. Renard et Surugue. — M. **Dollfus** signale un cas analogue de paralysie de l'accommodation consécutive à l'absorption d'une spécialité contenant de la jusquiame. M. **Nectoux** rapporte aussi un fait qui s'en rapproche : chez son malade, un certain degré d'insuffisance rénale avait peut-être favorisé l'intoxication et M. **Guillaumat** cite trois observations à peu près semblables : pour l'une d'entre elles se discutait en outre la possibilité d'une infection diphtérique ou encéphalitique.

Une famille d'aniridiques avec cataractes congénitales. — M. **Debrousse** (travail présenté par M. **Dollfus**). Les troubles constatés s'étendent sur quatre générations successives. Malheureusement les circonstances dans lesquelles ont été faites les observations (campagne de Touraine en Août 1944) n'ont pas permis de recourir à des examens poussés. Les malformations consistent en aniridie totale bilatérale, cataracte congénitale bilatérale totale ou polaire postérieure.

L'examen du fond de l'œil, quand il est possible, ne décèle aucune altération. Aucune autre lésion organique n'est visible. Relativement bonne dans l'enfance, la vision baisse progressivement et conduit le malade à la cécité pratique quand le sujet atteint la cinquantaine. La transmission suit les règles de l'hérédité dominante, atteignant indifféremment les deux sexes.

Trois procédés de localisation des corps étrangers opaques intra-oculaires. — MM. **Porcher**, **Gianturco** (U. S. Army) et **Chaussé**. Le premier procédé consiste à matérialiser l'axe visuel du blessé examiné dans les différentes directions imprimées à son regard. Une plaque transparente contenant un cercle opaque de 24 mm. de diamètre est placée sur sa tempe, en faisant coïncider en projection normale la face antérieure de la cornée et la partie antérieure de ce cercle figurant grossièrement le contour du globe. Au centre du cercle tourne une aiguille opaque prolongée par un fil tendu dans la direction d'une lampe que le blessé est prié de fixer des yeux. Ainsi peut-on matérialiser sur le cliché radiographique le contour approximatif du globe et surtout la direction du regard.

Les deux procédés suivants, mis au point par MM. Gianturco et Chaussé, travaillant chacun séparément et aboutissant aux mêmes conclusions, consistent à substituer stéréoscopiquement un œil fantôme dans l'image orbitaire du squelette à la place occupée par l'œil blessé. L'examen des films à l'aide d'une lunette stéréoscopique permet aisément de voir si les corps étrangers sont à l'intérieur ou à l'extérieur de la boule grillagée qui représente l'œil. Mais la méthode de Chaussé permet en outre d'obtenir une étude frontale de l'œil. Les auteurs insistent sur la nécessité de ne jamais se contenter d'une méthode mais de les vérifier les unes par les autres pour éviter les erreurs inhérentes à chaque technique (projection accidentelle du corps étranger sur une des parties opaques du dispositif de repérage, ou globe au diamètre réduit par la perte de vitré).

— M. **Guillaumat** confirme l'exactitude de repérage des procédés précédents en rapportant 3 cas d'extraction de corps étrangers intra-oculaires où les constatations anatomiques et opératoires ont vérifié les données radiologiques.

Un cas d'ophtalmie sympathique de 3 mois 1/2 après énucléation de l'autre œil. — M. **Desvignes**. Un œil est blessé par un coup de couteau. Comme il reste rouge, douloureux, atrophique, aveugle, l'énucléation est pratiquée. Trois mois et demi plus tard, chez cette malade de 66 ans, apparaît une irido-cyclite hypertonique à l'autre œil. Série de rechutes successives, presque tous les mois. Malheureusement l'examen anatomique de l'œil énucléé n'a pas été pratiqué. L'auteur rappelle les quatre hypothèses qui peuvent expliquer pareils faits : le germe était déjà en chemin au moment de l'énucléation ; le germe était déjà arrivé dans le deuxième œil, mais l'observation clinique n'avait pu l'y déceler ; le germe n'a pas été introduit par la blessure, mais il préexistait dans l'organisme ; les deux yeux sont atteints de maladie différente.

L. Guillaumat.

SOCIÉTÉS DE PROVINCE

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE BORDEAUX ET DU SUD-OUEST

9 Novembre 1944.

Six opérés de gastrectomie totale depuis plus de 2 ans. — M. **Lefèvre**. Il s'agit de sujets inopérables par une autre technique, ce sont des gastrectomies totales de nécessité. Trois opérés pour ulcères très haut situés, et 3 pour cancers étendus jusqu'au cardia. Au bout de 2 ans, ces malades se nourrissent et mangent comme tout le monde, ayant la sensation de faim. Les fonctions intestinales sont normales. Les opérés ont engraissé et pensent travailler de façon importante comme avant leur intervention. A la radiographie, il n'y a pas de modification de l'œsophage et de l'anse anastomosée, et, en particulier, pas de dilatation de l'anse jéjunale en petit estomac.

Deux cas de psoïtis. — MM. **Jeanneney**, **H.-L. Rocher**, **Magendie**, **Tingaud** et **Bouet**. Deux observations de psoïtis par abcès de la gaine du psoas traités par large incision et sulfamides. Guérison.

Un cas de méga-œsophage. Splénectomie associée à l'opération de Heller dans le même temps opératoire. — MM. **Jeanneney**, **Magendie**, **Tingaud** et **Bouet**. Femme de 31 ans, atteinte d'un syndrome de méga-œsophage depuis 1936 avec trois poussées évolutives. Actuellement amaigrissement marqué et fréquentes régurgitations. L'intervention consiste, après laparotomie médiane, à pratiquer l'opération de Heller et la section des splanchniques gauches. C'est là un essai d'association des deux opérations en un temps par une seule incision médiane sus-ombilicale. Le résultat est bon.

7 Décembre.

Implantation bilatérale des uretères dans l'intestin, dans un cas de nécrose vésicale après curiethérapie pour cancer du col utérin. — MM. **Darget**, **Laporte** et **H. Duvergey**. Malade de 48 ans traitée 14 ans auparavant pour un néo du col utérin par curiethérapie. Elle présente actuellement une large fistule vésico-vaginale. Il n'y a pas de récidive de néoplasme. Echec de fermeture de la fistule par voie basse. Devant ces lésions on pratique sur la malade une implantation intestinale des deux uretères par le procédé de Coffey n° 2, à 5 mois d'intervalle. Le résultat est parfait. C'est donc un excellent moyen de traiter les larges fistules vésico-vaginales par nécrose d'une muqueuse irradiée. Le meilleur procédé d'anastomose des uretères dans le côlon paraît être le procédé n° 2 de Coffey.

Anthrax du rein. Excision. Guérison. — MM. **Charbonnel** et **Darmaillacq**. Chez une femme de 27 ans, ayant de la température et un gros rein droit, la pyélographie montre un rein droit gros et ptosé. L'intervention découvre un gros anthrax dont on pratique la résection cunéiforme en tissu sain avec suture. Drainage temporaire du bassinet. Néphropexie. Guérison sans incident.

Hématémèse de cause inconnue. Splénectomie. Guérison. — MM. **Jeanneney**, **Magendie** et **Tingaud**. Femme de 48 ans présentant des antécédents de faim douloureuse, de régurgitation et des hématémèses importantes dépassant 1 litre. Anémie importante. Pas de lésions à la radiographie. L'exploration chirurgicale montre l'intégrité de l'estomac mais une grosse rate. La splénectomie arrête les hémorragies.

Occlusion par ascaris. — M. **J. Poinot**. Trois observations d'accidents occlusifs dus à des ascaris : 2 sont traités par une large résection intestinale. Un décès par hémorragies intestinales graves post-opératoires. La dernière observation est traitée par entérotomie et extirpation des parasites. Il est nécessaire d'associer au traitement chirurgical la prise de santonine et de calomel. Cette affection est très fréquente à l'heure actuelle, et il faut y penser devant les abdomens aigus. Elle n'est pas fatalement l'apanage des jeunes, sa gravité n'est pas négligeable.

J. Poinot.

PETITES CLINIQUES DE "LA PRESSE MÉDICALE"

N° 674.

Une soi-disant claudication intermittente

Par Louis Ramond.

C'est pour des douleurs de la cuisse gauche provoquées par la marche que M. V..., tourneur, âgé de 60 ans, vient consulter ce matin à l'hôpital.

En effet, depuis trois mois environ il éprouve chaque matin, au saut du lit, une gêne douloureuse à la racine de la cuisse gauche avec sensation de fourmillement et d'engourdissement qui lui rend la marche pénible. Cependant, après quelques pas, tout rentre dans l'ordre, comme s'il lui avait suffi de « se dégourdir » pour faire disparaître son malaise. Dans la journée il ressent la même douleur chaque fois qu'il passe de la station assise à la position debout. Les premiers pas sont toujours pénibles; mais peu à peu et assez vite ses douleurs s'atténuent, puis disparaissent. S'il boitille au début, il ne tarde pas cependant à récupérer une marche absolument normale et indolore. Il peut alors accélérer l'allure, courir même, sans que jamais la douleur crurale ne reparaisse et l'oblige à ralentir sa course ou à s'arrêter. Jamais il ne souffre quand il est couché ou assis. Ces douleurs, ainsi provoquées par la mise en marche, siègent à gauche, à la racine de la cuisse et dans l'aine; elles s'étendent à la face antéro-interne de la cuisse, mais respectent sa face postérieure ainsi que la fesse. Elles ne descendent pas au-dessous du milieu de la cuisse et n'ont jamais affecté la jambe ni le pied. Depuis trois mois elles augmentent progressivement d'intensité et de fréquence. C'est ce qui a décidé M. V..., à venir consulter.

Il nous apprend de plus que, depuis un an, à plusieurs reprises, à l'occasion d'une marche un peu longue, il lui est arrivé de ressentir dans l'aine gauche une certaine impression de tension douloureuse, très passagère.

Dans ses antécédents plus éloignés on trouve : une extirpation d'un fibrome naso-pharyngien à l'âge de 20 ans, une crise de goutte articulaire aiguë typique, il y a une vingtaine d'années.

Nous avons affaire à un homme de 60 ans, de taille moyenne, d'un certain embonpoint et qui respire la santé. Pour le moment il ne souffre aucunement; il circule dans la salle et se déshabille sans éprouver la moindre douleur inguinale ou crurale.

A l'examen, ses deux membres inférieurs, semblables l'un à l'autre, sont normaux d'apparence, réserve faite de varices légères aux deux mollets. Il n'y a pas d'amyotrophie à la cuisse gauche et les deux pieds sont également colorés et chauds. Tous les mouvements des membres inférieurs se font facilement aussi bien à gauche qu'à droite. La sensibilité est partout intacte. Les réflexes tendineux, rotuliens et achilléens, sont normaux. Le réflexe cutané plantaire se fait en flexion des deux côtés.

Le cœur est normal. La pression artérielle est à 9×8 au Vaquez. Les poumons sont indemnes. Le foie est normal. La rate n'est pas appréciable au palper ni à la percussion. L'abdomen est souple et l'on n'y sent nulle part — dans la fosse iliaque gauche spécialement — de masse tumorale. Les urines ne renferment ni sucre ni albumine.

L'élève qui présente cette observation conclut qu'il s'agit d'un syndrome de claudication intermittente. Il lui attribue une origine artérielle et le rattache à l'artério-sclérose en se basant sur l'âge du sujet, sa tension artérielle un peu forte et le caractère de ses artères périphériques qu'il trouve un peu dures. Il reconnaît cependant que son diagnostic est très discutable.

1° Certes, le syndrome capital est bien ici une douleur passagère à la marche, et il était naturel, vu les 60 ans de ce tourneur et l'état de sa circulation, d'envisager la possibilité d'une *claudication intermittente artérielle*. Mais cette hypothèse ne supporte pas un instant la discussion, même avant tout examen du malade, tant les caractères des douleurs et leur siège sont différents de ce que l'on observe au cas de claudication par artérite. En effet, si, dans ces cas comme ici, les douleurs, absentes au repos, ne surviennent qu'à la marche, elles prennent le type d'une crampe siégeant dans les muscles du mollet et s'exagèrent au fur et à mesure de la prolongation de la marche, entraînant d'abord de la claudication et obligeant bientôt le sujet à s'arrêter, tant les souffrances deviennent intolérables. Or, dans le cas présent, les douleurs, qui ne se produisent que lors des premiers pas, ne siègent qu'à la racine de la cuisse et dans l'aine. De plus, la prolongation de la marche, loin de les exagérer, finit bientôt par les faire disparaître. Enfin, elles n'ont pas du tout le caractère constrictif et aigu d'une crampe, mais celui d'un fourmillement ou d'un engourdissement.

Du reste, objectivement, rien ne traduit l'atteinte de la circulation artérielle du membre inférieur gauche : le pied n'est pas plus froid que son homologue droit; il ne devient jamais plus pâle, il ne se cyanose jamais en position déclive; les artères pédieuse et tibiale postérieure battent normalement sous le doigt qui les explore et sont donc parfaitement perméables.

2° Puisqu'il est question de claudication intermittente, il est légitime d'évoquer la *claudication intermittente d'origine médullaire*, qu'on observe dans certaines maladies de la moelle et qui est en rapport avec l'artérite sténosante et oblitérante des artères nourricières des centres médullaires moteurs des membres inférieurs. Là aussi, c'est la marche qui provoque la claudication. Mais celle-ci résulte, non pas d'une crampe douloureuse, mais d'une impotence musculaire par paralysie. La claudication intermittente médullaire se distingue essentiellement de la claudication intermittente artérielle par l'absence de douleurs et de troubles de la circulation artérielle périphérique (pas de pâleur ni de refroidissement du pied; persistance des battements normaux des artères à la cheville et au pied) et par l'existence de signes d'atteinte du système nerveux central (exagération des réflexes tendineux, achilléen et rotulien; signe de Babinski; troubles sphinctériens et génitaux). L'existence des douleurs — signe capital dans le cas actuel — suffirait à faire écarter l'hypothèse de claudication intermittente médullaire. Il n'y a d'ailleurs chez cet homme aucun signe trahissant une lésion de la moelle.

3° Un diagnostic qui, par exemple, doit retenir l'attention, c'est celui de *méralgie paresthésique* de Roth, syndrome lié à une névralgie du nerf fémoro-cutané et dont le signe principal est une douleur dans la région supéro-externe de la cuisse avec sensations paresthésiques de brûlure, de fourmillements, de picotements, qui ne survient qu'à l'occasion de la marche et qui, par son acuité, peut obliger le sujet à s'arrêter. Mais si, comme chez notre homme, cette douleur siège à la partie supérieure de la cuisse au moment de la marche, c'est dans la partie externe du membre qu'elle est localisée, et elle s'accentue de plus en plus au fur et à mesure de la continuité de la marche au point d'obliger son arrêt. Cela est bien différent de ce qui se passe dans le cas présent où les sensations douloureuses sont surtout situées dans l'aine et à la région antéro-interne du moignon de la cuisse, et où, loin de s'accentuer lorsque le sujet persiste à marcher, elles disparaissent à mesure qu'il « se dégourdit ». Du reste, il n'y a pas chez lui de point douloureux névralgique à la pression du nerf fémoro-cutané au niveau de l'échancrure immédiatement sous-jacente à l'épine iliaque antérieure et supérieure, comme il y en aurait un au cas de méralgie paresthésique.

4° Une *autre névralgie* que celle du fémoro-cutané peut-elle être mise en cause?

a) *Dans la sciatique* il peut assurément exister de la gêne à la marche et de la claudication. Mais ces manifestations fonctionnelles sont alors durables et ne s'observent que dans des sciatiques graves, extrêmement douloureuses qui se distinguent nettement des douleurs de cet ouvrier par le siège postérieur des douleurs étendues de la fesse au pied en passant par la face postérieure de la cuisse et de la jambe et qui se manifestent d'une façon permanente, tout en présentant cependant des paroxysmes spontanés ou parfois provoqués, plus souvent, du reste, par la toux, l'éternuement ou les efforts de défécation que par la marche.

b) Une *névralgie crurale* serait plus discutable à cause du siège des douleurs à la partie supérieure et antérieure de la cuisse dans le triangle de Scarpa. Mais pourquoi celles-ci, n'apparaissent-elles que lors du début de la marche ?

5° S'agirait-il de troubles en rapport avec une affection articulaire, en particulier avec un *rhumatisme chronique de la hanche* ou *morbus coxæ senilis* ou *coxarthrie*? Cela mérite discussion. En effet, cette arthrose se manifeste, comme ici, entre 40 et 60 ans par des douleurs unilatérales à la racine de la cuisse à l'occasion de la marche. Ces douleurs, absentes au repos, sont réveillées par le passage à la station debout et surtout par la marche qui est lente et plus ou moins claudicante. Elles siègent à la racine de la cuisse, en avant, dans le triangle de Scarpa. Pourtant que de différences entre la symptomatologie de la coxarthrie et le syndrome dont nous discutons la cause! Dans ce rhumatisme de la hanche la fatigue augmente les douleurs et la gêne de la marche; la claudication est permanente et nullement transitoire; il existe une limitation plus ou moins marquée des mouvements d'adduction, d'abduction, d'extension et de circumduction de la cuisse..., etc. Or, l'exploration de la hanche de ce tourneur montre qu'elle a conservé intégralement toute sa mobilité.

6° Alors, de guerre lasse, devons-nous aboutir au diagnostic de *myalgie rhumatismale* ou plus exactement *goutteuse*, puisque cet homme a déjà eu une crise de goutte typique? Certainement non; le caractère intermittent et exclusivement provoqué de douleurs, l'absence totale d'autres manifestations algiques, l'indolence complète de ses masses musculaires crurales à la pression s'y opposent.

Mais si nous reprenons en détail la description de troubles accusés par cet homme afin de faire de la « bonne séméiologie » — comme le réclamait mon maître Dieulafoy — nous remarquons que notre élève nous a entraînés sur une mauvaise piste et que ce tourneur souffre de douleurs plus inguinales que crurales provoquées d'abord et avant tout par le passage de la position couchée ou assise à la position debout, la marche ne faisant que les extérioriser ensuite davantage, et la claudication passagère qui lui succède n'étant qu'une manifestation accessoire. Dès lors tout s'éclaire! Une douleur dans l'aine quand on se met sur pied après avoir été assis ou couché, cela n'évoque-t-il pas immédiatement l'idée d'une *hernie inguinale*? C'est donc sans étonnement que, chez ce sujet debout, nous trouvons à l'orifice externe de son canal inguinal gauche une petite masse molle, non douloureuse, réductible, qui subit l'impulsion de la toux et qui disparaît dans le décubitus. Nous reconnaissons là une « pointe de hernie ». Douloureuse au moment où elle force le passage pour sortir du canal inguinal, elle ne tarde pas à devenir indolente, comme le sont en général les hernies, une fois qu'elle s'est mieux placée. Ainsi grâce à la précision de notre séméiologie, nous avons abouti à un diagnostic exact! Mais ne regrettons pas d'avoir été amenés à passer en revue, auparavant, les diverses hypothèses que soulève une claudication intermittente.

Etant donné l'âge de M. V..., l'état de sa pression artérielle et le peu d'importance de cette pointe de hernie, nous allons lui conseiller le port d'un bandage herniaire plutôt qu'une *cure opératoire* de sa hernie, qui risquerait de ne pas être aussi *radicale* que nous le voudrions.

CHRONIQUES
VARIÉTÉS • INFORMATIONS

Le rôle social du Médecin colonial

On a exposé ici même [1], dernièrement, les *Recommandations* » de la Conférence de Brazzaville en vue de la réorganisation du Service de Santé en Afrique Noire: création de nouveaux organismes d'hygiène, de prophylaxie, de recherches, d'informations épidémiologiques, déjà en voie de réalisation; institution d'établissements d'enseignement pour le recrutement du personnel indispensable à la bonne marche de ces services et aptes à favoriser les vocations coloniales. Est-ce à dire que la mise en pratique de ce programme suffira à rénover, comme on l'entend, le Service de Santé de nos territoires africains et à en obtenir les résultats attendus? Il semble bien que là aussi un esprit nouveau doive souffler. Cette réorganisation, en effet, ne donnera de résultats efficaces et ne permettra d'atteindre complètement les buts qu'elle poursuit que si elle s'accompagne d'une évolution sensible dans l'attitude et les préoccupations du médecin colonial chargé de la réaliser. La Conférence l'a, d'ailleurs, elle-même proclamé lorsqu'elle a reconnu que « l'amélioration des conditions sanitaires et la solution du problème démographique ne sont pas seulement d'ordre technique, mais sont en fonction du progrès économique, social et politique du continent africain ».

Bien avant cette déclaration, l'exercice de la médecine aux colonies différait profondément de la pratique médicale dans la Métropole. Cette dernière, en effet, à quelques exceptions près, beaucoup plus verbales que réalisatrices, semblait, jusqu'à ces toutes dernières années, consacrée exclusivement aux soins particuliers à donner aux malades. La prévention, la prophylaxie, la lutte contre les affections épidémiques et contagieuses constituaient surtout le programme des services chargés de la santé publique, ou de certaines grandes associations; on ne saurait affirmer que les résultats obtenus jusqu'ici, en la matière, soient des plus concluants. Dans la colonie, au contraire, le terrain médical s'élargit tout à coup. Le médecin ne s'intéresse que secondairement aux cas isolés qui se présentent à lui. Son ambition va plus loin que les soins à donner aux particuliers. Le but qu'il poursuit est, jusqu'à leur éradication, la lutte acharnée contre les endémo-épidémies qui sévissent sur des populations entières et font des victimes par milliers. Le paludisme, la maladie du sommeil, la fièvre jaune, le choléra, la lèpre, la dysenterie, tels sont, pour les médecins coloniaux, les ennemis à combattre. Aussi bien, leur activité s'étend-elle sur de vastes territoires, à la population plus ou moins dense, que leurs confrères métropolitains n'ont pas à connaître.

Or, malgré son amplitude et les résultats qu'il a déjà donnés, ce programme ne semble plus répondre aux considérations actuelles. De même, en effet, qu'on a vu tout récemment un service social se développer en France et collaborer avec la plupart des services médicaux, de même, il importe que les médecins mandatés pour exercer outre-mer ajoutent à leurs préoccupations le souci qu'ils tiennent entre leurs mains, non plus seulement l'état physique des tribus indigènes, mais encore l'esprit, le moral de chacune des familles, de chacun des individus qui constituent ces tribus. Au sens prophylactique qui l'a fait jusqu'ici lutter contre les méfaits de l'anophèle, du stégomya, de la tsétsé, de la puce et des différents parasites, le médecin devra désormais ajouter le sens social qui lui permettra d'assurer aussi, dans la mesure du possible, le bien-être moral de l'individu, source évidente d'une évolution progressive de la race. « L'amélioration des conditions sanitaires et la solution du problème démographique ne sont pas seulement d'ordre technique, mais sont en fonction du progrès économique, social et politique du continent africain ».

C'est pourquoi, continuant le cycle de ses études, *la Commission de Médecine et d'Hygiène* du *Comité de l'Empire Français* avait convié, ces jours-ci, le médecin général Sicé à lui parler, sous la présidence du Prof. Lemierre, du « Rôle social du médecin colonial en Afrique française ».

Ce rôle est capital. Le médecin, jusqu'ici, n'a pas su ou n'a pas pu le tenir. Car « il faut bien l'admettre, la colonisation française en Afrique Noire n'est pas jusqu'ici parvenue à peupler les immenses territoires sur lesquels la France fait flotter son drapeau. Réunissons les territoires de l'Afrique occidentale, de l'Afrique équatoriale française et du Cameroun, nous y trouvons une population totale de 20 millions de Noirs, chiffre de population que présente la seule colonie de la Nigeria britannique. Pour n'avoir pas su apprécier à leur juste valeur les réactions que pouvaient avoir sur l'homme noir et la société indigène dans laquelle il évolue, les mesures économiques préconisées par des organismes, des sociétés, voire des actes de Gouvernement qui méconnaissaient tout des tendances du noir et de son milieu, nous avons essuyé les plus graves échecs de notre colonisation; nous n'avons pas su garantir, préserver, multiplier les vies humaines ».

« Dans l'exploitation des ressources par les Européens, il a été fait appel indistinctement à tous les Noirs. Peu importaient les tribus, les clans, les familles, les régions d'où provenaient ces futurs travailleurs. On méconnaissait que l'homme de la rivière, tout au long de sa transplantation, ne réagissait pas comme celui de l'intérieur des terres, que l'homme de la forêt différait de l'homme de la savane; on ignorait qu'un tube digestif entraîné depuis des générations à transformer, à assimiler des féculents ne pourrait pas, sans transition, utiliser des farineux. Pour n'avoir pas voulu prêter l'oreille à ce qu'on appelait le « jargon médical », évoquant la flore microbienne, son importance, sa valeur, on a fait naître certaines épidémies de troubles digestifs, dont les manifestations les plus redoutables, comme les plus onéreuses en vies humaines, furent ces formes de dysenteries mortelles que nous avons diagnostiquées sur nombre de chantiers.

« Ce n'est pas tout; le travailleur recruté dans telle zone de l'intérieur, quittant son village, ses parents, sa famille, peu importait qu'il fût marié, chef de famille. Il était embarqué, dirigé sur l'exploitation en quête de main-d'œuvre, mis au travail. L'homme, quel qu'il soit, a toujours des réactions semblables. Parce que le Noir a le secret de ne pas trahir son émotion, on lui déniait toute affectivité. Ne pouvant correspondre avec sa famille, il abandonnait avec le temps les souvenirs qui le rattachaient à son village; les liens familiaux se détendaient jusqu'à se rompre définitivement. N'ayant aucune occupation en dehors de son travail, ayant tout laissé au village, ses parents, ses amis, ses contes, ses chants, ses tam-tam, le cadre même de sa vie quotidienne, il trompait son ennui par une existence déréglée. L'usage démesuré de l'alcool de traite, aussi bien que la syphilis, en faisaient une épave. Pour avoir omis de veiller sur le moral du transplanté, on préparait sa déchéance. »

N'est-ce pas là un tableau vivant des erreurs à ne plus commettre? Le médecin colonial devra désormais exercer son action sur l'indigène aux différents âges de la vie, sur les adultes, les adolescents, les enfants. Parce qu'un village sans enfant est un village frappé de mort, il étendra sa protection à la femme enceinte et à son nouveau-né. Il interviendra dans l'établissement des plans des villes ou des groupements d'habitations réservés aux indigènes, afin que ceux-ci puissent y mener, dans un décor plaisant, une vie familiale normale.

Chez les adultes, il y aura lieu de tenir compte des aptitudes particulières de chacun. L'institution d'un apprentissage fera naître le goût comme l'attachement au travail. Grâce à son sens psychologique, le médecin discernera les différentes réactions manifestées et les aiguillera plus utilement qu'un recrutement aveugle. Par sa présence, qu'il faudra favoriser aux différents conseils économiques de la colonie, il interviendra pour qu'un salaire normal soit attribué aux travailleurs. « Une large aisance renforce l'armature d'un pays, tandis que la pauvreté stérilise, quand elle n'engendre pas de durables ressentiments; moins le Noir a de soucis, plus il manifeste sa confiance en ceux qui l'emploient, plus il se laisse vivre dans un tranquille optimisme. L'économie prospère d'un territoire est fille de l'abondance et non d'une restriction parcimonieuse. Plus le travailleur noir dispose de ressources, plus généreusement il les dépense pour satisfaire des besoins qui sont considérables. »

Chez l'adolescent, le rôle du médecin sera de surveiller « cette phase complexe de transition au cours de laquelle le jeune Noir doit se prêter au rite de ces initiations que leur imposent les coutumes particulières à chaque tribu ». Cette surveillance devra s'étendre sur les deux sexes, afin de « permettre le développement parallèle du jeune homme et de la jeune fille qui bénéficieront d'une instruction et d'une éducation appropriées ». La famille, en effet, sera d'autant plus stable que le père et la mère auront évolué selon des plans équivalents.

Mais c'est surtout la protection maternelle et infantile qui devra constituer la préoccupation majeure du médecin colonial. « L'enfant est l'espoir, l'avenir du pays, il assure la relève des générations qui ont vieilli ». La femme noire n'a pas peur de la maternité. Et cependant, « au cours de ces dernières années, il a été constaté, parmi certaines tribus, l'apparition de pratiques qui visent à empêcher la conception. La femme noire est la servante de l'homme. Gardienne du foyer, responsable de ses ressources, elle porte à peu près entièrement le fardeau de la famille. Il serait désastreux qu'une des conséquences de son évolution fût son renoncement volontaire à la maternité ». Le programme à appliquer est bien connu: surveillance des mères au dernier mois de la grossesse; accouchement en maternités; repos post-natal. Des résultats intéressants ont déjà été obtenus dans ce sens. « Il a été permis d'enregistrer des différences de poids de 500 à 600 *g*. au bénéfice des enfants dont les mères s'étaient laissé convaincre et avaient accepté le secours d'une hospitalisation prénatale ». La création de consultations réservées aux nourrissons permettra de suivre la croissance des enfants du premier âge, d'établir des courbes de poids et de « lutter contre l'infection paludéenne qui, par l'étendue et la gravité de ses atteintes est, en Afrique, la cause la plus importante peut-être de la mortalité infantile ».

Dans les questions d'urbanisme, enfin, le médecin colonial devra exercer son rôle social en marquant son intervention chaque fois qu'il s'agira d'édifier en dehors des cités européennes, des villes destinées à la population noire. « Ces cités comprendront des maisons d'habitation espacées, bien délimitées les unes des autres et non plus les cases archaïques de paille ou de feuillage. Le Noir, en effet, qui a passé sa journée dans une maison de commerce ou une exploitation européenne, un bureau, n'est plus à son aise quand il regagne le soir sa case de misère, dont le sol est fait de sable ou de terre battue. Ces villes devront, par leurs avenues, leur

1. *La Presse Médicale*, 3 Février 1945, 66.

parcs, leurs jardins, maintenir le Noir au contact de la nature que la longue hérédité lui fait préférer au confinement des villes. »

Après avoir attiré l'attention des médecins coloniaux sur le problème social posé par les métis « qui n'ont pas demandé à venir au monde » et qui « nés des relations de l'homme blanc et de la femme noire » restent toute leur vie dédaignés par les uns et indifférents aux autres, le médecin général Sicé a terminé son exposé en déclarant qu'enclin par leur formation même à se pencher sur l'homme pour l'aider à vivre, rien de ce qui intéresse celui-ci ne doit leur rester étranger : « L'un des caractères primordiaux de la colonisation est d'assurer dans la paix le peuplement d'hommes sains, vigoureux, aptes à travailler dans un monde prospère et équilibré. Si les premiers bienfaits de son application ont été marqués par la disparition des guerres intestines, des razzias, de la famine, du cannibalisme, de la traite des Noirs, à ce programme de répression s'est rapidement substitué un programme de création. »

Le médecin colonial se doit de « veiller dans nos territoires sur ces hommes simples qui nous donnent leur confiance, attendant que nous les protégions contre les misères, les exactions, les maux dont ils se savent entourés. Partout où les familles indigènes prospéreront, vivront heureuses et libres, tiendront correctement leur place aux côtés des Européens, l'œuvre de la colonisation sera en bonne voie. Il ne sera alors que de la parfaire sans discontinuité et ce sera la tâche des générations qui se succéderont ».

L. Sasportas.

Les nouveaux insecticides

LE D.D.T — LE LETHANE (384)

L'occupation des Indes Néerlandaises a privé le monde entier non seulement de quinine mais encore d'un produit qui était universellement employé, la poudre de Derris, extraite par broyage de la racine d'une plante de cette contrée. Cette poudre mélangée à d'autres produits, la poudre de pyrèthre, le salicylate de méthyle et vaporisée, tuait les insectes pathogènes tels que les moustiques et les mouches. Mais cet insecticide a été remplacé par un produit plus puissant, le D. D. T. dont l'emploi a permis une lutte efficace non seulement contre l'anophèle mais encore contre le pou, vecteur du typhus.

Le D. D. T. sont les trois lettres du 4.4-dichloré-diphénile-trichlorméthyle-méthane, autrement appelé pentachlorure-diphénile-éthane ou dichlordiphényle-trichloréthane. En Europe, il est parfois désigné par les lettres G. N. B. (Gesarol-Neocid-Basis) du nom de la firme suisse qui le prépara la première. Ce corps a la formule développée suivante :

Cl–C₆H₄–CH–C₆H₄–Cl
C
Cl Cl Cl

Il a été découvert en Suisse en 1872, mais il tomba dans l'oubli ; il fut redécouvert et reproduit par synthèse en 1941, par Laüger et ses collaborateurs, H. Martin et P. Muller à Bâle. C'est par hasard que ce dernier s'aperçut que l'ingestion de ce produit n'était pas nécessaire pour tuer les insectes. Il suffit qu'il entre en contact avec leurs téguments.

Chez toutes les espèces d'insectes, les symptômes d'intoxication sont les mêmes. Tout d'abord l'animal est pris d'une phase d'excitation avec crampes tétaniformes si violentes que l'on peut voir les pattes des moustiques se casser au niveau des trochanters. Chez les insectes plus gros, cette phase d'excitation est suivie de paralysie et la mort survient au bout de quelques heures. L'intoxication est irréversible et dès que les premiers symptômes se produisent l'insecte est sûrement condamné. Cette action semble due à la solubilité du D.D.T. dans les lipoïdes de la cuticule de chitine.

Le D. D. T. est efficace même à des concentrations extrêmement faibles et son action est de longue durée. On a constaté que, nébulisé sur les parois d'une étable, le produit gardait son efficacité en tuant des mouches pendant cinq à six semaines quoi qu'il n'y ait par centimètre carré qu'une quantité d'environ 1/2 centième de milligramme (Wiesmann). Bien mieux, Laüger et ses collaborateurs ont trouvé que 1/10.000 de 1/1.000.000 de gramme de ce produit par centimètre carré est amplement suffisant pour tuer, après une période de latence de quelques heures, toute mouche qui touche avec ses pattes cette dilution de D. D. T.

Cet insecticide par contact est sans odeur, il adhère à la laine, au coton et à la toile. Il n'est pas toxique pour les animaux homéothermes à la concentration employée dans un but insecticide ; par contre, il s'est montré efficace contre tous les insectes d'intérêt sanitaire : mouches, moustiques, puces, punaises, poux.

Le D. D. T. a trouvé d'abord une large application dans la lutte contre le paludisme. C'est ainsi que dans leur campagne du Pacifique les Américains l'ont employé avec succès. Ils ont pratiquement débarrassé des contrées entières de la Nouvelle-Guinée de tout anophèle en répandant, au moyen d'appareils spéciaux, des aérosols de D. D. T. C'est ainsi que certaines régions du Brésil où l'homme avait cessé d'habiter à cause de l'endémie palustre sont devenues à nouveau des terres de culture.

Mais le D. D. T. est peut-être, pour nous, Européens, encore plus intéressant par son action contre les poux.

Utilisé contre les parasites des arbres, des plantes, souvent moins fragile que les moustiques, le D. D.T. fut ensuite essayé contre les poux, dont la vitalité est bien connue, sous forme de Néocid, par Mooser à l'Institut d'Hygiène de l'Université de Zurich. Son action est moins rapide dans cette lutte que dans celle contre les moustiques : le D. D. T. tue les poux en douze à quarante-huit heures, mais les symptômes de paralysie survenant rapidement, l'insecte ne pique plus, peu de temps après avoir subi le contact avec le D. D. T. Il n'est pas nocif pour les lentes, mais étant donné qu'il peut rester longtemps *in situ*, les larves qui naissent des lentes sont tuées dès leur éclosion.

L'épouillage peut se faire soit en saupoudrant la préparation sur le linge de corps et sur la chevelure, soit, et ce système est le plus sûr et le plus rapide en cas d'épidémie de typhus, en trempant les vêtements destinés à être en contact avec la peau dans une émulsion aqueuse du produit, de sorte qu'en séchant cette substance insecticide reste comme un précipité dans les fibres du tissu. C'est ce dernier procédé qui a été employé dans les armées alliées et allemandes. L'imprégnation reste active pendant un à trois mois si le linge n'est pas lavé. Une concentration plus forte de l'émulsion permettrait d'ailleurs de maintenir l'efficacité malgré les lavages, mais l'accumulation de saleté sur le linge, en recouvrant la substance active, supprimerait son efficacité. Cette émulsion peut être employée contre les poux de la tête, il faut laisser sécher à l'air et éviter de bander la tête, mais on doit répéter plus souvent l'imprégnation du cuir chevelu, l'efficacité étant plus courte dans cette région.

Un autre insecticide par contact a été employé par les armées alliées, le Léthane 384 (spécial) qui est un thiocyanate organique. Pour la désinsectisation des locaux, on s'est servi de vaporisations d'une solution de ce produit dans le pétrole à 7,5 pour 100. A une concentration plus forte (40 pour 100) il a été employé contre les poux du corps, mais il semble plus irritant pour les téguments que le D. D. T. Dans l'épouillage du cuir chevelu, on se sert généralement d'une solution de Léthane dans l'huile d'arachide à 50 pour 100. On laisse tomber II ou III gouttes à 20 endroits différents du cuir chevelu et on procède par frictions en ayant soin de protéger le front et les oreilles. D'après une étude comparative faite par Elisabeth Scobie, si le Léthane (384) a l'avantage de tuer rapidement les poux et les lentes, il a l'inconvénient d'avoir une odeur persistante et désagréable, alors que l'émulsion de D. D. T. a une odeur agréable, est insoluble dans l'eau et permet ainsi les lavages. De plus, elle persiste plus longtemps que le Léthane et arrive ainsi à tuer les larves à leur éclosion.

C'est pour ces raisons que le D. D. T. a été préconisé pour l'épouillage systématique que l'on est obligé de faire à tous les prisonniers qui reviennent d'Allemagne.

A. Plichet.

BIBLIOGRAPHIE

H. Mooser : *Schw. med. Woch.*, 9 Septembre 1944, 947-952. — R. Domenjoz : *Schw. med. Woch.*, 9 Septembre 1944, 954-958. — Elisabeth Scobie : *British med. Journ.*, 24 Mars 1945, 409-412.

Société française d'Histoire de la Médecine

3 Mars 1945.

Le Dr Neveu résume une communication du Dr Molinéry sur *l'Histoire du Thermalisme* (camps thermaux, colonies thermales).

Le Prof. Olivier fait circuler *les marques de bibliothèque de quelques médecins lorrains anoblis par les Ducs de Lorraine*, ce sont celles de Clouet, agrégé au Collège des Médecins de Nancy, de F. Dezoteux, major du Régiment du Roy Infanterie à Verdun, de Dumont de Valdajour, le célèbre chirurgien renoueur herniaire, de Germand, de J.-P. Harmand de Montgarny, de Javelot, doyen de la Faculté de Pont-à-Mousson, de Madin, de Paullet, chirurgien en chef adjoint de Napoléon Ier, enfin de Théodore-Richard Sauvage, médecin major de l'Hôpital de Verdun.

Le Prof. Lavier fait don à la Société de quelques papiers provenant de *Léon Rostan* (1790-1866), professeur de clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris et membre de l'Académie de Médecine : abondantes notes de cours, arguments polémiques au sujet de l'organicisme, théorie que défendait Rostan ; un intéressant mémoire manuscrit de sa main intitulé : « De la distribution de l'assistance médicale à la campagne »; deux lettres concernant sa retraite anticipée et sa succession à la Faculté ; enfin une curieuse correspondance avec Vrain Lucas, le célèbre archiviste faussaire et escroc.

Le Dr Henpin cite un passage d'une *lettre d'un dentiste, fils naturel de l'empereur Napoléon III*, dans lequel il explique que, si les Allemands ont en 1871 exigé l'Alsace et la Lorraine, ce n'est nullement parce qu'elles étaient terres d'Empire, mais uniquement parce qu'elles devaient constituer pour les armées allemandes un glacis de départ en avant du Rhin en cas de nouvelle guerre avec la France.

Laignel-Lavastine.

Correspondance

Traitement des gonococcies sulfamido-résistantes

Comme complément à l'article récent de MM. Huriez Patoir et Lebongne, nous exposerons ici une méthod dont cet article ne fait pas mention et qui se rang dans le groupe des traitements mixtes : choc-sulfamido thérapie.

Dans 2 cas de gonococcie sulfamido-résistante, dan 1 cas il fallait agir vite en raison de circonstances fami liales, ces 3 cas étant d'ailleurs une quatrième atteint de la maladie, et dans un autre cas, nous avons employ la méthode suivante qui est une modification d'un méthode employée depuis peu dans les pays anglo saxons : injection préalable d'huile camphrée pou soutenir le cœur, injection intraveineuse lente d 1 cm³ de vaccin T. A. B. chauffé, prise buccal de X gouttes d'adrénaline. Quatre heures après, a moment où la température est la plus élevée, nou donnons, en une seule fois, 3 *g*. de sulfamide, 2 *g*. 5 une heure après, 2 *g*. une heure après, et une heur après encore 2 *g*., puis 1 *g*. toutes les trois heures de manière à administrer 15 *g*. en vingt-quatre heures

Cette méthode nous a donné 4 succès complets.

Nous pensons que l'emploi de cette méthode ne doi pas être limité aux seules gonococcies urétrales et nou nous proposons de l'appliquer à certaines suppuration tenaces telles que les otites suppurées moyennes chro niques et à la furonculose.

R. Georgelin.

Livres Nouveaux

L'acrodynie infantile, par M. Pénu et J. Boucomont 1 vol. de 100 pages avec 9 figures (*Masson et Cie éditeurs*), 1944. — Prix : 60 fr.

Cette monographie est une mise au point de no connaissances actuelles sur cette curieuse maladie e s'inspirant des travaux publiés jusqu'en 1939.

Après un bref historique, la distribution géographiqu et quelques notions étiologiques, les symptômes, le formes cliniques et l'évolution sont passés en revu ainsi que les séquelles et les complications.

La pathogénie et les relations et les parentés d l'acrodynie avec quelques autres maladies nerveuses fon l'objet d'un exposé clair et consciencieux.

Enfin sont exposées les différentes médications pro posées.

Péhu et Boucomont ont apporté eux-mêmes un importante contribution à l'étude de cette affection e se trouvaient bien placés pour entreprendre ce travai de synthèse.

Robert Clément.

Nouveaux aspects de la lutte contre la mort. Essa de physiologie médico-chirurgicale, par Léon Binet 1 volume de 158 pages avec 15 figures et 4 planche (*Presses universitaires de France*, 108, bd Saint-Ger main), Paris, 1945.

Léon Binet a fort heureusement réuni et résumé dan cet intéressant volume les derniers moyens mis en œuvr pour combattre des intoxications jusqu'à présent tro souvent mortelles, pour lutter contre la fièvre, les insul fisances hépatiques et rénales, enfin pour parer au défaillances de l'organisme devant les traumatismes consi dérables dus à l'emploi des armes modernes.

Les sujets traités sont évidemment très divers, puis qu'ils comportent aussi bien les intoxications par le champignons, l'oxyde de carbone, le plomb, le benzol l'hydrogène arsénié que la fièvre, les insuffisances hépato rénales, l'hémorragie, le choc, l'asphyxie, la réanimation Mais ces sujets se rapportent tous à des affections grave qui nécessitent presque constamment une thérapeutiqu de la défaillance organique. Il s'agit d'ailleurs de pro blèmes que L. Binet a tous personnellement étudiés d point de vue clinique et physiologique et sur lesquels i apporte des vues et des conceptions thérapeutiques origi nales.

Particulièrement intéressante est la dernière partie d l'ouvrage consacrée aux accidents actuellement si fré quents du choc, des grandes hémorragies, de l'asphyxi et de la réanimation. Les énormes progrès réalisés dan ces divers domaines de la dernière guerre à celle-ci son déjà impressionnants. Les recherches physiologique de Binet et ses collaborateurs laissent espérer de nouvelle et substantielles réalisations thérapeutiques, appoint pré cieux à cette lutte continuelle contre la mort, que pour suivent inlassablement biologistes et médecins.

A. Ravina.

Notes résumées sur les éléments de base de régimes alimentaires, par M. Maurice Delort, mé decin de l'Hôpital Saint-Michel. 1 vol. de 70 page (*Sélections médicales et scientifiques*, 1, place d'Iéna) Paris, 1944. — Prix : 40 fr.

Pour établir correctement un régime, ainsi que l'ensei gnait Marcel Labbé, il faut, pour faire rendre à ce ré gime la quantité de calories voulues, bien connaître l teneur des divers aliments, notamment en graisses, ma tières azotées, hydrates de carbone ; il faut aussi con naître leur valeur en acide urique, en alcool, en calcium en cholestérol, en eau, en fer, en vitamines. C'est pou faciliter ce travail au médecin que l'auteur présente e de clairs tableaux ces éléments de base indispensables connaître pour l'établissement des régimes alimentaires

L. Rivet.

LA MÉDECINE A TRAVERS LE MONDE

L'état sanitaire de l'Europe

(Suite) [1].

Allemagne.

Les statistiques officielles sont faussées dès leur point le départ. Les taux de mortalité publiés ne tiennent pas compte des décès des civils dus à l'action militaire ennemie. Les chiffres de population ne traduisent pas la diminution qui a dû se produire, notamment dans les grandes villes par suite de bombardement. Ces réserves étant faites, il semble bien que la natalité a continué à croître en Allemagne. La mortalité infantile, qui ne comporte pas les mêmes causes d'erreur que la mortalité générale, est restée basse jusqu'en 1942. Depuis lors elle a manifesté une tendance à l'augmentation. La mortalité tuberculeuse, qui était en nette diminution dans les grandes villes jusqu'en 1939, a présenté une augmentation qui a culminé en 1942, mais ce taux pour cette dernière année reste inférieur au taux médian de la période 1929-1938. L'intensification du travail industriel suffirait largement à expliquer cette légère ascension de la mortalité tuberculeuse sans qu'il soit nécessaire d'envisager une modification de l'état de nutrition de la population. A ce sujet, certaines études faites en 1941 sur l'état de nutrition, la taille et le poids d'enfants des écoles dans les grandes villes telles que Leipzig montrent même que l'état physique de ces enfants était plus satisfaisant qu'il ne l'avait jamais été auparavant.

Les cas de maladies contagieuses ont été, cependant, très nombreux. Pour la scarlatine et la diphtérie, des chiffres records ont été enregistrés en 1942-1943. La dysenterie, déjà anormalement élevée avant la guerre, s'est restée pendant les hostilités. Si l'armée allemande a été sévèrement touchée sur le front oriental par les formes graves de dysenterie bacillaire, il semble que la population civile allemande n'ait souffert que d'une augmentation des formes très bénignes dues au bacille de Sonne. De plus, le développement de la vie collective, la mobilisation industrielle considérable ont augmenté les maladies infectieuses banales.

Enfin, des épidémies de typhus exanthématique, limitées au voisinage des camps de prisonniers ou de travailleurs russes ou consécutives à des cas survenus chez des permissionnaires du front oriental, ont éclaté dans de nombreux endroits en Allemagne, mais grâce à de sévères mesures la maladie n'a point diffusé dans la population civile. Il en a été de même pour la fièvre des tranchées produite par *Rickettsia quintana*.

Dans l'ensemble, la situation sanitaire de l'Allemagne est favorable, mais cette remarque ne s'applique qu'à la population allemande et non à la masse d'une douzaine de millions d'étrangers, prisonniers ou travailleurs dont les conditions de vie : habitation, alimentation, régime du travail, sont très inférieurs à celles de la population allemande. Cette population d'étrangers ne fait pas du reste l'objet de statistiques, mais on sait par l'état des évadés, des rapatriés que la situation sanitaire est nettement mauvaise.

Danemark.

Les taux de mortalité générale enregistrée au Danemark, sauf celui de 1940, sont plus bas que ceux qui avaient été observés avant la guerre. Les années 1942 et 1943 sont en fait des années record (taux : 9,6 pour 1.000).

La régression qu'accusait, avant les hostilités, la mortalité tuberculeuse a été suivie, aussi bien dans l'ensemble du Danemark que dans la ville de Copenhague, par une stabilisation.

Par contre, le taux de mortalité infantile a continué à diminuer et a atteint des records de baisse, en 1943, pour le Danemark et aussi pour la capitale.

Le Danemark a joui d'une situation alimentaire exceptionnelle. Producteur et exportateur de lait et de produits laitiers, ce pays a été moins troublé dans son organisation économique par l'occupation que la plupart des autres pays. Ses exportations se sont dirigées vers l'Allemagne, au lieu d'aller à d'autres pays.

Le Danemark n'a souffert d'aucune fréquence anormale des maladies épidémiques. Le seul fait qui mérite d'être noté est la persistance d'un léger excédent de la fréquence de la scarlatine par rapport à la normale.

Norvège.

Les renseignements sur ce pays, au point de vue sanitaire sont rares. Seules, les statistiques de la ville d'Oslo ont été publiées, mais elles ne donnent qu'une indication fragmentaire sur l'état du pays. Avant la guerre, l'agriculture norvégienne était loin de couvrir les besoins du pays. En outre, le poisson fourni par la flotte de pêche norvégienne qui constituait un élément substantiel du régime alimentaire national a été en grande partie expédié en Allemagne et il en est résulté une insuffisance de protéines et d'huiles de poisson contenant des vitamines.

Si les tables de mortalité générale, infantile, tuberculeuse n'ont pas accusé une augmentation pour la ville d'Oslo, il semble bien que pour l'ensemble du pays elles soient plus élevées qu'avant-guerre. D'autre part la structure géographique de la Norvège, la dissémination et l'isolement de ses habitants avaient pour résultat une fréquence exceptionnellement faible des maladies contagieuses. Les déplacements d'hommes jeunes, la tentative de mobilisation de 1940, le travail forcé ont amené un accroissement des maladies contagieuses. En 1942, la fréquence de la scarlatine a atteint le triple du médian d'avant-guerre. En 1943, les cas de diphtérie ont été 23 fois plus nombreux qu'avant-guerre. En 1941 les cas de méningite cérébro-spinale ont été de 20 fois le chiffre d'avant-guerre et ceux de la poliomyélite, 30 fois. La fréquence de ces maladies s'est quelque peu atténuée en 1942 et 1943, bien qu'elle soit nettement restée au-dessus de la normale.

A. P.

1. Voir *La Presse Médicale*, 1945, n° 17, 226-227.

INFORMATIONS

MINISTÈRE DES PRISONNIERS DE GUERRE DÉPORTÉS ET RÉFUGIÉS

Médecins départementaux des prisonniers

L'inspecteur général, Secrétaire général de la Santé et de l'Assistance à Paris, communique :

M. le Ministre des Prisonniers, Déportés et Réfugiés vient de décider la création :

1° *D'un poste de Médecin Départemental des Prisonniers et Déportés ;*

2° *De plusieurs postes de Médecins Adjoints* au Médecin Départemental des Prisonniers et Déportés ;

3° *D'un certain nombre d'emplois d'Assistantes sociales* départementales des Prisonniers et Déportés et d'Assistantes de la Maison du Prisonnier.

Les Praticiens et Assistantes sociales que ces offres peuvent intéresser doivent, dès parution de cet avis, s'adresser en vue de la constitution de leur dossier, à la Direction Départementale des Prisonniers, Déportés et Réfugiés, 57, rue des Archives, 3e étage, où tous renseignements complémentaires sur leurs attributions et leurs statuts leurs seront communiqués.

Appel aux femmes Médecins

Le retour des prisonniers par avion, qui accélère merveilleusement le rapatriement, oblige le Service de Santé de la Région parisienne à un effort considérable.

Femmes médecins, étudiantes en fin d'études, soyez volontaires pour la Région parisienne, engagez-vous dans la Mission française de Rapatriement, vous aiderez au retour rapide dans leurs foyers de nos malheureux compatriotes prisonniers et déportés.

Pour tous renseignements, présentez-vous au Service de Santé du Rapatriement, 60, avenue Foch, Paris-16e.

Institut de France

— Le professeur Pol Bouin, de la Faculté de Médecine de Strasbourg, a été élu membre non résident de l'Académie des Sciences.

ASSOCIATION FRANCE — U. R. S. S.

L'Association France-U.R.S.S. a créé parmi ses Commissions d'échanges culturels une *Commission pharmaceutique* dont M. le Professeur Sartory, Doyen de la Faculté de Strasbourg a bien voulu accepter la présidence et M. le Professeur Fabre, de la Faculté de Paris, la vice-présidence. Cette Commission a pour buts :

1° De renseigner le corps médical et pharmaceutique français sur les progrès des sciences médico-pharmaceutiques en U.R.S.S.

2° De faire parvenir à l'Union Soviétique tous les travaux parus en France pendant la longue période au cours de laquelle les échanges furent suspendus entre nos deux pays.

La Commission pharmaceutique assure une permanence tous les vendredis de 18 à 19 heures, 1, rue Arsène-Houssaye, Paris-8e (Tél. Ely. 35-46).

COMITÉ NATIONAL DE L'ENFANCE

Le Comité National de l'Enfance (51, avenue Victor-Emmanuel-III, Paris-8e) tiendra son Assemblée générale le mercredi 2 Mai 1945, à 14 h. 45, au Ministère de la Santé publique (Grande Salle des Commissions), 7, rue de Tilsitt, Paris-17e (Métro : Etoile). Il organise le même jour et dans la même salle une Journée d'Études consacrée à *l'Etat sanitaire actuel des mères et des enfants, particulièrement dans les régions sinistrées.*

COMMISSION PERMANENTE des stations hydrominérales et climatiques

Parmi les membres de la Commission permanente des stations hydrominérales et climatiques nommés par arrêté en date du 9 Avril 1945, nous relevons les noms de MM. : Prof. Loeper (Paris), Dr Macé de Lépinay (Paris), Prof. Merklen (Nancy), Drs Noël Deschamps (Paris), Flurin (Paris), Prof. Villaret (Paris), Dr Roubeau, Prof. Santenoise, Prof. Duhot (Lille), Prof. Chabrol (Paris), Prof. Fabre (Paris), Dr Herbert (Aix-les-Bains), Dr Violle (Vittel), Dr Mothe.

— M. le Dr Flurin est nommé *président* de la Commission permanente.

(*J. O.*, 18 Avril 1945.)

Université de Paris

Faculté de Médecine. — La chaire de clinique *médicale de l'Hôpital Broussais* (dernier titulaire, M. Abrami, décédé) est déclaré vacante. Un délai de vingt jours à dater du 22 Avril 1945 est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

Cours de technique et de diagnostic anatomo-pathologique. — Le Professeur Roger Leroux, assisté du docteur F. Busser, chef des travaux pratiques, commencera ce cours le lundi 2 Juillet 1945, à 15 heures, au Laboratoire d'Anatomie Pathologique et le continuera tous les jours de la semaine, sauf le samedi, à la même heure.

Ce cours comprendra 18 séances consacrées d'une part à des exposés de technique courante ; d'autre part à la lecture de coupes avec discussion des diagnostics ; les coupes qui seront fournies par le Laboratoire resteront la propriété des élèves.

Inscriptions (1.000 francs) reçues par le Secrétariat de la Faculté de Médecine, sur présentation d'une autorisation délivrée par le docteur Busser (nombre des places limité).

Hôpitaux et Hospices

Conférences de perfectionnement de l'Internat 1945 de Pharmacie. — Le programme des conférences, qui auront lieu à l'Hôpital Necker, Amphithéâtre de Chimie chirurgicale, est le suivant :

13 Mai, 10 h. M. Cheymol : Ce qu'un interne en Pharmacie doit savoir du dosage des hormones sexuelles. — 17 Juin, 10 h. M. Fabre : Quelques problèmes toxicologiques récents intéressant l'interne en Pharmacie.

Inspection de la Santé

— M. le Dr Nordmann, médecin inspecteur adjoint de la santé de 1re classe, est affecté, en la même qualité, dans le département de la *Haute-Saône*.

— M. le Dr Flandin est nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la santé dans le département des *Bouches-du-Rhône.*

SANATORIUMS PUBLICS

— Le *J. O.* du 22 Avril 1945 publie l'échelle des traitements des médecins des sanatoriums publics (médecins directeurs et médecins adjoints).

Sanatorium départemental du Rhône, à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère). — Quatre postes de médecins adjoints sont actuellement vacants. Les candidats

ne faisant pas partie du cadre des médecins des sanatoriums publics, et désirant obtenir une place d'intérimaire, devront adresser directement leur demande, en joignant tous titres à l'appui, au directeur régional de la Santé et de l'Assistance à Lyon.

Les candidatures de médecins du cadre devront être adressées au ministère de la Santé publique (direction du personnel, 2e bureau, 1re section), 7, rue de Tilsitt, Paris (17e).

Sanatorium départemental de Lac-ou-Villers (Doubs). — Un poste de médecin adjoint est actuellement vacant.

Prière d'adresser toute demande de candidature au Ministère de la Santé publique (direction du personnel, 1er bureau), 7, rue de Tilsitt, Paris-17e.

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

— Le *J. O.* du 22 Avril 1945 publie l'échelle des traitements des médecins directeurs et médecins chefs de service des hôpitaux psychiatriques.

Concours et places vacantes

Hôpital-Hospice d'Epernay (Marne). — Un poste de directeur est actuellement vacant.

S'adresser au directeur régional de la Santé et de l'Assistance à Châlons-sur-Marne.

Nouvelles diverses

Centre régionaux d'éducation sanitaire. — Par arrêté du 12 Avril 1945, un Centre régional d'éducation sanitaire est créé à *Poitiers*, sous l'autorité du directeur régional de la Santé. M. VELUET, directeur de l'Ecole de Médecine de Poitiers et directeur du Centre universitaire de Médecine préventive, est nommé directeur de ce centre.

— Par arrêté du 18 Avril 1945, un Centre régional d'Education sanitaire est créé à *Saint-Quentin*, sous l'autorité du directeur régional de la Santé. M. Charles FEUILLETTE, est nommé directeur de ce Centre.

La Maison du Médecin, Œuvre reconnue d'utilité publique, destinée à venir en aide aux médecins âgés et privés de ressources, tiendra son *Assemblée Générale Annuelle*, 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris-7e, Salle Pasteur, lundi 7 Mai 1945, à 17 heures, sous la présidence du Professeur Laignel-Lavastine.

Centre régional anticancéreux de Marseille. — Par arrêté du 7 Avril 1945, M. Yves POURSINES, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Marseille, a été nommé médecin aux services de parasitologie et hématologie du centre régional anticancéreux de Marseille et du Sud-Est, en remplacement de M. le professeur Rouslacroix, décédé.

Laboratoires régionaux de bactériologie. — Le *J. O.* du 22 Avril 1945 publie l'échelle des traitements du personnel des laboratoires régionaux de bactériologie de *Metz* et de *Strasbourg*.

Etablissements nationaux de bienfaisance. — Le *J. O.* du 22 Avril 1945 publie les traitements du médecin résidant à la Maison maternelle nationale, du médecin-chef et du médecin assistant du Sanatorium national Vancauvenberghe, à Zuydcoote.

Pouponnières, crèches, consultations de nourrissons et gouttes de lait. — Un décret vient de paraître au *J. O.* du 22 Avril 1945, relatif à la réglementation de ces organismes.

Distinctions honorifiques

LÉGION D'HONNEUR

Officier : Docteur A. LAFAY (Paris). — Médecin sous-lieutenant Christian BAL, ne groupe de tabors.

Chevalier : Médecin capitaine L.-P. AUBERT, ne régiment de chasseurs d'Afrique. — Médecin capitaine P. GUILLON, ne brigade française libre. — Médecin capitaine A. GENET, ne bataillon de Légion étrangère.

MÉDAILLE MILITAIRE

Médecin aspirant Vincent MAYNARD, ne régiment de tirailleurs

CITATIONS A L'ORDRE DE L'ARMÉE

Médecin lieutenant J. TOUATI, du ne bataillon médical (*à titre posthume*). — Médecin capitaine M. DUPUY, du ne commando d'accompagnement. — Médecin sous-lieutenant V. BLUMENFELD, régiment de marche de la Légion étrangère. — Médecin sous-lieutenant H.-P. VEDRENNE, ne groupe de tabors. — Médecin auxiliaire A. NEVA, ne régiment de chasseurs d'Afrique. — Médecin auxiliaire L. TABET, ne régiment de tirailleurs marocains

Nos Échos

Naisssances.

— Le docteur Paul DESFONTAINES et Madame sont heureux de faire part de la naissance de leur fille *Madeleine* (Lille, 17 Avril 1945).

— Le docteur J. GAILLARD, chirurgien-chef de l'Hôpital de Rethel, et Madame, sont heureux de faire part de la naissance de leur fille *Françoise* (Paris, 14 Avril 1945).

— Les docteurs Yves LOISANCE et Renée LOISANCE ALLAIN (de Rennes) sont heureux de faire part de la naissance de leur cinquième enfant, *Yves*.

— M. Gérard DUHAMEL, interne des Hôpitaux de Paris et Madame, née Moussié, sont heureux d'annoncer la naissance de leur deuxième enfant, *Laurent* (18 Avril 1945).

Mariage.

— Le docteur et Madame P. LEBEAU, de Bouilly (Aube) sont heureux de faire part du mariage de leur fille Colette avec le docteur M. ROBERT, de Villiers-sur-Marne (Aisne).

Decès.

— On annonce le décès, à Saint-Ay (Loiret) du docteur A. LAQUERRIÈRE, professeur honoraire de Radiologie et d'Electrologie à l'Université catholique de Montréal (Canada).

— Les docteurs R. WEISMANN-NETTER, médecin de l'Hôpital Boucicaut et S. WEISMANN-NETTER, ex-assistant d'ophtalmologie des Hôpitaux, ont la douleur d'annoncer la mort de leur fils *André*, élève à l'Ecole Polytechnique tombé glorieusement pour la France, le 9 Avril 1945, en combattant sur le sol ennemi.

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

Les Petites Annonces dans LA PRESSE MÉDICALE *sont acceptées sous réserve d'un contrôle extrêmement sévère. Aucune annonce commerciale n'est acceptée.*
Prix : 20 fr. la ligne (15 fr. pour les abonnés).

Radiologue recherche poste à reprendre dans Paris. Au besoin collaborerait plusieurs mois av. prédécess. Ecr. *P. M.*, n° 257.

Sage-femme, ex-interne hôpit. de Paris, connaissant laborat. radio, dactylo, ayant dirigé Maternité 40 lits, et ou adjointe sage-femme ex-interne hôp. de Paris, infirmière, ch. direct. Clin. Chir. ou Obstétr. Paris ou banl. proche. Sér. réf. Ecr. *P. M.*, n° 405.

Visiteur médical, expérience acquise, recherche rég. Ouest 2e Labo introduit et produit à lancer. Ecr. *P. M.*, n° 410.

Le Dr J. Chômet dem. pour le seconder jusqu'au Sept. 1945 collègue chirurg. anc. int. Hôp. Paris de préfér. ou chirur. ayant exercé. Logem. et nourrit. assurés par la Clinique. Ecr. Clinique St-Jean, 132, av. de Néris ou téléph. 11-07. Montluçon, Allier.

Doctoresse, gynéc. accouch., rech. appartement Paris, 6e, 7e 8e 9e 16e ou 17e. Tél. : PLA 05-70.

Chef de Publicité Labo spécialités, Dr en méd., réf. 1er ordre, recherche agence générale Laboratoire étranger; s'intéresserait au lancement de tous produits nouveaux ou anciens. Ecr. *P. M.*, n° 447.

Le Dr Angéras, médec. consultant à Châtelguyon (P.-de-D.) demande pr la proch. saison thermale jne fille, milieu médical pour la surveillance de 2 enfants et petit secrétariat, vie familiale. Ecr. *P. M.*, n° 448.

H. 44 ans, bonne inst. génér., anglais parfait, 25 ans expérience Industrie pharmac., 10 ans direc. général, nomb. relations étranger, prendrait direction Labo offrant situat. d'avenir stable bien rémunérée. Ecr. *P. M.*, n° 458.

Dr stomatologiste ch. infirmière assistante même débutante, tr. sér. réf. exigées. Se présenter Mme le Dr Papillon-Léage, 184, rue de l'Université, Paris.

Poste tr. intéres. de médecin-propharmac., à céder ds r. joli site Hte-Savoie. Log. assuré. Ecr. *P. M.*, n° 462.

Maison de Santé, banl. sud de Paris, dem. dame pr tenir bureau, recevoir visites et aider à la direction. Ecr. *P. M.*, n° 463.

Radiol. cherche sténo-dactylo, aide infirmière 2 à 6 h. et 3 matinées par semaine. Elysée 07-29.

Belle clientèle, en plein développem. à céder, à 22 km. Paris, sur grande ligne ouest. Ecr. *P. M.*, n° 466.

Pharmacien cherche emploi Laboratoire ou gérance Paris ou banl. proche. Ecr. *P. M.*, n° 470.

Hôpital de Monaco, demande 2 internes en chirurgie, situation intéressante, postes réservés à des étudiants français titulaires de 16 inscriptions au moins.

A céder, ou échanger contre poste similaire, poste important gynécologie-obstétrique, en plein rendement dans très grande ville du Centre. Ecr. *P. M.*, n° 472.

Médecin, dipl. stomatologie, libre après-midi, ch. occupation médic. dentaire ou para-médic. Ecr. *P. M.*, n° 473.

Pharmacien strasbourgeois, bien introduit, disposant de vastes locaux, cherche représentation, dépôts de laboratoires pour Alsace-Lorraine. Ecr. *P. M.*, n° 474.

Cause spécialisation céder complant, chef-lieu canton Lot-et-Garonne, grande ligne, clientèle médec. génér. accouchem. Médecin S.N.C.F. Très urgent. Ecr. *P. M.*, n° 475.

Docteur cherche association dans clinique médic. Paris ou banl. Apporte capitaux. Ecr. *P. M.*, n° 476.

Médecin rappelé à l'activité céderait son cabinet médical parisien, à confrère pouvant lui obtenir appartement 3 à 4 p. Condit. intéress. Urgent. Ecr. *P. M.*, n° 477.

Station thermale pyrénéenne. Cabinet, mobilier médical à céder après décès. Urgent. Ecr. *P. M.*, n° 478.

A vendre 1° oxygénateur de Bayeux compl., ét. neuf av. aiguille de platine 3.000 fr. ; 2° un appareil à tension Vaquez-Laubry neuf, construct. Spengler, en pochette cuir, abs. neuve 700 fr. Dr E. Dubois, La Quieta, Vence (A.-M.).

Poste médical à céder (Savoie) suite décès, médec. génér. Bon rapport, U. V., Diathermie. Ecr. *P. M.*, n° 480.

Anc. ext. hôp. Paris, 42 ans, réformé, certificat radiologie, cherche à partir de Juillet, sit. dans clinique ou remplacem. radiologue. Ecr. *P. M.*, n° 481.

Très urgent. Centre. Poste médec. propharm. à céder immédiatem. Indemnité modérée. Ecr. *P. M.*, n° 482.

Ancien assistant urologie hôpit. ch. participation clinique parisienne (urolog. gynéco.). Ecr. *P. M.*, n° 483.

Nurse bonne éduc. recherchée pour longue durée dans famille médicale Paris. 2 petites filles 2 et 30 mois. Ecr. *P. M.*, n° 484.

Urgent, jne Dr O. R. L. 2 ans internat chirurgie, 2 ans assistant hôpitaux cherche suite ou association, préfér. sud-est, côte d'azur; rég., paris. Ecr. *P. M.*, n° 485.

Visiteur médical, 39 ans. très sérieux, bonnes référ ayant connaissances ds Corps médical, ch. bon Labo pour région du Nord. Ecr. *P. M.*, n° 486.

Spéc. Laboratoire, tr. au courant hémato, bactério sérol. ferait remplacem. ttes régions. Ecr. *P. M.*, n° 487

Centre, clinique médico-chirurgic. obstétrique et formation. rég. agréable sud-est, population rurale environ 60.000 hab. non desservie, afflux touristique à prévoir, demande jne chirurgien général résident, tr. sér référ. av. capitaux, avenir assuré. Ecr. *P. M.*, n° 488.

Echangerais Diathermie Novix Toury, neuf, contre électrocardiographie. Ecr. *P. M.*, n° 489.

Jne fille, 24 ans a., ay. connaissance soins malades désirerait ds clin. médic. ou chirurg. empl. aide-infirmière ou veilleuse de nuit. Ecr. *P. M.*, n° 490.

A céder, 20 km. Vals, ancienne et grosse clientèle méd. générale, accouchements, radio, superbe install gros rapport actuel, peut faire plus. Fixes transmis. Prix très avantag. 1/4 du rapport annuel. Ecr. *P. M.*, n° 491

Médecin cherche 1 ou 2 pièces Paris avec téléphone pour habiter. Ecr. *P. M.*, n° 492.

Laboratoire analyses recherche bactériologiste très au courant analyses. Dr Daurat, 44, bd Victor-Hugo, Nice

J. femme présentant très bien, distinguée, bonne cult générale, tiendrait intérieur médecin Paris, banl. ou prov., récept. client. infirmière secrétaire dactylo. Ecr Mme Aubry, 22, r. Le Sueur, Paris-16e ou tél. Pas. 76-90

A vendre cryocautère Drapier, import. biblioth homéopath. Moins, 178, rue de Courcelles, Paris.

Clinique chirurgicale, rég. Nord, demande secrétaire comptable, expérimentée, sér. référ. Ecr. *P. M.*, n° 496

Pharmacienne cherche à employer son diplôme. Ecr *P. M.*, n° 497.

Docteur en pharmacie, sinistré total, recherche Paris situation intéressante dans Labo spécialités ou gérance de Pharmacie. Ecr. *P. M.*, n° 498.

A vendre table métall. examens av. étriers, matelas moleskine bourré crin, le tout parf. état. Tél. Carnot 16-62

AVIS. — Prière de joindre aux réponses un timbre de 2 francs pour transmission des lettres

Le gérant : F. THOMAS.

Imprimé par l'Ancne Imprimerie de la Cour d'Appel, 1, rue Cassette à Paris (France)

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées aux Périodiques, la Direction scientifique de La Presse Médicale *a dû fixer à 4 colonnes maximum l'étendue des mémoires originaux. Tout manuscrit dépassant cette étendue sera retourné à son auteur.*

QUELQUES REMARQUES SUR LE TRAITEMENT DES GRANDES CYSTOCÈLES ISOLÉES

PAR MM.
Jean PATEL et **Ch. DUBOST**
(Paris)

Il est, en chirurgie, peu d'affections ayant suscité autant de procédés opératoires que les prolapsus génitaux. C'est souligner l'insuffisance notoire, bien que partielle, de quelques-unes de ces techniques s'adressant à l'élément qui est constant soit associé, soit isolé, la cystocèle, dont les dimensions, parfois considérables et les troubles qu'elle entraîne viennent, chez la femme non ménopausée, soulever des problèmes thérapeutiques délicats.

En faisant état de 7 cas suivis assez longtemps d'opération de Marion (cysto-hystéropexie par voie haute), il n'est certes point dans nos intentions de préconiser ce procédé comme méthode standard de la cure des grandes cystocèles. Nous voudrions seulement montrer les avantages d'une intervention, simple dans sa réalisation, qui paraît constante dans ses résultats et dont on saura poser l'indication dans certaines circonstances bien définies où la cure par voie basse apparaît difficile sinon hasardeuse à réaliser.

C'est en effet la voie basse isolée ou associée à une hystéropexie dans le cas de prolapsus génital qui réunit la majorité des suffrages. Le temps essentiel en reste la colpo-périnéorraphie postérieure, reconstituant une sangle solide, à laquelle la colporraphie antérieure n'ajoute que peu. La plupart des chirurgiens français lui sont longtemps restés fidèles.

Cette pratique, excellente dans les prolapsus modérés, a néanmoins à son passif un certain nombre d'échecs imputables à la non-reconstitution d'une sangle sous-vésicale solide: est-il d'ailleurs besoin de rappeler que les récidives sont presque toujours antérieures?

C'est pour pallier à ce danger qu'on a pu proposer la réfection d'un plancher pelvien antérieur, par myorraphie antérieure des releveurs: à vrai dire, l'atrophie des faisceaux antérieurs des releveurs, leur écartement, font, en réalité, qu'en fait de myorraphie des releveurs, on se contente de rapprocher quelques fibres des ischio-caverneux, soutien illusoire.

Plus satisfaisante est, sans conteste, la découverte et la plicature sous-vésicale du fascia intervagino-vésical de Halban, encore que cette formation aponévrotique ne soit constante, ni dans son existence, ni dans sa valeur. Il est toutefois incontestable qu'un solide fascia constituera une colonne fibreuse sous-vésicale qui s'opposera efficacement à la chute de la vessie, à la condition, cependant, que l'importance de la cystocèle ne soit pas trop grande.

Compliquant la méthode et en restreignant les indications, certaines interventions ont vu le jour, et ont trouvé et conquis nombre d'adeptes, enthousiastes à l'idée de la cure par voie basse isolée et de la rétro-déviation utérine et de la grande cystocèle.

L'opération de Schauta, née la première, est bien connue dans son principe: faire basculer l'utérus en avant et l'interposer entre vagin et vessie. De réalisation somme toute aisée, elle apparaît néanmoins fort restrictive quant à ses possibilités: elle s'adresse aux femmes ménopausées, à utérus absolument indemne, ni trop petit, ni trop gros, et à cystocèle modérée.

Dans les statistiques publiées, on relève un taux de morbidité non négligeable: gangrène utérine, blessures de la vessie, cystites rebelles. Les récidives enfin ne sont pas exceptionnelles, le fond utérin entraînant avec lui vessie et vagin; la réintervention dans ces cas apparaît fort délicate.

Plus complexe est l'opération de Halban ou vésico-fixation haute de l'utérus par voie vaginale, pour laquelle Cotte vient de présenter un chaud plaidoyer, et dont nous n'avons, pour notre part, que l'expérience, grêle, de 2 cas: ouverture du cul-de-sac vésico-utérin, suture au fond de l'utérus et à toute sa face antérieure de la séreuse vésicale fixe.

Cette intervention a l'avantage de pouvoir être employée aussi bien chez les femmes jeunes que chez les femmes plus âgées. Par contre, elle n'a aucune action par elle-même, ni sur le prolapsus utérin, ni sur la cystocèle (Mocquot), et doit être associée à d'autres temps opératoires s'adressant à ceux-ci.

Quant à l'opération de Crossen, comportant une plicature des paramètres en avant du col et une vagino-fixation améliorée, fixant la partie basse de la face antérieure du corps utérin à un point de vagin doublé du fascia vésico-vaginal, tel que l'on obtienne à la fois un raccourcissement de ce fascia et l'élévation de son insertion sur l'utérus (Mocquot), elle est d'une complexité hors de proportion avec l'affection à traiter, et son innocuité est loin d'être absolue.

Il en va, par contre, autrement d'une opération dont on ne voit guère la description dans les traités, imaginée par le Prof. Marion et qui a été l'objet de la thèse de Jonard: la cysto-hystéropexie abdominale que, jusqu'ici, nous avons faite dans 7 cas longtemps suivis et revus sans traces de récidives.

Cette intervention apporte une solution heureuse au traitement chirurgical des grandes cystocèles.

Elle consiste à fixer la portion vaginale trigonale de la vessie à la face antérieure de l'utérus, puis à fixer l'utérus à la paroi abdominale, remontant de ce fait à la fois l'utérus et la vessie.

Dans 4 de nos cas, la fixation utérine fut faite à la manière de Doléris. Dans les autres cas, où il s'agissait de femmes plus âgées, on fit une fixation directe du fond utérin.

La colpopérinéorraphie postérieure ne fut faite que trois fois: il semble cependant qu'il soit préférable de la faire toujours. Quant au danger urétéral, il est facilement évité, soit par la mise en place de sondes urétérales, soit en ayant soin que le point inférieur d'adossement vésico-utérin ne prenne pas toute la largeur de la vessie.

Cette courte note n'a d'autre but que de contribuer à donner à cette méthode opératoire, qui apparaît comme une intervention de réalisation aisée, exécutable, tant chez la femme ménopausée que chez la femme jeune et qui, complétée au besoin par une colpopérinéorraphie postérieure, offre à la malade une guérison dont la valeur nous a semblé en tous points égale, à moins de frais, à celle d'opérations plus complexes, la place qu'elle mérite d'occuper.

TRAITEMENT DES FORMES MALIGNES DE LA MALADIE DE BOUILLAUD

Par **R. LUTEMBACHER**

Les formes malignes du rhumatisme s'observent plus particulièrement chez le jeune enfant. Elles ont été décrites par Trousseau; Grenet a insisté sur leur gravité; et précisé leurs modalités.

Des localisations viscérales diffuses surviennent après des arthralgies fugaces, des douleurs musculaires ou osseuses vagues, du torticolis. La dyspnée est extrême: elle s'exagère au moindre mouvement ou s'accompagne de douleurs précordiales angoissantes. La myocardite est constante, elle se caractérise par une importante cardiomégalie, un bruit de galop, des souffles myocardiques. C'est une asystolie fébrile d'emblée avec œdèmes, hépatomégalie; souvent une endocardite, une péricardite sèche ou avec épanchement compliquent la myocardite. A celle-ci s'ajoutent des localisations viscérales multiples et graves : pleuro-pulmonaires hépatiques et rénales, avec aggravation progressive des symptômes.

C'est dans ces formes que l'on observe des érythèmes, des nodosités rhumatismales. La pâleur (ochrodermie) est d'une intensité impressionnante. La mort survient en quelques semaines ou en quelques mois avec des alternatives d'atténuation et d'aggravation. La gravité de ces formes tient à la multiplicité des lésions viscérales et plus particulièrement à l'importance des lésions dégénératives du foie et du pancréas sur lesquelles nous avons insisté.

La démonstration en est faite par les mauvaises épreuves de galactopexie, l'acétonurie initiale que l'on découvre avant tout traitement salicylé, le pH urinaire qui tombe à 4,5 ou 4,2, l'abaissement de la réserve alcaline, la fréquence de la glycosurie.

Ces lésions hépatiques créent une situation irrémédiable. L'asystolie est menaçante, les traitements toni-cardiaques sont sans action, elle dépend en effet de la myocardite en évolution. Seul un traitement énergique de la maladie en pleine activité permettrait de limiter ses dégâts. L'intolérance du foie à toute médication salicylée un peu intensive rend le problème insoluble. La situation s'aggrave par le seul fait d'un traitement salicylé trop énergique, surtout lorsque le médicament est donné par la bouche. L'asystolie n'est pas seulement fonction de la myocardite, elle dépend pour une part de la carence en glycogène du myocarde résultant des lésions hépatiques et aussi des spoliations salicylées. La dyspnée est aussi la conséquence de l'acidose.

Pour rompre ce cercle vicieux il faut renoncer à la voie buccale et aux doses fortes de salicylate utiliser de préférence l'antipyrine par voie veineuse à faibles doses et par doses fractionnées, c'est-à-dire en pratiquant quand il est possible 3 à 4 injections par jour.

Quand l'antipyrine est mal tolérée ou du fait de la raréfaction des urines on recourt au salicylate ou à un traitement mixte. Il importe de ne pas dépasser pendant la période critique 0 *g.* 25 d'antipyrine ou de salicylate par injection. Ces petites doses sont efficaces, elles nous ont permis de faire disparaître des frottements péricardiques, des foyers broncho-pneumoniques, de réduire l'asystolie, d

modifier sur l'électrocardiogramme un allongement de l'intervalle PR.

Cette efficacité s'explique: la carence en glycogène du foie réduit ses capacités de détoxication, en sorte que la dose injectée ne subit pas d'inactivation; en outre l'acidité du milieu sanguin accroît le collage aux albumines.

Chez les jeunes enfants, la difficulté des injections multiples est assez grande. Pour y pallier on utilise des aiguilles fines de Bensaude, on recourt à l'eau très chaude pour faire gonfler les veines en s'en remettant à l'habileté, à la patience, au dévouement des infirmières spécialisées.

Observation I. — Forme grave de rhumatisme viscéral. Quatre injections par jour d'antipyrine à 0 g. 25 dans la phase critique. Nous avons déjà rapporté cette observation. Fillette de 10 ans, forme sinon maligne, du moins fort grave, de rhumatisme viscéral. Hépatisation pulmonaire bilatérale avec péricardite sérofibrineuse. La galactopexie est mauvaise : 25-9-0-0 avec un pH urinaire à 4,2. La malade est en état grave, très pâle et dyspnéique. Deux injections d'antipyrine à 1 g. par jour font apparaître de l'acétone et des vomissements. On injecte 4 fois par jour 0 g. 25 d'antipyrine, au dixième jour la péricardite rétrocède ainsi que l'épanchement pleural, on perçoit un souffle systolique mitral. La malade reste très dyspnéique, une crise de tachyarythmie paroxystique est observée pendant quarante-huit heures. Les blocs d'hépatisation pulmonaire persistent. Les trois semaines suivantes on pratique 4 injections quotidiennes d'antipyrine à 0 g. 50. L'état pulmonaire redevient normal ainsi que la galactopexie. Le traitement est poursuivi à raison de 4 injections à 0 g. 75, puis à 1 g. Il faut noter ici l'efficacité des faibles doses utilisées au début à la faveur d'une détoxication nulle. L'intérêt des injections multiples, le retour à la tolérance en même temps que la reprise de l'activité hépatique.

Observation II. — Une enfant de 5 ans après quelques douleurs articulaires frustes présente une température que rien n'explique. Après quelques semaines la dyspnée fait penser à des lésions pulmonaires, à la radioscopie le poumon est sain, on découvre une cardiomégalie considérable. Une auscultation plus attentive révèle un gros souffle mitral. L'enfant nous est adressée. Le foie est gros et douloureux, la dyspnée est vive, les urines rares, l'inappétence est complète, elle s'accompagne de nausées. Dans les urines on trouve une forte acétonurie bien que jusque-là aucun traitement n'ait été institué. Le pH urinaire est à 4,2 avec 14 g. d'acide β-oxybutyrique au litre, la pâleur du visage est extrême, l'état est grave.

Le 8 Janvier on injecte 2 fois 0 g. 25 de salicylate, le 9 traces d'acétone.

Le 9 : 0,15 d'antipyrine 2 fois. Le 10 : pH 4,8, traces d'acétone, acide β-oxybutyrique 2 g. 9, on injecte 0,15+0,50 d'antipyrine.

Le 11 : 0,25 d'antipyrine + 0,25 de salicylate 2 fois.

Les urines sont très rares, l'inappétence et les nausées persistent, cependant le pH urinaire est à 5,2 et l'acétonurie a disparu sous l'action du traitement. On injecte 2 fois par jour 2 unités d'insuline en donnant 30 g. de dextrosol, pendant dix jours. En outre, 2 fois, 0 g. 25 de salicylate pendant quatre jours et 2 fois : 0 g. 50 les quatre jours suivants.

Le traitement est poursuivi en injectant chaque semaine pendant six jours, 2 fois : 0 g. 75 de salicylate. L'état est meilleur, cependant l'inappétence persiste, les urines sont peu abondantes.

Le collage du salicylate aux albumines se réduit. Après vingt-quatre heures sans salicylate : on retrouve 1 g. 70 de salicylate par litre d'urine, les doses injectées l'avant-veille ne dépassant pas 1 g. par jour ; le 31 Janvier, on ne retrouve plus que 0 g. 17 pour des doses injectées l'avant-veille de 1 g. 50 par jour.

Le retard d'élimination du salicylate s'est ainsi réduit. Ceci montre également que les faibles doses injectées maintiennent la saturation de l'organisme à la faveur de ce collage accru aux albumines. Le dosage de ce salicylate résiduel est un excellent test à ce double point de vue. C'est seulement au vingtième jour du traitement et après injection d'ouabaïne que la diurèse se rétablit. L'activité de l'ouabaïne a été rendue possible par suite de la rétrocession de la myocardite sous l'action du traitement salicylé. L'appétit revient progressivement. Le traitement est continué avec 2 injections de 1 g. de salicylate, six jours par semaine. Le septième jour on injecte 3 unités d'insuline en donnant 30 g. de dextrosol et ensuite X gouttes de digitaline.

La galatopexie, par suite de l'état grave de l'enfant n'a pu être pratiquée que le 5 Février, elle est à : 15-2,5-0-0. Le 6 Mars elle est normale. L'enfant est en excellent état, elle mange volontiers, à ce moment le traitement est réduit : une semaine sur deux il est donné 1 g. par la bouche et 1 g. par la veine. L'enfant revue en Décembre est en parfaite santé.

Le pyramidon, à faibles doses, ajouté à l'antipyrine nous a permis dans 2 cas particulièrement graves d'éviter une mort prochaine alors que l'antipyrine seule s'était montrée insuffisante.

Observation III. — Fillette de 6 ans. 17 Août : scarlatine normale. Le 5 Septembre, angine banale, à la suite mauvais état général, pâleur, asthénie, au début d'Octobre : arthralgies fugaces bientôt généralisées, on donne par la bouche 2 g. 50 de salicylate et 1 g. par voie veineuse. Les douleurs articulaires sont calmées, la température se maintient à 38°.

Le 14 Octobre, l'enfant est adressée dans le service, elle est très pâle, on perçoit un gros souffle systolique apexien, les poumons sont normaux, la glycémie est à 0,85, le pH urinaire à 6, la galactopexie ne peut être pratiquée.

Du 14 au 20 Octobre on injecte 2 fois 0 g. 50 de salicylate, l'acétone apparaît dans les urines, le pH est à 4. La dyspnée fait recourir aux injections d'insuline : 5 unités et 12 g. de glucose intraveineux et ensuite à l'ouabaïne, sans grands résultats.

Les 30 et 31 Octobre on trouve 4 et 7 g. de glucose dans les urines au litre. Le pH est à 5,4, on constate de la rétention vésicale, elle cède avec des applications locales de compresses chaudes. La température persiste à 38°-39°. L'état général est mauvais. La maladie de Bouillaud est en pleine activité, un frottement péricardique est perçu le 2 Novembre, trois jours plus tard un épanchement se produit avec une large matité et obscurité des bruits pulmonaires.

Le 2 Novembre on injecte progressivement de 0 g. 25 à 0 g. 75 d'antipyrine 2 fois par jour en ajoutant 4 cm³ de néoriodine. Le 5 Novembre la température s'abaisse. L'épanchement péricardique s'accroît. Le 12 Novembre la température remonte à 39°, on injecte 2 fois : 1 g. d'antipyrine. La température persiste ainsi que les signes péricardiques et pulmonaires. Le traitement est insuffisant, on ajoute 0 g. 10 de pyramidon avec 1 g. d'antipyrine à chaque injection. A partir de ce moment la situation se modifie, au quatrième jour la température revient à la normale, la matité précordiale se réduit, le frottement péricardique reparaît. La dose de pyramidon est portée à 0 g. 22 ajouté au 1 g. d'antipyrine à chacune des deux injections quotidiennes.

Bientôt le frottement péricardique s'atténue, les signes pulmonaires s'estompent, la diurèse s'établit, l'appétit renaît.

Le traitement est continué six jours par semaine. Le septième jour on injecte de l'insuline : 7 unités, en donnant 10 g. de dextrol et ensuite 1/4 de milligramme d'ouabaïne. La dose d'insuline est ainsi proportionnellement accrue par rapport au glucose, l'expérience ayant montré que 5 unités avec 30 g. de dextrosol faisaient apparaître de la glycosurie.

Après huit semaines le traitement est interrompu trois jours tous les quatre jours, avec un jour d'ouabaïne pendant les interruptions. La guérison est obtenue.

L'adjonction de 0 g. 10 puis 0 g. 20 de pyramidon avec 1 g. d'antipyrine a permis de sauver ici une situation compromise.

*
* *

Le pyramidon est avec le salicylate et l'antipyrine un des trois grands médicaments spécifiques de la maladie de Bouillaud, nous l'avons utilisé depuis plusieurs années par voie veineuse. Il présente une activité certaine, à faibles doses; il est beaucoup moins maniable que l'antipyrine, ce qui fait réserver son emploi.

Nous avons utilisé des doses de 0,25 à 0,50 cg. par injections renouvelées 2 à 3 fois par jour chez l'adulte.

Chez un sujet robuste et sans idiosyncrasie particulière à ce médicament, nous avons pu injecter 3 fois par jour 0,50 cg. avec 3 g. de salicylate sans intolérance et sans modifications importantes de la formule sanguine après sept semaines. La dose de 0,50 cg. ne doit pas être dépassée, parfois même elle peut ne pas être tolérée dès les premières injections. Ce n'est pas l'agranulocytose qui est à redouter mais les incidents immédiats sur le système nerveux, caractérisés par des crises convulsives, avec cyanose, suivies de coma passager. Ces incidents sont exceptionnels et témoignent d'une sensibilité particulière. Il faut néanmoins en tenir compte. L'injection de pyramidon doit être pratiquée dans le décubitus. Il est bon de ne pas dépasser 0,30 à 0,40 cg. par injection chez l'adulte. Les solutions sont au 1/20 en sérum chloruré sodique avec 5 cg. de chlorure de calcium par gramme.

La toxicité du pyramidon ne s'ajoute pas à celle du salicylate, elle s'ajoute à celle de l'antipyrine. Dans le couplage de ces deux médicaments il importe, après avoir expérimenté la tolérance à l'antipyrine seule, de réduire un peu la dose de ce produit pour ajouter progressivement 0,10 à 0,20 ou 0,30 cg. de pyramidon. Ce dernier est en effet un dérivé diméthylé de l'antipyrine. L'intérêt de son emploi réside dans le fait qu'il est plus actif à faible dose. A l'inverse de l'antipyrine, il suractive la nutrition, augmente les combustions ainsi que le rapport de l'urée à l'azote total. Il augmente le sucre urinaire et ne diminue pas la diurèse. Ces propriétés opposées à celles de l'antipyrine rendent intéressant son couplage avec ce médicament. Ainsi s'additionnent les effets thérapeutiques, alors que les effets physiopathologiques ne sont pas convergents, hormis sur le système nerveux.

Le pyramidon a en outre l'avantage d'être injectable par voie sous-cutanée ou musculaire — ce qui est appréciable chez les sujets dont les veines sont peu accessibles. Chez une malade, une arthrite des coudes ne permettait pas d'aborder les seules veines utilisables. Trois injections intramusculaires quotidiennes de pyramidon de 0,40 à 0,50 cg. firent disparaître l'arthrite, tomber la température et rendant possible le traitement ultérieur par voie veineuse.

Dans la pratique, il est parfois malaisé de renouveler 3 ou 4 fois par jour les injections intraveineuses; l'injection intramusculaire de pyramidon facilite le recours aux doses complémentaires nocturnes.

*
* *

La thérapeutique ne peut se poursuivre aveuglément à l'aide de traitements standards. La clinique et le laboratoire doivent, à tous moments, l'adapter aux conditions changeantes de l'organisme. Le traitement de la syphilis doit se plier aux mêmes disciplines. Chez un angineux avec néphrite chlorurémique, nous avons obtenu la disparition de crises pénibles et des œdèmes sans dépasser 1/8 de centigramme de cyanure d'hydrargyre. La galactopexie du syphilitique est souvent mauvaise: ce qui oblige à réduire et à fractionner les doses des arsénobenzols.

L'ARRÊT DES CRISES DE TACHYCARDIE PAROXYSTIQUE PAR L'INJECTION INTRAVEINEUSE D'ACÉTYLCHOLINE

par MM.

M. SEGERS, J. LEQUIME et H. DENOLIN

(Bruxelles)

Les accès de tachycardie paroxystique posent un problème de thérapeutique souvent difficile à résoudre, car les méthodes de traitement courantes telles que la compression du sinus carotidien ou l'épreuve de Valsalva, ne permettent d'obtenir l'arrêt des crises que dans une faible minorité de cas. Il existe certes des agents plus efficaces, notamment les corps digitaliques et la quinidine administrés par voie intraveineuse, mais dans bien de cas il est nécessaire d'utiliser des doses élevées qui risquent d'entraîner des conséquences graves. Certains auteurs signalent un grand pourcentage de succès sous l'influence des vomissements provoqués par le sulfate de cuivre ou par l'ipéca, mais il faut reconnaître que cette thérapeutique est fort peu agréable pour le malade. Aussi l'introduction des vagomimétiques dans le traitement des accès de tachycardie paroxystique a-t-elle constitué un progrès notable, car ces agents sont moins toxiques et beaucoup mieux tolérés que les précédents. L'action favorable de la choline a été signalée par Stepp et Schliephake (1925) ainsi que par Boden et Wankel (1928), mais de meilleurs résultats furent obtenus ultérieurement à l'aide de composés plus actifs, tels que la carbaminocholine (ou doryl) et l'acétyl-β-méthylcholine (ou mécholyl); ce dernier agent injecté par voie sous-cutanée, a permis à Starr (1936) d'enregistrer 66 succès sur un ensemble de 75 crises.

Au cours de recherches expérimentales effectuées sur le cœur du lapin et de la grenouille, l'un de nous a montré que l'acétylcholine permet, elle aussi d'arrêter les crises de tachycardie paroxystique (Segers, 1939 et 1941). C'est pourquoi nous nous sommes proposé d'étudier l'action de ce vagomimétique au cours des accès de tachycardie chez l'homme; les patients chez lesquels nous avons eu l'occasion d'expérimenter cette thérapeutique présentaient des crises d'origine nodale ou auriculaire. Nous leur avons toujours injecté l'acétylcholine par voie intraveineuse, les autres modes d'administration ne déterminant pas de réaction appréciable du

cœur en raison de la destruction rapide de cet agent par le sang et les tissus; pour ce même motif, il est nécessaire d'éviter l'entrée de sang dans la seringue avant l'injection et celle-ci doit être effectuée aussi rapidement que possible. Les quantités d'acétylcholine injectées ont varié, selon les sujets, de . à 10 cg., dissous dans 2 à 10 cm^3 d'eau distillée; au cours de l'injection, le patient est placé en décubitus dorsal et l'électrocardiogramme est enregistré en même temps, de façon à suivre régulièrement les résultats obtenus.

Chez un malade non encore traité, le premier essai est réalisé à l'aide d'une dose de 2 *cg.*; si la crise ne cesse pas immédiatement, de nouvelles injections sont répétées toutes les trois ou quatre minutes, en utilisant successivement 4, 6, 8 et 10 *cg.* Nous n'avons jamais dû dépasser cette dernière dose et nous avons ainsi pu arrêter 50 crises de tachycardie chez 7 sujets différents; nous n'avons eu aucun échec et les doses moyennes actives ont été respectivement dans nos 7 cas : 1 *cg.*, 4 *cg.*, 5 *cg.*, 5 *cg.*, 7 *cg.*, 8 *cg.* et 9 *cg.* En général, les doses nécessaires pour arrêter les accès successifs d'un même patient ne diffèrent pas de plus de 2 *cg.*, de sorte que chez les malades déjà traités nous injectons d'emblée la dose qui s'est révélée efficace au cours des essais précédents; la stabilité de ces résultats mérite d'être soulignée, car l'inconvénient d'un grand nombre d'agents thérapeutiques réside précisément dans l'inconstance de leurs effets.



Arrêt d'une crise de tachycardie paroxystique par l'injection intraveineuse de 4 *cg.* d'acétylcholine.

Chez tous nos sujets l'arrêt de la crise est survenu brusquement, moins de trente secondes après la fin de l'injection, le délai habituel étant de dix à quinze secondes. L'activité sinusale s'installe alors avec un rythme assez lent, fréquemment interrompu par des extrasystoles; mais le battement se régularise et s'accélère assez rapidement, pour reprendre son aspect normal une à deux minutes après la fin de l'accès. Des réactions secondaires à l'acétylcholine n'apparaissent que d'une façon inconstante et elles sont toujours fort brèves: on note parfois des quintes de toux, des nausées ou une sensation syncopale. Trois de nos sujets sont ambulants et sont toujours rentrés sans incident chez eux, immédiatement après l'arrêt de leurs accès par l'acétylcholine. Nos 3 autres malades ne peuvent se déplacer au cours de leurs crises, celles-ci entraînant une forte chute de la pression sanguine avec dyspnée et asthénie; l'acétylcholine a cependant pu leur être injectée sans le moindre inconvénient, de sorte qu'elle peut être considérée comme peu toxique malgré sa grande efficacité. Les sujets que nous avons traités sont assez âgés: ceci souligne encore la valeur de nos résultats, car Starr (1936) a montré que c'est précisément chez de tels patients que l'arrêt des accès est le plus difficile à réaliser. Signalons aussi qu'avant d'être soumis à cette méthode de traitement, 2 de nos malades présentaient chaque semestre une crise de longue durée, se prolongeant pendant une à trois semaines et ne réagissant ni à la quinidine, ni à l'ouabaïne, ni au mécholyl. Par conséquent, les succès que nous avons enregistrés à l'aide de l'acétylcholine ne doivent pas être imputés à un concours de circonstances spécialement favorables: les données que nous avons recueillies se rapportent au contraire à des crises particulièrement graves et rebelles aux méthodes thérapeutiques habituelles.

L'un de nous a montré que dans les conditions expérimentales où se développent les crises de tachycardie, il apparaît après chaque systole une phase d'excitabilité supernormale particulièrement importante (Segers, 1939 et 1941). Lorsque cette hyperexcitabilité devient suffisante en un point du cœur, elle y provoque le déclenchement d'un battement ectopique qui en entraîne un autre à sa suite par le même mécanisme: ainsi prennent naissance les accès de tachycardie paroxystique qui correspondent donc à une série de réexcitations successives que Segers a proposé d'appeler *battement auto-entretenu*. L'acétylcholine inhibe la phase d'excitabilité supernormale consécutive à chaque systole et supprime donc les conditions particulières qui permettent l'établissement et le maintien de la crise paroxystique. L'effet de l'acétylcholine observé chez nos patients se trouve ainsi tout naturellement expliqué et cet agent peut donc être considéré comme réellement spécifique dans le traitement des accès de tachycardie.

Les doses que nous avons injectées restent loin en dessous de la limite maximale pour l'homme, car Fiamberti (1940) a pu réaliser chez des schizophrènes plus de 4.000 injections intraveineuses de 60 *cg.* d'acétylcholine sans rencontrer d'incidents fâcheux. Dans le traitement des accès de tachycardie, l'acétylcholine nous paraît supérieure aux autres agents vagomimétiques en raison de sa plus grande efficacité et de sa meilleure tolérance; d'autre part, la destruction rapide de l'acétylcholine par l'organisme permet de répéter très rapidement l'injection à dose plus élevée, en cas d'insuccès du premier essai. Dès lors, si nous tenons compte de la constance des résultats favorables, de la bénignité et de la brièveté des réactions secondaires, de la rapidité avec laquelle les crises se trouvent arrêtées, nous pouvons conclure que l'acétylcholine représente l'agent de choix dans le traitement des accès de tachycardie paroxystique [1].

(*Université de Bruxelles. Clinique médicale* [Prof.: P. GOVAERTS] *et Institut Solvay de Physiologie* [Prof.: P. RIJLANT].)

BIBLIOGRAPHIE

BODEN et WANKELL : *Zeitschr. Kreisl.*, 1928, **20**, 411. — FIAMBERTI : *Rivista Oto-Neuro-Oftalm.*, 1940, **17**, 265. — SEGERS : *C. R. Soc. Biol.*, 1939, **130**, 1359; *Ann. Physiol et Physico-Chim. biol.*, 1939, **15**, 921; *Mémoires Acad Roy. Méd. Belg.*, 1941, **1**, fasc. 7. — STARR : *Amer. Journ med. Sci.*, 1936, **191**, 210. — STEPP et SCHLIEPHAKE *Münch. med. Woch.*, 1925, **72**, 1997.

1. Le travail *in extenso* paraîtra dans les *Acta medica scandinavica*.

MOUVEMENT CHIRURGICAL

TRAITEMENT OPÉRATOIRE DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE PERMANENTE

Une étape nouvelle a-t-elle, en ces dernières années, été franchie dans la connaissance des hypertensions artérielles permanentes, qui permette déjà d'envisager les secours à attendre de la chirurgie? Cela est indiscutable. Il est d'ailleurs fort peu de chirurgiens qui ne connaissent de cette technique des résultats heureux, incertains ou malheureux. Mais il serait déraisonnable de penser que l'étape franchie a été décisive et que d'ores et déjà des règles précises de traitement puissent être affirmées.

La lecture des innombrables travaux des médecins, des physiologistes et des chirurgiens est sur ce point très édifiante [1], mais elle est également rassurante, car elle montre que, dans de nombreux cas d'hypertension, rebelles au traitement médical, la chirurgie sait maintenant être une chance de salut.

Aussi est-il dès aujourd'hui profitable de faire le point des résultats acquis en France par les chirurgiens qui ont opéré et suivi des hypertendus artériels permanents.

Trois séries de publications récentes sont principalement à retenir. Jeanneney en 1942 [2] apportait une statistique personnelle et homogène de 18 cas. Il obtenait 12 survies de plus de trois ans. Dans 6 cas la mort fut rapide. Il ressort de cette étude que seuls ont survécu les malades opérés avant le stade néphro-angiosclérotique. Par contre, tous les malades opérés alors qu'ils présentaient des lésions rénales ou des troubles oculaires ou encore des signes de décompensation cardiaque ont succombé dans les mois qui ont suivi l'opération.

Celle-ci a consisté soit en une surrénalectomie isolée dans les cas d'artérite des membres inférieurs avec ou sans gangrène (5 cas), soit en une surrénalectomie accompagnée de splanchnicectomie (11 cas) ou de décapsulation rénale (2 cas).

Il est évidemment excessif de parler de guérisons puisque l'hypertension n'a subi que de très discrètes diminutions, mais les signes fonctionnels (insomnie, céphalées, lassitude ou angor) se sont habituellement amendés (12 cas) au point de permettre aux opérés le retour à une vie normale.

Nous retrouvons dans les plus récents travaux de Leriche des opinions analogues quant aux résultats opératoires et cette opinion du chirurgien qui a à son actif la plus importante expérience française de la chirurgie de l'hypertension artérielle prend une singulière valeur. Leriche, qui a opéré plus de 100 malades hypertendus, vient récemment de confier à Paulette Ricordeau [3] le soin de rassembler les résultats qu'il a obtenus après splanchnicectomie et surrénalectomie dans 38 cas d'hypertension artérielle permanente. Il importe de remarquer tout d'abord que splanchnicectomie et surrénalectomie sont des opérations bénignes lorsque l'indication opératoire est posée à temps. Le moment optimum de l'intervention est le début des troubles hypertensifs, avant que les lésions artérielles graves s'opposent à une action efficace. Pour le moment Leriche, tout comme Jeanneney, considère la défaillance cardiaque, l'insuffisance rénale (azotémie au-dessus de 0,45 pour 1.000), les lésions rétiniennes avancées, l'atteinte profonde de l'état général et la grande rapidité de l'évolution, comme des contre-indications à l'opération.

En quoi consiste cette opération? Il est encore impossible de faire un choix judicieux, et rigoureusement basé sur les accidents cliniques, parmi les diverses opérations proposées. Il est bien évident que si l'hypertension est secondaire à une lésion rénale unilatérale la néphrectomie sait fort bien la faire disparaître, mais, dans les cas de néphrite hypertensive, les opérations tardives précédées ou suivies de décortication, paraissent pour Leriche tout à fait impuissantes. Dans les autres cas, il est pratiqué une section bilatérale des splanchniques, associée à la résection de la chaîne thoraco-lombaire (11e et 12e ganglions thoraciques, 1er et 2e ganglions lombaires) et à l'ablation d'une des surrénales. L'opération est faite en deux temps par voie sous costale.

L'étude des résultats obtenus ainsi, fait ressortir un abaissement tensionnel immédiat et constant portant principalement sur la maxima et pouvant aller de 40 à 150 *mm*. Mais cet abaissement, sans valeur pronostique, paraît indépendant de la tactique opératoire. On a toujours affirmé que cet abaissement était transitoire; Leriche estime au contraire que les abaissements tensionnels durables sont moins exceptionnels qu'on le pense; on en relève 7 cas dans ses observations. Sans doute ne s'agit-il le plus souvent, que d'une dénivellation de quelque unités, mais il se peut, qu'au stade où actuellement sont opérés les malades, les lésions artérielles ne permettent plus un retour au niveau physiologique.

Le maximum de l'amélioration, et elle est remar

1. *Cf. Le Progrès Médical* : 24 Juin 1939 (consacré à l'hypertension artérielle).

2. G. JEANNENEY : Rapport sur le traitement chirurgical de l'hypertension. *Bordeaux Chirurgical*, Octobre 1942, 154-187.
3. Mlle Paulette RICORDEAU : *Thèse de doctorat*, Lyon, 1944.

quable, porte sur les troubles fonctionnels qui s'atténuent ou même disparaissent au point que les malades retrouvent toute leur capacité de travail. Dans les cas déjà évolués, la marche progressive, et régulièrement progressive de l'hypertension, est souvent stabilisée par l'opération : arrêt des accidents d'ictus, de crises angineuses, de crises d'œdème pulmonaires, stabilisation des lésions oculaires. Les échecs sont tous imputables à la gravité de l'état dans lequel se trouvaient certains malades au moment de l'opération; dans ces cas, il s'agissait de formes très anciennes avec lésions organiques irrémédiables.

Sylvain Blondin et Claude Rouvillois [4] qui viennent de publier un très important mémoire sur « la place de la surrénalectomie dans le traitement des hypertensions artérielles » et qui, à son propos, ont parfaitement dépouillé l'abondante littérature de ces dernières années, ont des conclusions qui s'accordent parfaitement avec celles de Jeanneney et de Leriche. Il importe de retenir les suggestions qu'ils formulent et qui sont d'une extrême sagesse : parmi les hypertensions artérielles permanentes il faut opérer les cas qui entraînent des troubles fonctionnels générateurs d'une importante incapacité sociale, surtout si ces cas résistent au traitement médical et s'ils commencent à présenter des signes de malignité. L'opération doit, pour être heureuse, précéder l'apparition des lésions viscérales irrémédiables.

L'intervention, hormis les cas où elle trouve une tumeur surrénale, consiste en une surréualectomie bilatérale subtotale en deux temps lorsque le malade est atteint d'une hypertension permanente aggravée de poussées évolutives paroxystiques.

Dans les cas, plus fréquents, d'hypertension permanente stable, le chirurgien a le choix entre 3 opérations : soit la splanchnicectomie bilatérale sus-diaphragmatique (opération de Peet), soit la splanchnicectomie haute d'un côté et dans un second temps la surrénalectomie de l'autre côté, soit la surrénalectomie bilatérale subtotale en deux temps.

Blondin et Rouvillois rejoignent, avec cette troisième proposition, de Courcy, Meillère et Olivier qui ont déjà défendu avec vigueur une telle tactique. Sans compter qu'il est parfois heureux, ainsi que le propose Leriche, en même temps que la surrénalectomie, de réaliser la résection des splanchniques, de la corne externe du ganglion semi-lunaire, des premiers ganglions sympathiques lombaires et parfois même du ganglion cortico-rénal.

S'il est encore impossible d'affirmer la supériorité des résultats de ces interventions, il semble maintenant bien acquis qu'il importe d'opérer très précocement les hypertensions permanentes et qu'il est nécessaire de faire des opérations bilatérales et échelonnées en temps successifs.

Les résultats aujourd'hui connus en France montrent la bénignité des opérations bien conduites et précoces. Ils ne sont certes ni constants, ni parfaits mais aussi longtemps que la cause réelle du syndrome hypertenseur sera ignorée, force nous est de nous contenter de tels traitements chirurgicaux qui étant purement symptomatiques, ne peuvent avoir la prétention de donner une guérison absolue.

Marcel Arnaud.

4. S. Blondin et Cl. Rouvillois : *Revue de Chirurgie*, Mai-Juin, Juillet-Août, Septembre-Octobre, 1944.

SOCIÉTÉS DE PARIS

ACADÉMIE DES SCIENCES

1er Mai 1944 [1].

Sur un nouveau sympathicosthénique. — M. **Raymond-Hamet.** Considérées pendant longtemps comme douées de propriétés toniques, fébrifuges et antidysentériques, les écorces d'Angusture ne sont plus utilisées que pour la préparation de boissons apéritives. Ces écorces contiennent plusieurs alcaloïdes, dont le plus abondant, la cusparine, a été tenu jusqu'ici pour physiologiquement inactif. En réalité la cusparine appartient au groupe des substances sympathicosthéniques parce qu'elles ont la propriété d'augmenter la sensibilité du système nerveux sympathique à ses excitants tant naturels qu'artificiels. Sur le système nerveux sympathique la cusparine agit à l'opposé de bases des quinquinas.

Action antialcalosique de l'acide ascorbique (vitamine C). — MM. **Raoul Lecoq, Paul Chauchard** et Mme **H. Mazoué.** Utilisé sous la forme d'ascorbate de sodium, l'acide ascorbique se montre doué d'une action acidosique ou antialcalosique nette, qui se manifeste par la prévention ou la suppression rapide des troubles chronaxiques de l'alcalose chronique, expérimentalement provoquée chez le rat au moyen d'injections trihebdomadaires de bicarbonate de sodium ou de gluconate de calcium. Dans les mêmes conditions les troubles de l'acidose chronique dus au chlorure d'ammonium se trouvent accélérés dans leur apparition. Ce scorbut paraissant exiger pour se manifester un terrain alcalosique, on peut se demander si l'action acidosique de l'acide ascorbique n'est pas celle qu'il exerce comme vitamine antiscorbutique. Ainsi cette vitamine agirait sur l'état de carence en combattant le facteur de révélation et se comporterait, dans tous les cas, comme un agent excitant du système nerveux.

8 Mai.

Action de l'acide ascorbique sur la teneur en histamine de l'organisme. Mécanisme de cette action. — MM. **André Sevin** et **Jean Lonollay** établissent : 1° qu'aux concentrations physiologiques l'acide ascorbique active la décarboxylase de l'histidine ; 2° que, dans les mêmes conditions, l'histaminase est partiellement inhibée ; 3° que la production d'histamine *in vivo* est favorisée par la vitamine C ; 4° que la quantité d'histamine existant dans l'organisme augmente en fonction de l'acide ascorbique ; 5° qu'on ne peut, par par conséquent, pas rendre l'histamine responsable des phénomènes hémorragiques du scorbut.

J. Couturat.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

25 Avril 1945.

Sur l'organisation de la technique de chirurgie de guerre des membres en Angleterre. — M. **Merle d'Aubigné** communique les résultats de son récent voyage en Angleterre. Il insiste tout d'abord sur le fait que la remarquable organisation anglaise prévoit que tous les blessés des membres, militaires ou civils, victimes des bombardements sont soignés dans des centres soumis au contrôle du Ministère de la Santé. Dans ces hôpitaux les services de chirurgie orthopédique, de chirurgie plastique et de chirurgie des nerfs périphériques se trouvent réunis. Les annexes de physiothérapie et de rééducation ont fait l'objet d'installations parfaitement au point, dotés d'un matériel impeccable et d'un personnel hautement qualifié et dévoué. Un très gros effort a été fait pour la rééducation rapide des blessés, surtout par l'exercice systématique surveillé et encouragé de très près sous contrôle médical permanent, par des auxiliaires instruits spécialement.

Le traitement des plaies des parties molles et des fractures ouvertes comporte à l'avant un épluchage soigneux, suivi d'un plâtre qui a surtout pour but de faciliter le transport confortable du blessé. Celui-ci est amené très rapidement en Angleterre. A ce moment on s'attache à réduire les fractures et dès que possible à réaliser soit la fermeture secondaire des plaies, soit des greffes cutanées. Les blessés sont alors soit plâtrés (Trueta) soit mis en extension par broche (Burns). Le pourcentage d'infection est extrêmement faible grâce au traitement pénicillique commencé à l'avant et continué par la suite. Des séries de 100 cas de plaies articulaires du genou ou de fractures ouvertes du fémur ne comportent ni mortalité ni amputations.

La chirurgie des nerfs périphériques est faite autant que possible par la suture bout à bout en relâchant les tractions par des positions forcées des membres. Les greffes sont rarement employées et dans ce cas toujours par autogreffes à l'aide de nerfs sensitifs. Les blessés sont très vite soumis aux exercices musculaires qui agissent sans doute sur la rapidité de la régénération nerveuse.

Les amputés sont l'objet de soins prolongés dans des centres spéciaux (il en existe un dans chaque Comté). Là on entreprend leur rééducation par l'exercice. On fait l'appareillage, on réapprend un métier. Les blessés sont suivis régulièrement.

Les appareils sont en duralumin léger. Au membre supérieur on utilise des appareils de deux sortes : porte-outils universels et main articulée. Grâce à la rigueur des soins et au dévouement du personnel de ces centres, les résultats sont extrêmement favorables.

Les formations américaines comptent également des centres de convalescents récupérables ou les blessés étroitement suivis et guidés dans leurs suites opératoires obtiennent des guérisons parfaites.

— M. **Merle d'Aubigné** conclut en insistant sur le rôle considérable des auxiliaires chirurgicaux dont la formation doit demander une surveillance constante.

— MM. **Leveuf, Cadenat** et **Brocq** demandent que l'Académie émette un vœu pour la création de centres du même ordre en France.

Fistule pancréatique. — M. **P. Brocq** dit comment il a pu traiter une fistule pancréatique hémorragique par une fistulo-gastrostomie antérieure sur sonde de caoutchouc ; les conditions opératoires étaient défavorables : peau en très mauvais état, court trajet de la fistule dont le trajet se rompt pendant sa dissection. Il fallut cette prothèse pour permettre l'anastomose. Au bout de six mois le tube de caoutchouc était éliminé et la guérison confirmée.

Tumeur choriale de la paroi vaginale consécutive à l'expulsion d'une môle. — MM. **Charrier** et **Rivière** (Bordeaux). Chez une fille de 15 ans apparut après l'expulsion d'une môle, une tumeur vaginale para-urétrale. En même temps la courbe de prolan urinaire remontait. Une hystérographie ne décela pas de chorio-épithéliome utérin. On fit alors après l'ablation de la tumeur vaginale, une curiethérapie, mais le prolan urinaire demeurait anormal. Une hystérectomie fut alors pratiquée. La guérison se maintient depuis 18 mois. Il s'agissait d'un chorio-épithéliome vaginal.

— M. **Moulonguet** pense qu'il est encore tôt pour juger du résultat définitif.

Diagnostic d'une tumeur osseuse. — MM. **Moulonguet** et **Gandy** ont suivi plusieurs années l'évolution d'une tumeur osseuse de l'omoplate chez un enfant. Les images radiographiques faisaient penser à une tumeur à myéloplaxes. Un évidement fait au début montra en effet l'aspect macroscopique de cette affection, mais dès ce moment les coupes mettaient en évidence la présence de cellules douteuses. On fit ensuite de la radiothérapie.

L'état général changea brusquement au bout de 4 ans et la mort confirma qu'il s'était bien agi d'un sarcome d'évolution très lente.

Le fait que dès le début les coupes étaient suspectes montre bien qu'il ne s'agit pas de dégénérescence d'une tumeur bénigne mais bien d'un véritable sarcome à myéloplaxes malin d'emblée.

Note sur l'état physique de l'os dans la pseudarthrose congénitale du tibia. — M. **Lombard** (d'Alger) étudie les rapports qui unissent dans l'os les matières protéiques et les matières minérales. A l'aide de l'étude de la diffraction, il met en évidence la présence d'apatite dans les os atteints.

Un signe radiologique des périnéphrites. — M. **Breton** (Pontoise). Des clichés pris en inspiration et expiration forcées chez le sujet sain montrent que le rein suit partiellement les mouvements respiratoires. Lorsqu'il existe de la périnéphrite, il est invariable puisque fixé par elle dans sa loge.

2 Mai.

Rapport sur une mission aux Etats-Unis. — M. **Abadie** montre par des exemples le développement remarquable de la médecine préventive et de l'hygiène sociale aux Etats-Unis. Le parallèle qu'il établit avec ce qui se passe en France, tant au point de vue santé qu'au point de vue hygiène, lui permet d'affirmer que dans notre pays, malgré ou à cause des privations multiples dues au régime alimentaire carencé, et à la dissémination accrue de maladies graves, de grands progrès peuvent et doivent être réalisés par l'éducation des masses, selon un plan hygiénique suivi dans l'ordre et au besoin avec sanctions.

Traitement des plaies de guerre par le plâtre fermé. — MM. **Lagrot, Naggiar** et **Leroy.** Le traitement des plaies de guerre dans les Armées Alliées obéit à trois principes majeurs :

Epluchage et excision minima de la plaie, aussitôt que possible après la blessure.

Suppression de tout antiseptique ou de tout moyen de drainage.

Immobilisation rigoureuse et précoce en plâtre fermé (close plaster).

En 1917 Leveuf, qui rapporte cette communication avait déjà, à l'armée d'Orient, montré les avantages bien connus depuis Ollier de l'immobilisation plâtrée. La guerre d'Espagne a permis à Trueta de remettre à l'ordre du jour ce mode thérapeutique.

Actuellement l'expérience nombreuse de la guerre a incité les Anglais et les Américains à recourir à l'emploi quasi systématique de l'immobilisation plâtrée des plaies de guerre, sous certaines conditions indispensables :

Aucune suture cutanée ni aponévrotique ;

La plaie est recouverte de compresses vaselinées ;

Les membres plâtrés doivent être surélevés, pour éviter à la fois stase lymphatique et œdèmes.

Ensuite le plâtre sera, suivant la courbe thermique soit laissé en place, soit enlevé:

La récupération fonctionnelle est certainement, avec cette méthode, très supérieure à ce qu'elle était autrefois.

Il y a donc là, d'après M. Leveuf, l'emploi, sur des bases élargies, d'une méthode ancienne, due à des chirurgiens français, et dont l'excellence n'est plus à démontrer.

Hernie obturatrice, irréductible et douloureuse et coxarthrie. — Tentant une névrotomie du nerf obturateur chez un homme âgé atteint de coxarthrie douloureuse, M. **Caraven** (Amiens) constata l'existence d'une hernie obturatrice dont il put faire la cure. La névralgie disparut. L'auteur se demande si, dans certains cas, les douleurs observées dans le territoire du nerf obturateur chez des malades atteints de coxarthrie, n'ont pas pour origine une hernie obturatrice méconnue. Il est à noter que dans le cas rapporté, la coxarthrie, surtout douloureuse, ne s'accompagnait pas d'une très grande limitation des mouvements.

— M. **S. Blondin** rappelle que des observations récemment publiées par Lortat-Jacob de hernies obturatrices étranglées, concernaient des malades atteints également de coxarthries.

— M. **Padovani** relate qu'au cours de 40 névrotomies du nerf obturateur dans des cas indiscutables

1. Le mode de publication tardif des *C. R. de l'Académie des Sciences* no nous permet pas de donner plus rapidement le résumé des séances de cette Académie.

e coxarthrie, il n'a jamais constaté l'existence d'une ernie obturatrice.

Traitement de la lithiase cholédocienne. — MM. énèque et **Roux** ont colligé les cas opérés dans le ervice du Prof. Cunéo et leurs propres observations.

Sur un total de 30 cas, la mortalité globale a été de 3 pour 100.

La résistance particulière de chaque opéré leur paraît xpliquer les résultats qui diffèrent, selon que l'on a fait me dérivation externe préalable, une cholédocotomie, u une cholédoco-duodénostomie.

En principe les malades apyrétiques et anictériques ont lonné toujours des succès, mais il n'est pas aisé de amener les ictériques fébriles et les angiocholitiques à 'état opératoire optimum, souvent la main est forcée our une intervention dans des conditions moins favoables.

Les auteurs envisagent ensuite les techniques proosées, leur acquiescement va aux techniques en plusieurs temps : dérivation biliaire préalable qui permet me cholangiographie ou une étude manométrique des voies biliaires, tout en préparant des malades à l'opération ; puis intervention d'exérèse des calculs suivie d'un lrainage externe, ou plus rarement interne.

La cholédoco-duodénostomie semble utilisable, non pas pour les sujets gravement atteints dans leur fonction hépatique, mais pour certains malades chez lesquels les conditions anatomiques d'une bonne anastomose interne sont réalisées.

Parmi les examens pré-opératoires l'épreuve de la galactosurie provoquée semble la plus démonstrative de l'état du parenchyme hépatique. Il est rare que les radiographies montrent la présence d'un calcul cholédocien.

La mort survient soit par persistance de l'angiocholite, soit par des phénomènes de shock en hypothermie ou en hyperthermie.

Trois cas de résection du côlon pelvien avec rétablissement immédiat de la continuité par anastomose sur drain. — M. **d'Allaines** rapporte deux observations de M. **Mazingarbe** et de M. **Barraya**. Ces auteurs ont réalisé des anastomoses sur drain, selon la technique de d'Allaines, avec d'excellents résultats.

Dans les deux premiers cas, une dérivation par anus fut faite avant l'anastomose ; c'est la technique que préconise M. d'Allaines.

L'opération, ainsi conduite, présente un avantage incontestable sur l'opération d'Hartmann. Pour une même étendue d'exérèse, l'absence d'anus artificiel permanent est un progrès certain.

— M. **Hepp**, a refait chez un malade, déjà traité selon le procédé de Hartmann, une suture secondaire colo-rectale sur drain, avec succès.

L'Académie présente deux motions : l'une a trait à la création de centres de rééducation orthopédique et de soins post-opératoires chez les blessés civils et militaires, l'autre est un message de remerciement aux chirurgiens de l'armée pour leur dévouement aux blessés militaires.

JEAN CALVET.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

27 Avril 1945.

Maladie de Paget et carence calcique. — MM. **S. de Sèze** et **Cl. Durand** estiment que les douleurs des pagétiques qui se présentent actuellement en grand nombre à leur consultation de rhumatologie, n'ont pas toutes la même signification. Les unes sont liées au processus pagétique lui-même ; le traitement par le calcium et la vitamine D ne les soulage que faiblement et très inconstamment ; les autres sont en rapport avec une décalcification du squelette par carence calcique d'apport, liée à la sous-alimentation habituelle : ces douleurs sont guéries complètement par le calcium et la vitamine D donnés à doses fortes et suffisamment prolongées.

Il est difficile de reconnaître avec certitude si les douleurs d'un pagétique sont liées à la maladie osseuse ellemême ou à une carence calcique douloureuse surajoutée. L'enquête sur le régime alimentaire, l'analyse des douleurs, les signes radiologiques, ne donnent à cet égard que des indices de présomption. C'est pourquoi les fortes doses de calcium et la vitamine D doivent être prescrites de préférence à tout autre traitement, à tous les pagétiques douloureux observés actuellement.

Les auteurs examinent encore la question de savoir si les sujets atteints de maladie de Paget sont prédisposés, du fait de leur maladie osseuse, à faire des ostéopathies douloureuses décalcifiantes d'origine carentielle, et dans quelle mesure les lésions pagétiques font obstacle au succès du traitement recalcifiant.

— M. **N. Fiessinger** pense que le traitement recalcifiant intensif est de mise chez tous les pagétiques, même quand les conditions d'alimentation sont normales.

— M. **Garcin** souligne les bons résultats du traitement recalcifiant dans les cas de maladie de Paget localisée au crâne, laquelle se traduit par une céphalée intense, des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, en dehors de toute carence appréciable. On constate dans ces cas un lacis artériel très développé de la temporale.

Hémorragie hémophilique continue, arrêtée par le diéthylstilbœstrol après échec des traitements classiques. — MM. **J. Cathala, de Lignières** et **Alison** relatent l'observation d'un garçon de 6 ans, de souche hémophilique, qui présenta une hémorragie continue du rebord alvéolaire supérieur, accompagnée d'une anémie à 2.300.000 globules rouges, qui se montra rebelle à tous les traitements classiques. Au bout de 14 jours l'anémie atteignait 1.600.000 globules. Pensant alors à l'influence heureuse possible des œstrogènes de synthèse chez les hémophiles, on donna du diéthylstilbœstrol. Deux heures après, l'hémorragie était définitivement arrêtée.

Tuberculose miliaire subaiguë laryngo-pulmonaire à précession clinique laryngée. — MM. **E. Bernard** et **J. Delarue** présentent l'observation d'une femme de 52 ans, sans antécédents pathologiques, qui entra dans la maladie par des troubles fonctionnels du larynx. Un examen spécialisé montra des petits nodules disséminés qui firent suspecter une tuberculose miliaire, celle-ci confirmée après biopsie par l'examen histologique. Or, la malade était indemne de tuberculose pulmonaire. La radiographie était normale. Mais un mois plus tard, un nouveau film montra un aspect granité des deux champs pulmonaires, aspect qui se confirma et s'accentua sur les documents suivants. Évolution subaiguë en 5 mois vers la mort.

Le temps pendant lequel on aura pu croire à une tuberculose solitaire du larynx aura été de courte durée. Il y a eu précession clinique. Mais y a-t-il eu précession anatomique ? Cela n'est pas certain car les petites lésions miliaires du poumon peuvent être au début infra-visibles. Cette observation permet de souligner une fois de plus que la tuberculose laryngée initiale, et en apparence isolée, ne constitue qu'un élément de la tuberculose laryngo-pulmonaire. Cela est vrai, non seulement pour les formes chroniques classiques, mais aussi dans les évolutions miliaires, celles-ci beaucoup moins fréquentes.

Au point de vue histologique, les auteurs insistent sur la similitude des lésions des poumons et du larynx. Ce sont les mêmes foyers folliculaires, exsudatifs et intermédiaires, associés en proportion semblable avec des dimensions à peu près identiques, avec des tendances égales à la nécrose suppurative et à l'ulcération. Cette résonance lésionnelle traduit sans doute une synergie réactionnelle dont la cause intime échappe encore, mais qui est riche de sens.

P.-L. MARIE.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

28 Avril 1945.

Influence des sucres sur l'excitation du cœur par la caféine. — Mme **B. Chauchard, M. P. Chauchard,** Mme **H. Mazoué** et **M. R. Lecoq** montrent par de nouvelles déterminations chronaxiques pratiquées sur le rat que les effets du curieux antagonisme physiologique sucre-caféine s'exercent sur le cœur et sur les centres nerveux, aussi bien dans le cas des injections uniques que répétées. Il semble que les sucres agissent soit en empêchant la fixation de la caféine dans les cellules, soit en insensibilisant celles-ci.

Augmentation de l'action thérapeutique de la pénicilline dans diverses infections expérimentales de la souris. — M. **Cosar** montre qu'en utilisant comme véhicule des injections de pénicilline, une solution aqueuse à 20 pour 100 de polyvinyl pyrrolidone, additionnée de sels minéraux, on obtient dans le traitement de péritonites à staphylocoques et à pneumocoques de la souris des survies très supérieures à celles observées avec des solutions en sérum physiologique.

Les dosages de la pénicilline dans le sang et l'urine de la souris indiquent que l'amélioration est conditionnée par une rétention de ce corps.

Propriétés neutralisantes de l'antipénicilline (pénicillinase) « in vitro ». — MM. **C. Levaditi, A. Vaisman** et **R. Pérault.** Le fait que certaines bactéries partiellement résistantes à l'effet antibiotique de la pénicilline *in vitro*, élaborent l'antipénicilline (pénicillinase), est parfaitement démontré à l'heure actuelle. L'antipénicilline, élaborée par le *Bacterium coli* est capable d'exercer son activité neutralisante à l'égard de la pénicilline et en présence du staphylocoque doré, non seulement *in vitro*, mais encore dans l'organisme vivant.

Infection colibacillaire expérimentale guérissable par la pénicilline. — MM. **C. Levaditi** et **A. Vaisman.** Le *Bacterium coli* est classé parmi les bactéries Gram-négatives relativement résistantes à l'influence antibiotique de la pénicilline *in vitro*. Cette invulnérabilité relative du *B. coli* est attribuable à l'antipénicilline (pénicillinase) qu'il élabore. Or, il nous a été donné de constater que parmi diverses souches de *B. coli*, il en existe une (souche Star) qui, tout en étant capable de provoquer la mort de la souris à des doses très faibles en présence de mucine, se révèle particulièrement sensible à l'action bactériologique de la pénicilline *in vivo*.

Action stérilisante et effet préventif du 4-hydroxy-3-amino-phényldichlorarsine dans la syphilis expérimentale du lapin. — MM. **C. Levaditi** et **H. Noury.** Le 4-hydroxy-3-amino-phényldichlorarsine (4.000 M) suspendu dans l'huile d'olives stérilisée et administré, par voie intramusculaire, à des lapins porteurs de syphilomes scrotaux (souche Gand), à la dose de 5 à 10 *mg.* par kilogramme, exerce un effet curatif généralement satisfaisant. La prévention se manifeste chez 80 pour 100 des lapins en expérience, et cela, tant du point de vue symptomatique, qu'en ce qui concerne la stérilisation profonde. L'activité prophylactique semble être bien plus effective lorsque le médicament est utilisé pendant la période d'incubation de la syphilis, alors que les tréponèmes sont en voie de multiplication active, que tout au début, pendant la phase d'adaptation du spirochète.

Relations entre les taux d'acide ascorbique du liquide céphalo-rachidien et du sang. — MM. **H. Gounelle** et **A. Vallette.** Sans qu'il y ait de parallélisme strict entre l'ascorbémie et le taux rachidien de la vitamine C, on observe cependant du point de vue statistique une variation de même sens pour ces deux éléments. Le liquide céphalo-rachidien atteint plus vite que le sang le maximum correspondant à la saturation. Le taux rachidien de vitamine C n'est pas influencé par les réactions pathologiques rachidiennes. Selon l'état de vitaminisation de l'organisme, le taux rachidien varie environ de 8 à 24 *mg.* pour 1.000.

L'électro-encéphalogramme dans l'intoxication oxycarbonée. — MM. **H. Fischgold, J. de Ajuriaguerra** et **Rouault de la Vigne** ont examiné par E E G. 9 malades atteints d'intoxication oxycarbonée à des moments différents par rapport à l'accident initial.

Le premier groupe comprend 2 cas relativement légers. Dans les 2 cas, on a constaté 24 heures après l'intoxication des altérations nettes consistant en ondes lentes isolées ; ces altérations s'atténuèrent au fur et à mesure que l'on s'éloignait du moment de l'accident.

Le deuxième groupe comprend 4 malades enregistrés en pleine période confusionnelle. Ces 4 malades présentèrent des tracés anormaux. Trois d'entre eux évoluèrent vers la guérison et le tracé E E G se normalisa à son tour, avec, d'ailleurs, un certain retard par rapport aux phénomènes cliniques.

Enfin un dernier groupe comprend 3 cas de démence oxycarbonée dont le tracé fut pris 2, 4 et 10 mois après l'intoxication. En dépit de l'importance des modifications morphologiques mises en évidence par la ventriculographie, le tracé E E G de ces 2 malades ainsi que celui du 3e demeura normal.

Les auteurs envisagent ainsi le cycle probable des perturbations électro-cérébrales dans l'intoxication oxycarbonée : les altérations électriques sont précoces et disparaissent en peu de jours chez les intoxiqués sans complications cérébrales ; elles persistent pendant des semaines chez les malades faisant des états confusionnels. Que cet état confusionnel évolue vers la démence ou vers la guérison complète, l'E E G finit toujours par reprendre son allure normale.

A. ESCALIER.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE BIOLOGIE CLINIQUE

22 Mars 1945.

L'interprétation actuelle des données fournies par le chimisme gastrique. — M. **Lambling** expose que le tubage gastrique, à condition de permettre l'extraction d'un suc gastrique pur (histamine) et de la totalité de la sécrétion émise pendant l'épreuve, apporte sur le comportement de l'estomac des renseignements qu'aucun autre examen ne peut fournir. Les dosages permettent de mesurer, par un chiffre précis de débit chlorhydrique, le fonctionnement de la glande gastrique et d'isoler à côté des hypochlorhydries des syndromes d'hypersécrétion volumétriques ou horaires, qui, bien plus que les hyperchlorhydries de concentration, correspondent à des faits cliniques. Par ailleurs, la notion d'une acidité potentielle doit remplacer les dénominations anciennes d'acidité de fermentation et d'acidité combinée. Les variations de cette acidité, qui traduisent en réalité celle du « pouvoir tampon », semblent devoir nous renseigner sur des modifications de composition du suc gastrique, soit en raison d'un processus inflammatoire, soit du fait d'un reflux dans l'estomac des sucs digestifs alcalins. Enfin le reflux des sécrétions duodéno-pancréatico-biliaires dans l'estomac, loin d'être un phénomène physiologique, entraîne souvent, au contraire, une hypochlorhydrie, voire même une anachlorhydrie non par neutralisation chimique de l'acidité gastrique, mais en « tamponnant » l'acidité libre ou, plus souvent, en altérant les glandes gastriques par un processus inflammatoire que la gastroscopie met facilement en évidence.

Les glycoprotéides des liquides pleuraux, le sucre protéidique et l'indice chromique. — MM. **Polonovski, Broder, Boussillon** et **Carot** ont étudié les liquides pleuraux d'origines diverses et concluent que les liquides pleuraux d'origine tuberculeuse se caractérisent par un chiffre élevé du sucre protéidique de 1 à 3 *g.*, un taux élevé d'albumine de 50 à 85 *g.* et un indice chromique également élevé. Les transsudats ne présentent pas ces particularités.

Intérêt du dosage des bases minérales fixes totales dans les liquides de l'organisme. — M. **Chatron** estime que le dosage des bases minérales fixes totales dans les liquides de l'organisme présente un intérêt de contrôle, quant à l'exactitude des différents ions, lorsqu'on établit un bilan acido-basique.

Les liquides étant isotoniques, le taux de leurs bases est remarquablement fixe.

Intoxication par les feuilles de rhubarbe, diagnostiquée à la suite d'une recherche de sang dans les urines. — M. **Degrenne** a observé 2 malades qui ont évacué des urines rouges à la suite d'ingestion de confitures de rhubarbe. Les urines des malades ne contenaient ni hématies, ni hémoglobine.

— M. **Cuny** fait observer que si le biologiste avait acidifié les urines la coloration rouge aurait disparu.

Les fausses hématuries rappellent celles déjà signalées en 1942 par Küss et L. Durupt et observées depuis quelques années si couramment à la suite d'ingestion de betteraves rouges.

Un staphylocoque rouge isolé d'un pus de trompe utérine. — M. **Schuster** a isolé d'un pus de salpingite un staphylocoque rouge qui présente tous les caractères de culture du staphylocoque doré. Il a pu observer que la pigmentation rouge ne présentait pas une homogénéité parfaite et que les repiquages pouvaient donner des colonies de variétés différentes.

A. DURUPT.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE

18 Mars 1945.

Cas de dissociation auriculo-ventriculaire complète à la suite d'éclat d'obus intracardiaque. — MM. **Leblanc** et **Israël** rapportent le cas d'un jeune parachutiste blessé par éclat d'obus intracardiaque. A la suite de la blessure, un pouls lent s'est installé. Sujet à variations, il s'est ensuite fixé autour de 48 par minute

L'électrocardiogramme montre une dissociation auriculo-ventriculaire complète. Le phono-cardiogramme montre, non pas un éclat intermittent, mais une extinction intermittente du 1er bruit en période d'apnée.

Périodes de Luciani-Wenckebach à partir d'un paracentre auriculaire. — **M. J.-M. Boivin** (Tours) relate un cas de périodes de Luciani-Wenckebach chez un sujet émotif, grand neurotonique, qui déclenche par hypervagotonie de décubitus ou respiratoire des périodes de Luciani-Wenckebach. Le début de la série est marqué par l'inversion de l'onde P. ; sa fin par une oreillette bloquée. Le rythme sinusal reprend avec un P. positif. On discute sur le fait suivant : l'intervention du paracentre commande-t-elle la série des périodes ? La vagotonie est-elle responsable de la mise en jeu de ce deuxième centre auriculaire ? Le traitement habituel de la neurotonie fait disparaître en quelques semaines ce trouble du rythme. L'examen objectif est strictement normal.

Considérations physiopathologiques et thérapeutiques sur la péricardite constrictive. — **MM. P. Soulié** et **J.-R. Sicot** rapportent trois nouveaux cas de péricardite constrictive dont deux opérés. Leurs conclusions sont les suivantes : 1° Le galop post-systolique des péricardites symphysaires calcifiées ou non varie dans sa chronologie : il peut être isodiastolique, ou protodiastolique. Son intensité est parfois telle qu'on le prendrait pour un claquement de fermeture de la mitrale et seule la phonocardiographie rétablit l'ordre exact des trois bruits perçus ; la pression veineuse est toujours fortement augmentée et la mensuration de la pression intraventriculaire droite (technique de J. Lenègre et Maurice), la montre trois fois plus accentuée que normalement ; la radiographie apporte un argument capital pour ou contre l'intervention : il ne peut y avoir péricardite constrictive (calcifiée ou non) que si le cœur est de volume petit ou normal. Toute péricardite calcifiante avec gros cœur est une symphyse calcifiée et non une péricardite constrictive. Seule cette dernière relève de l'intervention.

Angine de poitrine et acrocyanose compliquée de syndrome de Raynaud dues à un projectile dans le médiastin. — **MM. Ed. Doumer, P. Decoulx** et **J. Merlen** apportent l'observation d'un blessé de poitrine de 42 ans portant un éclat métallique dans le médiastin au contact du tronc de l'artère pulmonaire, qui souffre, depuis sa blessure d'un syndrome angineux d'abord provoqué par le décubitus, puis devenu de l'angor d'effort typique, et présente aussi depuis lors de l'acrocyanose bilatérale compliquée de crises de syncope locale et d'acro-asphyxie de type Raynaud. Plusieurs infiltrations stellaires puis une stellectomie gauche ont considérablement amélioré le syndrome angineux, atténué l'acrocyanose et fait disparaître les crises vaso-motrices.

Les techniques vectographiques. — **M. G. Minot**, après avoir rappelé les fondements physiques et géométriques sur lesquels se pose la vectographie, passe successivement en revue les différentes techniques utilisées jusqu'à ce jour.

Il apparaît selon de nombreuses recherches poursuivies depuis plusieurs années, que la solution réside dans l'emploi de 2 oscillographes à miroir reliés aux amplificateurs correspondant à deux dérivations périphériques (par exemple II et III) d'un électrocardiographe à 3 dérivations simultanées.

Le vectogramme qui est une traduction géométrique *rigoureuse* des tracés recueillis dans les dérivations périphériques classiques n'apporte *aucun* élément biologique *nouveau*. Il est toutefois une image assez approchée du développement du potentiel électrique dans le muscle cardiaque, et facilite ainsi la compréhension de l'électrocardiogramme spécialement lorsqu'il s'agit de particularités directionnelles.

Un cas de dilatation congénitale de l'artère pulmonaire avec petite aorte et communication interauriculaire. — **M. P. Chassagne** a pu étudier l'aspect anatomique de cette malformation dont les signes cliniques, radiologiques et électrocardiographiques étaient très caractéristiques. La circonférence de l'orifice pulmonaire était de 12 *cm.*, celle de l'orifice aortique de 4 *cm*, la dilatation du système artériel pulmonaire se poursuivait jusqu'aux plus petites branches. Il n'a été noté ni signes d'artérite, ni thromboses. La communication inter-auriculaire siégeait à la partie postéro-supérieure de la cloison.

A propos de l'action anti-coagulante de la méthylène bis hydroxycoumarine. — **M. Y. Bouvrain.** Le but de cette étude a été de chercher à savoir si on peut contrôler efficacement l'action de la méthylène bis hydroxicoumarine (MBHC) par la mesure du temps de coagulation. Les doses employées ont été de 400 *mg.* un jour sur deux, pendant 8 à 10 jours. Dans une première série de six oservations, il ne se produisit aucun incident ; le produit fut parfaitement toléré. Le temps de coagulation fut doublé ou triplé dans 4 cas, peu modifié dans 2 cas. Dans une deuxième série de 5 observations, on utilisa un produit préparé par un procédé de synthèse différent. Sans qu'il ait été possible de mettre en évidence une différence dans la composition de la drogue, il se produisit des accidents hémorragiques sérieux, que l'étude du temps de coagulation ne permit pas de prévoir. Dans 2 cas, de grosses hématuries se produisirent, rendant la transfusion nécessaire : chez l'une de ces malades, on observa, en outre, des ecchymoses multiples avec signe du lacet positif. Un malade eut, plusieurs jours après l'arrêt du traitement, une énorme épistaxis, avec forte hémoptysie ; on dut également recourir à la transfusion. Enfin, une hémorragie intrapéritonéale entraîna la mort d'une malade atteinte d'infarctus mésentérique méconnu.

— **M. Facquet** fait remarquer que les hémorragies, danger principal de la thérapeutique anticoagulante par la dicoumarine, seront vraisemblablement plus rares quand la posologie sera mieux réglée. La répétition des doses prédispose aux hémorragies. D'après les recherches faites avec R. Sassier, le meilleur mode d'administration paraît consister à donner une dose initiale assez forte de 0 *g.* 80 qui provoque une chute importante de la prothrombinémie et de la coagulabilité sanguine, se poursuivant pendant 7 jours et souvent davantage. Ultérieurement, quand la prothrombinémie se relèvera au-dessus de 30 pour 100, une nouvelle dose, plus faible, sera administrée.

Etude radiokymographique de la cinétique du bord droit du cœur (oreillette droite) chez le sujet normal. — **M. R. Heim de Balsac** étudie la cinétique du bord droit du cœur sur une série de 115 sujets normaux. Ce contour qui correspond à l'oreillette droite, présente des battements résultant en proportions variables d'un « entraînement ventriculaire » et de la contraction auriculaire propre. Il décrit les types observés et établit les caractères des battements de l'oreillette. L'observation de la contraction auriculaire au cours des dissociations auriculo-ventriculaires corrobore son interprétation.

Sténose mitrale et persistante du trou de Botal. — **MM. Roques, de Brux** et **Bollinelli.** Observation d'un malade de 48 ans n'ayant présenté cliniquement qu'un rétrécissement mitral, compliqué d'embolies. La vérification anatomique révéla l'existence d'un trou de Botal largement ouvert, ce qui explique l'absence de dyspnée, de cyanose et de toute asystolie périphérique. Les auteurs pensent que la sténose mitrale, congénitale, empêcha l'occlusion de la cloison inter-auriculaire.

Le terrain d'élection de la dérivation précordiale D IV F. — **MM. Lian, Facquet** et **Chadoutaud**, analysant 310 électro-cardiogrammes recueillis chez des angineux, soulignent l'opposition qui existe entre la fréquence des déformations de la dérivation précordiale D IV F dans les tracés comportant un T 1 négatif et leur rareté dans les tracés montrant un T 3 négatif. La proportion est de 80 pour 100 pour le type T 1 et de 15 pour 100 pour le type T 3.

Le circuit électrocardiographique D IV. — **MM. Lian, Facquet, J.-J. Welti** et **Chadoutaud** pensent qu'un facteur important dans la différence des résultats fournis par la dérivation D IV F réside dans l'emplacement respectif de l'électrode exploratrice et de la zone d'ischémie d'origine coronarienne. En effet, dans D IV F l'électrode exploratrice est apexienne, or, les déformations des tracés sont fréquentes dans le type T 1 négatif correspondant à une ischémie coronarienne apexienne, et rare dans le type T 3 négatif correspondant assez souvent à une ischémie coronarienne à siège postéro-inférieur. Dans le but d'accroître la fréquence des déformations des dérivations thoraciques dans le type t 3 négatif, Lian et ses collaborateurs ont employé une électrode exploratrice latéro-vertébrale gauche reliée à la jambe gauche. Ainsi les dérivations thoraciques deviennent pathologiques dans 40 pour 100 des cas de type T 3, au lieu de 20 pour 100 avec D IV F seul. Ils réalisent donc ainsi un circuit triangulaire sagittal à trois électrodes : apexienne, dorsale, jambière. Pointe-dos correspond à D I, dos-jambe à D 2, pointe-jambe à D 3. Dans ce circuit pointe-dos (D IV) et pointe-jambe (D IV F) sont deux tracés en miroir, mais avec une amplitude différente qui rend tantôt l'un, tantôt l'autre plus expressif. Ainsi les trois dérivations du circuit D IV sont intéressantes comme le sont les trois dérivations du circuit périphérique standard (bras gauche, bras droit, jambe gauche).

Traitement du rétrécissement mitral œdémateux. — **M. P. Mériel** (Toulouse).

R. BOUCOMONT.

SOCIÉTÉ DE GASTRO-ENTÉROLOGIE DE PARIS

12 Mars 1945.

Note à propos du traitement de l'ulcère gastroduodénal. — **M. J. Savignac** indique d'abord ce qu'il considère comme le meilleur traitement de l'ulcère : régime, repos, cure bismuthée. Sur 440 ulcères, il en retient 314 qu'il a pu suivre pendant une longue période : 92 durent être opérés, 38 guérirent. 184 ulcéreux sont actuellement bien portants et ne souffrent plus de leur ulcère à condition qu'ils suivent une vie régulière et ne fassent pas d'écarts de régime fréquents ou prolongés. L'auteur ne fait opérer les ulcères que lorsque le traitement médical échoue. Pour lui la gastrectomie est une intervention dont la mortalité opératoire (17 pour 100) n'est pas négligeable. Il a observé dans 2 pour 100 des cas la transformation néoplasique de l'ulcère.

— **M. Hillemand** pense que la mortalité opératoire des gastrectomies est fonction de la qualité du chirurgien.

— **M. Gutmann** critique le traitement de l'ulcère tel qu'il est indiqué par J. Savignac. Il ne conseille presque jamais le repos ou un régime spécial à ses ulcéreux. En outre, il distingue le traitement de la poussée ulcéreuse, de celui de l'ulcère proprement dit. La protéinothérapie semble avoir une action nette sur la maladie ulcéreuse. La transformation de l'ulcère en cancer s'observe plus souvent qu'il ne ressort de la statistique de Savignac, car il faut distinguer nettement à ce point de vue l'ulcère gastrique, de l'ulcère duodénal qui, lui ne se transforme jamais.

— **M. Moutier** rappelle le traitement des ulcères par le bromure-atropiné qui lui donne toute satisfaction.

Le repos semble avoir plus d'intérêt dans la cure de l'ulcère que le régime.

— **M. Lambling** pense que les 2 variétés d'ulcère réagissent différemment au repos. Celui-ci n'a aucune influence sur l'ulcère duodénal alors que l'ulcère gastrique est heureusement influencé par le repos et le régime ; c'est d'ailleurs là un moyen qui permet de dépister les niches suspectes du cancer.

— **M. Gutmann** oppose à ce qui précède qu'il a toujours vu les niches géantes de la petite courbure guérir sans régime particulier ni repos.

A propos du traitement chirurgical des ulcères calleux géants des faces de l'estomac. — **M. Petit-Dutaillis** après avoir rappelé les facteurs qui, dans ces cas, rendent particulièrement difficile la technique de la gastrectomie, et grèvent la mortalité opératoire, conseille une opération en deux temps. Le 1er temps qui permet de mettre l'ulcère au repos tout en réalimentant le malade consiste en une gastrostomie antrale transpylorique avec mise en place d'une sonde allant dans le duodénum et même jusqu'au jéjunum et par laquelle on alimente le malade, soit en goutte à goutte, soit autrement. Le 2e temps qui peut avoir lieu après un temps variable est la gastrectomie. Cette intervention est rendue beaucoup plus facile que la première, puisque, dans l'observation qu'il rapporte elle permit la cicatrisation des lésions. Un autre avantage de cette façon de procéder c'est qu'elle permet, lorsqu'on observe l'amélioration des lésions, d'éliminer le diagnostic du cancer.

— **M. Charrier** pense que ce procédé en deux temps peut être appliqué également à certains cas d'ulcères de la petite courbure lorsqu'on doit les opérer « à chaud » et particulièrement lorsque existent des douleurs et une défense locale persistantes, un certain degré de fièvre et une hyperleucocytose que l'on n'arrive pas à faire diminuer.

Injections sclérosantes basses superficielles et prolapsus localisés. — **MM. A. Lambling** et **J. Soullard**, préconisent l'injection sclérosante faite non plus à la limite supérieure des hémorroïdes, dans la sous-muqueuse mais *plus superficiellement dans l'épaisseur de la muqueuse et plus bas dans la zone hémorroïdaire plissée* non turgescente mais volontiers procidente. On injecte 1 cm^3 toutes les 2 ou 3 semaines, alterné avec les sclérosantes normales. Il se produit le plus souvent une petite escarre, limitée, pas douloureuse, ne donnant pas lieu à une hémorragie ultérieure, ni à aucun autre incident.

On crée ainsi un « clou de sclérose » fixant le territoire muqueux capable de se prolaber à la défécation.

— **M. Hillemand** a renoncé à cette technique, depuis qu'il a observé une fois un accident hémorragique important.

— **M. Savignac** demande des éclaircissements sur le rythme des injections, l'importance de la douleur qui suit l'injection.

— **M. Rachet** dit que seules les injections sclérosantes faites trop haut risquent de donner des escarres graves.

L'épreuve de kinésie biliaire provoquée. — **MM. A. Bergeret, A. Varay, J. Gottet** et **Mlle Gilles** utilisent pour cette épreuve le déhydrocholate de soude ou le cholalate de soude. Après injection intraveineuse de l'un de ces deux produits, la radiomanométrie biliaire donne normalement les résultats suivants : hypertension biliaire transitoire à laquelle fait suite brusquement une hypotension due à l'ouverture du spincter d'Oddi et qui dure environ 1/4 d'heure. A ceci s'ajoute une augmentation du volume de la vésicule, un déroulement du cystique. Il se fait un passage du liquide opaque dans le duodénum qui a un aspect atonique, avec plis disposés horizontalement. Cette épreuve permet ainsi de vérifier la synergie qui existe entre le sphincter d'Oddi et la paroi duodénale ; elle donne bien plus de renseignements que la simple manométrie biliaire.

— **M. Caroli** reconnaît les avantages de cette méthode et souligne l'action du déhydrocholate de soude sur le sphincter d'Oddi.

Guérison d'un cas de mégaduodénum après section du splanchnique. — **M. Servelle. H. Hillemand,** rapporteur, après avoir indiqué l'observation de la malade, présente des clichés qui montrent nettement le retour à la normale du calibre duodénal après la splanchnicectomie.

A propos du diagnostic des tumeurs pédiculées de l'estomac. — **MM. Hillemand** et **Porcher** par l'observation qu'ils rapportent montrent combien il faut être réservé en faisant le diagnostic de tumeur bénigne à propos d'une tumeur pédiculée gastrique. Les clichés étaient ceux d'une tumeur pédiculée bénigne, mais l'examen histologique montrait la nature épithéliomateuse de la tumeur.

— **M. Gutman** rappelle alors que l'expression de tumeur bénigne veut dire, dans ce cas, aspect radiologique de tumeur bénigne.

J.-M. GORSE.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS

17 Mars.

Trois cas d'affections oculaires traitées par les verres de contact. — **MM. Onfray, Marmier** et **Dubragne** présentent 3 cas de malades corrigés par des verres de contact. La première est une femme de 32 ans atteinte de kératocône. Opérée dans l'enfance par cautérisation du sommet du cône et iridectomie, elle n'avait pas néanmoins une acuité supérieure à 1/10 et ne pouvait lire. Les verres de contact qu'elle tolère 12 heures par jour lui donnent une acuité de 5/10 et la possibilité de lire. La seconde, femme de 60 ans qui avait des kératocônes depuis l'enfance, a été opérée de cataracte aux deux yeux par extraction de cristallin. Elle a, grâce aux

verres de contact, une acuité de 4/10 et peut lire : elle tolère le verre toute la journée. La troisième est une jeune fille hypermétrope de + 2,50 qui a un strabisme convergent de 12 à 15° quand elle ne porte pas sa correction optique, mais ne louche pas derrière ses verres. Le port de verres de contact dans un but purement esthétique produit le même redressement des globes en supprimant l'effort accommodatif : Vision D. G. = 8/10.

Premiers résultats sur la vision des injections rétro-bulbaires de benzyl-imidazoline dans certaines affections du fond de l'œil. — MM. **Guillaumat, Hoang-Xuan-Man** et **J.-P. Bailliart.** La benzyl-imidazoline exerce électivement une vaso-dilatation sur les capillaires et les artérioles respectant les grosses branches. Employée par voie buccale, intramusculaire ou rétro-bulbaire : dans cette dernière technique, la solution est employée tiède à la dose de 10 *mg.* dilués dans 1/2 ou 1 *cm*³, mais cette solution diluée est plus douloureuse que la solution pure maintenant employée. En dehors d'une inconstante mydriase et d'une sensation de chaleur, l'injection est fort bien supportée. Dans 10 cas de glaucome, 9 fois la vision centrale est améliorée alors que le champ visuel n'est élargi que chez deux d'entre eux. La tension oculaire a baissé inconstamment et modérément dans les jours qui ont suivi. L'acuité et le champ visuel ont été améliorés chez 2 malades atteints de rétinite pigmentaire (sur 4 traités). Quinze résultats favorables ont été notés, sur 21 cas de lésions lacunaires séniles, et une même proportion dans la dégénérescence maculaire juvénile ou les chorio-rétinites. Une atrophie optique (d'origine arsenicale toxique) a vu son acuité passer de 7/10 à 9/10. Les améliorations ont été nulles ou presque dans les embolies de l'artère centrale ou les thromboses veineuses rétiniennes.

L'ophtalmoscope ne décèle aucune modification objective de la rétine ni de ses vaisseaux : la tension artérielle rétinienne en particulier reste inchangée.

— M. **Dollfus** confirme l'action très favorable de la benzyl-imidazoline dans les troubles vasculaires rétiniens employée pure ou associée à l'acétylcholine. Mais de nouvelles expériences sont nécessaires pour éprouver la valeur de cette thérapeutique.

— M. **Jean-Gallois** a eu l'impression que l'action de la benzyl-imidazoline était plus nuancée et plus douce que celle de l'acide nicotinique. Les cas défavorables relatés de même que ceux qu'il a constatés avec l'acide nicotinique montrent que les réactions personnelles des malades ont une grande importance et que les vaso-dilatateurs, même à action prédominante sur les capillaires et même à doses modérées, ne doivent pas être employés sans contrôle.

Action de la vitamine P dans un cas de glaucome secondaire à une irido-choroïdite. — MM. **Jean-Gallois** et **J. Lavollay** ont essayé de modifier le régime du liquide interstitiel de l'œil glaucomateux en agissant sur la perméabilité capillaire, par l'emploi de substances douées de l'activité vitaminique P : esculoside à 0 *g.* 10 *per os* et mélange d'épières de la catéchine droite, en solution à 2,5 pour 1.000 en injections. Dans le cas le plus typique des 8 malades qu'ils ont ainsi traités, ils ont constaté au début du traitement une légère remontée d'acuité visuelle avec l'esculoside ; plus tard, avec l'épicatéchine, un abaissement de la tension oculaire de 60 à 50 *mm.* une heure après injection intraveineuse, et ultérieurement, un abaissement de 55 à 40, après 4 injections intramusculaires. Un résultat particulièrement favorable a été constaté dans 1 cas de glaucome hémorragique chez un diabétique.

Action de l'acide nicotinique poursuivie 7 mois dans un cas de myopie forte. — M. **Jean-Gallois** a obtenu des résultats favorables dans 8 cas, sur 9, de myopie forte avec choroïdose. En particulier, chez une myope de 25 ans, l'acuité visuelle a été doublée dès le début du traitement *per os* (0 *g.* 04 puis 0,02, trois fois par semaine) et les résultats se sont maintenus et légèrement améliorés encore, après 7 mois de ce traitement régulièrement poursuivi.

Les réactions générale et locale doivent être surveillées de très près, et il est à déconseiller de tenter le traitement chez les myopes qui ont présenté une poussée évolutive récente, comme le montre l'observation du 9e malade.

L. Guillaumat.

SOCIÉTÉS DE PROVINCE

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE BORDEAUX ET DU SUD-OUEST

8 Février 1945.

Tumeur de la vessie traitée par radiothérapie de contact. Examen après 18 mois. — MM. **Darget** et **H. Duvergey.** Observation d'un malade atteint de néoplasme de la vessie et traité par radiothérapie de contact après cystostomie et abrasion de la tumeur en partie au bistouri électrique. Méthode nouvelle limitée à des tumeurs dont le diamètre ne dépasse pas 2 *cm.* et dont les dimensions en profondeur n'excèdent pas 4 *cm.*, d'où nécessité de réduire auparavant les tumeurs plus importantes. Le résultat remonte actuellement à 18 mois et la guérison apparente se maintient.

Difficulté du choix de l'opération sympathique nécessaire et suffisante dans les troubles trophiques d'origine artérielle. — MM. **Charbonnel** et **Darmaillacq.** A propos d'une artérite chez un homme de 35 ans, les auteurs notent qu'une sympathectomie iliaque externe réussit là où avaient échoué une résection lombaire haute et une sympathectomie fémorale, associées à des injections intra-artérielles de novocaïne. Peut-être eût-il été préférable d'intervenir sur les petites artères, près des lésions artériolo-capillaires ? Le hasard préside encore au choix des interventions successives et il est empirique d'additionner sans ordre ces interventions au lieu d'aller d'emblée à celle qui conviendrait, diminuant les ennuis au patient.

Deux cas d'ostéomyélite chronique primitive de l'adulte. — MM. **Rocher, Jeanneney, Magendie** et **Tingaud.**

22 Février.

Infarctus de la vésicule biliaire. — MM. **Jeanneney, Magendie** et **Tingaud.** Un homme de 36 ans est opéré d'urgence pour crise atrocement douloureuse du flanc et de la fosse iliaque droite avec paroxysme faisant penser à une torsion d'organe. Vomissements bilieux et fétides. Arrêt des matières et des gaz, subictère et contracture généralisée avec maximum dans la fosse iliaque droite. On vérifie d'abord la région cæco-appendiculaire qui est normale. On trouve par contre une vésicule turgescente, fixée au foie et non volvulée, contenant un liquide hémorragique aseptique. Cholécystectomie. Guérison.

Examen anatomo-pathologique (Dr Léger) : montre un état angiomateux de toute la paroi vésiculaire qui est infarcie, sans le moindre signe d'inflammation. Les auteurs insistent sur la rareté de ces états angiomateux du tube digestif qui constituent une cause exceptionnelle d'infarctus.

Sur un cas de tumeur inflammatoire du cæcum. — M. **Darmaillacq.** Chez un homme de 52 ans une tumeur du cæcum d'aspect scléro-lipomateux avec ganglions mésentériques est enlevée par hémicolectomie. Guérison. L'existence d'une perforation de la muqueuse et un épaississement des tuniques intestinales permettent de conclure à un ulcère simple du gros intestin, d'autant plus que l'examen histologique ne montre rien de spécifique. Le malade venait d'avoir une série de furoncles et un anthrax, ce qui permet peut-être de confirmer l'hypothèse de Letulle sur l'origine inflammatoire de ces ulcères.

Migration d'un corps étranger intrapéritonéal. — M. **Tingaud.** Sous-lieutenant S..., blessé en Alsace. Plaie épigastrique : 3 mèches placées au contact du pancréas lésé. Malade évacué. Deux mèches seulement sont retirées, la troisième, introuvable, reste dans le péritoine. Elle est évacuée 3 mois 1/2 après sans troubles notables, sauf une légère diarrhée. Ces faits sont bien connus. Néanmoins il convient de noter : 1° la tolérance quasi parfaite du corps étranger dans l'intestin ; 2° la disparition rapide de toute trace des adhérences au lieu de pénétration car, 10 jours après l'émission, aucune modification n'était décelable au lavement opaque.

8 Mars.

Trois cas de gastrectomie totale. — M. **Lefèvre.** Présentation de 3 malades opérés de gastrectomie totale dont 2 pour une récidive sur un moignon d'estomac restant. Ces malades ont guéri cliniquement dans un délai de 8 mois à 2 ans. Ils ont tous repris du poids et exercent une profession souvent pénible. La technique employée a été celle de M. Lefèvre, laparotomie médiane avec résection de l'appendice xiphoïde et technique du sandwich pour anastomoser le grêle à l'œsophage, l'œsophage n'est pas en principe disséqué dans la partie basse du médiastin postérieur.

Sur un cas d'invagination appendiculo-cæcocolique subaiguë de l'adulte. Présentation de pièce. — MM. **Bonnin, Dufour, Lucas** et **Depaulis.** Il s'agissait d'un homme adulte dont l'état, depuis 1 mois 1/2, s'était progressivement aggravé et avait abouti à une véritable occlusion. L'opération d'urgence a dû se terminer par une résection en un temps, à cause de l'importance des lésions : la tête du boudin, formée par le fond du cæcum, était dans le sigmoïde et se trouvait occupée par une masse inflammatoire non tuberculeuse. Décès le 4e jour.

Hystérectomie pour fibrome irradié il y a 10 ans. — MM. **Jeanneney, Magendie** et **Tingaud.** Après une série d'irradiations faites pour méno-métrorragies dans 1 cas d'utérus fibromateux, une malade est restée 12 ans sans hémorragie, puis le saignement a repris à l'âge de 53 ans. Hystérectomie subtotale, l'utérus portait un volumineux polype hémorragique. L'examen anatomo-pathologique a montré un aspect myosarcomateux typique de la partie distale du polype tandis qu'à sa base existait un épithéliome glandulaire cylindrique. Un petit fibrome jeune, du volume d'une noix, était dans la paroi utérine. La radiothérapie, même si elle n'a pas favorisé la dégénérescence néoplasique, n'a pas empêché le développement d'un nouveau fibrome et a laissé à la malade la possibilité de faire un épithélioma du corps utérin.

Transfusion de sang par voie sternale. — M. **Magendie** rapporte des observations de transfusion de sang par voie sternale, soit par ponction du sternum au moyen d'un mandrin, soit par piqûre avec une grosse aiguille au niveau de l'appendice xiphoïde. Il est bon d'amorcer la transfusion à la seringue et de ne mettre l'appareil à transfusion en marche qu'après être certain de la perméabilité du canal médullaire. La perfusion doit être très lente, il est bon de mettre la malade en Trendelenburg.

Quelques cas de pénicillothérapie. — MM. **Poinot, Petriat** et **Doutre** rapportent 4 observations de lésions par plaies de guerre ayant évolué trois fois vers une septicémie chronique à staphylocoques et une fois vers une gangrène gazeuse typique. Les septicémies s'étaient montrées sulfamido-résistantes. Le traitement institué à la dose de 100.000 unités en 24 heures par voie intramusculaire a amené très rapidement la guérison des accidents septicémiques et la cicatrisation rapide des plaies. Dans le cas de gangrène gazeuse la guérison a été absolument miraculeuse mais a nécessité 800.000 unités à la suite. Les auteurs codifient le traitement général contre les septicémies et le traitement local par pénicilline en poudre ou en liquide. Il semble que la pénicilline agisse mieux en milieu alcalin ; il ne faut pas refaire les pansements fréquemment quand on emploie la pénicilline locale. Enfin dans l'action contre le staphylocoque l'adjonction d'un traitement iodo-sulfamidé renforce l'action de la pénicilline et paraît devoir venir à bout des staphylococcies les plus rebelles.

J. Poinot.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET BIOLOGIQUES DE MONTPELLIER ET DU LANGUEDOC MÉDITERRANÉEN

12 Janvier 1945.

Kala-azar autochtone de l'adulte. — MM. **M. Janbon, J. Chaptal, P. Cazal** et **G. Vallat** rapportent le troisième cas de kala-azar observé dans l'Hérault où l'existence de la leishmaniose canine a été reconnue dès 1932. Son évolution, qui dure actuellement depuis 5 ans, a été constamment apyrétique, malgré la richesse extraordinaire de la pulpe splénique en parasites. Un traitement par la diamidine a donné une amélioration notable, mais transitoire, imposant en définitive l'instauration de la thérapeutique stibiée.

Etude des variations physico-chimiques du sang dans 1 cas de kala-azar. — MM. **M. Janbon, P. Monnier, J. Chaptal** et **G. Vallat** ont constaté : un abaissement de la tension superficielle, de la réfractométrie et de la viscosité du sérum ; de l'hypoprotéinémie (58,05 pour 100) avec abaissement considérable de la sérine, élévation des globulines et rapport inversé (0,28) ; l'augmentation du cholestérol, des lipides totaux et des lipides attachés à la sérine, l'index lipo-albuminique atteignant le taux énorme de 47,4. Ces troubles sont corrigés par le traitement, parallèlement à l'amélioration clinique et hématologique et à la raréfaction des leishmanias dans la pulpe splénique. Ils réapparaissent avec l'aggravation de la maladie.

Noma perforant au décours d'une fièvre typhoïde; considérations pathogéniques. — MM. **M. Janbon, J. Chaptal** et **D. Brunel.** Chez une femme de 62 ans, à la défervescence d'une dothiénenterie, gangrène de la joue droite suivie de large perforation. L'évolution, à peu près apyrétique, se poursuit sous le couvert de la sulfamidothérapie, pendant 2 mois, sans aggravation locale, mais bientôt compliquée d'une bilatérisation du noma, de l'apparition d'escarres multiples, de purpura généralisé, d'une paraplégie flasque complète et finalement mortelle. L'ensemble des accidents paraît relever d'une pathogénie vasculaire commune. Le rôle primordial, dans le déterminisme du noma typhoïdique doit être accordé à la thrombose artérielle.

Cirrhose maligne mélitococcique. — MM. **G. Giraud, J.-M. Bert, P. Cazal** et **G. Vallat.** Mélitococcie à forme d'hépatosplénomégalie fébrile chez un homme de 46 ans, éthylique. Deux mois après le début, apparition d'une ascite avec circulation collatérale et atrophie progressive du foie. L'évolution de cette cirrhose ascitogène typique, rapidement cachectisante, nécessite plusieurs ponctions évacuatrices et aboutit à la mort en 4 mois. La cirrhose est confirmée par l'examen histologique qui montre également des lésions inflammatoires d'hépatite mélitococcique.

Lymphose médullaire pure. — MM. **G. Giraud, T. Desmonts** et **P. Cazal.** Malade de 68 ans, hospitalisé pour foyer congestif pulmonaire de la base droite ; fièvre discrète ; pas d'adénopathie ni de splénomégalie ; anémie à 3.600.000 G. R. ; lymphocytose à 68.000 éléments dont 91 lymphocytes. La ponction sternale confirme le diagnostic de leucémie lymphoïde. Par la suite le malade se cachectise progressivement et meurt 1 an après le début, le foyer pulmonaire ayant persisté jusqu'à la fin. Il s'agit d'une forme médullaire, et peut-être pulmonaire, d'une leucémie lymphoïde.

Lymphoblastose aleucémique subaiguë à début pseudo-rhumatismal avec hémorragies rétiniennes. — MM. **G. Giraud, P. Cazal** et **A. Pineau.** Chez un malade de 22 ans, douleurs polyarticulaires avec état subfébrile qui furent traitées par du salicylate. Pâleur progressive. A la fin, anémie intense (700.000 G. R.) avec leucopénie, neutropénie, lymphoblastose sanguine et surtout médullaire. Pas de localisation cliniquement apparente. Mort en 4 mois 1/2. Les lymphoblastes ont pu être caractérisés par l'absence de peroxydases.

Névraxites à forme de sclérose en plaques. — MM. **G. Giraud, J.-M. Bert, P. Cazal** et **G. Vallat** ont observé 2 cas de syndromes de sclérose en plaques nets, survenus après plusieurs poussées névraxitiques polymorphes avec ophtalmoplégie, paralysie faciale, paralysie radiale. Ils paraissent intermédiaires entre les cas décrits comme névraxites polymorphes pures et les scléroses en plaques.

Atélectasie et condensation rétractile épituberculeuse au cours de la primo-infection. — MM. **P. Bétoulières** et **Ch. Gros.**

Lymphogranulomatose avec période fébrile pure prolongée. — MM. **G. Giraud, J.-M. Bert** et **P. Cazal.**

Spondylose rhizomélique fruste précocement fixée. — MM. **G. Giraud, J.-M. Bert, P. Cazal** et **G. Vallat.**

A. Puech.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

PUBLIÉES PAR LES SOINS DE L. ROUQUÈS

Traitement du pityriasis rosé de Gibert par le vaccin antityphoïdique

Peut-être n'est-il pas inutile, à propos de nouveaux essais de traitement de cette dermatose relativement fréquente, de rappeler brièvement les caractères du pityriasis rosé de Gibert; son absence de gravité et son évolution spontanée vers la guérison complète ne doivent pas le faire négliger car il reste trop souvent l'occasion de graves erreurs de diagnostic.

L'éruption, bien particulière, est faite de taches rosées lenticulaires ou nummulaires, finement squameuses, à bords estompés et de médaillons ovalaires, atteignant 2 à 3 *cm.* dans leur grand axe, à bords rosés légèrement surélevés et squameux, à centre jaunâtre où l'épiderme est finement plissé. Souvent annoncée par une plaque initiale, l'éruption, suivant l'expression de Darier, est successive, progressive et descendante; elle apparaît symétriquement par poussées abondantes sur le haut du thorax, le cou et les bras, puis sur les flancs, l'abdomen et les cuisses, enfin sur les avant-bras et quelquefois les jambes; elle épargne presque constamment la face au-dessus du menton, les mains et les pieds; prurigineuse ou non, elle ne s'accompagne d'aucun signe général. En quatre à dix semaines, les taches pâlissent, d'abord dans les régions envahies les premières, puis disparaissent sans séquelles.

La présence des médaillons, la topographie de l'éruption et en particulier l'intégrité du cuir chevelu, l'évolution cyclique permettent d'éliminer en général facilement les eczématides et certains érythèmes toxiques. Une erreur classique, lourde de conséquences et souvent commise bien que facile à éviter, est la confusion avec la roséole syphilitique; celle-ci n'est jamais squameuse; on retrouve la trace du chancre et son adénopathie caractéristique, souvent des plaques muqueuses; enfin le Wassermann est toujours positif. Quant aux syphilis papulo-squameuses, bien distinctes par leur localisation et leur aspect, elles donnent au palper une sensation d'infiltration et surviennent en pleine efflorescence secondaire.

Le traitement est simple; une thérapeutique locale intempestive peut irriter les lésions, augmenter le prurit et parfois déclencher une eczématisation; le poudrage avec des poudres inertes, un badigeonnage à la pâte à l'eau, le glycérolé d'amidon suffisent presque toujours pour calmer le prurit. Darier pense que l'ichtyol à 2 pour 100 dans une crème, un glycérolé ou un collosol hâte l'effacement des éléments.

Les classiques n'indiquent pas de traitement général; il ne serait cependant pas sans intérêt, malgré la bénignité constante de la maladie, ne serait-ce que pour en raccourcir l'évolution et faire disparaître plus vite une éruption peu esthétique et un prurit qui, d'après Ebert, est gênant dans le tiers des cas. La thérapeutique n'est guère dirigée par l'étiologie; le pityriasis rosé est plus fréquent chez les sujets jeunes et dans le sexe féminin; il s'observe surtout au printemps et à l'automne; la récidive, dont Darier rapporte un cas, est exceptionnelle. Périn avait incriminé une infection streptococcique, Du Bois, de Genève, un champignon spécial, mais leurs conclusions restent discutées. Wile, ayant été frappé par l'apparence épidémique de la maladie dans une communauté universitaire, constatation d'ailleurs exceptionnelle, a tenté la transmission; il provoqua des phlyctènes sur des lésions de pityriasis et inocula leur sérosité dans le derme de sujets dont plusieurs présentèrent une éruption généralisée et passagère ayant une certaine ressemblance avec la maladie.

Ebert et Otsuka [1], admettant l'origine infectieuse de la maladie, eurent l'idée de la traiter par le vaccin antityphique dans l'espoir d'obtenir « un effet non spécifique en stimulant les processus d'immunité générale ». Ils ont injecté dans le triceps gauche un vaccin standard du type de ceux qui sont utilisés pour la vaccination; la dose unique a été de 20 millions de bacilles tués chez un enfant de 4 ans, de 50 millions chez les enfants au-dessous de 13 ans, de 100 à 150 millions au-dessus de cet âge; 32 malades dont 22 avaient moins de 26 ans ont subi le traitement; dans les deux tiers des cas, l'éruption existait depuis moins de huit jours et dans aucun depuis plus de quinze. Les sujets ont été revus au bout d'une semaine; l'éruption avait disparu complètement chez 4 et presque complètement chez 10; elle avait présenté une régression évaluée à 80 pour 100 dans 6 cas et à 50 pour 100 dans 7; dans 3 cas, le prurit avait cessé, les macules avaient pâli mais d'autres éléments étaient apparus; dans 2 cas, il n'y avait aucune amélioration. Vingt des malades au moins, soit 62,6 pour 100, ont donc retiré du traitement un bénéfice indiscutable, puisqu'en une semaine ils ont été guéris ou considérablement améliorés.

Ebert a retrouvé dans la littérature mention d'une tentative analogue de Findanza, Carillo et Schujman qui ont utilisé 3 injections intraveineuses, une tous les deux jours, de vaccin antistreptococcique à doses croissantes; les résultats ont été aussi favorables, mais cette méthode a le défaut d'obliger le malade à se présenter trois fois et les injections intraveineuses de vaccin sont toujours susceptibles de provoquer un choc, risque que la bénignité constante de l'affection ne justifie pas. La technique d'Ebert, ne nécessitant qu'une injection et ne déterminant qu'un peu de rougeur et de douleur locales pendant la nuit et parfois le matin suivants, sans réaction générale, n'a pas ces inconvénients et mérite d'être essayée chez les malades désirant une guérison rapide.

LUCIEN ROUQUÈS.

1. Michael H. EBERT et Masashi OTSUKA : Treatment of pityriasis rosea by the injection of typhoid vaccine. *The Journ. of the Americ. med. Assoc.*, 1943, **123**, 1036-1037.

A propos de la solution iodée pour l'oblitération des varices

J'estime que toutes les solutions sclérosantes sont bonnes si l'on sait s'en servir. La meilleure est celle dont on a l'habitude, sous réserve que sa composition n'offre aucun danger.

La solution iodée que j'emploie habituellement est la suivante: iode, 1 *g.*; iodure de sodium, 2 *g.*; eau distillée, Q. S. pour 100 *cm*³. Elle suffit à traiter 95 pour 100 des malades au moins.

La solution forte, indiquée par Delater [1] et dont la concentration est double, ne doit *jamais* être employée d'emblée mais seulement après une augmentation graduelle des doses et constatation de l'insuffisance de la solution diluée. Je n'ai *jamais* dépassé la dose de 8 *cm*³ de solution concentrée par séance.

Je n'ai *jamais* rencontré de veine résistant à ces doses et si cela est arrivé aux auteurs de l'article en question c'est qu'ils ont dû négliger d'appliquer la technique de piqûre que j'ai toujours employée et que j'ai décrite bien souvent. Cette technique repose avant tout sur les principes suivants:

Piqûre *toujours faite en position couchée;*

Injection très rapide;

Choix minutieux du matériel (seringues et aiguilles, dont le calibre a une grosse importance);

Choix très minutieux des points d'injection;

Respect des intervalles minima dans le temps et dans l'espace.

Je suis résolument opposé aux injections de produits mélangés qui me paraissent *inutiles* et impraticables pour les praticiens. Cette « saladothérapie » n'est peut-être pas sans inconvénients, surtout aux doses énormes employées par Delater et dont l'utilisation me paraît absolument inutile pour obtenir un résultat satisfaisant et durable.

En terminant, j'insiste sur l'erreur qu'on fait généralement en imputant les échecs de la phlébosclérose aux produits injectés. C'est la technique d'injection qui est seule responsable.

Je ne puis insister sur d'autres points qui seraient à développer. Mais il ne faut pas oublier que la sclérose est *probablement toujours consécutive à une thrombose.* Toute technique hasardeuse est donc susceptible d'apporter de très sérieux déboires.

L. GERSON.

1. G. et J. DELATER : Le dernier mélange oblitérant pour varices résistantes : iode et benzo-salicylate. *La Presse Médicale*, 10 Mars 1945, 123.

Un procédé simple pour mettre en évidence les grosses vésicules biliaires : le signe du traversin

Le palper ne permet pas toujours de palper les grosses vésicules biliaires, même si, plaçant une main dans la fosse lombaire droite, on s'efforce d'éviter leur fuite sous la main antérieure. M. Ch. Clavel [1] avait remarqué chez des malades placés en position cambrée sur la table d'opération, que le fond de la vésicule se dessinait parfois sous la paroi, même si elle n'avait pu être perçue par les procédés habituels; il avait ainsi rectifié immédiatement avant l'incision certains diagnostics d'appendicite aiguë portés dans des cas de cholécystite.

M. Clavel conseille d'employer cette position lorsque l'exploration classique est restée négative: il fait coucher le malade sur un plan dur et glisse sous la 12ᵉ dorsale un billot qui le cambre fortement; si le malade est alité, il utilise le traversin ou l'oreiller roulé en billot. Si la vésicule est grosse et le sujet pas trop adipeux, le fond vésiculaire se voit sous la paroi qu'il soulève au-dessus et à droite de l'ombilic, s'abaissant et s'élevant avec le jeu respiratoire; lorsque le fond vésiculaire n'est pas visible, on en perçoit le contact par la main posée à plat *sans pression notable.*

Les vésicules enflammées et les vésicules distendues des ictères par obstruction sont facilement décelées par le signe du traversin; les tumeurs d'origine rénale ou colique, non solidaires du foie, s'extériorisent moins dans cette position cambrée que les tumeurs vésiculaires et ne sont pas perçues.

LUCIEN ROUQUÈS.

1. Ch. CLAVEL : Séméiologie de la vésiculo biliaire : « Le signe du traversin ». *Lyon Médical*, 1944, **171**, 3.

CHRONIQUES

La Réanimation-Transfusion dans l'Empire français [1]

2. — Comment fonctionne le Centre de Réanimation-Transfusion d'Alger ou Maison-Mère.

A. — La *Maison-Mère* comprend :

1° Un *bloc médico-social* ou Pavillon des donneurs de sang.

2° Un *bloc technique* de préparation du sang total, des substitutifs du sang, des sérums-tests, avec les contrôles bactériologiques et une « Plasmothèque ».

3° Un *bloc manutentionnaire* sur lequel s'appuient le bloc technique et le bloc de récolte du sang, et aussi les équipes mobiles et lourdes qui vont recueillir du sang dans les villes ou villages éloignés du Centre.

4° Un *bloc clinique, d'enseignement* et de *recherches.*

B. — A cette Maison-Mère sont rattachées des *filiales:*

1° *Le Centre de Transfusion du Maroc* (médecin commandant Julliard) avec des Centres secondaires de récolte.

2° *Le Centre de Transfusion de Tunis* (médecin commandant Stora) avec des équipes de récoltes à longue distance.

3° *Les Centres annexes d'Oran et Constantine* (médecin commandant Mercier et médecin commandant Esquié).

4° *Les Centres de Dakar et de Brazzaville* liés aux Instituts Pasteur.

C. — A la Maison-Mère ou aux filiales sont affectées des équipes lourdes ou mobiles de récolte.

MAISON-MÈRE

I. — Le bloc Médico-social ou Pavillon des donneurs de sang.

C'est avec le concours de la Croix-Rouge que nous avons pu créer, entretenir, exalter ce mouvement d'entr'aide sociale, de fraternité humaine qui a fait de tous les donneurs africains des donneurs volontaires de sang, sans rétribution, dans un même élan de générosité et de solidarité française. C'est avec la Croix-Rouge, et sous l'impulsion initiale du général d'armée Catroux, que nous avons pu organiser ces Bars d'accueil, ces Centres d'accueil ou aiment à venir se reposer, à bavarder, à se restaurer ceux qui ont offert leur sang. Et si un bon de priorité à titre onéreux pour certaines denrées alimentaires a été offert à ceux qui avaient donné déjà 5 fois leur sang, de 1940 à 1942 Mlle Ribot, directrice du Centre de Transfusion de la Défense Passive (Président, Prof. Lafont) et directrice des Equipes mobiles avait obtenu le même don généreux du sang, répété 15 ou 20 fois chez certains, bénévolement, sans aucune rémunération. Combien d'entre eux sont venus la nuit, sous le bombardement des avions allemands, offrir leurs bras pour qu'on puisse sauver les victimes des raids aériens! C'est encore la Croix-Rouge qui préparait chaque matin, au lever du jour, des goûters, des collations pour les donneurs des campagnes lointaines qui offraient leur sang aux équipes mobiles de récoltes, après des trajets longs et pénibles dans les camions qui emportaient les médecins et les infirmiers!

Le Pavillon des donneurs de sang est constitué par un premier local administratif avec le fichier des volontaires, par un second local où l'on examine les donneurs du sang et où l'on prend la pression artérielle, ce qui permet de faire du bloc médico-social un véritable service de médecine préventive, par un troisième local où sont pratiqués les groupages sanguins et enfin par des salles de récolte qui reçoivent, par catégorie, les donneurs groupés et porteurs d'une carte mentionnant le groupe sanguin. Les salles de récolte contiennent 2 à 4 lits, comme une salle de malades ou d'opération; elles sont soumises à des lavages répétés, à des pulvérisations de résorcine, et le piqueur et son aide opèrent en gants, avec des masques et en bottes, de manière à réaliser les conditions les plus rigoureuses pour éviter toute pollution au moment des prélèvements. Dans les services de contagieux, les sérums de convalescents sont prélevés avec des garanties analogues. Le prélèvement de sang ne dépasse guère 250 *g.* en moyenne; et si un malaise, une syncope, se produisent au cours de l'intervention, on a recours aux moyens thérapeutiques habituels; si la syncope se prolonge, on pratique la méthode du « rocking », le balancement nous ayant paru le moyen le plus commode pour avoir raison rapidement de ces malaises. Si, comme c'est la règle, le patient a bien supporté cette petite soustraction sanguine, une infirmière de la Croix-Rouge accompagne au bar d'accueil le donneur et lui fait prendre du café, des confitures, des gâteaux, ou bien le conduit à la salle de repos où il peut rester un long moment, au besoin le fait accompagner en auto jusqu'à son domicile.



Fig. 1. — Indigènes Kabyles accompagnés d'un missionnaire venant d'offrir leur sang pour les blessés.

II. — Le bloc technique.

Le bloc technique est représenté par:

a) Le laboratoire du sang conservé et du sang concentré ;

b) Le laboratoiro du plasma et du sérum ;

c) Le laboratoire des sérums-tests ;

d) Le laboratoire des cristalloïdes et de l'eau distillée « pyrogenes free » ;

e) Le laboratoire des contrôles bactériologiques et sérologiques ;

f) La « plasmothèque » ou « Bibliothèque des plasmas ».

a) *Le laboratoire du sang conservé et du sang concentré* fonctionne avec des frigidaires, des bouteilles d'oxygène, un personnel travaillant avec toute la rigueur qu'on impose aux opérations bactériologiques. Toutes les opérations se font en circuit fermé, par le système des vases communicants, en un seul temps.

b) *Le laboratoire du plasma et du sérum* est organisé de telle sorte que les armoires abritent, chaque jour de la semaine, les bouteilles de récolte correspondantes laissées à la décantation. Pour avoir le plus de plasma possible, nous avons recours à l'Institut Pasteur d'Alger qui veut bien nous prêter le secours de ses puissantes centrifugeuses. La carbonatation des plasmas et sérums est assurée par des rampes de distribution d'acide carbonique. La répartition des plasmas se fait, comme pour les sangs conservés et concentrés, en circuit fermé avec des bouteilles à vis dont le contrôle de stérilisation est assuré automatiquement par la présence d'une cupule sur la plaque de caoutchouc qui ferme la bouteille.

e) *Le laboratoire des sérums-tests* a pris une extension considérable. Les sérums-tests prélevés suivant le même système de vases communicants et en circuit fermé, sont colorés en bleu, blanc, rouge pour le sérum A, pour le sérum B et pour le sérum O, et étiquetés sur-le-champ afin d'éviter des erreurs de plume si fréquentes

1. Voir la première partie dans notre numéro 15 d 14 Avril 1945, p. 193.

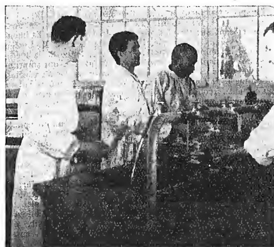


Fig. 2.
Laverie modèle à bacs successifs

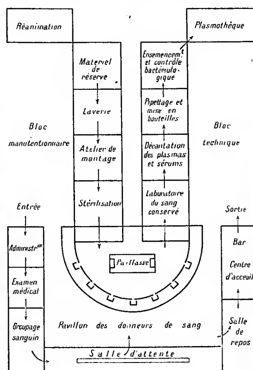


Fig. 3. — Schéma d'un centre principal de transfusion sanguine ou Maison-Mère.

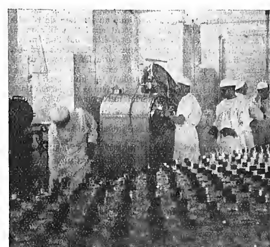


Fig. 4. — Galerie d'autoclaves pour la stérilisation du matériel de transfusion.

dans les groupages sanguins. Chacun de ces sérums-tests est étudié pour son titre agglutinatif, n'est envoyé aux Armées que si ce titre est particulièrement élevé. Nous avons fait voyager ces sérum-tests à de longues distances et nous avons pu voir qu'il conservaient leur sensibilité. Plus d'un million de doses ont déjà été envoyées aux Armées.

d) *Le laboratoire des cristalloïdes et de l'eau distillée « pyrogenes free ».* — Le citrate de soude, le chlorure de sodium sont toujours contrôlés avant la préparation des solutions ; et nous avons accordé une attention particulière à l'eau distillée, libre de pyrogène. Les observateurs anglo-saxons ont remarqué qu'une grande partie des petits accidents de la transfusion (frissons, hyperthermie, malaises, élévation de température), disparaissaient en grande partie lorsque l'eau des solutions était bidistillée et autoclavée moins de deux heures après sa distillation. C'est un fait que le pourcentage de ces réactions bénignes a diminué considérablement dans notre service depuis que nous restons fidèles à cette règle.

e) *Le laboratoire des contrôles bactériologiques et sérologiques.* — Le contrôle de la syphilis est assuré par la réaction de Kahn, en série. La réaction de Chlorine nous a paru suffisante pour le contrôle du paludisme lorsque l'examen clinique avait été fait sérieusement et qu'il s'agissait de plasma ou de sérum. Chaque bouteille de plasma est contrôlée bactériologiquement et ce n'est qu'après la deuxième lecture, huit jours après la première, qu'on la dirige, pour les contrôles de limpidité, pour le stockage vers la Plasmothèque.

C'est au même laboratoire que sont contrôlés par les épreuves de Simonin les sangs de tous les donneurs universels groupés déjà par la méthode de Beth-Vincent-Tzanck.

f) *La Plasmothèque* ou « bibliothèque des plasmas ». — La Plasmothèque est abritée dans de grands sous-sols à l'abri de la chaleur et de la lumière. Les plasmas et les sérums sont classés en plasmas normaux, plasmas de convalescents, avec leur certificat d'origine. On peut donc savoir à tout moment à qui tel blessé du front ou tel malade de l'intérieur doit d'avoir été sauvé.

III. — Le bloc manutentionnaire.

Le bloc de récolte du sang, les équipes mobiles qui vont recueillir du sang dans les villes d'alentour, le bloc technique où se préparent les différentes variétés de sang, ont besoin de s'appuyer sur un véritable trépied manutentionnaire :

a) Une laverie ;

b) Un atelier de montage et de fabrication ;

c) Une stérilisation.

Les différents produits biologiques sont ensuite expédiés par avion ou par camion après être passés par un atelier d'expédition.

a) *La laverie.* — Nous avons voulu que cette laverie fût très vaste, en pleine lumière, avec des bacs successifs qui permettent de soumettre les appareillages, les bouteilles, les caoutchoucs, les aiguilles à différentes opérations successives : eau chaude, solution de soude, lavage au plomb, lavage au mélange sulfo-chromique, lavage à l'eau distillée, etc. L'école anglo-saxonne insiste beaucoup, et à juste titre, sur la nécessité de telles opérations pour éviter les petits accidents de la transfusion. Comme l'eau distillée libre de pyrogène, ces lavages parfaits de tout le matériel sont d'une grande importance.

b) *Atelier de montage et de fabrication.* — Nous avons également aménagé un grand atelier de montage. C'est là que des ouvrières spécialisées peuvent faire chaque jour des centaines d'appareillages ; c'est là que les aiguilles sont vérifiées, affûtées, que sont fabriquées les bouteilles de transfusion de campagne de l'armée qui ont rendu tant de services dans la campagne de Tunisie, dans la campagne d'Italie et même dans la campagne de France.

c) *La stérilisation.* — Comme la laverie et l'atelier de montage, la stérilisation a été l'objet de soins minutieux. Nous voulons dire qu'il faut à la base d'une Maison-Mère une grande galerie d'autoclaves et de Poupinels, afin que soit assurée la stérilisation de tous les appareils, de toutes les bouteilles, de tout le matériel indispensable à la transfusion. Le matériel stérile, dûment contrôlé pour chaque autoclave, pour chaque Poupinel, est distribué chaque jour au Pavillon de récolte du sang et aux Equipes qui opèrent en dehors du Centre.

Les magasins de réserve et d'expédition ont une importance d'autant plus grande que le sang conservé est envoyé dans des *caisses de froid*, que les plasmas et les sérums sont placés dans des caisses spéciales, chacune de ces opérations demandant le plus grand soin et un personnel entraîné. Les expériences de *parachutage* ont permis de régler le matériel indispensable à ce genre d'envoi.

IV. — Le bloc clinique, d'enseignement et recherches.

Pour permettre l'entraînement des équipes de réanimateurs-transfuseurs il est bon qu'une Maison-Mère dispose d'un service clinique où sont envoyés avec prédilection les malades qui ont besoin de transfusion. Nous dirons, dans un prochain article, ce qu'est l'enseignement de la réanimation-transfusion, de cette spécialité qui prend chaque jour une importance nouvelle. Ajoutons que les examens cliniques doivent s'appuyer sur des examens de laboratoire et sur des recherches constamment poursuivies. C'est dans ce bloc clinique que doit être organisée *la réanimation proprement dite*, c'est-à-dire les moyens mécaniques de respiration artificielle, l'oxygénothérapie, la carbogénothérapie, la carbothérapie. Dans notre service de l'hôpital de Mustapha, 24 lits sont équipés avec une distribution d'oxygène et d'acide carbonique, des manodétendeurs, des débimètres et des masques.

FILIALES

Les filiales comprennent :

1° Le Centre de transfusion du Maroc qui est dirigé par le médecin commandant Julliard. En plus de son Centre principal qui est à Fès, il récolte par avion du sang à Casablanca, à Rabat, à Meknès, où se trouvent des centres secondaires. Les besoins régionaux du Maroc sont assurés par le Centre de Fès et le supplément de la récolte est dirigé sur la Maison-Mère d'Alger.

2° Le Centre de transfusion de Tunisie qui est dirigé par le médecin commandant Stora. Il a son Centre principal à Tunis et envoie à Sousse, à Sfax, à Bizerte prélever du sang, avec des équipes mobiles qui emportent leur matériel dans des camions aménagés.

3° Les Centres d'Oran et de Constantine, sous la direction du médecin commandant Esquier, prélèvent du sang sur place et fabriquent seulement des sérums dont une partie est réservée aux besoins locaux et dont l'autre partie est envoyée à la Maison-Mère d'Alger. Le sang conservé préparé au Maroc, à Tunis, à Oran, à Constantine est également destiné aux besoins régionaux.

4° Les Centres de Dakar et de Brazzaville préparent du sérum dont le supplément de récolte est envoyé à la Maison-Mère d'Alger.

ÉQUIPES LOURDES ET MOBILES DE RÉCOLTE

Une équipe est dite lourde lorsqu'elle fait un séjour prolongé dans une localité lointaine et qu'elle prépare elle-même le sérum à partir du sang récolté.

Une équipe est dite légère lorsqu'elle rapporte le même jour sa récolte de sang, la préparation du plasma ou du sérum étant assurée à la Maison-Mère ou aux Filiales. Nous avons pour la Maison-Mère d'Alger trois équipes légères et une équipe lourde qui ont permis de récolter du sang dans toutes les grandes localités du département d'Alger et, en particulier, en Kabylie où les indigènes ont donné un si bel exemple de dévouement à la France.

Ed. Benhamou.

Livres Nouveaux

Les bases physiques et biologiques de la rœntgenthérapie, par Paul Lamarque avec la collaboration de Pierre Bétoulières, Jean Reboul, Edmond Denains, Pierre Lorimy. 1942. 520 pages, 284 figures (*Masson et Cie*, éditeurs). — Prix : 200 fr.

Livre remarquable par son ordonnance, sa clarté, son exacte adaptation au but visé ; livre écrit par un médecin pour des médecins, qui doivent être à la fois cliniciens, physiciens, biologistes, sans quoi la radiologie risque fort de piétiner dans son empirisme rapidement stérile.

I. *Dans sa partie physique*, admirablement ordonnée, les auteurs exposent les théories sur la nature, sur l'absorption et sur la diffraction des rayons X.

Ils étudient ensuite les effets physiques et chimiques des rayons X, ainsi que les divers tubes émetteurs.

II. *Dans la seconde partie, biologique*, les auteurs allant du simple au composé, considèrent :

1° L'action des rayons sur la cellule vivante ;

2° L'action sur les tissus ;

3° Les techniques radiothérapiques :

a) basées sur la longueur d'onde efficace ; *b*) basées sur la répartition spatiale de la dose ; *c*) basées sur la répartition chronologique de la dose.

4° Les accidents et les moyens de protection ;

5° Les théories de l'action biologique des rayons X : *a*) théories quantiques ; *b*) théories de la variation individuelle ; *c*) théories de la restauration lors de l'emploi des doses multiples ; *d*) théorie de Lamarque.

D'aucuns trouveront peut-être trop grande la place faite aux théories au détriment de la pratique. A ces esprits chagrins qu'il me soit permis de répondre que la pratique s'apprend avant tout à l'hôpital et au laboratoire et qu'un livre destiné à l'enseignement supérieur doit viser surtout à mettre le doigt du lecteur sur les points obscurs, à exciter sa curiosité scientifique, à l'inciter à la recherche. Ce but est parfaitement atteint ; dans ce livre dense et clair, jeunes et vieux trouveront largement à puiser.

G. Richard.

Choc traumatique (étude clinique, physio-pathologique et thérapeutique), par J. Greyssel et P. Suire. 1 vol. de 310 pages (*Masson et Cie*, éditeurs), 1945. — Prix : 160 fr.

On ne peut que recommander la lecture de ce bel ouvrage qui est, de loin, la meilleure synthèse qui soit, actuellement, sur le choc.

« Après avoir vécu, côte à côte, sur le front lorrain, la grande misère des chirurgiens devant le choc, Creyssel et Suire, esprits pénétrants, ont mis en commun leurs observations, leur expérience, leurs réflexions et leurs recherches pour construire une étude mûrie où chaque élément d'un complexe physio-pathologique est à sa place » (Leriche).

En voici le plan. Trois grands chapitres : les aspect cliniques du problème, l'étude physio-pathologique, le déductions thérapeutiques.

C'est, évidemment, le second, le plus complexe, qu est le plus poussé. Après avoir analysé, commenté, pes un à un des documents considérables, les auteurs d cet exposé en arrivent à la conclusion qu' « il existe de cas purs de choc typique, caractérisés par le désaccor blessure-état général, où ne peuvent être invoquées n l'hémorragie, ni l'infection, ni la résorption toxiqu primitive, et où au contraire tout le complexe anatomo clinique plaide en faveur d'un retentissement nerveu primitif, d'une défaillance brutale et primitive du sys tème neuro-endocrino-sympathique, des centres diencé phaliques, d'endocrines telles que l'hypophyse et la sur rénale et surtout des fonctions du système capillaire dont l'altération, par retentissement réflexe ou endocri nien des impulsions nociceptives venues de la plaie, es le phénomène central dans le déclenchement du cho traumatique ».

Une monographie comme celle-ci fait grand honneur à ses auteurs.

Jean Patel.

L'Hérédité, par Emile Guyénot (*G. Doin et Cie*, édit.) Paris, 1942.

Aucun livre, dans les pays de langue française n'aura contribué, autant que *L'Hérédité* de M. E. Guyénot, à la diffusion de la Génétique. La 3e édition vient satisfaire les plus exigeants. Par sa clarté, sa concision ses exposés critiques, elle se rapproche des éditions précédentes ; elle les dépasse par sa documentation encore plus abondante.

Les premiers chapitres conduisent, par l'enchaînement des faits, de l'hybridation à la notion de gène, de Naudin-Mendel à Th. Morgan : hérédité chromosomique, autosomes et hétérochromosomes, associations factorielles, recombinaisons, chromosomes géants sont successivement étudiés. Ces travaux, fondés sur les expériences d'hybridation et les analyses cytogénétiques, permettent déjà de lever le plan chromosomique assez détaillé de certaines espèces.

Après avoir ainsi tiré de l'hybridisme et de la cytogénétique les preuves de la nature corpusculaire du patrimoine héréditaire, M. E. Guyénot étudie la physiologie du gène, ses diverses variétés, ses relations avec le milieu, son rôle dans la réalisation du phénotype. Il est ainsi conduit à ouvrir le chapitre de la phénogénétique qui n'avait pas sa place dans les éditions antérieures.

Le gène par ses mutations contribue à la variation ; les mutations, spontanées ou provoquées, par les troubles qu'elles entraînent, dévoilent à l'expérimentateur des fonctions géniques normales. Elles permettent de formuler quelques hypothèses sur la nature des gènes et ceci amène M. E. Guyénot à étudier la structure physico-chimique des chromosomes.

Sous le titre de « problèmes spéciaux d'hérédité » la dernière partie de ce livre réunit des chapitres consacrés aux problèmes de létalité et de viabilité, de stérilité interspécifique, de détermination du sexe, d'hérédité humaine ; 70 pages de bibliographie achèvent le volume. Sans doute, en regard de la richesse des exposés de génétique expérimentale, 30 pages réservées à la génétique humaine dans un volume de 700 pages environ semblent ne pas accorder l'attention qu'ils méritent à de nombreux et difficiles travaux. Mais il est évident que l'auteur d'un livre destiné à la bibliothèque de Biologie générale, que dirige M. Caullery, a voulu simplement, par des exemples empruntés surtout aux publications étrangères, montrer que l'homme n'échappe pas aux lois applicables à toute espèce dotée d'un appareil chromosomique.

R. Turpin.

Fibre antiparasitaire pharmaceutique illustrée, par Lucien Danzel, docteur en pharmacie. 1 vol., in-8° de 198 pages (*Vigot frères*, édit.), 23, rue de l'Ecole-de-Médecine. 1945.

La phytopharmacie, qu'il ne faut pas confondre avec la phytothérapie, est une branche de la pharmacologie qui, due principalement à l'initiative du Prof. Em. Perrot, a pour but le traitement des affections parasitaires auxquelles sont sujettes les plantes employées dans l'alimentation et dans l'industrie. On peut donc, avec M. Lucien Danzel la définir schématiquement la science de la médication des plantes. Les remèdes qu'elle utilise sont empruntés les uns au règne minéral, les autres au règne végétal. Comme le fait judicieusement remarquer le même auteur c'est aux seconds qu'il faut donner la préférence parce que, nocifs pour les parasites, ils sont moins susceptibles que les remèdes chimiques de nuire à l'hôte parasité.

La flore antiparasitaire est très riche, comme on pourra s'en rendre compte en lisant le livre si consciencieusement et si solidement charpenté de M. L. Danzel qui étudie successivement les végétaux en indiquant, à propos de chacun d'eux, les caractères botaniques, les parties employées, l'époque de la floraison et de la récolte, les principes actifs, la qualité antiparasitaire, les formes pharmaceutiques, le mode de conservation, les indications thérapeutiques, l'activité physiologique, les formules les plus pratiques et les plus efficaces. La partie bibliographique et l'illustration documentaire contribuent, par leur exposition méthodique et par leurs précieux enseignements, à faire de cet ouvrage le guide indispensable à tous les lecteurs désireux de s'initier théoriquement et pratiquement à cette nouvelle et si importante science qu'est la phytopharmacie.

Henri Leclerc.

INFORMATIONS

CONSEIL SUPÉRIEUR DES MÉDECINS

Suppression des accords avec la K. V. D.

A partir du 1er Mai 1945, les travailleurs revenant d'Allemagne recevront des Caisses départementales des Assurances sociales des prestations au titre de l'Assurance sociale française.

Il en résulte que les intéressés devront acquitter, directement, les honoraires des médecins et dentistes.

En conséquence, à partir du 1er Mai, il y a lieu de considérer que pour cette catégorie des travailleurs, les accords souscrits entre le Corps médical et les Caisses d'Assurances sociales allemandes deviendront sans objet.

Elles mettent un terme à une convention dictée par les Allemands.

Rappelons également que, jusqu'à nouvel ordre, les ayants droit des prisonniers en Allemagne ne doivent verser à leur médecin que des honoraires au plus égaux au tarif de responsabilité des Caisses.

RÉORGANISATION DE la Croix-Rouge Française

Depuis Août 1940, les trois Associations : *Société de Secours aux Blessés militaires, Association des Dames françaises et Union des Femmes françaises*, avaient fusionné en une association unique sous le nom de Croix-Rouge française.

Pendant l'occupation, la Croix-Rouge française avait perdu toute possibilité de diriger les délégations en dehors de la métropole ; le Gouvernement Provisoire de la République avait créé un Comité de coordination des Croix-Rouges dans les territoires de l'Empire. Actuellement le rôle de ce Comité de coordination est terminé.

La présente ordonnance a pour but de valider définitivement la fusion des trois associations et de fixer les nouveaux statuts qui tendent à faire participer à l'œuvre de la Croix-Rouge, plus qu'elle ne l'a fait jusqu'ici, la Nation entière.

Les cotisations des membres titulaires ont été fixés volontairement à un chiffre très bas, de manière à permettre au plus humble d'adhérer à la Croix-Rouge.

Le Conseil d'Administration comprendra à la fois des représentants élus de l'assemblée générale de la Croix-Rouge, des représentants des départements ministériels ou des grands corps de l'Etat intéressés et des représentants des classes laborieuses.

Ces dispositions permettront à la Croix-Rouge d'élargir et d'intensifier son programme d'action, d'être l'auxiliaire des services de santé militaire et des autorités sanitaires civils, d'apporter son aide aux Pouvoirs publics dans toutes les calamités publiques.

(Ord. du 27 Avril 1945, *J. O.*, 28 Avril 1945.)

CENTRES DE TRAITEMENT par la pénicilline

De nouveaux Centres de traitement par la pénicilline ont pu être installés dans les hôpitaux suivants :

Paris.

Hôp. Trousseau : Service d'oto-rhino-laryngologie (Dr Rouget). — *Maternité de Port-Royal* : Service d'obstétrique (Prof. Porte). — *Hôp. St-Antoine* : Service de chirurgie des adultes (Prof. Cadenat).

Province.

Dijon : Hôpital général (Service du Dr Veillet et Service des Drs Deslandre et Leblanc).
Limoges : Service du Dr de Léobardy.
Nice : Hôpital Pasteur (Service des Drs Manassi et Oriol).
Poitiers : Hôtel-Dieu (Service du Dr Le Blaye).
Rouen : Hospice général (Service du Dr Fleury).

VACCINATION OBLIGATOIRE CONTRE LE TYPHUS

de toutes les personnes en contact avec les prisonniers de guerre déportés et réfugiés

La vaccination contre le typhus exanthématique est rendue obligatoire, conformément à l'ordonnance du 27 Mars 1945, pour les personnes appartenant aux catégories ci-après :

1° Corps des assimilés spéciaux du rapatriement, personnel des centres d'accueil des prisonniers de guerre, déportés et réfugiés, aux divers échelons ;

2° Personnel des services hospitaliers et des centres destinés à recevoir des rapatriés et d'une manière générale toutes personnes qui se trouvent, du fait de leurs fonctions, en contact avec les rapatriés ;

3° Médecins, infirmières et assistantes sociales membres de l'entourage des malades et toutes personnes que leurs fonctions ou leur résidence expose à la contagion dans les communes où seront déclarés dans la population civile un ou plusieurs cas de typhus.

Détermination du bénéfice imposable DES MÉDECINS, CHIRURGIENS-DENTISTES ET DES SAGES-FEMMES

Article premier. — Pendant la période d'application de l'ordonnance du 11 Décembre 1944, l'évaluation par le contrôleur du montant du bénéfice forfaitaire, d'après lequel les médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes sont soumis à l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales, est faite, après avis, suivant le cas, d'un médecin, d'un chirurgien-dentiste ou d'une sage-femme désignés respectivement par le Conseil départemental des médecins, celui des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes.

Art. 2. — Pour la même période et en ce qui concerne les professions visées à l'article précédent, le préconciliateur, dont l'avis doit être recueilli à la demande du contribuable en cas de désaccord sur l'évaluation des bénéfices réels, ainsi que les quatre membres titulaires et les quatre suppléants représentant les contribuables au sein de la Commission départementale des impôts directs, sont désignés par le Conseil régional.

Cette ordonnance ne change en rien les dispositions antérieures du Code général des impôts directs ; elle ne fait que transférer aux organismes provisoires de gestion les attributions dans les différends fiscaux, du Conseil de l'Ordre dissous.

(Ord. du 27 Avril 1945 ; *J. O.*, 28 Avril 1945.)

Suppression des concours de clinicat DES FACULTÉS DE MÉDECINE

et des concours de recrutement des Écoles de Médecine

Les concours du clinicat des Facultés de Médecine et les concours destinés à pourvoir aux différents postes vacants dans les écoles de médecine sont supprimés.

Les concours dont l'ouverture a déjà été annoncée pourront être maintenus si les épreuves doivent se terminer au plus tard le 31 Mai 1945.

Le service des postes vacants sera assuré jusqu'à nouvel ordre par des chargés d'enseignement.

AIDE MÉDICALE aux déportés et prisonniers de guerre polonais

— L'Association des Médecins polonais en France s'adresse à des médecins, dentistes, pharmaciens et vétérinaires polonais ou d'origine polonaise, pour qu'ils s'inscrivent à l'Association qui a pour but l'aide médicale aux déportés et prisonniers de guerre polonais et le rapatriement du personnel sanitaire.

S'adresser à Mme le Dr Fribourg-Blanc, 15, rue Fays, à Saint-Mandé.

Université de Paris

Faculté de Médecine. — M. Brocard est délégué, pour la fin de l'année scolaire 1944-1945, dans les fonctions d'agrégé de bactériologie (titulaire M. Bonnet, détaché à la Direction générale de la Croix-Rouge).

— M. Névot est délégué, pour la fin de l'année scolaire 1944-1945, dans les fonctions de chef de travaux de bactériologie (titulaire M. Bonnet, détaché à la Direction générale de la Croix-Rouge).

Enseignement complémentaire de médecine préventive et d'hygiène sportive. — Un enseignement complémentaire consacré aux examens de médecine préventive et à l'hygiène sportive sera donné au Laboratoire d'hygiène de la Faculté de Médecine (21, rue de l'Ecole-de-Médecine, escalier D, 2e étage) du 23 Mai au 8 Juin 1945, les lundis, mercredis et vendredis, de 16 h. 30 à 18 h. 30, sous la direction de M. Joannon.

Première partie : Examens de médecine préventive : mercredi 23 Mai, 16 h. 30. M. Boyer : Examen d'un écolier (surveillance sanitaire) ; 17 h. 30. M. Boulangen-Pilet : Examen d'un écolier (éducation physique). — Vendredi 25 Mai, 16 h. 30. M. Cuuche : Examen d'un sportif ; 17 h. 30. M. Turpin : Examen prénuptial. — Lundi 28 Mai, 16 h. 30. M. Coste : Examen d'un ouvrier (produits chimiques) ; 17 h. 30. M. Boyer : Examen d'un conducteur de poids lourds. — mercredi 30 Mai : 16 h. 30. M. Paillard : Examen d'un quinquagénaire.

Deuxième partie : Hygiène sportive : vendredi 1er Juin, 16 h. 30. M. Bellugue : La morphologie, ses applications à l'orientation sportive. — Lundi 4 Juin, 16 h. 30. M. Encausse : Les méthodes d'éducation physique ; 17 h. 30. M. Cuuche : L'éducation physique aux différents âges — Mercredi 6 Juin, 16 h. 30. M. Brouet : Physiologie de l'appareil respiratoire dans ses rapports avec le sport. — Vendredi 8 Juin, 16 h. 30. M. Brouet : Physiologie de l'appareil circulatoire dans ses rapports avec le sport ; 17 h. 30. M. Manonneaux : La fatigue, ses causes et ses formes.

Universités de Province

Assesseurs des doyens de Faculté. — Sont nommés provisoirement assesseurs des doyens des Facultés, à compter du 1er janvier 1945 et jusqu'à une date qui sera fixée par décret après le retour des prisonniers :

Faculté de Médecine de Nancy, M. Merklen.
Faculté de Médecine de Toulouse : M. Soula.

Faculté de Médecine d'Alger. — Par arrêté du 1er Mai 1945, la chaire de clinique obstétricale et puériculture du premier âge (titulaire : M. Laffont) est transformée en chaire de *clinique obstétricale et gynécologique*.

— Par arrêté en date du 1er Mai 1945, la chaire de clinique gynécologique de la Faculté de Médecine d'Alger est transformée en chaire de *clinique urologique*. M. Sabadini, agrégé de chirurgie, est nommé, à titre provisoire, à compter du 1er avril 1945, professeur titulaire de la chaire de clinique urologique.

Faculté de Médecine de Bordeaux. — M. Mougneau, chef de laboratoire, est admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

Faculté de Médecine de Lille. — Vacance de chaire. Par arrêté du 1er Mai 1945, la *chaire d'anatomie* (dernier titulaire : M. Cordier, décédé) est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours à dater du 6 Mai 1945 est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

Faculté de Médecine de Lyon. — Par arrêté du 20 Avril 1945, M. Gabrielle, professeur sans chaire, est nommé à titre provisoire, à compter du 1er Avril 1945, professeur titulaire de la chaire d'anatomie (dernier titulaire : M. Latarjet).

— Par arrêté du 20 Avril 1945, M. Morenas, agrégé libre est nommé, à titre provisoire, à compter du 1er Avril 1945, professeur titulaire de la chaire d'hygiène (dernier titulaire : M. Rochaix, décédé).

— Par arrêté du 1er Mai 1945, la chaire de médecine légale prend le nom de *Chaire de Médecine légale et de Médecine du Travail*.

— M. Piffault, agrégé pérennisé, est chargé pour 1944-1945, du service de la chaire de Physique biologique (titulaire M. Ponthus, mobilisé).

Faculté de Médecine de Marseille. — Par arrêté du 22 Mars 1945, il est créé une *Ecole de massage et de kinésithérapie* de la Faculté, ayant pour but de donner l'enseignement aux candidats au diplôme de masseur délivré par la Faculté. L'arrêté prévoit la composition du Conseil d'administration, du corps enseignant, l'organisation des études, les conditions d'admission des élèves ainsi que les conditions de l'examen en vue du diplôme.

Faculté de Médecine de Toulouse. — Par arrêté du 20 Avril 1945, M. Calmettes, agrégé près la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Toulouse, est nommé, à compter du 1er Octobre 1945, professeur titulaire de la chaire de clinique ophtalmologique de cette Faculté (dernier titulaire : M. Gorse).

Ecole de Médecine de Rouen. — M. Jusseaume, professeur d'anatomie, est chargé, à titre provisoire, de la direction de l'Ecole.

Direction régionale de la Santé

Le *J. O.* du 5 Mai 1945 publie l'échelle des traitements des directeurs régionaux de la Santé et les conditions de leur recrutement.

Inspection de la Santé

Le *J. O.* du 5 Mai 1945 publie l'échelle des traitements des médecins inspecteurs et médecins inspecteurs adjoints de la Santé.

SANATORIUMS PUBLICS

Sanatorium départemental de Châteauneuf-la-Forêt (Haute-Vienne). — Un poste de médecin adjoint est actuellement vacant.

Les candidats faisant déjà partie du cadre des sanatoriums publics doivent s'adresser au Ministère de la Santé publique (direction du personnel, 2e bureau 1re section), 7, rue de Tilsitt, à Paris (17e). Les candi

dats ne faisant pas partie des cadres, doivent adresser leur demande pour l'emploi d'assistant, à titre intérimaire, au Directeur régional de la Santé et de l'Assistance à Limoges, 44, cours Gay-Lussac.

Sanatorium départemental de l'Aveyron, à Engayresque. — Un poste d'interne est vacant. 15.000 fr., logé et nourri, etc. S'adresser à M. le Médecin-Directeur du Sanatorium d'Engayresque, par Sévérac-le-Château (Aveyron).

Sanatorium interdépartemental de Sainte-Feyre (Creuse). — Une place d'interne est vacante de suite. Appointements : 1.900 fr. par mois, nourri, logé, blanchi.

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

Vacances de postes de médecins chefs d'hôpitaux psychiatriques. — Sont actuellement vacants les postes suivants : Hôpital psychiatrique de Font-d'Aurelles, à *Montpellier* (Hérault) ; Asile privé des Sœurs Saint-Joseph de Cluny, à *Limoux* (Aude) ; Hôpital psychiatrique de *Sotteville-lès-Rouen* (Seine-Inférieure).

Adresser toute candidature au Ministère de la Santé publique (Direction du personnel, 2e Bureau), 7, rue de Tilsitt, Paris (17e).

Vacance de poste de médecin directeur. — Un poste de médecin directeur est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique de *Lorquin* (Moselle).

S'adresser au Ministère de la Santé publique (Direction du personnel, 2e Bureau), 7, rue de Tilsitt, Paris (17e).

Concours et places vacantes

Médecin de la Marine Marchande. — Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin breveté de la Marine Marchande, réservé aux docteurs en médecine français, aura lieu à Paris, à la Faculté de Médecine (Laboratoire d'Hygiène), le 28 Juin 1945 et jours suivants.

Les demandes d'inscription, établies sur papier timbré et revêtues, en outre, d'un timbre fiscal de 100 fr. pour paiement des droits d'inscription, doivent être adressées vingt jours à l'avance au Secrétariat général de la Marine Marchande (Direction des Gens de Mer, 3, place de Fontenoy, Paris-7e).

Nouvelles diverses

Mutualité familiale du Corps médical français. — Création d'une nouvelle combinaison d'Assurance maladie. — Par arrêté du 5 Avril 1945, le ministre du Travail vient d'enregistrer les modifications apportées aux statuts de la Mutualité familiale du Corps médical français par l'assemblée générale extraordinaire du 25 Février 1945, et tendant à créer une nouvelle combinaison Maladies-Accidents.

Cette combinaison alloue en cas d'incapacité d'exercice pour cause de maladie ou d'accident les indemnités suivantes :

300 francs par jour à partir du cinquième jour.

Et à partir du soixante-cinquième jour, 3.000 francs par mois, quelle que soit ensuite la durée de l'incapacité.

La cotisation annuelle est de 2.700 francs pour un médecin de 30 ans ; 3.024 francs pour un médecin de 35 ans ; 3.456 francs pour un médecin de 40 ans.

Pour tous renseignements, s'adresser au siège, 37, rue de Bellefond, Paris-9e.

Service médical de la Préfecture de la Seine. — Le *Bulletin Municipal Officiel de la Ville de Paris* publie un arrêté du Préfet de la Seine, en date du 25 Avril 1945, portant modification du règlement du Service médical de la Préfecture de la Seine.

Institution nationale des Invalides. — Le *Journal officiel* du 28 avril publie un décret portant révision des traitements du personnel de l'Institution nationale des Invalides.

Nos Échos

Naissances.

— Le docteur et Madame Jean Deplus sont heureux d'annoncer la naissance de leur deuxième fils *Renaud* (Chennevières, 10 Mars 1945).

— Le docteur et Madame Piton sont heureux de faire part de la naissance de leur deuxième fille *Monique* (Dôle [Jura], 4 Avril 1945).

— Le docteur et Madame Raoul Clément sont heureux de faire part de la naissance de leur fils *Pierre* (Cerilly, 24 Avril 1945).

— Le docteur et Madame Halpern sont heureux de faire part de la naissance de leur fille *Marie-Christine* (le 19 Avril 1945).

— Le docteur et Madame Pierre Bouygues ont la joie de vous annoncer la naissance de leur fils *Olivier* (Neuilly-sur-Seine, le 21 Avril 1945).

— Alain, Marie-Joëlle et Yves-Loïc Nansot ont la grande joie de faire part de la naissance de leur petite sœur, *Marie-Claude* (Dr Nansot, Cossé-le-Vivien [Mayenne], 25 Avril 1945).

— Le docteur et Madame Louis Devigne sont heureux de faire part de la naissance de leur fils *Christian* (Falaise, 14 Avril 1945).

Mariage.

— On annonce le mariage de M. J. Douthiaux, interne de l'hôpital Saint-Joseph de Paris, avec Mademoiselle Monique Camelot, fille du docteur Em. Camelot, Doyen honoraire de la Faculté libre de Médecine de Lille (8 Mai 1945).

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

Le *gérant* : F. Thomas.

Imprimé par l'Ancne Imprimerie de la Cour d'Appel, 1, rue Cassette, à Paris (France)

TRAVAUX ORIGINAUX

LA STÉNOSE AORTIQUE CALCIFIÉE

PAR MM.

E. DONZELOT et **R. HEIM de BALSAC**

(Paris)

La sténose aortique calcifiée a pris, à juste titre, depuis quelques années, une place particulière dans la nosologie cardio-vasculaire.

Elle est caractérisée par une sténose *orificielle* avec végétations calcifiées des sigmoïdes, qu'il est actuellement possible de déceler à l'examen radiologique. Des modifications des courbes électriques, fréquentes en pareil cas, constituent en outre une particularité intéressante de cette affection.

Depuis nos premières observations, publiées en Octobre 1942 à la Société de Cardiologie, nous avons pu nous rendre compte, qu'à condition de les rechercher systématiquement, les calcifications sigmoïdiennes peuvent être mises en évidence au cours de la plupart des sténoses orificielles aortiques. Certains auteurs américains estiment même que, tout au moins histologiquement, les calcifications sigmoïdiennes sont constantes au cours de ces sténoses.

Cliniquement, le signe essentiel consiste en un souffle systolique de la base, variable dans son intensité comme dans son timbre, souvent râpeux, parfois piaulant. Ce souffle se propage, en général, du foyer aortique vers la clavicule droite et les vaisseaux du cou, mais il peut également se propager vers la pointe, voire même présenter un double maximum base-pointe.

Dans la très grande majorité des cas on peut percevoir à la palpation un frémissement de même temps et de même siège que le souffle.

La coexistence d'un souffle diastolique est fréquente; il est habituellement discret par rapport au souffle systolique qui domine l'auscultation; l'inverse peut cependant s'observer.

Quant au syndrome périphérique, il peut être typiquement celui de la sténose aortique classique avec maxima faible et petite différentielle, mais l'importance de la fuite diastolique peut modifier profondément cette formule.

L'aspect radiologique de cette cardiopathie est très spécial. S'il est banal d'observer un cœur ovoïde moyennement ou fortement augmenté de volume dans sa portion ventriculaire gauche, comme au cours de toute sténose aortique, et une aorte parfois un peu saillante au niveau de l'ascendante, et un peu déroulée, les progrès de la technique radiologique permettent d'observer *in vivo* la pétrification de la lésion et imposent à eux seuls le diagnostic.

Ces calcifications doivent être recherchées d'abord en radioscopie, après une longue adaptation à l'obscurité, en utilisant des rayons pénétrants, une forte intensité et en réduisant la zone examinée (en diaphragmant) à quelques centimètres carrés seulement.

En frontale, l'orifice aortique se projette à cheval sur le bord gauche du rachis. De ce fait, ces calcifications sont en général mal visibles ou invisibles. Au contraire, en oblique antérieure droite, elles occupent le tiers médian de l'ombre cardiaque sur la ligne qui passant au niveau du point G fait un angle d'environ 45° avec l'horizontale. En oblique antérieure gauche, elles se situent dans des positions à peu près correspondantes. Souvent, c'est en transverse gauche qu'elles sont le mieux visibles, se projetant dans le cadran supéro-antérieur de la masse cardiaque, au-dessous de l'émergeance aortique. Ces calcifications sigmoïdiennes se projettent sous forme d'ombres irrégulières assez denses, parfois un peu floues, de dimensions d'un grain de pois, ou au contraire, d'images linéaires incurvées, en cupule, en S ou en Omega. Parfois isolées, on voit généralement plusieurs masses correspondant à l'incrustation de chacune des valvules qui se meuvent séparément; tantôt, au contraire, une

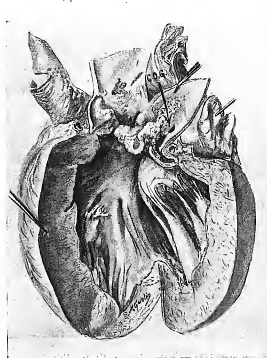


Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.

Fig. 1, 2, 3 (obs. I). — Gar..., homme, sans antécédents. Réformé militaire pour cardiopathie. Aucun trouble fonctionnel et vie normale jusqu'à 39 ans où apparaissent fatigue, douleurs angineuses typiques à l'effort et dyspnée. Hospitalisé. Première crise poly-articulaire avec tuméfaction légère. Frémissement et gros souffle systolique rude, râpeux, maxima au 2ᵉ EID. Pouls petit. Tension artérielle : 11-8. E. C. G. : ST décalé et T diphasique dans les trois dérivations. Radio : gros cœur gauche ; pédicule et aorte normaux ; calcifications valvulaires non visibles. Numération globulaire, formule leucocytaire et réactions sérologiques normales.

Trois mois plus tard, œdème malléolaire, dyspnée et douleurs épigastriques. Apparition d'un souffle diastolique. Tension artérielle : 11-6. E. C. G. : modifications de ST et de T disparues. Radio : des calcifications des sigmoïdes aortiques sont visibles. Des douleurs articulaires et un syndrome de claudication du membre inférieur droit avec température irrégulière font penser à une endocardite maligne malgré plusieurs hémocultures négatives. Mort 6 mois plus tard d'un syndrome oslérien.

Autopsie : calcifications nodulaires des valvules sigmoïdes sur les deux faces (fig. 1) avec végétations molles surajoutées et discrètes. L'opacification *post mortem* (fig. 2) met en évidence la sténose aortique (ST). Seule la coronaire gauche s'injecte mais l'interventriculaire antérieure est oblitérée près de la pointe (fig. 3). Les masses aortiques calcifiées sont visibles sur la radiographie du cœur isolé (fig. 3).

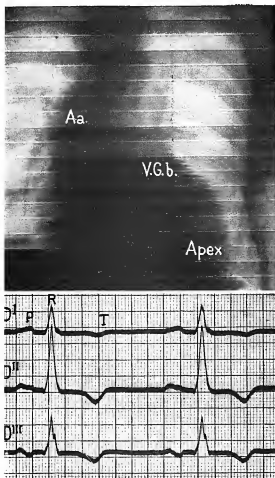


Fig. 4 (obs. II). — Loc..., homme, seul antécédent : diphtérie. Réformé militaire pour cardiopathie. Vie fatigante sans aucun trouble. A 33 ans, apparition de points douloureux précordiaux et de dyspnée d'effort légère. 37 ans : pneumonie guérissant sans séquelles ; la douleur rétro-sternale s'accuse, devient constrictive, liée à l'effort comme la dyspnée. Frémissement et souffle systolique rudes ; max. 3e EID ; souffle diastolique intense ; galop pré-systolique. Pouls petit. Tension artérielle : 8-6. Examen général normal y compris Bordet-Wassermann, urée sanguine, urines, réflexes, etc. E. C. G. : inversion de ST et T dans les trois dérivations standard. Radioscopie : gros cœur gauche ; pédicule élargi, distordu, aorte visible et saillie de l'ascendante. Calcifications des sigmoïdes aortiques en plusieurs taches irrégulières et visibles en OAG, OAD et TG, animées de mouvements de va-et-vient, synchrones des battements cardiaques surtout horizontaux. Phono : double souffle et galop. Kymographie : diminution de l'amplitude des battements à l'apex (fig. 4). Les douleurs constrictives et la dyspnée augmentent de fréquence et d'intensité. Mort en 36 heures par collapsus, à la suite d'une douleur thoracique, vive et persistante.

Autopsie : rupture de l'aorte sus-sigmoïdienne avec anévrysme disséquant et infiltration sanguine de tout le médiastin. Injection des coronaires : la droite est normale, la gauche est régulièrement diminuée de calibre. Calcifications valvulaires avec fusion des valves et fenestration du diaphragme ainsi formé.

Fig. 7 (obs. V). — Jac..., femme, 59 ans. Pas d'antécédents. Dyspnée d'effort progressive depuis 3 mois et œdème malléolaire depuis 3 semaines. Gros souffle systolique en jet de vapeur endapexien, s'étendant vers le 2e EID et le 3e EIG. Souffle diastolique plus doux sus-xiphoïdien et 2e et 3e EID. Tension artérielle : 13-8. Radio : thorax scléreux. Cœur augmenté dans sa portion ventriculaire gauche. Aorte peu modifiée. Calcifications valvulaires bien visibles en OAD et TG. Kymographie : battements amples et normaux du bord gauche du cœur.

seule masse particulièrement importante est entourée d'une ou plusieurs ombres de dimensions beaucoup plus réduites. Les mouvements de ces ombres visibles sous toutes les incidences au sein de la masse cardiaque, sont caractéristiques. Ils sont synchrones de ceux du cœur et consistent en un mouvement « dansant » d'élévation et d'abaissement, vaguement circulaire ou éliptique. Parfois, les masses s'écartent et se rapprochent suivant les différentes phases de la révolution cardiaque.

Ces caractères permettent de distinguer les calcifications de la sténose aortique de celles des valvules mitrales, différentes par leur forme, leurs mouvements et leur siège. De même, les calcifications des valvules aortiques, en forme de virgules qui continuent sur le bord libre des sigmoïdes, les calcifications de l'aorte ascendante et qui ne coexistent pas obligatoirement avec une sténose, ont un aspect bien différent.

L'étude radiologique de la cinétique cardiaque, soit en simple radioscopie, soit surtout par la radiokymographie, montre que, tandis que la base du ventricule gauche est animée de déplacements amples et d'une morphologie habituelle, toute la région apexienne présente souvent des battements diminués dans leur amplitude et altérés dans leur morphologie.

Electriquement enfin, ces malades présentent outre une déviation fréquente de l'axe électrique à gauche, une inversion également fréquente de l'onde T dans plusieurs dérivations.

D'après les observations que nous avons pu recueillir au cours de ces dernières années, les sujets atteints de cette affection peuvent se diviser schématiquement, en deux catégories. Les uns âgés (60 ans et plus), se présentent comme des scléro-athéromateux dont l'insuffisance cardiaque est dominée par de la dyspnée avec tendance marquée à l'œdème aigu pulmonaire. Les autres, jeunes (30 à 40 ans), offrent dans leurs antécédents, avec une fréquence remarquable, la notion d'une cardiopathie généralement décelée lors de leur service militaire. Quand ces sujets viennent nous consulter, c'est non seulement pour de la dyspnée, mais souvent aussi pour des phénomènes angoreux et parfois pour des syncopes d'effort.

Chez les uns comme chez les autres, l'évolution se fait vers une insuffisance cardiaque irréductible. La mort peut survenir brusquement au cours d'une crise angoreuse ; elle peut être hâtée du fait d'une endocardite infectieuse greffée sur la lésion initiale, ou du fait d'un anévrysme disséquant.

Ce tableau clinique, que nous venons de résumer très rapidement, s'explique par la nature même des altérations de l'orifice aortique. La lésion est, en effet, constituée par des masses en « chou-fleur », calcifiées, siégeant sur les deux faces des sigmoïdes aortiques et se prolongeant parfois par une « coulée » qui s'étend sur la grande valve de la mitrale. Ces masses calcifiées, souvent volumineuses, remontent, en outre, sur la face interne de l'aorte et tendent à combler le sinus de Valsava. Au total, ces calcifications rétrécissent la lumière de l'orifice aortique dans des proportions souvent considérables et peuvent obturer presque complètement — sans toutefois les pénétrer — les orifices des coronaires.

L'étiologie de la sténose aortique calcifiée est, jusqu'à présent, très imprécise. Certes, le rhumatisme articulaire aigu se retrouve dans les antécédents de quelques-uns de ces malades et il n'est pas exceptionnel de constater, associée à la lésion aortique, une atteinte de la mitrale, mais ces faits sont loin d'être la règle. Plus rare est encore la notion d'une malformation congénitale. Il est possible qu'il faille invoquer à l'origine de la sténose aortique calcifiée des processus différents. Chez les sujets âgés, il pourrait s'agir d'un processus essentiellement dégénératif ; chez les sujets jeunes, d'un processus initialement inflammatoire. Quoi qu'il en soit, un fait reste : il s'agit d'une affection relativement fréquente et grave que l'on doit dorénavant rechercher systématiquement chez les sujets porteurs d'un souffle systolique aortique et dont le diagnostic peut être nettement établi à l'heure actuelle, par une exploration radiologique correctement pratiquée.

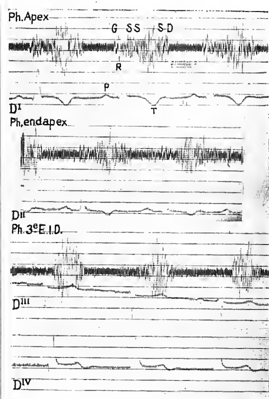


Fig. 5 (obs. III). — Gla..., homme, sans antécédents, ni aucun trouble fonctionnel, 54 ans : apparition de syncopes, fait découvrir une cardiopathie. Souffle systolique piaulant, rude, intense, et souffle diastolique. Tension artérielle : 13-8. E. C. G. : prépondérance gauche ; T I, T II négatifs, T III positif, T IV diphasique. Phono : double souffle. Radio : gros cœur ; gros ventricule gauche. Aorte un peu déroulée et sinueuse. Calcifications valvulaires en OAD et profil. Kymographie : battements amples sur toute la hauteur du bord gauche.

BIBLIOGRAPHIE

E. Donzelot, R. Heim de Balsac et Pergola : Deux cas cliniques de sténose aortique calcifiée. Com. à la Société de Cardiologie, séance du 18 Octobre 1942. In *Archives des Maladies du Cœur*, 1942, **35**, 183-186. Discussion, *Idem*, 1943, 16. — P. Soulié, R. Heim de Balsac et G. Marquis : La sténose aortique calcifiée. Com. à la Société de Cardiologie, séance du 18 Octobre 1942. In *Archives des Maladies du Cœur*, 1942, **35**, 177. — J. Lenègre et A. Mathivat : Le rétrécissement aortique calcifié (à propos de 55 observations personnelles). *La Semaine des Hôpitaux*, 1944, **20**, 315.

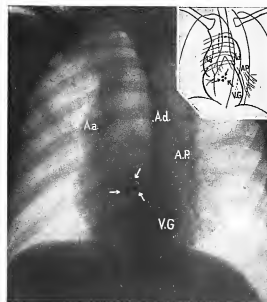


Fig. 6 (obs. IV). — Ben..., homme. Cardiopathie décelée au service militaire. Aucun trouble fonctionnel (que quelques palpitations). Aucun antécédent : ni rhumatisme articulaire aigu, ni syphilis. A 30 ans, apparition de fatigue, dyspnée, et, à 36 ans, de douleurs constrictives précordiales, liées à l'effort. Frémissement et souffle systolique piaulant, maxima : 2e EID s'entendant dans le dos et dans toute la région précordiale. Tension artérielle : 11-9. E. C. G. : prépondérance gauche. T normaux. Phono : gros souffle systolique, diastole pure. Radio : cœur à peine modifié, légère saillie de l'aorte ascendante. Calcifications valvulaires visibles en OAD, OAG et transverse ; une retouche destinée à les rendre plus visibles a été opérée sur notre figure.

LES ACCIDENTS NERVEUX PERMANENTS DE L'HYPERINSULINISME

PAR MM.

R. BOULIN, R. MALLET et ULLMANN

(Paris)

L'un des principaux caractères des accidents hypoglycémiques est d'être transitoires et de se dissiper dès que la glycémie se relève. Cependant il n'en est pas ainsi lorsque le choc hypoglycémique a déterminé des lésions qui vont lui survivre. C'est ainsi qu'un infarctus du myocarde, une hémorragie rétinienne pourront se révéler dans les heures qui suivent le retour à la conscience. Nous avons jadis rapporté avec Marcel Labbé l'histoire d'un malade qui, deux mois après un choc hypoglycémique sévère conservait une hémiplégie droite avec aphasie.

L'observation que nous publions ici a trait à un petit malade qui, à la suite d'un coma hypoglycémique prolongé, perdit la parole puis l'intelligence et mourut au bout de cinq ans dans un état d'idiotie quasi totale accompagnée de crises d'épilepsie.

Roger B..., âgé de 12 ans. Cet enfant entre à l'hôpital le 28 Avril 1938 dans un état de coma complet.

Il avait été reconnu diabétique trois ans auparavant, à l'occasion d'un épisode de coma acidosique guéri par l'insuline. Depuis il recevait quotidiennement 2 injections de 20 unités d'insuline, mais comme il suivait assez mal son régime, il conservait une glycosurie de 20 à 30 *g*. par vingt-quatre heures.

C'était un bel enfant, de taille et de poids normal, remarquablement intelligent mais indocile et coléreux.

Le 23 Avril 1938, il tombe dans le coma ; les urines renfermant des corps acétoniques, on pose le diagnostic de coma diabétique ; plusieurs injections d'insuline sont pratiquées ; elles sont répétées les jours suivants, l'état ne subissant aucune amélioration.

Le 27 Avril, l'un de nous est appelé auprès du malade. Le diagnostic de coma hypoglycémique est évident, la perte de connaissance est absolue ; il existe des contractures généralisées, un trismus violent, un signe de Babinski bilatéral. Les urines ne renferment pas de sucre, mais les réactions de Legal et de Gerhardt sont fortement positives, éventualité possible au cours du coma hypoglycémique.

Une injection intraveineuse de sérum glycosé hypertonique met fin immédiatement aux contractures et au coma, mais l'enfant demeurant somnolent, nous conseillons son transfert dans notre service.

Le 28 Avril, à son entrée à l'hôpital, l'enfant est de nouveau dans le coma. Il ne s'agit pas d'un coma hypoglycémique, car les urines renferment du sucre en abondance et la glycémie atteint 1 *g*. 70. Il ne s'agit pas non plus d'un coma acidosique ; si les urines en effet renferment des corps acétoniques en abondance, comme en font foi les réactions de Legal et de Gerhardt, par contre la réserve alcaline n'est que légèrement abaissée (41 vol.). En raison cependant de l'acétonurie abondante, le malade reçoit dans la journée 150 unités d'insuline et une contre-partie de sérum glycosé hypertonique suffisante pour maintenir une glycosurie abondante.

Le 29 Avril, l'acétonurie diminuant, la dose d'insuline est réduite à 80 unités. Glycosurie abondante. Examen somatique négatif. Le malade est toujours dans le coma. La ponction lombaire ramène un liquide normal.

Le 30 Avril, l'enfant sort du coma et d'emblée l'on est frappé par son comportement spécial ; il présente une agitation désordonnée, accompagnée de haussements d'épaule, de réactions vives de défense. Il n'articule aucun mot. Il ne répond aux questions qu'on lui pose que par des grognements inarticulés. Par contre, la force musculaire paraît conservée, égale des deux côtés. Il n'y a pas de signe de Babinski.

On se trouve, en somme, en présence d'une aphasie totale, portant à la fois sur l'expression et sur la compréhension du langage ; cette aphasie paraît isolée ; il n'existe aucun autre symptôme d'une atteinte du système nerveux central.

Les jours suivants, la situation s'améliore modérément. L'enfant arrive à émettre des sons correctement modulés, mais dépourvus de toute signification : il s'agit en somme d'une jargonaphasie typique. La parole répétée est de même, au début, extrêmement troublée, mais très rapidement l'enfant devient capable d'émettre des mots simples et brefs tels que « bouche, mains, pieds ». Par contre, la surdité verbale demeure absolue ; le malade répond tout au plus à l'appel de son nom ; en revanche les ordres les plus simples ne sont pas exécutés. L'écriture est possible, mais très atteinte ; il écrit son prénom, d'ailleurs inexactement, « Boger », ou encore trace indéfiniment le mot « Prins » dont sa mère ne peut donner aucune explication. L'écriture dictée est incompréhensible. L'écriture copiée est servile.

La mimique, par contre, paraît normale et bien adaptée, la coordination motrice parfaite dans l'habillage et le déshabillage, même dans les mouvements les plus déliés. Les gestes symboliques sont compris de l'enfant. En revanche la lecture à haute voix est impossible.

Un tel état va se prolonger pendant plus de cinq ans. Dans les premiers mois une certaine amélioration semble se dessiner, en ce sens que l'enfant deviendra capable d'exécuter des ordres à condition qu'ils soient simples.

Six mois après l'ictus hypoglycémique apparaissent des crises d'épilepsie typique. Elles se reproduisent une à deux fois par semaine, puis se raréfient sous l'action du gardénal.

En Février 1939, l'enfant ne parle toujours pas. Il répond « mais non » à toutes les questions. Il effectue quelques travaux simples, collectionne les timbres-poste. Il n'a plus de crises d'épilepsie, mais des secousses musculaires ou des absences. En Avril 1939 il parvient à écrire correctement son nom. Il subit l'évolution pubertaire.

En Février 1940, la situation s'est aggravée. L'enfant perd connaissance plusieurs fois par jour ; souvent surviennent à cette occasion des mouvements convulsifs. Il n'émet aucun son articulé, mais seulement des cris ou des grognements. Il n'exécute plus les ordres, même les plus simples. Il comprend son nom et continue à s'habiller et à se déshabiller tout seul.

En Août 1940, l'affaiblissement intellectuel s'est accentué ; le malade n'émet aucun son ; son activité est nulle ; il ne sait plus ni s'habiller, ni se déshabiller, ni uriner, ni aller à la selle. Il reste tout le jour durant hébété, immobile, silencieux. Cet état demeure stationnaire jusqu'au 11 Novembre 1943, où l'enfant succombe.

Cette observation peut se résumer en somme de la façon suivante :

Un coma hypoglycémique pendant cinq jours;

Un coma probablement encéphalique d'une durée de deux jours;

Un état séquelle d'aphasie de Broca compliqué de crises d'épilepsie puis d'une perte totale des fonctions intellectuelles, aboutissant à la mort.

Une telle histoire est, semble-t-il, unique parmi les accidents connus de l'hyperinsulinisme. La sévérité particulière de cette complication paraît en relation avec la durée anormalement prolongée du coma hypoglycémique qui dura cinq jours, alimenté par des injections répétées d'insuline.

On connaît bien maintenant les lésions nerveuses créées par le choc hypoglycémique. Les travaux cliniques et expérimentaux de Brucke, d'Ehrmann et Jacoby, de Morsier et Mozer, de Bodechtel, de Terbrugger, d'Accornero, de Dunner, d'Ostertag et Thannhauser nous ont appris qu'une hypoglycémie de courte durée détermine au niveau de l'encéphale, en particulier du cortex et des noyaux gris, de l'œdème, de la congestion, des hémorragies, même.

Mais si l'abaissement de la glycémie se prolonge on voit se produire une véritable nécrose des cellules nobles avec prolifération névroglique et neuronophagie. De vastes lésions de cet ordre étaient vraisemblablement en jeu chez notre malade.

Cette observation met en lumière le redoutable danger des accidents hypoglycémiques. Après avoir utilisé l'insuline avec timidité, beaucoup de médecins l'emploient maintenant avec témérité, et avant la guerre, les cas de coma observés chez les diabétiques étaient dus plus fréquemment à l'hypoglycémie qu'à l'acidose; fréquemment nous nous sommes trouvés en présence de cas de coma hypoglycémique aggravé par un traitement insulinique intempestif, le médecin l'ayant considéré comme un coma acidosique. Une des causes d'erreur fréquente est l'existence possible d'acétonurie au cours du coma hypoglycémique ; c'est cette dernière qui avait provoqué chez le malade dont nous rapportons l'observation l'erreur thérapeutique qui devait lui être fatale. Le coma hypoglycémique, avec son début brutal, les contractures qui l'accompagnent, le trismus, le signe de Babinski bilatéral, comporte une symptomatologie assez riche pour que même en l'absence des données de laboratoires la confusion doive ne pas être possible.

CONSÉQUENCES OBSTÉRICALES DE LA CURIETHÉRAPIE UTÉRINE

FRÉQUENCE DES AVORTEMENTS ET DYSTOCIE CERVICALE

PAR MM.

J. BRET, Assistant en Obstétrique des Hôpitaux de Paris, et **J. DEPLUS**

Les sténoses cervicales post-thérapeutiques sont des éventualités dont la fréquence n'est pas négligeable. Les défenseurs les plus autorisés de l'usage d'un caustique comme le Filhos reconnaissent que dans 5 pour 100 des cas environ l'accouchement s'accompagnait de troubles de la dilatation. Il n'est pas jusqu'à l'électrocoagulation qui entraîne des sténoses serrées, bien que la qualité de la cicatrice soit théoriquement meilleure, car plus souple.

Nous considérons avant tout ici des sténoses consécutives à l'usage d'un agent particulier : le Radium.

Le radium (consulter à ce sujet « le Radium en Gynécologie » de Siredey et Gagey) a été et reste largement utilisé pour des affections gynécologiques autres que les néoplasies : fibromes, hyper- ou aménorrhée, stérilité. Si l'usage de cet agent thérapeutique est susceptible d'être suivi de succès, il convient de ne pas oublier à quel prix.

Quelle que soit la dose employée, il crée une sclérose. Cette sclérose entraîne une sténose du col, qui, comme nous le verrons plus loin, ne paraît pas présenter de caractère particulier lors de l'accouchement, sauf peut-être son degré très accusé qui nécessite des interventions dans une proportion de 60 à 70 pour 100 non observée avec les autres agents thérapeutiques parce que, dépassant la barrière muqueuse, il atteint le tissu musculaire du col.

Mais à l'encontre de ceux-ci qui agissent localement, n'attaquant que la muqueuse du col, le radium par son essence même et conséquence inévitable de l'action recherchée à distance sur les ovaires, placé dans la cavité utérine, agit également sur celle-ci. A la sclérose uniquement cervicale, s'ajoute une sclérose utérine qui entraînera, en dehors de la marche particulière de l'accouchement, une évolution toute particulière de la gestation.

Voici d'abord l'observation qui a été à l'origine de ces notes :

Mme D..., 7e pare, 33 ans, est admise au dortoir de l'Hôpital Saint-Antoine le 19 Septembre 1939 pour être surveillée, parce que cette femme arrivant près du terme a une présentation de l'épaule.

Antécédents personnels : Ses règles sont irrégulières abondantes, douloureuses et durent huit jours.

Elle a eu de 1926 à 1933 5 accouchements normaux qui ont donné naissance à 5 enfants vivants dont le poids moyen a été de 3 *kg*. 700. Un seul de ses enfants est décédé à 17 mois.

De Janvier à Décembre 1936, les règles disparaissent. En Décembre 1936, cette femme fait une hémorragie assez importante et continue à perdre tous les jours.

Le 27 Février 1937 on fait une hystérométrie qui montre une cavité longue de 11 *cm*. On fait un curettage le 1er Mars 1937 ; la biopsie permet de faire le diagnostic de métrite hyperplastique.

Le 5 Mars 1937 on fait une application de radium sous anesthésie ; durée de l'application, cinquante-quatre heures. Dose totale : 27 *mcd*. L'application a été faite dans la cavité cervicale et dans la cavité utérine. La malade revoit ses règles du 27 Mars au 8 Avril 1937, la cavité utérine est alors longue de 8 *cm*. 5.

En ce qui concerne la gestation actuelle, les dernières règles sont du 20 Novembre 1938, la grossesse s'est passée normalement, les urines ont toujours été normales, la tension artérielle est de 12-8,5. L'examen général ne montre rien de particulier.

Pendant son séjour au dortoir, du 20 Septembre au 30 Octobre 1939, cette femme ne présente aucune douleur, mais le fœtus reste en transverse. Les bruits du cœur fœtal ne sont pas entendus, toutes les tentatives de version par manœuvres externes échouent.

Brusquement, le 30 Octobre, à 11 heures, cette femme présente des pertes de liquide amniotique abondantes : le cordon pend hors de la vulve. L'aspect des pertes et du cordon suffisent à diagnostiquer la macération fœtale.

A 11 h. 30 le col est entr'ouvert, les douleurs sont apparues fortes et rapprochées, l'utérus reste tendu entre les contractions. A 12 h. 15 on fait une injection de 5 mg. de chlorhydrate de morphine. On décide d'attendre la dilatation de 5 fr. puis de faire une version. La dilatation restant stationnaire, on pose à 13 h. 30 un ballon de Champetier de Ribes de 250 cm^3.

A 14 h. 55, la dilatation n'a pas progressé, l'utérus est toujours aussi tendu. A 16 h. 30, la dilatation arrive péniblement à 5 fr. A 19 h. 30, le ballon tend à s'extérioriser mais il est retenu au niveau du col. A 22 h. 30, on décide d'abaisser un pied. Anesthésie profonde au chloroforme.

L'introduction de la main dans l'utérus est très difficile car si la partie intravaginale du col paraît assez souple et semblerait vouloir se dilater, au-dessus d'elle se trouve un anneau de sclérose en virole, indilatable. On arrive cependant à abaisser le pied gauche jusqu'à la vulve, très prudemment, car l'utérus reste dur.

Le 31 Octobre, à 1 heure, la dilatation n'a toujours pas progressé, la cuisse fœtale gauche est bridée sur tout son pourtour, l'utérus est dur, légèrement sensible. Sur les conseils de M. Sureau, on tente de pratiquer une embryotomie ; si celle-ci est impossible on terminera par une hystérectomie.

A 2 heures du matin la température monte à 37°, l'utérus se rétracte sur le fœtus. On préfère pratiquer une hystérectomie en bloc. Comme temps préparatoire on fait une désarticulation du genou gauche de façon à supprimer la jambe qui est restée plusieurs heures hors de la vulve.

A 3 h. 10. Intervention. Hystérectomie en bloc (Opérateur, M. Bret, Aide, Mlle Bournisen). Anesthésie à l'éther. Cette intervention est pratiquée suivant la technique classique ; le col est sectionné progressivement autour de la cuisse fœtale qui est restée intravaginale. La péritonisation est très satisfaisante, on termine en mettant un drain vaginal et un Mikulicz avec 2 mèches.

Le ligament large n'était le siège d'aucune lésion de sclérose.

Les suites opératoires sont excellentes et la femme sort complètement cicatrisée le 25 Novembre 1939.

La section de l'utérus après l'intervention a montré qu'il était d'une dureté ligneuse, surtout dans la région isthmique, le fœtus ne présente aucune malformation, le placenta est inséré au niveau du fond.

Examen histologique (M. Varangot), de 2 fragments utérins prélevés l'un au niveau du segment inférieur, l'autre au niveau du corps et d'un fragment ovarien.

L'utérus présente une sclérose marquée. Les espaces intermusculaires sont remplis par des bandes de collagène qui dissocient les cellules musculaires. La sclérose prédomine autour des vaisseaux. Sur les préparations colorées au trichrome de Masson, elle est particulièrement évidente.

L'ovaire présente une corticale très mince et l'on ne trouve que des follicules kystiques et quelques très rares follicules primordiaux. Il n'y a pas de trace de corps jaune récent.

Du point de vue historique certains faits méritent d'être rappelés :

a) *La sténose cervicale.* — Döderlein, en 1913, traite une femme par le mésothorium et l'accouchement se produit normalement.

Vital-Aza, en 1917, traite un cancer du col chez une femme enceinte : l'évolution de l'accouchement échappe, car le Prof. Recasens, à terme, pratique une césarienne d'emblée.

C'est en 1923 que Vignes et Cornil publient l'observation d'une femme qui présente un avortement très dystocique après radiumthérapie pour fibrome.

La même année, Metzger et Lequeux sont les témoins, chez une femme antérieurement traitée pour cancer du col utérin, d'un accouchement très dystocique nécessitant une application de forceps très difficile, après incisions du col.

Les années suivantes, d'autres observations du même ordre furent publiées : Castano (1927), Laffont et Fulconis (1932), Kane (1937).

A l'encontre de ces faits, Wickham et Toufflet (1932), Lacomme et Olivier Pallud (1936) publient les observations de femmes qui accouchent très normalement.

Que ces dernières éventualités soient heureuses, c'est un fait. Il semble que la dystocie soit la règle et avec Couvelaire, Portes et de Nabias (1923), il semble que la césarienne pratiquée systématiquement soit la conduite donnant toute sécurité dans tous les cas, même lorsque la curiethérapie a été pratiquée pour une affection autre que le cancer cervical.

b) La sclérose du corps utérin fait partie des lésions régressives entraînées par l'action des rayons γ, qu'on peut retrouver au niveau du paromètre. Histologiquement, elle aboutit à une raréfaction du tissu noble, la fibre musculaire, remplacée par une sclérose collagène importante d'abord périvasculaire, aboutissant parfois à l'oblitération des vaisseaux.

Anatomiquement, lorsqu'on est amené à pratiquer une section du muscle, on constate la dureté des tissus (Le Lorier, Douay et Mayer, Castano).

Fonctionnellement à la sténose cervicale s'ajoute une inextensibilité de la cavité utérine et ce fait fait entrevoir, dès à présent, la fréquence des avortements observés par Siredey (1921) et ultérieurement par de nombreux auteurs.

La fréquence de la grossesse après emploi du radium est difficile à évaluer.

Elle est nulle avec les techniques actuellement employées qui sont stérilisantes et avec des doses suffisamment prolongées dans les cas de cancer utérin. Tout retour des règles ou l'existence d'une grossesse sont *a priori* le témoin d'un traitement incomplet.

Les doses employées laissent peu d'espoir à une fécondité retrouvée. Aucun élément ne peut par avance laisser prévoir un retour à l'activité ovarienne qui est fonction de la réceptivité variable suivant les organismes.

Quant aux autres affections, il est préférable étant donné cette notion de variabilité dans la réceptivité des malades de ne pas l'employer si l'on envisage dans l'avenir la possibilité d'une gestation.

En effet, la qualité de celle-ci après curiethérapie est telle que de grandes réserves sont à apporter quant à son évolution.

Nous avons retrouvé un certain nombre d'observations (thèse) qui montrent les faits suivants :

Sur 23 femmes qui furent enceintes et présentèrent 34 grossesses, il y eut 9 avortements et 6 accouchements prématurés.

La dose de radium utilisée ne paraît pas entrer en ligne de compte : les femmes ont reçu des doses très variables ; l'application de radium dans les cas a été aussi bien cervicale qu'intra-utérine.

Par ailleurs, si la gestation va à terme, la proportion des enfants qui naissent vivants est très petite : les 33 grossesses considérées précédemment n'ont donné que 12 enfants vivants, soit 36 pour 100. Il est à remarquer d'ailleurs que la mort fœtale n'est pas uniquement imputable aux manœuvres souvent difficiles auxquelles oblige l'accouchement, mais que les enfants sont souvent morts ou macérés avant tout travail.

Ici encore, ni l'intensité du traitement, ni l'affection pour laquelle la curiethérapie a été instituée n'entrent en ligne de compte : le pronostic n'est pas plus réservé, quant à l'enfant, s'il s'agit d'un néoplasme ou d'une métrite hyperplasique.

En résumé, lorsqu'une gestation se développe chez une femme traitée antérieurement par le radium pour une affection génitale, on ne peut espérer la voir se terminer à terme favorablement par la naissance d'un enfant vivant qu'une fois sur trois.

Reste à considérer ce qu'on a appelé l'enfant des rayons.

On sait que même lorsque le traitement n'est pas contemporain de la grossesse certains auteurs considèrent l'irradiation de l'ovaire susceptible d'être à l'origine de malformation fœtale. Ce fait a surtout été considéré à ce point de vue en cas de radiothérapie.

En ce qui nous concerne, nous n'avons pas retrouvé de malformations notées dans les observations que nous avons étudiées.

Le travail de l'accouchement, à quelques particularités près, évolue de la même façon que dans les autres sténoses, mais les anomalies sont ici particulièrement accusées et au premier chef, celles de la dilatation.

La rupture prématurée des membranes est presque la règle.

L'altération plus ou moins apparente du segment inférieur peut même entraîner une adhérence serrée des membranes et du placenta à la muqueuse (Howard, F. Kane).

Les troubles de la contraction sont presque la règle (dans 50 pour 100 des cas), tenant tant à l'altération de la fibre musculaire qu'à l'obstacl créé par un col qui ne se dilate pas ou mal.

En effet, il est possible que la dilatation se fass aux dépens d'une partie seulement du col et arriv à se compléter ; mais souvent le col se présente sou l'aspect d'un anneau inextensible, en virole, for mant avec les parties avoisinantes indurées « un coupole de consistance ligneuse ».

La dilatation atteint 2 ou 5 fr. puis reste station naire, quoi qu'on fasse.

Parfois, le col paraît s'ouvrir progressivement les lèvres de son orifice externe s'éloignant pro gressivement l'une de l'autre. En réalité, la sténos siège plus haut ; le toucher manuel profond la fai découvrir à la partie basse du corps utérin (Howard F. Kane).

Ces troubles aussi accusés, joints à la mor fœtale si fréquente, favorisent l'infection amnio tique qui prend une évolution rapide et souven sévère (Vignes et Cornil, Le Lorier, Douay, Mayer)

Aussi ne sommes-nous pas surpris d'avoir l l'histoire d'accouchements très laborieux : on pratiqué des incisions du col (Fox et Rossignoli Laffont et Fulconis, Metzger et Lequeux) souven profondes sur des tissus ayant perdu leur souplesse et toujours suivies de poses de forceps très diffi ciles, dangereuses et pour la mère et pour l'enfant

Toutes les autres tentatives de dilatation, soi bimanuelle (Castano, Fox et Rossignoli), soit pa ballons (Castano) sont vouées à l'insuccès.

Malgré l'utilisation par le fœtus au cours de avortements d'un orifice de dilatation beaucou moindre, les dystocies n'y sont pas moins fré quentes et sévères.

Vignes, chez une femme enceinte de cinq moi et demi, dut avoir recours à 3 incisions du co et à une cranioclasie. Castano, pour aboutir à un extraction de fœtus en morceaux, dut utiliser l force de 4 opérateurs différents pour vaincre l'obs tacle opposé « par les tissus durs et craquant sou le bistouri ».

Aussi paraît-il sage de considérer l'accouchemen chez une femme traitée antérieurement par l radium, grevé au départ de tels risques, que l'in tervention par voie abdominale dès le début d travail, est la seule conduite possible. En ce qu concerne les cancers utérins traités, Couvelaire Portes avaient adopté cette attitude systématiqu et il faut y avoir recours, quelle que soit l'affectio à l'origine du traitement.

Cette intervention permet à tout le moins d sauver un enfant que l'expérience montre si fragile

Si celui-ci est mort ou macéré, l'embryotomie lorsque la dilatation est suffisante, reste l'opératio de choix ; mais elle est toujours difficile, sino impossible. Aussi, bien souvent, de même qu lorsque l'infection amniotique est apparue et pren d'emblée une allure sévère, l'hystérectomie en blo doit être pratiquée, qu'on soit à terme ou no (Le Lorier, Douay et Mayer) et suivie d'un larg drainage.

L'étude de ces dystocies appelle par ailleurs quel ques réflexions quant à l'emploi du radium.

Son action est indiscutable et remarquable dan les néoplasies. Elle a de nombreux défenseurs pou le traitement des fibromes, mais encore à la condi tion quelle soit réservée aux femmes en fin d'acti vité génitale et chez qui la thérapeutique hormonal a échoué ou lorsque l'idéale myomectomie es impossible.

Des réserves plus formelles doivent être faite quant au traitement d'emblée de la stérilité, de hypoplasies utérines et des métrorragies fonction nelles.

Nogier considérait le radium comme l'agent thé rapeutique de choix, le « seul rationnel et scienti fique », comme l'a écrit Carlo Alberto Castano L'activité des produits hormonaux actuellement e notre possession n'est pas un mythe et les succè enregistrés avec leur emploi doivent soustraire u nombre considérable de ces affections au curiethé rapeute.

Le radium chez les femmes en période d'activit génitale doit être réservé au traitement des néo plasies.

BIBLIOGRAPHIE

Bret : La grossesse et l'accouchement après curiethérapi cervico-utérine. *Thèse Paris*, 1941.

LES DIASTASIS SACRO-ILIAQUES

Par **Raphaël MASSART**

(Paris)

Il faut entendre par *diastasis sacro-iliaque* un ensemble de lésions de la partie postérieure du bassin, se caractérisant par une mobilité anormale du sacrum qui, mal fixé entre les deux os iliaques, tourne, bascule et prend une position oblique, asymétrique, dont le retentissement est important sur le squelette, particulièrement sur l'équilibre du rachis et sur la statique des membres inférieurs.

A l'état normal, le sacrum enfoncé comme un coin entre les deux surfaces articulaires des os iliaques et réuni à elles par de puissants ligaments, forme la pièce intermédiaire entre le rachis et la ceinture pelvienne; le joint articulaire qui unit le sacrum aux os iliaques n'est en réalité pas une articulation véritable, c'est une apposition, elle ne procède pas, comme les grandes articulations des membres, de la vacuolisation d'un blastème osseux et elle ne saurait, ni embryologiquement, ni anatomiquement leur être comparée.

Il est possible de concevoir: que cette union du rachis à la ceinture pelvienne ne se réalise pas toujours de façon parfaite, qu'une certaine mobilité persiste ou vienne à se produire entre des os qui juxtaposent les reliefs de leurs étroites surfaces ostéo-cartilagineuses et ne sont réellement unis que par un système de muscles et de ligaments, sans l'intermédiaire d'une capsule et d'une synoviale. Au cours du cycle menstruel, au cours de la gestation, au cours de l'accouchement, cette articulation est le siège de mouvements dont l'étendue est difficile à préciser et il est certain qu'au moment de la puberté elle subit, comme l'appareil génital et le bassin, une évolution particulière.

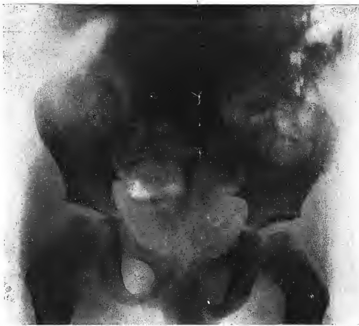


Fig. 1. — Garçon, 3 ans... Diastasis de la croissance. Venu consulter pour une inégalité légère des membres inférieurs.
La radio montre la bascule du bassin, cause de l'inégalité, l'asymétrie des deux ailes iliaques ainsi que des articulations du sacrum.

La situation profonde du sacrum, la difficulté qu'on a, à se rendre compte cliniquement de sa position exacte, ont longtemps laissé ignorer les altérations du joint sacro-iliaque et c'est avec les techniques modernes de la radiographie, qu'il nous a été possible de reconnaître et de classer des altérations qui paraissent beaucoup plus fréquentes qu'on ne pourrait le croire.

Le diastasis sacro-iliaque se manifeste radiologiquement par son retentissement sur l'équilibre du rachis, et sur la statique des deux hanches, beaucoup plus que par un aspect particulier de son interligne: en effet, de par l'obliquité de leurs surfaces articulaires, les articulations du sacrum sont difficiles à obtenir sur un cliché et de ce fait des modifications de rapports, qui, sur d'autres articulations se traduisent par des images faciles à lire, risquent à la sacro-iliaque de passer inaperçues.

C'est la raison pour laquelle, chez tout malade dont on désire examiner les sacro-iliaques, il est indispensable de faire la radiographie en position d'appui, *le malade debout* et non dans un décubitus dorsal qui, en appuyant le sacrum contre la plaque, atténue ou fait disparaître les déplacements; pourtant c'est la plupart du temps ainsi que l'on procède.

Lorsque le diastasis est très marqué et que la radio est correctement prise, l'examen du cliché montre un sacrum asymétrique, dont les parties droite et gauche paraissent différentes d'aspect: l'articulation du sacrum et de la 5e lombaire n'est plus horizontale et fréquemment la vertèbre montre déjà un début de rotation, avec une bascule du rachis, d'un côté du corps.



Fig. 2. — Jeune fille..., 14 ans. Début de scoliose lombaire grave, par diastasis sacro-iliaque.
Noter l'asymétrie des images des os iliaques et du sacrum.

Si le cliché, par son étendue, permet de voir les iliaques en totalité, comme nous le recommandons toujours, l'asymétrie du côté droit, par rapport au côté gauche est manifeste, les deux ailes iliaques n'ont pas la même forme, il en est de même des branches ischio-pubiennes et du trou obturateur, dont l'ovale se projette différemment à droite et à gauche; souvent l'asymétrie atteint aussi les surfaces du pubis et là elle se traduit par un décalage des deux os. L'examen comparatif des articulations coxo-fémorales qui suivent le déplacement de l'os iliaque montre, lorsque le diastasis est important, que les sommets des deux trochanters droit et gauche ne sont plus à la même hauteur et que cette différence de niveau des deux côtés se traduit par une véritable diminution de longueur de l'un des membres, dont il faut rapporter la cause au diastasis.

Ces aspects radiologiques, quelquefois plus discrets, sont cependant faciles à déceler sur les clichés pris debout; il peut être intéressant parfois de faire une contre-épreuve: celle-ci consiste à faire une seconde radiographie, le malade couché, la tête en bas et *suspendu par les jambes;* raccourcissement, asymétrie et déformations s'atténuent ou même disparaissent si le sujet est jeune et les déformations mal fixées.

Cliniquement c'est par ses retentissements sur le rachis et sur le bassin que l'attention est attirée sur le diastasis.

Les raccourcissements inexpliqués des membres inférieurs, les déviations du rachis sont, dans la plupart des cas, la conséquence du diastasis sacro-iliaque et beaucoup de déviations vertébrales de l'adolescence n'ont pas d'autre origine que l'union imparfaite du sacrum et des os iliaques.

Parmi les causes habituelles favorisant ou produisant le diastasis, les traumatismes semblent n'avoir que peu de part; de temps à autre, après un gros accident (bombardement, accident d'auto ou d'avion), nous avons observé un diastasis par lésion osseuse ou ligamenteuse. Les phénomène douloureux qui accompagnaient ce diastasis dominaient alors le tableau clinique, rendaient la position en appui impossible et laissaient, après un



Fig. 3. — Femme, 35 ans... Gros diastasis sacro-iliaque avec asymétrie de la 5e pièce lombaire sacralisée, cette malformation s'accompagne souvent de diastasis; noter l'inégalité de hauteur des deux hanches, des deux crêtes iliaques, la bascule du bassin et l'amorce d'une scoliose avec début de rotation?
Du côté droit, l'articulation sacro-iliaque présente des zones de condensation osseuse.

période de phénomènes aigus, une articulation sacro-iliaque mal fixée et un diastasis persistant comme séquelle traumatique.

Il en est souvent de même, après les altérations laissées par les sacrocoxalgies.

Mais, dans la majorité des cas, le diastasis est le fait d'une lente élongation des ligaments chez des sujets, presque toujours des filles, qui ont une laxité ligamentaire exagérée ; comme la plupart des lésions ligamentaires, le diastasis sacro-iliaque est le privilège du sexe féminin dont le bassin doit s'adapter aux gestations et aux changements de forme et de volume qu'elles nécessitent ; au moment de la puberté, les modifications imposées par l'organisme pour s'adapter aux maternités futures ne se limitent pas au seul appareil génital, le bassin y a une large part et ainsi s'expliquent, par l'apparition des diastasis sacro-iliaques, la majorité des déformations vertébrales qu'on observe chez les grandes filles.

Sans l'examen radiographique, ces lésions profondes et basses risquent de rester méconnues, seuls les retentissements frappent la vue : ce sont les scolioses, les cyphoses, les déviations rachidiennes qu'on considère comme des lésions primitives, alors qu'elles ne sont que des compensations vertébrales résultant du diastasis sacro-iliaque. On observe parfois ces déformations dans la première enfance, elles donnent à la marche un caractère particulier, marqué par la rotation interne du membre inférieur et du pied et dont on recherche vainement la raison au niveau de l'articulation de la hanche qui est normale, mais orientée de travers.

Il est probable que si l'usage du corset a, pendant des siècles, été imposé à la jeune fille, c'était précisément pour maintenir plus étroitement serrée la mortaise sacro-iliaque et éviter ces relâchements, ces diastasis, ces déformations qu'on observe maintenant avec de plus en plus de fréquence, depuis que la jeune fille se passe de cet élément de soutien qui jouait son rôle au cours des périodes du cycle menstruel où les ligaments sont relâchés et où le pied s'aplatit.

En attirant l'attention sur un ensemble de troubles ayant pour origine une articulation profondément située, difficile à explorer, dont l'examen radiologique nécessite des techniques un peu particulières, nous pensons apporter au problème des déviations rachidiennes une donnée qui permettra justement d'éviter, en les traitant de façon précoce et comme elles doivent l'être, des lésions qui constituées, posent au chirurgien-orthopédiste des problèmes quelquefois difficiles.

SOCIÉTÉS DE PARIS

ACADÉMIE DES SCIENCES

15 Mai 1944 [1].

Sur l'obtention de la thyroxine marquée par le radioiode et son comportement dans l'organisme. — MM. **Frédéric Joliot, Robert Courrier, Alain Moreau** et **Pierre Sue** concluent de leurs recherches que l'organisme élimine plus intensément l'iode hormonal administré que l'iode ionique. Une fraction de ce dernier est très vite utilisée à la synthèse des substances thyroïdiennes. La répartition des deux formes d'iode dans le sang (globule, plasma) est très différente. D'autre part une partie notable de la thyroxine administrée est dissociée dans l'organisme, comme le prouve la formation de diiodotyroxine et d'iode ionique.

La thyroxine injectée pénètre à la fois dans la thyroïde et dans l'hypophyse, et cette double pénétration peut expliquer la mise au repos de la glande endocrine par l'hormone correspondante. Les auteurs apportent enfin une contribution préliminaire à la traversée placentaire des hormones.

Etude sur le pouvoir métastasant des tumeurs provoquées par les hydrocarbures cancérigènes. — MM. **Gustave Roussy, Maurice** et **Paul Guérin** démontrent expérimentalement, en particulier par la transplantation des tumeurs provoquées s'accompagnant de métastases, que la proportion plus élevée d'animaux porteurs de métastases avec l'emploi des fortes doses d'hydrocarbures cancérigènes était due, avant tout, à la production de tumeur douée d'une virulence spéciale se traduisant par un pouvoir métastasant marqué. C'est à une constatation d'une haute portée biologique, puisqu'elle établit une relation entre le pouvoir de malignité de la cellule cancérisée et l'intensité d'action du corps cancérigène.

Action des anoxémies sur la motricité intestinale. — MM. **R. Grandpierre** et **Claude Franck.** Le déficit en oxygène de l'air inspiré entraîne toujours une diminution de la motricité de l'intestin plus ou moins importante selon le degré d'anoxémie. Cette inhibition est provoquée par un mécanisme direct local au niveau de l'organe même, mais surtout par une action sur les centres nerveux inhibiteurs de l'intestin ; cependant, lorsque l'anoxémie est compliquée d'une hypercapnie, l'effet inhibiteur est masqué, et l'hypermotricité que l'on observe est due à l'action du CO^2 sur les centres intestino-moteurs.

Un cas d'onychomycose dû à une espèce du genre Acremoniella (Allescheriella) A. unguis n. sp. — MM. **Auguste** et **René Sartory** rapportent l'observation, chez une femme de 44 ans, fille de ferme, d'une onychomycose à Acremoniella. C'est la première observation publiée d'onychomycose à Acremoniella. La médication iodée intensive, locale et générale, échelonnée sur une période de plus d'une année a amené la guérison totale.

31 Mai.

Les réactions respiratoires dans le botulisme aigu expérimental. — MM. **Léon Binet, René Legroux, J.-C. Levaditi** et Mlle **M. Poutonnet** signalent, à cause de leur portée pratique en thérapie humaine, les résultats de l'étude des réactions respiratoires que l'animal intoxiqué présente avant sa mort.

Les auteurs étudient en particulier l'enregistrement du rythme respiratoire, abdominal et thoracique, des variations du courant intratrachéal et de la tension artérielle chez les animaux intoxiqués. Une heure après l'injection, tandis que la tension artérielle reste normale, la respiration est fortement troublée ; le débit respiratoire s'effondre, et vers la deuxième heure en moins de deux minutes, on voit s'inscrire la chute verticale de la tension artérielle qui traduit sur les tracés la mort de l'animal.

Ces observations conduisent à soumettre le lapin intoxiqué à une inhalation précoce et permanente d'oxygène pur. L'animal soumis à l'oxygénothérapie vit 4 heures et au delà après l'inoculation. La survie en état d'apnée dans une atmosphère d'oxygène pur peut être interrompue par une défaillance circulatoire. On peut pallier expérimentalement à la gravité d'un tel état par la respiration artificielle.

Ainsi l'intoxication botulique, qui tue par arrêt respiratoire, peut être singulièrement prolongée par inhalation d'O^2 pur complétée par la respiration artificielle. Les auteurs souhaitent que les médecins, aujourd'hui armés en matière d'oxygénothérapie et de respiration artificielle (poumon d'acier) méditent ces faits expérimentaux.

J. Couturat.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

1er Mai 1945.

Sur une série de préparations histologiques trouvées dans le laboratoire d'un professeur allemand. Expériences faites sur l'homme au camp de Struthof. — MM. **Champy** et **Risler** ont étudié une série de préparations saisies par la police française dans le laboratoire du professeur allemand Hirth qui opérait à Strasbourg sur du matériel provenant du célèbre camp de Struthof ; il s'agit de préparations de testicules de sujets auxquels on avait fait plusieurs semaines avant la mort des injections intra-parenchymateuses. L'examen histologique des coupes, les traces des prélèvements sur des cadavres d'internés à Struthof et trouvés au laboratoire de Strasbourg ne laissent aucun doute sur le fait que des détenus, dont un enfant d'une quinzaine d'années, ont servi à cette expérimentation sur l'homme. Les documents sont présentés à l'Académie.

— M. **Chevassu** confirme que les lésions observées sur les coupes projetées ne peuvent être que des lésions provoquées volontairement.

— M. **Richet** tient de médecins dignes de foi, qui ont été les témoins de ces actes, que des expériences de fécondation artificielle suivies de prélèvement de l'utérus, ont été faites dans les camps de détenues, comme celui d'Auschwitz.

— M. **Champy** rappelle qu'un auteur allemand a eu le cynisme de publier en 1943 un travail sur les hémorragies utérines provoquées chez des détenues par l'annonce de leur prochaine exécution.

— M. **Rist** pense qu'une condition préalable à une future reprise des relations scientifiques avec les savants allemands devra être la reconnaissance et le désaveu par eux de pareils actes.

— L'Académie décide de confier à une commission le soin de recueillir tous les témoignages concernant les crimes scientifiques commis par les Allemands.

Les facteurs qui influent sur l'éosinophilie sanguine dans les helminthiases. — M. **Lavier** montre que l'éosinophilie sanguine des helminthiases obéit nettement à certains facteurs ; le plus important est le facteur chronologique ; un certain temps après la pénétration du parasite dans l'organisme, le taux des éosinophiles monte d'abord très rapidement, puis plus lentement et après avoir atteint un maximum descend, vite d'abord, puis avec un ralentissement progressif, finissant par se stabiliser à un chiffre faible. L'espèce parasitaire n'intervient pas dans la forme générale de la courbe mais en détermine les points critiques : date d'apparition du phénomène, date du maximum. Le nombre des parasites influe sur la hauteur du maximum ; celui-ci s'accroît d'abord avec le nombre d'une façon qui n'est pas directement proportionnelle, puis atteint un sommet après lequel il décroît ; ceci explique le paradoxe d'une éosinophilie très faible ou nulle avec une masse parasitaire énorme.

Des facteurs provenant de l'hôte peuvent modifier cette évolution régulière ; une infection concomitante diminue le taux de l'éosinophilie, des phénomènes anaphylactiques l'augmentent. La médication, quelle que soit la nature chimique du produit, détermine d'abord une hausse d'éosinophilie suivie d'une chute beaucoup plus rapide que la normale.

Sur le pourcentage des enfants de Paris correctement vaccinés contre la diphtérie et le tétanos. — MM. **Reverdy** et **Besson** montrent que ce pourcentage n'est que de 60 pour 100 des enfants d'âge scolaire et de moins de 25 pour 100 des enfants d'âge pré-scolaire. Plus des trois quarts des vaccinés correctement l'ont été par les services publics ; il est nécessaire d'intensifier les efforts et en particulier, il faudrait qu'un appel soit adressé aux médecins de famille, leur demandant de pratiquer le plus grand nombre possible de vaccinations associées dans leur clientèle privée, notamment chez les enfants d'âge pré-scolaire.

— Un vœu présenté dans ce sens par M. **Tanon** est adopté par l'Académie.

La graphographie, enregistrement graphique de l'écriture ; ses applications. — M. **Tanon** présente une note de M. **Mallespine** dont les recherches remontent à 1922 ; on fait écrire les sujets sur un plan mouvant dont les mouvements sont compensés par la force contraire d'un dynamomètre et on enregistre les oscillations du plan par la méthode de Marey ; on obtient ainsi un graphique en poids de l'écriture et une trajectoire correspondant au parcours graphique. Chaque individu a une courbe graphique personnelle ; par cette méthode, on peut tester le dynamisme d'un sujet, sa sensibilité, son attention et mesurer la fatigue. La graphographie fournit un moyen d'identification, car on peut contrefaire une signature mais pas un graphogramme.

Sur la valeur d'un territoire lymphatique comme base de la saisie des viandes tuberculeuses. — M. **Bressou** rappelle que la législation sanitaire actuelle prescrit que la tuberculose d'un ganglion entraîne la saisie et la destruction de l'organe ou de la région correspondante ; or, la notion classique de l'existence d'un territoire lymphatique strictement individualisé par un ganglion n'est plus soutenable ; dès 1920, Basset s'élevait contre ce principe et le législateur de 1937 eût été mieux inspiré en ne reprenant pas une notion périmée.

8 Mai.

L'Académie écoute le message radio-diffusé du Général de Gaulle annonçant la fin des hostilités, puis M. **Brouardel,** président, prononce une allocution.

A propos de l'hygiène du lait. — M. **Lesné,** rapporteur, au nom de la Commission du lait et de l'alimentation, insiste sur la souillure actuelle du lait ; il est nécessaire de le faire bouillir cinq minutes au moins sur un feu ardent ; un progrès a été réalisé dans la région parisienne, mais le lait qu'on y vend en bouteilles capsulées, s'il est pasteurisé, n'est pas stérilisé et doit être soumis également à l'ébullition ; d'autre part, il est indispensable d'augmenter la production de lait concentré. M. Lesné demande à l'Académie d'adopter un vœu soulignant la nécessité de :

« 1° Multiplier les ateliers de pasteurisation pour que soit fourni dans toutes les grandes collectivités urbaines, d'abord aux enfants, puis aux autres sujets, un lait renfermant au minimum 34 *g.* de beurre au litre, pasteurisé, contrôlé, conservé par le froid et livré en bouteilles d'un demi ou d'un litre. »

« 2° Augmenter le nombre des condenseries et intensifier leur production afin de pouvoir distribuer plus largement du lait concentré pour remplacer le lait naturel de mauvaise qualité ou mal toléré et d'en fournir dans la région du sud-est de la France exclusivement, non seulement aux enfants jusqu'à 12 mois, comme cela vient d'être décidé, mais jusqu'à 18 mois, car dans cette région le lait naturel très pollué peut mettre, l'été, en péril la vie des nourrissons. »

— Ces conclusions sont adoptées.

De l'antagonisme microbien en général et en particulier des propriétés bactériostatiques, bactéricides et bactériolytiques des filtrats de culture du « bacillus subtilis ». — MM. **G. Ramon, Richou** et **J. Ramon** rappellent que le phénomène général de l'antagonisme microbien, d'où découle la pénicillinothérapie, a été observé pour la première fois par Pasteur qui a montré son importance. Les auteurs ont examiné les propriétés antagonistes des filtrats de *B. subtilis* : ils ont des propriétés bactériostatiques, bactéricides et bactériolytiques de plus ou moins grande valeur vis-à-vis de bactéries pathogènes comme le B. diphtérique, le B. de Preisz-Nocard, la bactéridie charbonneuse, le B. de la pseudo-tuberculose, le B. dysentérique (Shiga). Des recherches sont en cours pour extraire sous une forme concentrée et purifiée le principe actif des filtrats ou subtiline avec lequel des essais thérapeutiques pourront être entrepris.

Un mode de transmission peu connu de la fièvre typhoïde : contamination par le beurre. — M. **Tanon** présente une note de MM. **Cambessédès** et

1. Le mode de publication tardif des *C. R. de l'Académie des Sciences* ne nous permet pas de donner plus rapidement le résumé des séances de cette Académie.

foyer relative à l'épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi en Juin 1944 dans la banlieue parisienne ; de nombreux foyers simultanés ont été relevés dans la clientèle de certains crémiers et dans celle des gérants de deux maisons d'alimentation à succursales multiples ; les familles de ces commerçants ont été particulièrement atteintes ; une motte de beurre souillée vraisemblablement par un porteur de germes et enrichie de bacilles à la faveur de la lenteur des transports a été, à son arrivée à Paris, malaxée avec des beurres de différentes origines, ce qui a permis une contamination étendue.

Les accidents attribués aux injections médicamenteuses huileuses. — M. **Barbary** (Nice) estime qu'il faut utiliser l'huile d'olive pure, lavée à l'alcool, à l'exclusion des autres produits oléagineux ; l'huile d'olive est dépourvue de toute réaction acide et par suite de toute action irritante ; il est possible, par des réactions que l'auteur indique, d'en déceler les falsifications ; d'autre part, les solutions huileuses doivent être employées en injections sous-cutanées profondes et injectées avec une extrême lenteur, presque goutte à goutte ; on obtient ainsi une résorption assurée, lente, progressive, sans enkystement. Dans ces conditions, les complications attribuées aux injections médicamenteuses huileuses ne sont pas à craindre.

La grossesse n'est pas une cause de carie dentaire. — M. **Roy**, ayant établi chez de nombreuses femmes les moyennes annuelles de caries, a constaté que dans 90 pour 100 des cas les moyennes pendant et après la grossesse sont notablement inférieures aux moyennes avant la gestation. Contrairement à une croyance très répandue, la grossesse n'est donc pas une cause de décalcification ou de carie dentaire.

Lucien Rouquès.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

4 Mai 1945.

Staphylococcie maligne de la face traitée et guérie par la pénicilline. — M. **André Meyer**, chez un soldat atteint d'une staphylococcie maligne de la face, a obtenu une guérison spectaculaire en 48 heures avec 300.000 unités de pénicilline par voie intramusculaire.

Hémothorax traumatiques infectés par le streptocoque traités par la pénicilline. — MM. **Bru** et **Israël** rapportent 3 observations d'hémothorax infectés par le streptocoque et dans un cas par des anaérobies, dans lesquelles les injections intraveineuses et intrapleurales de pénicilline ont amené la guérison qui pour être complète nécessita cependant une pleurotomie minima.

Sur un cas de porphyrinurie primitive avec paralysies traitée par l'association amide nicotinique-vitamine B 1, et guérie. — MM. **M. Monquin, C. Macrez** et **E. Bastin**. Chez une femme de 32 ans, après plusieurs crises lombo-abdominales répétées durant 2 ans, dont la dernière conduisit à l'appendicectomie, s'installa une quadriplégie flasque atrophiante de type périphérique, accompagnée de paralysie laryngée, coïncidant avec une porphyrinurie abondante (2.240 γ). Sous l'influence d'un traitement intensif à base d'amide nicotinique (plus de 400 g. au total), paralysies et porphyrinurie régressèrent parallèlement en 8 mois, jusqu'à guérison à peu près complète.

Le typhus exanthématique au camp de déportés de Buchenwald. — M. **Ch. Richet**, retour du camp de Buchenwald, a eu l'occasion d'assister à plusieurs épidémies de typhus et signale les faits suivants :

La lutte directe contre la maladie était bien faite (épouillage à l'entrée, rasage complet, bain antiseptique, désinfection des vêtements, contrôle hebdomadaire des poux, etc), mais la lutte indirecte fut mal menée, l'encombrement étant effroyable et des convois de déportés venant d'autres camps infectés arrivant sans cesse.

Le début du typhus est très polymorphe, pouvant se faire par une angine, une myocardite, une néphrite, des symptômes nerveux ; il est loin d'être toujours brutal, d'où des difficultés de diagnostic. La séro-réaction au *Proteus* X 19 rend grand service à cet égard. Le diagnostic avec la fièvre typhoïde est en général aisé. Les symptômes fondamentaux en faveur du typhus sont les algies multiples, la céphalée intense, la douleur à la pression des masses musculaires, l'hypotension très marquée et l'albuminurie très précoce. L'éruption se montra rarement ecchymotique ; elle rappela le plus souvent celle de la fièvre typhoïde en plus accentué. La rate est grosse, mais difficile à délimiter, en raison de la douleur dans l'hypocondre gauche. Le neurotropisme du typhus doit être souligné. Il y a un véritable effondrement du cerveau végétatif, se traduisant entre autres par l'hypotension, des signes pyramidaux et parfois de la chorée. Les signes neurotropes de la période d'état sont souvent manifestes : atteinte cérébelleuse, syndrome du striatum, etc., évoquant un processus encéphalitique. A la convalescence, on note une asthénie persistante et parfois un syndrome psychique avec effondrement intellectuel.

— M. **Cattan**, qui a observé le typhus en Tunisie, insiste sur l'acuité de la céphalée initiale et sur l'azotémie, importante pour le diagnostic et le pronostic, traduisant le caractère néphrotrope du typhus. Le typhus récurrent de l'Afrique du Nord se distingue par sa splénomégalie bien plus accentuée. L'examen d'une lame de sang suffit au diagnostic différentiel. Il a lui aussi une caractère neurotrope.

— M. **Hallé** qui a observé jadis des cas de typhus, souligne l'abondance de l'éruption, souvent papuleuse et ecchymotique. L'asthénie est très intense.

— M. **Costedoat** dit que la splénomégalie n'est pas constante dans le typhus et signale la persistance de douleurs dans les mains et les pieds à la convalescence. La mortalité est très différente d'une race à l'autre : les Français succombent bien davantage que les Russes.

Les obésités paradoxales. — M. **de Gennes** rappelle qu'on observe avec une fréquence accrue depuis la guerre des cas d'obésité paradoxale chez des jeunes filles soumises aux restrictions alimentaires actuelles. Il en rapporte un cas particulièrement démonstratif survenu chez une jeune fille qui, en 1939, avait présenté un syndrome de néphrose lipoïdique pure qui avait bien cédé au traitement classique. Puis, en dépit des restrictions alimentaires du début de l'occupation, survint un engraissement progressif de 20 kg. qui se montra peu sensible à la restriction des hydrates de carbone, mais s'aggrava par la fatigue, tandis que le repos favorisait l'amaigrissement. Il existait, en outre des troubles vasomoteurs intenses (cyanose des jambes) et de l'apathie. Chez ces sujets on note presque toujours des troubles menstruels ; les règles sont supprimées ou diminuées.

L'étude biologique de ces cas montre le rôle capital de la rétention de l'eau ; cependant il ne s'agit pas là d'œdèmes et le régime déchloruré est inopérant. Le bilan des chlorures est normal. On est tenté d'invoquer des causes endocriniennes, cet état s'observant exclusivement chez la femme, et le rôle des œstrogènes. Les injections de folliculine font augmenter le poids et sont souvent mal tolérées, mais il n'y a pas en général de symptômes d'hyperfolliculie. S'agit-il d'un trouble hypophysaire? Rien ne vient appuyer cette hypothèse. Ce n'est pas non plus un trouble analogue aux œdèmes de carence ; les chiffres de protides sont normaux. La pathogénie reste donc obscure. Il est probable néanmoins qu'il s'agit d'un terrain endocrinien où le rôle des œstrogènes est primordial.

Le traitement consiste à soumettre les malades au régime déshydratant pendant 4 jours par semaine (viande, œufs, sans sel). Il permet d'obtenir en 4 jours des pertes de poids de 3 kg, surtout si l'on y associe le repos au lit. L'extrait thyroïdien se montre utile et est très bien toléré. Si le régime est poursuivi patiemment, on observe souvent le retour des règles ; si on l'interrompt trop tôt, les troubles réapparaissent.

— M. **Decourt** souligne que l'épreuve de la diurèse provoquée donne des résultats différents, suivant qu'elle est pratiquée debout ou couché. Debout, on observe un retard de l'élimination de l'eau ; couché, cette élimination est plus grande que normalement. Les troubles du transit de l'eau sont donc assez contingents. Il y a dans ces cas un facteur vasculo-sympathique associé. Le rôle du déséquilibre alimentaire doit être aussi invoqué (surabondance des farineux). Le régime hyperalbumineux donne de bons résultats, associé au repos couché. La folliculine est nuisible ; quelquefois le corps jaune est utile. L'élément endocrinien n'est pas probablement primitif. L'alimentation joue un grand rôle.

— M. **Lenègre** insiste sur la difficulté qu'il y a parfois à distinguer entre œdèmes et obésité.

Pigmentation de type addisonien d'origine obscure. — M. **Marquézy** montre un garçon de 13 ans qui, depuis l'âge de 3 ans, présente une pigmentation diffuse progressive, de type addisonien, dont l'étiologie reste mystérieuse. Il n'existe aucun signe de maladie d'Addison, à part une légère hypochlorémie et toutes les réactions à la tuberculine sont négatives. L'origine hépatique est inadmissible. L'hypophyse est normale. Toutes les épreuves sympathiques sont demeurées négatives.

— M. **Decourt** rappelle l'existence de formes mélanodermiques pures de la maladie d'Addison.

P.-L. Marie.

SOCIÉTÉ D'ENDOCRINOLOGIE

25 Janvier 1945.

Sur les troubles du sommeil, de la soif et de la diurèse au cours de la menstruation. — MM. **J. Delay** et **A. Corteel** par une statistique portant sur des femmes cliniquement normales et sur des dysendocriniennes, révèlent la fréquence des troubles du sommeil, de la soif et de la diurèse rythmées par les règles. Ils attribuent ces manifestations à une excitation mécanique des centres diencéphaliques causée par la congestion menstruelle cyclique de l'hypophyse.

Résultats de l'électro-choc subliminaire sur la menstruation chez des jeunes femmes atteintes de troubles menstruels (Aménorrhée et hypoménorrhée). — MM. **G. Laroche, G. Mauric, E. Bompard** et **Cl. Laroche** apportent les résultats d'électro-chocs subliminaires observés chez des femmes atteintes d'aménorrhée et d'hypoménorrhée. Sur 5 cas d'aménorrhée, 4 ont réagi favorablement à l'électro-choc subliminaire. Un certain nombre des écoulements hémorragiques étaient probablement de fausses règles, mais après des pertes banales sont survenues des hémorragies cycliques persistant après plusieurs mois et qu'il est logique de considérer comme des règles véritables. Il est probable que le rétablissement des règles se fait par une action neuro-tubérienne.

Les auteurs, relatant ces faits en raison de leur intérêt biologique, se gardent de préconiser l'électro-choc subliminaire comme traitement des aménorrhées. Malgré son innocuité au moins apparente, l'électro-choc subliminaire est hors de proportion avec le trouble qu'il s'agit de guérir. On ne pourrait en tous cas envisager son utilisation que dans certaines aménorrhées sans insuffisance glandulaire importante, et susceptibles d'entraîner par leur persistance des effets nocifs au point de vue psychique et organique. Seule une étude attentive de nouvelles malades permettra de préciser la place que pourrait éventuellement tenir l'électro-choc subliminaire dans la gamme des traitements des aménorrhées.

Action de la cortico-surrénale sur la consommation spontanée des glucides. — M. **A. Soulairac**. La cortico-surrénale agit sur l'appétit de la souris et du rat pour les glucides, surtout le glucose. Cet appétit est diminué de 2 à 2,5 fois par la surrénalectomie, il est augmenté de 3 à 4 fois par l'administration de désoxycorticostérone. Ces modifications paraissent liées à des modifications du sens du goût ; en effet, le désoxycorticostérone permet à la souris de reconnaître le glucose dans une solution 2 fois plus faible qu'à l'état normal. On voit ici une hormone régler un comportement instinctif.

Un antithyroïdien nouveau : l'aminothiazol (2.921 R. P.). Résultats cliniques. Considérations histophysiologiques. — MM. **M. Perrault** et **D. Bovet**. Une quarantaine d'observations ont montré que l'aminothiazol se présente dans la maladie de Basedow comme un antithyroïdien à la fois efficace et particulièrement bien toléré. L'étude anatomo-pathologique des animaux traités fait apparaître des lésions caractéristiques, précoces et durables, de la glande thyroïde et une réaction hyperplasique secondaire discrète d'origine hypophysaire.

Sur la régulation neuro-hormonale hypophyse antérieure-gonade. — M. **A. Chamorro**.

Et. May.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET D'HYGIÈNE DU TRAVAIL

19 Mars 1945.

Perméabilité placentaire au benzène et au toluène. — MM. **R.** et **A. Fabre** attirent l'attention sur l'importance de la perméabilité placentaire au benzène et au toluène. Les quantités retrouvées dans les organes des fœtus sont proportionnellement plus élevées que celles extraites des organes de la mère.

Signification du benzène dans la moelle osseuse au cours des hémopathies benzoliques. — MM. **Duvoir, R.** et **A. Fabre** et **L. Dérobert** à l'occasion de nombreux dosages du benzène sanguin, des phénols libres et conjugués du sang et des urines, des sulfoconjugués urinaires, du benzène dans la moelle osseuse à l'occasion d'hémopathies mortelles, chez des ouvriers manipulant le toxique, dégagent les principaux éléments du métabolisme du benzène dans l'organisme. 66 à 72 pour 100 du benzène inhalé sont rejetés en nature dans l'atmosphère. Le restant va subir l'oxydation intra-organique. 15 à 30 pour 100 du benzène persistant dans le sang subissent l'oxydation en phénols et diphénols, une partie de ces dérivés est éliminée en nature, la plus grande partie subit la sulfo-glycuronoconjugaison. 55 à 60 pour 100 du benzène du sang restent en nature dans l'organisme et vont s'amasser dans la moelle osseuse. Dans un premier temps le benzène agit sur la moelle osseuse en produisant une leucocytose transitoire, puis à la longue il entraîne une leucose le plus souvent tissulaire, beaucoup plus rarement sanguine. Entre ces deux stades extrêmes les processus d'oxydation du benzène dans l'organisme, par suite d'un trouble de la réserve soufrée, ascorbique et vitaminique du groupe B sont à l'origine de l'anémie, la leucopénie et la neutropénie classiques du benzolisme professionnel.

Nouveaux cas de silicoses retardées. — M. **Tara** apporte deux nouvelles observations de silicoses se manifestant cliniquement l'une 20 ans, l'autre 10 ans après la cessation du travail. La maladie se présente dans les deux cas sous une forme évolutive grave, du point de vue radiologique dans le premier cas sous l'aspect pseudonodulaire, dans le second, sous une image miliaire. L'existence de silicose retardée doit donc faire étendre le délai de responsabilité prévue dans le projet de loi visant à la réparation de cette maladie professionnelle.

Epreuves de bronchoconstriction et de bronchodilatation par aérosols dans 3 cas de silicose pulmonaire. — MM. **M. Gaultier** et **R. Tiffeneau** montrent que les épreuves de bronchoconstriction par aérosols d'acétylcholine et de bronchodilatation par aérosols d'aleudrine permettent de mesurer avec une grande précision le degré des troubles fonctionnels respiratoires des sujets atteints de silicose pulmonaire, de plus elles permettent de dépister les insuffisances respiratoires avant que ces dernières aient acquis une expression clinique.

L. Dérobert.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE DE FRANCE

12 Mars 1945.

Un nouveau groupe sanguin : le groupe à facteur Rh. — M. **A. Mayer** et M[lle] **Guiton** rapportent les derniers travaux américains précisant les propriétés iso agglutinantes des hématies contenant la propriété agglutinogène antirhésus ou facteur Rh. L'antigène Rh peut exister dans les hématies de l'homme, comme il peut ne pas exister ; il est, lorsqu'il existe, également réparti entre les sexes féminin et masculin. La présence de ce facteur chez l'homme peut expliquer certains accidents de la transfusion et chez la femme enceinte un peu assister à une sensibilisation aux hématies « Rh positifs » par passage à travers le placenta d'antigène Rh du fœtus. Enfin, la présence du facteur Rh peut expliquer certaine érythroblastoses par suite du passage à travers le placent maternel d'iso-agglutinines développées dans le sang de la mère.

— MM. **Fabre** et **Piette** attirent l'attention sur l'importance de cette nouvelle notion qu'ils ont développé récemment dans une revue de *La Presse Médicale*.

Traumatismes et kystes viscéraux. — MM. **Piédelièvre** et **L. Dérobert**, tout en rappelant la notion bien classique des ruptures traumatiques des kystes viscéraux rapportent deux observations dont l'une concerne la rupture d'un abcès amibien du foie non suppuré consécutiv

à un traumatisme minime de la paroi abdominale, la seconde observation intéresse la rupture d'un kyste hydatique rénal à la suite d'un choc de faible intensité. Mais à l'opposé de ces faits bien connus, il existe des traumatismes très violents ne s'accompagnant pas de rupture de kyste. La troisième observation est relative à un violent traumatisme de la région lombaire ayant entraîné des fractures multiples mortelles alors qu'à l'autopsie il fut trouvé un kyste séro-hématique multiloculaire du rein gauche d'une dizaine de litres environ.

Vieux documents d'actualité sur la néfaste institution des fonctions cumulées du médecin directeur des hôpitaux psychiatriques. — M. **Leconte** rappelle ce qu'écrivaient Marandon de Montyel en 1890 après Chambard, et M. Toulouse, montrant que la tâche écrasante administrative du médecin directeur, l'éloigne obligatoirement de sa tâche primordiale qui est la cure des aliénés. L. Dérobert.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

12 Avril 1945.

Le traitement des brûlures dans la R. A. F. — M. **Lagrot**. Les traitements anciens sont abandonnés. Une fois sorti du choc traité par l'injection intraveineuse abondante de plasma, le brûlé anesthésié est nettoyé, l'épiderme mort excisé. Après sulfamidage, un pansement tulle gras-sérum salé est posé. Les pansements ne doivent jamais se dessécher. Les jours suivants des bains salés sont donnés. du 10e au 20e jour, la plaie est prête à être greffée avec de grands lambeaux épidermiques suivant des techniques remarquablement perfectionnées par les chirurgiens plastiques. Au stade des rétractions on dissèque et excise très largement la cicatrice et après hémostase très soigneuse et sulfamidage on applique très intimement une greffe cutanée cousue sur les bords. Si le brûlé ne peut être traité rapidement dans un centre on évitera l'infection secondaire en appliquant sur la plaie une crème antistreptococcique.

Sur 4 cas de scapulalgie épidémique. — M. **Lahillonne**. Les 4 observations sont superposables : il s'agit de femmes en bonne santé présentant brusquement un syndrome douloureux paroxystique extrêmement violent du membre supérieur droit calmé au début seulement par la morphine. Pas de signes objectifs. Evolution lente de plusieurs semaines, influencée favorablement par la radiothérapie.

A propos de l'apparition dans l'armée de nombreux cas de gingivo-stomatite ulcéreuse. — M. **Dunalle**, recherchant l'étiologie de ces affections, accuse le manque d'hygiène bucco-dentaire, mais pense qu'il y a lieu d'ajouter à cette cause locale, qui manque quelquefois, un état de moindre résistance du sujet, et de sa gencive en particulier à l'infection. Dans bien des cas cet état serait dû à une carence en vitamines, (résultat des dosages, fréquence de l'association fusospirillaire, épreuve du traitement) d'où nécessité d'associer au traitement local, qu'il ne peut cependant jamais remplacer complètement, le traitement général par les vitamines.

Un cas de synostose vertébrale. Vérification anatomique. — M. **Trial**. Sujet présentant une fusion complète des corps vertébraux de la 4e et de la 5e lombaire partiellement sacralisée. L'aspect radiologique homogène du bloc avec un nivellement parfait de son contour antérieur était en faveur d'une synostose congénitale par agénésie du disque. ce qui fut confirmé, le sujet étant mort quelques semaines plus tard, par l'examen de la pièce où il n'existait aucun vestige de disque et aucune trace de lésion cicatricielle.

L'effet paradoxal de l'oxygène au cours des états anoxémiques. — MM. **Grandpierre** et **Franck**, étudiant chez le chien chloralosé l'effet de l'inhalation brusque d'un mélange oxygéné au cours des états anoxémiques, ont observé dans ces conditions qu'il survient une apnée et une baisse de la pression artérielle. Ils attirent l'attention sur l'importance que ces troubles peuvent avoir au cours des applications physiologiques ou thérapeutiques de l'oxygénothérapie. R. Trial.

SOCIÉTÉS DE PROVINCE

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE LYON

20 Février 1945.

Du rôle des articulations néoformées dans les accidents douloureux de la sacralisation. — MM. **P. Ravault, Romagny** et **Boijeau**, après avoir rappelé l'évolution des idées sur le syndrome « sacralisation douloureuse » et la diversité des interprétations pathogéniques avancées, apportent quatre observations avec radiographies. Sous réserve d'un examen critique sévère, clinique et radiologique, ils admettent que, dans certains cas, des altérations arthrosiques tardives des articulations néoformées peuvent réellement prendre à leur compte certaines lombalgies.

Néphrite aiguë infectieuse. Amélioration passagère par la méthode de Volhard. Anémie aiguë terminale. — MM. **P. Ravault, J. Bonnet** et **L. Roche**. Observation de néphrite aiguë infectieuse secondaire à une plaie de jambe avec fracture ouverte. La méthode de Volhard améliore considérablement le malade : tension artérielle, diurèse devinrent normales, l'azotémie baissa de 1,73 à 0,55 ; mais une anémie grave à 1.250.000, avec leucocytose, réaction érythroblastique au myélogramme, s'accompagnant d'asthénie extrême de fièvre, sembla être la cause de la mort du malade. Le mécanisme de cette anémie permet de discuter le rôle de 3 facteurs : le facteur rénal avec l'hyperazotémie, cause de la classique anémie brightique en général bénigne, l'infection qui semble être responsable à la fois de la néphrite et de l'anémie, et doit être le facteur le plus important, le rôle accessoire du traitement par la diète hydrique, facteur de carence en albumine et vitamine.

Deux nouveaux cas d'intoxication par le nitrite de soude. — MM. **J. Barbier, H. Martin, J. Courjon**. Deux frères présentent à 3 heures d'intervalle un tableau très grave d'intoxication avec cyanose et méthémoglobinémie à 30 pour 100. Il s'agissait d'une intoxication par le nitrite de soude, absorbé dans un plat de haricots, les malades ayant consommé des haricots destinés à la semence, et vraisemblablement imprégnés volontairement de nitrite de soude, dans un but de conservation. Le diagnostic hésita au début avec celui d'intoxication par l'aniline. Les symptômes étaient voisins. Les deux malades ont guéri par saignée et transfusion.

Le pneumothorax extrapleural de sauvetage dans les formes évolutives de tuberculose pulmonaire tertiaire. — MM. **J. Brun, M. Latarjet** et **Voron**. Dans 5 observations, le pneumothorax extrapleural a été pratiqué, avec un seul décès. Indication particulièrement limitée, en raison de : la température oscillant entre 37°2 et 38°5, la sédimentation variant de 48 à 63 pour 100. Le type anatomique des lésions : cavernes du sommet avec ensemencement descendant plus ou moins bas, jusqu'au diaphragme chez un des opérés. L'extension progressive et rapide des lésions.

Dans ces formes où le traitement médical général est inopérant, le pneumothorax extrapleural permet d'obtenir des résultats excellents. La collaboration médico-chirurgicale, la surveillance attentive des suites, permettent aussi d'étendre les indications du pneumothorax extrapleural à des formes auxquelles, il était classique jusqu'ici de refuser le secours de la collapsothérapie chirurgicale.

Bronchectasie et sténose bronchique inflammatoire. — MM. **Santy, M. Bérard, Galy** et **Papillon**.

Abcès du poumon à localisation postérieure diagnostiqué par tomographie. Pneumotomie. Guérison. — MM. **A. Josserand, M. Bérard** et **J. Gallet**.

27 Février.

Sur un cas d'association de Schwannome gastrique et d'ulcère duodénal. — MM. **M. Girard** et **Souetelle**. Homme de 56 ans avec antécédents ulcéreux remontant à 3 mois seulement qui fut opéré d'urgence pour un syndrome de perforation. A l'intervention : ulcus de D 1 perforé et découverte d'une tumeur pédiculée exogastrique de la face antérieure de l'estomac du volume d'une cerise. Enfouissement de l'ulcère, exérèse par simple section à la base d'implantation de la tumeur. L'examen histo-pathologique révéla qu'il s'agissait d'un Schwannome. Les auteurs insistent surtout sur l'association ulcère duodénal et Schwannome gastrique, 4e cas de la littérature française ; à ce propos, ils signalent, s'appuyant sur les travaux récents, la possibilité de voir certains Schwannomes se développer au niveau d'inflammations chroniques.

Le stade médullaire des lymphadénies aleucémiques. — MM. **Crozat, Revol** et **Grenet**. Chez une femme âgée, hypertendue et entachée de tuberculose, apparaît un tableau de lymphadénie avec adénopathies et grosse rate, la formule sanguine est normale, mais on constate sur des myélogrammes successifs un envahissement progressif par les éléments lymphomonucléaires (47 puis 80 pour 100) ; cette lymphomononucléose médullaire cède à la radiothérapie rachidienne lombaire pour réapparaître passagèrement (73 pour 100), prouvant l'existence d'un véritable stade intermédiaire entre lymphadénie aleucémique et leucémique.

Paralysie cubitale droite en cours de tuberculose fibreuse du sommet homolatéral (deux observations). MM. **M. Jeune** et **Ollagnier** rapportent deux observations de tuberculose fibreuse du sommet droit au cours desquelles apparut une paralysie cubitale du même côté. Il s'agissait de paralysie cubitale pure sans signes pupillaires. Dans le seul cas avec vérification anatomique, on trouva une pachyexopleurite très dense du sommet droit, consécutive à la tuberculose apicale, et enserrant les racines C 8 et D 1 dans une gangue fibreuse.

A popos d'un cas de périduodénite appendiculaire de diagnostic difficile. — M. **M. Girard**. Jeune homme de 26 ans, présentant depuis 6 mois un syndrome de brûlures post-prandiales tardives avec pesanteur épigastrique évoluant sous un mode subcontinu depuis 6 mois par poussées de 5 à 6 jours avec périodes de calme ne dépassant pas une semaine. De plus, le malade se plaignait de douleurs fixes à type de crampes à siège para-ombilical droit sans horaire fixe. On notait un point douloureux fixe à ce niveau. A la radiographie : bulbe duodénal très déformé, rétracté, à la fois caniculaire et étoilé, pas de niche certaine visible, évolution vers la sténose. A l'intervention : pas d'ulcère mais périduodénite vélamenteuse de D 1 à point de départ appendiculaire. Deuxième incision : appendicectomie. Dix mois après l'opération, le malade va très bien. L'auteur montre à propos de ce cas les difficultés de diagnostic dans cette variété de périduodénite où ni les signes cliniques, ni même les signes radiographiques ne permettent d'arriver à une certitude. Dans de nombreux cas, le moyen diagnostique le plus sûr est l'intervention.

Sur une épidémie d'adénites suppurées chez les enfants ayant reçu du BCG. — MM. **A. Josserand** et **R. Annino** (Saint-Etienne).

Leucémie lymphoïde à forme médullaire pure. — MM. **P. Delore, A. Guichard, R. Brette** et **L.-P. Philippe**.

6 Mars.

Allocution de M. Bouchut à l'occasion du décès de M. **M. Péhu**.

Myélose aleucémique avec ostéosclérose importante. Déductions thérapeutiques. — MM. **Croizat** et **Revol**. Cette observation entre dans le cadre bien classique actuellement, depuis les travaux de M. Guichard, des hémopathies ostéotropes. L'intérêt réside dans les considérations thérapeutiques : danger d'une radiothérapie splénique trop poussée qui, en stérilisant le seul centre hématopoïétique important, peut entraîner anémie leucopénie et surtout thrombopénie avec accidents purpuriques et hémorragiques ; intérêt au contraire d'une radiothérapie prudente sous contrôle hématologique régulier.

Un nouveau cas « d'hémopathie hétéromorphe » leucémie myéloïde avec adénopathies de type monoblastique. — MM. **Croizat, Contamin, Bourrat, Revol** et **Wegelin**. Il s'agit d'une leucémie myéloïde un peu atypique par la situation abdominale de la rate, par la longue évolution (7 ans), par la polyglobulie rouge passagère à 6.000.000. Surtout l'affection évolue tardivement vers un tableau de poussée aiguë avec volumineuses adénopathies, mais il existe alors une opposition entre les formules médullaires et périphériques (après splénocontraction) qui restent typiques de la leucémie myéloïde, et la formule ganglionnaire riche de 79,5 pour 100 d'éléments monoblastiques et caractéristiques de la leucémie aiguë, cette opposition fait classer l'observation dans les hémopathies hétéromorphes déjà décrites par les auteurs.

Association chez le même malade d'une lymphose ganglionnaire, d'une sclérose médullaire et d'une lympho-myélose splénique ; contribution à l'étude des hémopathies hétéromorphes. — MM. **Croizat, Revol** et **Wegelin**. Ce nouveau cas d'hémopathie hétéromorphe se caractérise par une lymphose ganglionnaire très localisée, apparue la première ; par une sclérose médullaire constatée par la ponction sternale et la radiographie, et par une formule complexe du splénogramme associant à un aspect général de lymphose, quelques éléments myéloïdes comportant éléments granuleux érythroblastes et même mégacaryocytes. G. Despierres.

SOCIÉTÉ ANATOMO-CLINIQUE DES HOPITAUX DE TOULOUSE

26 Janvier 1945.

A propos de quatre observations consécutives de cancer secondaire du foie. — MM. **Bounhoure, Robert Bolinelli, Ruffie, Roques, Calazel**. Deux fois sur quatre, la séméiologie évoquait le tableau d'un cardiopathie parvenue au dernier stade de son évolution avec œdème généralisé, gros foie lisse, épanchement pleural droit abondant à Rivalta positif.

Sur un cas de pneumokoniose sidéro-silicose. — MM. **Bounhoure, Ruffie, Robert Bolinelli, Roques, Pépin**. — Un homme de 43 ans est hospitalisé pour bronchite chronique et dyspnée asthmatiforme. L'examen montre les signes classiques de la sclérose pulmonaire mais le fait qu'il a travaillé pendant plusieurs années dans les mines de fer fait suspecter une pneumokoniose qu'affirme une radiographie typique. L'examen clinique radiologique (tomographie) et bactériologique ne décèle aucune tuberculose associée.

Intervention de M. Cantegrill sur les rapports de la silicose et de la tuberculose.

Cardiopathie rhumatismale complexe avec asystolie irréductible au cours d'une grossesse. Conduite à tenir. — M. **Géraud**, Mlle **Trévisan**, M. **Billières**. Jeune femme de 22 ans, atteinte d'une cardiopathie rhumatismale (maladie mitrale et insuffisance aortique). Une première grossesse est bien supportée. Enceinte à nouveau 2 mois après une typhoïde, la malade fait une asystolie irréductible. Un avortement est pratiqué au début du 7e mois, qui reste sans effet sur l'insuffisance cardiaque. Mort 15 jours après par embolie pulmonaire. A l'occasion de cette observation, les auteurs envisagent les indications de l'interruption de la grossesse dans les cardiopathies. Elles sont exceptionnelles et ne sont valables qu'au début de la grossesse dans les affections cardiaques évolutives.

Hématémèse et mélæna mortels. Ulcère gastrique angio-térébrant. — MM. **Bounhoure, Robert Bolinnelli, Roques**. Au quatrième jour d'une hématémèse grave avec mélæna consécutif, un sujet âgé de 52 ans est hospitalisé d'urgence, succombe rapidement malgré la mise en œuvre d'une thérapeutique anti-anémique énergique (transfusions) prémonitoire de l'intervention chirurgicale. Aucun passé gastrique, syndrome ulcéreux depuis seulement deux semaines. L'examen de la pièce montre l'existence d'un ulcère moyen de la petite courbure angio-térébrant avec branche artérielle sectionnée et béante.

Epanchement pleural bilatéral (post-traumatique prémonitoire d'une attaque rhumatismale. — MM. **Bounhoure, Robert Bolinelli, Calazel**. Cette observation pose le problème de l'origine d'un double épanchement pleural fébrile précédé de crachats noirâtres hémoptoïques (évoquant l'idée d'infarctus) survenu après une pénible course à motocyclette. Dyspnée très accusée. Les jours suivants maladie de Bouillaud cédant au traitement salicylé à hautes doses. Dans la convalescence, apparition de signes indubitables de maladie mitrale.

Le sujet serait indemne de toute crise antérieure de rhumatisme articulaire (?)

Traitement de la rectocolite hémorragique par la sulfaguanidine. — M. **Darnaud**. L. Laporte.

NÉCROLOGIE

Maurice Arthus

(1862-1945)

Né à Angers le 9 Janvier 1862, Maurice Arthus consacré son existence entière à la recherche cientifique et a publié une série de travaux remar-[uables qui ont eu un grand et légitime reten- issement. Dès ses premières études sur la coagu- ation du lait, il a montré la puissante originalité le son esprit investigateur et à pris rang parmi es jeunes chercheurs capables de marcher dans les voies nouvelles. Aussi l'Université de Fribourg Suisse) lui confia-t-elle, en 1895, la chaire de Physiologie. Au bout de cinq ans, Arthus revint en France et occupa une place de chef de laboratoire l'Institut Pasteur de Lille. Deux ans plus tard, il était chargé d'un cours de Physiologie à l'Ecole de Médecine de Marseille. En 1907, l'Université de Lausanne lui offrit la chaire de Physiologie, de- venue vacante par la mort de Herzen. C'est là que notre compatriote a pu faire apprécier une fois de plus la valeur du génie français et qu'il a accompli une œuvre d'une importance capitale.

Arthus a débuté, avons-nous dit, par des recher- ches sur la coagulation. On savait déjà par les tra- vaux de Freund (1886), Green (1887), Ringer et Sainsbury (1890) que le calcium remplit un rôle indispensable dans le processus normal de la coagu- lation sanguine. En 1890, Arthus, en collaboration avec Calixte Pagès, aborda l'étude de la coagula- tion du lait et montra que la transformation du caséinogène en caséine, comme la transformation du fibrinogène en fibrine exige l'intervention du calcium. C'est ce qu'il établit en précipitant les sels de calcium du lait ou du sang par une solution d'oxalate de sodium. Arthus a fait voir ensuite que les sels de strontium agissent comme les sels de calcium, tandis que les sels de baryum et de magnésium sont dépourvus de toute influence. Dès ses premières recherches, Arthus avait été guidé par une idée qui s'est révélée extrêmement féconde. Il avait compris qu'on avait grand intérêt à faire les rapprochements entre les phénomènes biolo- giques qui, tout en étant différents, étaient reliés par quelques analogies. C'est ainsi qu'il fut conduit à rapprocher la coagulation des tissus après la mort de la coagulation du sang extrait des vaisseaux et il démontra que dans ce cas encore la présence des sels de calcium est indispensable. Cette mé- thode des « rapprochements » va constamment lui servir de guide et va le diriger dans ses travaux ultérieurs, notamment dans ses recherches sur la séro-anaphylaxie, dont il commença la publication en 1903.

L'année précédente avait été marquée par une grande découverte. Portier et Richet avaient montré que certains poisons, rentrant dans le groupe de ce qu'ils ont appelé des congestines (extraits glycé- rinés de tentacules d'actinies, extraits de moules, latex de *Hura crepitans*), quand on en injectait de très faibles quantités dans les veines d'un chien, loin d'immuniser l'animal, le rendaient beaucoup plus sensible à une injection ultérieure. Une dose minime, introduite un mois après l'injection préa- lable, provoquait des accidents graves et souvent entraînait la mort. Ainsi était créé un état spécial désigné par les auteurs sous le nom d'anaphylaxie.

En face du « phénomène de Richet-Portier », il faut placer le « phénomène d'Arthus ».

Opérant sur des lapins, Arthus leur fait à plu- sieurs jours d'intervalle, des injections sous- cutanées de sérum de cheval. A partir de la qua- trième injection, la résorption est lente et une infiltration œdémateuse se produit qui, à la cin- quième injection prend un aspect purulent et à la septième un aspect gangréneux. Puis l'animal semble se remettre; mais il se cachectise et meurt dans le marasme au bout de quelques semaines. En même temps il est anaphylactisé pour les injections intraveineuses de sérum de cheval. Inoffensives pour l'animal neuf, celles-ci déterminent chez le lapin préparé un choc caractérisé par trois symp- tômes principaux: la polypnée, l'abaissement de la pression artérielle, la diminution de la coagulabilité sanguine et, si la dose est assez forte, la mort par arrêt respiratoire, avec arrêt du cœur en systole. Cette séro-anaphylaxie n'est pas spécifique; d'autres substances provoquent les mêmes phénomènes, le lait dégraissé, les dilutions de blanc d'œuf, les solutions de gélatine, de peptones, de mucine sali- vaire. Un lapin ayant reçu un de ces produits est devenu ultra-sensible aux autres. Au contraire la congestino-anaphylaxie est spécifique; un chien sensibilisé à un poison n'est pas sensibilisé aux autres poisons du même groupe. On a donc pu mettre en doute l'analogie des deux séries de phé- nomènes. Opie, par exemple, prétend que les lésions sous-cutanées de la séro-anaphylaxie s'expli-

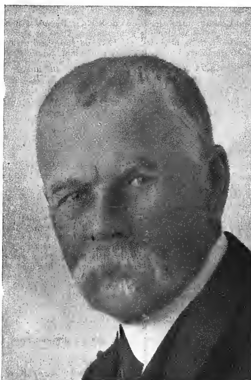


Photo Art et Médecine.

MAURICE ARTHUS.

quent par une interaction des précipitines et des précipitogènes; elles seraient dues à une fixation locale d'antigènes et devraient être séparées des manifestations toxiques. Celles-ci mériteraient seules d'être considérées comme des manifestations ana- phylactiques; elles sont d'ailleurs les seules qui se produisent chez le chien. Les injections sous-cuta- nées de sérum de cheval ne déterminent chez cet animal aucune lésion locale et n'entraînent pas de cachexie; elles ne font que le rendre sensible aux injections intraveineuses de sérum, inoffensives chez l'animal neuf. En faisant des rapprochements entre tous ces résultats, Arthus arrive à conclure que la sensibilisation aux substances anaphylactisantes se ramène à une sensibilisation aux protéines qu'elles renferment. L'anaphylaxie est donc une protéo- anaphylaxie et celle-ci est spécifique chez le chien, non-spécifique chez le lapin, ce qui prouve déjà qu'il ne faut pas généraliser les résultats obtenus sur une seule espèce animale. Cette réserve est encore renforcée par l'étude de la séro-anaphylaxie chez le cobaye, qui est sensibilisé par une dose de sérum extraordinairement petite (injection sous-cutanée de 0,000 001 cm^3 par exemple) et reste sensibilisé pen- dant un temps fort long, jusqu'à deux ans; mais l'injection d'une dose minime de sérum lui fait perdre la sensibilité pour un certain temps ou du moins réussit à la masquer.

Nous devons à Arthus une troisième série de recherches qui se rattachent aux précédentes; ce sont celles qu'il a poursuivies sur les venins des Serpents. Faisant une étude comparative des trois principales variétés de venins, il a constaté que celui du Cobra (*Naja tripudiens*) tue par arrêt respira- toire; il agit sur le système neuro-musculaire à la manière du curare; si l'on fait la respiration arti- ficielle, l'animal survit. Le venin du Daboïa (*Vipera Russellii*) tue par coagulation massive du sang, sans toucher au système neuro-musculaire; le venin du Crotale (*Crotalus adamanteus*) amène la mort sans produire de coagulation sanguine ni de paralysie.

L'examen symptomatique semble donc indiquer des actions toxiques tout à fait différentes. Mais il fallait pénétrer dans l'intimité des phénomènes en ayant recours à l'analyse physiologique. On constate ainsi que le venin du Cobra amène une accélération des mouvements respiratoires, une diminution de la coagulabilité sanguine, un abaisse- ment de la pression artérielle qui, si la dose est suffisante, tombe à zéro; le venin du Daboïa, si l'on empêche la coagulation massive du sang par l'injection préalable d'un extrait de têtes de sangsue ou d'une dose minime de venin, provoque lui aussi la chute de la pression, l'accélération de la respi- ration et la diminution de la coagulabilité san- guine; mêmes résultats avec le venin de Cobra, si l'on maintient la vie par la respiration artifi- cielle. Voilà donc trois séries de manifestations analogues, qu'on peut rattacher à une influence protéotoxique. Sur ce fonds commun s'ajoutent des troubles comparables aux manifestations anaphylac- tiques quand on injecte du venin de Crotale et à l'action coagulante des extraits de tissus quand on emploie du venin de Daboïa. Poursuivant ses études analytiques, Arthus a noté toute une série d'autres manifestations toxiques accessoires et notamment des modifications fort complexes de la coagula- bilité sanguine. Puis il a établi les rapports qui relient l'intoxication venimeuse à l'anaphylaxie. Le résultat le plus curieux a été obtenu en injectant à plusieurs reprises de petites doses de venin de Cobra à des lapins. On crée ainsi un état d'immu- nité contre la substance paralysante et un état d'anaphylaxie pour la substance hypotensive, ce qui transforme l'aspect symptomatique de l'enveni- mation: l'animal préparé qui reçoit le venin de Cobra meurt comme s'il avait reçu du venin de Crotale.

Arthus a soumis les venins à l'ation du formol et a créé ainsi des anavenins formolés, comparables aux anatoxines. Il a employé ensuite l'hypochlorite de calcium qui donne naissance instantanément à des paravenins, non toxiques et immunisants. On a intérêt à utiliser les uns et les autres dans la pré- paration des sérums antivenimeux, mais, contrai- rement à ce qu'on avait cru autrefois, ces sérums sont étroitement spécifiques.

Les travaux d'Arthus sur l'anaphylaxie et les ve- nins des Serpents, le conduisirent à entreprendre des recherches sur la Physiologie microbienne. Il n'était pas inutile, en effet, qu'un physiologiste examinât certains résultats trop facilement acceptés par les bactériologues. Il a commencé par recher- cher si les microbes agissent exclusivement par les substances chimiques auxquelles ils donnent naissance ou s'il faut encore admettre une action mystérieuse du protoplasma vivant. Beaucoup de physiologistes croyaient le problème résolu. Arthus n'en a pas moins le mérite d'avoir combattu, un peu trop timidement peut-être, une vieille erreur préjudiciable au progrès. Utilisant soit des milieux contenant 1 pour 1.000 de fluorure de sodium, soit de l'eau chloroformée déjà employée par Salkowski il a montré que ces liquides, qui arrêtent toute manifestation protoplasmique, permettent aux ac- tions diastasiques de la levure de se manifester, aussi bien l'action inversive que la fermentation alcoo- lique. Mais l'alcoolase diffère de l'invertase en ce qu'elle reste enfermée dans le protoplasma cellu- laire et n'en sort que lorsqu'elle doit agir. Il n'es

›eut-être pas inutile de rappeler qu'on observe des ifférences analogues dans les cellules intestinales; ertaines diastases diffusant facilement, d'autres ne quittant les cellules que si elles sont attirées par la natière fermentescible.

Abordant ensuite l'étude des toxines microbiennes, Arthus montra qu'on ne doit pas les considérer, ainsi qu'on le fait trop souvent, comme es diastases; tout au plus méritent-elles de former m groupe spécial, le groupe des enzymoïdes. Les nêmes remarques s'appliquent aux sérums théra›eutiques: ils n'exercent pas une action diastasique ur la toxine, car la neutralisation se fait suivant la oi des porportions définies; elle se produit instananément; elle n'entraîne pas une destruction du ›oison; elle en abolit seulement certaines activités: quant à la nature de l'antitoxine, Arthus fait une critique serrée des théories qui ont été émises, insistant longuement sur celle d'Ehrlich, et il conclut qu' « elles ne représentent que de très vagues rêveries et nous estimons plus utile, ajoute-t-il, de traiter des réalités scientifiques. Si, exceptionnellement, nous avons parlé théories, c'était surtout pour en montrer la vanité ».

Arthus a fait paraître quatre ouvrages didactiques (*Précis de Physiologie*, 7e éd., 1927. *Précis de Chimie physiologique*, 11e éd., 1932. *Précis de Physiologie microbienne*, 1921. *De l'Anaphylaxie à l'immunité*, 1921) qui ne sont pas de simples manuels; écrits par un véritable savant, ils abondent en faits nouveaux et en idées originales et méritent d'être lus et médités. Le *Précis de Physiologie microbienne* marque une étape dans l'évolution scientifique.

Les grands physiologistes ne sont pas seulement des expérimentateurs capables de découvrir des faits nouveaux. Ce sont aussi des philosophes, les seuls qui soient susceptibles, en bien des cas, d'émettre des hypothèses fécondes. Arthus, comme Claude Bernard, qui lui a servi de modèle, a été de ceux-là. Il a le mérite d'avoir insisté sur la différence entre la théorie et l'hypothèse; la théorie, parfois utile, est souvent nuisible, car elle peut nous éloigner de la recherche expérimentale; l'hypothèse, au contraire, nous y conduit toujours; la première essaye de s'imposer et de se maintenir et peut ainsi entraver la marche du progrès; la seconde sait que son existence doit être éphémère; même quand elle est fausse, elle peut aboutir à des résultats exacts. Arthus a fait beaucoup d'hypothèses; nous avons montré comment il jugeait les théories.

H. Roger.

LA MÉDECINE A TRAVERS LE MONDE

L'état sanitaire de l'Europe

(Suite) [1]

Suède.

La Suède, pays heureux, a vu au cours de la guerre, a mortalité générale, infantile, tuberculeuse s'abaisser et le taux de natalité a augmenté d'une façon considé›able. Il est passé de 13,4 en 1939 à 20 pour 1.000 en 943.

On signale simplement au cours de ces années de guerre une recrudescence de la scarlatine, de cas de blennorragie qui ont doublé et de syphilis qui ont quadruplé du fait de la mobilisation.

Finlande.

La brève campagne de l'hiver 1940 a provoqué une hausse de la mortalité générale qui est passée de 14,8 pour 1.000 en 1939 à 20 pour 1.000 en 1940 pour retom›er à 13,9 pendant l'année 1941.

Les cas de maladies contagieuses n'ont pas augmenté. L'absence de typhus exanthématique doit être signalée et doit être attribuée aux habitudes traditionnelles de pro›reté des Finlandais qui rendent impossible les épidémies de maladies transmises par les poux.

En temps de paix, la Finlande devait importer des céréales. L'état de guerre a entravé ces importations et la Finlande a certainement souffert des restrictions alimentaires, mais les renseignements manquent sur l'amplitude et la gravité des maladies par carence.

Roumanie.

L'interprétation des statistiques sanitaires de ce pays est difficile du fait de son dépècement par la Hongrie Transylvanie septentrionale), par la Russie (Bessarabie et Bukovine) et par la Bulgarie (Dobroudja méridionale) et du déplacement concomitant des réfugiés.

La mortalité infantile ne s'est pas beaucoup écartée de la moyenne des années d'avant-guerre.

L'absence de toute épidémie importante malgré les migrations constitue un fait remarquable. La seule maladie qui ait accusé une fréquence anormale a été le typhus exanthématique : le nombre des cas a sensiblement augmenté en 1942-1943 dans les régions endémiques de la Bessarabie et les territoires environnants ; la maladie s'est également propagée sous forme de cas sporadiques et de petits foyers dans le reste du pays.

La mortalité tuberculeuse semble avoir augmenté de 1939 à 1942 mais elle est due à un travail industriel plus intensif et non à une pénurie alimentaire. La Roumanie était un des pays d'Europe les plus producteurs et les plus exportateurs de denrées alimentaires. Chose remarquable, pendant l'automne 1943, l'excédent de denrées était tel que les prix de certains articles sur le marché noir tombaient au-dessous des prix fixés par le Gouvernement pour les vivres rationnés.

Yougoslavie.

Le typhus exanthématique a constitué dans le pays le problème sanitaire le plus grave. Il a sévi de façon sporadique en Macédoine et dans toute la Serbie et de façon épidémique en Croatie. En 1943, le nombre hebdomadaire des cas atteignait 300 à 350 cas.

Pendant l'hiver 1943-1944, l'épidémie a redoublé de violence et il a été enregistré pour une seule semaine en Mai 1944 jusqu'à 800 cas. Le total des cas déclarés pendant le premier semestre de la dite année a dépassé 3.500 c'est-à-dire 10 fois le chiffre annuel normalement enregistré pour toute la Yougoslavie.

La fréquence de la fièvre typhoïde a été, elle aussi, exceptionnellement élevée.

En Croatie, aussi bien qu'en Serbie, l'armée d'occupation a raflé les denrées alimentaires. Dans ce dernier pays, les rations officielles en 1942 ne fournissaient que 1.000 calories par jour et 30 *g.* seulement de protéines, aussi a-t-on signalé un peu partout des œdèmes de famine.

Les pertes de la population yougo-slave ont été considérables tant pendant l'envahissement en Avril 1941 que pendant la guerre de guerilla. A ces pertes il faut ajouter 700.000 personnes massacrées par les Allemands.

Italie.

Les renseignements sont rares surtout depuis 1942. Jusqu'à la fin de 1942, la situation épidémique ne s'écartait pas de la normale, bien que la fréquence de la typhoïde ait été élevée et celle de la poliomyélite exceptionnellement forte.

Une épidémie de typhus exanthématique est survenue à Naples d'Octobre 1943 à Janvier 1944 (500 cas) ainsi qu'une petite poussée de variole. Le taux de natalité semble avoir baissé en 1941, mais il est encore suffisamment élevé pour compenser les pertes de la population. Il est impossible, faute de documents, de savoir dans quelle mesure la situation alimentaire et l'état sanitaire se sont aggravés depuis le milieu de 1943.

Grèce.

La Grèce est avec la Pologne le pays d'Europe qui a le plus souffert.

En temps de paix, la Grèce importait du blé et d'autres denrées essentielles contre des vins, des fruits, du tabac, des olives. Elle a eu à subvenir aux besoins d'une armée d'occupation considérable. Attaquée par l'Italie en Octobre 1940, elle a été envahie en avril et mai 1941. Ce qui restait de stocks de denrées alimentaires a été saisi pour la subsistance de l'armée allemande et même pour l'exportation. L'hiver 1941-1942 a été particulièrement rigoureux. Dans les grandes villes et dans les petites îles la famine s'est installée. Des milliers d'enfants et d'adultes sont morts de faim dans les rues d'Athènes. « Le manque de vivres était si complet que la mort survenait rapidement avant que ne pussent se développer les symptômes de carence vitaminique et autres tels que l'œdème de famine. Des camions ramassaient chaque jour les cadavres des gens morts de faim dans les rues et le nombre des cadavres était si considérable que l'on devait procéder à leur inhumation en masse dans les fosses communes » (Yves Biraud, *loco citato*). L'insuffisance alimentaire est restée la même jusqu'en 1944 où l'inflation monétaire a encore raréfié les quelques produits agricoles du pays.

D'après une déclaration officielle du Gouvernement Hellénique le nombre des personnes mortes de faim depuis Avril 1941 jusqu'à la fin de 1943, à Athènes, au Pirée et dans 30 chefs-lieux de province a été de 104.612. L'excédent de mortalité pendant cette période a été estimé à 270.000.

Par ailleurs, la Grèce a subi des pertes dues non seulement aux opérations de guerre, mais aussi aux exécutions auxquelles ont procédé les armées d'occupation et qui ont été évaluées en Mai 1944 à 70.000. Elle a également souffert d'une réduction du nombre des naissances estimées à 300.000 en 3 ans.

Malgré cet état de choses, sauf une augmentation du typhus en 1942-1943 et 830 cas de variole avec 187 décès en 1943, il n'y a pas eu une fréquence anormale des maladies contagieuses.

Pologne.

Les chiffres officiels dont on dispose pour ce pays sont très rares. L'invasion par les Allemands de la Pologne en 1939 a provoqué une migration en masse vers l'Est. La division de la Pologne par l'Allemagne en trois secteurs a amené d'autres migrations : certaines parties ont été incorporées au territoire allemand (corridor polonais, district de Suvalki, Silésie polonaise) ; un autre secteur se composant principalement des voïvodies de Lodz, de Kalisz, de Posnan a constitué le « Wartheland », terre de colonisation où l'Allemagne a placé non seulement des colons allemands mais des danois, des hollandais et des bessarabiens ; le troisième secteur, le « Gouvernement Général » s'étendait à l'est jusqu'à la Vistule et au San et était composé de terres peu fertiles. De nombreux propriétaires, bourgeois et juifs polonais ont été forcés de quitter le « Wartheland » pour se rendre dans le Gouvernement Général où les conditions d'existence étaient nettement mauvaises. Les seules statistiques dont on dispose concernent les villes du Wartheland et sont incomplètes, puisque ces renseignements ne visent pas les habitants polonais ou juifs.

*
* *

Cependant toutes ces statistiques indiquent la fréquence du typhus exanthématique, surtout pendant le premier hiver de l'occupation allemande. Le typhus exanthématique qui, avant la guerre était endémique dans une partie de cette région et dans celle qui constituait le Gouvernement Général, a continué de sévir pendant toute la guerre et l'armée allemande a dû prendre des mesures spéciales. Elle a souffert également de la fièvre de Volhynie ou fièvre des tranchées. La rupture des conduites d'eau pendant le siège de Varsovie en Septembre 1939 a provoqué une grave épidémie de fièvre typhoïde (30.000 cas). La dysenterie du type Flexner et même du type Shiga a été rencontrée souvent, mais il semble que la fréquence de la diphtérie et de la scarlatine soit resté inférieure à celle qui a été enregistrée en Allemagne.

Mais les effets des maladies contagieuses sur la population polonaise ont été moins désastreux que ceux résultant des restrictions alimentaires.

Si malgré les réquisitions très dures, les paysans producteurs ont pu s'alimenter, les habitants des villes ont souffert véritablement de la famine. Les classes pauvres et les personnes qui avaient perdu leur fortune n'ont pu utiliser le marché noir. La transformation des ghettos en véritables camps de concentration a empêché les Juifs d'avoir accès aux denrées alimentaires autres que celles vendues parcimonieusement par les Allemands. D'après Bourne [2], en Mai 1941 le nombre des décès dans le ghetto de Varsovie a été de 5.000, soit une augmentation de douze fois le taux d'avant-guerre. Le système de rationnement pratiqué en Pologne établissait une différence entre Polonais et Allemands, comme d'ailleurs en Allemagne entre les travailleurs polonais et les travailleurs des autres pays. D'après Bourne (*loco citato*), à Lwow, la ration hebdomadaire de pain était de 2 *kg.* pour un Allemand, de 1 *kg.* pour un Polonais, de 1/2 *kg.* pour un Juif. Un certain nombre de denrées alimentaires étaient réservées exclusivement aux Allemands et ni les Juifs, ni les Polonais n'étaient autorisés à les acheter.

Les mêmes inégalités se retrouvaient dans les conditions de travail appliquées aux Polonais en Allemagne. La *Gazette Allemande du Travail* a publié de nombreux règlements officiels stipulant de plus longues heures de travail, des salaires moindres et l'absence de congés pour les travailleurs polonais.

Les pertes militaires polonaises, l'émigration en masse vers l'U.R.S.S. à partir de Juin 1941, les déportations de main-d'œuvre masculine et féminine, la diminution des naissances qui en résulte ainsi que de l'interdiction des mariages, la politique d'extermination des Juifs, le grand nombre d'exécutions, l'état de famine dans les villes font que la Pologne sort de cette guerre extrêmement affaiblie au point de vue population. Elle est certainement avec la Grèce, le Pays d'Europe qui a le plus souffert.

A. P.

1. Voir *La Presse Médicale*, 1943, n° 17, 226-227 et n° 18, 230.

2. G. H. Bourne : *Starvation in Europe*. 48 pages (*Allen et Unwin*), Londres, 1943.

INFORMATIONS

INSTITUTION D'UN Ordre National des Pharmaciens

Une institution unique et obligatoire groupait ces dernières années tous les intérêts et toutes les tendances de la pharmacie. Non seulement elle devait assurer le maintien de la moralité, mais elle était chargée en même temps de défendre les intérêts matériels de ses membres. La réunion de ces deux attributions de natures si différentes dans le même organisme ne pouvait que diminuer son influence et son indépendance.

L'ordonnance du 15 Décembre 1944 a rétabli dans leurs droits tous les syndicats de la pharmacie existant avant 1941.

Il était nécessaire de créer alors une institution qui, tout en assurant la sauvegarde de la moralité professionnelle du pharmacien, devenait l'instrument de défense des intérêts de la société.

L'Ordre des pharmaciens avait été, depuis longtemps, réclamé par les différentes branches et par tous les syndicats de la pharmacie.

* * *

L'ordonnance récente du 5 Mai 1945 a pour objet de créer cet Ordre.

A sa tête est placé un Conseil national de l'Ordre des Pharmaciens, dont le siège est à Paris.

Tous les professionnels de la pharmacie « habilités à exercer leur art en France et en Algérie » sont obligatoirement inscrits sur un tableau de l'ordre national. Ce dernier se divise en quatre sections correspondant à chaque branche d'activité du corps pharmaceutique :

La section A, comprenant tous les pharmaciens titulaires d'une officine ;

La section B, comprenant tous les pharmaciens propriétaires, gérants, administrateurs des établissements qui se livrent à la fabrication des produits pharmaceutiques spécialisés ;

La section C, comprenant tous les pharmaciens droguistes et les pharmaciens répartiteurs ;

La section D, comprenant les pharmaciens des établissements hospitaliers, les pharmaciens biologistes, les pharmaciens mutualistes, les pharmaciens salariés et, généralement, les pharmaciens non susceptibles de faire partie de l'une des sections A, B, C, à l'exception des pharmaciens visés à l'article 20.

Chacune de ces sections est administrée par un conseil central dont le siège est à Paris.

Le ressort des tribunaux professionnels des pharmaciens d'officine est en première instance la région sanitaire. Cette circonscription, assez restreinte pour permettre aux détaillants de se connaître suffisamment, est cependant assez étendue pour les dégager des querelles locales.

Par contre, le nombre plus faible des pharmaciens des autres sections justifie le choix, retenu par eux, de la circonscription nationale qui, seule, permet la constitution de groupements suffisamment étoffés pour produire une action efficace.

Les représentants de toutes les activités pharmaceutiques composent au niveau national le tribunal d'appel.

Toutes les décisions disciplinaires sont susceptibles de recours pour excès de pouvoir devant le Conseil d'Etat.

Ainsi, les Conseils de l'Ordre, gardiens de la moralité, seront chargés de dépister les fautes professionnelles qui, le plus souvent, échappent aux tribunaux de droit commun, et de les sanctionner. Ils créeront par leurs décisions une jurisprudence professionnelle. Ils auront, en outre, la mission d'établir un code de déontologie, toutes mesures qui ne manqueront pas d'avoir une action moralisatrice sur des praticiens dont les actes doivent être irréprochables pour offrir une garantie totale à la santé publique.

Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens

Le Conseil national de l'Ordre des Pharmaciens est composé de :

Trois professeurs ou maîtres de conférences des Facultés de Pharmacie ou des Facultés mixtes de Médecine et de Pharmacie ou Ecoles de Médecine et de Pharmacie, pharmaciens, nommés par le ministre de la Santé publique, sur proposition du ministre de l'Education nationale ;

Un inspecteur des pharmacies représentant, à titre consultatif, le ministre de la Santé publique ;

Huit pharmaciens d'officine, dont un appartenant obligatoirement à la région de Paris, inscrits au tableau de la section A de l'Ordre, élus ;

Quatre pharmaciens, fabricants de produits pharmaceutiques spécialisés, inscrits au tableau de la section B élus ;

Deux pharmaciens droguistes ou répartiteurs inscrits au tableau de la section C, élus ;

Trois pharmaciens inscrits au tableau de la section D, élus ;

Deux pharmaciens membres de la Société de Pharmacie de Paris, proposés après élection à la nomination du ministre de la Santé publique.

(Extraits du *J. O.*, 6 Mai 1945.)

Réquisition des Médecins Pharmaciens et Chirurgiens dentistes

Par décret du 20 Avril 1945 :

Art. 1er. — A dater de la promulgation du présent décret et jusqu'à une date qui sera fixée par décret, les médecins non mobilisés et les femmes médecins de nationalité française ou ressortissants français sont tenus, sans ordre spécial, de continuer sur place l'exercice de leur profession.

En outre, tous les docteurs en médecine et étudiants en médecine des deux sexes peuvent être requis par le ministère de la Santé publique soit pour donner des soins à la population civile, soit pour être affectés à un service public, notamment le contrôle médical des prisonniers et déportés après leur rapatriement.

Ces dispositions s'appliquent également aux médecins étrangers autorisés à exercer la médecine en France.

Art. 2. — Les médecins affectés hors de leur résidence habituelle ont droit au logement.

Art. 3. — Les médecins et les étudiants en médecine ayant au moins 20 inscriptions et 16 s'ils sont internes des hôpitaux de villes de Faculté, chargés de soigner la population civile hospitalisée ou non, sont rémunérés dans les conditions habituelles ; ils continuent notamment à recevoir les honoraires de la clientèle ainsi que des collectivités publiques pour le traitement des malades à la charge de ces collectivités.

Art. 4. — Les médecins peuvent être requis pour assurer un service de façon intermittente ou à temps partiel. En dehors des obligations qui leur sont imposées, ils continuent l'exercice normal de leur profession.

Art. 5. — Les médecins nés après le 1er Janvier 1900, les médecins volontaires et les étudiants en médecine, peuvent être affectés hors de leur résidence habituelle : ils sont alors chargés d'un service permanent.

Art. 6. — Les médecins affectés hors de leur résidence habituelle sont, en principe, maintenus à l'intérieur de la région sanitaire où ils exercent habituellement leur profession.

Les affectations sont prononcées par le Commissaire de la République sur proposition du directeur régional de la Santé et de l'Assistance.

Art. 7. — Toutefois, si, dans une région, le nombre de médecins ou de spécialistes est insuffisant pour assurer l'exécution du contrôle médical des rapatriés ou de tout autre service public, des demandes de personnel complémentaire sont adressées au ministère de la Santé publique.

Art. 8. — Les médecins chargés, de façon intermittente ou à temps partiel, du contrôle médical des rapatriés ou de tout autre service public, reçoivent une rémunération calculée sur la base de vacations dont le montant est fixé par arrêté du ministre de la Santé publique et du ministre des Finances.

Art. 9. — Les médecins et les internes des hôpitaux de ville de Faculté chargés de façon permanente de ce contrôle médical ou de tout autre service public, à l'exclusion de tout exercice de clientèle, ont droit à un traitement égal au traitement de début de médecins adjoints de sanatoriums publics.

Art. 10. — Les étudiants en médecine chargés de façon permanente de ce contrôle médical ou de tout autre service public reçoivent un traitement fixé par arrêté du ministre de la Santé publique et du ministre des Finances.

Art. 11. — Les médecins et les étudiants en médecine requis ont droit au remboursement de leurs frais de déplacement suivant les tarifs fixés par les arrêtés en vigueur du ministre des Finances.

Art. 12. — Les médecins et les étudiants en médecine visés à l'article 1er ci-dessus, doivent notifier immédiatement tout changement de domicile à la Préfecture de leur ancienne résidence.

Art. 13. — Le décret du 28 Novembre 1938 sur les réquisitions est applicable pour toutes les questions qui n'ont pas été réglées par les dispositions qui précèdent.

Art. 14. — Sauf accord avec le ou les médecins de la localité les médecins déplacés par ordre dans les conditions prévues à l'article 4 ne pourront, pendant un délai de 5 ans à compter de la date de cessation des hostilités, exercer leur art dans la localité où ils ont été envoyés et dans un rayon de 20 km. autour de celle localité. Des dispositions spéciales pour les villes ou les agglomérations de plus de 500.000 habitants seront prises par arrêté.

Art. 15. — Les dispositions de l'article 3 sont applicables aux pharmaciens et aux chirurgiens-dentistes.

Les dispositions prévues pour les étudiants en médecine sont applicables aux étudiants en pharmacie et en art dentaire des deux sexes.

Art. 16. — Les infractions aux dispositions du présent décret sont passibles des sanctions prévues à l'article 31 de la loi du 11 Juillet 1938.

Art. 17. — Sont abrogées toutes dispositions contraires au présent décret.

Inspection de la Santé

— M. le docteur Fellonneau est nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé dans le département de la *Loire-Inférieure*.

— Mme le docteur Marianne Weill-Raynal est nommée médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé dans le département de *l'Oise*.

Union des Médecins Français

Une émouvante cérémonie s'est déroulée le dimanche 29 Avril à l'Amphithéâtre des Enfants-Malades. *L'Union des Médecins français* a reçu son président d'honneur, le Prof. Charles Richet de retour de Buchenwald, où il avait été déporté en 1943 pour son activité patriotique. Médecins praticiens, professeurs des Facultés, étudiants et personnel hospitalier, amis et compagnons de lutte du Prof. Charles Richet dans la Résistance sont venus témoigner leur joie.

Des allocutions furent prononcées par le Prof. Debré, un des présidents d'honneur, le Dr de Gennes, professeur agrégé, président de *l'Union des Médecins français*, M. Lecomte, secrétaire général de l'Assistance publique, auxquels répondit le Prof. Charles Richet, glorifiant l'œuvre de la Résistance et le souvenir de ses héros et de ses amis.

Université de Paris

Cours de pathologie interne. — Le Docteur F. Coste, Professeur Agrégé, continuera son cours à dater du 22 Mai 1945, au petit Amphithéâtre de la Faculté de Médecine, les mardis, jeudis et samedis à 15 heures. *Sujet du Cours :* Goutte et Affections rhumatismales.

Chaire d'Hygiène. — Un enseignement spécial sera donné au *Laboratoire d'Hygiène* en vue de l'examen d'aptitude aux fonctions de médecin breveté de la Marine marchande qui aura lieu fin Juin 1945. Le cours durera du 1er au 25 Juin 1945. Il comprendra des conférences qui auront lieu chaque jour, et des leçons de bactériologie avec travaux pratiques.

Peuvent s'inscrire à ce cours : 1° les docteurs en médecine, et par exception les étudiants à scolarité terminée, Français et du sexe masculin ; 2° les docteurs et étudiants en médecine, de nationalité étrangère, qui s'intéressent aux questions d'hygiène maritime et de prophylaxie internationale.

Inscriptions (500 fr.) au Secrétariat (guichet n° 4), tous les matins de 10 h. à midi et les lundis, mercredis et vendredis de 14 h. à 16 h.

Clinique de la Tuberculose de l'Hôpital Laennec (Prof. M. Jean Troisier ; Assistants : MM. Bariéty et Brouet, agrégés, médecins des Hôpitaux). — Un cours en vue du concours pour le titre de médecin phtisiologue des Services Publics sera fait du 15 Octobre au 24 Novembre 1945.

Ce cours s'adresse également aux médecins et aux étudiants désireux de revoir, en un cycle complet, les notions récentes cliniques, thérapeutiques, sociales et administratives concernant la tuberculose. Le matin, des stages cliniques avec interprétation de clichés radiographiques sera fait chaque jour à 17 h. et à 18 h., deux leçons auront lieu l'après-midi, de 16 h. à 17 h. et de 17 h. à 18 h., à la Salle de Conférences de la Clinique de la Tuberculose.

Les inscriptions (1.000 fr.) sont reçues au Secrétariat de la Faculté de Médecine (Guichet n° 4) tous les matins de 10 h. à midi, et les lundis, mercredis, vendredis de 14 h. à 16 h. (Un certain nombre de bourses et de remboursements de droits d'inscription seront accordés par le Comité national de Défense contre la Tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel : demandes adressées avant le 30 Septembre 1945.)

Ce cours sera suivi, du 26 Novembre au 8 Décembre 1945, d'un cours théorique et pratique sur « Les méthodes de laboratoire appliquées au diagnostic de la tuberculose ». (Conditions d'inscription comme pour le cours précédent, nombre d'inscriptions limité.) Les droits d'inscription pour l'ensemble des deux cours sont fixés à 1.500 fr.

Un ***Cours de perfectionnement sur le cancer de la prostate*** aura lieu du 28 Mai au 2 Juin 1945, à 11 h., dans la salle de Conférences du Pavillon Albarran à la Clinique urologique de l'Hôpital Cochin.

28 Mai : Anatomie pathologique. Origine. Développement et métastases. M. Busser. — 29 Mai : Traitement chirurgical du cancer de la prostate. M. Couvelaire. — 30 Mai : Traitement du cancer de la prostate par les agents physiques. M. G. Richard. — 31 Mai : Les phosphatases dans le cancer de la prostate. M. Courtois. — 1er Juin : De l'action des hormones œstrogènes sur la glande prostatique, l'adénome et le cancer de la prostate. M. de Gennes. — 2 Juin : Conclusions et indications thérapeutiques. M. Fey.

Cours complémentaire d'Hygiène et Médecine infantiles. — Du lundi 14 Mai au samedi 16 Juin, il sera fait chaque jour à 17 h. et à 18 h., deux leçons portant sur les principales questions d'hygiène et de médecine infantiles au grand amphithéâtre de l'Ecole de Puériculture, 26, boulevard Brune. Ce cours, en principe destiné aux docteurs en médecine et aux étudiants en fin de scolarité, candidats au diplôme de l'Ecole de Puériculture, sera librement ouvert aux personnes s'intéressant à l'hygiène infantile et à la puériculture.

Les leçons seront complétées par des travaux pratiques de diététique (6 séances), par le Dr Detroit, et la visite d'un Centre laitier, par le Dr Névot.

Concours et places vacantes

Hôpital psychiatrique de Saint-Ylie (Jura). — Deux places d'internes en médecine réservées à des étudiants possédant au moins 12 inscriptions sont vacantes. S'adresser au Directeur.

Les internes sont logés, chauffés, éclairés et blanchis. Nourriture remboursée au prix coûtant.

Laboratoire départemental de Saône-et-Loire demande laborantine diplômée ou ayant une certaine pratique de laboratoire. Situation intéressante.

S'adresser à l'Inspection de la Santé à Mâcon.

Nouvelles diverses

Commission de la Tuberculose. — Le Prof. F. Bezançon, membre de l'Académie de Médecine, conseiller technique sanitaire du ministère de la Santé publique et le Dr G. Poix, vice-président du Comité national de Défense contre la tuberculose sont nommés membres du Conseil permanent d'Hygiène sociale et sont affectés à la Commission de la Tuberculose.

Le ***9e Congrès Français de Gynécologie*** aura lieu à Paris, les 6, 7 et 8 Octobre 1945 sous la présidence de M. E. Douay, président de la Société Française de Gynécologie.

La question à l'ordre du jour est : *Le fibrome utérin*. Huit rapports seront présentés. Le rapporteur général est M. le Prof. agrégé André Chalier, de Lyon.

Pour tous renseignements s'adresser au Secrétaire général : M. Maurice Fabre, 1, rue Jules-Lefebvre, Paris-9e.

Commission spéciale pour l'étude des questions d'hygiène dans les mines. — Le *J. O.* du 9 Mai 1945 publie l'arrêté portant réorganisation de la Commission spéciale pour l'étude des questions d'hygiène dans les mines qui comprendra 15 membres. Les médecins faisant partie de la Commission seront au nombre de 5.

Cadre des Médecins, Pharmaciens et Sages-Femmes africains. — Le *J. O.* du 9 Mai 1945 publie le tableau d'avancement, pour l'année 1945, des médecins, pharmaciens et sages-femmes africains.

Rémunération des médecins experts adjoints aux médecins chefs des Centres d'appareillage. — Un arrêté paru au *J. O.* du 9 Mai 1945 fixe cette rémunération soit sous la forme d'une indemnité forfaitaire (maximum 1.500 fr. par mois), soit sous forme de vacations [de 3 heures] (de 120 à 180 fr. ou 200 fr.).

La ***Conférence de la Bismuthothérapie de la syphilis*** se réunira à l'Institut Alfred-Fournier, les 14, 15, 16 et 17 Mai 1945.

14 Mai, à 10 h., séance inaugurale sous la présidence de M. le Prof. Gougerot.

15 Mai, à 10 h., La bismuthothérapie en clinique humaine : Rapports de MM. Gaté et Cuilleret et de M. Degos ; Communication de MM. Hudelo et Rabut. — à 15 h., La posologie du bismuth : Rapports de MM. Clément-Simon et Garnier ; Communication de M. Lebourg.

16 Mai, à 10 h., Le bismuth en médecine expérimentale : Rapport de M. C. Levaditi ; Bismuth et Sérologie : Rapport de M. Cornier. — *Conférences* : à 15 h. La pénicilline dans le traitement de la syphilis, par le Prof. Levaditi. — à 16 h., Le mode d'action de la pénicilline, par M. Bonét-Maury.

17 Mai. *Conférences* : à 15 h. Organisation de la lutte contre la syphilis : l'Institut Alfred-Fournier, par M. Sicard de Plauzolles. — à 16 h. La recherche scientifique à l'Institut Alfred-Fournier, par MM. Bonét-Maury et R. Laporte.

Société Française de Gynécologie. — *Le dépistage précoce du cancer du col utérin et en particulier du cancer endocervical*, question qui présente au point de vue social un intérêt de premier ordre, fera l'objet de la séance publique qui aura lieu le lundi 28 Mai, à 17 heures, à la Faculté de Médecine, Salle Pasteur.

Exposés de MM. Douay, Mocquot, Huguenin, Mme Simonne Laborde, MM. Béclère, Palmer, Wallon, etc.

Distinctions honorifiques

LÉGION D'HONNEUR

Officier : Médecin capitaine J.-M. Larribère, direction du Service de Santé de la ne armée.

Chevalier : Médecin colonel J. Vialard-Goudou, direction du Service de Santé de la ne armée française. — Médecin colonel A. Lotte, ne division motorisée d'infanterie. — Médecin lieutenant-colonel J. Vernien, ne division motorisée d'infanterie. — Médecin commandant J.-P. Rolin, ne division française libre. — Médecin commandant A. Boffi(«), ne division d'infanterie coloniale. — Médecin capitaine P. Bernal, ne bataillon médical. — Médecin capitaine P. Guenon, ne division motorisée d'infanterie. — Médecin capitaine A. Pennot, ne régiment de spahis marocains. — Médecin capitaine E. Benichou, ne bataillon médical. — Médecin sous-lieutenant R. Durrieu, ne groupe de Tabors.

MÉDAILLE MILITAIRE

Médecin auxiliaire M. Pariente, ne régiment d'infanterie coloniale.

CITATION A L'ORDRE DE L'ARMÉE

Médecin commandant M. Icert, ne bataillon médical
Médecin auxiliaire H. Favre, ne bataillon médical

ORDRE DE L'ÉTOILE NOIRE

Chevalier : Médecin lieutenant B. Heintz, des troupes coloniales.

Nos Échos

Naissances.

— Le docteur Jean Rault et Madame le docteur Madeleine Rault-Darnail sont heureux d'annoncer la naissance de leur cinquième enfant *Catherine* (Paris, 5 Mai 1945, 86, avenue de la République).

— Le médecin lieutenant Boissière, interne des Hôpitaux de Paris, et Madame sont heureux de faire part de la naissance de leur deuxième enfant *Jacques* (Paris 26 Avril 1945).

— Le docteur et Madame Jean-Yves Debnousse sont heureux de faire part de la naissance de leur fils *Patrick* (Le 4 Mai 1945, Nevers, 13, rue Fonmorigny).

— Annik, Yvonne, Michelle, Marc, Jean-Charles et Charlotte de Seze sont heureux de vous faire part de la naissance de leur petite sœur *Juliette* (21 Avril 1945)

— Jean-Pierre Lyon-Caen a la joie de vous annoncer la naissance de son petit frère *Michel* (Docteur et Madame Louis Lyon-Caen, 6, square Port-Royal, Paris, 16 Mars 1945).

Décès.

— On annonce le décès du docteur Jehan Hecart chirurgien des Hôpitaux de Rouen, professeur à l'Ecole de Médecine (Rouen, le 3 Mai 1945).

— On annonce le décès du docteur Michel Léon Kindberg, médecin des Hôpitaux de Paris.

— On annonce le décès du capitaine médecin Henri Tillé, capitaine de la 2e D. C. E. D., Maître de conférence au Collège de France, chef du Laboratoire des Quinze-Vingts, tombé devant Royan le 16 Avril 1945.

— Nous apprenons la mort du médecin sous-lieutenant Marc Grégoire, fils du professeur Raymond Grégoire, de Paris, mort au champ d'honneur le 8 Avril 1945.

— Nous apprenons la mort de Jean Brissaud, sous-lieutenant au 23e R. I. C., et de René-Henri Brissaud sergent au R. I. C. M., tués à l'ennemi les 7 et 16 Avril 1945, à l'âge de 27 et de 26 ans, fils du docteur et de Madame Etienne Brissaud, et frères du médecin lieutenant Henri-Edouard Brissaud.

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

Le gérant : F. Thomas.

Imprimé par l'Ancne Imprimerie de la Cour d'Appel, 1, rue Cassette, à Paris (France)

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées aux Périodiques, la Direction scientifique de La Presse Médicale *a dû fixer à 4 colonnes maximum l'étendue des mémoires originaux. Tout manuscrit dépassant cette étendue sera retourné à son auteur.*

SUR L'ACTIVITÉ PHYSIOLOGIQUE DES EXTRAITS ET DES GRANULES D'EXTRAIT DE STROPHANTHUS DU COMMERCE

PAR MM.

René HAZARD et **René GIUDICELLI**

(Paris)

Beaucoup de médecins prescrivent encore couramment des granules d'extrait de strophanthus à 1 *mg*. Ces granules ne sont pas et n'ont jamais été officinaux; ils doivent être préparés avec le seul extrait de strophanthus (S. Kombé) qui ait été mentionné au Codex (supplément de 1884) et qui serait toujours officinal si l'on continuait à admettre que le Codex est formé de toutes ses éditions successives.

Quelle peut être l'activité de cet extrait d'après son titre en strophantine? Il semble qu'on ait seulement évalué ce dernier jusqu'ici par des méthodes chimiques assez peu spécifiques: Brissemoret lui a trouvé ainsi une teneur de 23 pour 100 en strophantine. Nous l'avons apprécié, pour notre part, par la méthode biologique, en déterminant la toxicité de divers extraits par comparaison avec une solution titrée d'ouabaïne.

A défaut d'étalon national ou international, nous avons utilisé une ouabaïne cristallisée du commerce, préalablement titrée: cette dernière, perfusée en solution à 1/100.000 chez des cobayes pesant de 410 à 550 *g*., à raison de 1 cm^3 13 (soit 0 *mg*. 17 d'ouabaïne) par kilogramme et par minute, a provoqué la mort des animaux par arrêt cardiaque à la dose moyenne de 0 *mg*. 2174 par kilogramme (soit 21 cm^3 74 de solution), peu différente de celle de 0 *mg*. 20 indiquée par le Codex.

Le tableau I donne le détail de ces expériences.

TABLEAU I. — *Ouabaïne cristallisée du commerce en solution à 1/100.000 dans le sérum salé isotonique.*

POIDS DES COBAYES en grammes	DOSE MORTELLE [1]	TEMPS [2]	DOSE MORTELLE par kilogramme [1]	DOSE MORTELLE moyenne par kilogramme [1]
460	7,5	15	16,3	
480	12,5	22	26,0	
520	11,5	21	22,1	
550	13,4	25	24,3	21,74
520	11,5	22	22.1	
430	10,0	19	23,2	
410	7,5	15	18,2	

1. Exprimée en centimètres cubes de la solution d'ouabaïne ou d'extrait employée.
2. Temps écoulé entre le début de la perfusion et la mort de l'animal, exprimé en minutes.

Nos déterminations ont porté sur un extrait de strophanthus (Codex 1884) et sur un extrait stabilisé de strophanthus, tous deux préparés en 1939; sur des granules d'extrait de strophanthus titrés à 1 *mg*. d'extrait.

L'extrait et l'extrait stabilisé ont été simplement dissous en proportion convenable dans du sérum physiologique avant d'être perfusés.

Après des essais préliminaires indispensables, nous avons toujours opéré de telle sorte que les cobayes reçoivent par kilogramme et par minute 1 cm^3 13 d'une solution d'extrait de strophanthus suffisamment concentrée pour que la mort des animaux se produise avec une dose totale moyenne de solution aussi voisine que possible de 21 cm^3 74 par kilogramme.

Ces conditions expérimentales une fois réalisées sur 6 cobayes, nous avons fait la moyenne des volumes utilisés et, d'après la concentration des solutions essayées, évalué la teneur en ouabaïne des extraits étudiés. Les résultats obtenus sont exposés dans le tableau II.

Les granules provenaient de 3 fabricants différents: X, Y et Z.

Nous avons d'abord opéré l'extraction de la strophantine en épuisant par contact avec 5 cm^3 d'alcool à 96°, pendant seize heures, le produit du broyage de 25 granules. Immédiatement avant le dosage — pour éviter l'hydrolyse du glucoside actif — la liqueur d'épuisement a été, suivant les indications fournies par les essais préliminaires, étendue à 100 cm^3 (granules X et Y) ou à 217 cm^3 (granules Z) avec de l'eau salée physiologique, de façon à obtenir une solution d'extrait à 25/100.000 (granules X ou Y) ou à 11,5/100.000 (granules Z).

En opérant sur des lots de 6 cobayes pour chaque variété de granules, nous avons obtenu, par le même procédé que ci-dessus, des doses mortelles par kilogramme respectivement égales à 20,5, 20,7 et 21,4, ce qui, tout calcul fait, a donné comme titre en ouabaïne des extraits utilisés pour la préparation de ces granules les chiffres de 4,2, 4,2 et 8,83 pour 100.

On constate donc que la teneur en principe actif, évaluée en ouabaïne, varie, pour les extraits analysés, de 6,8 *g*. à 11,5 *g*. pour 100, soit de 68 à 115 millièmes de milligramme ou γ pour 1 *mg*. d'extrait. Pour les granules à 1 *mg*. d'extrait également, la teneur varie de 42 à 88 γ pour chacun d'eux: il en faudrait donc, en l'espèce, au moins 11 et jusqu'à 24 pour représenter 1 *mg*. de strophantine (granules du Codex 1884 et 1908).

La posologie pratiquée en Angleterre est plus élevée: de 16 à 65 *mg*. d'extrait; elle se rapproche un peu plus de celle de l'ouabaïne dont la prescription par la voie buccale s'est progressivement élevée à 0 *g*. 01 et 0 *g*. 02 et même 0 *g*. 03, doses que l'organisme peut supporter en raison de la destruction rapide, au cours des phénomènes digestifs, de la majeure partie de ce glucoside.

En prescrivant 1 *mg*. d'extrait de strophanthus, même en supposant que cet extrait renferme autre chose que la strophantine, on réalise donc une posologie *a minima*, représentant pour les extraits les plus riches environ 1/10 de milligramme de principe actif glucosidique: cette posologie est peut-être défendable mais son extrême faiblesse ne doit pas être ignorée du médecin.

TABLEAU II. — a) *Extrait de strophanthus (Codex 1884) en solution à 15/100.000 (dans le sérum salé isotonique)*; b) *Extrait stabilisé de strophanthus en solution à 7,5/100.000.*

POIDS DES COBAYES en grammes		DOSE MORTELLE [1]		TEMPS [2]		DOSE MORTELLE par kilogramme [1]		DOSE MORTELLE moyenne par kilogramme [1]	
a	*b*	*a*	*b*	*a*	*b*	*a*	*b*	*a*	*b*
440	400	9,5	10,4	19	20	21,5	26,0		
430	420	9,5	9,5	19	19	22,0	22,6		
500	380	10,8	9,5	21	19	21,6	25,0	21,20	25,21
580	440	12,0	12 5	22	26	20,6	28,4		
520	415	11,0	11,0	11	24	21,1	26,5		
460	350	9,4	8,0	19	18	20,4	22,8		

Titre évalué en ouabaïne cristallisée :

a) $\frac{1 \times 100 \times 21,74}{15 \times 21,20} = 6,8$ pour 100.

b) $\frac{1 \times 100 \times 21,74}{7,5 \times 25,21} = 11,5$ pour 100.

1. 2. Voir tableau I.

TRAITEMENT MÉDICAL OU CHIRURGICAL DANS LES ULCÈRES

Par **René-A. GUTMANN,**

Médecin de l'hôpital Laennec, Paris.

La chirurgie gastrique a fait, depuis quelques années, de tels progrès, que des opérations naguère encore très exceptionnelles sont entrées dans le domaine courant. C'est ainsi que la gastro-entérostomie a cédé le plus souvent la place à la gastrectomie et voici que la gastrectomie totale commence à sortir du domaine du cancer auquel elle était destinée, pour entrer dans celui de l'ulcère.

Pourtant l'innocuité croissante à quoi parvient l'acte opératoire me paraît en partie compensée par la fréquence excessive qu'on donne à ses indications.

Qu'il soit permis à un médecin qui, ayant toujours travaillé en contact avec la chirurgie, n'a pour elle qu'admiration et confiance, d'essayer de faire le point sur cette question.

*
* *

Beaucoup de médecins et de chirurgiens, beaucoup d'écoles même, considèrent et professent que l'ulcère est une maladie essentiellement chirurgicale. Certains opèrent les ulcéreux dès que le diagnostic est fait. J'ai vu des malades gastrectomisés alors qu'ils n'avaient eu qu'une poussée douloureuse. J'en ai vus opérés au cours même de cette première poussée: souffrant depuis une ou deux semaines, leurs clichés étaient à peine secs que leur estomac était déjà enlevé. Bien souvent on ne prescrit le traitement médical que par une sorte d'acquit de conscience, comme une formule rituelle considérant d'ailleurs que l'indication reste formelle: un ulcère *doit* être opéré; mieux vaut donc tôt que tard.

Or, cette doctrine est absolument contraire

out ce que l'expérience m'a enseigné. Il y a des ésions qu'il *faut* opérer; il en est qu'on *peut* opérer; il en est où l'intervention est tout à fait *nutile*. Pour exposer ces opinions, il est nécessaire de considérer séparément l'ulcère duodénal et celui de l'estomac.

Ulcère duodénal. — L'ulcère duodénal est une maladie capricieuse. Se manifestant par poussées, dont chacune « guérit » — et même, au début, anatomiquement — mais plus ou moins rebelles, plus ou moins récidivantes, plus ou moins éloignées, plus ou moins douloureuses aussi, on ne sait jamais, quand un malade commence à en souffrir, dans quelle catégorie il va se ranger. La seule façon d'apprendre comment réagira au traitement cet ulcère de caractère encore inconnu, c'est de le traiter.

On voit ainsi certains malades, régulièrement soignés, ne plus jamais souffrir, d'autres plus nombreux, rester de longues années sans douleurs, refaire épisodiquement des poussées d'une quinzaine de jours, séparées elles-mêmes par des années de sédation.

Chez d'autres, les poussées reviennent malgré toute thérapeutique avec un rythme parfois élargi, parfois inchangé ou même aggravé, comme si le graphique du traitement et celui des récidives étaient indépendants l'un de l'autre.

Il me paraît logique de n'opérer ces sujets que lorsque la preuve est faite que les traitements restent inactifs. Logique aussi de ne pas considérer sur le même plan une forme ulcéro-œdémateuse à bulbe régulier avec petite niche de face et un ulcère avec grosse niche, déformations scléreuses du bulbe et gêne de l'évacuation non plus inflammatoire et passagère, mais organique.

Or il faut bien dire que par rapport au nombre immense d'ulcères duodénaux que nous avons observés et suivis dans nos différentes consultations, l'indication opératoire n'a touché qu'une minorité.

Lorsque l'on voit même un ulcéreux, non dans ses débuts, mais au cours avancé de son évolution, il faut encore, avant de décider qu'il est justiciable de la seule chirurgie, savoir s'il s'est soigné jusque-là. Je n'appelle pas « traitement médical » quelques pansements et quelques injections faits au vol pendant les périodes de douleurs, et totalement abandonnés, ce qui est si fréquent, pendant les temps de sédation. Le traitement de l'ulcus duodénal est de longue haleine; il vise moins, si je puis dire, la poussée en cours qu'il ne cherche à prévenir les poussées ultérieures.

L'un des arguments en faveur de l'intervention est la possibilité de l'hémorragie et de la perforation. Or, ce sont des complications rares, non certes en chiffres absolus, mais par rapport à l'immense quantité des ulcères duodénaux. Les chirurgiens ne peuvent juger ici de la même façon que nous, parce que, précisément, ils voient surtout les cas compliqués. Mais sur l'ensemble des ulcéreux « courants » suivis et traités à nos consultations de médecine, ceux dont la maladie est interrompue par l'une de ces deux éventualités sont très exceptionnels.

Nous sommes même arrivés par la pratique — sauf dans des cas spéciaux sur lesquels nous reviendrons — à ne plus faire entrer le facteur « complication possible » dans les arguments qui décident ou non de l'opération.

D'ailleurs les hémorragies habituelles de l'ulcère duodénal, celles des ulcères à poussées éloignées, radiologiquement peu profonds, dont les déformations surtout ulcéro-œdémateuses disparaissent plus ou moins complètement avec les poussées, ces hémorragies, muqueuses et non artérielles, sont plus impressionnantes que graves; elles cèdent en général très facilement. Les grandes hémorragies angoissantes, parfois mortelles malgré la transfusion, dues à l'abrasion d'une artère, sont plutôt l'apanage des vieux ulcères que l'on a laissé évoluer malgré des poussées fréquentes, éventualité que nous évitons précisément en faisant opérer les lésions indociles à la thérapeutique.

Il faut enfin citer ici les « formes hémorragiques ». *Une* hémorragie ne suffit pas à les caractériser, mais bien la répétition de l'accident et elle constitue alors une indication opératoire formelle [1].

La perforation est, elle aussi, très rare sur l'ensemble des ulcères traités et dirigés selon les données précédentes. Un type très fréquent est d'ailleurs la perforation d'emblée, survenant chez un malade qui n'a jamais souffert, comme s'il s'agissait d'une forme spéciale, térébrante, peut-être d'origine nerveuse [2]. Et contre elle, bien entendu, nous sommes préventivement désarmés.

Si, dans la pratique, nous fondant uniquement sur l'évolution clinique, nous avons instinctivement perdu l'habitude de faire entrer l'éventualité des complications dans le bilan qui décide de l'opération, il existe pourtant une exception.

Lorsque la profession d'un malade l'expose à être pris par une poussée ou par une complication dans des conditions qui pourraient rendre brusquement la situation dangereuse, nous devenons interventionnistes. C'est ainsi que nous ne laisserions pas partir un marin, un colonial, sans lui conseiller l'opération préalable. Et même certains métiers, celui de voyageur de commerce par exemple, certaines considérations de lieux et de transports, comme celles qu'impose un paysan éloigné de tout secours chirurgical, tout cela influe sur notre décision.

Ulcère gastrique. — Lorsqu'il s'agit de l'estomac, le point de vue change complètement. Toute la conduite est dominée par l'idée du cancer. Mais ici, cette conduite est *dictée*.

J'avoue que ce n'est pas sans amertume que j'entends parfois, dans des sociétés médicales, des chirurgiens dire qu'ils font la gastrectomie à tous les ulcères gastriques parce que le cancer peut simuler la niche ulcéreuse, que l'ulcère peut devenir cancéreux, et « qu'il n'y a aucun moyen de diagnostic » entre ces diverses éventualités. J'ai donc en vain consacré à ces sujets plusieurs volumes, qui sont lourds — du moins par le poids — et tant d'articles où je répétais les mêmes choses que j'hésitais parfois à les écrire.

Oui, le cancer peut simuler l'ulcère. Oui, l'ulcère peut se transformer. Non, nous ne sommes pas dépourvus de moyens de diagnostic.

Sans entrer ici dans de multiples détails cliniques et radiologiques exposés ailleurs [3], résumons ici notre opinion.

En présence d'un malade qui souffre et qui présente une niche gastrique, il faut instituer un traitement médical.

Dans la grande majorité des cas, la niche disparaît, même si elle est volumineuse [4] et en un à deux mois l'estomac redevient radiologiquement normal. Dans ces cas, on a fait la preuve que la lésion était bénigne, et, du même coup, on a guéri le malade.

L'ulcère gastrique, surtout celui de la petite courbure, et surtout sur sa portion verticale, est en général extrêmement sensible à la thérapeutique. Il représente de plus une maladie à tendance beaucoup moins capricieuse et récidivante que l'ulcère duodénal; lorsqu'on a fait disparaître la lésion, on peut espérer (je ne dis pas affirmer) que la guérison sera définitive. S'il y a des récidives, chacune doit être envisagée et suivie du même point de vue. C'est, dans ces conditions, la fréquence des récidives qui constitue l'indication opératoire.

Par contre, *si la niche ne disparaît pas* (*et même si le malade* cesse *de souffrir*), cette persistance est un signal d'alarme et il faut opérer. C'est dans ces cas seuls qu'il peut s'agir d'un cancer ou d'une cancérisation. La pire erreur que l'on risque est d'avoir pensé à une lésion maligne, et de trouver un ulcère histologiquement bénin, mais rebelle. On peut accepter cette « erreur » d'un cœur léger.

Considérée donc en dehors de détails dont l'exposé excéderait le cadre de cet article, la position à prendre est simple: tout ulcère gastrique doit être traité; si la niche disparaît, il n'y a aucune raison d'intervenir; si elle persiste, on peut dans certaines circonstances, on doit dans la plupart, pratiquer la gastrectomie.

Mais appliquer d'emblée la gastrectomie à tout ulcère gastrique pour la raison seule qu'il est diagnostiqué, cela me paraît une pratique hâtive et mal fondée.

Dans l'appréciation purement clinique des effets d'un traitement pour ulcère, si importante en pratique à côté des irremplaçables constatations radiographiques [5], il faut toutefois faire entrer une exacte analyse des troubles. En effet, beaucoup d'ulcéreux ont aussi « autre chose ». Ce peuvent être, entre autres, des troubles vésiculaires, hépatiques ou colitiques. Ce sont souvent des manifestations gastritiques ou duodénitiques, qui se traduisent, en dehors de leurs signes radiologiques propres, par des symptômes différents de ceux de l'ulcus, souvent confondus par le malade, et même par le médecin, avec ces derniers. Ce sont, pour n'en donner qu'un exemple, les brûlures des gastro-duodénites opposées aux crampes de l'ulcère, etc.

Ces petits détails ont ici leur importance. Il n'est pas rare qu'un sujet, guéri de son ulcus, se plaigne de « continuer à souffrir ». Il serait illogique, par une véritable erreur de diagnostic, de décider une gastrectomie en raison de manifestations qui ne relèvent pas d'elle, comme la cholécystite, ou dont la bénignité, comme dans les gastro-duodénites, est en général hors de mesure avec l'importance de l'opération.

Il faudrait parler maintenant des modalités du traitement médical, mais ce sujet nous entraînerait trop loin.

J'ai jadis beaucoup polémisé à propos de publications où l'on confondait la fin spontanée, toujours possible, d'une poussée avec l'action présumée de substances plus ou moins inefficaces. Il ne faut donc pas, lorsqu'il s'agit de décider d'une opération, employer « n'importe quoi ». C'est surtout la mise en action du « test thérapeutique » qui nécessite des moyens très actifs. Si l'on veut rapidement juger de la bénignité ou de la malignité d'une lésion gastrique, on doit employer des traitements de choc, comme les protéines intraveineuses que nous utilisions avant la guerre, ou les filtrats qui les remplacent depuis que ces protéines sont devenues introuvables. Le repos au lit, pendant quelques jours, est quelquefois utile. Quant aux autres traitements classiques, pansements, belladone, injections parentérales de divers ordres, ils n'ont qu'une valeur d'appoint dans le « test thérapeutique ». Ils représentent un traitement d'entretien, non un traitement d'attaque, et non surtout, comme pour les niches gastriques, un moyen de diagnostic.

Le plus souvent, nous prescrivons un régime quasi normal. Il est absolument exceptionnel que nous imposions le régime lacté, dont l'application inutile est pourtant un dogme intangible dans beaucoup de pays. Nous permettons même de fumer, à condition que ce ne soit qu'après les repas, l'estomac étant plein.

Enfin, il est indéniable que les ulcères « guérissent moins bien » maintenant qu'avant la guerre. Notre profond déséquilibre alimentaire en est, à mon avis, la cause. Aussi, plus que jamais, les diverses vitamines, à fortes doses, doivent-elles faire partie de toutes les thérapeutiques.

Un dernier argument vient enfin s'ajouter à l'importance du traitement médical préalable: *on ne doit jamais, sauf urgence, opérer un ulcéreux en poussée;* c'est sur ce terrain enflammé, souvent septique, que naissent les complications post-opératoires, locales et générales. Même si la niche, ulcéreuse persistante, ulcéreuse dégénérée, ou

1. A condition, bien entendu, que la preuve de l'origine ulcéreuse soit faite. Je me permettrai de rappeler mes travaux sur la fréquence des hémorragies non ulcéreuses et la rareté relative, contrairement à l'opinion classique, de l'ulcus dans le pourcentage des hématémèses et des mélænas.

2. Ces formes deviennent particulièrement fréquentes au moment des grands bouleversements sociaux. Rappelons la véritable « épidémie » de perforations des débuts de la guerre de 1939.

3. In: *Syndromes douloureux de la région épigastrique* (4e édition, sous presse) et surtout in: *Le cancer de l'estomac au début*, 1 vol., Paris, 1939.

4. *Surtout* si elle est volumineuse, devrions-nous dire. Ce sont les ulcères géants de la portion verticale de la petite courbure gastrique qui fondent de la façon la plus rapide et la plus impressionnante sous l'effet du traitement.

5. Nous disons bien « radiographiques ». La radioscopie est en effet tout à fait insuffisante. Elle laisse échapper les petites lésions, et, pour les autres, ne permet ni l'étude d'une quantité de détails importants, ni, ce qui est capital, celle des modifications apportées par le traitement.

maligne d'emblée, ne disparaît pas, le traitement a l'avantage d'agir sur tous les éléments vivaces surajoutés qui jouent un si grand rôle dans les suites opératoires immédiates ou même éloignées.

Ce n'est pas le moindre argument qui devrait inciter les chirurgiens à ne jamais décider d'intervenir sur les ulcères sans avoir institué un traitement médical actif, qui doit être contrôlé essentiellement par la clinique pour l'ulcère duodénal, et essentiellement par la radiographie pour l'ulcère gastrique.

* * *

En conclusion, je ne dis pas qu'on ne doit pas opérer les ulcères, mais bien qu'il en est qu'on doit opérer, d'autres pour lesquels on peut s'abstenir, d'autres enfin pour lesquels l'intervention est absolument inutile. Il faut, dans chaque cas (la question du cancer, facile à régler, mise à part), faire la balance: d'une part soit la guérison, soit la possibilité, souvent démontrée, d'une vie normale grevée d'un traitement et de l'éventualité de quelques périodes de douleurs récurrentes; de l'autre une opération qui, quelle que soit la sécurité où l'ont portée un certain nombre de chirurgiens expérimentés, n'est tout de même pas, statistiquement parlant, sans quelques hasards.

INDICATIONS VITALES ET TECHNIQUE

DE L'ENCLOUAGE DU COL FÉMORAL

Par **Bernard DUHAMEL**

Ainsi que MM. Huet et Huguier l'ont montré ici même, en Octobre 1943, il semble actuellement qu'il faille étendre au maximum les indications de l'enclouage extra-articulaire des fractures cervicales vraies du fémur. L'intervention systématique, et pratiquée d'autant plus précocement que l'état général du malade semble plus précaire, doit permettre de sauver la vie de malades laissés autrefois sans traitement et voués aux accidents du décubitus.

Mon but n'est pas de reprendre l'étude de ces indications vitales, dont vous avez pu lire le détail. Je voudrais, à l'appui de cette idée, exposer une statistique du service de clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Antoine, que mon maître M. le professeur Cadenat veut bien m'autoriser à publier, et je me permettrai de proposer une méthode qui, simplifiant considérablement la technique de l'enclouage, permet de l'appliquer à la presque totalité des blessés.

Étude de la mortalité chez les blessés encloués et chez les blessés traités par d'autres méthodes. — En 10 ans, de 1934 à 1943, 130 malades ont été hospitalisés à la clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Antoine pour fracture cervicale vraie du fémur.

Ces 130 fractures se décomposent comme suit :

Fractures trans-cervicales	77
Fractures sous-capitales	36
Non précisé	17

9 fractures par abduction, du type en coxa-valga décrit par Bœhler ont toutes parfaitement consolidé sans aucun traitement.

Parmi les autres fractures, nous avons été frappé par le nombre élevé de fractures semblant engrenées lors du premier examen, c'est-à-dire ne déterminant pas une impotence absolue, et présentant une déformation non corrigible. Nous trouvons en effet :

Fractures trans-cervicales libres	31
Fractures engrenées	37
Fractures sous-capitales libres	23
Fractures engrenées	13

Cette constatation, qui ne cadre pas avec les données classiques, explique pourquoi on a cru si souvent pouvoir se passer de l'intervention.

En effet, sur ces 130 fractures, 85 ont été traitées par des moyens orthopédiques ou abandonnées à elles-mêmes, 43 ont été enclouées et 2 enchevillées à l'aide d'un greffon péronier.

Parmi les 85 malades non traités chirurgicalement, nous ne pouvons tenir compte, pour notre statistique, de 30 malades qui ont quitté le service sur leur demande presque immédiatement après leur admission. Il reste donc 55 cas sur lesquels nous trouvons :

Malades non opérés :	
Guéris sans complications	30
Guéris après de graves complications	7
Morts	25

Deux seulement de ces morts sont imputables au traumatisme; les 23 autres malades, *en bon état à leur arrivée*, ont été laissés sans traitement parce que présentant une fracture engrenée, et sont morts d'accidents de décubitus.

La proportion de décès, chez les malades non encloués en en état de supporter une éventuelle intervention, est donc de 43 pour 100.

Sur les 43 malades encloués, nous trouvons:

Malades opérés :	
Guéris sans complications	35
Guéris, mais mauvais résultat fonctionnel	6
Morts	2

Le premier de ces décès est dû à une défaillance cardiaque subite, au huitième jour, le second s'est produit à longue distance, plus de deux mois après l'intervention.

Le pourcentage des morts sur ces malades choisis, non pas sur leur bon état général mais sur le mauvais type anatomique de leur fracture est donc de 4,5 pour 100.

Si l'on compare ces deux séries de résultats:

Pourcentage des décès :	POUR 100
Malades non encloués	43
Malades encloués	4,5

l'indication opératoire semble bien s'imposer systématiquement. Il suffit d'ailleurs, pour juger, de confronter notre statistique à celle d'un chirurgien qui depuis plusieurs années opère systématiquement tous les blessés qu'il voit, n'éliminant que les quelques sujets dont l'état général n'autorise aucun espoir de guérison.

M. Merle d'Aubigné (*Académie de Chirurgie*, mai 1941), sur 32 fractures cervicales vraies qu'il a reçues en une année à l'hôpital de Vaugirard, a opéré 29 malades, les 3 autres, jugés hors d'état de supporter l'opération, étant effectivement décédés. Sur ces 29 enclouages, il n'a eu qu'une seule mort, soit 3,4 pour 100 de décès.

Par ailleurs, la statistique complète de cet auteur comprenait à cette époque 9 morts sur un total de 142 opérés, soit une proportion de 6,3 pour 100.

Que l'on n'opère donc que des malades choisis, ou que l'on donne une extrême extension aux indications opératoires, la mortalité reste très faible, et oscille de 4 à 6 pour 100.

Il semble donc que la nécessité d'opérer, et même d'opérer vite soit l'évidence même. Un exemple malheureux, recueilli lui aussi dans les archives de la clinique de Saint-Antoine, ne peut que nous confirmer dans cette opinion :

« Mme P..., 75 ans, est admise le 8 Juin 1942, pour fracture trans-cervicale. Un enclouage est prévu dans la semaine qui suit son admission, mais par suite d'une panne survenue à l'appareil de radio portative, il est remis à huitaine. Au bout de ce laps de temps la malade présente une escarre. On diffère alors l'intervention. La malade meurt le 5 juillet suivant, par infection de cette escarre. »

Il est hors de doute que l'intervention, en permettant de mobiliser cette malade dans son lit, aurait prévenu l'apparition de cette escarre.

Comment simplifier l'intervention pour pouvoir en faire bénéficier le plus grand nombre possible de malades. — Ces données ont aussi été précisées par MM. Huet et Huguier dans leur récent article. Je rappellerai que, non seulement il faut proscrire toute arthrotomie, si minime soit-elle, mais encore il faut éviter la large dénudation trochantérienne, qui complique et prolonge le temps proprement chirurgical de l'intervention, et expose à une infection du champ opératoire au cours des manœuvres nécessitées par la prise des clichés. La peau ne doit être ouverte que pour chasser le clou le long de la broche-guide, et être refermée avant la prise des derniers clichés de contrôle. Par ailleurs, la durée totale du séjour sur la table orthopédique doit être réduite au minimum, ce qui ne peut s'obtenir qu'en évitant la multiplication des contrôles radiologiques, le développement des clichés étant la principale cause de perte de temps au cours de l'intervention. Il faut donc une méthode de visée dont la rapidité n'exclut pas la précision, car on ne peut pas tricher avec les contrôles radiologiques.

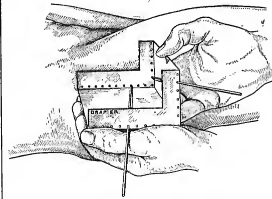
Enfin il faut une anesthésie extrêmement légère, ce qui n'est pas toujours possible avec les appareillages solidaires de la table, qui ne suivent pas le malade dans les mouvements involontaires qu'il peut présenter.

En dehors de ces données techniques, quelques constatations pratiques compliquent encore les données du problème : peu de chirurgiens possèdent deux appareils de radio portative qu'il est ainsi possible de laisser à la même place pendant toute la durée de l'intervention. Les contrôles peuvent être faits avec un seul appareil, mais les déplacements successifs qu'on lui fait subir déplacent aussi, à chaque cliché, le rayon normal. Si les repères utilisés par le chirurgien ne se projettent pas sur le même plan que le col fémoral, ils seront alors légèrement décalés d'un cliché sur l'autre.

Enfin le prix ou la complexité de la plupart des appareils qu'utilisent les chirurgiens orthopédiques rebutent nombre de leurs confrères qui préfèrent essayer de placer « au jugé » leur broche-guide, au prix souvent de nombreux tâtonnements.

Placé devant ces données, j'ai essayé de résoudre le problème en faisant construire un instrument très simplifié que j'ai présenté à l'Académie de Chirurgie le 1er Mars dernier, et qui a pour but de concilier la simplicité technique des visées « au jugé » avec la précision des compas employés dans la plupart des services parisiens.

Principe de la méthode de correction, description et emploi de l'équerre de correction. — Lorsqu'après une visée plus ou moins complexe, il arrive que la broche ne soit pas enfoncée suivant un axe satisfaisant, la plupart des chirurgiens s'accordent à dire que la correction de sa situation est chose très facile à réaliser. Pourquoi



alors ne pas mettre une première broche au jugé et ne pas « corriger » simplement sa position ? Un appareil très simple permettra de le faire instantanément sur le vu de deux clichés seulement, et en se passant de tous les repères habituels, souvent longs à placer, et parfois infidèles.

Cette correction devra se faire dans deux plans de l'espace (plan horizontal de la face, et plan vertical de la radio de profil). Dans chaque plan il y aura lieu d'effectuer une correction par angulation (pour suivre les angles d'inclinaison et de déclinaison du col) et une correction par translation (pour choisir le point optimum de pénétration de la corticale sous-trochantérienne). Ces mesures se feront bien entendu par rapport au point de pénétration cutanée ; celui-ci pourra donc être repéré avant la prise des clichés, en glissant sur la broche, jusqu'au contact de la peau, un disque de diamètre connu, en pratique une pièce de 10 centimes en nickel, dont le rayon d'environ 1 cm. servira d'unité aux mesures de translation.

L'équerre de correction est formée d'une seule

lame de métal nickelé, pliée à angle droit, dont les bords latéraux, rabattus, portent chacun une rangée de trous distants l'un de l'autre de 1 *cm.* La largeur de la plaque est telle qu'un décalage d'un trou, d'un bord sur l'autre, correspond à une angulation de 5° environ, avec une approximation qui, jusqu'à 30° ne dépasse guère 1°.

Une broche de Kirschner, enfoncée dans les trous qui bordent une des faces de l'appareil, pourra donc être éloignée du nombre voulu de centimètres de l'arête de l'appareil, et faire avec elle un angle variable de 5° en 5°. Deux broches, enfoncées chacune le long d'une des deux faces de l'appareil, seront donc décalées l'une par rapport à l'autre du nombre de centimètres et des angles voulus dans deux plans perpendiculaires de l'espace.

On comprend donc qu'après lecture sur deux radiographies des mesures de correction à donner à la seconde broche, il suffit d'introduire sur la broche-témoin la face horizontale de l'appareil en fonction des mesures indiquées par le cliché de face, et d'introduire la broche-guide sur la face verticale de l'appareil en fonction des mesures lues sur le cliché de profil. Une nouvelle couple de clichés permet de se rendre compte que cette seconde broche se trouve, constamment, d'emblée en bonne place, l'approximation de 2° et demi et de 0,5 *cm.* que donne l'instrument étant en pratique largement suffisante.

Technique de l'intervention. — *Anesthésie :* une simple analgésie suffit. Nous avons pratiqué la plupart de nos interventions après injection sous-cutanée de 2 ampoules de Nargénol, à une demi-heure d'intervalle.

Réduction : selon les méthodes habituelles, sur une table orthopédique. Il faut seulement mettre le membre en *rotation interne forcée* pour annuler ou même inverser l'angle de déclinaison, ce qui facilite l'emploi de l'équerre de correction.

Dès la réduction faite, on introduit la broche-témoin à travers la peau. Il vaut mieux employer une broche de 18/10 dont la rigidité évitera le gauchissement au moment de l'application de l'équerre. Cette broche est enfoncée au jugé, mais grossièrement, perpendiculaire à la direction des rayons X, c'est-à-dire horizontalement, et un peu dirigée en direction de la situation présumée de la tête fémorale. Le point d'entrée de la broche dans le fémur sera choisi *arbitrairement :* un peu haut (de 5 à 6 *cm.* au-dessous du sommet du grand trochanter palpé à travers les téguments) et très près de la face postérieure de l'os, sentie avec la pointe de la broche.

La broche une fois enfoncée, on glisse sur elle une pièce de 10 centimes en nickel préalablement stérilisée, et on appuie celle-ci fortement sur les téguments en la maintenant avec une pince à mors plats serrée sur la broche.

Radio de contrôle. — Prendre bien garde que le sou soit visible sur les clichés.

Une fois les clichés développés, on vérifie l'exactitude de la réduction, on voit la broche-témoin et le sou (dont l'excentrement permet, sur le profil, de repérer les faces antérieures et postérieures du trochanter) et on trace avec un crayon sur chaque cliché le cheminement désiré pour la broche guide-clou. Ce trait croise en un point quelconque la broche-témoin ou son prolongement. On mesure l'angle avec un rapporteur. Le trait croise d'autre part le contour cutané en un point dont on mesure le décalage en rayons de sou, c'est-à-dire en centimètres. Il est prudent de noter les quatre chiffres obtenus.

Il ne reste plus qu'à faire la correction. L'équerre est glissée sur la broche-guide, en introduisant celle-ci dans les trous de la lame horizontale, en fonction des corrections lues sur le cliché de face : dans l'exemple choisi pour mon dessin, 3 *cm.* vers le bas (on effectue translation côté peau) avec une angulation de 15° (effectuée côté opérateur). La lame verticale a été tenue au zénith et du côté des pieds du malade. Un aide maintient alors l'équerre bien horizontale et l'applique fortement contre la peau pour éviter qu'elle ne tourne autour de la broche-témoin.

Une nouvelle broche de 18/10 est alors introduite dans les trous de la lame verticale, en fonction des corrections indiquées par le cliché de profil (sur le dessin 1 *cm.* de translation et 20° d'angulation). On la pousse à la main jusqu'au contact de l'os et on l'enfonce ensuite de 7 à 8 *cm.* dans l'os.

On enlève alors la broche-témoin, puis l'équerre, et l'on fait un nouveau contrôle radiologique. Jusqu'ici il m'a toujours montré que la broche était en bonne place.

Enclouage proprement dit. — Ce temps est simplifié au maximum selon la technique de Huet et Huguier (*Journal de Chirurgie*, nos 9-12, 1943) : incision sur la broche (1 *cm.* de part et d'autre) et jusqu'à l'os. On chasse le clou le long de la broche (un chasse-clou perforé de 22 *cm.* évite d'avoir à sectionner celle-ci et permet donc sa récupération). On enlève la broche et on impacte par quelques coups de chasse-clou autour de la tête du clou. On parachève ensuite l'enclouage et on suture la peau avec un seul crin passé largement pour assurer l'hémostase des parties molles.

(Travail de la clinique chirurgicale de l'Hôpital Saint-Antoine. [Prof. : F.-M. Cadenat.])

SOCIÉTÉS DE PARIS

ACADÉMIE DE MÉDECINE

15 Mai 1945.

Eloge d'Elie Metchnikoff à l'occasion du centenaire de sa naissance (16 Mai 1845). — M. **Ramon.**

L'électro-encéphalogramme des sciatiques. — MM. **G. Guillain, I. Bertrand, G. Mazars** et Mme **J. Godet** ont constaté que dans la majorité des cas, les tracés mettent en évidence un retentissement cérébral homo- ou contro-latéral par rapport à la sciatique ; ces modifications n'apparaissent généralement pas au repos ; elles sont mises en évidence par une série d'excitations périphériques : garrot à la racine des cuisses, flexion dorsale du pied, excitation calorique des labyrinthes et compression des globes oculaires.

Les modifications des tracés consistent surtout dans une hypertonie corticale de la région pariétale caractérisée par la disparition du rythme de Berger et la présence presque exclusive d'ondes de potentiels élevés ; des « spikes » mono- ou diphasiques, groupées, isolées ou rythmées peuvent se détacher sur le fond du tracé hypertonique ; les retentissements homolatéraux sont généralement dus à des hernies discales ; les sciatiques à retentissements contro-latéraux sont au contraire celles pour lesquelles aucune lésion périphérique n'a pu être identifiée.

— M. **Lhermitte,** à propos du retentissement cortical homo-latéral de stimulations périphériques, rappelle que les hémisphérectomies ne suppriment pas d'une façon absolument complète la sensibilité et la motilité dans les parties contro-latérales du corps ; on est amené à penser que le cerveau par ses deux moitiés intervient dans les fonctions psychiques comme dans les fonctions les plus humbles.

— M. **Guillain** estime que la disposition classique des voies sensitives n'est qu'un schéma ; dans les hémisections de la moelle, par exemple, il se produit après quelques mois une restauration de la sensibilité tandis que les troubles moteurs persistent ; les données classiques ne permettent pas de comprendre la disparition de l'anesthésie.

Un nouvel insecticide, le D. D. T. — M. **Tanon** présente une note de M. **Lormand** qui a préparé du dichlorodiphényltrichloréthane par la technique de Zeider ; il s'emploie dispersé dans une poudre inerte à la concentration de 5 pour 100 ou dans des émulsions à diverses concentrations ; il agit sur les doryphores, les mouches et surtout sur les poux qu'il tue à la concentration de 0,001 pour 100 en 4 jours ; en concentration plus forte, son action est très rapide ; les lentes résistent à diverses concentrations ; il agit sur les doryphores, les poux sont tués à leur naissance. L'auteur a étudié la toxicité du produit sur quelques animaux ; chez la souris, la dose toxique est de 0 *g.* 17 par kilogramme par voie digestive et de 2 *g.* par kilogramme en injection sous-cutanée ; la mort est précédée par des tremblements, des contractions musculaires et des paralysies. Il semble que la toxicité par voie respiratoire soit nulle, au moins chez les souris, les cobayes et les lapins.

Cancer latent métastasiant du corps thyroïde. — M. **Basset** rapporte l'observation d'une femme de 56 ans qui présentait depuis 18 mois une tumeur lentement évolutive du corps thyroïde lorsqu'elle eut en 1940 une métastase dans le fémur ; celle-ci fut enlevée, une hémithyroïdectomie fut pratiquée et des irradiations faites sur la glande et sur l'os. En 1944, une métastase survint dans le tibia du côté opposé et l'examen radiographique systématique montra une métastase latente dans la voûte cranienne ; ces deux métastases furent opérées, puis irradiées ; aucune récidive ne semble s'être produite au niveau du corps thyroïde. La tumeur thyroïdienne est un épithélioma acineux et papillaire de type très différencié. Au niveau des métastases, on ne trouve aucun indice de prolifération épithéliale maligne et s'il n'y avait les travées osseuses, on croirait à un adénome ou à du tissu thyroïdien presque normal. Malgré leurs dates différentes d'apparition, il semble que toutes les métastases se sont développées simultanément. L'association radio-chirurgicale est indiquée dans ces cas avec des interventions réduites au minimum : hémithyroïdectomie, évidement de l'os et comblement de la cavité par des greffes.

Voyage médical en Angleterre. — M. **Baudouin.**

Election d'un membre titulaire dans la IIe section (Chirurgie). — M. **Mondor** est élu par 60 voix contre 3 à M. **Heitz-Boyer,** 2 à M. **Leveuf,** 1 à MM. **Basset** et **Cadenat.**

(La Presse Médicale *saisit l'occasion de cette information pour adresser au* Prof. Mondor, *membre de son Comité de Direction Scientifique, ses très vives félicitations.)*

Lucien Rouquès.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

16 Mai 1945.

A l'occasion de la Victoire. — M. **le Président** prononce une allocution dans laquelle il rappelle les actes héroïques du Corps médical dans la Résistance et dans la Guerre.

Sur le traitement de l'ostéomyélite aiguë. — En clôture d'une longue, et souvent passionnée discussion, M. **Sorrel** apporte des chiffres. Entre 1930 et l'époque actuelle 290 cas de cette affection comprise dans son sens le plus large, c'est-à-dire en y rangeant toutes les atteintes staphylococciques avec localisation osseuse, ont été traités. La mortalité globale est de 12 pour 100. L'auteur montre que 188 malades n'ont eu comme traitement qu'une immobilisation, l'incision d'abcès ou une trépanation, alors que les 102 autres ont subi une résection. Dans ce dernier groupe de cas, la mortalité relative a été moindre que dans l'ensemble précédent.

Il s'attache ensuite à la recherche des séquelles. L'ostéomyélite chronique vient en premier lieu. Elle s'est montrée très fréquente après incision ou trépanation, beaucoup plus rare après résection. La différence est nette : 70 pour 100 dans le premier groupe, 50 pour 100 dans l'autre.

Le résultat fonctionnel a été très bon dans les deux tiers des observations : les réséqués ont récupéré leur fonction, sans raccourcissement appréciable, sans inflexion du membre, sans douleurs ; l'autre tiers n'a présenté ni récidives ni algies mais il y demeure quelques séquelles : raccourcissement ou inflexion.

En somme, pour l'auteur, la résection doit être comprise non seulement comme une opération de nécessité applicable aux cas graves, mais encore comme une intervention dont les indications peuvent être étendues, si l'âge de l'enfant et le siège de l'atteinte le permettent, aux formes pour lesquelles on craint la survenue d'une ostéomyélite chronique.

Traitement de la lithiase de la voie biliaire principale. — MM. **Brocq** et **Poilleux** étudient uniquement les résultats qu'ils ont obtenus dans les 12 cas de lithiase de la voie biliaire principale. Le drainage externe leur a donné des suites des plus favorables, même chez des malades fatigués, diabétiques, femmes enceintes. Le drainage externe permet la cholangiographie ultérieure. Le drainage interne n'aurait pour indications que les atonies des voies biliaires, ou les formes de lithiase très basse du cholédoque.

Présentation de films sur la réadaptation des blessés de guerre. — La « réhabilitation », c'est-à-dire le retour à une efficience fonctionnelle correcte, est la grande préoccupation des armées américaines qui persuadent leurs blessés récupérables de la nécessité d'un entraînement minutieux et joyeusement accepté. Les deux films présentés à l'Académie par le lieutenant-colonel **Johnson** montrent à merveille comment le corps médical et ses auxiliaires s'entendent à traiter l'état physique et le moral de leurs blessés légers. On voit les malades s'entraîner à la récupération de leurs mouvements, occuper leurs loisirs mêmes à un entraînement inconscient mais efficace et finalement récupérer avec une extrême rapidité la totalité de leurs gestes.

— M. **le Président** remercie le lieutenant-colonel **Johnson** de cette démonstration spécialement probante.

J.-P. Calvet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

11 Mai 1945.

Suppuration pulmonaire grave par blessure de guerre traitée par pénicilline et guérie après radiothérapie fonctionnelle du carrefour carotidien. — MM. **J. Didiée, L. Ferrabouc** et **A. Talbot.** Chez un blessé de guerre faisant depuis 3 mois une suppuration pulmonaire grave traitée antérieurement sans succès par la pénicilline à deux reprises et paraissant devoir évoluer inexorablement vers la cachexie, une nouvelle série de pénicilline n'est suivie d'aucun effet immédiat, alors que 4 applications de rayons X à faibles doses (150 KV, 15 Al, FP 31, 60 r BH n° 4) sur la région du carrefour carotidien sont accompagnées d'une trans-

formation rapide de l'état général, d'une sédation des symptômes, qui conduisent graduellement à une guérison complète, clinique et radiologique.

— M. R. **Even** craint que des résultats favorables, basés sur une ou deux observations, encouragent les médecins à multiplier et à prolonger des traitements qui n'ont pas fait leurs preuves ; on n'a plus à présenter ensuite aux chirurgiens que des pyo-scléroses inopérables.

— M. **Rist** partage la même opinion et réclame des observations plus nombreuses.

— M. **Poumeau-Delille** n'a pas obtenu de résultats de l'irradiation du sinus carotidien chez les hypertendus.

Le centre d'expérimentation humaine sur le typhus exanthématique au camp d'internement de Buchenwald. — M. **Waitz**. Au camp de Buchenwald était annexé un centre d'expérimentation où les Allemands étudiaient la transmission du typhus exanthématique à l'homme. Les injections de sang de malade étaient faites soit par voie veineuse, soit par voie sous-cutanée, le sang étant en général prélevé au 5e jour de la maladie. Les doses injectées variaient de 1/10 à 1/50 de cm^3. Elles étaient faites à des détenus de droit commun, à des volontaires qui espéraient ainsi améliorer leur sort, et à des détenus politiques ordinaires. 1 sur 20 environ échappèrent à la mort.

Le but de ces inoculations était de former et d'entretenir des souches humaines, de contrôler la durée de l'incubation qui se montra soit de 6 à 9 jours, soit de 14 à 18 jours, de préciser la gravité selon la dose injectée, le mode d'inoculation, les particularités du sang injecté (sang frais ou sang conservé). La courbe du taux d'agglutination du *Proteus X* 19 semble avoir été très variable. De plus, l'action de divers médicaments et celle du sérum de convalescent furent l'objet de recherches, mais celles-ci furent dans l'ensemble dénuées de tout contrôle scientifique sérieux.

Le diagnostic du cancer des bronches à partir de l'expectoration. — MM. **J. Troisier** et **Brouet** ont repris l'étude du diagnostic cytologique du cancer des bronches basé sur l'examen de l'expectoration et montrent que cette méthode, injustement tombée en désuétude, peut rendre grand service. La technique, très simple, consiste à inclure le culot de centrifugation fixé dans la paraffine qui est débitée en coupes. La coloration de Mayer permet de reconnaître facilement les cellules mucipares. Les cellules néoplasiques, avec leur atypie, leur chromophilie, leur groupement en boyaux, leur kératinisation, etc., sont assez aisées à diagnostiquer. La méthode a fourni un diagnostic positif dans 56 pour 100 des cas de cancer des bronches examinés. Ce diagnostic positif est loin d'être toujours aussi tardif qu'on l'a dit. Cet examen est sans doute de second plan par rapport à la bronchoscopie, mais il mérite qu'on y attache plus d'importance qu'on ne lui en attribuait.

— M. **R. Even**. Sans sous-estimer l'intérêt de la recherche des cellules néoplasiques dans l'expectoration il n'est pas douteux que pour le diagnostic précoce, le seul qui soit intéressant, on ne peut s'adresser qu'à la biopsie par bronchoscopie lorsqu'elle est possible.

— M. **Halbron** a vu l'examen cytologique confirmer le diagnostic de cancer bronchique dans un cas traînant d'interprétation difficile.

— M. **Rist** trouve cette méthode intéressante si elle peut épargner la bronchoscopie au malade.

— M. **Et. Bernard** souligne l'importance de l'examen cytologique des crachats qui peut rendre de grands services dans les cas douteux.

— M. **Jacob** cite un de ces cas douteux où la découverte d'un boyau cellulaire a permis un diagnostic exact.

— M. **Brouet** reconnaît la primauté de la bronchoscopie, mais il ne faut pas dénier à l'examen cytologique la possibilité d'un diagnostic précoce.

Sur une nouvelle insuline-retard. — MM. **P. Durel** et **P. Dubost**. La polyvinyl-pyrrolidone, molécule très lourde, est employée en solution à 3,5 pour 100 comme remplaçant du plasma (Subtosan). Les auteurs proposent de se servir d'une solution à 20 pour 100 comme véhicule-retard de médicaments divers, en particulier de l'insuline.

Ils ont constaté, chez le lapin, aux doses de 0,5 à 1 unité/kg. (voie sous-cutanée) une augmentation et surtout une prolongation de l'action hypoglycémiante arrivant à doubler l'aire d'hypoglycémie de l'insuline en solution aqueuse.

L'action semble supérieure à celle de l'insuline-protamine-zinc.

Une nouvelle insuline-retard : l'insuline Subtosan (Etude chez l'homme normal et chez le diabétique). — MM. **M. Levrat, J. Pellerat, R. Moindrot** et Mlle **Murat** étudient l'action sur la glycémie d'une injection d'insuline associée au Subtosan chez des sujets normaux et chez des diabétiques et l'action comparative de l'insuline ordinaire et de l'insuline-protamine-zinc chez les mêmes sujets. Ils montrent que l'insuline Subtosan a une action-retard évidente comparable à celle de l'insuline-protamine-zinc et paraissant même légèrement supérieure.

Application thérapeutique de l'insuline-subtosan chez le diabétique. — MM. **M. Levrat, J. Pellerat, R. Moindrot** et Mlle **Murat** publient l'observation de 3 malades chez lesquels ils ont étudié l'action thérapeutique de l'insuline-subtosan. A doses égales d'insuline on obtient régulièrement, par l'association avec le Subtosan, une baisse plus importante de la glycémie même par l'injection en une fois d'une dose de 100 unités. Il semble donc que l'insuline-subtosan, comme l'insuline-protamine-zinc, permette d'espacer les injections d'insuline chez le diabétique et peut-être même d'augmenter sa valeur d'utilisation.

P.-L. Marie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

12 Mai 1945.

Pouvoir lytique du bacille subtilis sur le colibacille. Les bacilles typhiques et paratyphiques. — MM. **H.-R. Olivier, de Saint-Rat, P. Bonét-Maury** et **E. Blanchon**. Après avoir obtenu des résultats thérapeutiques par l'ingestion de bacille subtilis dans les diarrhées et les colibacilloses, les auteurs trouvent l'explication de cette action dans le pouvoir lytique élevé du bacille subtilis à l'égard du colibacille.

Le bacille subtilis lyse également les bacilles typhiques et paratyphiques. La substance active n'a pu être mise en évidence dans le milieu de culture mais peut être extraite à partir des corps microbiens.

Modifications humorales consécutives à l'insulinothérapie. — MM. **J. Delay, A. Soulairac** et Mlle **S. Jouannais** étudient les variations progressives de certains éléments au cours du coma insulinique. Ils observent, en même temps que la chute glycémique, mais sans réel parallélisme, une chute de la réserve alcaline et du chlore globulaire et une augmentation des protéines sériques à la phase comateuse. Il existe également une augmentation des lipides sanguins et du potassium, sans que la calcémie montre de variations appréciables.

Le taux sanguin de vitamine PP des tuberculeux séreux. — MM. **Gounelle, Vallette** et **Raoul**. Chez les tuberculeux séreux il n'existe qu'une faible tendance à l'abaissement de la nicotinamidémie.

Recherches expérimentales sur l'adsorption de la toxine tétanique par les tissus. — M. **E. Lemétayer**, après avoir injecté de la toxine tétanique dans la patte du cobaye, recherche cette toxine par insertion, sous la peau des souris, du même poids de sang, de nerf et de muscle. Les résultats obtenus viennent à l'appui de l'action directe de la toxine sur le nerf au point d'inoculation (tétanos local), transport de la toxine par la voie sanguine et imprégnation secondaire de tous les nerfs de l'organisme entraînant le tétanos généralisé.

Nouvelles recherches sur les métachronoses somatogènes. — Mme **B. Chauchard** et **M. P. Chauchard** montrent que le passage d'un courant électrique le long de la moelle déclenche une modification de chronaxie sur les neurones post-ganglionnaires comme les préganglionnaires sympathiques ; cette métachronose postganglionnaire entraîne par variation du taux de médiateur chimique un changement d'excitabilité de l'organe effecteur. Par contre, un effet polaire localisé aux péricaryones préganglionnaires ne retentit que sur ces seuls neurones. Un effet polaire sur le ganglion agit sur les neurones post-ganglionnaires et l'organe. Ces processus sont indépendants de l'influx nerveux : la libération des médiateurs chimiques n'est donc pas uniquement conditionnée par les ondes d'influx, mais peut dépendre des fluctuations de la polarisation neuronique.

Recherche du bacille tuberculeux dans les laits mis en vente à Paris. — M. **J. Verge**. Sur 116 laits — 16 laits crus et 100 laits pasteurisés — mis en vente dans la région parisienne de 1935 à 1939 et par nous examinés, aucun ne renfermait de bacilles tuberculeux.

Recherches sur le rôle physiologique de l'histamine. Action des antagonistes de l'histamine sur la résistance des capillaires. — MM. **J.-L. Parrot** et **P. Galmiche**, à l'occasion de leurs recherches sur la vitamine P et notamment sur l'épicatéchine, ont repris l'étude de la résistance capillaire. Celle-ci, considérablement accrue par les antihistaminiques, serait sans cesse réglée dans les conditions physiologiques par les actions antagonistes de l'histamine et de l'adrénaline. Dans des recherches remontant à 1942, les auteurs ont dosé l'histamine dans le sang d'animaux scorbutiques et n'ont pu trouver de variations significatives. En pratique, la mesure de la résistance capillaire pourrait guider l'emploi thérapeutique des antihistaminiques.

Antihistaminiques de synthèse et sécrétion histaminique de l'estomac. — MM. **J. Decourt, A. Riniéri** et **P. Sonnet** ont étudié chez l'homme les modifications apportées à l'épreuve de l'histamine par l'injection intraveineuse préalable de deux des corps connus sous le nom d'antihistaminiques de synthèse : le 2339 RP et le 2786 RP. Alors que les réactions locales et générales provoquées par l'histamine sont notablement atténuées ou supprimées, la sécrétion de suc gastrique n'est pas notablement modifiée. La quantité de liquide recueillie est légèrement diminuée : de 30 à 50 pour 100 ; mais la sécrétion d'acide chlorhydrique est légèrement augmentée. Constamment, enfin, on voit apparaître du sang dans le liquide gastrique sous l'action combinée de l'antihistaminique et de l'histamine, alors que chacun de ces corps, employé isolément, n'a pas cet effet.

Les propriétés anthelminthiques de certains dérivés de la phénylamine. — MM. **R. Deschiens** et **L. Lamy**. La thiodiphénylamine, la thio-oxy-diphénylamine, le bleu de méthylène et la thionine, éprouvés suivant un test de détermination des propriétés anthelminthiques (action *in vitro* sur des rhabditidés du lapin, action *in vivo* sur des oxyuridés de la souris et du lapin), montrent un pouvoir anthelminthique particulièrement marqué pour la thio-oxy-diphénylamine et la thiodiphénylamine.

A. Escalier.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE

13 Mars 1945.

Actinomycose pulmonaire et rénale simulant la tuberculose chez une guenon. — MM. **Verge, Drieux** et **Senthille** rapportent l'observation nécropsique d'une guenon chez laquelle des lésions de bronchopneumonie à foyers confluents avec cavernes, en imposaient au premier abord pour de la tuberculose. Les examens bactériologiques et histologiques ainsi que l'inoculation à divers animaux, ont permis d'éliminer cette hypothèse. Il s'agissait en réalité d'une actinomycose dont le parasite a été isolé mais ne s'est pas révélé pathogène pour le chien, le lapin et le cobaye. L'inoculation au singe n'a pas pu être entreprise.

Corps étrangers gastro-intestinaux des animaux sauvages en captivité. — MM. **J. Nouvel** et **M.-A. Pasquier** rapportent plusieurs observations d'ingestion de corps durs, non alimentaires entraînant des affections et des accidents graves chez les animaux sauvages en captivité. Ces observations permettent de prévoir un certain parallélisme entre la physiologie de la préhension et de la déglutition des aliments d'une part, et la présence de corps étrangers gastro-intestinaux chez les animaux du Parc Zoologique d'autre part.

Les nouvelles fabrications de conserves de « bœuf assaisonné ». — M. **G. Guildot**, après avoir rappelé les conditions de fabrication des conserves de « bœuf assaisonné », autrefois réglementaires dans l'Armée, expose celles des nouvelles conserves de « bœuf assaisonné » sans blanchiment ni jutage, imposées par les circonstances économiques. Le rendement de ces dernières est amélioré, la réduction des opérations procure une économie de combustible, leurs caractères organoleptiques sont satisfaisants, ainsi que la valeur énergétique. L'auteur signale les difficultés de fabrication, inhérentes à la nature du métal des boîtes (fer noir verni), aux accidents de vernissage... Il termine en énumérant les conditions rigoureuses de réception des conserves destinées à l'Armée et aux Prisonniers de guerre (épreuves d'étuvage, examen bactériologique, analyse chimique, détermination du poids net moyen et du poids d'ordre de la viande), conditions donnant toute garantie sur la qualité des conserves fabriquées.

Analyse chronaximétrique des états épileptiques. — M. **Paul Chauchard** montre que les agents convulsivants agissent suivant deux modes différents, soit en excitant les centres encéphaliques supérieurs, l'excitation pouvant atteindre secondairement les centres inférieurs, ou au contraire se borner à l'écorce cérébrale, soit en excitant uniquement les centres situés au delà du mésencéphale, les centres supérieurs étant inhibés (sans convulsivant). L'application à l'épilepsie confirme la distinction établie d'après la clinique entre l'épilepsie corticale et l'épilepsie-coma d'origine profonde. Le siège d'action différent explique que l'épilepsie corticale et l'épilepsie cardiazolique réagissent de façon opposée au gardénal et à la diphénylhydantoïne.

Le problème de l'origine des tumeurs latérales aberrantes. — M. **P.-L. Chigot** se demande s'il n'est pas possible de mettre en doute l'origine embryogénique de ces tumeurs pour adopter la théorie métastatique, malgré leurs caractères bénins, tout au moins au départ. Il se demande si ces tumeurs ont été observées chez l'animal et s'il ne serait pas possible chez celui-ci de poursuivre l'étude jusqu'à la dissection systématique du corps thyroïde, à la recherche de la tumeur primitive.

Contribution clinique à la maladie de la peur chez le chien. — M. **Demont** rapporte une très intéressante observation de la maladie de la peur chez le chien, qui est une affection d'allure épidémique, débutant fin Septembre, se prolongeant tout l'automne, pour disparaître en hiver. La maladie se traduit par l'apparition soudaine, pendant le repos ou pendant le sommeil, de crises nerveuses plus ou moins violentes et dramatiques, uniques ou répétées. Le caractère dominant de toutes les crises est une émotivité intense, une angoisse insurmontable : la peur. Le traitement consiste en repos, obscurité, glace sur la tête et administration de calmants : Gardénal, Isonal, Somnifène, Bévitine, Sedhormone.

Contribution à l'étude des syndromes aphteux de la bouche. — M. **J. Delbos** examine successivement les deux groupes d'affections : les *aphtes vulgaires* (aphtose commune, aphtes récidivantes de la bouche, aphtes éphémères de Guersant) et la sprue, et d'autre part : l'*Aphtose* (Touraine) ou *Aphtosis acuta magna*, stomatite aiguë, profuse, etc.) et la *fièvre aphteuse* (l'épizootie aphteuse) transmise de l'animal à l'homme et réinoculable à celui-ci. La question des aphtoses est très complexe, mais l'existence de plusieurs ultra-virus à l'origine de la fièvre aphteuse (la mieux étudiée des aphtoses) notion couramment admise, autorise à se demander s'il en est ainsi pour les autres aphtoses.

L. Grollet.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

17 Avril 1945.

Sarcome du sein. Pyélographie. Sarcome malin terminal. — MM. **R.-A. Marquézy, J.-F. Marcel** et **Huerta** insistent sur les dangers de la pyélographie. Ayant constaté chez un nourrisson de 10 mois une volumineuse tumeur de l'hypocondre droit, ils pratiquent une urétéro-pyélographie qui montre un allongement très marqué de l'uretère et du bassinet distendus. Quelques heures après cette intervention pratiquée sans aucun incident, la température s'élève progressivement à 41°2 et l'enfant meurt au milieu d'un syndrome malin typique.

A l'autopsie, tumeur volumineuse plus grosse qu'un tête d'enfant et pesant 1 kg. 300. L'examen montre en outre au niveau de tous les organes les lésions constatées en cas de syndrome malin : congestion intense et hypertrophie lymphoïde avec plaques de Peyer hémorragiques très nettes.

Deux formes rares de l'exanthème typhoïdique — M. **Ch. Sarrouy** et Mlle **Berthault** (Alger) rapportent

deux formes rares de l'exanthème typhoïdique chez l'enfant. Les deux observations concernent deux fillettes de 5 et 13 ans soignées à la Clinique Médicale Infantile d'Alger. Ces deux formes rares, l'une anormale quant à l'abondance, l'autre quant à l'aspect et à la topographie des taches rosées, permettent de souligner une fois de plus la richesse symptomatique de la fièvre typhoïde.

Forme oculo-léthargique de l'encéphalite épidémique. — M. **Ch. Sarrouy** et Mlle **Noureddine** présentent une observation typique d'encéphalite épidémique à forme oculo-léthargique, observée à Alger, au cours de la dernière saison automno-hivernale.

A ce sujet, et après avoir rappelé brièvement que la maladie avait disparu à Alger depuis plusieurs années, ils se demandent si ce cas va rester sporadique ou s'il est le premier chaînon d'une nouvelle poussée épidémique.

La cure thermale de Saint-Honoré dans la dilatation bronchique chez les enfants. — M. **du Pasquier** communique les résultats de la cure sur 60 cas de dilatation bronchique qu'il a réunis depuis 15 ans. Ces cas concernent des enfants de 4 à 16 ans. La cure a donné des améliorations notables et la guérison clinique a même pu être obtenue à la suite de cures répétées.

— M. **Marquézy** estime qu'il importe de distinguer les dilatations bronchiques véritables des bronchites suppurées. Cette distinction peut être faite par le lipiodol. Les bronchites suppurées bénéficient très nettement de la cure thermale ; mais les véritables dilatations bronchiques ne peuvent guérir que chirurgicalement.

Le rôle des fécalômes dans l'évolution du mégacôlon chez le nourrisson. — M. **Leveuf** communique les observations de 3 nourrissons atteints de mégacôlon chez lesquels les infiltrations des splanchniques et des chaînes lombaires ainsi que les résections sympathiques (splanchnectomies) sont demeurées sans résultats. Ces interventions n'ont fourni aucune évacuation intestinale de même que les rachianesthésies. Les 3 nourrissons ont présenté une crise d'occlusion intestinale aiguë et l'intervention a montré chez chacun d'eux l'existence d'un volumineux fécalome. Chez les deux derniers la mort est survenue peu de jours après la laparotomie.

Ces observations incitent à attirer l'attention sur l'importance des fécalomes qui ont peut-être un rôle sur l'évolution ultérieure du mégacôlon. Il convient en tout cas de noter la gravité des cas en rapport avec l'existence d'un fécalome. Chez le nourrisson la colectomie est peut-être indiquée étant donné les bons résultats qu'elle fournit chez l'enfant plus âgé.

— M. **Lelong** signale que des autopsies systématiques lui ont révélé l'existence fréquente d'ectasies localisées du côlon qui ne se manifestaient par aucun autre symptôme. Le mégacôlon ou maladie de Hirschprung n'est que la phase terminale de ces ectasies, laquelle ne paraît actuellement justiciable d'aucun traitement efficace. Il rappelle que Beusaude enseignait que le fécalome, chez l'enfant est toujours l'indice d'une lésion organique et comporte un pronostic fatal.

— M. **Cathala** ne partage pas cette opinion. L'évacuation des fécalomes est malaisée mais à leur suite les troubles peuvent disparaître. Pour l'évacuation on peut avoir recours aux lavements de 30 *g.* d'eau oxygénée diluée dans 40 à 60 *g.* d'eau.

— M. **Debré** souligne que les cas envisagés par Leveuf correspondent à un syndrome extrêmement grave qui débute dans la vie intra-utérine ou pendant les premiers jours ou les premières semaines de la vie. Le mégacôlon, les signes généraux constatés et le fécalome sont liés à une lésion du parasympathique. L'hypertrophie de la musculature ne manque jamais. Dans ces cas les divers traitements proposés échouent et les colectomies ne donnent peut-être pas de meilleurs résultats.

G. Schneider.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE FRANCE

20 Mars 1945.

Hémo-lymphangiome de la joue. — M. **Thibault** présente un adulte de 40 ans qui montre une joue et une lèvre supérieure gauches déformées par un hémo-lymphangiome de tension et de coloration variables.

Lymphangiome de la joue. — M. **Lebourg** montre un enfant de 3 ans 1/2 qui présente un lymphangiome congénital à accroissement progressif et lent, occupant actuellement la joue, la région sous-orbitaire et la lèvre supérieure, du côté gauche. Il interroge la Société sur la conduite à tenir.

Ostéomyélite mandibulaire sans signe de Vincent. — MM. **Thibault, Hennion** et **Vaysse** présentent un adulte de 48 ans atteint, 3 mois auparavant, d'une ostéomyélite nécrosante avec séquestration totale des deux branches horizontales, de la symphyse mentonnière et de la branche montante gauche n'ayant jamais présenté au cours de son évolution d'anesthésie cutanée dans la sphère du nerf mentonnier.

Stomatite bulleuse. — M. **Hennion** présente une femme de 50 ans atteinte depuis 4 mois d'une stomatite bulleuse à localisation labiale, jugale et palatine, sans lésions cutanées. L'affection n'est pas douloureuse et n'affecte pas l'état général. Le diagnostic de cette variété de stomatite bulleuse reste imprécis.

Fractures mandibulaires traitées par l'arc en créneau. — M. **Cabrol**.

R. Vrasse.

SOCIÉTÉS DE PROVINCE

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET BIOLOGIQUES DE MONTPELLIER ET DU LITTORAL MÉDITERRANNÉEN

2 Février 1945.

Etude submicroscopique de l'os. — MM. **P. Lamarque** et **Ch. Gros** apportent les conclusions suivantes, déduites d'expériences faites par diffraction de la matière minérale osseuse au moyen des rayons X : les principaux éléments du tissu osseux, calcium, phosphore, gaz carbonique, ne forment pas de la carbo-apathite, mais se trouvent sous la forme à la fois d'hydroxyapathite et de phosphate de calcium ; le carbonate de calcium est complètement indépendant. Ces deux sels sont à l'état cristallisé, mais le carbonate de calcium qui existe sous forme de calcite n'apparaît que lorsque la préparation est importante. Ces cristalites à structure d'apathite sont orientés, l'axe ternaire étant dirigé dans le sens de l'allongement de l'os, mais ils ne semblent pas en rapport avec la stratigraphie osseuse.

Résultats de recherches radiobiologiques. — MM. **P. Lamarque** et **Ch. Gros** ont poursuivi leurs recherches sur plusieurs milliers d'œufs de ver à soie, *Bombyx mori*, soumis aux radiations, et ont confirmé les résultats obtenus par d'autres auteurs à l'aide d'autre matériel biologique. On observe : la gradation de l'effet ; une radio-sensibilité dans le domaine des doses courantes ; l'indépendance de la longueur d'onde ; la validité de la loi de Bunsen-Roscœ ; l'existence d'une restauration lorsque l'irradiation est fractionnée ; l'effet du froid sur la restauration qu'il bloque.

La vaccinothérapie intraveineuse des brucelloses. — MM. **M. Janbon, J. Chaptal** et **D. Brunel** rapportent leurs essais de traitement systématique de la fièvre de Malte par les injections intraveineuses de stock vaccin non dilué (vaccin antimélitococcique du C.R.F.O : Prof. Lisbonne). Une expérience d'une centaine de cas leur permet de conclure à la parfaite innocuité de la méthode, applicable à tous les âges et à tous les moments de l'évolution de la maladie ; seules les formes viscérales graves et les viscéropathies préexistantes (insuffisance hépatique, rénale ou cardiaque) constituent des contre-indications. Ils précisent la technique du traitement, dont l'efficacité se manifeste : 1° sur l'évolution générale de la maladie (nombreux succès « spectaculaires », surtout évidents dans les cas attaqués précocement ; 2° sur les déterminations articulaires ; 3° sur les syndromes douloureux. La méthode leur apparaît très supérieure aux diverses chimiothérapies successivement proposées ; elle constitue en outre le procédé le plus facilement réalisable en pratique et le plus sûr de l'antigénothérapie spécifique, dont elle ne représente qu'une modalité.

Aspects cliniques et hématologiques de la maladie de Biermer à propos de 7 observations récentes. — MM. **G. Giraud** et **P. Cazal.** Les signes cliniques les plus fréquents ont été la glossite atrophique, l'achlorhydrie et les lésions rétiniennes. Fréquents aussi ont été le subictère, les œdèmes, les manifestations douloureuses paroxystiques souvent douloureuses. Les signes hématologiques ont été classiques : la myéloblastose sanguine s'est toujours montrée très discrète, alors que la myéloblastose médullaire était très nette ; les anomalies médullaires ont été fréquentes. L'action de la thérapeutique s'est manifestée par la crise réticulocytaire. Il a toujours existé un temps de latence, suivi en général d'une augmentation du taux des globules rouges.

Quadriplégie amyotrophique post-diphtérique avec troubles sensitifs, sphinctériens et neuro-végétatifs transitoires. Impotence définitive. Discussion du diagnostic. — MM. **M. Janbon, J. Chaptal, A. Biscaye** et **G. Vallat.**

Entérorragie rouge solitaire et troubles vaso-moteurs au cours d'une poliomyélite antérieure chronique. — MM. **M. Janbon, J. Chaptal** et **G. Vallat.**

Œdème aigu du poumon d'évolution mortelle après ponction pleurale au cours d'une diphtérie maligne. — MM. **M. Janbon, J. Chaptal** et **P. Cazal.**

Œdème aigu du poumon et polynévrite diphtérique tardive. Action héroïque de la belladone. — MM. **M. Janbon, J. Chaptal** et **D. Brunel.**

Mélitococcie compliquée d'avortement. Guérison définitive par choc vaccinal unique par voie intraveineuse. — MM. **L. Rimbaud, H. Serre** et **A. Vedel.**

Récidives successives d'un syndrome fugace de condensation juxta-scissurale suivi de pleurésie, éosinophilie discrète, épituberculose ou syndrome de Lœffler. — MM. **G. Giraud, J.-M. Bert, P. Cazal** et **G. Vallat.**

9 Février.

Lambliase et épilepsie. — MM. **G. Boudet, J. Boucomont, R. Bosc** et **L. Bertrand** rapportent le cas de 2 enfants de 4 et 5 ans, atteints de lambliase intestinale, qui présentèrent des troubles nerveux divers, et notamment des crises épileptiformes. Le traitement antihelmintique amena la guérison de ces dernières. Ces 2 observations plaident en faveur de l'existence d'une épilepsie lamblienne. Incontestable chez certains mammifères, elle n'avait pas encore été signalée chez l'homme.

De quelques modifications physico-chimiques du sérum dans la tuberculose pulmonaire. — MM. **J. Vidal, P. Monnier** et **G. Benezech** ont constaté une élévation modérée mais constante de l'indice de réfraction du sérum (hyperprotidémie) ; une légère diminution de la conductibilité électrique, liée probablement à la déminéralisation de l'organisme ; une tension superficielle normale dans les formes actives, augmentée dans les formes évolutives, abaissée dans les formes inactives. Ils pensent qu'on peut trouver dans les modifications de cette dernière le reflet des variations de la cholestérolémie dont ils ont déjà étudié la valeur pronostique.

Intoxication digitalique avec importante polyurie chez un cardiaque œdémateux. — MM. **P. Rimbaud** et **Izarn** apportent l'observation d'un malade porteur d'une cardiopathie décompensée, qui présenta une première décharge urinaire de 15 litres en 12 heures après l'absorption accidentelle de 3 à 4 *mg.* de digitaline. Une semaine plus tard, nouvelle diurèse de 18 litres dans le nycthémère. Se basant sur ces faits, les auteurs étudient actuellement l'effet d'une dose d'attaque de 2 *mg.* chez les cardiaques œdémateux.

Emphysème par obstruction bronchique au cours de la primo-infection tuberculeuse chez l'enfant. — MM. **G. Boudet, J. Boucomont, J. Balmes** et **L. Bertrand.**

Maladie de Ritter guérie par la sulfamidothérapie. — MM. **J. Boucomont** et **L. Bertrand.**

Hémoptysie grave secondaire à une phrénicectomie. Echec des injections intraveineuses de novocaïne. — MM. **J. Vidal, Fourcade** et **Salager.**

Hémoptysie consécutive à une injection intraveineuse de novocaïne pour pseudo-asthme cardiaque. — MM. **P. Rimbaud** et **Izarn.**

Chorée aiguë à début schizophrénique terminée par la guérison. — MM. **Euzière, Duc** et **Pineau.**

Psoriasis et polyradiculo-névrite curables avec dissociation albumino-cytologique : balancement neuro-cutané. — MM. **Euzière, Duc, Pineau** et **Bertrand.**

2 Mars.

Myopathie acquise chez un hypothyroïdien syphilitique. I. Etude clinique et classement nosographique. — MM. **L. Rimbaud, H. Serre, P. Passouant** et **P. Cazal.** Une myopathie, nettement affirmée dès Septembre 1944, se développe en quelques mois chez un homme de 45 ans, syphilitique et gastrectomisé en 1943 pour ulcus gastrique après échec du traitement d'épreuve, en même temps qu'apparaît un myxœdème. Le traitement thyroïdien augmente la force musculaire sans modifier l'atrophie. Cette observation offre à discuter l'origine syphilitique de la dystrophie, ses relations avec le myxœdème et les syndromes thomséniens avec hypothyroïdie (Garçin et Mollaret) dont elle peut être considérée comme la forme atrophique.

Myopathie acquise chez un hypothyroïdien syphilitique. II. Considérations physiopathologiques. — L'étude d'un fragment de muscle prélevé par biopsie permet à MM. **L. Rimbaud, H. Serre, P. Passouant** et **P. Cazal** d'envisager le rôle du synapse neuro-musculaire. Le muscle malade ne contient pas d'acétylcholine et montre un excès de cholinestérase, alors que la présence d'acétylcholine et une faible quantité de cholinestérase caractériseraient les lésions musculaires avancées du type de celles étudiées au cours de la myatonie atrophique. Au synapse neuro-musculaire joueraient des influences neuro-endocriniennes, et les réactions seraient, selon l'importance du processus évolutif, l'atrophie ou l'hypertrophie musculaire dans le « sens statique », la réaction myotonique ou myasthénique dans le « sens dynamique ».

Cirrhose pigmentaire d'évolution prolongée. — MM. **J. Chaptal, P. Cazal** et **G. Vallat** ont observé un homme de 33 ans porteur de cirrhose hypertrophique mélanodermie, sans diabète, insuffisance cardiaque ou syndrome endocrinien. La ponction-biopsie du foie a montré une sclérose dense du type annulaire, des dépôts ferriques figurés très abondants ; l'inhibition du fer à l'état diffus est révélée par la réaction de Perls. Exploration humorale normale sauf cholestérolémie de 7 *g.* 50 pour 1.000. L'affection, depuis Décembre 1943, n'a présenté aucune tendance évolutive.

Utilisation possible de l'injection intraveineuse de vaccin spécifique dans le diagnostic des brucelloses. Note préliminaire. — MM. **M. Janbon, J. Chaptal** et **A. Pagès** ont constaté que l'injection intraveineuse de vaccin antimélitensique pur, qu'ils emploient dans le traitement des brucelloses, provoque un choc hautement fébrile et pratiquement constant chez les mélitococciques, qui fait défaut chez les sujets sains ou atteints d'une infection quelconque. Cette réaction d'allergie peut être utilisée comme moyen pratique de diagnostic rapide des brucelloses. Elle se produit même chez les mélitococciques présentant une intradermo-réaction à la mélitine négative. Par contre (et c'est la seule cause d'erreur), elle se manifeste aussi chez les sujets allergiques ne présentant pas de brucellose en évolution. Le procédé n'a que des contre-indications très limitées, celles de la vaccinothérapie intraveineuse. La concomitance d'un terrain tuberculeux doit inciter à la prudence.

Deux observations de diabète avec cirrhose pigmentaire et infantilisme réversif. — MM. **G. Giraud, J.-M. Bert, P. Cazal, J. Andréani** et **P. Laval.** Chez le premier malade l'affection paraît évoluer lentement et se caractérise par un diabète grave insulino-résistant, une hépatomégalie considérable et un infantilisme réversif particulièrement net. La pigmentation est discrète. Un essai de traitement par la testostérone a donné une amélioration subjective. Dans le second cas se sont

surajoutées une myocardite et une anasarque rapidement mortelles. Le diagnostic a été vérifié dans les deux observations par une ponction hépatique qui a montré un dépôt ferrique.

La lymphoblastose subaiguë, forme fréquente de leucose. — MM. **P. Cazal** et **L. Bertrand** individualisent dans le groupe des leucoblastoses une entité nosologique nette, caractérisée essentiellement par son évolution lente, accompagnée d'une anémie intense et déterminée par la prolifération de leucoblastes à réaction peroxydasiques négatives. Elle constitue la lymphoblastose subaiguë dont la forme aleucémique est la plus fréquente.

Radiographie en coupes. — M. **Ch. Gros** utilise un appareil à balayage vertical. D'une construction simple, d'un maniement facile, il donne d'excellents résultats pour l'étude du thorax. L'angle de balayage est compris entre 10° et 35°, et l'épaisseur des coupes varie entre 2 *mm.* et 20 *mm.* Présentation de clichés.

Sur le recueil du sang en vue de la détermination du rapport chloré globulo-plasmatique. — MM. **Cristol** et **Bénézech** font la critique des anticoagulants habituellement employés et proposent d'avoir recours au sang défibriné (moyennant certaines précautions techniques), qui peut être conservé 24 heures pour le dosage.

Sur quelques particularités d'action de la colchicine sur le cobaye injecté d'hormone gonadotrope. — MM. **P. Sentein** et **H. Tuchmann-Duplessis.** L'emploi du test colchicinique de Dustin permet de mettre en évidence dans toutes les glandes endocrines la présence de divisions mitotiques et d'apporter une réponse affirmative à une question longtemps controversée. L'hormone injectée stimule l'activité mitotique des parathyroïdes, des surrénales, du tissu interstitiel du testicule, mais semble sans effet sur les dérivés de l'épithélium thyroïdien. Le tissu germinal du testicule et les cellules surrénales sont doués d'une résistance particulière.

Colibacillémie avec ictère et pleurésie purulente. — MM. **L. Rimbaud, H. Serre, P. Passouant** et **D. Brunel.**

Polyarthropathie avec hyperproduction osseuse épiphysaire. — MM. **L. Rimbaud, H. Serre, P. Passouant** et **A. Vedel.**

Accidents aigus d'intolérance au novarsénobenzol curateurs d'une brucellose à son début. — MM. **M. Janbon** et **G. Conte.**

La sacro-coxite mélitococcique. Sa fréquence relative. Sa valeur sémiologique. — MM. **M. Janbon, J. Chaptal** et **D. Brunel.**

Entérorragie rouge solitaire, dolichocôlon et tuberculose pulmonaire. — MM. **J. Vidal** et **Mirouze.**

Un nouveau cas de lobite tuberculeuse infracardiaque. — MM. **J. Vidal, Fourcade** et **Salager.**

A. Puech.

SOCIÉTÉ ANATOMO-CLINIQUE DES HOPITAUX DE TOULOUSE

23 Février 1945.

Anévrysme de l'aorte abdominale rompu. — MM. ***Roques, de Brux, R. Bollinelli*** et ***Pigassou.*** Malade de 53 ans, cachectique, se présentant avec une symptomatologie de sténose digestive. L'autopsie montre l'ouverture de la paroi postérieure d'un anévrysme de l'aorte abdominale dans le mésocôlon ascendant.

Présentation de clichés de kystes aériens du poumon. — MM. **Tapie, Morel, Rouchon, J. Laporte, Pinel.** Noter la « coexistence » de bronchectasies généralisées et la pénétration inconstante du lipiodol dans les kystes.

Réflexions à propos de 5 abcès du poumon. — MM. **Bounhoure, Ruffié, R. Bollinelli, Pallard** et **Roques** soulignent la fréquence accrue de l'affection, le polymorphisme du début, la difficulté du diagnostic opératoire. Ils indiquent les bons résultats des sels d'or contre la fétidité de l'expectoration.

Cicatrisation d'un ulcère géant de la petite courbure. — M. **Pons.** Présentation de radiographies d'un ulcère géant de la petite courbure. Un an après, sans traitement, l'ulcère est entièrement cicatrisé. L'auteur, tout en faisant des réserves sur la guérison souligne à quel point il est difficile d'apprécier l'efficacité d'un traitement.

Pneumopathie aiguë à forme pseudo-tuberculeuse. — MM. **Géraud, Ribaut, Soum.**

J. Laporte.

SOCIETE DE MEDECINE, CHIRURGIE ET PHARMACIE DE TOULOUSE

Février 1945.

La cholinestérase du sérum dans la syphilis. — MM. **D. Vincent** et **P. Brygoo.** En pratique on ne trouve pas de modifications importantes de l'activité de la cholinestérase du sérum au cours de la syphilis. Toutefois une tendance à l'activation est fréquemment notée surtout dans les premières périodes. Dans quelques cas, une inhibition se manifeste à la faveur de troubles divers (notamment ictère et atteinte hépatique). L'injection intraveineuse de novarsénobenzol provoque chez la plupart des sujets, immédiatement, une légère inhibition de la cholinestérase surtout accusée chez ceux qui tolèrent mal cette médication.

La cholinestérase du sérum dans l'électrochoc. — MM. **D. Vincent, P. Brygoo** et Mlle **J. de Prat.** La crise convulsive de l'électrochoc ne provoque pas de perturbations constantes et régulières de la cholinestérase du sérum. La comparaison entre le sang prélevé avant et aussitôt après la crise indique parfois une activation, mais plus souvent une inhibition légère ne dépassant guère 10 pour 100.

Péricardite rhumatismale et primo-infection tuberculeuse. — MM. **J. Lasserre, A. Barbier** et **P. Mouledous** présentent l'observation d'un enfant de 11 ans qui, à la suite d'une primo-infection tuberculeuse sévère en Mai 1942 suivie d'un séjour en préventorium, fut atteint en Octobre 1944 d'une péricardite à épanchement et pleurésie sérofibrineuse bilatérale. Pas de phénomènes articulaires, guérison par le salicylate de soude, souffle d'insuffisance mitrale comme séquelle.

Un cas d'ostéopathie fissuraire douloureuse, syndrome de Milkmann. — MM. **Grimaud, Cantagrill** et **J. Prouzet.** Une infirmière manipulatrice radiographe âgée de 56 ans présentait depuis 1940 des douleurs spontanées au niveau des genoux, irradiant vers les cuisses et exagérées par la marche. L'affection avait une allure progressive et après une rémission de courte durée, ayant coïncidé avec le repos, les algies réduisent la malade à l'impotence.

La radiographie du squelette pratiquée en Mars 1944 montra une fissure intéressant le bord interne du fémur gauche, région diaphysaire. Pas d'image fissuraire à droite. Légère décalcification du reste du squelette : il existait au niveau de l'astragale gauche une plage claire, d'aspect géodique.

Examen clinique normal : calciurie, cholestérinémie et formules sanguines normales. Après un traitement par gluconate de calcium, stérogyl 15 et U. V. disparition des signes subjectifs. Deux mois après le traitement disparition de la fissure. Les auteurs signalent l'action favorisante indirecte qu'ont pu jouer les rayons X chez cette infirmière.

Spasmes du larynx et comitialité. — MM. **R. Sorel, R. Levrat** et **A. Bardier.** Deux observations de spasmes de la glotte chez des enfants dont la nature épileptique fut démontrée par l'électro-encéphalogramme, bien que l'un d'eux se présentât au point de vue clinique comme un pithiatique. Guérison obtenue par le gardénal.

Kyste de l'ovaire et grossesse. — MM. **Escande** et **Prouzet** rapportent une observation de grossesse avec kyste dermoïde de l'ovaire. Si les observations de kystes ovariens diagnostiqués radiologiquement ont été assez nombreuses, par contre la coexistence d'une grossesse et d'un kyste de l'ovaire a été beaucoup plus rarement observée.

Les auteurs insistent sur l'intérêt du radio-diagnostic en gynécologie.

Métastase intranerveuse (pneumogastrique) d'un cancer du sein. — MM. **J. Tapie, Planques** et **Layssol.**

Quelques précisions sur la création d'un centre de traitement par la pénicilline. — MM. **J. Tapie** et **J. Laporte.**

Mars 1945.

Maladie de Biermer et cancer de l'estomac. — M. **L. Timbal.** Le malade, faisant l'objet de cette communication, était soigné depuis 10 ans pour une anémie grave, du type Biermer, lorsque survinrent les signes caractéristiques d'une tumeur gastrique. Cette dernière était située à l'extrémité inférieure de la petite courbure ; elle était visible à la radiographie et très perceptible à la palpation de l'abdomen. Cette tumeur évolua assez rapidement et provoqua la mort en 8 ou 9 mois.

L'auteur profite de cette observation pour étudier rapidement les rapports existant entre l'anémie pernicieuse et le cancer de l'estomac, en prenant pour guide une étude récente du professeur Fiessinger. L'anémie conduit au cancer en provoquant une atrophie de la muqueuse gastrique qui se manifeste au gastroscope d'abord par l'aggravation d'aires nacrées tout à fait spéciales, puis secondairement par une prolifération épithéliomateuse.

Rhumatisme gonococcique et endocardite bénigne. — M. **Dardenne** rapporte l'observation d'une malade ayant présenté une polyarthrite avec apparition de souffle systolique : après échec total du salicylate, se constitue au 10e jour une arthrite suppurée avec présence de gonocoques dans le liquide articulaire. Phlébite du même côté. Guérison par sulfamidothérapie massive. Le souffle persiste. L'atteinte endocardique n'a jamais eu les caractères d'une endocardite maligne, fait exceptionnel dans les endocardites gonococciques presque toujours malignes.

Adénopathie latéro-trachéale et pleurésie au cours d'une maladie kystique du poumon. — M. **J. Tapie** communique l'observation d'un enfant de 5 ans, porteur de kystes aériens infectés du poumon droit, chez lequel la radiographie montrait une volumineuse adénopathie latéro-trachéale et un épanchement de la grande cavité. Cette image radiologique avait fait d'emblée envisager l'hypothèse d'une primo-infection tuberculeuse. Le résultat négatif des cutiréactions en série et l'absence de bacilles de Koch dans les crachats ont permis de rectifier le diagnostic et de déconseiller la création d'un pneumothorax artificiel. Après disparition de l'épanchement pleural, l'aspect radiographique des kystes aériens multiples était tout à fait caractéristique.

Etude de la réaction d'hyperglycémie provoquée (hyperglycémie post-prandiale) chez les tuberculeux. — MM. **Bounhoure, Rouzaud** et **Bolinelli** ont eu leur attention retenue par l'étude des perturbations de l'équilibre humoral chez les tuberculeux et en particulier par les variations provoquées de l'équilibre glycémique. En effet, il n'est pas indifférent de savoir quel est le taux du sucre sanguin chez de tels sujets et de connaître comment de tels malades réagissent au cours de la réaction d'hyperglycémie provoquée. Leurs recherches ont porté sur 30 sujets, 15 tuberculeux et 15 malades indemnes de cette affection.

D'après leurs résultats, il semble bien que le taux de la glycémie à jeun (glycémie de base) ne soit guère influencé par l'évolution proprement dite de la tuberculose pulmonaire, même dans les cas de formes graves, évolutives.

La prédominance du type direct (faible et fort) dans la réaction d'hyperglycémie post-prandiale (67 pour 100), la vitesse de sédimentation accélérée, le sens du réflexe oculo-cardiaque sont à retenir, mais paraissent à peu près dépourvus de toute valeur spécifique. Il y a lieu de noter cependant leur signification en faveur d'un déséquilibre vago-sympathique, fréquent dans la bacillose. Le sens du R. O. C. permettrait peut-être de mettre en cause une hypertonie de ce dernier système ou tout au moins une diminution du tonus du vague.

Par contre, dans la tuberculose stabilisée, si le taux de la glycémie à jeun demeure normal, l'épreuve de l'hyperglycémie post-prandiale révèle une prédominance plus nette encore du type direct (faible et fort) atteignant un taux de 77 pour 100, nettement supérieur à celui que l'on rencontre dans la T. P. évolutive. La V.S.G. et le sens du R. O. C. bien que moins accusés demeurent normaux.

Les auteurs n'ont pas rencontré dans cette série de cas cette forte hyperglycémie « à jeun » signalée par les auteurs argentins et à laquelle ils attribuent une valeur significative.

En résumé, il ne semble pas que l'on puisse, de l'étude serrée de telles perturbations de l'équilibre humoral et vago-sympathique, déduire des indications de valeur indiscutable, tant au point de vue diagnostique que physiopathologique au cours de l'évolution de la T. P. Par contre, on doit accorder une certaine valeur pronostique à la vitesse de sédimentation et en particulier à la vitesse horaire moyenne.

Fièvre (sodoku) par morsure de furet. — M. **Pujol** présente au nom de M. Campan (de Réalmont, Tarn) une observation de fièvre (sodoku) par morsure de furet. La littérature de cette affection ne mentionnait pas, semble-t-il, jusqu'ici ce rongeur. Il s'agit d'un éleveur de furet qui présenta 15 jours exactement après une morsure au niveau de l'index des accès pseudo-palustres avec enanthème gingivo-buccal du type morbiliforme et exanthème généralisé accompagné d'un état méningé avec tuphos. La thérapeutique sulfamidée instituée dans l'hypothèse d'une méningococcémie ou d'une pyohémie n'amena aucun résultat ; par contre, l'étiologie de la maladie ayant pu être établie, deux injections d'arsénobenzol entraînèrent une guérison aussi rapide que radicale. La netteté évolutive de ce cas permet à l'auteur d'établir pour le sodoku une période d'incubation de 15 jours, une période d'invasion de 4 à 5 jours, la période d'état et d'éruption se prolongeant pendant une vingtaine de jours.

Arthroplastie du genou chez une femme de 45 ans atteinte d'ankylose gonococcique du genou. — M. **R. Charry** présente une malade sur laquelle il a pratiqué pour ankylose gonococcique en rectitude du genou une arthroplastie.

Il insiste sur l'étendue du mouvement de flexion qui dépasse très largement les 90° et la solidité du membre, avec l'absence totale de mouvements de latéralité de l'articulation. Ce résultat ne date que de 4 mois, il doit encore s'améliorer.

J.-P. Tourneux.

REVUE DES THÈSES

THÈSE DE PARIS

J. Raimbault. ***Les formes récidivantes de la primo-infection tuberculeuse, en particulier chez l'adolescent,*** 1944. — R. fait d'abord un rappel des signes cliniques et radiologiques de la primo-infection de l'enfant. Il décrit également la lésion ganglio-pulmonaire.

En règle, cette lésion cicatrise. Si elle évolue, elle le fait avec des aspects radiologiques de tuberculose-maladie.

Mais il est également des cas dans lesquels le foyer initial s'étant stabilisé ou ayant même régressé, le processus tuberculeux se manifeste à nouveau par l'édification d'un second foyer identique au premier, situé dans un autre territoire du poumon ou par une nouvelle poussée sur le foyer primaire qui paraît ainsi s'être constitué en deux temps.

Ces formes particulières de la primo-infection auxquelles R. donne le nom de formes récidivantes restent bénignes comme la lésion primaire et régressent progressivement.

La pathogénie de ces manifestations reste chargée d'hypothèse. R. invoque un état particulier d'allergie.

L'apparition du nouveau foyer pulmonaire est liée à une défaillance occasionnelle du terrain et toutes les causes secondes susceptibles d'affaiblir les défenses naturelles de l'organisme peuvent la provoquer.

Cette thèse fort intéressante se termine sur des considérations thérapeutiques et sur l'étude des éléments de prévention de semblables accidents.

A. Ravina.

PETITES CLINIQUES DE "LA PRESSE MÉDICALE"

N° 675.

Les contractions musculaires fibrillaires de bon pronostic

Par J.-A. Chavany,

Médecin de l'Hôpital du Bon-Secours, Paris.

La constatation, au niveau de la musculature d'un sujet, de secousses fibrillaires soit localisées, soit surtout généralisées, oriente immédiatement le médecin vers l'existence *d'une maladie organique évolutive du système nerveux.* Tout de suite il envisage une localisation médullaire et poursuivant son raisonnement déductif il voit se profiler comme fond de tableau le terrible spectre de la *sclérose latérale amyotrophique,* parce qu'elle est la plus fréquente des affections nerveuses à fibrillations. Et cependant, dans de nombreux cas, l'examen neurologique le plus minutieux s'avère complètement négatif, *les secousses constituant le seul signe neurologique appréciable.* On peut dès ce moment rassurer le malade en partie.

Le recul du temps apporte la preuve formelle absolue de la bénignité du processus causal. A côté des secousses fibrillaires stigmatisant une maladie grave souvent rapidement mortelle du névraxe, il s'en trouve donc d'autres sans aucune gravité pronostique.

Ces *secousses fibrillaires,* que nous qualifions de *bon pronostic,* peuvent faire partie d'un complexus symptomatique touffu le plus souvent extra-neurologique. Elles peuvent se manifester à l'état strictement isolé chez des individus en apparence sains. Détaillons d'abord un exemple de la première catégorie.

Un industriel parisien vient nous voir en Octobre 1936, alors âgé de 45 ans, parce qu'il se sent las, fatigué, déprimé et cela surtout depuis deux ans environ. Il a déjà consulté de très nombreux médecins et pris beaucoup de drogues sans résultats appréciables. Un des derniers consultants l'a spécialement alarmé en lui disant, sur le vu de petites contractions anormales de certains de ses muscles, qu'il avait une maladie de la moelle épinière, et c'est pour une véritable expertise qu'il est devant nous.

Notre patient est un homme maigre, au teint pâle et légèrement terreux, au regard anxieux; il a eu une jeunesse maladive durant laquelle, après une entérite traînante du jeune âge, il a contracté toutes les maladies contagieuses de l'enfance pour terminer, vers les 14 ans, par une poliomyélite antérieure aiguë qui a surtout frappé le membre inférieur gauche. A force d'énergie, il a pu se faire une situation enviable dans la vie, mais depuis deux ans environ son activité physique et psychique a considérablement diminué.

Il se tient parfaitement debout et marche avec aisance quoique de façon un peu saccadée, avec une très légère boiterie de la jambe gauche. Lorsqu'il est déshabillé, on constate que sa musculature générale, tout en étant gracile, n'est atrophiée qu'au niveau de la jambe gauche où les corps musculaires de la loge antéro-externe et du mollet ont fondu, donnant au segment de membre l'aspect de mollet de coq. *Aucune trace par ailleurs l'amyotrophie plus ou moins systématisée.* La force musculaire est intacte à tous les niveaux, sauf en ce qui concerne la flexion dorsale et plantaire du pied gauche qui est nettement diminuée sans être abolie. Le cou-de-pied gauche ballant doit être maintenu pendant la marche dans une chaussure à tige rigide. Les réflexes tendineux sont vifs et égaux aux quatre membres, sauf l'achilléen gauche qui est aboli. La *contraction idio-musculaire est très vive* sur tous les muscles sauf ceux du mollet gauche. Flexion plantaire des deux côtés par excitation du bord externe du pied. Aucun trouble sensitif ou cérébelleux; aucun trouble de la série tonique. Les paires craniennes sont intactes. Rien du côté de la langue ou des yeux. Les pupilles sont normales avec de bons réflexes. *La déglutition et la phonation s'avèrent parfaitement normales.* Le sujet n'a présenté à aucun moment de crises de suffocation.

Au cours de cet examen l'attention est retenue par la présence de ces *secousses fibrillaires* qui ont si fortement impressionné le dernier médecin et par voie de conséquence le malade. Ce n'est pas qu'elles soient excessivement fréquentes, car il faut parfois attendre une minute et même davantage pour apercevoir en un point quelconque du tégument de petites ondulations en éclair soulevant la peau et traduisant furtivement la contraction parcellaire du muscle sous-jacent. De telles secousses peuvent s'observer sur tous les muscles de l'économie mais elles prédominent toutefois sur les muscles des membres inférieurs, tant du côté droit que du côté gauche, frappant mollets, cuisses et fesses par ordre de fréquence décroissante; au niveau des membres supérieurs ce sont les petits muscles de la main qui tressaillent surtout et après eux le deltoïde. La contraction fibrillaire se reproduit ordinairement de 3 à 20 fois de suite dans le même muscle, sans aucun rythme, puis elle s'éteint pour apparaître après un temps de repos au même endroit mais de préférence ailleurs. Il arrive, mais ce n'est pas la règle, que 2 ou 3 foyers s'actionnent au même moment en des points divers; on n'enregistre entre eux aucune symétrie ni aucun synchronisme. Lorsqu'on analyse plus finement la contraction musculaire anormale, on se rend compte que, dans le sens de l'épaisseur du muscle, elle n'intéresse qu'une fibre et que, dans le sens de la longueur du muscle, surtout s'il s'agit d'un muscle long et volumineux, elle ne frappe qu'un segment de cette fibre; la portion qui se contracte mesure ordinairement de 2 à 5 *cm.* et atteint exceptionnellement 6 et 8 *cm.* Ces contractions musculaires anormales sont perçues par le sujet comme une sensation obtuse non douloureuse. Elles augmentent nettement d'intensité et de nombre sous l'influence du froid et de la fatigue. Depuis deux ans qu'elles se montrent chez le malade, elles disparaissent parfois durant des semaines pour reprendre à nouveau à l'occasion de la recrudescence de troubles gastro-intestinaux.

Si l'appoint neurologique apporté par cet examen est maigre, il n'en est pas de même *de l'appoint psychique.* Le sujet est un anxieux indubitable et un asthénique invétéré.

Notre homme est en même temps un *colitique de vieille date,* à l'appétit toujours capricieux et à la langue souvent gonflée et saburrale. Il n'a pas de douleurs abdominales à proprement parler, mais est perpétuellement incommodé par la présence de gaz intestinaux. Et surtout ses selles sont rarement moulées; il émet le matin, à heure fixe, sans aucun effort et de façon très brusque des matières pâteuses, horriblement fétides et présentant une *réaction alcaline:* Il présente par périodes des crises de constipation suivies de débâcles diarrhéiques et c'est précisément au cours de ces dernières que les fibrillations musculaires sont le plus marquées.

Le reste de l'examen est à peu près négatif. La tension artérielle est à 13 et 8. Cœur nerveux avec bouffées tachycardiques et extra-systoles. Bordet-Wassermann négatif dans le sang. Urée sanguine à 0 *g.* 30. Ni sucre, ni albumines dans les urines.

Devant la négativité de l'examen neurologique, en dehors des signes résiduels de la poliomyélite, il était facile d'éliminer dès le premier examen la sclérose latérale amyotrophique dont il n'existait aucune des manifestations en dehors des fibrillations. Les examens ultérieurs du sujet échelonnés sur des années par la suite devaient confirmer de façon absolue l'hypothèse initiale que nous formulions d'absence de lésion médullaire.

Un tel cas rentre typiquement dans le cadre du syndrome neuro-psychique des colites alcalines tel que l'ont décrit Béhague et Mathieu de Fossey (*Revue Neurologique,* 1926, n° 1). Rien n'y manque, pas même les excellents effets de la thérapeutique sédative, acidifiante (acide phosphorique) et diététique (régime végétarien, séjour au grand air, travail modéré). L'influence nocive des purgatifs drastiques ou salins est remarquable.

Dans l'observation précédente nos secousses musculaires de bon pronostic se sont montrées couplées avec des troubles psychiques non douteux et des troubles intestinaux flagrants.

Mais il est des *cas beaucoup plus frustes* où seul existe le syndrome excito-moteur secousses fibrillaires et où le reste du syndrome est soit absent soit nettement relégué au second plan. Il s'agit souvent en l'occurrence *de médecins* qui ayant fortuitement enregistré des secousses musculaires sur leur propre personne s'en inquiètent et viennent nous demander conseil. Ce sont souvent des confrères fatigués, surmenés physiquement autour de la cinquantaine. Les secousses relativement rares portent ordinairement sur les mollets et sur la face postérieure des cuisses. Souvent une petite chiquenaude suffit pour les faire apparaître aux endroits d'élection. La purgation saline augmente l'intensité des secousses; elle a pour nous la valeur d'un *test.* La négativité habituelle de l'examen neurologique nous permet de rassurer rapidement ces collègues déjà inquiets. Seule la vivacité des réflexes tendineux traduit l'excitabilité diffuse du névraxe; la contraction idio-musculaire est aussi manifestement vive.

Indépendamment des circonstances d'apparition et du contexte clinique qui fait la discrimination, il semble qu'on peut trouver dans les caractères intrinsèques de la secousse des éléments de diagnostic différentiel entre la secousse de bon pronostic qui nous occupe ici et celle de la sclérose latérale amyotrophique. Dans la S.L.A., la contraction intéresse la fibre musculaire dans toute sa longueur et l'éclair contractile qui en résulte est beaucoup plus allongé que dans nos cas. Dans la S.L.A., les secousses sont beaucoup plus fréquentes et plus nombreuses non seulement dans les muscles en voie d'atrophie, mais encore dans les muscles en apparence sains. Il serait intéressant de constater si la secousse de bon pronostic s'accompagne, comme les secousses d'origine médullaire certaine, d'une diminution de la chronaxie du segment musculaire qui en est le siège.

Il est classique d'attribuer les secousses fibrillaires à une lésion des cellules des cornes antérieures de la moelle. Aussi les observe-t-on avec prédilection dans la sclérose latérale amyotrophique, la poliomyélite antérieure chronique, les amyotrophies syphilitiques, le Charcot-Marie, les névraxites intéressant le neurone moteur périphérique et aussi dans certaines myopathies. Ces secousses vont ordinairement de pair avec l'amyotrophie mais non forcément, car parfois l'évolution de celle-ci est postérieure à leur entrée en scène.

Mais comment expliquer chez nos malades que les secousses ne sont pas l'annonce d'une lésion définitive du neurone moteur périphérique et qu'elles disparaissent ordinairement sans laisser de traces ? Nous incriminons — mais c'est pure hypothèse pour satisfaire l'esprit — *un trouble dynamique* modifiant le seuil d'excitabilité des cellules des cornes antérieures et qui évoque pour nous la comparaison — non point l'identité — avec les troubles d'essence tétanique. Tout doit se passer par le truchement de modifications humorales dont il s'agit de trouver la formule, comme cela a été fait pour la tétanie. D'après l'expérience de nos cas, il nous apparaît justifié d'incriminer l'intoxication intestinale non point comme le seul facteur, mais comme un des facteurs qui doit entrer en action. Quelle qu'en soit l'explication, il est utile de connaître ces secousses fibrillaires de bon pronostic, ce qui nous permet, au nom de la seule clinique, de remplir, sans nous tromper et sans tromper, une des importantes attributions de notre art qui est de rassurer, dans la mesure du possible, tous ceux qui s'adressent à nous.

CHRONIQUES

Une mise au point sur la chimiothérapie de la trypanosomiase

Les traitements indigènes de la Maladie du Sommeil

A la fin de l'année 1943, l'Institut Pasteur me fit l'honneur de me nommer rapporteur de la question à mettre à jour, *La Chimiothérapie des trypanosomiases*. En Décembre 1944, je présentai donc cette mise au point [1], étude dans laquelle je m'efforçai, avant de passer aux dernières acquisitions thérapeutiques, d'analyser les principaux travaux parus sur la trypanosomiase humaine africaine, notamment ceux qui furent édités au cours de trente-six ans (1908-1944) dans le *Bulletin de la Société de Pathologie exotique*.

C'était là, en quelque sorte, le côté historique de ma tâche (ce n'est guère qu'à dater de la mission congolaise G. Martin-Lebœuf et E. Roubaud, 1906-1909, qu'on s'est activement occupé de la trypanosomiase humaine), en quoi il m'apparaissait nécessaire de mettre en relief les efforts considérables de savants français et étrangers. Parmi ces derniers, surtout ceux de Broden, Rhodain, Van den Branden, Duren, Van Hoof, ...; et, en tête des premiers, A. Laveran, F. Mesnil, E. Roubaud, E. Brumpt, L. Tanon, L. Martin, Darré, E. Fourneau, J. et Mme Tréfouël, Launoy, Lavier, ...; puis ceux, en Afrique même, de mes camarades médecins des Troupes coloniales dont quelques-uns furent trypanosomés dans leur service: G. Martin, Lebœuf, Bouffard, Bouet, Aubert, Thiroux, Heckenroth, Ringenbach, Ouzilleau, Kérandel, Jamot, Jojot, Clapier, Lecomte, Sicé, Vaucel, Laigret, Bossert, Vaisseau, Ledentu, Lefrou, Letonturier, Bablet, Millous, de Marqueissac, Montestruc, M. Léger, Salaün, Malbrant, Pierre Richet, Le Rouzic, Gallais, Y. Bertrand, Torresi, Crozafon, etc.

C'était là le côté historique de cette période au début de laquelle fut connu le parasite de la trypanosomiase humaine africaine, le *Trypanosoma gambiense*.

Car s'il y a très longtemps que l'aspect clinique de l'affection a été décrit, — par Winterbottom, en 1803, chez les Noirs de la Côte Occidentale d'Afrique, voire en 1734 par J. Atkins, — il n'y a que quarante-quatre ans, en 1901, que Forde trouva dans le sang d'un Européen, à Bathurst (Gambie anglaise), des « vermicules » que Dutton reconnut être des trypanosomes et qu'il appela *Trypanosoma gambiense*. A la même époque, des constatations semblables furent établies au Congo chez des malades fiévreux et quinino-résistants. Puis, en 1903, Castellani décela des trypanosomes dans le liquide céphalo-rachidien de Noirs de l'Ouganda, et ces flagellés furent, par Bruce, trouvés analogues aux trypanosomes du sang humain congolais. Enfin, en 1910, Stephens et Fantham identifièrent en Rhodésie un autre flagellé du sang de l'homme, le *Trypanosoma rhodesiense*.

Au point de vue thérapeutique, ces trente années de recherches furent caractérisées par l'utilisation de sels divers, surtout arsenicaux et antimoniaux, appliqués sans une *systématique* discrimination préalable des périodes de la maladie, au premier stade simple invasion lymphatico-sanguine, au deuxième pénétration encéphalo-méningée du parasite.

Ce n'est que vers 1930, en effet, que dans les colonies françaises de l'Afrique noire fut adopté l'indispensable emploi de la rachicentèse pour l'exactitude du diagnostic. De ce jour, beaucoup moins de trypanosomés en période nerveuse, cliniquement camouflée, furent traités par une haute posologie trypoxylique, tout à fait contre-indiquée (elle déterminait chez eux des troubles oculaires, et souvent hâtait leur fin) et bénéficièrent de cures très efficientes par l'orsanine sodique, la tryparsamide ou les médications synergiques diverses (Launoy) dans lesquelles le moranyl joue un rôle de premier plan.

J'ai insisté aussi, dans ce rapport de mise au point, sur la thérapeutique de type vraiment social des grandes collectivités de malades (près de 400.000 trypanosomés étaient recensés l'année dernière dans notre Afrique noire, dont 240.000 en A.O.F.) par ces traitements que j'ai appelés *standard*, que dès 1928 j'ai fait appliquer en A.E.F. et plus tard (1939-1942) en A.O.F., et qui furent assez critiqués. A eux seuls cependant, en ce qui concerne particulièrement cette dernière Fédération, est dû l'abaissement en trois ans de 2,11 pour 100 à 0,74 pour 100 de l'index de contamination nouvelle [2]. A eux seuls, à quoi s'est ajoutée toutefois une très large et très active lutte anti-tsétsés [3].

Par contre, là où des installations sanitaires, même très simples, permettaient des thérapeutiques plus délicates (thérapie synergique, thérapies adjuvantes), les traitements collectifs ont toujours cédé le pas aux traitements individuels.

De nouveaux traitements ont été mis en essais en Haute Côte d'Ivoire et au Sénégal, sans résultats bien nets (trivalent violet, pentavalent rouge et pentavalent incolore, présentés par Friedheim). Les circonstances de guerre n'ont pas permis, jusqu'ici, d'éprouver dans nos colonies et sur une grande échelle la valeur réelle des dérivés de la guanidine, que je vis employer avec succès au Sierra-Leone, au cours d'une liaison que je fis avec la mission anglaise Lourie, Davey et William. Il en est de même pour les diamines, à l'usage très onéreux, qui furent expérimentées en France (Institut Pasteur) par A. Funke, D. Bovet et G. Montézin (39 diamines provenant de la benzylamine, dont le dérivé 1921 F est le plus actif).

La sulfamidothérapie n'a donné, dans des essais peu nombreux il est vrai, aucun résultat encourageant. D'après Levaditi et Penaud, la corylophyline est active *in vitro* sur *Tr. equiperdum* : elle pourrait être essayée sur l'homme. A ma connaissance, pas encore d'essais de la pénicilline.

Après avoir dit l'essentiel des critères de guérison, des arséno-résistances [4], de l'immunité dans la trypanosomiase humaine, j'ai cru intéressant de rechercher ce qu'ont été, ce que sont encore en de rares contrées, les traitements indigènes de la maladie du sommeil.

Car, comme je l'ai fait remarquer plus haut, si les manifestations *cliniques* de la trypanosomiase se sont révélées depuis près de deux cents ans aux yeux des premiers médecins européens, il y a bien plus longtemps encore que les autochtones de certaines régions centre-africaines connaissent l'hypnosie. Pour ne citer qu'un exemple, je rappellerai que le médecin général inspecteur Sicé [5], citant M. Delafosse, note que l'Empire du Mali (XIe-XVIIe siècles) dut pour une grande part sa disparition à la maladie du sommeil. Que les indigènes aient cherché à guérir cette affection si grave sans le secours de nos médicaments chimiques, puisque leurs tribus ne nous connaissaient pas encore, rien de plus naturel.

De ces méthodes, par des agents physiques, ou par chirurgie primitive, ou par simples pratiques fétichistes, j'ai pu réunir les notes ci-après.

Dans ses *instructions médicales* de 1906 pour la mission congolaise G. Martin-Lebœuf-Roubaud, A. Laveran n'omettait pas : « La mission pourra rechercher aussi quelle est la valeur des procédés de traitement employés par les indigènes ».

La même année, il y a donc près de quarante ans, G. Martin [6] cherchait à connaître, au cours d'une des premières enquêtes qui aient été faites en Guinée française sur l'emprise de la maladie du sommeil, quels traitements les indigènes mettaient en œuvre pour tâcher de sauver les trypanosomés.

Il notait déjà ce que pendant vingt ans nous avons nous-même enregistré en toutes régions françaises contaminées de maladie du sommeil, *l'arrêt du développement physique*, dès le début de l'affection chez les jeunes, et le retentissement d'une telle cause sur la situation démographique.

Nos observations répétées d'aménorrhée chez les femmes trypanosomées, et l'incidence d'hyponatalité qui en résulte, trouvent une confirmation dans cette remarque de G. Martin : « ... cette fillette trypanosomée paraît toute jeune. Elle est à peine formée, possède de très petits seins et n'est pas réglée. Elle est, en réalité, âgée de 18 ans et, dans son village, toutes les jeunes filles de son âge sont depuis longtemps mariées. »

Voici ce qu'il écrivait sur le traitement indigène de la trypanosomiase humaine :

« La maladie se terminant toujours par la mort, les indigènes, pour essayer d'éviter l'issue fatale, enlèvent les ganglions du cou, ayant remarqué qu'ils augmentaient dès le début de la maladie. Aussi les extirpe-t-on souvent en grand nombre, pour empêcher l'envahissement du mal. On m'a montré des jeunes gens porteurs de 4 ou 5 cicatrices, quelquefois plus. Quelques petites incisions parallèles sont pratiquées sur la tumeur ganglionnaire, puis on place une sorte de pansement humide, suivi d'un grattage. Si quelques malades dont les ganglions ont été enlevés meurent cependant, c'est que l'opération a été faite trop tard. Le ganglion une fois enflammé, « la maladie gagne vite le ventre et, en six mois, un an, le malade s'affaiblit et meurt. »

Cette extirpation ganglionnaire, nous l'avons constatée

1. G. Muraz : *La Chimiothérapie des trypanosomiases*, 1944. Un rapport de 309 pages. Société de Pathologie exotique (Centre de documentation).

2. G. Muraz : Le traitement standard de la maladie du sommeil. *Bull. Soc. Pathol. exot.*, 1931, **24**, n° 7, 530. — Quelques derniers mots au sujet de la « cure standard » de la maladie du sommeil. *Bull. Soc. Pathol. exot.*, 1932, **2**, n° 1, 39. — Résultats thérapeutiques en trypanosomiase humaine obtenus dans l'A.O.F. et le Togo. *Bull. Soc. Pathol. exot.*, 1942, 367. — Résultats résumés d'une organisation de lutte contre la maladie du sommeil en A.O.F. et au Togo (1939-1942) : organisation, exécution et résultats, remarques et conclusions. *La Presse Médicale*, nos des 30 Mai, 20 Juin et 4 Juillet 1942. — Un excellent test de la prophylaxie de la maladie du sommeil : le pourcentage, dans les collectivités, des trypanosomés en deuxième période. Essais de médicaments nouveaux. Conditions d'une lutte effective. *Bull. Soc. Pathol. exot.*, 1943, 332.

3. G. Muraz : Maladie du sommeil. Nécessité de compléter par la prophylaxie agronomique sa chimioprophylaxie et sa thérapeutique. *La Presse Médicale*, 30 Janvier 1943, n° 4, 41.

4. G. Muraz et G. Vaisseau : De divers types d'arséno-résistance dans les traitements actuels (A.E.F.) de la trypanosomiase humaine. *Bull. Soc. Pathol. exot.*, 1932, 260.

5. A. Sicé : *La trypanosomiase humaine en Afrique intertropicale* (*Vigot frères*, éditeurs), 1937.

6. G. Martin : Maladie du sommeil. Trypanosomiase animale et tsétsés dans la Guinée française. *Ann. d'Hyg. et de Méd. coloniales*, 1906, **9**, 394.



Fig. 1. — Traitement indigène de la Maladie du sommeil : l'extirpation des ganglions cervicaux par le sorcier du village. (Secteur de prophylaxie Batié-Kampti, Haute Côte d'Ivoire.)

Fig. 2. — Traitement indigène de la Maladie du sommeil : large vésication dorsale bilatérale, obtenue par un mélange de plantes et de cendres. (Secteur du Foutah Djallon, Guinée Française.)

assez souvent, en diverses régions de l'Afrique Occidentale, pendant les enquêtes que nous avons menées dans 6 de ses colonies et le Togo, de 1939 à 1942.

On la pratiquait avec régularité dans certaines zones de la Côte d'Ivoire et de la Casamance. Le trypanosomé que représente la *figure 1* fut examiné par nous dans le secteur XI, en Haute Côte d'Ivoire (Batié-Kampt'). Ses cicatrices linéaires, à solutions de continuité, à exubérances fibromatodes, sont au nombre d'une demi-douzaine de chaque côté de la région cervicale. Leur direction est à peu près parallèle à la branche horizontale du maxillaire.

Il est à remarquer que cette pratique n'a subsisté que dans les régions (exemple : Bondoukou, en moyenne Côte d'Ivoire) où la médecine européenne a mis un trop long temps à organiser dépistage, prophylaxie et thérapeutique méthodiques. Avant de nous voir établir des diagnostics dans un déploiement scénique compliqué (microscopes, centrifugeurs...), l'autochtone constatait bien une relation de cause à effet entre les premiers symptômes de l'affection et l'apparition des chaînes ganglionnaires cervicales. Pensant guérir celle-là, il supprimait celles-ci : *sublata causa, tollitur effectus*, songeait-il sans doute en *lobi*, en *peuhl* ou en *bambara*.

M. Ristorcelli [7] a donné du traitement de la maladie du sommeil par les populations du Foutah-Djallon ce tableau (*figure 2*), où l'on voit que le procédé habituellement employé par les guérisseurs est une large vésication bilatérale dans la région scapulo-dorsale ou cervico-postérieure : « Au cours d'un séjour colonial au Foutah-Djallon, dans le service de prophylaxie de la trypanosomiase, nous avons eu l'occasion d'observer comment les Peulhs traitent cette maladie. Ils comprennent sous le nom de *sogolo* la maladie du sommeil et certaines affections chroniques évoluant vers la cachexie, dont la nature leur échappe (rhumatismes chroniques, syphilis viscérales, etc.). La trypanosomiase est néanmoins assez connue d'eux, comme d'ailleurs de toutes les populations où elle existe à l'état endémique.

Le traitement généralisé est le suivant. Il est pratiqué pour les hommes de la caste *wailubé*, c'est-à-dire des forgerons (donc des Mandé), ici aussi souvent guérisseurs. Ce traitement consiste dans l'application de végétaux et de cendres, assemblés en magma vésicant. Le lieu d'application est généralement la région scapulaire et dans ce cas l'application est bilatérale ; plus rarement elle est unique, sur la nuque. Le but cherché est la production de bulles, de phlyctènes, dont la sérosité, en s'écoulant, entraînera le principe nocif. Les cicatrices, comme le montre le cliché ci-joint (cicatrices récentes), ont des dimensions importantes.

La ponction lombaire, qui paraît aux Peulhs découler des mêmes idées directrices que cette méthode, est bien accueillie, exemple peu fréquent où la médecine traditionnelle africaine prépare la voie à la médecine métropolitaine.

Cette tradition indigène étant appelée à disparaître devant la médecine européenne, il nous a paru intéressant d'en rapporter l'observation. »

En 1939, inspectant le secteur de prophylaxie soudanais, dans cette région si hautement contaminée du confluent Niger-Bani, nous appréciâmes l'intelligence de l'infirmier indigène Mamadou Goundiam, posté isolément à Cinzana pour y appliquer la thérapeutique synergique aux trypanosomés. A nos questions sur les traitements indigènes et sur l'origine de la maladie du sommeil des peuplements locaux, Goundiam ne put que nous parler de l'exérèse des ganglions cervicaux. Mais il nous annonça l'envoi d'un « rapport » sur cette question, après ses interrogatoires de quelques tribus.

Voici, dans leur forme originale, des extraits de ce document qui, mis à part le sujet, permet de jauger l'instruction générale d'un infirmier indigène du service de la trypanosomiase de l'A.O.F., titulaire du certificat d'études primaires.

« *Les Somonos.* — Ils vivent uniquement de la pêche. Ils sont les plus atteints par la maladie du sommeil. Ils appellent la trypanosomiase « souma-bana » (le mal qui fait dormir) et attribuent la cause à une espèce de poisson de la rivière Bani.

Au début de la maladie, c'est-à-dire dès l'apparition des ganglions du cou, ils courent chez un guérisseur pour extirpation (voir plus loin, extirpation des ganglions). Le mal ne partant pas avec les ganglions (« kan-courouni », de *kan*, cou, et *courouni*, petite boule) évolue toujours et arrive à la somnolence. A cette période, il porte le nom de *Souna-Bana* et là on pense au mystérieux poisson.

Traitement : 1° On tue des poulets blancs au bord du fleuve pour contenter le génie qui aurait causé le mal.

2° Des feuilles d'un arbre appelé *dioum* sont bouillies et on emploie l'infusion pour laver et masser le malade. Cette médication calme les courbatures dont le sujet se plaint.

Au fur et à mesure que les signes apparaissent, on essaie de les soigner. Tantôt c'est pour l'appétit ou la somnolence. Ainsi jusqu'à la perte du malade.

Depuis des années on n'avait jamais vu un trypanosomé guéri dans la région par des sorciers.

Le malade, réduit à la pauvreté et couvert de nombreux talismans, attend le dernier jour.

Les Bambaras. — Ce sont de très grands cultivateurs qui choisissent fréquemment les terrains arrosés par le Bani pour faire des *lougans* (Champs).

Ces terres humides sont en général infestées de glossines pendant la saison pluvieuse. Et ils s'infectent pendant la période des travaux agricoles.

Les villages de cultures Koikoungo et Niobongou, qui étaient habités en hivernage par les habitants de Ségou, Cinzana, ont été abandonnés avec de nombreuses victimes.

Les Bambaras disent que les terrains, déjà cités, appartiennent à des *djins*. Les ganglions ne sont pas recherchés par eux. Ils attendent la période nerveuse pour consulter un féticheur.

Ce sorcier, après quelques incantations magiques, signale à son client sa faute d'avoir fréquenté des endroits qui sont réservés aux diables. Alors commencent les sacrifices qui finissent toujours par la perte du sujet, comme j'ai dit ci-dessus.

Le fléau a décimé ces villages [8]. Ses ravages ne cesseront que lorsque des mesures sérieuses seront prises.

Procédé chirurgical. — C'est le plus employé chez les Bambaras. C'est le plus dangereux, car il s'agit de déchirer la peau et d'enlever le ganglion.

Ici, je ne pourrai pas donner de précision sur le prix de l'opération, car cela varie selon les opérateurs.

A l'aide d'un rasoir, l'opérateur ouvre la région du cou et coupe le ganglion. Pour arrêter l'hémorragie, il applique sur la place un chiffon contenant de la graisse de bœuf qu'il chauffe de temps en temps. Il arrive que des infections ou des hémorragies, surtout de la carotide, emportent le malade.

Ce procédé est si dangereux que cet opérateur es[t] souvent sans clients.

Les ganglions cervicaux sont les plus recherchés, ca[r] le guérisseur ignore d'un autre côté.

Les autres ganglions, inguinaux et autres, et le[s] kystes, sont toujours attribués au *Koroti*.

Le *koroti* est un poison que les indigènes emploien[t] pour se tuer. Ils croient que les kystes et autres son[t] les traces du *koroti* manqué.

Conclusions. — Actuellement, les malades ne von[t] plus souvent chez les sorciers, qui leur demandent d[e] l'argent et n'obtiennent pas de résultats. Les Somono[s] sont ceux qui ont compris le plus l'œuvre bienfaisant[e] de la médecine française...

J'ai l'honneur de vous proposer les mesures suivantes 1° ...; 2° ...; 3° ...; 4° ...

Certes, si ces mesures sont appliquées, je crois qu'o[n] rendra d'immenses services à l'Humanité. »

Signé : Mamadou Goundiam.

« D'immenses services à l'Humanité... » E[n] 1942, j'ai laissé en Afrique Occidentale Français[e] 240.000 trypanosomés dont 110.000 guéris, ou pré[-] guéris (en observation sans traitement). Je sera[i] donc le dernier à sourire de voir les conclusions d[u] « rapport » de Mamadou Goundiam se terminer pa[r] cette petite phrase emphatique.

G. Muraz,
ancien chef des Services
de la maladie du sommeil en A.E.F
et en A.O.F.

7. M. Ristorcelli : Le traitement indigène de la trypanosomiase chez les Peulhs du Foutah-Djallon (Guinée). *Journal des Africanistes*, 1939, **9**, fasc. 1, 1.

8. En 1939, j'ai fait établir les index de contamination totale des villages de cette région : ils variaient de 30 à 50 pour 100. Le transfert de quelques-uns d'entre eux fut envisagé dans les terres de l'Office du Niger. Mais ce projet fut laissé sans suite. A ce système assez décevant de prophylaxie (déplacements des agglomérations très contaminées), j'ai substitué la multiplicité des visites de dépistage. De ce fait, le nombre annuel des examens pour maladie du sommeil passa de 1.292.000 en 1938 à 4.414.500 en 1941.

LA MÉDECINE A TRAVERS LE MONDE

Belgique.

L'Académie de Médecine de Belgique a repris ses séances sous la présidence de M. le Prof. d'Hollander.

* * *

Le Dr Pierre Glorieux, dont l'attitude héroïque et courageuse en face des Allemands a soulevé l'admiration de tous, assure à nouveau les fonctions de Président de la *Fédération médicale belge*, dissoute par une décision de l'Autorité occupante le 31 Mars 1941. Le Dr Glorieux s'est assigné pour tâche, dès la libération, de réorganiser la Fédération médicale belge dont la structure ne répond plus aux nécessités actuelles.

J. Voncken.

États-Unis.

La santé de New-York en 1944.

A New-York, la natalité s'est abaissée légèrement en 1944. Elle est de 16 pour 1.000 alors qu'elle était en 1942 et 1943 de 17,4 et 17,6 qui étaient les taux les plus élevés depuis 1931.

Les taux de mortalité infantile furent en 1942 de 28,8, en 1943, de 30,2 et en 1944, de 31,2. Cette augmentation, qui se montre surtout pendant le premier mois de la vie, est due à la diarrhée infantile et aux malformations congénitales. Par contre, la mortalité maternelle fut de 1,8 pour 1.000 accouchements ; c'est le taux le plus bas qu'on ait enregistré jusqu'alors.

Mais c'est dans la lutte contre la diphtérie que les plus grands progrès ont été accomplis. Dans toute la ville de New-York on a enregistré 242 cas avec 7 morts pendant l'année 1944. Etant donné que la moyenne des cas était de 1910 à 1919 de 14.282 cas avec 1.290 morts, de 1920 à 1929 de 10.685 cas avec 704 morts, on est bien forcé d'admettre que cette quasi disparition de la diphtérie est due à la vaccination qui a été pratiquée systématiquement.

Les cas de coqueluche ont été au nombre de 2.809 avec 34 morts, atteignant un chiffre moins élevé de 25 pour 100 que celui de 1943 qui était déjà très bas. Les cas de rougeole ont légèrement augmenté alors que ceux de la scarlatine sont en diminution.

Une épidémie de poliomyélite qui s'est étendue à d'autres villes des Etats-Unis a donné 1.907 cas et 102 morts. C'est l'épidémie la plus sérieuse qu'il y eut depuis 1931 où l'on dénombra 4.138 cas avec 504 morts. La méningite cérébro-spinale est en augmentation. Pendant les cinq années de 1940 à 1944, on compte respectivement 48, 118, 1.046, 1.115 cas avec 195 morts pour cette dernière année. Ce chiffre très bas de décès qui donne un pourcentage de 17 pour 100 au lieu de 50 pour 100 pour les autres années est la résultante de la thérapeutique par les sulfamides.

La fièvre typhoïde est restée à un niveau très bas et ce fait est probablement dû aux précautions prises par le Comité de Santé de New-York, la surveillance très sévère des aliments et l'institution de « restaurants sanitaires » pour les ouvriers.

La mortalité tuberculeuse est en diminution, 42,3 pour 100.000 habitants, mais ce chiffre est inférieur à la réalité car beaucoup de malades vont mourir en dehors de New-York.

Pour 100.000 habitants la mortalité par appendicite est de 5,1, par accidents de 45,7, par suicide de 9,2, par diabète de 40,8. Celle du cancer est plus élevée (117,2 pour 100.000). Ce chiffre élevé n'est pas seulement dû aux progrès des moyens de diagnostic, mai[s] il correspond à une réelle augmentation du cancer che[z] les gens civilisés.

Les affections cardio-vasculaires et rénales ont un mortalité de 495,1 pour 100.000 ; la pneumonie de 45,2 sans changement notable.

Pour la première fois, le département de la Santé introduit les tests à la Tuberculine dans les école[s] d'apprentissage. Sur 1.195 étudiants, les réactions on[t] été positives chez 19 d'entre eux et on trouva 27 porteur[s] de lésions.

Depuis Pearl Harbour, l'augmentation des maladie[s] vénériennes a causé quelque anxiété aux autorités e[t] surtout le fait que ces maladies frappent les jeunes d[e] 15 à 19 ans. Chez ceux-là les cas de syphilis sont e[n] augmentation de 204 pour 100 par rapport à 1941 e[t] de 31 pour 100 par rapport à 1943. Un nouveau centr[e] de traitement a été ouvert à New-York, ce qui en port[e] le nombre à 20 où 68.000 malades ont été traités. Un[e] vaste campagne contre ces maladies est en perspective menée par les parents, les professeurs, le clergé.

(*British Medical Journal*, 10 Mars 1945.)

Livres Nouveaux

Méthode génétique et tuberculose pulmonaire, pa[r] J. Troisier et J. Van der Stegen. 1 vol. de 104 page[s] (*Collection Médecine et Chirurgie ; Recherches et appli[-] cations*, n° 38) [Masson et Cie, éditeurs]. — Prix : 45 fr

Si les hommes ne sont pas égaux devant le péril tuber[-] culeux, ils le doivent en partie à leur constitution héré[-] ditaire. Cette vérité que le Prof. E. Sergent ne cessa d[e] défendre est fondée sur des arguments cliniques, statis[-] tiques, expérimentaux que MM. Jean Troisier et J. Va[n] der Stegen rappellent fort opportunément dans leur ou[-] vrage sur « Méthode génétique et Tuberculose pulmo[-] naire ». La pratique médicale enseigne que des enfant[s] décimés par la tuberculose peuvent naître d'un coupl[e] d'individus indemnes ; elle enseigne aussi qu'ils naissen[t] plus souvent de parents malades. Quand la tuberculos[e] n'a touché qu'un seul des deux progéniteurs il devien[t] possible de rechercher si les malades par leurs carac[-] tères constitutionnels se rapprochent plus de leur paren[t] malade que de leur parent sain. MM. J. Troisier e[t] J. Van der Stegen ont étudié dans ce but 9 groupe[s] familiaux totalisant 47 individus. Dans chaque groupe ils ont mesuré la ressemblance entre parents et enfants en comparant les groupes sanguins, la pigmentation d[e] l'iris, la morphologie cranienne. Tandis qu'en proportio[n] équivalente, 28,8 pour 100, les enfants tuberculeux re[s-] semblent à leur parent tuberculeux ou à leur parent sain 14,2 pour 100 seulement des enfants sains ressemblent leur parent tuberculeux et 38 pour 100 à leur paren[t] sain. Les enfants qui échappent à la tuberculose dans ce[s] milieux ressemblent donc plus au parent indemne qu'a[u] parent malade. En outre, il existe dans près de 80 pou[r] 100 des cas une analogie clinique « frappante » entr[e] parent et enfants tuberculeux.

On ne saurait trop insister sur l'intérêt des recherche[s] qui tendent à caractériser le terrain réfractaire ou l[e] terrain sensible à la tuberculose, car elles donneront u[n] jour à l'hygiéniste le moyen de diriger une prophylaxi[e] héréditaire et anti-infectieuse vraiment efficace. Les résul[-] tats obtenus par MM. J. Troisier et J. Van der Stege[n] laissent entendre qu'une étude génétique d'association factorielles ou des manifestations phénotypiques d'u[n] gène pléiotrope pourrait être fructueuse.

R. Turpin.

INFORMATIONS

Les prix Nobel de Médecine

Science News Letter nous apprend que le prix Nobel de Médecine a été décerné en 1943 aux Drs Henrik DAM et Edward A. DOISY pour leurs travaux sur la vitamine K.

La vitamine K est une nouvelle venue dans la suite des vitamines, et elle a déjà trouvé d'importantes applications thérapeutiques. Elle fut découverte en 1938 par un physiologiste danois, Dam, aujourd'hui installé au Strong Memorial Hospital de Rochester. Dam avait remarqué que des poulets privés quelque temps de matières grasses présentaient une tendance aux hémorragies aboutissant souvent à la mort. Aucune des vitamines connues ne remédiait à cet incident qu'il supposa dû au manque d'un facteur de coagulation, la Koagulation-Vitamin ou Vitamine K. On la trouve surtout dans les feuilles vertes et on l'extrait notamment de la luzerne qui donne une huile jaune clair très active. La farine de poissons putréfiés, les bactéries intestinales de l'homme en contiennent également. La carence de vitamine K est surtout grave pour les nouveau-nés chez qui les hémorragies sont fréquentes ; on leur avait cherché diverses origines alors que l'absence de bactéries intestinales et le manque de vitamine K sont la vraie cause, puisque aussi bien on les empêche par l'administration d'un extrait hydrosoluble du produit. Il suffit de donner à la mère quelques milligrammes, peu avant l'accouchement, pour prévenir les hémorragies du nouveau-né, même et surtout celles intracraniennes.

Le Dr DOISY, de Saint-Louis University Medical School, a réussi à préparer la vitamine K pure par synthèse. C'est une naphtoquinone bisubstituée à chaîne latérale non saturée.

Les *Prix Nobel* 1944 ont récompensé de tout autres travaux. Le Dr ERLANGER est à l'École de Médecine de l'University de Washington, le Dr GASSER, directeur de l'Institut Rockefeller pour les recherches médicales. Ils ont grandement étendu des recherches sur le fonctionnement des nerfs commencées en France par Lapicque et son école.

En 1913, Lapicque et Legendre avaient signalé que la vitesse de réaction des fibres nerveuses est en rappoi avec leur diamètre, les plus grosses étant les plus rapides. Erlanger et Gasser ont vérifié ce fait et l'ont considérablement étendu par des mesures électriques fines à l'oscillographe cathodique. Ils ont ainsi reconnu que les libres sensorielles sont plus petites que les motrices et qu'elles se classent en ordre décroissant, qu'on considère leur diamètre, leur excitabilité ou leur vitesse de conduction. Les plus fines sont celles qui donnent des sensations douloureuses et le traitement de la douleur trouvera certainement dans ces données de précieuses indications.

Union des Médecins français

Le jeudi 17 Mai, à la Clinique de Pédiatrie de l'hôpital des Enfants-Malades, l'Union des Médecins français, sous la présidence du professeur DEBRÉ, a convié les représentants de la Presse politique et scientifique à entendre les professeurs Charles RICHET fils et R. WAITZ (de Strasbourg), le Dr IMBONA, récemment libérés de Buchenwald exposer la pathologie spéciale des camps de prisonniers.

En restant sur le plan scientifique, dans une langue sobre, dépouillée volontairement de tout excès, le professeur Ch. RICHET a montré les ravages que causaient la faim et l'encombrement, dans ces camps où des milliers d'hommes et de femmes ont passé ou séjourné. Le régime, qui ne fournissait pas 1.200 calories et qui tomba au-dessous de 1.000 calories par jour dans les trois derniers mois, était fortement déséquilibré par manque de protéines animales et de graisse. L'amaigrissement profond, les œdèmes carentiels, les troubles intestinaux, les suppurations étendues, le psychisme particulier en étaient la résultante. L'entassement de centaines de prisonniers dans les baraques où tous ne pouvaient trouver assez de place pour s'allonger, favorisaient l'éclosion des maladies contagieuses et des affections pulmonaires.

Le Dr IMBONA parla plus spécialement des troubles carentiels et des avitaminoses provoqués par le régime composé d'une soupe de rutabaga, troubles qui rappellent ceux de la pellagre et qui n'avaient jamais été observés avec cette intensité.

Enfin, le professeur R. WAITZ, rescapé d'Ausschvitz et de Buchenwald, dressa le tableau de la vie épouvantable de ces hommes, de ces femmes, de ces enfants coupables soit d'appartenir à la religion juive, soit de n'avoir pas accepté le régime que les Allemands voulaient imposer : appel quotidien dans le froid pendant des heures entières, travaux forcés, visite mensuelle, puis hebdomadaire de sélection, c'est-à-dire désignation d'un certain nombre de prisonniers pour la chambre à gaz et, comme témoignage irréfutable de ces horreurs, des photographies qui fixent pour toujours la cruauté du peuple allemand.

A. P.

* * *

— L'UNION DES MÉDECINS FRANÇAIS organise une réunion demain 27 Mai, à 10 h. du matin, dans la Salle de l'Alliance française, 101, boulevard Raspail, Paris, sous la Présidence d'honneur de M. le Ministre de la Santé publique, M. le Recteur de l'Université de Paris, M. le Doyen de la Faculté de Médecine de Paris.

Prendront la parole : MM. les Prof. Charles RICHET, retour de Buchenwald, Robert DEBRÉ et JUSTIN-BESANÇON. MM. les Drs CIBRIE, MILLIEZ, Pierre BOUQUÈS.

CONTROLE MÉDICAL
des prisonniers, des travailleurs et des déportés rapatriés

Dans chaque département, le médecin inspecteur de la Santé, avec le concours du médecin départemental des prisonniers et déportés, est chargé, sous la direction technique du directeur régional de la Santé, de l'organisation du Service de contrôle médical des prisonniers et déportés rapatriés.

Les examens ont pour but de constater l'état de santé des rapatriés, de les orienter éventuellement vers leur médecin traitant ou vers un organisme de soins, de rechercher les sujets atteints de maladie contagieuse et de provoquer éventuellement les mesures de prophylaxie.

Ces examens comportent :

1° Des examens cliniques, des examens radiologiques ou radiophotographiques du thorax, et des examens sérologiques s'ils n'ont pas été faits antérieurement, qui sont effectués dans des centres dits « centres d'examen d'arrondissement » ;

2° Eventuellement, des investigations complémentaires ou des examens de spécialités qui sont pratiqués dans des centres de diagnostic départementaux ou régionaux.

Tout rapatrié est tenu, dans les quarante-huit heures qui suivront son arrivée, de se faire inscrire à la mairie de sa résidence, qui adressera au médecin départemental un état des rapatriés inscrits.

Dans le cas où un rapatrié ne peut, pour raison de santé, se rendre à la convocation qui lui est ensuite adressée (transport gratuit), il en prévient le médecin départemental qui pourra le faire examiner à son domicile et, s'il le juge nécessaire, transférer à l'hôpital de rattachement le plus proche du centre de diagnostic de sa circonscription. Les frais d'hospitalisation sont pris en charge par le ministère de la Santé publique.

Si le malade refuse le transfert, il est considéré comme n'ayant pas été examiné.

ATTRIBUTIONS ET STATUT
des Médecins départementaux des prisonniers et déportés rapatriés

Le médecin départemental des prisonniers et déportés est chargé, sous la direction technique du directeur régional de la Santé et de l'Assistance et sous l'autorité administrative du directeur départemental des prisonniers et déportés :

1° D'apporter son concours au médecin inspecteur de la Santé dans l'organisation du Service de contrôle médical institué par ladite ordonnance ;

2° De faire assurer l'exécution des dispositions relatives à ce contrôle ;

3° De donner tous conseils et avis concernant la santé des prisonniers et déportés rapatriés ;

4° De donner son avis sur l'aptitude physique des rapatriés, en vue de leur reclassement professionnel ;

5° D'assurer la liaison avec les fonctionnaires des autres départements ministériels intéressés à quelque titre que ce soit à la réintégration dans la vie nationale, des prisonniers et déportés, et avec les représentants qualifiés des organismes publics et privés qui y collaborent.

Il est chargé, en outre, pendant la durée du rapatriement, de l'organisation du Service sanitaire au centre d'accueil départemental.

La Maison du Prisonnier et du Déporté mettra à la disposition du médecin départemental des prisonniers et déportés, le personnel administratif et les locaux qui lui seront nécessaires pour remplir ses fonctions.

Le médecin départemental des prisonniers et déportés est un médecin conventionné à temps partiel engagé sur contrat.

Les contrats qui lient les médecins départementaux à l'administration fixent leurs attributions, les conditions d'exercice de leurs fonctions, et l'indemnité forfaitaire qui leur est allouée.

Les candidats devront déposer, à la Préfecture de leur département, leur dossier en indiquant en outre s'ils ont été prisonniers ou déportés et la durée de leur captivité.

Rémunération. L'indemnité annuelle forfaitaire allouée au médecin départemental est fixée, en tenant compte du nombre des prisonniers et déportés rapatriés dans le département, de 40 à 70.000 fr. pour un effectif de 0 à 100.000. Dans les départements qui comportent un nombre de rapatriés supérieur à 100.000, un ou plusieurs médecins requis ou mobilisés pourront être adjoints au médecin départemental des prisonniers et déportés.

L'arrêté du 25 Novembre 1944 est applicable au médecin départemental des prisonniers et déportés pour le remboursement éventuel des frais de déplacement.

RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS REQUIS
à temps partiel ou de façon intermittente
pour le contrôle médical des rapatriés

Les médecins chargés du contrôle médical des rapatriés ou de tout autre service public sont rémunérés dans les conditions suivantes :

— 1° *Vacation d'une heure comportant l'examen de quatre malades :*

a) Professeur ou médecin des hôpitaux d'une ville de Faculté : 45 fr. ; *b*) Médecin n'appartenant pas à la catégorie visée ci-dessus et interne des hôpitaux d'une ville de Faculté : 100 fr.

— 2° *Examen de plusieurs malades sans qu'il soit possible d'en grouper quatre à la fois :*

Par malade : *a*) Professeur ou médecin des hôpitaux d'une ville de Faculté : 45 fr. ; *b*) Médecin n'appartenant pas à la catégorie visée ci-dessus et interne des hôpitaux d'une ville de Faculté : 30 fr.

— 3° *Examen d'un malade isolé (consultation) :*

a) Professeur ou médecin des hôpitaux d'une ville de Faculté : 45 fr. ; *b*) Médecin n'appartenant pas à la catégorie visée ci-dessus et interne des hôpitaux d'une ville de Faculté : 30 fr.

Les étudiants en médecine, en pharmacie et en art dentaire requis dans les conditions fixées par l'article 10 du décret du 20 Avril 1945 perçoivent un traitement mensuel de 3.000 fr.

Les frais de déplacement des médecins requis sont remboursés suivant les tarifs fixés par l'arrêté du ministre des Finances du 14 Janvier 1944 pour les fonctionnaires de la deuxième catégorie.

Les frais de déplacement des étudiants en médecine, en pharmacie et en art dentaire requis sont remboursés suivant le même tarif, mais applicable aux fonctionnaires de la troisième catégorie.

(*Extraits du J. O.*, 12 Mai 1945.)

Examen du P. C. B.

Le *J. O.* du 24 Avril 1945 publie les nouveaux coefficients des épreuves de l'examen du P. C. B. :

	ORAL	TRAV. PRATIQUES	TOTAUX
Biologie animale	5	3	8
Biologie végétale	2,5	1,5	4
Chimie	4,5	2,5	7
Physique	4,5	2,5	7

Nul n'est admis s'il n'a obtenu *130 points* au minimum.

Université de Paris

Faculté de Médecine. — Par arrêté du 12 Mai 1945, M. MATHIEU, professeur de clinique chirurgicale, est nommé *à la classe exceptionnelle* à dater du 1er Octobre 1944.

— M. FEY, agrégé, est nommé, à titre provisoire, à compter du 1er Avril 1945, professeur titulaire de la *Chaire de Clinique urologique.*

Travaux Pratiques d'Hématologie. — En raison de circonstances particulières, le cours d'Hématologie annoncé à l'Institut de Parasitologie pour le 28 Mai (*La Presse Médicale*, n° 8, p. 103) est reporté au 1er Juin 1945, aux heures précédemment indiquées.

Universités de Province

Assesseur de doyen de Faculté. — M. GATÉ est nommé provisoirement, à compter du 1er Janvier et jusqu'à une date qui sera fixée par décret après le retour des prisonniers, assesseur du doyen de la *Faculté de Médecine de Lyon.*

Faculté de Médecine d'Alger. — M. LACROIX, agrégé pérennisé, est nommé, à dater du 1er Janvier 1945, professeur sans chaire.

Faculté de Médecine de Bordeaux. — M. FONTAN, agrégé, est nommé, à titre provisoire et à compter du 1er Mars 1945, professeur de *Clinique des Maladies des Enfants.*

— Par décret du 13 Avril 1945, il est créé un *Institut de Kinésithérapie*, relevant, au point de vue scientifique, de la Faculté de Médecine. Le décret fixe la composition et les fonctions du Conseil d'administration, les conditions d'obtention du diplôme décerné par la Faculté et du diplôme d'Etat de masseur médical.

Faculté de Médecine de Lyon. — M. WERTHEIMER, agrégé, est nommé professeur titulaire, à dater du 1er Mars 1944, et affecté en surnombre à la Faculté.

Faculté de Médecine de Strasbourg. — Par arrêté du 12 Mai 1945, sont nommés *à la classe exceptionnelle :*
— à dater du 1er Octobre 1941, M. le Prof. AMBARD.
— à dater du 1er Octobre 1944, M. le Prof. BORMLN.
— à dater du 1er Octobre 1945, M. le Prof. FORSTER.
Par arrêté du 1er Mai 1945, il est créé un *Diplôme de médecine du travail* de l'Université. L'arrêté fixe en outre le programme d'enseignement, les épreuves de l'examen ainsi que les conditions et droits d'inscription.

Faculté de Médecine de Toulouse. — L'arrêté du 27 Octobre 1944 suspendant de ses fonctions M. SOREL, professeur à la Faculté est rapporté.

Ecole de Médecine de Poitiers. — M. FOREUF est nommé, pour une période de 9 ans, chef de travaux pratiques d'anatomie.

Ecole de Médecine de Rouen. — M. FLEURY, professeur d'histologie, est chargé, à titre provisoire, du service de la chaire de clinique interne.

Inspection de la Santé

— Mlle le docteur KNAUER est nommée médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé dans le département du *Gard*, au maximum pour la durée des hostilités.
— Mlle le docteur CASALIS est nommée médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé, au maximum pour la durée des hostilités, à compter du 1er Janvier 1945.

Concours et places vacantes

Médecin phtisiologue des Services publics. — Un concours est ouvert le 23 Juillet 1945, au ministère de la Santé publique, pour l'obtention du titre de médecin phtisiologue des Services publics. Le nombre des places mises au concours est fixé à 40. Incriptions jusqu'au 23 Juin 1945.
Pour tous renseignements, s'adresser à la Direction du personnel (2e bureau, 1re section), 7, rue de Tilsitt, Paris-17e.

Nouvelles diverses

Des cérémonies religieuses, au souvenir des défunts du Corps Médical et en l'honneur des Familles médicales, auront lieu :
— *soit aux Invalides*, le 3 Juin, à 9 h., pour la Messe, sous la présidence de S. E. le Cardinal Suhard ;
— *soit à l'Eglise de la Rédemption*, rue Chauchat, service protestant, le 10 Juin, à 10 h. 30.
Ces cérémonies sont organisées par « Médecine et Famille » et placées sous l'égide de la Fédération des Médecins du Front.

Direction de l'Hygiène scolaire et universitaire. — M. le docteur J. MARTY, d'Aulnay-sous-Bois (S.-et-O.) est nommé conseiller technique à la Direction de l'Hygiène scolaire et universitaire, pour une année.

Recrutement des Médecins inspecteurs régionaux de l'Hygiène scolaire et universitaire. — Le ministre de l'Education nationale procède actuellement, pour un certain nombre d'Académies, au recrutement *sur titres* de Médecins inspecteurs régionaux de l'Hygiène scolaire et universitaire. Traitements s'échelonnant de 120 à 210.000 fr., plus les allocations à caractère familial.
Pour tous renseignements, écrire à M. le ministre de l'Education nationale, direction de l'Hygiène scolaire et universitaire (3e bureau).

Distinctions honorifiques

LÉGION D'HONNEUR

Chevalier : Médecin capitaine J. COUPIGNY, ne division motorisée d'infanterie. — Médecin capitaine G. CHAUMOT, ne bataillon de marche.

MÉDAILLE MILITAIRE

Médecin auxiliaire S. BENBASSAT, ne régiment d'infanterie coloniale.

CITATIONS A L'ORDRE DE L'ARMÉE

Médecin auxiliaire P. VIDAL, ne bataillon médical.

Nos Échos

Naissances.

— M. Jean FOURMENT et Madame, née VILLEY-DESME SURETS, externes des Hôpitaux, sont heureux d'annonce la naissance de leur fille *Florence* (Paris, 26 Février 1945)
— Le docteur André SÉVIN et Madame sont heureu de faire part de la naissance de leur fils *Bernard* (11 Ma 1945, Epernay, Marne, 24, rue Eugène-Mercier).
— Le docteur P. PILLA, chef de clinique chirurgical à la Faculté de Médecine de Strasbourg et Madame son heureux de faire part de la naissance de leur fille *Marie Hélène* (Blaye, 16 Avril 1945, Hôpital civil, Cliniqu chirurgicale A, Strasbourg).
— Le docteur et Madame J. GUILLER, née DEPOUTR sont heureux d'annoncer la naissance de leur fille *Joëll* (Paris, le 29 Avril 1945).

Mariages.

— On annonce le mariage à Paris du docteur Pierr BAYSSAN, ancien externe des Hôpitaux de Paris, médecin assistant du Sanatorium de Champcueil, avec Mademoi selle Odette SALMON, ancien interne des Hôpitaux d Paris, pharmacienne du même établissement (24 Mar 1945).
— On annonce le mariage du docteur COMISIONERU (d Paris) avec Mademoiselle Hélène-Françoise NICAUD, d Valençay (Indre).
— Le docteur et Madame Henri CHALOT sont heureu: d'annoncer le mariage de leur fille Françoise ave M. Yves BESSRC (Paris, 2 Mai 1945).

Décès.

— On annonce le décès, survenu à Paris le 20 Ma 1945, du Prof. Marc TIFFENEAU, ancien Doyen de l Faculté de Médecine, Membre de l'Institut, Membre d l'Académie de Médecine.
— On annonce le décès du docteur Jean CONGY, mor pour la France, au camp de Buchenwald, le 1er Janvie 1945, à l'âge de 34 ans.
— Nous apprenons le décès, à l'âge de 74 ans, du docteur Henri SERINGE, père du docteur Philippe SERINGE médecin-assistant de l'hôpital Hérold.

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

Les Petites Annonces dans LA PRESSE MÉDICALE *sont acceptées sous réserve d'un contrôle extrêmement sérieux. Aucune annonce commerciale n'est acceptée.*
Prix : 20 fr. la ligne (15 fr. pour les abonnés).

Conf. vends Primaquatre 1937, bon état, bons pneus. Ecr. *P. M.*, n° 429.

Echange app. radio châssis basculant C.G.R. contre 202 Juva Simca Citroën. Ecr. *P. M.*, n° 430.

Station thermale, spécial. affect. cardiovasc. lgue expér., référ. scient. et mor. de tt ordre, reprendr. client., de préf. Royat, Vittel, Evian, Bagnoles ou analogue, évent. apr. pér. de collab. Ecr. *P. M.*, n° 435.

Doctoresse, gynéc. accouch., rech. appartement Paris, 6e, 7e, 8e, 9e, 16e ou 17e. Tél. : PLA 05-70.

Très bon poste médical banlieue Sud-Ouest à vendre. Ecr. *P. M.*, n° 456.

Pharmacien strasbourgeois, bien introduit, disposant de vastes locaux, cherche représentation, dépôts de laboratoires pour Alsace-Lorraine. Ecr. *P. M.*, n° 474.

A céder, 20 *km.* Vals, ancienne et grosse clientèle méd. générale, accouchements, radio, superbe install., gros rapport actuel, peut faire plus. Fixes transmis. Prix très avantag. 1/4 du rapport annuel. Ecr. *P. M.*, n° 491.

Médecin cherche 1 ou 2 pièces Paris avec téléphone, pour habiter. Ecr. *P. M.*, n° 492.

Pharmacien ayant actuellem. import. situat. ds usine de prod. pharmaceut. désirer. poste administ. commercial ou technique impliq. activité légale, totale ou partielle ds Labo affaire pharmac. ou para-pharmac. Ecr. *P. M.*, n° 504.

Dr recherche Paris cabinet médecine générale gynécol. vénérologie. Ecr. Léger, 28, r. de Saussure, Paris-17e.

Docteur, banlieue Sud immédiate, cherche assistant légal. Fournit vélomoteur. Ecr. *P. M.*, n° 513.

Laboratoires d'analyses médicales demande secrétaire sténo-dactylo, expérimentée, très bonnes références. Prendre rendez-vous : Anjou 37-14, 30, rue de Miromesnil, Paris.

Ophtalmologie : médecin, 29 ans, 2 ans spécialisation, dégagé obl. milit., assisterait confr. surchargé, en vue succession ou non, Sud-Ouest préfér. Ecr. *P. M.*, n° 516.

A vendre instrumentation O.R.L., table Le Méc, fauteuil ophtal. S'adr. Suffren : 44-36 de 14 h. à 16 h.

Pharmacien, 35 a., blessé de guerre, ne pouvant plus tenir officine, ch. utilisation légale de son diplôme. Ecr. *P. M.*, n° 520.

Cherche infirmière dipl. d'Etat, tr. au courant service chirurgical, pour direction clinique chirurgicale. Dr Boquet, Château Salomon, Montayral (L.-et-G.).

Voyageur visit. médec. et dent. Sud-Ouest et Centre ch. carte mater. médic.-chir. et bons Labos. Ecr. *P. M.*, n° 532

Chirurgien demande remplaçant pr 3 semaines en Juin, Juillet ou Août, région Midi. Ecr. *P. M.*, n° 5[illegible]

Visiteur médical ch. 2e Labo pr Sud-Ouest. Lhomer, 9, rue Cart, Saint-Mandé (Seine).

Jne fille, dipl. secrétaire assist. médic. dactylo, ch. poste chez Dr consult. ou clin., journ. ent. ou 1/2 journ. Ne peut se présent. qu'après 18 h. 30. Ecr. *P. M.*, n° 546.

Laboratoire d'analyses médicales demande chef laboratoire expérimenté, laborantine bonnes connaissances pratiques bactériologie, chimie. Ecr. *P. M.*, n° 551.

Microscope Stiassnié, modèle 1927, platine mobile, 4 obj., 2 oc. 1 immersion 1/18e. S'adress. Docteur, 26, rue d'Aboukir (2e), de 18 h. à 19 h.

Médecin cherche poste chef-lieu départem. ou sous-préfecture, préf. Ouest ou Centre. Ecr. *P. M.*, n° 553.

On demande pour gde Industrie Pharmac. bibliographe expérimenté pour trav. chimiques, pharmaceut., connais. parfaitem. l'allemand. Ecr. *P. M.*, n° 554.

Dame veuve, très expériment., active, dem. direction maison de repos, de convalesc., ou économe pension jnes gens, jnes filles. Ecr. Besse, Villa Bellevue, Villard-de-Lans (Isère).

Chirurgien Ouest demande remplaçant qualifié et non mobilisable, 15 Juin-15 Août. Large rétribution. Ecr. *P. M.*, n° 556.

Poste médical à céder dans l'Oise par suite décès en déportation, av. clientèle de campagne et installation médicale. S'adres. : Mme Andrieu, à Neuilly-en-Thelle (Oise).

Infirmière salle opérations, sérieuses références, cherche place clinique. Ecr *P. M.*, n° 558.

A vendre vélo homme, 3 vit., bons pneus. Ecr. *P. M.*, n° 559.

Etudiant scolarité terminée, externe hôp. Paris, pourrait faire remplacem. ou assistance Paris ou banl. proche. Ecr. *P. M.*, n° 560.

Médecin étranger, 33 a., engagé volontaire 39-40, ancien prisonnier évadé, ch. pl. dans une clinique. Toutes conditions acceptées. Ecr. *P. M.*, n° 561.

Etudiante médec. fin 5e an. ferait remplacem. dans une des spécialités suiv. : enfants, gynécol., accouchem., soit clientèle, soit clinique, maisons d'enf. ou autre. Ecr. *P. M.*, n° 562.

Médecin 38 a., tr. actif, prisonnier rapatrié, ch. remplacem. lgue durée ou assistant confr. en vue succession Paris ou banl. proche. Ecr. *P. M.*, n° 563.

A vendre occasion appareils : U. V., hte fréquence, Electrochoc, Commutatrice inverse. L. Rué, Constructions Electro-Médicales Saint-Rémy, Chalon-sur-Saône (Saône-et-Loire).

Laboratoire de Biologie désirant expérimenter sur cobayes nouveaux vaccins antituberculeux, rech. collaborateurs de qualité ay. l'acquis nécess. pour réaliser cette importante expérience. Ecr. *P. M.*, n° 565.

Ancien interne hôp. Paris, 35 ans, ch. situation dan Service hôpital ou Médecine du Travail, ou Contrôl Assurance. Ecr. *P. M.*, n° 566.

Side-car à vendre pour moto-bécane, très bon état Gurly, 51, r. Vivienne, Gut. 44-26 (le matin avant 10 h.)

Secrét. technique, sténo-dactylo ; longue expérience ch. situation. Accept. voyages. Ecr. *P. M.*, n° 568.

Médecin, 32 a., f. fonct. assist. radiol., ch. occupat l'apr.-midi, méd. génér., radio ou autre. Ecr. *P. M.* n° 569.

Infirmière, dipl. d'Etat, seconderait docteur-ou chirur gien en clientèle particulière. Soins en ville. Peut auss assurer direction clinique ou maternité Paris ou banl proche. Tél. : Did. 80-77, ou écr. *P. M.*, n° 570.

Pharmacien désire employer diplôme dans Labora toire spécialités. Ecr. *P. M.*, n° 571.

Manipulateur-radiographe expérimenté cherche si tuation Paris ou banlieue, connaissances sérieuses e Laboratoire d'analyses et pharmacie. Références. Ecr *P. M.*, n° 572.

On demande pr remplacement 3 mois une infirmièr ou aide-infirmière. Se présenter au Centre Médical de l Bourse, 26, rue N.-D.-des-Victoires, de 18 h. à 20 h

Etudiante médec., 20 inscript., cherche remplacemen région parisienne. Ecr. *P. M.*, n° 574.

Médecin cherche clientèle dans un rayon de 100 km Paris. Ecr. *P. M.*, n° 575.

Représentant 36 ans, très introduit pharmaciens e médecins Marseille et région, sérieuses références, burea centre, téléphone, possibilités dépôt, désire s'adjoindr Laboratoire (commission) pour compléter portefeuille Ecr. *P. M.*, n° 576.

Grosse clientèle et meubles à céder dans bourg de Vosges à jeune médecin actif, contre faible pourcentag sur les recettes futures. Ecr. *P. M.*, n° 577.

Urg. à céder dans petite ville Centre, excell. post méd. gén., cond. avant. Ecr. *P. M.*, n° 578.

J. F. 35 a., infirmière en sana, désirerait emploi. ch docteur, dentiste ou près de malades particuliers, pro vince. Ecr. à Mme Pelleny, Château de Cauneille, pa Peyrehorade (Landes).

A céder poste médical, propharmacie, S. N. C. F (Pas-de-Calais), 10 *km.* gde ville, gde maison, confort vaste jardin. Ecr. *P. M.*, n° 580.

Médecin, mobilisé, banl. 50 km. Paris, ch. rempla çant non mobilisable avec probabilité cession ultér Cond. très intéres. Ecr. *P. M.*, n° 581.

AVIS. — Prière de joindre aux réponses u timbre de 2 francs pour transmission des lettres

Le gérant : F. THOMAS.

Imprimé par l'Ancne Imprimerie de la Cour d'Appel, 1, rue Cassette, à Paris (France)

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées aux Périodiques, la Direction scientifique de La Presse Médicale *a dû fixer à 4 colonnes maximum l'étendue des mémoires originaux. Tout manuscrit dépassant cette étendue sera retourné à son auteur.*

DE LA SÉRO-ANATOXITHÉRAPIE DU TÉTANOS DÉCLARÉ

PAR MM.

G. RAMON et R. RICHOU

En attendant que la vaccination au moyen de l'anatoxine tétanique qui, on le sait, doit être obligatoirement associée à la vaccination antidiphtérique chez tous les enfants de 1 à 14 ans [1] soit rigoureusement appliquée et fasse ainsi disparaître progressivement le tétanos chez nous, comme elle l'a pratiquement éliminé chez les combattants des armées alliées [2], nous aurons encore à compter avec cette toxi-infection si meurtrière.

Et, précisément, on constate depuis quelques années une recrudescence manifeste du tétanos. Cette recrudescence est une conséquence directe et indirecte de la guerre. Celle-ci en effet n'a pas épargné les civils. De plus, on enregistre actuellement d'assez nombreux cas de tétanos faisant suite à des blessures légères, à de simples excoriations qui n'ont pas nécessité le recours à l'injection préventive de sérum antitétanique et que la pénurie d'antiseptiques (teinture d'iode par exemple) ne permet pas de désinfecter comme il conviendrait. D'autre part, on note à l'heure présente un accroissement des cas de tétanos post-abortum en rapport avec l'augmentation alarmante des avortements.

Tout doit donc être mis en œuvre afin de traiter avec le maximum de chances de succès cette redoutable maladie, afin aussi d'éviter à tout jamais, au sujet guéri, d'être frappé par le même mal: « Lorsqu'on a la chance, écrivait Chavany en 1938 [3], de guérir des malades d'une affection aussi grave que le tétanos, il est indispensable de ne pas s'en tenir là et d'assurer par une médication efficace et sans danger, telle l'anatoxine, l'avenir des sujets qu'on a une première fois sauvés de la mort ».

La méthode de séro-anatoxithérapie vise ces buts qu'il est hautement désirable d'atteindre.

Principe et avantages de la séro-anatoxithérapie.

Les connaissances acquises au cours de ces vingt dernières années ont amené à penser qu'il y a intérêt dans le traitement d'affections telles que la diphtérie ou le tétanos, *à combiner l'injection de sérum spécifique* — qui fournit immédiatement à l'organisme malade l'antitoxine nécessaire à la lutte contre l'intoxication envahissante — et *l'injection d'anatoxine*. Celle-ci faite en même temps que l'injection de sérum, dès le diagnostic posé, et renouvelée plusieurs fois, à un certain nombre de jours d'intervalle, fait succéder à l'immunité passive, instantanée mais éphémère, l'immunité active qui s'installe progressivement mais qui est stable et durable.

Tel est le principe de la *séro-anatoxithérapie* posé dès 1937 [4].

Depuis 1937, diverses applications de ce principe ont été réalisées. En particulier les essais préliminaires entrepris par R. Kourilsky, Mme Simone Kourilsky et nous-mêmes [5] ont permis de tirer, du point de vue de l'immunologie, quelques déductions d'ordre théorique et pratique. Ils ont montré que la séro-anatoxithérapie offre sur la sérothérapie plusieurs avantages.

Un fait prime tous les autres, c'est *l'établissement de l'immunité antitoxique active chez les sujets soumis à la fois à la sérothérapie et à l'anatoxithérapie spécifiques* [6]. Il en est chez l'homme comme chez l'animal d'expériences : l'antitoxine d'origine passive apportée par le sérum antitoxique n'empêche pas la formation ultérieure de l'antitoxine engendrée par l'anatoxine, elle ne contrarie pas l'établissement et l'évolution de l'immunité active.

Un autre fait important c'est la *continuité*, grâce à la séro-anatoxithérapie, *de l'immunité antitoxique*. Chez les malades, traités par la sérothérapie antitétanique seule, l'antitoxine spécifique, après avoir atteint rapidement, en quelques jours, un certain niveau, diminue plus ou moins promptement suivant les individus (très vite chez ceux qui, antérieurement, ont déjà reçu du sérum équin, moins vite chez les autres), pour disparaître complètement à plus ou moins brève échéance. Par contre, chez les sujets soumis à la séro-anatoxithérapie, *l'immunité antitétanique malgré ses fluctuations, ne subit aucune interruption*: l'immunité active succède sans transition à l'immunité passive après avoir coexisté avec elle pendant une période variable dans sa durée suivant les individus. Renforcée par la pratique des « *injections de rappel* » l'immunité antitétanique peut atteindre, à tout moment, un degré très élevé.

En faisant succéder, sans arrêt, l'immunité active à l'immunité passive, la séro-anatoxithérapie permet de réduire, dans une certaine mesure, les quantités de sérum nécessaires à la prolongation de l'état d'immunité, ce qui, du même coup, a pour effet de diminuer les dommages pouvant résulter d'une sérothérapie trop intense.

On peut en outre escompter, lors de l'emploi de la séro-anatoxithérapie, *une action spécifique* utile des injections d'anatoxine à l'égard des phénomènes d'intoxication et des complications de la toxi-infection tétanique en évolution. Il semble, en effet, que l'anatoxine injectée intervienne, dans une certaine mesure, pour dissocier le dangereux complexe qui résulte de la fixation de la toxine sur certains tissus et pour rendre celle-ci plus accessible à l'action neutralisante de l'antitoxine fournie à l'organisme par l'injection de sérum antitétanique.

D'autres *bénéfices* encore peuvent être retirés de *la séro-anatoxithérapie*. On a constaté, en effet, durant la précédente guerre ou dans les années qui suivirent, d'assez nombreux cas de rechutes et de récidives de tétanos, provoquées le plus souvent par la germination de spores tétaniques demeurées incluses dans les tissus au niveau d'éclats d'obus ou de débris de vêtements dont l'extraction totale n'avait pu être opérée. De plus, ainsi qu'il a été signalé jadis avec Chr. Zoeller [7], la toxi-infection tétanique ne laisse aucune immunité derrière elle et la réceptivité au tétanos demeure entière après la maladie traitée par la sérothérapie seule. En réalisant la *permanence de l'immunité*, la séro-anatoxithérapie fournit le moyen d'empêcher rechutes et récidives.

Résultats.

Depuis 1938, date à laquelle ont été jetées les bases de la nouvelle méthode thérapeutique, un certain nombre d'observations de cas de tétanos traités par la sérothérapie et l'anatoxithérapie associées et guéris ont déjà été publiées. C'est en premier lieu, celles de Condrea et Spiridon, de Bucarest [8], celle de Jean Minet et Bertrand, de Lille. Dans le cas signalé par ces derniers auteurs il s'agissait d'un tétanos grave. « Pour nous-mêmes, comme pour tous ceux qui ont suivi ce cas, écrivent Jean Minet et Bertrand, il est hors de doute que notre malade allait à une mort certaine si l'injection d'anatoxine tétanique, n'était venue tardivement mais encore à temps, ajouter son action à celle de la sérothérapie. Une telle observation a la valeur d'une expérience de laboratoire. Certes, elle ne permet pas de tirer des conclusions générales. Jointe à plusieurs observations du même genre, elle est cependant de bon augure ». D'autres observations ont été apportées dans la suite par divers auteurs. Ce sont celles de Dalous, Fabre et de Brux, de Toulouse, se rapportant à 3 cas de tétanos particulièrement sévères, celles encore de Vrasse ayant trait, il est vrai, à deux formes moins graves, celles de Bonnet et Froment, de Paris, concernant « 5 cas de tétanos généralisé de la plus haute gravité dans lesquels on pouvait craindre une issue fatale et qui ont été soumis à la séro-anatoxithérapie et guéris », etc...

D'ailleurs les résultats déjà acquis en clinique humaine ont été confirmés par ceux obtenus en médecine vétérinaire [9]. C'est ainsi qu'après les premières observations favorables de Caillot, Richou et Holstein, Richou et Neilz, etc., Quentin a publié 4 cas et Monvoisin de son côté 2 autres de tétanos aigu chez le cheval, soumis à la séro-anatoxithérapie et guéris. Tout récemment Richou et Masson [10] ont relaté 3 nouveaux cas de tétanos du cheval traités et guéris en utilisant la séro-anatoxithérapie. Or, on connaît la gravité du tétanos dans l'espèce équine. D'après les statistiques du service vétérinaire de l'Armée, le taux de mortalité oscille autour de 70 pour 100 des cas de tétanos [11] même traités par la sérothérapie selon le procédé en usage jusqu'à ces dernières années.

Des observations plus nombreuses encore viendront de part et d'autre, nous l'espérons, affirmer dans l'avenir, la valeur de la séro-anatoxithérapie tétanique. Quoi qu'il en soit, les données expérimentales, aussi bien que les renseignements d'ordre clinique et immunologique recueillis à l'heure actuelle, permettent de préciser la technique de la séro-anatoxithérapie comme il suit :

Technique de la séro-anatoxithérapie.

Dans le traitement du tétanos comme dans celui de la diphtérie *il importe d'agir avec la plus grande célérité*. Les minutes comptent.

Aussi dès le diagnostic posé et même dès le soupçon de tétanos on injecte, moitié dans les muscles, moitié sous la peau, *une dose unique et massive de sérum antitétanique:* 200.000 unités [12] soit 10 ampoules de sérum antitétanique à 2.000 unités [13] par centimètre cube renfermant ainsi chacune 20.000 unités antitoxiques.

Avec le sérum antitétanique de jadis qui ne titrait guère plus de 200 unités au centimètre cube et souvent moins, il eût fallu injecter 1 litre de sérum pour fournir au malade la quantité d'antitoxine correspondant à 200.000 unités; aujourd'hui il suffit de 100 cm^3 de sérum antitétanique à 2.000 unités par centimètre cube qui peut être administré en une seule intervention. Ainsi le sérum antitétanique de valeur antitoxique élevée permet d'inonder sans retard l'organisme, d'antitoxine qui

---

1. Loi du 24 Novembre 1940.
2. Voir G. Ramon : *La Presse Médicale*, 30 Décembre 1944, n° 23, 333.
3. A Chavany : *Gazette Médicale de France*, 1938, **45**, 283.
4. G. Ramon : *C. R. Acad. des Sciences*, 1937, **205**, 469.
5. *Bull. et Mém., de la Soc. Méd. des Hôpitaux*, 1938, n° 25 ; *Revue d'Immunologie*, 1939, **5**, 452.
6. G. Ramon : *The Journ. of The Am. Med. Assoc.*, Juin 1940, **114**, 2366.
7. G. Ramon et Chr. Zoeller : *Ann. Institut Pasteur*, 1927, **41**, 803.
8. Pour la bibliographie concernant les résultats de la séro-anatoxithérapie voir G. Ramon : *Bulletin Académie de Médecine*, séance du 11 Juillet 1944.
9. Pour tous détails consulter G. Ramon et collaborateurs : *Bulletin Acad. Vétérinaire*, Mai 1944, **17**, n° 5.
10. R. Richou et J. Masson : *Bull. Acad. Vétér.*, séance du 1er Février 1945. Voir également J. Balagny : *Thèse Vétér.*, Paris, 1944.
11. Monnier et Lebasque : *Bull. Acad. Vétér.*, 1938, **2**.
12. La dose unique de 200.000 unités nous paraît très largement suffisante pour permettre au malade de résister à l'intoxication jusqu'au moment où les injections d'anatoxine tétanique auront développé le degré d'immunité active qui assurera la permanence de l'immunité antitoxique. Elle a été précisée à la suite de l'étude effectuée et des essais poursuivis chez l'animal et chez l'homme lui-même en collaboration avec R. Kourilsky et Mme S. Kourilsky : *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp.*, 1938, n° 25 ; *Revue d'Immunologie*, 1939, 5, 452.
13. Voir à ce propos G. Ramon et collab. : *Bull. Acad. de Médecine*, séance du 11 Juillet 1944.

neutralise la toxine en circulation ou émise par le germe à la porte d'entrée de la toxi-infection. Il dispense des injections sériques quotidiennes et réduit au minimum les interventions, ce qui est loin d'être négligeable surtout chez les malades atteints de tétanos auxquels il faut éviter, dans toute la mesure du possible, les crises. Il n'est pas indifférent non plus d'introduire dans l'organisme humain seulement 100 cm^3 au lieu de centaines de centimètres cubes de sérum d'une espèce étrangère, lesquelles peuvent amener chez certains sujets de graves troubles au niveau du foie, des reins, etc...

En même temps que l'injection très précoce, unique et massive de sérum, on pratique à un autre endroit du corps et avec une seringue différente, une injection de 2 cm^3 *d'anatoxine tétanique* que l'on renouvelle à doses progressivement croissante: 2 cm^3, 4 cm^3 et 6 cm^3 à quatre ou cinq jours d'intervalle. Des « *injections de rappel* » d'anatoxine seront effectuées dans la suite pendant la convalescence ou plus tard à l'occasion d'une nouvelle blessure, sans qu'il y ait lieu de craindre les réactions plus ou moins violentes qui souvent font suite aux réinjections de sérum. Ces injections de rappel porteront en quelques jours l'immunité à un taux élevé.

D'autres moyens thérapeutiques peuvent être, cela va sans dire, adjoints à la séro-anatoxithérapie spécifique, celle-ci constituant le traitement de base.

Conclusions.

Ainsi pratiquée, selon les règles que nous venons de préciser, la séro-anatoxithérapie permet, en l'état actuel de nos connaissances, de réaliser, dans les meilleures conditions et avec le plus de chances d'efficacité, le traitement spécifique du tétanos déclaré.

Grâce à l'injection précoce, unique et massive de sérum antitétanique qui apporte d'emblée la quantité d'antitoxine nécessaire à la neutralisation de la toxine en circulation ou que le germe continue à élaborer au niveau du foyer tétanigène, la méthode dispense des réinjections sériques quotidiennes.

Grâce à l'anatoxine, qui complète heureusement l'action du sérum au cours de la maladie tétanique en évolution, la séro-anatoxithérapie assure la pérennité de l'immunité antitétanique et est ainsi capable de mettre à l'abri d'une nouvelle atteinte du tétanos, les sujets antérieurement guéris.

Les résultats déjà acquis témoignent des services que peut rendre la séro-anatoxithérapie, aussi bien en médecine humaine qu'en médecine vétérinaire, dans la lutte contre le tétanos.

L'AMÉNORRHÉE HYPOHORMONALE
SON TRAITEMENT PAR UNE SEULE DOSE FAIBLE DE FOLLICULINE-LUTÉINE

Par MM.
Claude BÉCLÈRE et H. SIMONNET
(Paris)

Dès 1941 nous avons montré qu'il faut séparer les deux grands types d'aménorrhée: les aménorrhées hypohormonales et les aménorrhées hyperhormonales. Ces deux types s'opposent entièrement au triple point de vue des dosages hormonaux, du diagnostic clinique organo-hormonal et de la thérapeutique hormonale.

Nous avons étudié ici *l'aménorrhée hyperhormonale des jeunes filles.* La folliculine y est complètement contre-indiquée ainsi que les hormones gonadotropes. C'est le traitement par l'hormone du corps jaune toute seule qui guérit remarquablement cette aménorrhée hyperhormonale [1].

Dans les *aménorrhées hypohormonales* il faut bien utiliser la folliculine. Mais ici aussi il convient de réformer les habitudes récentes. Il était devenu classique de donner un traitement: *uniquement folliculinique et toujours folliculinique à hautes doses.* On recommandait chaque mois 5 à 6 injections de 5 *mg.* de folliculine, soit 30 *mg.* par mois.

Dès 1941 nous avons montré que cette thérapeutique est non seulement erronée, mais nuisible. Nous avons prouvé qu'il faut utiliser seulement de 1 à 5 mg. de folliculine par mois, soit une dose de 30 fois à 6 fois moins forte. Mais par contre il faut toujours y ajouter 10 mg. de lutéine.

Enfin ce traitement folliculinique doit être donné seulement dans la phase folliculino-lutéinique.

A. — Syndrome hormonal de l'aménorrhée hypohormonale.

Les dosages hormonaux dans les urines [2] donnent des chiffres bas d'hormones gonadotropes, de folliculine et de prégnandiol.

I. Dosage des hormones gonadotropes. — Normalement le chiffre des H. G., mesuré au moment de l'ovulation, est inférieur ou égal à 10 unités-souris. Ici le chiffre des H. G. recherché au milieu du cycle menstruel ou au moment du crochet thermique qui indique le passage de la phase folliculinique à la phase lutéinique donne: H. G. inférieur à 10 unités-souris. En période d'aménorrhée prolongée, deux ou trois dosages réalisés en un mois donnent un chiffre inférieur à 10 unités-souris.

II. Dosage des corps œstrogènes. — Normalement le chiffre des corps œstrogènes mesuré une semaine avant la menstruation oscille entre 200 et 400 unités internationales de folliculine. Ici le chiffre de F. recherché sept jours avant les règles ou au milieu de la phase lutéinique de la courbe de température rectale matinale donne : F. inférieur à 150 unités internationales. En période d'aménorhée prolongée, deux ou trois dosages réalisés en un mois donnent constamment un chiffre inférieur à 150 unités internationales.

III. Dosage de prégnandiol. — Normalement le dosage du prégnandiol réalisé en phase lutéinique donne un chiffre moyen de 2 *mg.*

Ici les dosages faits au milieu de la phase lutéinique donnent: 0 ou traces. En cas d'aménorrhée sans phase lutéinique de la température, deux dosages en un mois donnent: 0 ou traces.

IV. Syndrome hypohormonal global. — Il existe chez ces jeunes filles ou ces jeunes femmes, des *chiffres bas* des excrétions urinaires d'hormones gonadotropes, de folliculine et de prégnandiol. *Ces données hormonales sont en plein accord avec les données cliniques du diagnostic organo-hormonal.*

Il s'agit d'aménorrhée par insuffisance hormonale globale: c'est l'insuffisance hypophysaire primitive qui a provoqué une insuffisance ovarienne secondaire. Cette insuffisance hypophyso-ovarienne entraîne à son tour l'insuffisance de développement des seins, du système pileux, de la vulve, de l'utérus et est à l'origine des troubles d'aménorrhée.

B. — Syndrome clinique de l'aménorrhée hypohormonale des jeunes filles.

Voici le tableau chez les jeunes filles vierges.

I. Développement général du corps. — Il est anormal. Il s'agit de grandes jeunes filles trop maigres ou de petites jeunes filles minces et graciles au visage trop jeune pour leur âge réel. Le poids est nettement insuffisant par rapport à la taille.

Sur 10 observations il y en a 9 avec insuffisance importante du poids (39 *kg.* à 59 *kg.*) par rapport à la taille (1 *m.* 58 à 1 *m.* 76). Les insuffisances de poids vont de 5 *kg.* à 16 *kg.* Enfin il n'y a pas un seul cas d'excès de poids.

Dans 90 pour 100 des cas il s'agit de jeunes filles minces, maigres, insuffisamment développées, dont le poids est insuffisant par rapport à la taille.

II. Puberté. — Dans environ les 2/3 des ca la puberté est tardive, de 14 ans 1/2 et 19 ans 1/2 une à 19 ans 1/2, trois après 16 ans, deux aprè 15 ans, deux à 14 ans 1/2. Dans 25 pour 100 de cas seulement la puberté est normale à 13 ans Enfin dans un seul cas elle est précoce à 12 ans

La puberté est tardive dans 64 pour 100 des cas

III. Seins. — L'âge d'apparition des seins es généralement tardif lui aussi. Le développemen des seins est, le plus souvent, insuffisant.

Dans 72 pour 100 des cas les seins sont extrê mement petits. Dans 16 pour 100 ils sont inférieur à la normale. Ils sont normaux dans 8 pour 100 de cas.

Ainsi dans 88 pour 100 des cas le développemen des seins est nettement ou extrêmement insuffisant

IV. Système pileux. — Le développement d système pileux est très insuffisant dans 40 pour 10 des cas. Dans 16 pour 100 il est inférieur à la nor male. Chez 32 pour 100 il est normal.

Dans 56 pour 100 des cas le système pileux es nettement ou extrêmement insuffisant.

V. Vulve. — Le développement des petite lèvres est presque complètement absent et tout fait infantile dans 5 cas. Il est normal chez 6 jeune filles et supérieur à la normale dans 1 cas.

Le développement de la vulve est plus ou moin infantile dans 40 pour 100 des cas.

VI. Utérus. — L'utérus est minuscule dans 2 cas très petit dans 9 cas et normal une seule fois.

C'est dans 92 pour 100 des cas que le dévelop pement utérin est nettement insuffisant.

Il suffit de se reporter au syndrome clinique e hormonal de l'aménorrhée hyperhormonale de jeunes filles pour constater que les deux type d'aménorrhée s'opposent point par point.

Le diagnostic clinique organo-hormonal nou révèle ici l'action tardive et insuffisante de la stimu lation hypophysaire et de la sécrétion folliculiniqu ovarienne sur le développement des seins, du sys tème pileux, de la vulve, de l'utérus et sur l développement général du corps.

C. — Traitement hormonal par une dose unique faible de folliculine-lutéine.

I. Indications thérapeutiques. — Pratiquemen ce traitement hormonal est indiqué dans les troi grandes catégories suivantes d'aménorrhée :

1° *Aménorrhées secondaires et primitives de jeunes filles vierges par insuffisance hormonale glo bale*: ce sont celles que nous venons d'étudier.

2° *Aménorrhées secondaires des jeunes femme par trouble congénital d'insuffisance hormonale.*

Ce sont des jeunes femmes qui, dès la puberté ont eu les mêmes troubles des règles. Il n'exist chez elles aucun signe d'infection génitale chro nique acquise. Les dosages hormonaux et le dia gnostic clinique organo-hormonal donnent le mêmes résultats. Il s'agit d'un trouble hormona congénital qui s'est manifesté dès la puberté et qu est dû à la même insuffisance globale du fonction nement hormonal hypophyso-ovarien.

3° *Certaines aménorrhées d'origine neuro-végé tative.* — Certaines aménorrhées d'origine neuro végétative se produisent chez des jeunes filles o des jeunes femmes qui primitivement, d'après l diagnostic organo-hormonal, semblaient être hor monales normales ou déjà insuffisantes [3].

A la suite d'un trouble neuro-végétatif, surtou à la suite d'un choc émotif ou d'un trouble affecti et sexuel persistant il se produit une insuffisanc hormonale globale due sans doute à une insuffi sance hypophysaire d'origine neuro-végétative.

II. Posologie. — Dans ce syndrome d'aménor rhée par insuffisance hormonale globale le traite ment hormonal doit avoir un double but.

1° *Fournir à la muqueuse utérine les doses d folliculine et de lutéine qui lui sont nécessaires.*

Pour qu'une muqueuse utérine soit dans son état prémenstruel normal il faut qu'elle ait réalisé son développement folliculino-lutéinique normal. Il est

1. Claude Béclère et H. Simonnet : L'aménorrhée hyperhormonale des jeunes filles. Son traitement par l'hormone du corps jaune. *La Presse Médicale*, 20 Novembre 1943, n° 43, 691.

2. H. Simonnet et Claude Béclère : Valeur biologique et signification des dosages d'hormones gonadotropes, de folliculine et de prégnandiol dans les urines. *La Presse Médicale*, 27 Février 1943, 91.

3. Claude Béclère et H. Simonnet : Aménorrhées de guerre et aménorrhées d'origine hormonale. *Paris Médical*, Octobre 1943, 33, n° 43, 280.

)rouvé expérimentalement qu'elle doit avoir reçu imultanément la dose convenable de folliculine et a dose convenable de lutéine.

Lorsqu'on calcule les excrétions urinaires de :orps œstrogènes au cours d'un cycle menstruel, ›n s'aperçoit qu'elles sont en moyenne de l'ordre le grandeur de 9.000 unités internationales, soit ›nviron du milligramme de folliculine.

Dès 1941 l'expérience nous a prouvé que c'est la lose mensuelle de 1 mg. de folliculine associée à 10 mg. de lutéine et donnée au bon moment suffit ı rétablir la menstruation dans les cas d'insuffisance ıormonale globale modérée [4].

Si l'insuffisance hormonale globale est très accentuée, lorsque l'utérus est particulièrement petit, il est indiqué de monter jusqu'à la dose mensuelle de 5 mg. de folliculine et 10 mg. de lutéine.

Ces doses sont suffisantes dans la presque totalité des cas. Avec les doses supérieures on n'obtient pas mieux, mais au contraire moins bien.

2° *Ne pas sidérer un fonctionnement hypophysaire déjà insuffisant.*

Cette aménorrhée par insuffisance hormonale globale s'accompagne d'une insuffisance hypophysaire. Aussi est-il capital de ne pas freiner ce fonctionnement hypophysaire déjà déficient.

C'est un fait d'expérience que de grosses doses de folliculine de 25 à 30 mg. par mois freinent le fonctionnement hypophysaire.

Ces doses mensuelles de 25 à 30 mg. de folliculine, si elles peuvent provoquer une fois de temps en temps une hémorragie utérine artificielle sont généralement incapables d'assurer chaque mois une menstruation régulière et d'apparence normale.

Dans les insuffisances hormonales globales on obtient de bien meilleurs résultats avec la dose mensuelle de 1 à 5 mg. de folliculine qu'avec la dose de 30 mg. précédemment préconisée.

III. Technique. — *A quel moment faut-il donner la folliculine et la lutéine?*

Au début on a dit: il faut donner la folliculine pendant la première moitié du cycle menstruel, pendant le développement du follicule.

Ensuite on a dit: il faut réaliser un traitement continu de folliculine pendant tout le cycle et l'interrompre pour provoquer la menstruation.

En réalité les dosages hormonaux montrent bien que dans la majorité des cas le maximum de la sécrétion folliculinique se produit environ une semaine avant la menstruation. D'ailleurs c'est également à ce moment, sept à cinq jours avant les règles que se produit le maximum de transformation folliculino-lutéinique au niveau de la muqueuse utérine. C'est à ce moment qu'elle prend son aspect de muqueuse prémenstruelle normale.

Aussi donnons-nous depuis 1941 la folliculine (1 à 5 mg.) le vingt et unième jour du cycle de vingt-huit jours; la lutéine (10 mg.) le vingt-troisième jour du cycle de vingt-huit jours.

Les résultats cliniques sont venus vérifier la justesse de ces indications physiologiques:

Lorsque les piqûres sont faites exactement au bon moment les règles surviennent le plus souvent sept jours après la piqûre de folliculine et cinq jours après la piqûre de lutéine.

Dans l'aménorrhée hypohormonale il faut réaliser un traitement au milieu de la phase lutéinique vérifiée par la température rectale matinale. La dose unique donnée est de 1 à 5 mg. de folliculine le vingt et unième jour du cycle toujours associée à 10 mg. de lutéine le vingt-troisième jour du cycle.

IV. Cycle hormonal artificiel complet. — Si le diagnostic clinique organo-hormonal révèle une grosse insuffisance hypophysaire primitive, il faut ajouter chaque mois un traitement hypophysaire d'origine glandulaire, sérique ou mixte (chorionale et sérique). Voici le schéma du traitement.

Hormones gonadotropes. — Une piqûre quotidienne du septième au douzième jour du cycle.

Hormone folliculaire. — 1 à 5 mg. le vingt-et-unième jour du cycle.

Hormone du corps jaune. — 10 mg. le vingt-troisième jour du cycle.

4. Claude Béclère : Indications et posologie de la folliculine dans le traitement des aménorrhées secondaires des jeunes filles et des jeunes femmes. *Paris Médical*, 20 Décembre 1942, 383.

V. Résultats. — *Ils sont remarquables dans la majorité des cas. Voici 30 observations de succès de traitement d'aménorrhées hypohormonales par la dose unique faible de folliculine-lutéine.*

1° Avant le traitement la durée de l'aménorrhée est de *cinq ans* (aménorrhée complète 1 cas, aménorrhée presque complète 1 cas), *trois ans* (2 cas), *deux ans* (7 cas), *dix-huit mois* (3 cas), *un an* (3 cas), *six mois* (8 cas), *trois mois* (3 cas).

Dans la totalité de ces cas les règles sont apparues immédiatement après la première série de piqûres ou la seconde. Les deux piqûres sont réalisées en pleine phase lutéinique vérifiée par la température rectale matinale.

Dans 13 cas, c'est la dose unique mensuelle de 1 mg. de folliculine associée à 10 mg. de lutéine qui a suffi à rétablir immédiatement la menstruation et à la conserver régulièrement les mois suivants.

Dans 17 observations la dose unique mensuelle de 5 mg. de folliculine associée à 10 mg. de lutéine a donné le même résultat.

2° A la suite du retour de la menstruation après ces aménorrhées prolongées, souvent de plusieurs années, le même traitement appliqué chaque mois a permis le rétablissement d'une menstruation régulière, chaque mois ou presque et d'apparence normale. Nous n'avons jamais vu se produire à nouveau de phase prolongée d'aménorrhée de plusieurs mois. *Toutes ces jeunes filles et ces jeunes femmes sont unanimes à dire qu'elles n'ont jamais été aussi bien réglées que depuis ce traitement.*

La durée de l'observation avec règles régulières chaque mois ou presque chaque mois est respectivement de: *deux ans* (2 cas), *dix-huit mois* (6 cas), *un an* (7 cas), *six mois* (1 cas), *trois mois* (4 cas).

Ainsi l'aménorrhée hypohormonale des jeunes filles et des jeunes femmes (d'origine congénitale) constitue une entité clinique bien particulière: ce sont des jeunes filles minces ou maigres dont le poids est insuffisant par rapport à la taille. Puberté, seins, système pileux, vulve et utérus tout est en général de développement tardif et presque toujours insuffisant. Les dosages hormonaux révèlent des chiffres bas d'hormones gonadotropes, de folliculine et de prégnandiol. Le traitement de choix est la dose unique faible de folliculine-lutéine, 1 à 5 mg. de folliculine, 10 mg. de lutéine qui, réalisée en pleine phase lutéinique, rétablit une menstruation sensiblement régulière et normale.

LES ASPECTS DE LA TUBERCULOSE CHEZ LES PRISONNIERS DE GUERRE DE DIFFÉRENTES NATIONALITÉS EN ALLEMAGNE

Facteurs étiologiques et problèmes ethniques

Par **M. BLONDEAU**

Les 1.534 observations qui font l'objet de ce travail ont été recueillies durant notre captivité aux Lazarets sanatoria de Winterberg (Octobre 1940 à Octobre 1941), de Kœnigswartha et Elsterhorst, en Saxe (Octobre 1941 à Juillet 1943) où étaient soignés des prisonniers français, belges, britanniques, yougoslaves et polonais.

Les conditions générales de ces centres de traitement se résument ainsi dans l'ensemble: conditions climatiques favorables, conditions alimentaires à peu près satisfaisantes à partir de 1941 (grâce à l'appoint des colis), conditions d'hygiène défectueuses (sauf à Elsterhorst), conditions de traitement bonnes puisque dès le début nous étions outillés pour pratiquer des pneumothorax, des sections de brides, des phrénicectomies, etc.

Le recrutement des malades était des plus variables: tantôt il s'agissait de cas dépistés récemment (à la suite de dépistages systématiques par exemple), tantôt il s'agissait de cas évolués reconnus trop tardivement.

Nous avons consigné en deux tableaux les résultats de nos observations.

La lecture de ces tableaux appelle trois séries de remarques concernant les aspects cliniques de la maladie, les résultats de la collapsothérapie, les facteurs ethniques dont on peut entrevoir le rôle.

1° *Les aspects cliniques de la maladie.* — La fréquence des formes graves (pneumonie caséeuse, tuberculose miliaire, tuberculose ulcéro-caséeuse à marche aiguë) est patente pendant la première année, véritable « période de sélection ».

Les facteurs responsables en sont multiples:

a) *Surmenage physique* provoqué par les marches forcées lors de la retraite et au cours des étapes d'acheminement vers l'Allemagne.

b) *Insuffisance ou caractère défectueux de l'alimentation,* causes non seulement d'états consomptifs, mais d'infections ou d'intoxications intestinales récidivantes, qui donnèrent une allure sévère à beaucoup d'autres affections banales.

c) *Effondrement moral,* variable d'ailleurs selon les individus.

d) *Passage brusque à la vie collective en espace restreint.*

On peut se demander ici la part qu'il convient de faire respectivement aux primo-infections sévères ou aux surinfections massives sur terrain débilité. Les conditions de nos observations nous empêchent d'apporter sur ce point une statistique précise, car nous manquions d'informations sur l'état antérieur de nos malades. Il est vraisemblable qu'un nombre important de ces sujets jeunes venant de milieux ruraux, à population dispersée (Australie, Nouvelle-Zélande), ou de pays à hygiène sociale développée ont dû contracter des primo-infections sévères. La fréquence des adénites constatée chez les Yougoslaves peut aussi plaider dans ce sens. Nous n'en dirions pas autant des pleurésies observées en si grand nombre chez les Français, car beaucoup d'entre elles étaient à l'évidence des accidents pleuraux survenant chez des sujets manifestement allergiques depuis longtemps.

Au cours des années suivantes la proportion des tuberculoses graves a nettement diminué. La sélection déjà faite au cours des premiers mois, l'amélioration du standing de vie, des liaisons médicales meilleures, un dépistage plus précoce, expliquent ce changement. Pour ne prendre que l'exemple des Français, bien que chez eux le pourcentage des formes aiguës fût encore élevé pendant la deuxième année, la mortalité diminua notablement après Février 1941.

Elle était au Sanatorium de Winterberg de:

	pour 100
Octobre 1940	21
Novembre 1940	10,2
Décembre 1940	17,3
Janvier 1941	11,6
Février 1941	19

La moyenne était donc de 16 pour 100 pendant ces cinq premiers mois.

Elle n'a pas excédé 2 pour 100 par la suite.

A la vérité, l'amélioration du pronostic ultérieur n'est certainement pas aussi grande qu'il le semblerait à lire cette statistique. En effet, à dater de Février 1941 les rapatriements se sont succédé à une cadence assez régulière. Les malades ne restaient pas en Allemagne plus de deux ou trois mois et beaucoup avaient le temps de rentrer mourir en France.

2° *Les résultats de la collapsothérapie.* — De la lecture du tableau II trois conclusions se dégagent:

a) Les Yougoslaves ont moins bien réagi à la collapsothérapie que les autres peuples. Si le pronostic du pneumothorax s'est amélioré au cours des deuxième et troisième années, il est resté grevé d'une mortalité notable.

b) Chez les Français, les résultats de la collapsothérapie, d'indications apparemment égales, ont été inférieurs dans les six premiers mois à ce qu'ils furent par la suite.

c) Bien qu'ils ne fussent pas épargnés par les formes aiguës de la tuberculose, les Britanniques même au début, ont fait preuve d'une meilleure résistance.

3° *Rôle des facteurs ethniques.* — Si l'on voulai résumer la physionomie clinique particulière chaque peuple on pourrait souligner chez les Fran

Tableau I. — *Principales formes cliniques de la tuberculose chez les différents peuples.*

	FRANÇAIS (937)			BELGES	BRITANNIQUES (269)			YOUGOSLAVES (232)			POLONAIS (76)			FRANÇAIS	BRITANNIQUES	YOUGOSLAVES	POLONAIS
	Première année Octobre 1940 à Octobre 1941	Deuxième année (1942)	Troisième année (1943)	Première année	Première année Octobre 1940 à Octobre 1941	Deuxième année (1942)	Troisième année (1943)	Première année à partir de Juin 1941 [1]	Deuxième année (1942)	Troisième année (1943)	Première année Octobre 1940 Octobre 1941 [2]	Deuxième année (1941)	Troisième année (1943 [3])	Moyenne générale sur 3 ans			
Nombre de cas observés, total ; 1.534 cas. . .	651	238	48	16	50	31	208	72	107	53	53	23					
Tuberculoses aiguës d'emblée. Tuberculoses ulcéro-caséeuses. Pneumonies caséeuses. Tuberculoses miliaires aiguës, etc... (pour 100) .	21	23,6	12,6	19	34	25,8	18,7	28	22,4	13,3	17	17,4	»	19	26	21	17
Tuberculoses fibro-caséeuses. Tuberculoses ulcéro-fibreuses (pour 100)	17	13,1	18,8	31	10	32,2	55,7	17	14	24,6	32	52	»	16	33	18,5	42
Tuberculoses fibreuses (pour 100)	31	15,7	39,5	19	26	16,2	15	47	27	28,4	24	21,8	»	29	19	34	23
Infiltrats limités (pour 100).	2	5,2	2	»	»	6,4	1,4	»	1,9	5,6	»	»	»	3	2,6	2,5	
Sérites :																	
Pleurésies (pour 100)	25	42,1	25	31	26	16,2	4,8	8	20,6	15	21	4,4	»				
Péritonites tuberculeuses (pour 100)	»	»	2	»	»	»	»	»	0,9	»	»	»	»	31,7	15,5	17	13
Péricardites et pleurésies (pour 100).	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3,7							
Tuberculoses extra-pulmonaires :																	
Tuberculoses ostéo-articulaires (pour 100) . . .	1	»	»	»	4	3,2	4,3	»	»	»	6	4,4					
Tuberculoses ganglionnaires (pour 100)	2	»	»	»	»	»	»	»	9,3	9,4	»	»	»	1,3	3,8	7	5,2
Tuberculoses génitales (pour 100)	1	»	»	»	»	»	»	»	1,9								

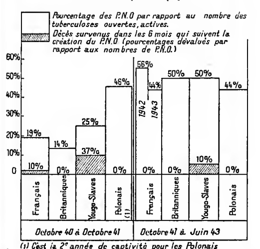
1. C'est la période initiale de la captivité pour les Yougoslaves. — 2. Il s'agit en réalité de la deuxième année de captivité pour les Polonais. — 3. En fin 1942, les Polonais avaient été groupés dans un autre Lazarett.

ais la fréquence des formes aiguës non seulement endant la première année, mais aussi pendant la econde et la fréquence des pleurésies exsudatives ; e comportement identique des Belges ; chez les nglais, le nombre élevé des tuberculoses ulcéro-aséeuses sévères au cours de la première année t l'action favorable de la collapsothérapie ; chez es Yougoslaves [1] la porportion des formes aiguës t des adénites, les résultats médiocres de la collapothérapie, la fréquence relative des formes fibreuses hez les sujets inaptes au service et qui avaient ependant été faits prisonniers par les Allemands. .es Polonais ont montré vis-à-vis de la tuberculose me résistance voisine de celle des Français au cours le la deuxième et troisième année.

Les facteurs ethniques nous ont semblé jouer n rôle certain dans la *prédisposition* à contracter a maladie et dans la *résistance* vis-à-vis d'elle.

1. Il est vrai que la Yougoslavie constitue un mélange thnique complexe (Slaves, Turcs, Croates mongoloïdes, ohémiens).

Tableau II. — *Possibilités et résultats immédiats du traitement collapsothérapique.*



(1) C'est la 2e année de captivité pour les Polonais

De ce double point de vue les circonstances nous ont en effet permis de comparer deux séries de groupes ethniques voisins : les Celtes britanniques et les Celtes bretons, les Slaves du Nord (Polonais) et les Slaves du Sud (Yougoslaves).

La fréquence de la tuberculose chez les Celtes britanniques ou bretons nous a paru indéniable. Mais la gravité fut nettement différente : moindre chez les premiers [2], beaucoup plus grande chez les seconds. De même, parmi les Slaves le pronostic fut bien meilleur chez les Polonais que chez les Yougoslaves.

Que conclure ? *Si la race peut intervenir sur la prédisposition morbide, elle ne suffit pas à expliquer la résistance du sujet.* Celle-ci est-elle acquise par les conditions de vie antérieure, au sens le plus large de l'expression, ou transmise héréditairement ? Le problème reste posé.

2. Sur 10 pneumothorax institués chez les Celtes Britanniques nous relevons un seul décès deux ans après.

SOCIÉTÉS DE PARIS

ACADÉMIE DE MÉDECINE

22 Mai 1945.

Vœu sur la réquisition des établissements destinés aux tuberculeux. — Sur la proposition de I. **Bezançon**, l'Académie émet le vœu suivant :

« L'Académie, émue des réquisitions faites récemment u en voie d'exécution et craignant que la lutte antituberuleuse plus urgente que jamais s'en trouve désorganisée, met le vœu que toute mesure soit suspendue jusqu'à ce u'un dispositif interministériel ait réglé les réquisitions aites ou à faire dans les locaux destinés à soigner les uberculeux et ait organisé les établissements de soins e façon à y recevoir simultanément les civils, les rapariés et les militaires. »

— Ce vœu est adopté.

Sur un procédé destiné à éviter la tourne du lait. — M. **Tanon**, rapporteur, au nom des Commissions du ait et de l'alimentation, propose à l'Académie de donner n avis favorable à l'emploi d'un procédé décrit par I. G. Bertrand et qui permet d'éviter la tourne du lait endant les grandes chaleurs ; il consiste à ajouter au ait 1/10.000 de microlysine ou chloropicrine ; le ait conserve ses propriétés nutritives et ses vitamines ; ucun effet nocif n'a été observé chez les animaux. Le ait ainsi traité ne sera donné qu'aux adultes et aux J ; l est recommandé de le faire bouillir pour éliminer toute race du produit. L'autorisation ne sera consentie u'exceptionnellement et temporairement.

— M. **Martel** insiste pour que cette addition, imposée ar les circonstances qui ne permettent pas d'avoir du lait propre, ne soit que temporaire ; des produits en apparence inoffensifs peuvent devenir dangereux à la longue.

— Les conclusions sont adoptées.

La vaccination par le BCG des étudiants en médecine en milieu contaminé. — MM. **Troisier** et **Nico** ont vacciné, de 1938 à 1942, 198 étudiants en médecine, sans mesures d'isolement avant ou après la vaccination ; l'allergie post-vaccinale a été obtenue chez 68,7 pour 100 de sujets vaccinés par voie sous-cutanée, 98,8 pour 100 des vaccinés par voie intradermique et 95,2 pour 100 de ceux qui ont reçu une à trois séries successives de scarifications. La morbidité tuberculeuse des vaccinés a été de 7,47 pour 100 (soit 1,87 pour 100 années d'observation) et en écartant les manifestations primo-secondaires, de 3,4 pour 100 d'atteintes tertiaires ; les chiffres correspondants chez 165 anergiques non vaccinés ont été 18,2 pour 100, 4,2 pour 100 années et 7,4 pour 100.

L'explication de la morbidité post-vaccinale réside en grande part dans l'absence d'isolement qui a fait vacciner des sujets en période anté-allergique ou les a laissés en contact infectant avant l'apparition de l'immunité ; elle réside aussi dans l'extinction assez rapide de cette immunité éphémère qui ne persiste guère plus d'un ou deux ans. Malgré les conditions peu favorables où elles ont été faites, les vaccinations ont réduit à moins de la moitié la morbidité tuberculeuse ; les résultats sont donc encourageants mais le facteur indispensable à l'efficacité lointaine du BCG est la revaccination renouvelée à la demande des cutis redevenues négatives, jusqu'à l'obtention de l'immunité naturelle plus durable.

— M **Rist** a obtenu des résultats favorables analogues chez les externes des hôpitaux de Paris ; il est paradoxal de constater que presque tous ceux qui refusent la prémunisation sont fils de médecins ; la propagande devrait être faite actuellement plus auprès des médecins qu'auprès des familles.

— M. **Courcoux** a eu les mêmes résultats sur les élèves infirmières ; il a été impossible de leur imposer la vaccination, mais le ministère de la Santé a pu exiger que les élèves ne soient admises dans les écoles d'infirmières qu'avec une cuti-réaction positive ; pourquoi ne pas imposer la même mesure aux étudiants en médecine, à qui on réclame bien un certificat de vaccination antivariolique ?

Hématémèses foudroyantes au cours d'ulcères de la face postéro-supérieure de l'estomac. — MM. **Brulé, Gilbrin, Viguié** et **Camus** montrent que ces ulcères sont moins rares qu'on ne le pensait ; classiquement, ils ne provoquent pas d'hémorragies ; les auteurs en rapportent cependant deux cas ; dans l'un, l'hématémèse, seul signe d'un ulcus latent qui ne fut même pas reconnu au cours d'une opération rapide, persista 9 jours ; dans l'autre, les hémorragies se répétèrent 3 fois en 4 mois et finirent par emporter le malade. Les traitements médicaux et les transfusions n'arrêtent pas ces hémorragies, ce qui tient sans doute à la disposition spéciale des artères ; la seule intervention possible en raison du siège de ces ulcères est la gastrectomie totale.

Utilisation des protides tissulaires pour la correction des désordres provoqués par l'insuffisance de la ration azotée. — M. **Maurice Renaud** rappelle que la réduction de la ration protéique est particulièrement responsable des grandes dénutritions et des désordres fonctionnels graves qu'on observe actuellement. Des expériences sur la croissance des jeunes animaux ont montré qu'on peut trouver ces protides dans les tissus et le sang circulant. L'auteur a pu donner aux malades de son service, surtout aux enfants et aux tuberculeux, cette suralimentation qualitative, en utilisant du sang et des déchets de boucherie et de laiterie, récupérant ainsi une masse de produits dont on ne tire pas directement parti pour l'alimentation des hommes.

Lucien Rouquès.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

23 Mai 1945.

Fistule duodénale grave. Réinjection dans le jéjunum du contenu duodénal. — MM. **Joly** et **Pertus**, après avoir fait une gastrectomie physiologique pour un gros ulcère duodénal inextirpable, observèrent l'apparition d'una fistule duodénale grave. La mise en œuvre du traitement habituel ne modifia pas l'évolution. Les auteurs pensèrent alors à aspirer le contenu duodénal et à le réinjecter dans le circuit digestif. Ils purent recueillir, à la seringue, le contenu de la sécrétion fistulaire et le réinjectèrent dans les voies digestives. Résultat excellent avec guérison rapide.

— M. **Roux-Berger**, rapporteur, cite un cas personnel de fistule duodénale dans lequel il put réaliser une aspiration suffisante en plaçant dans la plaie bourrée au préalable do mèches bien tassées, une grosse sonde de Marion. Le résultat fut des meilleurs.

Les auteurs pensent qu'il peut être intéressant de placer au cours de l'opération des sondes de Wangensteen, à la fois dans l'anse afférente et dans l'anse efférente chaque fois que l'on craint l'apparition d'une fistule duodénale post-opératoire.

— M. **Blondin** insiste sur le fait que les sondes placées à l'avance sont difficilement tolérées et que leur pose complique souvent inutilement une opération bien réglée et simple.

— M. **Roux-Berger** précise que dans la pensée des auteurs, cet artifice ne doit être employé que lorsque le chirurgien n'est pas sûr d'avoir réalisé une fermeture parfaite du duodénum.

Un cas de trichobézoar gastrique et intestinal. — M. **Naulleau** (Angers) apporte l'observation suivante : une fillette de 13 ans, après un repas copieux, fit une crise abdominale aiguë. Malgré un interrogatoire négatif, l'existence d'une énorme masse abdominale, mate à la percussion, fit penser à une tumeur pileuse de l'estomac. La radioscopie montra qu'il s'agissait d'une masse opaque surmontée des clartés colique et stomacale. L'intervention permit d'extraire un trichobézoar de 400 *g.*, long de 25 *cm.* et large de 7 *cm.* Dans les suites opératoires apparut une occlusion intestinale. Une nouvelle opération prouva l'existence d'une tumeur pileuse siégeant dans une anse grêle.

— M. **Sicard**, rapporteur, rappelle la rareté des tumeurs pileuses de l'intestin. L'occlusion y est exceptionnelle. Cet exemple de l'association d'un trichobézoar gastrique et intestinal est un des trois cas actuellement connus. Les accidents de migration de ces tumeurs sont des plus rares. On ne doit jamais compter sur l'évacuation par les selles. Bien plus souvent on a rencontré des accidents de péritonite par perforation intestinale.

Un procédé nouveau de la cure des hypospadias péniens. — Modifiant leur procédé précédent MM. **Leveuf** et **Godart** donnent une technique nouvelle de la cure des hypospades péniens. En voici les différents temps :

— Réfection d'un urètre aux dépens des téguments de la verge, fils passés en dedans, dans la lumière du canal.

— Couverture de ce néo-urètre par enfouissement de la verge dans le scrotum, accolement maintenu par des tubes de Galli.

— Relèvement ultérieur dans un dernier temps toujours facile.

Des photographies montrent l'excellence de la restauration anatomique obtenue par ce procédé, aucune désunion, aucune fistula n'étant à redouter. La reprise de l'état général est alors remarquable.

Lithiase pancréatique. — M. **Mallet-Guy**, apporte une observation de lithiase pancréatique avec dénutrition atteignant gravement l'état général, dans laquelle l'évolution se faisait par périodes marquées de crises douloureuses intenses. Chez cette malade, le diagnostic se fit par l'examen radiologique qui précisa l'existence de calculs indiscutables des deux côtés de l'image rachidienne.

A l'intervention, deux foyers de lithiase, l'un corporéal, l'autre caudal, avec de grosses lésions de pancréatite chronique. L'auteur fit une pancréatectomie gauche avec splénectomie, puis une incision du canal de Wirsung avec ablation des calculs et drainage. Il ajouta une cholécystostomie.

Traitement de la lithiase cholédocienne. — M. **Mallet-Guy** se défend de vouloir faire de l'anastomose cholédoco-duodénale un procédé applicable à tous les cas. Les ictères chez les sujets jeunes, sains, résistants, peuvent parfaitement être traités par le drainage externe. Mais le drainage interna des voies biliaires réalise une opération peu shockante, pas très longue, ne nécessitant qu'une anesthésie locale, et permettant une guérison rapide, sans déperdition biliaire et sans insuffisance hépatique. Ainsi sont évités les risques d'une fistule biliaire prolongée amenant une cachexie progressive. Lorsqu'il s'agit de malades âgés, à cholédoque dilaté avec des parois épaissies, le drainage des voies biliaires infectées se fait parfaitement par la cholédoco-duodénostomie. Certes, il peut apparaître un reflux duodénal dans les voies biliaires, mais des précautions facilas à prendre (sujet ne se couchant pas après les repas) évitent ce reflux. Plus tard la sténose cicatricielle, oblitère suffisamment la bouche.

L'examen histo-pathologique montra l'existence de lésions de sclérose pancréatique. Les suites furent simples, l'assèchement étant réalisé sans difficultés au niveau des différents drainages. Ce succès s'est maintenu depuis deux ans.

Œsophagectomie transpleurale gauche pour cancer de l'œsophage. Survie de 5 mois. Mort de broncho-pneumonie sans métastase ni récidive. — M. **Orsoni**. M. **Mouchet**, rapporteur. Chez son malade après gastrectomie, il fit l'ablation d'un néoplasme œsophagien. Ne pouvant rétablir la continuité digestive, il enfouit le bout inférieur et extériorisa le bout supérieur. Les suites furent simples, mais une broncho-pneumonie emporta le malade. L'examen montra qu'il n'y avait dans ce cas ni récidive, ni métastase.

Un cas de neurinome du diverticule de Meckel. — MM. **M. Cazals** et **P. Voirin**. M. **Oberling**, rapporteur. Il s'agissait d'une malade présentant à l'examen une masse du volume d'une orange, adhérente à la vessie, et entraînant de vives douleurs.

L'opération prouve qu'il s'agissait d'un kyste, fixé au bord libre de l'intestin, et communiquant par un orifice étroit avec la lumière de celui-ci. L'histologie affirma la nature du kyste : neurinome.

Le rapporteur fait un parallèle entre ce neurinome du diverticule de Meckel et les schwannomes gastriques.

Jean Calvet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

18 Mai 1945.

A propos d'un cas de revascularisation des reins. — MM. **Jean Cottet** et **J.-Cl. Rudler**, dans un cas de néphro-angiosclérose, ont pratiqué une néphro-omentopexie gauche après décapsulation. Ils constatèrent, dans les mois suivant l'opération, un léger abaissement de la tension artérielle, mais surtout une amélioration progressive du fonctionnement rénal portant sur l'azotémie, la constante d'Ambard, le rapport uréique hémato-urinaire de Jules Cottet et la P. S. P., sans modification cependant de l'albuminurie. Cette amélioration a porté principalement sur le rein opéré ainsi qu'en font foi des cathétérismes urétéraux pratiqués avant et après l'opération. Onze mois après cette première intervention, ils firent sur le rein droit une néphromyopexie sans décapsulation ; le temps manque encore pour juger son action.

Image pseudo-cavitaire de la région hilaire produite par un mégaœsophage. Valeur radiologique de l'élargissement global du médiastin. — MM. **Bariéty**, **M. Cord** et **R. Lesobre** relatent l'observation d'une femme de 47 ans hospitalisée à la suite d'un épisode d'allure grippale pour toux fréquente, asthénie marquée et sueurs nocturnes. Pas de troubles de la déglutition. La radiographie révèle une opacité de la région hilaire droite, surmontée d'une image claire ovalaire, circonscrite par une sorte de coque bien limitée. La tomographie montre même un niveau liquide. Il s'agit en réalité d'un mégadolichoœsophage dont les caractères radiologiques sont classiques.

Les auteurs, rappelant leur observation de 1943, soulignent la valeur sémiologique, sur le cliché frontal, de l'élargissement global du médiastin. Dans le cas actuel, l'image claire sus-hilaire droite était réalisée par la paroi droite de l'œsophage et le niveau liquide de stase au niveau de la crosse aortique.

— M. **Lenègre** insiste sur les erreurs de diagnostic commises dans le mégaœsophage qui réalise parfois l'aspect d'une aortite ou d'une ectasie. Dans ces cas il faut toujours examiner à l'aide d'une bouillie barytée dans l'œsophage.

Méningite à entérocoques rebelle aux sulfamides guérie par la pénicilline. — MM. **Giroire**, **Roquien** et **Charbonnel** (Nantes). Chez cet homme de 41 ans une méningite s'est montrée après une rachi-anesthésie pour une intervention sur l'estomac. Malgré une amélioration de l'état général sous l'influence des sulfamides, le liquide céphalo-rachidien reste purulent et on y trouve de l'entérocoque. Après un traitement de 6 jours par la pénicilline (80.000 unités intramusculaires et 20.000 intrarachidiennes par jour) la guérison survient.

Nouveau cas de maladie de Besnier-Bœck-Shaumann à type ganglio-pulmonaire apparemment pur. — MM. **E. Bernard** et **Cros-Decam**. Une femme de 24 ans accuse des symptômes fonctionnels et généraux qui marquent à l'accoutumée le début progressif et sans éclat d'une tuberculose pulmonaire commune. L'examen radiologique, en montrant une surcharge médiastinale copieuse et des hiles arborescents, semble signer une primo-infection qui se corsera bientôt d'un semis de taches miliaires. Mais la cuti-réaction tuberculinique est et demeure négative ainsi que l'intra-dermo-réaction. La biopsie d'un ganglion cervical signe la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann. Celle-ci évoluera en 30 mois, sans atteinte de l'état général et sans autre localisation, vers la régression puis la disparition des images pathologiques.

Les auteurs soulignent le début qui, méprise classique, a simulé une tuberculose pulmonaire, l'inhibition de l'allergie cutanée qui s'est ranimée au moment de la guérison, la richesse des signes radiologiques et leur régression totale, la notion enfin d'une maladie dont les localisations thoraciques apparaissent aujourd'hui comme les plus fréquentes au point qu'il faut compter de plus en plus avec elle dans les diagnostics de la pathologie pulmonaire.

Intolérance cutanée et digestive aux sulfamides chlorés. Effet de l'histaminothérapie. — MM. **F. Coste**, **J. Boyer** et **M. de Sablet** présentent une malade sensibilisée par une pommade sulfamidée et atteinte d'eczéma généralisé. Les tests épidermiques furent négatifs avec la sulfanilamide et positifs avec le mélange sulfanilamide-hypochlorite. Après guérison cutanée, l'ingestion d'un tiers de comprimé de sulfanilamide sans bicarbonate de soude provoqua des accidents digestifs et généraux graves et une reviviscence de l'eczéma. Rapprochant ce fait de 3 cas antérieurement étudiés par eux et où existait cette même intolérance cutanée et digestive avec la même dissociation des tests épidermiques, les auteurs attirent l'attention sur l'importance de ces combinaisons halogénées dans les phénomènes de sensibilisation et ils se demandent si les sulfamides chlorées ou chlorhydriques n'expliquent pas la grande majorité des intolérances digestives dans la sulfamidothérapie.

D'autre part, ils notent l'heureux effet des injections d'histamina à forte dose contre l'eczéma d'intolérance, contrastant chez cette malade avec l'échec d'un antihistaminique.

— M. **Flandin** souligne la fréquence de l'intolérance aux sulfamides ; de plus en plus on voit des malades réagir par des éruptions à la sulfamidothérapie, soit par voie locale (pommades, poudres, etc.), soit par voie digestive. Les lésions sont difficiles à modifier. Les méthodes désensibilisatrices habituelles n'ont guère d'action ; les antihistaminiques échouent dans la moitié des cas. Par contre, l'histamine agit de façon presque élective, mais donnée à doses assez fortes et croissantes.

Trois cas de métastases osseuses de néoplasme prostatique traités par le diéthylstilbœstrol. — M. **F. Coste** et **R. Tourneux** relatent 3 observations concluantes en faveur de l'action de cette hormone synthétique. Les douleurs ont été remarquablement et rapidement calmées et l'état général s'est beaucoup amélioré. Toutes réserves étant faites sur la durée et la valeur finale de ces succès, on doit reconnaître qu'un progrès thérapeutique important a été introduit par l'usage du diéthylstilbœstrol dans ce cancer si difficile jusqu'ici à modifier dans son évolution et dans ses symptômes.

Action de l'aminothiazol sur la thyroïde du rat. — MM. **Joliot-Curie**, **Bovet**, **R. Courrier**, **Horeau**, **Poumeau-Delille** et **Sue**. Grâce à l'iode radio-actif, les auteurs ont démontré que l'iode pénétrait également dans la glande des animaux traités et dans celle des témoins. La radio-activité de l'iode permet également d'apprécier les troubles du métabolisme provoqué par l'aminothiazol chez les animaux traités par cette dernière substance ; la thyroïde est incapable de faire la synthèse de la thyroxine et elle fait moins de 10 pour 100 de diiodotyrosine alors que les témoins assurent dans les mêmes conditions la synthèse de 10 pour 100 de thyroxine et de 70 pour 100 environ de diiodotyrosine.

P.-L. Marie.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE BIOLOGIE CLINIQUE

28 Avril 1945.

Une réaction colorée des sulfamides. — M. **Polonovski** présente au nom de MM. **Vanhaecke**, **Boulanger** et **Osteux** les résultats d'un travail sur une nouvelle réaction colorée des sulfamides.

Les auteurs ont constaté que certains papiers donnaient avec les solutions de sulfamides en milieu acide une coloration jaune orangé très sensible. La réaction serait due à un constituant du bois, et d'autant plus forte que le papier est de plus mauvaise qualité. Ils supposent que la substance la plus active serait l'aldéhyde coniférylique.

Une microméthode de dosage de la prothrombine. — M. **Soulier** présente une microméthode de dosage de la prothrombine combinaison de la méthode de Quick et de Miliam (coagulation sur lame). Il compare cette technique, utilisant une thromboplastine spéciale, avec celle de Smith, de Rato et Frechter. L'application clinique de cette méthode à la pathologie infantile a fait l'objet d'une thèse de l'auteur.

— M. **Lavergne** développe un certain nombre de remarques et fait observer que Soulier n'utilise pas des quantités définies de sang et de thromboplastine ; il n'utilise pas non plus une thromboplastine standard, ce qui l'oblige à prendre un témoin pour chaque examen.

L'inaptitude de l'esculoside (vitamine P) à modifier le taux de la prothrombine chez l'homme. — MM. **Lavollay** et **Soulier** exposent que certains travaux semblent établir une relation entre les activités des vitamines P et K. Ils ont recherché cliniquement en utilisant la microméthode de Soulier si l'esculoside et l'esculétol, possédant une activité nette sur la résistance vasculaire, possédaient également une action comparable à celle de la vitamine K. Il ressort de leurs travaux sur 14 cas, que les administrations d'esculoside se sont montrées incapables de remonter le taux de la prothrombine.

Comparaison des méthodes fournies par les réactions quantitatives de la syphilis. — MM. **Lavergne** et **Bergeron** ont effectué, sur 26 sérums positifs, les réactions de Kahn quantitative, de Vernes et de Calmette et Massol, cette dernière sur le sérum pur et dilué au 1/10, 1/30, 1/50, 1/100. Ils ont groupé leurs résultats en un tableau qui montre qu'il n'existe aucune relation même approchée entre les résultats fournis par ces différentes méthodes.

Présentation d'une sonde gastrique demi-molle. — M. **Goiffon** présente une sonde pour tubage gastrique qui est intermédiaire entre la sonde de Einhorn et le tube de Faucher, qui présente sur les deux instruments des avantages importants.

A. Durupt.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

3 Mai 1945.

Nævus zoniforme pigmentaire récidivant. — MM. **Gougerot** et **Blum** présentent un homme de 26 ans, atteint autrefois d'un grand nævus verruqueux zoniforme

du thorax droit, qui fut électro-coagulé en Mars 1934 ; 2 ans plus tard, sur la cicatrice blanche et en peau saine voisine, réapparaissent une centaine de points nævíques du même type que le nævus ancien. Ce fait vient confirmer la conception des nævi, *néoplasies bénignes*, opposée à la théorie ancienne dystrophique.

Dermatite lichénoïde purpurique et pigmentaire. — MM. **Gougerot** et **Blum** présentent un nouveau cas de cette dermatite observée chez une femme de 36 ans, atteinte sur les membres inférieurs depuis Février, de papules prurigineuses lichénoïdes, purpuriques et inconstamment pigmentaires, de 1 à 2 *mm.*, et ayant régressé en quelques semaines. Cette dermatose diffère de la maladie de Shamberg, qui n'a pas cet aspect lichénoïde, ni papuleux, qui est constamment pigmentaire et particulièrement tenace et chronique. Histologiquement on peut rattacher cette dermatite au groupe des capillarites.

Maladie de Brocq-Duhring invisible pendant 18 mois. — MM. **H.** et **L. Gougerot** et **Sclafer** présentent une femme de 57 ans atteinte depuis Janvier 1945 de dermatite polymorphe à grosses bulles ; qui fut précédée durant 18 mois par un prurit du dos et de la vulve résistant à tous les traitements locaux ; ce prurit cessa dès l'apparition des bulles.

Lichen plan invisible pendant 20 ans. — MM. **H.** et **L. Gougerot** et **Danel** ont observé une femme de 53 ans atteinte depuis 20 ans de prurit intermittent, mais pénible, du pli interfessier, résistant à tout traitement. Il y a un an, sont apparues sur la zone prurigineuse une pigmentation et des papules de *lichen spinulosus* et en divers points du corps du lichen plan typique.

Syphilis fébrile à type septicémique. — MM. **H.** et **L. Gougerot** et **Sclafer** ont observé chez un homme de 16 ans une éruption floride de syphilis papuleuse, accompagnée d'abattement et de fièvre à grandes oscillations de 37° à 40°, sans lésions viscérales ; 3 injections bismuthiques n'eurent aucune action sur la fièvre, qui tomba par contre à 37° dès la première injection de 0,18 de sulfarsénol.

Traitement du psoriasis. — M. **Charpy** met au point un traitement basé sur l'association de *cortine synthétique-vitamine B²*, qui lui a donné de bons résultats dans le psoriasis. Le malade est soumis au régime sans graisse, sans solution huileuse par voie intra-musculaire, une injection de 10 *mg.* tous les 4 jours. A partir du 18e jour, 2 à 10 *mg.* de lactoflavine par la bouche ou en injections intraveineuses. Accessoirement, on peut donner au malade en prises fractionnées par la bouche à partir du 15e jour, soit de la vitamine B², soit de la vitamine PP, soit des substances à action vagotonisante ou sympathicolytique : nitrate ou chlorhydrate de pilocarpine, génésérine, tartrate d'ergotamine, et surtout extraits totaux de pancréas. Le blanchiment s'opère plus ou moins rapidement à partir du 18e jour du traitement. Les récidives ne sont pas évitées.

Angiomatose hémorragique familiale. — MM. **Touraine, Ruel** et **Uhl** en rapportent une observation de 9 cas en 3 générations. Sur une fratrie de 14, 5 avortements, 6 morts précoces ; l'aîné est normal ainsi que 5 enfants, les deux sœurs restantes réunissent, très marqués, tous les signes de l'affection, notamment métrorragies et syndrome hépato-splénique ; seule l'aînée a eu les enfants, les 5 sont atteints, mais inégalement. La mère a angiomes, épistaxis et métrorragies. Pas de troubles hématologiques chez aucun. Un dernier cas chez un cousin.

A noter la fréquence des métrorragies, des troubles hépatiques et l'hérédité en dominance régulière dans cette famille.

Grande érythrokératodermie congénitale. — MM. **Touraine** et **Ruel** présentent une fillette de 11 ans atteinte, depuis la naissance, d'une forme monstrueuse par l'extension (tout le corps est pris sauf la tête, les paumes et les plantes) et l'importance des lésions (carapace cornée de 1 *cm.*, devenant papillomateuse de 5 *mm.* d'épaisseur sur les plis de flexion). Phanères et muqueuses sont indemnes. Développement corporel et psychique normal. Aucun autre cas dans la famille.

Pili torti. — MM. **Touraine** et **Duperrat** montrent, chez une femme de 47 ans, un exemple non familial de cette rare dysplasie. La torsion des cheveux sur leur axe se voit surtout dans la région occipitale et, accessoirement, sur le reste du cuir chevelu. Aucune autre anomalie.

Pieds tabétiques. — MM. **Degos, Garnier** et **Hewitt** présentent un homme, tabétique depuis 2 ans, qui malgré un traitement syphilitique fit une ostéo-arthropathie nécessive des 2 pieds. Le liquide céphalo-rachidien était normal ; dans le sang, seul le Meinicke était positif. Les pieds sont volumineux, rouges, chauds et la radiographie montre des délabrements importants. Une infiltration par la novocaïne du sympathique lombaire améliora nettement les troubles vaso-moteurs, mais non les autres symptômes.

Kystes sébacés multiples du scrotum. — MM. **Mansour** et **Gougerot** présentent un homme de 45 ans atteint depuis 1939 de nombreux kystes sébacés couvrant toute la surface des bourses.

Erythème polymorphe ou lupus érythémateux. — MM. **Simon** et **Rudloff** présentent une jeune fille de 17 ans atteinte d'engelures, persistant l'été et d'une éruption qui se répète depuis 3 ans au printemps, sur la face d'extension des membres et à la face en vespertilio. Aux poignets, les éléments rappellent par places l'érythème polymorphe ; à la face, le lupus érythémateux.

Facteurs héréditaires de localisation dans la syphilis tardive. — M. **Touraine** montre, au vu de nombreuses observations, que, à côté des lésions antérieures acquises de certains organes, une prédisposition *héréditaire* de terrain peut faciliter la localisation élective des lésions. Cette prédisposition peut être *raciale* (on en connaît beaucoup d'exemples), *constitutionnelle* (études récentes à propos de la paralysie générale, du tabès, etc.), ou *pathologique familiale*. Le rôle du terrain névropathique est bien connu dans la syphilis nerveuse, encore que l'attention doive être attirée sur certaines particularités ; dans d'autres cas un terrain de fragilisation organique héréditaire peut exercer son action dans les syphilis cardio-aortique, rénale, digestive, respiratoire, endocrinienne, hémopoïétique, ostéo-articulaire, conjonctive, cutanée, etc., familiales.

Etiologie de la mélanose de Riehl. — M. **Touraine** est porté à croire, au nom de nombreux arguments, que les divers types de mélanose devenus si fréquents (de Riehl, de Civatte, de Hoffmann et Habermann) sont dus à l'action de carbures d'hydrogène de remplacement utilisés dans l'industrie (huiles de graissage, etc.) ou les soins esthétiques (teintures de cheveux).

La lumière favorise cette action qui ne paraît se produire que chez les sujets de constitution pycnique chez lesquels existent des troubles de la sécrétion sébacée, notamment de type séborrhéique.

Fréquence des ictères au cours des traitements arsenicaux en Angleterre. — M. **Marshall** signale que, tandis qu'avant la guerre on observait environ 5 pour 100 d'ictères après les traitements arsenicaux, en 1942-1943, la proportion s'est élevée à 50 pour 100 ; les ictères épidémiques non arsenicaux ont également augmenté de fréquence. L'auteur estime que ces ictères sont dus à un *virus filtrant*, transmis par les seringues ; depuis que l'on stérilise les seringues par ébullition, le nombre des ictères a diminué.

Traitement du chancre mou par les sulfamides. — MM. **Margarot, Rimbaud, Ravoire** et **Latour** ont traité au cours d'une récente épidémie les chancres mous par les injections de lait, le vaccin antichancrelleux et le 693 par voie buccale ; c'est ce dernier composé qui, même à doses modérées (20 *g.* en une semaine), provoque la cicatrisation la plus rapide des lésions, même compliquées de bubon.

Ictère et névrite optique légère au cours de la sulfamidothérapie. — M. **Mansour** a observé chez un nord-africain traité par 8 *g.* de sulfathiazol pendant 3 jours pour blennorragie, un ictère avec selles décolorées et sels biliaires dans l'urine, vomissements ; le malade accusant des troubles visuels, on constate une ébauche de névrite optique, qu'on soigne par la thiamine (vitamine B). Au bout de 10 jours, ictère et troubles oculaires avaient disparu.

Kératose palmo-plantaire à type strié palmaire. — MM. **Touraine** et **Ruel** présentent, chez une femme de 53 ans, un exemple de ce type rare de kératodermie congénitale dont il n'existe qu'une trentaine de cas. Aux plantes, la kératose est disséminée : aux paumes elle se limite à deux bandes étroites et allongées l'une thénar, l'autre hypothénar, depuis le poignet jusqu'à l'extrémité du doigt correspondant. Pas d'hyperhidrose palmo-plantaire ; pas d'autres kératoses ; aucun cas analogue dans la famille.

Polyfibromatose. — M. **Touraine** retrouve chez un homme de 62 ans de nombreux éléments de cet état constitutionnel polyphénique caractérisé par la tendance aux infiltrations fibromateuses nodulaires dans le tissu conjonctif. Ici coexistent : infiltration et rétraction des aponévroses palmaires et plantaires des deux côtés, nodule fibreux plantaire, induration des corps caverneux, petite chéloïde, polyarthrite sèche. Le père avait une maladie de Dupuytren bilatérale.

Mélanodermite de Hoffmann et Habermann. — MM. **Touraine** et **Harlez** en décrivent un cas datant de 4 mois chez un ouvrier de 68 ans exposé aux émanations du gaz d'éclairage. Précédé par un vif prurit, la pigmentation affecte tout le visage, les membres supérieurs, la région génitale. Par places : lichénification, taches atrophiques, kératoses noires pilaires. A plusieurs reprises, le prurit et la pigmentation ont diminué après la cessation et recommencé après la reprise du travail.

Lupus érythémateux. — M. **Degos** a observé une femme qui avait été traitée par 30 injections de muthanol pour un lupus érythémateux : ce lupus guérit complètement, mais récidiva 3 ans plus tard immédiatement après l'ablation chirurgicale des nodules fessiers dus aux injections bismuthiques non résorbées.

Lésions cutanées causées par les essences. — M. **Lepinay** signale que les manipulations de certaines essences qui sont des hydrocarbures paraffiniques, éthyléniques et cycliques, l'imprégnation directe ou le séjour prolongé dans une atmosphère chargée d'essence, peuvent déterminer des lésions cutanées sur les parties découvertes : mains, avant-bras, face, lésions accentuées par le soleil. Il s'agit d'abord d'un simple érythème prurigineux, puis de lésions eczématiformes, érythémato-vésiculeuses, avec œdème et infiltration des tissus ; impétiginisation secondaire, parfois érythrodermie généralisée. Guérison rapide après cessation de l'emploi des essences.

Maladie de Lobstein et hérédo-syphilis. — M. **Doukan** a observé chez une femme de 37 ans, enceinte de 3 mois, un syndrome de Lobstein (sclérotiques bleues, surdité bilatérale, entorses fréquentes (pas de fractures), crâne à rebords, microdontie, ongles secs et cassants). L'enfant naquit avec 2 fractures de la jambe et du bras droits et des sclérotiques bleues. On retrouve chez les ascendants une hérédité spécifique indéniable.

Coma vigil après le novarsénobenzol, suivi d'un état confusionnel aigu. — M. **Karatchentzeff** rapporte l'observation d'une hérédo-syphilitique traitée pour iritis par des injections de cyanure, puis de 914 : 15 jours après la première injection de 914, état confusionnel aigu avec agitation, troubles de la parole, hyperesthésie, sans délire ni fièvre. On fait des injections d'adrénaline et de lobe hypophysaire postérieur ; 48 heures plus tard, retour brusque de la conscience et de la parole.

R. Burnier.

SOCIÉTÉ D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE MÉDICALE DE FRANCE

10 Avril 1945.

Images d'exostoses en porte-manteau du tiers inférieur du fémur. — MM. **Dariaux** et **Nardin** présentent deux clichés d'exostoses ostéogéniques de croissance du tiers inférieur du fémur, affectant la forme typique dite en « porte-manteau ». La première de ces images appartient à un jeune homme de 18 ans, la seconde à son père, alors que la grand'mère serait elle même atteinte d'une exostose de l'extrémité inférieure du fémur.

Les auteurs rappellent à ce sujet le caractère héréditaire de ces tumeurs osseuses, qui plus habituellement se transmettent par les femmes aux enfants du sexe masculin, mais ils font observer que l'intérêt de cette présentation réside essentiellement dans l'aspect curieux et rare de ces images, pourtant classiques.

L'aortographie abdominale dans les artérites oblitérantes. — MM. **Bonte** et **Vandecasteele** (Lille). Dans le syndrome de claudication intermittente, l'exploration clinique et l'artériographie fémorale ne permettent pas toujours le diagnostic du siège de l'oblitération. Par injection intra-aortique, au niveau de la 3e lombaire, de 20 *cm³* d'une substance iodée (sous anesthésie générale) les auteurs obtiennent des images tout à fait démonstratives de l'aorte terminale, des iliaques et de la portion initiale des fémorales. Ainsi sont mises en évidence les altérations de ces vaisseaux, leur oblitération et le réseau collatéral.

Plus de 30 examens ont été effectués sans aucun accident ou incident.

Qualité et économie critères du choix des techniques radiothérapiques. — MM. **Swingedauw** et **Choain** (Lille). La considération du critérium économique à côté du critérium qualité pénétrante en radiothérapie met en évidence que l'accouplement distance focale-filtration n'est pas arbitraire ; il existe une série d'accouplements privilégiés qui permettent d'obtenir la qualité optima du faisceau pour le meilleur rendement économique (débit r' à la peau). De même la considération du rendement économique montre l'intérêt à temps égal d'immobilisation de l'appareil, de multiplier les portes d'entrée à condition que le volume suspect soit irradié en totalité par chacun d'eux, condition essentielle et souvent négligée.

Quelques remarques sur la filtration en radiothérapie à propos de la mesure du coefficient d'absorption dans l'eau. — M. **Maurice** (C. G. R.). Dans une série d'expériences les services techniques de la C. G. R. ont mesuré le taux de transmission à travers 1 *cm.* d'eau d'un rayonnement X polychromatique émis par un tube de radiothérapie.

De ces expériences, au cours desquelles on a fait varier et la tension d'émission du rayonnement et l'épaisseur du filtre, on peut tirer certaines conclusions qui vérifient, par une méthode nouvelle, des résultats déjà obtenus par des méthodes classiques, notamment celle de l'étude du rayonnement par la courbe d'absorption totale dans un métal lourd, on arrive aux quatre conclusions importantes suivantes : 1° influence de la tension faible sur le taux de transmission en profondeur ; 2° l'influence de la filtration est plus sensible ; 3° en aucun cas le passage d'un faisceau à travers des matériaux légers comme l'huile, le verre, le carton, ne peut être assimilé à une filtration sur un métal lourd comme le cuivre ; 4° l'épaisseur du filtre doit être limitée à une épaisseur de filtre maximum utile que nous estimons à 1 *mm.*, 1 *mm.* 5 de cuivre pour un rayonnement émis sous 200 k. v.

Résultats de la radiothérapie anti-inflammatoire en fonction des doses. — M. **Daniel** signale des réactions violentes et des aggravations parfois mortelles dans la radiothérapie anti-inflammatoire, en particulier dans les inflammations pelviennes.

Il existe trois sortes de techniques : 1° une technique omnibus s'appliquant systématiquement à tous les cas ; 2° une technique de sécurité par palier préconisée par l'auteur se référant à la grande loi de la radio-sensibilité fonction directe de l'acuité inflammatoire ; 3° la technique de radiothérapie *a minima* de Le Mée et Bernard, technique proche de la précédente, évitant toute réaction nocive.

Considérations sur la technique rœntgenthérapique. — MM. **Surmont** et **Dauvilliers**, à la suite d'une série de considérations d'ordre physique et clinique, arrivent à proposer la standardisation d'un certain nombre d'éléments du matériel rœntgenthérapique : standardisation des chambres ionométriques ; standardisation des fantômes ; standardisation de la distance foyer porte filtre ; généralisation de l'emploi des anticathodes à puits. Ils proposent d'adopter la règle de traiter une lésion profonde par une distance anticathode-peau égale à sept fois sa profondeur, sauf si son étendue nécessite une distance plus grande. Ils proposent de codifier l'emploi des dosimètres, préconisent leur utilisation constante au cours de tout traitement et leur contrôle par l'inscription de la durée de chaque traitement. Ils mettent en garde les radiologistes vis-à-vis des erreurs physiques inhérentes au dosage en profondeur faite avec les dosimètres actuels.

A. Dariaux.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

12 Avril 1944.

Quadriplégie spasmodique progressive avec atro-**hie Aran-Duchenne ; sclérose latérale amyotro-**hique probable. — MM. **Chavany, Trotot** et **Lafour-****ade** présentent un homme de 24 ans chez qui s'est léveloppée en 15 mois une quadriplégie spasmodique, début par les membres inférieurs, avec hyper-réflec-ivité très marquée et contracture prédominant sur la aralysie, s'accompagnant d'atrophie Aran-Duchenne et le secousses fibrillaires au niveau de certains muscles les quatre membres, sans troubles sensitifs, cérébelleux ou bulbaires. Les auteurs pensent qu'il s'agit d'une sclé-rose latérale amyotrophique à début par une paraplégie spasmodique ; l'importance de l'hyper-réflectivité semble un signe à retenir au cours de la longue phase para-plégique pure.

Atrophie cérébelleuse chez une idiote micro-céphale. — MM. **I. Bertrand, L. Michaux** et **Gruner** ont observé dans ce cas des lésions dégénératives abio-trophiques des couches les plus profondes de cortex cérébral, une atrophie cérébellipète caractérisée par l'agénésie des grains avec intégrité des cellules de Purkinje ; les noyaux dentelés, ceux du pont et les olives bulbaires étaient indemnes, la myélinisation nor-male sauf une double dégénérescence pyramidale. L'asso-ciation des lésions corticales cérébrales et cérébelleuses, bien que rarement signalés, est assez fréquente.

Paralysie totale des mouvements de latéralité du regard au cours d'une méningite séreuse basi-laire ; guérison après intervention. — MM. **Thié-baut, Klein** et **Pluvinage** rapportent l'observation d'une femme atteinte de rétrécissement mitral chez qui se constitua en un mois un syndrome caractérisé par une paralysie complète de la latéralité, une paralysie faciale périphérique droite, de l'hypo-acousie, une anesthésie linguale, un Babinski bilatéral et des signes d'hyper-tension intracranienne. Après ventriculographie, un grand volet permit d'évacuer une méningite séreuse de la citerne basilaire. Dès le lendemain, la paralysie de la latéralité avait disparu et les autres signes régressèrent rapidement, ce qui donne à penser qu'ils étaient en rapport avec la méningite séreuse.

Myotonie atrophique chez le frère et la sœur. — M. **Trotot** présente 2 cas de myotonie atrophique fami-liale ; des biopsies musculaires ont montré que l'acétyl-choline était considérablement augmentée dans les mus-cles myotoniques alors que le taux de la cholinestérase était pratiquement nul ; ces constatations viennent à l'appui de la conception qui fait jouer à l'excès d'acétyl-choline musculaire le rôle essentiel dans la réaction myotonique.

Paralysie dissociée de la III° paire révélant un méningiome latent de la petite aile du sphénoïde. — MM. **R. Garcin, Kipfer, Rosier** et **Man** présentent un jeune homme venu consulter pour une paralysie du III, sans atteinte de la pupille, évoluant depuis 6 mois ; la radiographie systématique montra un gros ostéome révélateur d'un méningiome en plaque de la petite aile qui fut vérifié opératoirement. Cette sympto-matologie larvée aurait pu en imposer pour une polio-encéphalite infectieuse si on avait négligé l'examen radiologique systématique.

Troubles vestibulaires et tumeurs du 4e ventri-cule. — M. **J. A. Barré** attire à nouveau l'attention sur la valeur des troubles vestibulaires dans le dia-gnostic de ces tumeurs, leur fréquence, leur précocité et la simplicité relative de leur recherche ; chez un malade, le vertige fut longtemps la seule manifestation pathologique et son origine méconnue, l'incertitude de la marche, puis la céphalée occipitale apparurent tardi-vement. L'examen montrait une dysharmonie vestibu-laire typique (battements du nystagmus spontané et déviation du bras et du tronc du même sens) et l'aré-flexie calorique était complète. L'intervention faite quel-ques jours plus tard permit de trouver une tumeur remplissant tout le 4e ventricule.

Neuro-myélite optique suraiguë guérie par la sul-famidothérapie intensive. — M. **Kipfer** rapporte l'observation d'un homme de 48 ans atteint de neuro-myélite optique suraiguë avec fièvre, cécité complète en 2 jours par névrite optique et myélite transverse ascen-dante atteignant les membres supérieurs en 10 jours ; un traitement sulfamidé intensif fit régresser les trou-bles rapidement ; en 3 jours, le malade recommença à distinguer le jour ; la guérison persiste depuis un an, avec des séquelles très minimes.

Sur un cas de moignon douloureux traité par myélotomie. — MM. **Guillaume, I. Bertrand** et **Mazars** rapportent un cas de fantôme douloureux occu-pant les territoires L 4 et L 5 traité avec succès par une myélotomie commissurale. Les modifications électro-encéphalographiques que l'on observait du même côté au repos, après excitation labyrinthique et après pose d'un garrot à la racine du moignon, disparurent totale-ment après la myélotomie. Les stimuli nés au niveau de la section nerveuse jouent un rôle important dans la perception de fantôme douloureux.

Membres fantômes par compression trauma-tique de la queue de cheval ; disparition après libération des racines. — MM. **Hécaen, M. David** et **Talairach** rapportent un cas de membres fantômes au cours d'une paraplégie flasque avec anesthésie totale jusqu'en L 4, qui vient s'ajouter aux cas encore rares signalés dans les lésions des plexus et des racines ; les jambes fantômes disparurent pour s'intégrer aux mem-bres réels lors de l'incision d'une gaine arachnoïdienne enserrant les racines ; l'intervention fut suivie presque immédiatement d'une récupération motrice et sensitive considérable.

Tuberculose fibreuse de la queue de cheval. — MM. **Alajouanine** et **Thurel** rapportent l'observation d'une femme qui a présenté, après plusieurs années de douleurs dans la sciatique, une paralysie et une anes-thésie progressives du membre inférieur gauche. L'in-tervention a montré que les racines gauches de la queue de cheval étaient englobées dans un bloc de tissu fi-breux d'origine tuberculeuse.

L'exploration radiolipiodolée du canal rachidien par la méthode du remplissage segmentaire. — MM. **Alajouanine** et **Thurel**, dans les cas de blocage incom-plet du canal, préconisent la méthode du remplissage seg-mentaire qui nécessite au moins 10 cm^3 de lipiodol : pour l'étude du cul-de-sac lombo-sacré, le malade est radiographié dans le décubitus dorsal, le tronc un peu relevé ; pour celle des segments sus-jacents, le malade est placé en décubitus ventral, le siège plus ou moins soulevé. Dans ces conditions, toute lésion intrarachi-dienne tenant de la place produit une encoche.

Ligature de la carotide primitive ; évolution cli-nique électro-encéphalographique. — MM. **Puech, Fischgold** et **Bernard** rappellent que cette ligature uni-latérale reste habituellement bien supportée ; dans le cas contraire, comme chez le malade dont l'histoire est rapportée, il faut faire intervenir la spoliation sanguine précédant la ligature qui diminue la masse de sang cir-culant et atténue les phénomènes de compensation, autre-ment efficaces chez les sujets jeunes ; l'électro-encépha-logramme était normal chez le malade ; il semble que le ramollissement cérébral ancien n'altère que peu les tracés ; même si le cortex est atteint, des neurones restent vivants, peut-être grâce à la circulation pie-mérienne qui assure une certaine nutrition aux couches les plus superficielles.

Hémiplégie gauche avec hémianopsie droite après une plaie thoraco-abdominale. — MM. **Puech, Guilly** et **Bernard** discutent dans le mécanisme de ces troubles les rôles de la commotion, de l'anesthésie générale, de troubles réflexes, de la spoliation sanguine et de l'embolie gazeuse.

Lucien Rouquès.

SOCIÉTÉS DE PROVINCE

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON

9 Novembre 1944.

Enervation articulaire pour arthrite sèche du genou. — MM. **Guilleminet** et **Monod.** Il s'agissait d'une séquelle d'arthrite suppurée ancienne chez une fillette de 15 ans 1/2. Raideur du genou avec grosse limitation de la flexion. Douleurs à la marche de plus en plus vives. Quinze jours après la section des bran-ches articulaires du S. P. I., la marche était possible sans aucune douleur. Six mois plus tard, persistance d'un excellent résultat, avec améliorations de la flexion de plus de 50°.

Anévrysme artério-veineux de l'artère sous-cla-vière gauche. Résection. Guérison. — MM. **Santy** et **Bérard.** Plaie par balle chez un soldat de 19 ans. Cicatrisation rapide mais, 15 jours plus tard, troubles cardiaques très marqués et thrill intense. Intervention : Cléidotomie et désarticulation sterno-claviculaire gauche. Résection partielle de la 1re côte. Le jour obtenu est excellent, mais la fermeture de la fistule par voie trans-veineuse fut impossible. Les auteurs vantent les avan-tages du drainage avec aspiration pendant les 48 pre-mières heures.

Infarctus iléo-mésentérique à 82 ans. Guérison. — MM. **Desjacques** et **Jacquemet.** Il s'agissait d'une cardiaque connue et le diagnostic fut posé avant l'inter-vention. Les auteurs devant l'absence de lésions intes-tinales irrémédiables se contentèrent d'infiltrer large-ment le méso à la novocaïne, pratiquant dans les suites pendant 6 jours, et chaque jour, 3 mg. d'adrénaline sous-cutanée, 2 injections intraveineuses d'Emgé Lumière et 10 cg. d'acécoline.

Deux observations de cholédoco-duodénostomie. — MM. **Desjacques** et **Jacquemet.** Deux fois il s'agis-sait de lithiase du cholédoque. La voie principale était largement dilatée. De même qu'en 3 observations précé-dentes les suites furent remarquablement simples.

Anurie par sulfamides. — M. **Labry.** Début après ingestion en 36 heures de 15 g de thiazomides. Echecs des infiltrations splanchniques, de la novocaïne intra-veineuse et du traitement médical habituel. Décapsula-tion rénale droite le 4e jour. Guérison.

Anurie par sulfamides. — MM. **Cibert, Perrin** et **Cavalhier,** analysant 4 observations, montrent que l'anurie peut être la conséquence d'un blocage mécanique de l'uretère par un précipité cristallin. Il s'agit d'une véritable anurie calculeuse, dont le traitement de choix sera le cathétérisme urétéral.

Epithélioma primitif de la trompe. — MM. **Des-jacques** et **Jacquemet** après M. **Pollosson,** insistent sur la valeur séméiologique des pertes hydrorhéiques.

16 Novembre.

Anurie par sulfamides. — A propos de 5 observa-tions, M. **Perrin** montre que 3 fois le traitement médical fut suffisant tandis que 2 fois la guérison ne fut obtenue, après échec du cathétérisme urétéral, que par décapsu-lation rénale.

Un cas de clavicule à ressort. — M. **Chalier.** Gué-rison par arthrotomie avec excision du fibro-cartilage et arthrodèse avec suture osseuse et capsulorraphie.

Chéiloplastie dans l'arthrite de la hanche. — Pour M. **Tavernier,** le traitement de choix reste les neuro-tomies, mais la chéiloplastie garde sa place dans les échecs de ces neurotomies, dans les ankyloses bilatérales et dans les attitudes vicieuses par déformation des sur-faces articulaires. Il préfère la chéiloplastie aux arthro-plasties et aux résections modelantes. Dans 5 cas les résultats furent excellents.

Corps étrangers de l'estomac, ulcération conco-mitante. Gastrectomie. — M. **Delannoy** (Lille). La gas-trectomie large doit être préférée à la gastrectomie toutes les fois qu'il existe un nombre important de corps étran-gers et quand il existe des signes d'ulcération gastrique traumatique.

Création d'un vagin par la méthode de Schubert. — M. **Cotte** en discute les modalités techniques : la voie abdomino-sacrée serait sans doute la plus satisfai-sante pour réaliser une intervention qui est supérieure dans ses résultats à celle de Baldwin ou aux greffes cutanées.

23 Novembre.

Pneumatocèle intracranienne traumatique. — A propos d'une observation de chirurgie de guerre, M. **Wertheimer** discute la pathogénie et le pronostic de cette affection. Il pense que l'abstention opératoire est de rigueur quand la pneumatocèle apparaît comme une simple découverte radiologique faite tardivement. A l'in-verse elle est indiquée s'il existe une symptomatologie hypertensive ou compressive, s'il existe des céphalées, de la rhinorrhée, des épisodes fébriles. Techniquement, il faut rechercher systématiquement la brèche durale et l'obturer.

Pneumatocèle ventriculaire traumatique. — MM. **Wertheimer** et **Mansuy.** Il s'agissait d'une fracture de la base du crâne, avec lésions du sinus frontal gau-che et de la lame criblée de l'ethmoïde. Guérison appa-rente puis apparition de troubles psychiques importants. Le diagnostic fut fait par la radiographie. Il s'agissait en fait d'une pneumatocèle encéphalo-ventriculaire. Guéri-son rapide après suture de la brèche dure-mérienne.

Arthrite sèche juvénile de la hanche débutant par un îlot central bien limité d'ostéite fibreuse. — Les deux observations illustrées de radiographies que M. **Tavernier** présente montrent une fois de plus que l'arthrite sèche n'est pas une maladie autonome, mais une réaction de l'articulation à des lésions initiales très variées.

Thrombo-phlébite du sinus caverneux. Sulfamido-thérapie, anatoxine staphylococcique, injections intracarotidiennes de mercurochrome. Guérison. — MM. **Mallet-Guy, P. Marion, J. Roy.** Le mercurochrome fut injecté (en désespoir de cause) amenant une sédation rapide des symptômes généraux tandis que se déclen-chait une importante suppuration locale avec panoph-talmie gauche. Guérison après énucléation de l'œil gauche.

Thrombo-phlébite du sinus caverneux. — M. **P. Bonnet** insiste sur les difficultés du diagnostic clinique, sur la valeur de la bilatéralité des signes oculaires. A propos de 4 observations récentes suivies de guérison dont une est rapportée *in extenso*, il plaide la cause de la sulfamidothérapie.

Plaie du cœur associée à une plaie du dia-phragme, de l'estomac et du côlon transverse. Su-ture, extériorisation colique, guérison. — MM. **Dar-gent** et **J. Perrin.**

30 Novembre.

Deux cas de pseudarthrose. — M. **Guilleminet.** Une fois il s'agissait de blessure de guerre avec perte de substance. Echec d'une greffe par glissement. Guérison après greffe centrale combinée à une ostéosynthèse métal-lique.

Dans l'autre cas, la pseudarthrose avait succédé à une ostéotomie sous-trochantérienne pour attitude vicieuse dans une coxalgie stabilisée. Guérison après inter-péné-tration des fragments et mise en place d'un greffon tibial de flanquement.

Pseudo-tumeur après injection intra-artérielle de thorothrast. — MM. **R. Labry** et **Mansuy.** Clini-quement, on pouvait penser à un conjonctivome de la gaine des vaisseaux fémoraux. Le diagnostic fut redressé par l'image radiologique « en flaque » et les antécédents spéciaux.

Exérèse du cancer du rectum par voie abdomino-transanale et purement coccygienne avec conser-vation du sphincter. — Cette technique joint pour M. **Clavel** le minimum de gravité aux meilleures chan-ces de survie éloignée avec persistance de la continence sphinctérienne. Poussant très loin le temps abdominal de l'intervention, la résection coccygienne suffit alors à l'auteur pour mener à bien une intubation trans-anale du sigmoïde abaissé, la conservation des releveurs aidant à la perfection du résultat fonctionnel.

Ulcère peptique après gastrectomie. — MM. **Des-jacques** et **Moutel.** Il s'agissait d'un Billroth II et d'un Péan-Kocher-Santy.

Valeur du procédé de Baldy-Dartigues dans le traitement de la rétroversion utérine. — M. **C. Ro-man** (de Saint-Julien-en-Genevois) analyse 3 échecs de cette technique. Il en discute le mécanisme et montre que le procédé de Pestalozza est le moyen de choix pour redonner une direction normale à l'utérus quand les ligaments ronds sont atrésiés.

R. Guillet.

NOTES
DE MÉDECINE PRATIQUE
PUBLIÉES PAR LES SOINS DE L. ROUQUÈS

Valeur comparée de certains laxatifs

Les modifications de l'alimentation, en particulier la richesse du pain en son et l'absorption d'une plus grande quantité de légumes, ont nettement diminué au cours de ces dernières années la constipation de certains constipés chroniques fonctionnels; il est vraisemblable que le retour à l'alimentation antérieure aura pour conséquence l'exagération du trouble fonctionnel; aussi la question des laxatifs reste-t-elle d'actualité; la disparition presque complète des mucilages qui occupaient une place primordiale dans la médication laxative d'avant-guerre a incité MM. Delore, Chapuy et Thévenet [1] à étudier cliniquement l'action des quelques laxatifs que la Pharmacie centrale des Hospices de Lyon avait encore en stock ou avait réussi à se procurer.

Tous ces laxatifs, sauf le podophyllin et la magnésie, doivent leur action à des composés anthracéniques parmi lesquels l'émodine ou des glucosides plus complexes qui ont une action surtout motrice sur le gros intestin; les extraits sont en général moins actifs que la drogue entière; tous agissent en dix à douze heures; ils peuvent donc être pris au dîner ou au coucher.

La *bourdaine*, avant la guerre, était en totalité importée de pays où la main-d'œuvre est moins chère qu'en France; mais elle est commune en France et la bourdaine indigène donne un produit de qualité au moins égale aux produits étrangers. La meilleure préparation est classiquement l'extrait alcoolique; les auteurs n'ont obtenu de résultats qu'avec des doses de 100 à 120 gouttes (88 gouttes correspondent à 1 *g.*); l'effet se maintient tant que le médicament est donné à cette dose, mais cesse généralement dès que la médication est suspendue. La poudre de bourdaine (2 à 4 cachets par jour de 0 *g.* 50) donne des résultats meilleurs et plus durables, contrairement aux affirmations des formulaires; sous cette forme, la bourdaine est un laxatif excellent, doux et fidèle.

La *casse* est également un laxatif doux et sûr, rapide dans son effet et assez prolongé dans son action; sa saveur est sucrée, un peu fade, mais assez agréable et les malades l'ont facilement absorbée; la dose optima varie entre 15 et 25 *g.* L'oubli dans lequel la casse était tombé (depuis 1905, elle n'avait jamais été prescrite dans les hôpitaux de Lyon) est injustifié; il est malheureusement difficile de s'en procurer actuellement.

Le *podophyllin*, est considéré comme un bon laxatif ne produisant pas de constipation secondaire, mais susceptible de provoquer des coliques; aussi recommande-t-on souvent de lui adjoindre de la belladone ou de la jusquiame; la dose classique est de 1 à 3 *cg.*; à celle de 5 à 10 *cg.*, il provoquerait des évacuations abondantes mêlées de bile; à doses élevées, on observerait des nausées, des vomissements et des coliques violentes. Les auteurs ont employé le podophyllin sous la forme de pilules de 3 *cg.*, dont une suffit généralement; chez quelques sujets, deux pilules ont été nécessaires; malgré l'absence de belladone dont l'adjonction paraît inutile, les malades ne se sont pas plaints de coliques; c'est un laxatif d'une remarquable constance, celui que les malades des hospices de Lyon préfèrent.

L'*aloès*, à la dose de 0 *g.* 20, provoque très régulièrement, dès le premier jour, 2 à 3 selles sans aucune colique; chez beaucoup de sujets, la dose de 0 *g.* 10 par jour, suffit à assurer une exonération quotidienne non douloureuse. L'action de l'aloès semble plus prolongée que celle de n'importe quel autre des laxatifs étudiés et peut persister pendant une semaine et plus; plusieurs des malades étaient des vieillards prostatiques dont les troubles urinaires n'ont jamais été aggravés par l'aloès.

La *magnésie calcinée* doit s'administrer en poudre délayée dans l'eau et non en cachets ou comprimés qui peuvent durcir et former de véritables calculs; à la dose de 2 *g.* ses résultats sont inconstants; à celle de 4 *g.* elle provoque régulièrement le lendemain une ou deux selles pâteuses, sans colique et sans constipation secondaire; cependant les auteurs la considèrent comme moins active que les laxatifs précédents.

L'action du *cascara* a paru aux auteurs peu fidèle, peu durable; elle ne s'est manifestée qu'avec des doses considérables (150 à 200 gouttes en moyenne d'extrait fluide), très supérieures aux doses classiques; l'amertume prononcée du produit le fait accepter moins facilement que les autres. Les auteurs ne se prononcent pas sur l'action de la poudre qu'ils n'ont pas pu expérimenter.

La *rhubarbe indigène*, d'après l'expérience des auteurs, est le plus mauvais de tous les laxatifs essayés; son action n'est ni régulière, ni soutenue; mais l'efficacité de la rhubarbe indigène est depuis longtemps considérée comme très inférieure à celle de la rhubarbe exotique; sa teneur en glucosides anthraquinoniques est beaucoup plus faible et elle ne contient ni rhéine, ni émodine; en temps normal, on n'employait d'ailleurs en médecine humaine que les rhubarbes exotiques et les essais des auteurs confirment que le dédain dans lequel on tenait la rhubarbe indigène est justifié.

LUCIEN ROUQUÈS.

1. P. DELORE, A. CHAPUY et THÉVENET : Etude critique de l'action de certains laxatifs. *Le Journal de Médecine de Lyon*, 1944, **25**, 661-667.

Du danger de l'installation malencontreuse des collyres

Il m'est arrivé de province l'écho d'une malheureuse et très regrettable brûlure des deux cornées liée à l'instillation d'un collyre au nitrate d'argent au taux de 2 pour 100 chez un enfant d'une quinzaine de jours.

A cette occasion il m'a paru nécessaire de souligner à nouveau le danger des prescriptions de collyres par des médecins non spécialisés et insuffisamment instruits des choses de l'ophtalmologie. Trois sortes d'erreur sont possibles: la prescription est faite à tort, la prescription n'est pas adaptée, la prescription serait correcte si le taux de la solution n'en était trop fort.

Actuellement l'on rencontre de moins en moins de cas où la prescription d'un collyre est faite à tort. En règle, un mydriatique était instillé alors qu'un myotique eût été nécessaire, sulfate d'atropine au lieu d'ésérine ou de pilocarpine dans un cas de glaucome aigu ou subaigu. Le médecin non spécialisé a été si souvent mis en garde contre cette erreur qu'il en a retenu l'action catastrophique de l'atropine sur la vision d'un glaucomateux. L'ésérine et la pilocarpine qui en sont les antagonistes pharmacologiques n'en peuvent inverser les effets: l'iridectomie s'impose alors d'urgence comme seul traitement susceptible d'éviter la cécité.

Le plus souvent et cela très fréquemment la prescription d'un collyre n'est pas adaptée à l'affection oculaire en cause. Trop de médecins ignorant l'ophtalmologie croient habile de prescrire l'inoffensif collyre à l'argyrol sous le couvert de l'aphorisme: *primum non nocere*. Une telle façon de faire est en réalité très grave et le médecin engage lourdement sa responsabilité, en effet il donne à son client une fausse sécurité et celui-ci pourra ne pas s'inquiéter à temps d'une baisse visuelle; la mise en action de la meilleure thérapeutique sera retardée d'autant. Ce retard pourra dans le cas de glaucome compromettre à jamais la vision et dans le cas d'iriti entraîner une baisse visuelle importante et provoquer une séclusion pupillaire qui pourra entraîne ces complications ultérieures.

C'est à une erreur de concentration qu'est dû l pénible accident rappelé en tête de cet article. L prescription avait été faite par un pédiatre à l'occa sion d'une conjonctivite subaiguë survenue au quin zième jour chez un nourrisson. L'étiologie gono coccique en avait été affirmée un peu légèremen puisque seul l'examen bactériologique est capabl de fournir la précision étiologique et que le tableau réalisé par la conjonctivite à inclusions est trè proche de la conjonctivite à gonocoques. Ce méde cin avait prescrit une thérapeutique conforme à l'étiologie envisagée, mais non prouvée; au traite ment local par le nitrate d'argent il avait adjoin un traitement général par les sulfamides. Malheu reusement il ignorait la prudence avec laquelle doi être manié le collyre au nitrate d'argent et les pré cautions à prendre lors de son emploi.

La prudence veut que l'on n'utilise plus le nitrat d'argent en collyre à un taux supérieur à 1 pou 100. Il est vrai que Crédé, dans sa méthode pro phylactique, employait le titre de 2 pour 100 mai il est démontré que cette concentration est tro forte; maintenant c'est le collyre à 1 pour 100 qu l'on trouve dans les malles d'accouchement. En de hors de ce but prophylactique, le nitrate d'argen doit être employé en oculistique à un titre plus fai ble: 1/2 pour 100; ce qui réduit son action caus tique.

Les précautions à prendre sont les suivantes. S servir d'un compte-gouttes pour ne pas risquer d déposer un cristal de nitrate sur la cornée, chos qui pourrait se produire en usant d'un flacon ver seur. Eviter de laisser tomber la goutte directemen sur la cornée mais la déposer sur la seule conjonc tive palpébrale bien exposée par suite de la bascul des paupières qu'entraîne facilement, dès qu'i existe un peu de gonflement palpébral, la simpl traction digitale. La neutralisation du collyre e excès par le sérum physiologique n'est nécessair que chez le nouveau-né, car chez lui la sécrétio lacrymale n'existe pas encore, d'où l'action pro longée du caustique à l'abri des paupières constam ment closes. La cornée doit être surveillée journel lement et au cours du traitement classique de l conjonctivite gonococcique l'apparition d'une alté ration cornéenne faisait immédiatement suspendr l'instillation de nitrate d'argent dont la causticit pouvait aggraver la lésion cornéenne. A cause de dangers de son emploi mon maître Poulard avai proscrit l'instillation de nitrate d'argent au cour des conjonctivites gonococciques et les avait rem placées par des instillations de protargol au 1/5 Ces instillations n'étaient qu'une petite partie du traitement local, il était complété par des essuyages des lavages fréquents avec une solution de permanganate de potasse à 1 pour 6.000 et des instillation d'argyrol.

Le pronostic de ces brûlures cornéennes par l nitrate d'argent est très grave, elles peuvent s compliquer de perforations cornéennes et à tout l moins entraîner des taies indélébiles qui fréquemment entraîneront la cécité.

L'on vient de voir les erreurs qui peuvent êtr commises lors de la prescription des collyres et chacune de ces erreurs peut entraîner des dangers plus ou moins graves pour la vue du sujet traité. Ce risques ne devraient pas être perdus de vue par l médecin non spécialisé qui devrait toujours devant une affection oculaire agir avec la sagesse nécessaire. Sa seule ligne de conduite devrait être celle-ci ne prescrire un collyre, même le banal argyrol, que si une étude séméiologique attentive lui a permis d'écarter l'hypothèse de glaucome ou d'iritis. Si se connaissances cliniques sont insuffisantes pour arriver à ce résultat, qu'il s'abstienne de toute prescription oculaire et fasse appel à son correspondant ophtalmologiste.

JEAN VOISIN

NÉCROLOGIE

Pierre Abrami

(1879-1945)

Le Prof. Abrami a succombé le 28 Février emporté par un mal foudroyant. La soixantaine largement dépassée n'avait ni altéré ses traits, ni blanchi ses cheveux, ni ralenti son activité et rien ne permettait de prévoir une fin si soudaine.

Pierre Abrami était né le 1er Juillet 1879 à Constantinople de parents français. Son père, fonctionnaire à l'Ambassade de France en Turquie, mourut jeune et Mme Abrami, qui fut une mère admirable, vint s'établir avec ses deux fils à Paris où ils firent leur éducation. Pierre et Léon Abrami étaient jumeaux et leur ressemblance était telle que ceux mêmes qui les connaissaient tous les deux avaient parfois quelque peine à les distinguer l'un de l'autre au premier abord. De là maints quiproquos dont les deux frères et leurs amis se sont souvent amusés avec quelque malignité.

Léon Abrami, après ses études de droit, fit une belle carrière d'avocat et d'homme politique et mourut prématurément. Pierre Abrami s'orienta vers la médecine et suivit la carrière des concours. Il faisait partie d'un petit groupe d'externes studieux qu'étant moi-même interne j'ai guidés dans leur préparation à l'internat. Dès ce moment il était facile de prévoir quel brillant avenir était réservé à ce grand garçon d'une intelligence exceptionnelle, déjà mûr et par ailleurs infiniment séduisant et sympathique.

Nommé interne en 1905, Abrami fut l'élève de Pierre Teissier, de Gaucher, de Pierre Marie et de Widal. Déjà excellent clinicien, il se passionna avec une ardeur enthousiaste pour le travail de laboratoire. Nous poursuivîmes ensemble une série d'études sur les cholécystites expérimentales et sur l'infection descendante des voies biliaires, dont il fit le sujet de sa thèse de doctorat soutenue en 1910.

Mais c'est vers Widal qu'Abrami se sentit irrésistiblement attiré dès qu'il eut pris contact avec lui, en même temps que Widal se laissait conquérir par cet interne si richement doué, si habile technicien, si prompt à tout saisir, à qui l'on pouvait demander beaucoup et dont on pouvait beaucoup obtenir. C'est ainsi que prit naissance une collaboration fondée sur un même amour de la recherche scientifique et sur une mutuelle affection, collaboration qui devait durer jusqu'à la mort du grand clinicien de l'hôpital Cochin.

On sait la suite de travaux mémorables qui en furent le fruit : ceux qui ont trait aux ictères hémolytiques acquis, poursuivis avec Marcel Brulé; ceux qui concernent le rôle de l'anaphylaxie et du choc colloïdoclasique dans l'hémoglobinurie paroxystique, dans l'asthme, dans l'urticaire, travaux auxquels se trouvent associés les noms de Lermoyez, d'Etienne Brissaud et de Joltrain.

Vint la guerre de 1914. Abrami fit courageusement son devoir comme médecin dans l'infanterie. Affecté ensuite à l'armée d'Orient et chargé d'un important service de paludéens, il sut tout de suite tirer profit de ce vaste terrain de recherches nouveau pour lui. Il mit au point une méthode de traitement abortif du paludisme. Avec Sénevet, il étudia la pathogénie de l'infection à *Plasmodium falciparum* et proposa pour expliquer le déclenchement des accès palustres une ingénieuse théorie les assimilant à des accès fébriles hémoclasiques.

La guerre terminée, Abrami est nommé médecin des hôpitaux en 1919 et agrégé en 1920. Il reprend avec Widal sa collaboration à laquelle nous devons des études sur les phénomènes de choc en clinique, sur l'hémoclasie digestive dans l'insuffisance hépatique; puis avec Joltrain, J. Lermoyez et de Gennes, sur les relations entre l'anaphylaxie et l'idiosyncrasie, sur les méthodes de désensibilisation, sur l'intervention des glandes endocrines dans les manifestations d'ordre colloïdoclasique.

Médecin de l'Hospice des Ménages en 1923, Abrami, après avoir passé par Ambroise-Paré et la Charité, se fixa à l'Hôpital Broussais en 1933. C'est là qu'il installa sa chaire de Clinique médicale en 1939, après avoir occupé à partir de 1936 la chaire de Pathologie interne à la Faculté.

A son tour chef d'école et entouré de nombreux élèves il a publié avec Wallich, Mme Bertrand-Fontaine, Lichwitz, Fouquet, une série d'importants mémoires parmi lesquels nous citerons ceux qui concernent les modifications du plasma sanguin dans les cirrhoses du foie, l'amylose rénale, le syndrome humoral dit de néphrose dans les néphrites chroniques sur certains aspects cliniques de l'hypertension artérielle. Il a décrit avec Frumusan une forme particulière de splénopathie cirrhogène, la cirrhose hypertrophique anictérique du foie et s'est fait le défenseur résolu de la splénectomie comme traitement préventif des hémorragies gastro-intestinales survenant au cours des splénopathies.



Photo Paulus fils.

P. Abrami.

Abrami avait été comblé par la nature de tous les dons de l'esprit. Sa faculté d'assimilation tenait du prodige. Sans effort apparent, tout ce qu'il lisait, qu'il entendait ou qu'il voyait se gravait dans sa mémoire où il savait le retrouver en temps opportun. La promptitude de sa pensée lui permettait de saisir tout de suite les points intéressants des faits qu'il observait et d'en tirer les déductions les plus fécondes. Sa vive imagination l'entraînait volontiers vers des aperçus généraux d'une singulière originalité, dont la hardiesse surprenait parfois, mais qui éclairaient soudain d'un jour nouveau certaines questions encore obscures et discutées. Sa leçon inaugurale sur les troubles fonctionnels en pathologie en est un exemple.

Quand un sujet lui tenait à cœur, il plaidait la cause de ses idées en véritable avocat, accumulait avec une suprême habileté les faits et les arguments, en tirait les conséquences logiques et laissait finalement les plus sceptiques à la fois séduits et convaincus. Il était d'ailleurs servi par une grande facilité d'élocution et une voix chaude, aux inflexions enveloppantes qui entrait pour beaucoup dans l'art qu'il avait de persuader.

Son talent d'écrivain était hors pair. Ceux qui l'ont vu à l'œuvre se sont souvent étonnés de l'aisance et de la rapidité avec lesquelles il rédigeait et du bonheur avec lequel il trouvait moyen de donner du premier jet à son texte une forme parfaite.

Il n'est pas étonnant que, pourvu de telles qualités, Abrami ait obtenu dans son enseignement les succès les plus éclatants. Ses leçons de pathologie médicale à la Faculté, comme ses leçons cliniques à Broussais, attiraient en foule les médecins et les étudiants. Exposées par lui, les questions les plus complexes devenaient d'une lumineuse simplicité. Il savait se mettre à la portée de tous et conduire sans peine ses auditeurs des notions les plus immédiatement pratiques aux considérations les plus élevées de la pathologie générale. Ceux qui ont eu le privilège de l'entendre n'oublieront jamais ce qu'ils ont appris de lui.

De bonne heure Abrami s'était acquis une large réputation de consultant. Ce n'étaient peut-être pas seulement l'étendue de son expérience clinique, la sûreté de son diagnostic, l'ingéniosité de ses thérapeutiques qui assuraient son autorité et poussaient les malades et les médecins à solliciter ses conseils. Il y avait dans toute sa personne quelque chose de singulièrement attachant qui tout de suite éveillait la sympathie et inspirait la confiance : la parfaite distinction de ses manières, son visage bienveillant et calme, l'impression qu'il donnait d'être profondément compatissant aux misères d'autrui et, par-dessus tout, ce talent de persuation dont il usait avec un art infini pour ranimer le courage des patients et entretenir l'espoir dans leur entourage.

Sa perspicacité lui permettait souvent de voir clair là où d'autres étaient restés dans le doute. Il nous a raconté comment, ayant examiné un homme d'Etat étranger atteint d'un mal mystérieux et qui se croyait lentement empoisonné par ses ennemis politiques, il avait immédiatement découvert que cet homme était bien réellement empoisonné, mais empoisonné par un médicament banal dont il usait depuis longtemps sans méfiance, ce qui permit de lui sauver la vie.

Certains ont regretté que son activité de clientèle ait trop souvent détourné Abrami de la recherche scientifique pour laquelle il avait donné tant de preuves de ses aptitudes. Mais sa réputation, qui s'étendait bien au delà de nos frontières et qui le faisait appeler auprès des personnalités les plus marquantes des pays étrangers, a sans doute beaucoup contribué à entretenir en dehors de chez nous le prestige de la clinique française et, de cela, nous devons lui être reconnaissants.

Au milieu des succès qu'il a obtenus, des honneurs qui lui ont été conférés, de la situation éminente qu'il occupait dans le monde médical, Abrami est toujours resté simple. Ses amis, qui déploraient de ne plus le voir que bien rarement et d'une façon très fugitive, car ses occupations professionnelles l'absorbaient entièrement, le retrouvaient chaque fois aussi affectueux, aussi cordial, aussi serviable. Chez lui, aucun orgueil, aucun désir de dominer. Il était trop intelligent, il avait des choses humaines une conception trop réaliste pour donner dans de pareils travers. Cette science médicale même, qu'il a tant contribué à approfondir, il se laissait aller par moments à en dénoncer avec quelque tristesse les imperfections et les lacunes. Il suffit, pour s'en convaincre, de lire la spirituelle allocution qu'il

prononcée sur les vertus de l'ignorance aux journées médicales de Bruxelles consacrées en 1931 à la mémoire de son vénéré maître Widal.

Mais cette sorte de scepticisme désabusé n'était en réalité que de surface et l'intérêt qu'il portait à la profession qu'il exerçait avec tant d'éclat semble n'avoir jamais fléchi chez lui. Mobilisé en Septembre 1939 comme médecin consultant d'une armée, il reprit au bout de quelques mois sa place à Paris, atteint par la limite d'âge. Peu après il fut appelé à faire partie d'une Commission chargée de la réforme des études médicales. Nul ne fut plus que lui assidu à toutes les séances et, non content d'y soutenir ses idées par la parole, il s'est astreint à les exposer dans de longs rapports où il les a défendues avec sa maîtrise habituelle. Venues d'un homme à l'esprit si ouvert, pourvu d'une instruction si étendue, possédant une telle expérience de ce que doit savoir et de ce que doit être un médecin, ces idées, bien qu'ayant prêté à critique, méritent de ne pas tomber dans l'oubli et pourront sans doute servir de guide sur bien des points.

Abrami nous avait plusieurs fois répété, au cours de ces dernières années, qu'il occupait ses loisirs à la composition d'un Traité de l'Art médical. Il n'a pu achever son œuvre. Mais si certains chapitres en sont complètement rédigés, il est à souhaiter qu'ils voient le jour. A considérer le titre de l'ouvrage, on imagine ce que pourrait nous apprendre encore ce prestigieux clinicien qui a vu tant de malades et tant de maladies diverses, qui a pénétré dans tant de milieux différents, qui, au cours de sa pratique journalière, a eu à résoudre, chez les grands comme chez les plus humbles, tant de problèmes délicats, qui en un mot a été lui-même un grand maître de l'art médical.

« Il n'est pas de plus belle profession que la nôtre parce que nous n'avons d'autre idéal que la victoire sur la souffrance et la maladie. Dans les temps cruels que traverse l'humanité, quand les races, les religions, les dogmes politiques et sociaux dressent les hommes les uns contre les autres, quand les sciences fournissent aux peuples des armes pour se détruire, puisse la médecine rester ce qu'elle a toujours été dans le passé : le refuge de toutes les belles disciplines de l'esprit et du cœur, le sanctuaire pour lequel Hippocrate avait écrit : « Tout ce qui est nécessaire à la sagesse est dans la médecine. L'homme n'a d'ami véritable que le médecin. »

Ces paroles par lesquelles Abrami terminait en 1936 sa leçon inaugurale dans le grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine prennent à l'heure actuelle une résonance singulière. Si celui qui les a prononcées s'est, par la suprématie de ses talents et de son intelligence, imposé à l'admiration de tous, elles laissent deviner ce qu'il y avait en lui de profondément sensible et humain, auquel il a dû de conserver jusqu'au terme de son existence l'indéfectible attachement de ceux qui l'ont intimement connu et qui s'unissent aujourd'hui pour adresser à la famille si cruellement éprouvée de leur ami disparu l'expression de leur sympathie attristée et leurs condoléances émues.

A. Lemierre.

Livres Nouveaux

Précis d'Histologie Physiologique, par A. Policard. 4e édition (*G. Doin et Cie*, éditeurs, Paris).

L'Histologie fut, à l'origine, une science purement morphologique et, comme telle, elle devait atteindre assez vite les limites de son cadre descriptif. Ce qui caractérise sa nouvelle évolution, c'est la tendance physiologique. Le professeur Policard fut parmi les premiers à montrer comment, dans la recherche en biologie, l'histologie pouvait aider à l'étude des fonctions. Bien mieux, dès 1921, il écrivait, pour une collection destinée aux étudiants, son *Précis d'Histologie Physiologique*.

De fait, combien se révèle plus attrayante l'étude morphologique de la cellule, des tissus, des organes quand on peut lui superposer une notion fonctionnelle.

Le Précis a connu le succès qu'il méritait et c'est sa quatrième édition qui vient de voir le jour. L'ouvrage a été remanié comme il se doit pour une science en perpétuelle évolution, mais l'esprit est resté le même : « faire comprendre comment fonctionnent ces cellules et ces tissus dont nous sommes faits ».

Les chapitres sur l'appareil respiratoire, le sang et les organes hématopoïétiques, les tissus et organes osseux, l'appareil génital, les glandes endocrines ont été entièrement refaits.

Les notions qui sont exposées de façon claire et précise sont indispensables à la formation d'un biologiste dans le sens le plus large du mot. C'est dire l'intérêt que suscite sa lecture et le profit qu'en tireront les médecins en particulier.

J. Verne.

INFORMATIONS

ORDONNANCE N° 45-1014 DU 23 MAI 1945

modifiant la loi provisoirement applicable du 11 Septempre 1941

relative à l'exercice de la pharmacie

et constatant la nullité des lois provisoirement applicables du 24 Février et du 31 Juillet 1942, modifiant et complétant la loi provisoirement applicable du 11 Septembre 1941

Extraits de l'exposé des Motifs.

La loi qui régissait la pharmacie en France avant 1940 était la loi du 21 germinal an XI. Cette loi avait été complétée et modifiée par des lois secondaires sur l'inspection des pharmacies (25 Juin 1908), le colportage (1936) et les substances vénéneuses (12 Juillet 1916).

Cependant cette loi était dépassée par l'évolution de la thérapeutique et du mode de préparation et de présentation des médicaments. Faite à une époque où le pharmacien, dans son officine, préparait lui-même les drogues prescrites par le médecin, elle ne permettait pas de résoudre convenablement les multiples problèmes posés par l'utilisation de plus en plus importante des spécialités pharmaceutiques.

L'autorité de fait se disant gouvernement de l'Etat français a réglementé l'exercice de la pharmacie par un acte dit loi du 11 Septembre 1941, complété par un acte dit décret du 24 Juin 1942, portant règlement d'administration publique, et quelques textes de moindre importance.

Il est apparu que ces textes devaient être remaniés dans un délai aussi bref que possible, mais étant donné l'importance des intérêts en cause, il convient d'ouvrir sur ces modifications un large débat dont le Gouvernement ne manquera pas de tirer le plus grand profit pour l'établissement de la charte définitive de la pharmacie.

Dans l'attente d'un texte général, des modifications urgentes s'imposent dès à présent.

1° Loi provisoirement applicable du 11 Septembre 1941.

Ce texte volumineux comporte 63 articles et est divisé en un certain nombre de parties traitant de questions différentes.

Le titre Ier indique les *conditions nécessaires pour exercer la profession de pharmacien et des actes professionnels ou commerciaux réservés aux pharmaciens.* Ce titre doit être maintenu sous réserve du remplacement de l'obligation pour le pharmacien d'être inscrit à une chambre professionnelle par l'obligation d'être inscrit à l'Ordre national des pharmaciens.

Le titre II traite de l'*organisation de la profession pharmaceutique.* Ce n'est pas autre chose que l'application à la pharmacie de règles générales qui ont réglementé les professions sous le régime de Vichy (suppression des syndicats et création de chambres professionnelles ayant à la fois les attributions d'un syndicat et celles d'un ordre, création d'un conseil supérieur de la pharmacie). Ce titre a été abrogé par l'ordonnance du 5 Mai 1945 portant institution d'un ordre national des pharmaciens.

Le titre III porte *réglementation de la publicité.* Ses dispositions doivent être maintenues.

Le titre IV indique les *conditions d'exercice de la pharmacie de détail.* Il peut être conservé, en spécifiant qu'il ne s'agit que d'un statut provisoire, en attendant qu'avant l'expiration du décret-loi du 9 Septembre 1939, complété par la loi du 17 Juillet 1941, concernant la création, l'extension et le transfert des établissements commerciaux, industriels et artisanaux, de nouvelles dispositions législatives procèdent à une refonte complète de la loi provisoirement applicable du 11 Septembre 1941 sur l'exercice de la pharmacie. Toutefois, afin de laisser jouer la libre concurrence et afin d'éviter l'augmentation du prix des fonds de pharmacie, il ne semble pas utile de réglementer le rachat des officines en surnombre.

Répartition des officines.

Un délai de six mois, à compter de la date de la promulgation de la présente loi, sera imparti aux propriétaires des pharmacies ouvertes ou non au public pour demander la délivrance de la licence prévue à l'article 21.

« Cette licence ne pourra être refusée à ceux qui justifieront que leur établissement fonctionne conformément aux prescriptions de la présente loi.

« Passé ce délai, les officines pour lesquelles ces justifications n'auront pas été apportées, ainsi que celles pour lesquelles la licence n'aura pas été demandée, devront être immédiatement fermées.

Il sera procédé par le directeur régional de la santé et de l'assistance au recensement des officines pour lesquelles la licence aura été délivrée, par application à l'article précédent.

« Aucune création d'officine ne pourra être accordée dans les villes où la licence aura déjà été délivrée à :

« Une officine pour 3.000 habitants dans les villes d'une population de 30.000 habitants et au-dessus.

« Une officine pour 2.500 habitants dans les villes d'une population égale ou supérieure à 5.000 habitants et inférieure à 30.000 habitants.

« Une officine pour 2.000 habitants dans tous les autres cas.

« Si les besoins de la population l'exigent, des dérogations pourront être accordées ».

Le titre V concerne la préparation et la *vente en gros de produits pharmaceutiques.* Il doit être complété de telle façon que l'intérêt national soit sauvegardé.

Comité technique des spécialités.

« *Le Comité technique des spécialités*, dont les membres sont nommés pour trois ans par le ministre de la Santé publique, comprendra désormais deux membres de l'Académie de Médecine, deux professeurs ou professeurs agrégés de Faculté de Médecine, deux professeurs ou maîtres de conférences de Faculté de Pharmacie, trois médecins, dont un médecin des hôpitaux de Paris, désignés par les organismes médicaux agréés par le ministre de la Santé publique, et trois pharmaciens, dont un pharmacien d'officine, désignés par les organismes pharmaceutiques agréés par le ministre de la Santé publique, et un représentant du ministre de la Santé publique ».

Les frais de toute nature résultant du fonctionnement des services chargés du contrôle des spécialités et du service de l'inspection de la pharmacie sont à la charge de l'Etat.

Le titre VI crée et organise une *inspection des pharmaciens fonctionnant sous l'autorité du ministère de la Santé publique.* Il est à conserver, mais il convient de ne pas laisser à la charge de la profession les frais de contrôle des spécialités et de l'inspection qui restent des services exigés par l'Etat.

Il n'y a pas lieu de modifier le titre VII consacré à *l'herboristerie.*

Dans le titre VIII, l'article 60 qui portait *dissolution des syndicats, groupements et organismes professionnels* se rapportant aux intérêts de la profession pharmaceutique et fixant les modalités de la dévolution des biens de ces organismes, a été supprimé par l'ordonnance du 5 Mai 1945 portant institution d'un ordre national des pharmaciens.

2° Décret provisoirement applicable du 2 Juin 1942.

Ce décret portant règlement d'administration publique du texte précédent sera revisé d'après les mêmes principes que le texte dont il est l'application.

3° Textes divers.

Les lois provisoirement applicables du 30 Juillet 1942 et du 24 Février 1942 complétant et modifiant la loi du 11 Septembre 1941 doivent être entièrement abrogées (organisation professionnelle).

(Extr. du *J. O.*, 24 Mai 1945.)

CONSEIL DES MÉDECINS DE LA SEINE

Déclaration des cas de typhus

Le ministre de la Santé a demandé au Conseil des Médecins de la Seine de bien vouloir attirer l'attention des médecins sur le danger que risque de faire courir à la population française le retour des rapatriés atteints de typhus et porteurs de poux.

Bien que les mesures de dépistage et de désinsectisation soient appliquées au cordon sanitaire frontalier ou dans les centres d'accueil, il est à craindre que certains rapatriés échappent à ce contrôle.

C'est donc dans les communes de résidence des rapatriés qu'une surveillance complémentaire doit être réalisée. D'ailleurs quelques cas, heureusement encore isolés, de typhus exanthématique ont été constatés en France.

En conséquence, l'attention des médecins doit être attirée sur la nécessité de dépister le typhus, même sous ses formes plus ou moins typhiques.

Toute pyrexie suspecte (grippe, courbature fébrile, surtout s'il s'y associe un exanthème, état typhoïde) survenant chez un rapatrié depuis moins de 15 jours, devra immédiatement faire l'objet d'une enquête médicale, de recherches de laboratoire (réaction de Weil-Félix) et de mesures prophylactiques.

La déclaration de la maladie et l'isolement des malades sont les premières mesures à réaliser.

Tout médecin appelé à constater un cas pareil de typhus exanthématique devra en faire la déclaration à l'Inspecteur de la Santé dans les plus brefs délais par téléphone ou télégramme en précisant s'il s'agit d'un cas certain, probable ou suspect.

Si le cas est certain ou probable, le médecin doit :

1° Demander au Maire de faire procéder à l'hospitalisation d'office, avec naturellement isolement strict dans une salle réservée exclusivement à ces malades.

2° Confirmer par lettre à l'Inspecteur de la Santé.

Si le cas est suspect, le médecin reste juge de l'hospitalisation. De toute façon, il fait d'emblée la déclaration à l'Inspecteur de la Santé en précisant si l'hospitalisation a été réalisée ou non. Dès confirmation du cas suspect, il adresse la carte-lettre habituelle.

Les dépenses résultant du transport des malades sont à la charge de l'Etat en application de l'article 16 du décret du 4 Octobre 1939 sur les mesures exceptionnelles d'hygiène motivée par l'état de guerre.

Les frais d'hospitalisation seront également supportés par l'Etat au titre du même décret s'il s'agit de rapatriés rentrés en France depuis moins de 20 jours.

CENTRES DE TRAITEMENT par la pénicilline

Les Centres de traitement par la Pénicilline fonctionnant *dans la région parisienne* sont actuellement les suivants :

Service du Professeur Lemierre (Hôpital Claude-Bernard, à Paris).

Service des Professeurs Debré et Leveuf (Hôpital des Enfants-Malades, à Paris).

Service du docteur René Martin (Hôpital Pasteur, à Paris).

Service du Professeur Cadenat (Hôpital Saint-Antoine, à Paris).

Service du Professeur Pontes (Maternité de Port-Royal, à Paris).

Service d'Oto-Rhino-Laryngologie du Docteur Rouget (Hôpital Trousseau).

En outre, le Professeur Clovis Vincent dispose, à la Pitié, d'un contingent de pénicilline, destiné aux cas de chirurgie cranienne.

Il est rappelé que tous les malades pour lesquels le traitement par la pénicilline sera reconnu indispensable pourront être admis dans ces centres sans tenir compte de leur situation de fortune. Il n'en faut pas conclure cependant que le traitement sera gratuit. Toutes dispositions devront, en effet, être prises pour que les frais occasionnés soient remboursés soit par l'Assistance médicale gratuite, soit par les tiers payants, soit, s'ils en ont les moyens, par les intéressés.

En aucun cas, la pénicilline ne sera directement délivrée aux malades ni à leur médecin traitant.

Conférence chirurgicale interalliée

(Val-de-Grâce, Paris, 30 Avril 1945).

La 1re Session de la Conférence chirurgicale interalliée pour *l'étude des plaies de guerre* s'est ouverte le 30 Avril, sous la présidence du médecin général inspecteur Rouvillois, vice-président de l'Académie de Médecine et ancien président de l'Académie de Chirurgie.

Les travaux de la Conférence ont porté sur l'organisation des soins chirurgicaux, ainsi que sur les principes généraux du traitement des blessés et des fractures de guerre aux armées.

De très intéressants rapports ont été présentés par les colonels Elliot C. Cutler et Mathieu Cleveland, de l'Armée Américaine ; le brigadier A. E. Porritt et les lieutenants-colonels G. A. G. Mitchell et A. L. Eyre-Brook, de l'Armée Britannique ; les médecins commandants Curtillet, Toulemonde et Delvoye, de l'Armée Française.

Une brillante réception au Cercle Interallié, offerte par le Directeur du Service de Santé au ministère de la Guerre a clôturé les travaux de la Conférence, dont la 2e séance aura lieu les 26 et 27 Juillet prochain.

Les questions mises à l'ordre du jour sont les suivantes :

Le traitement du shock ;

Le traitement des plaies de poitrine ;

Le traitement des plaies abdominales et thoraco-abdominales ;

Le traitement des blessures du crâne.

SANATORIUMS PUBLICS

Sanatorium de Saint-Sever. — Mme le docteur Clermont-Rentz, médecin adjoint au sanatorium de *Saint-Sever* (Calvados), est nommée médecin directeur de cet établissement, en remplacement de M. le docteur Clermont, décédé.

Université de Paris

Cours de Génétique Médicale. — M. R. Turpin, agrégé, consacrera 8 conférences à l'étude de la Génétique Médicale, du mercredi 13 Juin au vendredi 29 Juin 1945. Ces conférences auront lieu les lundis, mercredis et vendredis, à 18 heures, au Petit Amphithéâtre de la Faculté, à dater du 13 Juin 1945.

Programme. — Les modalités de la pathologie héréditaire. — L'influence de l'hérédité sur la sensibilité aux maladies infectieuses et parasitaires. — La prédisposition héréditaire à la tuberculose et aux maladies allergiques. — Les maladies thyroïdiennes familiales. — Le problème de l'hérédité du cancer.

Cours de Pathologie médicale. — Le professeur agrégé P. Mollaret terminera son cours sur *Les maladies du système nerveux* à partir du 31 Mai, à 18 heures, au Grand Amphithéâtre de la Faculté de Médecine.

Travaux pratiques de Médecine opératoire. — Les étudiants autorisés par décision à accomplir cumulativement pendant l'année scolaire 1944-1945, les 4e et 5e années d'études, sont informés qu'une série de travaux pratiques de médecine opératoire leur est réservé du 4 au 16 Juin prochain, à 15 heures, au Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique. Ils subiront l'examen correspondant fin Juin.

Inscriptions au Secrétariat de la Faculté.

Les autres étudiants de 4e année qui devaient normalement accomplir les dits travaux pendant l'année scolaire en cours, sont informés qu'ils peuvent, s'ils le désirent, être inscrits pour la série ci-dessus, mais il demeure entendu qu'ils ne subiront l'examen correspondant qu'à la session d'Octobre. D'autre part, ils sont avisés qu'une autre série de travaux aura lieu au début d'Octobre avant la session d'examen.

Universités de Province

Assesseur de Doyen de Faculté. — M. Lespagnol est nommé provisoirement, et jusqu'à une date qui sera fixée par décret après le retour des prisonniers, assesseur du Doyen de la *Faculté de Médecine de Lille.*

Nouvelles diverses

Société d'Etudes scientifiques sur la Tuberculose. — La prochaine réunion de la Société aura lieu, comme d'habitude, le *samedi 9 Juin* 1945, 66, boulevard Saint-Michel, à Paris, et comprendra une journée d'études :

Réunion du matin (10 heures) : Rapport de MM. F. Bezançon et J. Delarue : Les caractères anatomiques et histo-pathologiques de la tuberculose pulmonaire latente. Rapport de MM. F. Bezançon et P. Braun : La valeur des examens bactériologiques, en particulier de la culture du crachat pour l'évaluation de l'évolutivité des lésions pulmonaires tuberculeuses latentes décelées au cours des examens radioscopiques systématiques.

Séance de l'après-midi (15 heures) : Elections des nouveaux membres. Séance ordinaire.

Ceux des membres qui désirent prendre la parole pour la discussion sont priés de s'inscrire auprès du Secrétaire général, Docteur Courcoux, 224, boulevard Saint-Germain, Paris, avant le 2 Juin 1945.

Conseil permanent d'Hygiène sociale. — Par arrêté du 27 Avril 1945, M. le Dr Georges Schreiber (Paris) est nommé membre du Conseil permanent d'Hygiène sociale et affecté à la première Commission (Maternité et Enfance).

La ***Société Française de Prophylaxie Sanitaire et Morale,*** se réunira le *jeudi* 7 *Juin* 1945, à 17 heures, à l'Institut Alfred-Fournier.

Ordre du Jour : *Alcoolisme et maladies vénériennes,* par M. Sicard de Plauzoles.

Conférence de diététique infantile. — L'Association corporative des Etudiants en Médecine de Paris organise à son siège social, 8, rue Dante, des conférences de *Diététique infantile* destinées tant aux étudiants en médecine qu'aux élèves sages-femmes, ainsi qu'aux praticiens s'intéressant à ces questions. Ces conférences seront illustrées de quelques expériences pratiques : 1er Juin, 17 h. 30. Les céréales. — 5 Juin, 17 h. 30. Les farines composées. — 8 Juin, 17 h. 30. Les vitamines, le malt. — 12 Juin, 17 h. 30. Les farines et le nourrisson. — 15 Juin, 17 h. 30. Régimes spéciaux.

Le Groupement National des Chambres syndicales du Matériel médico-chirurgical, 18, rue Seguier à Paris, précise que les Constructeurs de matériel se sont toujours efforcés d'assurer, jusqu'ici, malgré les conditions précaires de leur approvisionnement en matières premières, la production indispensable aux organismes de la Santé publique et au Corps médical.

L'approvisionnement minimum en matières premières, a été accordé par les Organismes officiels chargés de la répartition des matières premières, qui ont reconnu la nécessité de maintenir cette fabrication consacrée au bien général.

La constante collaboration des Constructeurs, du Corps médical et des Services de répartition des matières premières, permettra, malgré les difficultés de l'heure présente, de répondre à la demande des services de la Santé publique et du Corps médical, à une époque où le matériel médico-chirurgical est plus indispensabe qu'il ne l'a jamais été.

Examens médicaux à l'occasion des mouvements de main-d'œuvre. — Le *J. O.* du 17 Mai 1945 publie un arrêté fixant les vacations allouées au personnel médical (médecins et étudiants) qui procède aux examens médicaux systématiques à l'occasion des mouvements de main-d'œuvre. Le décret prévoit en outre le remboursement des frais éventuels de transport.

Bourses familiales du Corps médical (Fondation de M. le Dr Roussel). — Il est rappelé que des bourses annuelles de 10.000 fr. ont été créées par le Dr Roussel en faveur des médecins ayant au moins 5 enfants et des veuves en ayant 3 à leur charge et dont la situation est particulièrement digne d'intérêt.

Comme les années précédentes, les demandes devront être adressées au siège de l'Association générale des Médecins de France, 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris-7e, pour le 15 Juin au plus tard. (Les confrères ou veuves qui se sont déjà mis en instance devront avertir par lettre du maintien de leur candidature pour 1945.)

Caisse d'Assistance médicale de Guerre. — L'Association générale des Médecins de France, 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris-7e, recommande d'urgence aux confrères généreux sa Caisse d'Assistance médicale de Guerre, dont les charges s'accroissent en raison du nombre élevé de médecins sinistrés ou déportés. (Compte courant postal, Paris 186-07.)

Retour d'Allemagne

Nous sommes heureux d'annoncer ici le retour de plusieurs médecins qui, détenus depuis de longs mois dans les camps allemands, vont reprendre leur place parmi nous. Pendant leur absence, nous avons partagé l'angoisse de leur famille et de leurs amis. Maintenant qu'ils sont revenus, nous leur disons toute notre sympathie pour les souffrances qu'ils ont endurées et surtout notre admiration pour leur courage et leur abnégation.

Nous citons les premiers noms dont nous avons eu personnellement connaissance, mais nous espérons que chaque semaine la liste s'en allongera et que l'on voudra bien nous signaler les retours d'Allemagne au fur et à mesure qu'ils se produiront.

— Prof. Ch. Richet fils (retour de Buchenwald).
— Dr Gabriel Richet.
— Prof. agrégé Waitz, de Strasbourg (retour d'Auschwitz et Buchenwald).
— Prof. agrégé Desoille.
— Dr Imbona (retour de Buchenwald).
— Dr Lacapère (retour du camp de Struthof).
— Prof. Lucien (de Nancy).
— Dr M. Lemière (de Condé-sur-Noireau, Calvados) retour de Buchenwald.
— Prof. Parisot, de Nancy (libéré) est resté volontairement en Allemagne).
— Dr Benassy (de Paris).
— Dr L. Diamant-Berger (de Paris) retour de la prison de Bayreuth.
— Le Dr Michel Léon-Kindberg est décédé, depuis son retour de Buchenwald, des suites du typhus.

Distinctions honorifiques

CITATION A L'ORDRE DE L'ARMÉE

Médecin auxiliaire F. Picaud, service de Santé du ne corps d'armée (*à titre posthume*). — Médecin commandant M. Orsini, no brigade. — Médecin capitaine R. Martin, no bataillon de marche. — Médecin lieutenant F. de Saint-Julien, no régiment de tirailleurs.

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES

Médaille de vermeil : A. Olivier, médecin de colonisation à Châteaudun-du-Rhumel. — J. Thoviste médecin de colonisation à M'Sila.

Médaille d'argent : H. Padovani, médecin de colonisation à Sidi-Aïssa. — A. Torner, médecin communal à Birtouta. — J. Bouchet, médecin intercommunal à Oued-Athménia. — E. Bernard, médecin de colonisation à Pont-de-l'Isser. — F. Surin, médecin de colonisation St-Lucien.

Médaille de bronze : P. Sebbah, médecin chef à l'hôpital-hospice de Marengo. — P. Flottes, médecin chef du service antipaludique et antityphique à Constantine

Mention honorable : Gelkhala Messaoud, médecin communal à Bône. — M. Tubiana, médecin communal Bône.

MÉDAILLE D'HONNEUR DU SERVICE DE SANTÉ

Par décision du 28 Avril 1945, la médaille d'honneur du Service de Santé a été décernée aux personnes ci-après désignées :

Médaille d'or : M. M. Vanlande, médecin général inspecteur (C. R.).
Médaille de vermeil : M. Ed. Benhamou, médecin colonel de réserve.
Médaille d'argent : M. F. Bambace, médecin lieutenant-colonel O. S. A.
M. F. Dnens, médecin commandant, de l'E. M. A.
M. E. Fanne, lieutenant-colonel d'administration du Service de Santé.
M. H. Foujols, pharmacien commandant, de la direction du Service de Santé, de la 1re armée.
M. J. Gouthann, médecin commandant, de la direction générale du Service de Santé du ministère de la Guerre.
M. R. Autand, lieutenant d'administration du Service de la Santé de l'armée active, déporté en Allemagne.
Médaille de bronze : M. E. Le Brun, capitaine U. S. A., medical administrative corps.
M. C. Haynes, capitaine U. S. A., medical administrative corps.
M. A. Bongars de Vaudeleau, médecin capitaine de l'armée active, déporté en Allemagne.

Nos Échos

Naissances.

— Le docteur Michel Rouault, chef de clinique à la Faculté et Madame sont heureux de faire part de la naissance de leur troisième fils *Gilles* (Paris, le 24 Mars 1945).

— Le docteur Lucien Hoffmain est heureux de faire part de la naissance de son troisième enfant *Jacques*. (Saint-Omer [P.-de-C.])

— Madame et le docteur vétérinaire Jacques Euzéby ont la joie de faire part de la naissance de leur fils *Alain*. (8 Mai 1945, 40, rue des Morillons, 15e.)

— Le docteur et Madame Jacques Soly ont la joie de faire part de la naissance de leur second fils *Dominique*. (Sanatorium de La Guche, Saône-et-Loire, 1er Mai 1945.)

Fiançailles.

— Le docteur et Madame Manuel Bruken sont heureux d'annoncer les fiançailles de leur fille le docteur Nadine Bruken avec M. Pierre-Georges Bernard (Paris, le 8 Mai 1945).

Décès.

— Le docteur J. Gailland, de Rethel, a la douleur de faire part du décès de sa fille *Françoise* (2 Mai 1945).

— On annonce le décès à l'âge de 38 ans de M. Roger Cazala, ancien interne en pharmacie des Hôpitaux de Paris. Directeur du Laboratoire de Biologie de Châteauroux, déporté politique, mort pour la France, au camp Hôpital de Flossenburg (Wieden) Bavière. Il était le fils de M. Antonin Cazala, décédé, pharmacien à Châteauroux ; le gendre du Dr Cany (de La Bourboule) ; le beau-frère des Drs Germain Cany (de Vatan, Indre) et Jean Cany, aux Armées ; le neveu du Dr Penpère, du Mont-Dore. Il laisse six enfants dont trois en bas-âge.

— On annonce le décès du docteur Camille Dambrin, professeur honoraire de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Toulouse.

— Le docteur Lucien Diamant-Berger, retour de déportation, nous fait part des décès : de son père le docteur M. S. Diamant-Berger, ancien médecin de l'Hôpital Rothschild, survenu à Lyon le 16 Mai 1944, dans sa 80e année ; de sa mère, survenu à Antibes le 13 Décembre 1942 ; de son frère Paul-José, chirurgien-dentiste, survenu à Lyon le 8 Mars 1945 dans sa 39e année ; et de son neveu Jean-Claude, mort au Champ d'Honneur devant Caen, vers le 20 Juillet 1944, dans sa 28e année.

— On annonce le décès du docteur Félix Pflieger médecin principal des Colonies en retraite (Besançon 12 Mai 1945).

— Le docteur Lutenaan a la douleur de faire part de la mort de son frère Théodore Lutenaan, assassiné à Buchenwald en Mars 1944.

Revue Médicale Française du Moyen-Orient

La *Revue Médicale Française du Moyen-Orient* qui paraît depuis Octobre 1942, a été fondée sur l'initiative de M. René Cassin, Commissaire à l'Instruction publique du médecin- général Grimmec, Directeur du Service de Santé des Troupes du Levant et grâce à l'aide accordée par M. le Général d'Armée Catroux, Délégué général de la France Combattante au Levant. C'était au moment où la Métropole, écrasée sous la botte ennemie, était dans l'impossibilité de faire connaître au monde les travaux de ses maîtres. Le devoir des médecins français au Levant était clair : continuer par tous les moyens possibles à faire rayonner la science médicale française pour ne pas perdre ses zones d'influence culturelle.

Un groupement des Médecins de Culture Française fut donc créé, comprenant des médecins français et des médecins autochtones attachés aux traditions françaises, et quelques professeurs de la Faculté Française de Médecine de Beyrouth. Ce Groupement édita la *Revue Médicale Française du Moyen-Orient* qui continue de paraître et a pris une extension de plus en plus grande.

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

Les Petites Annonces dans La Presse Médicale *sont acceptées sous réserve d'un contrôle extrêmement sérieux. Aucune annonce commerciale n'est acceptée. Prix : 20 fr. la ligne (15 fr. pour les abonnés).*

A vendre table d'opérations chirurgie, pied à pompe, déplacement de tous les plans. Etat neuf. Ecr. *P. M.*, n° 174.

Radiologue recherche poste à reprendre dans Paris. Au besoin collaborerait plusieurs mois av. prédécess. Ecr. *P. M.*, n° 257.

Conf. vends Primaquatre 1937, bon état, bons pneus. Ecr. *P. M.*, n° 429.

Echange app. radio châssis basculant C.G.R. contre 202 Juva Simca Citroën. Ecr. *P. M.*, n° 430.

Pharmacien strasbourgeois, bien introduit, disposant de vastes locaux, cherche représentation, dépôts de laboratoires pour Alsace-Lorraine. Ecr. *P. M.*, n° 474.

Voyageur visit. médec. et dent. Sud-Ouest et Centre ch. carte matér. médic.-chir. et bons Labos. Ecr. *P. M.*, n° 532.

Chirurgien demande remplaçant pr 3 semaines en Juin, Juillet ou Août, région Midi. Ecr. *P. M.*, n° 534.

A vendre microscope Stiassnié ayant 1 immers. à huile 1/15 ; 5 objectifs à sec 7..5..3..1 ; 3 comp. 1..3..2. Ecr. *P. M.*, n° 544.

Microscope Stiassnié, modèle 1927, platine mobile, 4 obj., 2 oc. 1 immersion 1/18. S'adress. Docteur, 26, rue d'Aboukir (2e), de 18 h. à 19 h.

Médecin cherche poste chef-lieu départem. ou sous-préfecture, préf. Ouest ou Centre. Ecr. *P. M.*, n° 553.

On demande pour gde Industrie Pharmac. bibliographe expérimenté pour trav. chimiques, pharmaceut., connais. parfaitem. l'allemand. Ecr. *P. M.*, n° 554.

Dame veuve, très expériment., active, dem. direction maison de repos, de convalesc., ou économe pension nes gens, jnes filles. Ecr. Besse, Villa Bellevue, Villard-de-Lans (Isère).

Chirurgien Ouest demande remplaçant qualifié et non mobilisable, 15 Juin-15 Août. Large rétribution. Ecr. *P. M.*, n° 556.

Poste médical à céder dans l'Oise par suite décès en déportation, av. clientèle de campagne et installation médicale. S'adres. : Mme Andrieu, à Neuilly-en-Thelle (Oise).

Infirmier salle opérations, sérieuses références, cherche place clinique. Ecr. *P. M.*, n° 558.

Médecin 38 a., tr. actif, prisonnier rapatrié, ch. remplacem. lgue durée ou assistant confr. en vue succession Paris ou banl. proche. Ecr. *P. M.*, n° 563.

Laboratoire de Biologie désirant expérimenter sur cobayes nouveaux vaccins antituberculeux, rech. collaborateurs de qualité ay. l'acquis nécess. pour réaliser cette importante expérience. Ecr. *P. M.*, n° 565.

Ancien interne hôp. Paris, 35 ans, ch. situation dans service hôpital ou Médecine du Travail, ou Contrôle assurance. Ecr. *P. M.*, n° 566.

Secrét. technique, sténo-dactylo ; longue expérience, ch. situation. Accept. voyages. Ecr. *P. M.*, n° 568.

Pharmacien désire employer diplôme dans Laboratoire spécialités. Ecr. *P. M.*, n° 571.

Médecin cherche clientèle dans un rayon de 100 km. Paris. Ecr. *P. M.*, n° 575.

J. F. 35 a., infirmière en sana, désirerait emploi. ch. docteur, dentiste ou près de malades particuliers. province. Ecr. à Mme Pelleny, Château de Caumeille, par Peyrehorade (Landes).

A céder poste médical, propharmacie, S. N. C. F. (Pas-de-Calais), 10 km. gde ville, gde maison, confort., vaste jardin. Ecr. *P. M.*, n° 580.

Suis acquéreur Matford V 8, 92 A, état neuf. Tél. : MEN. 74-38.

Ecrans renforçateurs R. X., châssis, cuvette nickel mercure, à céder. Ecr. *P. M.*, n° 583.

Vends poste propharmacie Var. Proximité mer. Chiffre d'affaires important, mais conviendrait pr repos. Ecr. *P. M.*, n° 584.

Ex-directeur importante mais. représentation Laboratoires de spécialités pharmac. à Tunis, ayant contribué au lancement de plus d'une marque, dégagé obligations milit., installé récemment pour son compte, désirerait entrer en relat. avec Laboratoires voulant lui confier leur agence en Tunisie. Prière à MM. les Directeurs de Laborat. de vouloir bien écrire à M. André Slama, 4, rue du Colonel-Driant, Tunis.

Infirmière sér. réf. dem. empl. clin. ou maternité. Fer. gardes pr Dr, Paris ou prov. Ecr. *P. M.*, n° 586.

Ferais remplacement grandes vacances Paris ou banl., 40 ans. Sinistré. Expérimenté. Sérieux. Ecr. Commot, 39, av. de Choisy, Paris-13e, qui transmettra.

Très bon poste propharmacien à céder, dans centre Ouest. Reprise minime. Ecr. *P. M.*, n° 588.

Sanatorium d'altitude demande d'urgence médecin assistant. Ecr. *P. M.*, n° 589.

Recherche matériel pour installation complète d'électro-radiologie : diagnostic 4 kénotrons ; thérapie ; électrologie ; en bloc ou par appareil ; moderne et parfait état. Offre avec prix. Paiement comptant. Ecr. *P. M.*, n° 590.

Clientèle chirurgicale à céder av. clinique 30 chambres ; jardin 2 hectares. Très gros rapport. Prix avec immeuble et clientèle à débattre. Affaire de toute confiance. Ecr. Desplat, 109, rue de Lourmel, Paris-15e, qui transmettra.

Le Dr Robert Veillet, Les Capucines, La Bourboule, demande pour durée saison thermale, jusque fin Septembre, très bonne secrétaire médicale, dactylo, ay. tr. bonnes réf. Sera logée, nourrie. Ecrire urgence en donnant chiffre mensualité demandé et tous renseignements.

J. F., ch. secrétariat 3 ap.-m. par semaine. Provot, 5, rue Nobel, Paris-18e.

Gynécologue accoucheur, expérimenté, ch. ds gde ville remplacem. en vue de success. ou associat. av. chirurg. Ecr. *P. M.*, n° 595.

A échanger appartement 5 pièces, tt confort, quartier Trocadéro, contre appartement 8 pièces même quartier. Téléph. Passy 02-20.

Culotte cheval et bottes cuir, taille 42 à vendre. Ecr. *P. M.*, n° 597.

Les Laboratoires Beytout, 12, bd Saint-Martin, Paris-10e, recherchent une sténo-dactylo expérimentée. Ecr. av. référ. et prétentions.

A céder bref délai poste médecine générale, clientèle, matériel courant, Bail, Villa, petit jardin, garage, appareil radio Massiot P. V. 4, matériel phtisiologie courante. Ecr. Dr Aubrun, Embrun (Htes-Alpes).

A vendre, libre de suite : sous-préfect. Ouest, gde maison av. jardin conven. pr clin., mais. santé, pension de famille. Ecr. *P. M.*, n° 600.

Jne infirmière dipl. d'Etat, habituée salle d'opérat. anesthés., libre 1er Juin, pr clin. chirurg., privée, sér. réf., ch. emploi. Ecr. *P. M.*, n° 601.

Dame 40 a., dipl. promotion 1933, Ecole de Bordeaux, ch. direction mais. de santé, clinique ou sana. Sér. réf. profes. de direct. groupant les services administratif, médical et économique. Ecr. *P. M.*, n° 602.

On demande médecin hématologiste, bactériologiste, sachant éventuellement faire prélèvements, toute la journée ou temps partiel. Ecr. av. références Lab. Hinglais, 30, rue Miromesnil, Paris-8e.

Médecin fatigué cherche confrère pour l'aider. Banlieue Est. Ecr. *P. M.*, n° 604.

A vendre : instruments chirurgie, aiguilles, seringues, stérilisateurs, boîtes, instruments, le tout neuf. Tél. PRO. 18-64, 9 à 12 h. et 14 à 16 h.

A céder de suite pour raison familiale, importante clientèle, dans pet. ville rég. côtière Ouest. Grande maison agréable, petit loyer. Prix modéré proportionnel au chiffre d'affaires de la 1re année. Ecr. *P. M.*, n° 606.

Visiteur médical, sér. référ., longue prat., présentation parf. ch. Labo Paris et banlieue. Ecr. *P. M.*, n° 607.

Pyrénées, ch. poste méd. générale. Ecr. *P. M.*, n° 608.

Médecin électro-radiologiste cherche important cabinet électro-radio à céder. Ecr. *P. M.*, n° 609.

Médecin, 36 a., ch. remplacem. Paris ou proche banl., av. éventuel. cess. client. Ecr. *P. M.*, n° 610.

AVIS. — Prière de joindre aux réponses un timbre de 2 francs pour transmission des lettres.

Le gérant : F. Thomas.

Imprimé par l'Ancne Imprimerie de la Cour d'Appel, 1, rue Cassette, à Paris (France).

LA
PRESSE MÉDICALE

Section : Médecine et Chirurgie générales
DE L'ENCYCLOPÉDIE PÉRIODIQUE DES SCIENCES MÉDICO-BIOLOGIQUES

PARAISSANT LE MERCREDI ET LE SAMEDI — PÉRIODICITÉ PROVISOIRE : TOUS LES SAMEDIS

— ADMINISTRATION —
MASSON ET Cie, EDITEURS
120, boulevard St-Germain, PARIS (6e).
Compte Chèques postaux n° 599

PRIX DE L'ABONNEMENT :
France et Colonies. . . 300 fr.
Etranger, tarif n° 1 . . 350 fr.
Etranger, tarif n° 2 . . 400 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

TÉLÉPHONE : Danton 56-11.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à "La Presse Médicale" 120, boulevard Saint-Germain (6e).

Bibliographie Médicale de Langue Anglaise

DES ANNÉES DE GUERRE

Nous publions dans ce numéro une bibliographie classée des TRAVAUX ANGLAIS ET AMÉRICAINS *parus entre les années 1940 et 1944. Ce travail n'a pas la prétention d'être complet, mais tel qu'il est, nous pensons qu'il rendra service aux médecins français. C'est l'amorce de relations scientifiques plus riches et plus suivies.*

Nous indiquons, page 289 la façon dont notre travail a été conçu et exécuté.

BIBLIOGRAPHIE MÉDICALE DE LANGUE ANGLAISE

DES ANNÉES 1940 A 1944

L'Angleterre, le Canada, l'Australie, la Nouvelle-Zélande, depuis Juin 1940, les États-Unis d'Amérique, depuis Juillet de la même année, ont dû cesser l'envoi, vers nous, de leurs publications médicales, et, actuellement encore, nous ne pouvons qu'espérer une reprise prochaine de leur arrivée régulière. Il s'est ainsi créé pour la Médecine Française un besoin de connaître les Travaux scientifiques et les orientations de la Pratique médicale et chirurgicale de ces grandes Nations au cours de nos années d'isolement.

Nous nous sommes efforcés de mettre à la disposition de nos lecteurs ce qu'il nous a été possible de connaître de cette littérature grâce à l'obligeance de la Direction de l'Office du Surgeon Chief Américain (16, Avenue Kléber), qui a bien voulu nous ouvrir sa bibliothèque privée, dont bon nombre de Journaux et Revues ont été offerts à la Bibliothèque du Val-de-Grâce. Nous avons aussi bénéficié de l'accès, largement ouvert à tous, offert par les Services Américains d'Information (12, Boulevard des Capucines), où se peuvent commodément consulter quelques ouvrages médicaux et chirurgicaux intéressants, les Archives of Internal Medicine *et les* Revues de Neurologie et d'Oto-Rhinologie.

Nous avons dû choisir et ne retenir que les plus importants et les plus complets de ces Journaux et Revues. Notre Sommaire est fait de l'indication des Articles originaux, des Faits cliniques et des Revues générales publiés par le Journal of the American Medical Association (J. A. M. A.), *par les* Annals of Surgery (Ann. Surg.) *et les* Archives of Internal Medicine (Arch. Int. Med.) *pour l'Amérique, du* Lancet *et du* British Medical Journal (B. M. J.) *pour l'Angleterre.*

Nous avons classé ces matières d'après leur objet pour constituer une série d'ensembles répondant aux grandes divisions de la Science médicale et à quelques-unes des principales Spécialités et faciliter ainsi les recherches.

Nos lecteurs pourront voir par l'ampleur des articles, quels ont été les problèmes de thérapeutique médicale ou chirurgicale, presque toujours de guerre et surtout de guerre en Orient, qui ont durant ces cinq années fixé l'intérêt du Monde Médical de Langue Anglaise.

Nous donnons enfin le détail des Numéros des cinq Publications qui ont servi à constituer cette Bibliographie :

Annals of Surgery (Ann. Surg.). *De Novembre 1942 à Décembre 1944 (sauf 8 fascicules mensuels).*
Archives of Internal Medicine (Arch. Int. Med.). *De Juillet 1940 à Décembre 1944 (sauf Avril 1942 et l'année 1943).*
The British Medical Journal (B. M. J.). *Du 7 Mars 1942 au 30 Décembre 1944 (sauf 4 fascicules hebdomadaires).*
The Journal of the American Medical Association (J. A. M. A.). *Du 9 Mai 1942 au 30 Décembre 1944 (sauf 8 fascicules hebdomadaires).*
The Lancet (Lancet). *Du 21 Février 1942 au 30 Décembre 1944 (sauf 28 numéros hebdomadaires).*

Aucune n'est au complet ; cependant, grâce à la présence des Années 1940, 1941 et 1942 des Archives of Internal Medicine, *leur groupement ne laisse pas de période qui nous reste par trop inconnue.*

Médecine et Thérapeutique générales

I. — MÉDECINE

GÉNÉRALITÉS

Enseignement de la Médecine.

A. E. Clark-Kennedy : Tests d'éducation pour la profession de la Médecine. *B. M. J.*, 1943, **2**, 306.

Joe Dalton : Education prémédicale et médicale au point de vue de l'armée des Etats-Unis. *J. A. M. A.*, 1943, **121** 633-635.

H. Diehl : Problèmes de l'éducation médicale d'après guerre. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 819-823.

Joao. J. Dounelles : Echanges d'étudiants. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 1190-1192.

Sir S. Duke-Elder : Une Académie de Médecine Britannique. *Lancet*, 1942, **243**, 686-687.

N. Goodman : Réserves de cadavres pour la dissection. *B. M. J.*, 1944, **2**, 807-810.

E. Jordan : Nomenclature standard de la Maladie. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 1001.

Sir H. Lewis : Réflexions sur la réforme de l'éducation médicale : I. Etat actuel et besoins. *Lancet*, 1944, **246**, 619-620.

Sir St. Lewis : Réflexions sur la réforme de l'éducation médicale : II. Réformes de l'éducation principale. *Lancet*, 1944, **246**, 649-650.

C. J. Longland, R. Mackeith : Le film dans l'éducation médicale : I. Le plan. *Lancet*, 1944, **247**, 585-587.

H. J. Morgan : Réflexions d'un officier sur les étudiants en médecine et la guerre. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 71-73.

J. A. Ryle : La science de la santé. *B. M. J.*, 1942, **2**, 745-747.

B. Stanford : Le film dans l'éducation médicale. II. Production et champ. *Lancet*, 1944, **247**, 588-589.

I. M. R. Walshe : Quelques principes de réforme dans l'éducation médicale. *B. M. J.*, 1944, **1**, 173-175.

I. M. R. Walshe : Considérations sur les études médicales supérieures ou d'après la thèse. *B. M. J.*, 1944, **2**, 297-299.

Sir A. Webb-Johnson : Une adresse à une école de Médecine pour femmes à Londres. *B. M. J.*, 1942, **2**, 165.

R. L. Wilbur : L'éducation médicale d'aujourd'hui. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 813.

S. Wright : Le temps et le 2e MB : Réflexions sur le guide des étudiants. *Lancet*, 1942, **243**, 405.

Exercice de la Médecine.

W. Alvarez : Les économiseurs du temps du diagnostic pour les médecins surmenés. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 933-937.

R. Al. Asher : La médecine et la signification. *Lancet*, 1943, **244**, 213.

J. C. Bowman : Le rôle du praticien. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 331-332.

H. Cohen : La nature, les méthodes et les buts du diagnostic. *Lancet*, 1943, **244**, 23-24.

L. Cole : Le diagnostic et le patient. *Lancet*, 1943, **244**, 163-165.

L. Cole : Le traitement et le malade. *Lancet*, 1943, **245**, 561-563.

L. Fairfield : Soins des malades chroniques. *Lancet*, 1943, **245**, 455.

M. Fishbein : Education culturelle d'un médecin. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 1239-1245.

R. D. Gillespie : La médecine psychologique et le médecin de famille. *B. M. J.*, 1944, **2**, 263-267.

A. H. Gosse : *La santé du médecin* : *B. M. J.*, 1942, **2**, 567-568.

M. Greenwood : M. Shaw et les médecins. *B. M. J.*, 1944, **2**, 570.

E. Irons : L'évolution en médecine : *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 881-883.

T. B. Layton : Le rapport de Beveridge et la profession médicale. *Lancet*, 1943, **244**, 56-57.

P. V. Mc Nutt : Le besoin urgent des docteurs. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 605-607.

S. W. Smith : L'instinct clinique dans le diagnostic. *Lancet*, 1943, **244**, 161.

H. S. Souttar : La médecine et la chirurgie. *B. M. J.*, 1943, **2**, 737-739.

J. M. R. Walsch : Stratégie et tactique dans la recherche. *B. M. J.*, 1943, **1**, 467-469.

Sir E. J. Buzzard : Reconstitution de la pratique de la médecine. *Lancet*, 1942, **242**, 343-346.

W. Davison : La réadaptation des officiers médecins au retour de la guerre. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 816-819.

E. Elliott : Besoins d'après-guerre pour le personnel médical et les autres personnes spécialisées. *J. A. M. A.*, 1943 **122**, 18-20.

M. Fishbein : Contribution de la médecine américaine au service médical d'après guerre. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 30-33.

J. W. Mountin : La réintégration de médecins, mesure préalable à des soin médicaux meilleurs. *J. A. M. A.*, 1944 **126**, 203-205.

J. Paullin : L'organisation du servic médical pour les besoins présents et le exigences futures. *J. A. M. A.*, 1943, **122** 411-413.

C. Skook : La fourniture des médica ments et du matériel médical à la périod d'après-guerre. *J. A. M. A.*, 1943, **122** 15-17.

Infirmières.

D. M. Court : La santé des infirmière des Hôpitaux. *Lancet*, 1943, **245**, 753-755

B. H. Humble et A. J. Mearns ; Film en couleur pour les études d'infirmière *Lancet*, 1942, **242**, 569.

J. Wright : Dossiers de maladie de infirmières des Hôpitaux généraux, 1944 **1**, 585-587.

MÉDECINE PROFESSIONNELLE

Maladies professionnelles.

R. T. Johnstone : Le système actuel d'assurance des maladies professionnelles est-il convenable ? *J. A. M. A.*, 1944, **12.** 271.

Voir aussi Empoisonnements et Intoxications p. 292 et Organes intéressés.

Médecine des accidents.

H. E. Griffiths : Traitement de l'ouvrier blessé. *Lancet*, 1943, **244**, 730-732.

Médecine industrielle.

H. Bartle : Emploi et placement dan l'industrie des handicapés. *J. A. M. A.* 1943, **121**, 1002.

H. Bashford : Surveillance de l'absence par maladie dans l'industrie. *Lancet*, 1942 **243**, 289-290.

L. W. Bruck, W. Compere Bason et J W. Hillsman : Radiogrammes lombo-sa crés de 450 inscrits consécutifs pour l travail de force. *Ann. Surg.*, 1944, **120** 88-93.

L. D. Bristol : Besoins d'éducation dans e domaine de la santé dans l'industrie. . A. M. A., 1942; **119**, 1069-1071.

F. Ellis : Examen médical périodique. 3. J. M., 1942, **2**, 365.

T. O. Garland : Le travailleur de la anté ; la production. *Lancet*, 1942, **243**, 6.

R. Goodhart : Le programme alimenaire national pour l'industrie.. *J. A. M.* 1., 1943, **121**, 823-825.

M. Greenwood : Le milieu social et ndustriel, et la maladie. *Lancet*. 1943, 44, 325-327.

S. A. Henry : Santé d'un travailleur l'usine en temps de guerre. *Lancet*, 1943, 45, 721-724.

S. A. Henry : La santé du travailleur l'usine en temps de guerre. *Lancet*, 1943, 45, 762-765.

Cl. Kuh et B. Hanman : Développement apide du rôle des médecins dans l'utiliation de la main-d'œuvre, *J. A. M. A.*, 944, **125**, 265-271.

C. F. Long : Médecine, travail et induserie s'unissent à Philadelphie. *J. A. M. A.*, 944, **125**, 254-255.

A. Massey et R. C. M. Pearson : L'abence par maladie chez les ouvriers en munitions. *B. M. J.*, 1942, **2**, 694.

M. Merrill et M. Mills : Les soins nédicaux dans une région d'industrie de uerre. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 887-891.

A. Rodger : L'homme et son travail : le la guerre à la paix. *Lancet*, 1943, **245**, 98-299.

G. B. Stanford et K. C. Clark : Radiographie en masse ; plan suivi dans une usine. *Lancet*, 1942, **243**, 216-218

R. Wilson : Les hasards des états de anté rencontrés dans la manufacture de aoutchouc synthétique. *J. A. M. A.*, 1944, **24**, 701-702.

J. Adams : Le plan des soins médicaux l'Association Stanocola. *J. A. M. A.*, 944, **126**, 333-334.

M. Bloom : Variations dans l'organisation du service médical industriel. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 335-336.

G. O. S. B. Brooke . Plans médicaux. *Lancet*. 1942, **243**, 382-383.

S. Garfield : Les principes du plan sanitaire dans les industries Kaiser. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 337-338.

E. Holmblad : Comment progresser avec une aide diminuée (Assistants techniques pour mesures sanitaires dans l'industrie). *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 820-822.

E. Jones : Le plan sanitaire Endicott-Johnson. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 339-340.

M. H. Solworth : Le mouvement nouveau dans le service sanitaire de l'industrie. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 243.

J. Wittmer : Les variations dans l'organisation du service médical industriel. *J. A. M. A.*, 1944. **126**, 344-348.

F. Barlow : Le placement convenable des femmes dans l'industrie. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 687-691.

M. Burnell : Le programme sanitaire pour les femmes dans l'industrie. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 683-686.

H. Hesseltine : Les femmes dans l'industrie. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 789-801.

H. Cl. Hesseltine : Problèmes spécifiques sur la femme dans l'industrie. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 692-697.

M. Kronenberg : Conditions de travail pour les employés du sexe féminin. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 677-682.

J. Mann et D. Archibald : Une étude des femmes employées pour un travail extrêmement fin. *B. M. J.* 1944, **1**, 387-389.

J. V. O'Sullivan et L. R. Bourne : Surveillance des femmes enceintes dans le travail d'usine. *B. M. J.*, 1944. **1**, 108-109.

A. Carlson : Le vieux travailleur. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 806-809.

V. K. Harvey et E. Luongo : Les handicapés physiquement dans l'industrie gouvernementale ; possibilité d'augmenter leur placement. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 100-106.

C. E. Hostetler : Entraînement suivant leur vocation et placement des vétérans. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 258-263.

J. Johnson et V. Hoffman : Le rôle de la médecine industrielle dans la réhabilitation des vétérans. *J. A. M. A.*, 1944, **126** 1073-1076.

MÉDECINE MILITAIRE

Médecine de l'aviation.

Huntington Williams : L'administration médicale du raid aérien en Angleterre. . A. M. A., 1942, **119**, 540-545.

D. Stafford-Clark : Aspects de la médecine de guerre dans la R.A.F., *B. M. J.*, 943, **1**, 139.

Médecine coloniale.

D. B. Blacklock : Le problème de la opulation de l'Inde. *B. M. J.*, 1943, : 05-806.

E. Bulmer : La médecine militaire dans e Moyen Orient. *B. M. J.*, 1943, **1**, 374-76.

A. M. Critchley et I. H. Flack : Problèmes industriels dans le Moyen Orient. *B. M. J.*, 1944, **2**, 334-336.

A. R. Dreisbach : Développement de l'industrie et de la santé sous les tropiques. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 1192-1193. Voir aussi *Infections coloniales.*

Médecine militaire.

H. Diehl : Education médicale et Service d'intendance. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 35-638.

H. Jones : La librairie médicale de l'armée ; son histoire ; ses obligations futures. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 1075.

A. W. D. Leishman et A. R. Kelsall : Une année de médecine militaire dans l'Inde. *Lancet*, 1944, **247**, 231-234.

H. J. Nightingale : Un Hôpital de base en 1918. *Lancet*, 1944, **246**, 525-527.

F. Rankin : Quelques problèmes médicomilitaires courants. *J. A. M. A.*, 1943, 122, 486-488.

L. G. Rowntree, K. Mc Gill et T. Edwards : Causes d'élimination et fréquence les tares (dans l'examen des recrues), *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 181-185.

J. Simmons : L'état présent de la santé le l'armée. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 916-23.

C. J. S. Thompson : Boîte à pharmacie navale et militaire. *Lancet*, 1942, **242**, 548.

J. W. Todd : Le cas médical chronique dans l'armée. *B. M. J.*, 1944, **1**, 19.

A. Weider, B. Mittelmann, D. Wechsler et H. Wolff : L'index sélectif de Cornell ; méthode d'épreuve rapide pour a sélection dans les Forces Armées. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 224-227.

H. P. Whish : Alimentation d'une équipe dans un hôpital de secteur. *B. M. J.* 1943, **2**, 171

Médecine de réadaptation.

R. Allen : Le travail de la Croix-Rouge dans la réhabilitation médicale d'après-guerre. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 26-27.

H. Balme : Quelques problèmes de la réadaptation. *B. M. J.*, 1943, **2**, 47.

Ch. C. Hillman : Le programme de réhabilitation de l'armée pour les aveugles et les sourds. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 321-322.

J. Howitt : Un centre de réadaptation pour l'industrie. *B. M. J.*, 1944, **2**, 52.

P. Karpovich, M. Starr et R. Weiss : Epreuves d'aptitude physique pour les convalescents. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 873-876.

G. D. Kersley : Réadaptation après guerre et réinstallation. *B. M. J.*, 1944, **2**, 632.

F. W. Rankin et W. E. Barton : Etat actuel de la récupération dans l'armée des Etats-Unis. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 256-258.

L. G. Rowntree : Réhabilitation et préhabilitation.. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 1171-1175.

M. J. Shortley : Plans d'Etat pour la réadaptation. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 265.

R. Watson-Jones : La réhabilitation dans la R.A.F. *B. M. J.*, 1942, **1**, 403-406.

Sir R. S. Woods : La réhabilitation dans l'E.M.S. *B. M. J.*, 1942, **2**, 89-90.

Médecine navale.

P. Drinker : Le programme sanitaire et de sécurité de la commission maritime des Etats-Unis. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 822-823.

Sir S. Dudley : L'expérience navale en relation avec un Service de Santé Nationale. *Lancet*, 1944, **247**, 97-100.

Sir S. Dudley : Expérience navale en relations avec un Service de Santé Nationale (fin). *Lancet*, 1944, **247**, 134-137.

M. Greenwood et E. Lewis-Faning : Taux de la mortalité normal dans l'armée navale. *Lancet*, 1944, **247**, 574.

A. Hutchinson : La maladie conférant l'incapacité chez les marins de la marine marchande. *Lancet*, 1944, **245**, 741.

W. Kennedy, F. Brageland et H. Romy : Méthodes rationnelles de sélection des recrues pour la marine. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 549-550.

MÉDECINE PRÉVENTIVE-HYGIÈNE

P. H. R. Anderson, J. A. Buchanan et J. J. Macfarland : Parquets huilés pour contrôler l'infection respiratoire. *B. M. J.*, 1944, **1**, 616.

L. P. Garrod : La poussière d'hôpital : la lumière sauvegarde hygiénique. *B. M. J.*, 1944, **1**. 245-246.

H. S. Gear : Aspects hygiéniques de la victoire de El Alamein. *B. M. J.*, 1944, **1**. 383-386.

I. C. Harwood, J. Powney et C. W. Edwards : Application d'huile faisant tomber la poussière sur la literie d'hôpital. *B. M. J.*, 1944, **1**. 615.

Sir. L. Hill : Les vêtements et les économies de combustibles. *B.M.J.*, 1942 **2**, 524.

E. D. Hoare, J. R. O'Brien et A. G. Watkins : La poussière, véhicule de l'infection dans les salles des hôpitaux d'enfants *Lancet*, 1943, **245**, 666.

J. M. Mackintosh : L'enseignement et la pratique dans la médecine préventive. *Lancet*, 1944, **247**, 1-4.

M. Mitman : La quarantaine dans les hôpitaux généraux. *Lancet*, 1943, **244**, 400.

S. Mudd : Progrès courant dans la stérilisation de l'air. *B. M. J.*, 1944, **2**, 67-69.

O. Robertson, M. Hamburger Jr., C. Loosli, T. Puck, H. Lomon et N. Wise. Nature et lutte contre l'infection d'origine aérienne dans les camps de l'armée. *J. A. M. A.*, 1944 **126**, 993-999.

C. Sutherland : Préparation d'extrait de poussière de maison. *B. M. J.*, 1942, **2**, 280.

MÉDECINE SOCIALE

Médecine légale.

R. Aldrich : Aspects légaux des brûlures. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 576-584.

I. Gordon : Classification des morts d'importance médico-légale. *B. M. J.*, 1944, **2**, 337-338.

Médecine sociale.

Sir J. Buzzard : La médecine sociale et les services de santé. *B. M. J.*, 1942, **1**, 703.

J. Mc Cann : Programmes de prépaiement de la Société médicale ; les leçons tirées de l'expérience de la Massachusetts. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 341-343.

I. Cannon : Activités du service social. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 809-813.

Comité de guerre du Centre Médical : Constatations sur la démobilisation. *B. M. J.*, 1944, **2**, 605.

P. Cornely : Répartition des médecins nègres aux Etats-Unis en 1942. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 826-830.

E. V. Cowdry : L'opportunité pour le médecin de venir en aide aux vieilles gens. *J. A. M. A.*. 1944, **125**, 402-404.

J. A. E. Crew : Médecine sociale : une discipline académique et un instrument de la police sociale. *Lancet*, 1944, **24**. 617-619.

W. Davison : La médecine américaine doit-elle être socialisée ? *J. A. M. A.*, 19.., **122**, 1067-1069.

Lord Dawson of Penn : La médecine et la communauté : un travail d'homme d'Etat. Un discours à l'Association médicale britannique. *Lancet*, 1942, **245**, 401.

Lord Dawson of Penn : Le service médical et le changement social. *B. M. J.*, 1943, **2**, 419.

D. of Penn : La médecine et le bien-être public. *B. M. J.*, 1942, **1**, 573-574.

E. Elliott : L'éducation et la guerre. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 631-632.

M. Fishbein : Relations médicales interaméricaines. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 11.. 1188.

Sir J. Fraser : Les choses à venir. *Lancet*, 1944, **247**, 482.

D. Grant : Direction médicale des courants humains en paix et en guerre. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 607-609.

S. Hastings : Avantages d'un service médical socialisé. *Lancet*, 1942, **243**, 3.. 398.

V. M. Hoge : Centres de santé aux Etats-Unis. *Lancet*, 1944, **246**, 131.

F. Keppel : La santé : problème mondial. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 25.

K. Lande et S. R. Wells : Expériences du système d'examen médical dans une contrée semi-rurale du Maryland. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 897-899.

J. A. Mac Farlane : Dieppe en rétrospective. *Lancet*, 1943, **244**, 498-499.

M. Mackenzie : Le Secours médical en Europe. *Lancet*, 1943, **244**, 183.

J. Owen Reid : Traitement des convalescents civils. *Lancet*, 1942, **242**, 278.

J. Penberton : Les développements possibles de la médecine sociale. *B. M. J.*, 1943, **2**, 754.

S. Proger : Répartition des soins médicaux. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 823.

J. A. Ryle : La médecine sociale : sa signification et son étendue. *B. M. J.*, 1943, **2**, 633-635.

N. Rockefeller : Coopération inter Américaine. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 28-29.

W. A. Sawyer : Les progrès accélérés de la santé dans les Amériques. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 1189-1190.

Un Service de Santé nationale : Rapport du Conseil du B. M. A. — *B. M. J.*, 1944, **1**, 643-647.

Et réponse du Ministre. *B. M. J.*, 1944, **1**, 647-651.

C. Stocks : Statistiques vitales en Angleterre et au Pays de Galles en 1941. *B. M. J.*, 1942, **1**, 789.

P. Stocks : Mortalité des hommes entre 50 et 65 ans. *Lancet*, 1943, **244**, 543.

P. Stocks : Statistiques vitales de 1942. *Lancet*, 1943, **244**, 672-674.

P. Stocks : Statistiques vitales de 1943. *Lancet*, 1944, **247**, 65-66.

Sir A. Wright : Une digression sur la terminologie de l'expérimentation statistique. *Lancet*, 1943, **245**, 657.

Médecine sportive.

C. B. Alnutt : L'entraînement dans l'hygiène militaire. *Lancet*, 1942, **242**, 733.

C. Cureton, Th. Cureton : L'inadaptabilité des jeunes gens à l'aptitude motrice. *J. A. M. A.*, 1943, **123**. 69-73.

J. R. Gallagher et L. Brouha : Préparation physique ; son appréciation et son importance. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 834-837.

W. R. Hackett : Détermination de l'activité physique. *Lancet*, 1943, **244**, 430.

J. Howitt, A. Wesson : Centre de développement physique de l'armée. Objet du plan actuel. Principes adoptés, entraînement de l'amélioration physique, traitement physique, routine médicale, résultats. *Lancet*, 1942, **242**, 373-375.

W. P. Jacobs : La préparation physique dans l'industrie. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 831-833.

E. A. Nicoll : Principes de la thérapeutique d'exercices. *B. M. J.*, 1943, **1**, 747.

F. Roberts : Observation sur l'entraînement des étudiants. *B. M. J.*, 1944, **2**, 284.

L. G. Rowntree : Programme national de préparation physique d'après 13 millions d'examens physiques. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 821-827.

C. A. Wilzbach : Programme de préparation physique ; examen médical et dentaire de 5.620 étudiants senior et junior des Hautes Ecoles. *J. A. M. A.*, 1944. **125**, 828-830.

F. Wishard : Techniques de l'examen physique. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 810-812.

Médecine en temps de guerre.

H. Emerson : La santé des civils en temps de guerre. *J. A. M. A.*, 1942, **119** 1389-1392.

D. K. Freedman : Problèmes de la santé dans le logement de guerre. *J. A. M. A.* 1942, **120**, 9-13.

W. R. Hume : La médecine en temps de guerre au temps de Harvey et depuis lors. *Lancet*, 1943, **245**, 529-531.

V. Korenchevsky : La guerre et le problème du vieillissement. *J. A. M. A.* 1942, **119**, 624-630.

H. L. Kretschmer : La médecine américaine et la guerre. *J. A. M. A.*, 1..., **125**, 461-462.

F. Lull : Médecine et guerre. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 638-640.

Sir E. Mellanby : La recherche médicale en temps de guerre : *B. M. J.*, 1943 **2**, 351-355.

F. W. Rankin : Les responsabilités de la médecine en temps de guerre. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 537-540.

II. — THÉRAPEUTIQUE

Sir H. Dale : Une vue sur la thérapeutique. B. M. J., 1943, 2, 411-415.

J. N. P. Davies : Auto-médication et médicaments patentés. B. M. J., 1944, 2, 8.

H. Joules : Le potentiel des médicaments municipaux. Lancet, 1942, 243, 96.

H. Kretschmer : L'enseignement de la thérapeutique par les drogues. J. A. M. A., 1944, 125, 326.

J. W. Linnell et W. A. R. Thomson : Quelques fautes de thérapeutique. B. M. J., 1943, 2, 572-574.

A. Smith : La pharmacie de l'hôpital. J. A. M. A., 1943, 121, 1003.

M. W. Thewlis : Les soins de l'homme âgé. J. A. M. A., 1942, 120, 749-752.

R. Walton : Administration sublinguale des drogues. J. A. M. 1944, 124, 138-143.

M. Warren : Le soin des malades chroniques. B. M. J., 1943, 2, 822.

W. M. Yater : Qu'y a-t-il de mauvais dans les thérapeutiques modernes. J. A. M. A., 1942, 119, 1067-1069.

AGENTS THÉRAPEUTIQUES

W. I. Anderson : Action tonique de la strychnine. B. M. J., 1944, 1, 360.

M. Barber, G. A. D. Haslewood : Action antibactérienne de 2-aminophénol. B. M. J., 1944, 2, 754.

H. Benny : Valeur antibactérienne de l'éthylène-glycol-monophényl-éther (Phénoxétol). Lancet, 1944, 247, 175.

C. Burnstein : Le hasard de l'administration de la paraldéhyde ; clinique et laboratoire. J. A. M. A., 1943, 121, 187-189.

R. V. Christie : Valeur analgésique de la pethidine per os. Lancet, 1943, 244, 294-295.

H. Consi : Emploi thérapeutique du thorium X. Lancet, 1943, 245, 346-347.

L. H. Cotter : Naphtalènes pentachlorinated dans l'industrie. J. A. M. A., 1944, 125, 273.

P. C. Elmes, A. A. Jefferson : Action de la phaledrine et de la néosynéphrine. B. M. J., 1942, 2, 65-66.

G. E. H. Enderby : Emploi et abus du trichloréthylène. B. M. J., 1944, 2, 300-302.

T. Fox, H. Gold et J. Leon : Hypersensibilité au diurétique mercuriel. J. A. M. A., 1942, 119, 1497-1499.

S. C. Freed, W. M. Eisin et J. P. Greenhill : L'efficacité thérapeutique des esters du diéthylstilbestrol. J. A. M. A., 1942, 119, 1412-1414.

J. Hawking : Héparine intramusculaire ; effets histologiques. B. M. J., 1943, 2, 198.

H. Mc Ilwain et J. Hawking : La chimiothérapie par blocage des produits toxiques bactériens : activité antistreptococcique de la pantoyltaurine. Lancet, 1943, 244, 449-451.

R. A. Mccance, C. E. Edgecombe, E. M. Widdowson : Acide phytique, absorption du fer. Lancet, 1943, 245, 126-127.

S. A. S. Mitchell, W. S. Rees et C. N. Robinson : Marfanil et Marfanil Prontalbin. Lancet, 1944, 246, 627-628.

N. Oaklen, J. P. Donnell : Surdosage massif d'aspirine. B. M. J., 1942, 1, 787.

K. Pfuetze et M. Pyle : Réaction sévère consécutive à l'administration de Diasone. J. A. M. A., 1944, 125, 354.

E. Pronst, M. Mund et R. Lewis : Effets du Tétryl. J. A. M. A., 1944, 126, 424-426.

R. A. M. Scott : Réactions à l'éphédrine. B. M. J., 1943, 1, 414.

J. Seifter et F. Mc Donald : Excrétion urinaire de bismuth suivant une prise abondante non fatale de soussalicylate de bismuth. J. A. M. A., 1943, 123, 149.

R. Snyder et F. Von Œttingen : Nouveau test pour la détection et l'estimation du danger créé par le trinitrotoluène. J. A. M. A., 1943, 123, 202-203.

Ch. Venable et W. Stuck : Emplois cliniques du vitallium. Ann. Surg., 1943, 117, 772-782.

ACRIDINE

C. H. Browning : Les composés amino-acridiniques comme antiseptiques de surface. B. M. J., 1943, 1, 341-342.

I. Hawking : Effet histologique de l'injection d'atébrine. B. M. J., 1944, 2, 209.

I. Ungar et J. A. Robinson : Les antiseptiques à amino-acridine ; comparaison de 2 : k-7-diamino-acridine, 5-diamino-acridine et proflavine. Lancet, 1943, 245, 285-286.

SULFONAMIDES

Dosage. Réactions. Effets.

A. I. Fuller et L. Colebrook : Méthode clinique rapide pour le dosage du sulfanilamide. Lancet, 1942, 242, 760.

I. Hawking : Les composés sulfamidés dans les fèces : résultats avec les fèces des chats, avec les fèces humains, effet sur la flore bactérienne des fèces. Lancet, 1942, 242, 290-291.

A. R. Hodgson et J. R. Robinson : Absorption du sulfanilamide appliqué localement : concentrations sanguines dans 41 cas. Lancet, 1942, 243, 392-393.

J. Peters : Méthode facile et exacte de détermination des sulfamides du sang d'après une goutte prise à l'index. J. A. M. A., 1944, 124, 31.

J. R. A. Prapont et F. Eichhorn : Dosage de la bilirubine du sérum et du sulfanilamide sans précipitation des protéines. Lancet, 1943, 244, 62.

W. I. Salter et R. H. Morgan : Une méthode par filtration pour stériliser la poudre de sulfamide. B. M. J., 1942, 2, 482.

A. Cantarow, C. Cubberley Jr et A. Rakoff : La diffusion du sulfanilamide dans le liquide péritonéal artificiel. Arch. int. Méd., 1942, 69, 456-459.

J. Nelson : Sensibilité acquise aux sulfonamides. J. A. M. A., 1942, 119, 560-561.

R. G. Park : Allergie sulfamidique. B. M. J., 1944, 1, 781.

R. G. Park : Allergie sulfamidique : persistance de la désensibilisation. B. M. J., 1944, 2, 816.

D. Russell et D. Beck. Effets histologiques des mélanges sulfamides.proflavine. B. M. J., 1944, 1, 112-113.

G. G. Wallis : Hypersensibilité générale aux sulfamides après application superficielle. B. M. J., 1944, 2, 149.

H. L. de Waal, A. C. Kanaar et J. Menaughton : Action antisulfanilamidique de la procaïne in vivo. Lancet, 1942, 243, 724-726.

Ch. Brenner et S. Cohen : Effets de certains sulfamides sur l'activité électrique du cortex cérébral. J. A. M. A., 1943, 123, 948-950.

A. A. Charteris : La poudre de sulfanilamide locale dans la radiothérapie. B. M. J., 1943, 2, 577.

P. Garson : La médication locale orale avec le sulfanilamide. B. M. J., 1943, 2, 452-453.

R. Kracke et E. Townsend : Les effets des sulfonamides sur les plaquettes sanguines. J. A. M. A., 1943, 122, 168-173.

S. C. Little : Effets nerveux et mentaux des sulfonamides. J. A. M. A., 1942, 119, 467-474.

C. M. Norris : Les sulfamides dans la sécrétion bronchique. J. A. M. A., 1943, 123, 667-670.

L. E. H. Whitby : Les sulfamides dans la guerre. B. M. J., 1942, 2, 731.

R. R. Wilcox : La sensibilité généralisée aux sulfamides. B. M. J., 1943, 2, 513.

Accidents.

P. Adams : Pyélite membraneuse radio-opaque consécutive à la sulfonamidothérapie. J. A. M. A., 1943, 122, 419-423.

C. Fisher, N. Agcousti et M. Thompson: Les contaminations bactériennes des onguents à la sulfonamide. J. A. M. A., 1943, 122, 855-858.

J. M. Mac Gregor : Dermatites après traitement local d'une blessure par les sulfamides. B. M. J., 1943, 1, 414.

F. Murphy, J. Kusma, T. Polley et J. Grill : Etudes clinico-pathologiques sur l'atteinte rénale due aux composés sulfonamidés. Arch. int. Méd., 1944, 73, 433-443.

R. G. Park et W. M. Platts : Eruptions sulfamidiques à la lumière solaire. B. M. J., 1942, 2, 308.

R. G. Park : Hypersensibilité cutanée aux sulfamides. B. M. J., 1943, 2, 69-71.

T. Randolph et F. Rawling : L'asthme bronchique manifestation de la sensibilité aux sulfamides. J. A. M. A., 1944, 126, 166.

H. Reed : Empoisonnement par les sulfamides avec manifestations cérébrales. Lancet, 1944, 247, 535.

S. Sherlock et J. C. White. Purpura mortel dû à la sulfapyridine. B. M. J., 1944, 2, 401-402.

Sutliff, M. Helpern, G. Griffin et H Brown : La toxicité du sulfonamide comme cause de mort à New-York en 1941. J. A. M. A., 1943, 121, 4.

H. Welch, G. G. Slocum et R. Herwick: Le tétanos expérimental des poudres de sulfonamides poussiéreuses. J. A. M. A., 1942, 120, 361-364.

Composés sulfamidés.

R. V. Lee : Réactions consécutives à l'administration massive de sulfadiazine. J. A. M. A., 1944, 126, 630.

J. D. Ryan, E. Bauman et J. H. Mulholland : La concentration du sang et l'excrétion urinaire de la sulfadiazine. J. A. M. A., 1942, 119, 484-486.

Voy. *Méninges, Rein, Uretère.*

J. Bunting et N. Levan : Réactions toxiques à la thérapeutique par la guanidine. J. A. M. A., 1944, 125, 773-774.

Hawking : Excrétion de la sulfaguanidine dans les fèces. Lancet, 1942, 242, 704.

J. Scott : Emploi prophylactique de la sulfaguanidine. J. A. M. A., 1943 122, 588-590.

Voy. *Dysenterie, Fièvre typhoïde.*

H. Dowling, E. Dumoff-Stanley, M. Lepper et L. Sweet : Toxicité relative de la sulfamerazine et de la sulfadiazine. J. A. M. A., 1944, 125, 103-104.

P. Hageman, C. Harford, S. Sobin et R. Ahrens : Sulfamerazine. J. A. M. A., 1943, 123, 325-330.

W. Hall et W. Spink : Sulfamerazine ; clinique d'après 116 cas. J. A. M. A., 1943, 123, 125-131.

L. Kasselberg : Réaction grave pemphigoïde après administration de sulfamérazine. J. A. M. A., 1943, 123, 1035.

D. W. Macartney, R. W. Luxton, G. Smith, W. A. Ramsay et J. Goldman : Sulfaméthazine : essai clinique d'un nouveau sulfamide. Lancet, 1942, 242, 639-641.

N. Gough : Concentration de la sulphapyridine dans la bile. Lancet, 1943, 245, 571-572.

J. J. Curry : Agranulocytose aiguë consécutive à la sulfadiazine. J. A. M. A., 1942, 119, 1502.

H. Dowling et M. Lepper : Réactions toxiques du traitement par la sulfapyridine, le sulfathiazol et la sulfadiazine. J. A. M. A., 1943, 121, 1190-1193.

G. Taplin, E. Custer et L. Young : Les sels de sodium de la sulfapyridine. J. A. M. A., 1943, 121, 313-314.

H. E. Vickers : Absorption de la sulfapyridine à travers la plèvre humaine. Lancet, 1943, 245, 760-761.

Voy. Rein. Uretère.

H. L. Archer, E. P. Lehman : Expériences cliniques et de laboratoire avec le succinyl sulfathiazole. Ann. Surg., 1944, 119, 518-525.

L. A. Chambers, T. N. Harris, F. Schumann et K. Ferguson : L'emploi de microcristaux de sulfathiazol en chirurgie. J. A. M. A., 1942, 119, 324-327.

R. Clay et K. L. Pickrell : Réactions toxiques au succinylsulfathiazol. J. A. M. A., 1943, 123, 253-258.

M. Cohen, H. Thomas et A. Kalisch : Hypersensibilité produite par l'application locale de sulfathiazol. J. A. M. A., 1943, 121, 408-410.

R. Darke : Sensibilité à l'application topique d'un onguent au sulfathiazol. J. A. M. A. 1944, 124, 403-404.

W. Kammerer, M. Kalkstein et S. Solomon : Emploi clinique du sulfaméthylthiazol. Arch. int. Méd., 1941, 67, 855-866.

J. A. de Loureiro : Solutions de sulfathiazol supersaturées pour applications locales. Lancet, 1943, 245, 102.

W. C. Merkel et R. C. Crawford : Lésions pathologiques produites par le sulfathiazol : 4 cas mortels. J. A. M. A., 1942, 119, 770-776.

M. O'Donnel : Réactions toxiques à la suspension de paredrine sulfathiazol ; 2 cas. J. A. M. A., 1943, 122, 298.

C. Pilcher, R. Angelucci et W. E. Meacham : Convulsions produites par implantation intracranienne de sulfathiazol. J. A. M. A., 1942, 119, 927.

J. M. Sahnee : Inflammation membraneuse de l'oropharynx, du nez, de la conjonctive due au sulfathiazol. B. M. J., 1943, 1, 606.

H. C. Scott : Réactions toxiques au sulfathiazol. B. M. J., 1943, 1, 635.

A. Weiner : Hypersensibilité cutanée à l'application topique de sulfathiazol. J. A. M. A., 1943, 121, 411-412.

THIOURÉE. THIOURACIL

Thiourée. Thiouracil.

A. B. Anderson : Dosage du thiouracil dans les urines. Lancet, 1944, 247, 242.

D. Campbell, J. W. Landgrebe et J. H. Morgan : Pharmacologie de la thiourée. Lancet, 1944, 246, 630.

W. R. Fearon : La thiourée et la réparation des blessures. B. M. J., 1942, 2, 95.

J. Garrilove et M. Kert : Sensibilité au thiouracil ; 3 cas. J. A. M. A., 1944, 124, 504.

E. Goldsmith, A. Gordon, G. Finkelstein et H. Charipper : Suggestion d'un traitement préventif de la granulocytopénie produite par la thiourée. J. A. M. A., 1944, 125, 847.

C. R. St. Johnston : Réaction toxique de la thiourée : rapport sur 3 cas. Lancet, 1944, 247, 42.

J. Kahn et R. Stock : Agranulocytose mortelle causée par la thiouracil. J. A. M. A., 1944, 126, 358-359.

D. Linsell : Agranulocytose après emploi de thiouracil. B. M. J., 1944, 2, 597

Voy. *Hyperthyroïdisme.*

PÉNICILLINE

Dosages. Réactions. Effets.

K. Beyer, H. Flippin, W. Verwey et R. Woodward : L'effet de l'acide para-aminohippurique sur la concentration de la pénicilline dans le plasma chez l'homme. J. A. M. A., 1944, 126, 1007-1008.

J. W. Bigger : Inactivation de la pénicilline par le sérum. Lancet, 1944, 247, 400-402.

R. V. Christie et L. P. Garrod : Une unité de recherche pour la pénicillinothérapie. B. M. J., 1944, 1, 513-514.

R. Dubos : Agents antimicrobiens d'origine biologique. J. A. M. A., 1944, 124, 633-636.

L. P. Garrod : Contrôle de laboratoire pour la pénicillinothérapie. B. M. J., 1944, 1, 528.

S. J. Harper : Inhibition de la pénicilline dans le milieu de culture de routine. Lancet, 1943, 245, 569-570.

W. Herrell, D. Nichols et D. Heilman : La pénicilline, ses emplois, limitation détection ; d'après 150 cas. J. A. M. A. 1944, 125, 1003-1010.

W. Kirby : Stabilité des solutions de pénicilline à la température de la chambre et de l'étuve. J. A. M. A., 1944, 125, 628.

A. Fleming : Tests *in vitro* du pouvoir de la pénicilline. Pouvoir antibacillaire de la moisissure en train de pousser. La pénicilline en culture liquide. La méthode de titrage. Lancet. 1942, 242, 732.

Sir A. Fleming, M. Y. Young, J. Suchet et A. J. E Rowe : La quantité de pénicilline dans le sérum sanguin après de doses variées de pénicilline par voies différentes. Lancet, 1944, 247, 621-623.

« L'Æthone rendra des services considérabl… point de vue antispasmodique.

. . . .

« J'ai pu me rendre compte des propriétés sédatives extrêmement puissantes de ce médicament qui, d'après les résultats que j'ai pu observer, est infiniment supérieur au bromoforme. »

Extrait des Comptes rendus de la Société Thérapeutique de Paris (séance du 23 avril 1907.)

L'ÆTHONE

EST LE PLUS PUISSANT SEDATIF

de la **TOUX** spasmodique en général

Coqueluche

Toux des **Tuberculeux**

auxquels il permet le sommeil

NON TOXIQUE, bien supérieur au Bromoforme,
il n'a aucun des inconvénients des opiacés et dérivés

Laboratoire de l'ÆTHONE
9, Rue Boissonade, PARIS (XIV°)

Reg. du Com. : Seine, 44.319.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

PRIX ORFILA 1872 — PRIX DESPORTES 1904

DIGITALINE NATIVELLE

Invariable dans ses propriétés physiques et chimiques, dans son action physiologique, thérapeutique et clinique.

Agit plus sûrement que toutes les autres préparations de digitale.

FORMES

Solution au 1/1000.
Comprimés au 1/10 de mg.
Ampoules au 1/4 de mg. pour injections intramusculaires.
Ampoules au 1/5 de mg. pour injections intraveineuses.

LABORATOIRE NATIVELLE
27, Rue de la Procession, PARIS 15

HISTA ®

LINIMENT
INJECTABLE ★ DIMILLI

Aérophagyl

KAOLINASE
simple et belladonée

HORDENOL

Carbonésie
cachets · granulés

LABORATOIRES BEYTOUT
12, Bd SAINT-MARTIN - PARIS (X°) - NORD 76-85

PRODUITS PHARMACEUTIQUES



qualité française

notoriété mondiale

Société Parisienne d'Expansion Chimique
21 rue Jean Goujon Paris 8°



Marques Poulenc Frères & Usines du Rhône
Téléphone : Balzac : 22-94

Sir H. W. Florey : La pénicilline : un examen. *B. M. J.*, 1944, **2**, 169-170.

H. Welch, L. Putnam, W. Randall et A. Herwick : La pénicilline X. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 1024.

L. Cairp : Allergie à la pénicilline. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 429.

H. Welch et A. Rostenberg Jr : L'hypersensibilité du type tuberculine au sodium pénicilline cristallin. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 10-11.

D. W. J. Mc Adam, G. P. Duguid, J. S. W. Challinor : Administration systématique de pénicilline *Lancet*, 1944, **247**, 336-337.

J. M. Alston : Filtrat de pénicilline brute pour traitement local. *B. M. J.*, 1944, **1**, 654-655.

J. W. Bigger : Action synergique de la pénicilline et des sulfamides. *Lancet*, 1944, **247**, 142-144.

A. Bloomfield, L. Rantz et W. Kirby : L'usage clinique de la pénicilline. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 627-632.

R. Coleman et W. Sako : Traitement de la furonculose multiple par la pénicilline. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 427-428.

M. Dawson et G. Hobby : L'usage clinique de la pénicilline. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 611-621.

M. E. Florey, H. W. Florey : Administration générale et locale de la pénicilline. *Lancet*, 1943, **244**, 387-398.

F. Harris : Infusion continue intramusculaire de pénicilline. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 232.

W. Herrell : L'usage clinique de la pénicilline : agent antibactérien d'origine biologique. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 622-626.

C. Keefer, F. Blake, E. Marshall Jr, J. Lockwood et W. Wood Jr : La pénicilline dans le traitement des infections ; établie par la section médicale du National Research Council. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 1217-1224.

W. Mc Kissock, V. Logue et I. Bartholomew : Le besoin de l'asepsie dans la pénicillinothérapie locale. *B. M. J.*, 1944, **2**, 551-554.

W. Mc Knight, R. Loewenberg et V. Wright : La pénicilline dans la gangrène gazeuse. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 360.

L. Loewe, P. Rosenblatt, H. Greene et M Russell : Thérapeutique combinée à la pénicilline et à l'héparine de l'endocardite bactérienne subaiguë. *J. A. M.*, 1946, **124**, 144-148.

R. J. Mc Love : Pénicilline prophylactique. *B. M. J.*, 1944, **2**, 340.

Ch. Lyons : Thérapeutique à la pénicilline des infections chirurgicales dans l'armée des U. S. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 1007-1018.

P. Martin : L'héparine en infusions intraveineuses comprenant la pénicillinothérapie. *B. M. J.*, 1944, **2**, 308.

H. B. May : La pénicilline dans la pratique civile. *B. M. J.*, 1944, **2**, 817.

H. V. Morgan, R. V. Christie et J. A. Roxburgh : Administration systématique de la pénicilline. *B. M. J.*, 1944, **1**, 515-516.

Voy. Cœur. Gastro-entérite. Gonorrhée. Méningite. Œil. Ostéomyélite. Peau. Plèvres. Rhumatisme. Septicémie. Syphilis. Thrombophlébite.

PATULINE

E. Chain, H. W. Florey, M. A. Jennings, D. Crowfoot et B. Low : Identité de la patuline et de la claviformine. *Lancet*, 1944, **246**, 112-113.

M. Greenwood : La patuline. Note statistique. *Lancet*, 1943, **245**, 634.

W. E. Gye : La patuline. Essai préliminaire sur le rhume ordinaire. *Lancet*, 1943, **245**, 630.

H. Raistrick : La « patuline » dans le rhume commun : une recherche en collaboration sur un dérivé de *Penicillum patulum* Boinier.

J. H. Binkinshaw, S. E. Michaël, A. Bracken et H. Raistrick : Biochimie et chimie. *Lancet*, 1943, **245**, 625-629.

J. M. Stansfeld, A. E. Francis et C. H. Stuart-Harris : Essais de laboratoires et cliniques du patulin. *Lancet*, 1944, **247**, 370-372.

GRAMICIDINE

A. N. Belozersky et I. S. Passhina : Chimie de la gramicidine S., *Lancet*, 1944, **247**, 716.

G. I. Gause et M. G. Brazhnikova : Gramicidine S. Origine et mode d'action. *Lancet*, 1944, **247**, 715.

P. G. Sergiev : Emploi clinique de la gramicidine. *Lancet*, 1944. **247**, 717.

DICOUMARIN

E. V. Allen, N. W. Barker et J. M. Waugh : Une préparation de trèfle gâté qui prolonge la coagulation et le temps de prothrombine du sang : le dicoumarin. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 1009-1015.

J. L. Bollman et F. W. Preston : Les effets de l'administration expérimentale de dicoumarin. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 1021-1024.

W. L. Butsch et J. D. Stewart : Expériences cliniques avec le dicoumarin. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 1025-1026.

I. Crawford et J. R. Nassim : Réponse inhabituelle à la thérapeutique au dicoumarol. *Lancet*, 1944, **247**, 404.

J. Lehmann : Effet des dérivés de la coumarine et de la dicoumarine sur le niveau de la prothrombine. *Lancet*, 1942, **244**, 458-459.

I. S. Wright et A. Prandoni : Le dicoumarin 3-3 méthylène-bis (4-hydroxycoumarin) : Pharmacologie et action thérapeutique chez l'homme. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 1015-1021.

H. Zucker : Expériences cliniques tirées du dicoumarol. *J. A. M.*, 1944, **124**, 217-219.

III. — EMPOISONNEMENTS — INTOXICATIONS

V. T. Austin : Anémie chronique et leucopénie dans l'empoisonnement combiné par l'acétanilide et l'aminopyrine. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 911-913.

H. B. Gates : Relations de la fonction rénale avec la cirrhose du foie et l'alcoolisme ; comparaison des résultats de la fonction rénale avec le degré des altérations organiques dans la cirrhose et avec les résultats de ces tests chez les alcooliques sans cirrhose. *Arch. int. Méd.*, 1941, **67**, 383-398.

L. Ellerbrook et C. van Gaasbeeck : La sûreté des épreuves chimiques pour intoxication alcoolique ; importance du choix du matériel d'analyse. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 996-1002.

F. Lemere, W. L. Voegtlin, W. Broz, P. O'Hollaren et W. Tupper : Traitement par le réflexe conditionnel de l'alcoolisme chronique. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 269-271.

M. M. Miller : Traitement ambulatoire de l'alcoolisme chronique. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 271-275.

Sir W. Savage : Empoisonnement par les aliments. *B. M. J.*, 1942, **2**, 584.

G. Merrill : Morts dues à l'Aminophylline. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 1115.

A. Hertzog, A. Karlstrom et M. Bechtel : Empoisonnement accidentel par le sulfate d'amphetamine. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 256.

H. Rosenbaum : Empoisonnement par le sulfate d'amphetamine chez un enfant de 20 mois. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 1011.

A. D. Charters : Un cas d'empoisonnement par l'aspirine. *B. M. J.*, 1944, **1**, 10.

G. M. Fyfe et B. W. Anderson : Déclenchement d'empoisonnements arsenicaux aigus. *Lancet*, 1943, **245**, 614.

C. France, M. Barnett et F. Yonkman : Guérison après tentative de suicide avec 8 g. de barbiturates. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 173-174.

I. B. Hobbs : Cas mortel d'empoisonnement par le gaz moutarde. *B. M. J.*, 1944, **2**, 306-307.

R. N. de Jong : Empoisonnement par le méthyl bromide ; les manifestations nerveuses. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 702-703.

R. R. Kracke et W. Platt : Intoxication bromée par une médication personnelle prolongée avec une poudre pour céphalée. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 107-110.

T. Nielsen : Bromidisme après doses excessives de prostigmine-bromide pour myasthénie grave. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 496.

W. Sensenbach : L'intoxication par le brome. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 769-772.

P. Ross : Empoisonnement par le cadmium. *B. M. J.*, 1944, **1**, 252.

P. A. Tumulty et J. E. Howard : Empoisonnement par l'ergostérol irradié. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 233-236.

C. N. Bromehead, M. M. Murray et D. C. Wilson : Distribution de fluorine. *Lancet*, 1943, **244**, 490.

E. Young et R. Smith : L'acide lactique, poison corrosif. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 1179-1181.

Don W. Fawcett et J. Gens : Empoisonnement au magnésium consécutif à un lavement de solution de sel d'Epsom. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 1028.

G. Brown, L. Friedfeld, M. Kissin, W. Modell et R. M. Sussmann : Mort suivant immédiatement l'administration intraveineuse de purines mercurielles (mercurpurin). *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 1004-1005.

A. C. Degraff et R. A. Lehman : La toxicité aiguë des diurétiques mercuriels chez l'homme. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 998.

A. C. de Graff et J. E. Nadler : Revue des manifestations toxiques des diurétiques mercuriels chez l'homme. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 1006-1011.

W. H. Higgins : Effets toxiques aigus des diurétiques mercuriels. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 1182-1183.

E. Townsend : Empoisonnement mortel par le liniment au salicylate de méthyle. *B. M. J.*, 1943, **1**, 382.

H. K. Beecher : Empoisonnement tardif par la morphine chez les blessés de guerre. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 1193.

E. Collier : Empoisonnement par le naphtalène chloré. *Lancet*, 1943, **244**, 72-73.

N. G. B. Mc Letchie et D. Robertson : Empoisonnement par le naphtalène chloré. *B. M. J.*, 1942, **1**, 691.

L. M. Johnston : Tabagisme et nicotine. *Lancet*, 1942, **243**, 742-743.

H. H. Perlman et A. Dannenberg : L'excrétion de la nicotine dans le lait et l'urine des fumeuses de cigarettes. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 1003-1008.

G. M. Roth, J. Mc Donald et C. Sheard : L'effet de fumer des cigarettes et de l'administration intraveineuse de nicotine sur l'électrocardiogramme, le métabolisme basal, la température cutanée, la pression et le pouls des personnes normales. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 761-766.

R. E. Hemphill et H. Heller : Réactions toxiques dues à la paraldéhyde. *B. M. J.*, 1944, **2**, 628-629.

C. H. Copi : Aspiration du pétrole. *Lancet*, 1942, **242**, 469.

D. R. Humphreys : Mort par empoisonnement avec la phénothiazine. *Lancet*, 1942, **243**, 39-46.

J. C. Steele : Empoisonnement par le phosgène ; 2 cas. *Lancet*, 1942, **242**, 316-317.

A. J. Blaxland : Empoisonnement fatal par le phosphore d'une balle. *B. M. J.*, 1942, **2**, 664.

J. M. Mac Donald et E. Kaplan : L'empoisonnement par le plomb dans la ville de Baltimore. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 870-872.

C. Futch : L'intoxication par le plomb par un projectile logé dans le sinus sphénoïde ; ablation. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 580-582.

H. Kilgore et P. S. Rhoads : Un cas d'empoisonnement par l'arséniate de plomb suivi de guérison. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 1125.

J. Marchand et C. Finch : Intoxication spontanée mortelle par le potassium chez les urémiques. *Arch. int. Med.*, 1944, **73**, 384-390.

W. O. Russell et W. C. Stahl : Empoisonnement mortel par le thyocyanate de potassium donné pour hypertension. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 1177-1181.

W. Limbeck, I. Hill et J. Beeman : Empoisonnement aigu par le sodium fluoride. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 826-827.

R. Clay et K. L. Pickrell : Réactions toxiques au Pucenylsulfathiazol. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 253-258.

M. O'Donnell : Réactions toxiques à la Suspension de Paredrine Sulfathiazol ; 2 cas. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 298.

J. M. Barnes et R. J. Rossiter : Toxicité de l'acide tannique. *Lancet*, 1943, **245**, 218-221.

G. R. Cameron, R. J. Milton et J. W. Allen : Toxicité de l'acide tannique ; recherche expérimentale. *Lancet*, 1943, **245**, 179-185.

G. Forbes : Empoisonnement par le tétrachloréthane. *B. M. J.*, 1943, **1**, 348-350.

J. Beattie, P. H. Herbert, C. Wechtel et G. W. Steele. — Empoisonnement par le tétrachlorure de carbone : métabolisme du soufre. *B. M. J.*, 1944, **2**, 847-848.

A. Corcoran, R. Taylor et T. Page : Néphrose aiguë toxique par empoisonnement au tétrachlorure de carbone. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 81-84.

J. Eddy Jr : Anémie aplastique due au trinitro-toluène. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 1169-1172.

A. M. Kennedy et J. Ingham : La porphyrinurie dans l'empoisonnement par le T. N. T (Trinitrotoluène). *B. M. J.*, 1942, **1**, 490-491.

W. L. Palmer, G. Mac Shane et W. Lipman : La nécrose toxique du foie du trinitrotoluène. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 1025-1027.

R. Wilson : Empoisonnement par le toluène. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 1106-1107.

G. Gustafson, S. Koletzky et A. Free : Effet du citrate de soude sur l'empoisonnement par l'uranium chez le chien. *Arch. int. Méd.*, 1944, **74**, 416-423.

W. Gough et N. Ashton : Méthémoglobinémie après ingestion d'un liniment antigaz. *B. M. J.*, 1944, **2**, 854.

J. L. Hamilton-Preston et E. Browning : Effets toxiques chez les femmes exposées aux effets des solutions de caoutchoucs industriels. *B. M. J.*, 1944, **1**, 349-352.

A. H. Mohammed : La préparation de la toxine du scorpion. *Lancet*, 1943, **244**, 337.

Voy. aussi *Thérapeutique (Accidents)* et *maladies professionnelles*.

IV. — INFECTIONS — INFESTATIONS — PARASITOSES

BACTÉRIOLOGIE

A. Fleming : Une méthode simple pour la culture de différenciation. *B. M. J.*, **1**, 1942, 547.

W. N. Leak : Photomicrographie avec des appareils ordinaires. *B. M. J.*, 1943, **2**, 787.

S. Marshall : Méthode de coloration Ziehl-Gram combinée. *B. M. J.*, 1943, **2**, 232.

E. Osgood, J. Bullowa et I. Brownlee : Efficacité des diverses drogues sulfonamidées et de la néoarsphénamine contre les pneumocoques dans les cultures de moelle osseuse ; étude comparative. *Arch. int. Med.*, 1942, **73**, 13-17.

F. B. Trudeau et R. L. Yeager : Organismes fixant les colorants acides dans les crachats avec constatations radiographiques normales, ou douteuses. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 706-708.

I. Ungar et A. L. Bacharach : La présence d'un facteur diffusant parmi les métabolites des micro-organismes aérobies. *B. M. J.*, 1942, **1**, 409-411.

N. J. Hayward et A. A. Miles : Milieu ferrique pour la culture à l'air de germe anaérobies. *Lancet*, 1943, **244**, 645.

J. C. Sawlethonias, W. A. Hulme : Un milieu de tellurite dans le diagnostic de la dysenterie. *Lancet*, 1942, **242**, 321.

M. Barritt : Une teinture de Pappenheim améliorée pour la détection des go



ocoques dans un frottis de pus. B. M. J., 943, 1, 254.
M. M. Barritt : Une coloration de Pappenheim améliorée pour les gonocoques. B. M. J., 1944, 1. 494.

W. Altemeier : La bactériologie des plaies traumatiques. J. A. M. A., 1944, 24, 413-416.

B. Cadness-Graves, R. Williams, S. G. Larpen et A. A. Miles : Le slide test (sur lame) pour les staphylocoques à coagulase. Lancet, 244, 376-377.

J. C. Coldeck et H. Proom : Le plasma le lapin desséché pour le test de la coagulase staphylococcique. B. M. J., 1944, 2, 71.

P. Lominski et E. Grossfield : Test de a coagulase pour la détection rapide du taphylocoque doré. B. M. J., 1944, 2, 54.

L. Rantz et G. Dole : Anticorps du streptocoque hémolytique du groupe A. III Etude de l'infection simultanée d'un grand nombre d'hommes par un type unique. Arch. int. Med., 1944, 73, 238-240.

S. L. Cummins : Effets de l'urée sur le bacille tuberculeux. B. M. J., 1942, 1, 609.

H. Lempert : La microscopie fluorescente dans la détection des bacilles tuberculeux. Lancet, 1944, 247, 818-821.

K. S. Rosenberg : Méthode de culture sur lame (Slide method) du bacille de Koch. Lancet, 1943, 244, 615.

A. Félix : Formation de types de bacilles typhoïdiques par le Vi bactériophage. B. M. J., 1943, 1, 435-437.

A. Félix, B. R. Callow : Formation des types de bacilles paratyphoïdes B par le Vi bactériophage. B. M. J., 1943, 2, 127-129.

W. H. Bradlez : Etude du Bacterium thyphosum type D 4. B. M. J., 1943, 1, 438-440

C. Jungeblut et J. Bourdillon : Electromicographie du virus de la poliomyélite murine. J. A. M. A., 1943, 123, 399-402.

A. Sabin et ses Aides : Types B. de Saint-Louis et Japonais d'encéphalite épidémique ; développement de vaccins non infectants. J. A. M. A., 1943, 122, 477-485.

U. J. Wile, R. G. Picard et E. B. Kearny : La morphologie du Spirochaeta pallida à l'électromicroscope. J. A. M. A., 1942, 119, 880-881.

Infections. Maladies infectieuses.

I. Anderson et A. C. Lendrum : Développement plus complet des fièvres d'hôpital : avec référence spéciale à leurs services scientifiques médicaux. Lancet, 1943, 245, 23.
R. Cruickshank : Problèmes du contrôle des maladies infectieuses. B. M. J., 1943, 2, 159-162.
D. I. Johnstone : Le diagnostic erroné dans les fièvres infectieuses communes. B. M. J., 1944 2, 555-558.
W. J. Martin : Tendances récentes de quelques maladies infectieuses. B. M. J., 1942, 2, 540-541.
H. Reimann : Les maladies infectieuses; revue de 1939-1940. Arch. int. Méd., 1940, 66, 478-525.
H. Reimann : Maladies infectieuses ; d'après les publications de 1940-1941. Arch. int. Med., 1941, 68, 324-368.
H. Reimann : Maladies infectieuses en 1941-1942. Arch. int. Méd., 1942, 70, 132-177.
H. Reimann : Les maladies infectieuses; revue annuelle. Arch. int. Méd., 1944, 74, 280-309.

INFECTIONS BACTÉRIENNES

Méningocoque.

A. B. Christie : Un syndrome extraordinaire de rechute méningococcique. Lancet, 1942. 243, 641-642.
W. S. C. Copeman : Septicémie à méningocoque. B. M. J., 1942, 1, 760.
A. A. Driver : Septicémie à méningocoque chronique. B. M. J., 1942, 1, 695.
G. E. Harries : Fièvre cérébro-spinale traitée par la chimiothérapie. B. M. J., 1942, 2, 423-424.
A. A. Judd : Chimiothérapie et sérothérapie de la méningite méningococcique. B. M. J., 1943. 1, 501-503.
L. Kilham : Septicémie à méningocoques avec fièvre typique de malaria. B. M. J., 1942, 2, 696.
M. Lepper, L. Sweet et H. Dowling : Traitement des infections méningococciques par la Sulfadiazine et la Sulfamérazine. J. A. M. A., 1943, 123, 134-137.
R. Priest : Septicémie à méningocoque ressemblant à la malaria. B. M. J., 1942, 2, 129.
R. Reid Sn. et L. Rhonstein : Conjonctivite méningococcique. J. A. M. A., 1944, 124, 703.
E. Rundlett, A. M. Gnassi et P. Price : Méningite méningococcique ; valeur pronostique du sucre du liquide céphalorachidien. J. A. M. A., 1942, 119, 695-696.
H. Thomas et C. Leiphart : Septicémie et purpura avec hémoragie surrénalienne chez l'adulte (Syndrome de Waterhouse-Friedrichsen) ; rôle de la surrénale dans la production du syndrome. J. A. M. A., 1944, 125, 884-899.
L. Webb Hill et H. S. Lever : Infection méningococcique dans un camp d'armée. J. A. M. A., 1943, 123, 9-13.

Staphylocoque.

H. Aranow Jr. et W. B. Wood Jr. : Infection staphylococcique simulant la fièvre scarlatine. J. A. M. A., 1942, 119, 1491-1495.
M. Barber : Un cas de septicémie à staphylocoques blancs avec réaction de 156 variétés de staphylocoques. B. M. J., 1942, 1, 407-408.
J. W. Bigger : Traitement des infections staphylococciques avec la pénicilline par stérilisation intermittente. Lancet, 1944, 247, 497-499.
R. J. Boller : Cas de septicémie à staphylocoque traité par la pénicilline. J. A. M. A., 1944, 125, 629.
E. C. B. Butler et J. C. O. Valentine : Observations sur l'infection staphylococcique aiguë. Lancet, 1943, 244, 194-196.
S. O. Dobling : Empoisonnement staphylococcique dû à un potage contaminé. Lancet, 1942, 242, 382.
W. S. Flowers, D. H. Collins et K. H. Hardy : Septicémie staphylococcique ; 2 cas traités par le sulfathiazol. Lancet, 1942, 242, 470-473.
H. B. Norman : Septicémie à staphylocoque traitée avec la sulfadiazine. B. M. J., 1944, 1, 183.
E. Osgood : Traitement par la néoarsphénamine des infections bactériennes ; méthode d'administration pour maintenir une concentration sanguine uniforme pour le traitement des infections staphylococciques graves et de l'endocardite bactérienne subaiguë. Arch. int. Méd., 1942, 69, 746-765.
I. Schlossberg : Septicémie à staphylocoque traitée avec la pénicilline. B. M. J., 1944, 1. 326.
W. Spink, A. Hansen et J. Paine : Bactériémie staphylococcique : traitement par la sulfapyridine et le sulfathiazol. Arch. int. Méd., 1941, 67, 25-35.
R. Sutherland : Septicémie staphylococcique. Arch. int. Méd., 1940, 66, 1-10.

Streptocoque.

L. Colebrook, S. D. Elliott, W. R. Maxted, C. W. Morely et M. Mortell : Infections par streptocoques non-hémolytiques du groupe A. Lancet, 1942, 243, 30-31.
C. Keefer, L. Rantz, H. Shuman et C. Rammelkamp : Distribution des types spécifiques de streptocoques hémolytiques dans 990 cas d'infection. Arch. int. Méd., 1942, 69, 952-973.
R. A. Shooter et P. Waterworth : La transmissibilité de l'infection streptococcique hémolytique par les mouches. B. M. J., 1944, 1, 247.
H. W. Hales : Septicémie à pneumocoque : lavage et sulfapyridine. B. M. J., 1942, 1, 495.
R. Robinson : Infection humaine avec Pasteurella septica. B. M. J., 1944, 2, 725.
S. Blackford et C. Casey : Tularémie pleuropulmonaire. Arch. int. Méd., 1941, 67, 43-71.
J. Ransmeier et I. Schaub : Culture directe du Bacterium tularense du sang humain obtenu durant la vie et à l'autopsie ; 3 cas mortels de tularémie et notes brèves sur deux autres. Arch. int. Méd., 1941, 68, 747-762.

Typhoïde, Paratyphoïde.

S. S. Bhatnagar : Valeur pronostique des investigations de laboratoire dans la typhoïde. B. M. J., 1944, 1, 417-419.
T. Bunnoughs et F. Freahan : Echec de la sulfaguanidine sur un porteur de germe typhoïdique. J. A. M. A., 1943, 123, 763.
H. Gold et F. Fitzpatrick : Fièvre typhoïde chez un travailleur de laboratoire préalablement vacciné. J. A. M. A., 1942, 119, 1415-1416.
J. I. Goodall : Septicémie typhoïde : rapport d'un cas. Lancet, 1944, 247, 851.
H. Harvill : Abcès typhiques du poumon. J. A. M. A., 1942, 119, 494-496.
J. Hoagland : Traitement spécifique de la typhoïde : l'inefficacité du sulfathiazol et de l'immunsérum. J. A. M. A., 1943, 122, 653-655.
R. J. Hoagland : Porteur de germe typhique traité par la sulfaguanidine. J. A. M. A., 1942, 120, 1211-1212.
W. M. M. Kirby et L. A. Rantz : Le traitement des porteurs de germes typhiques et dysentériques par le succinyl sulfathiazol. J. A. M. A., 1942, 119, 615-618.
R. J. Peters et D. N. Clutterbuck : Epidémie localisée de typhoïde à Glasgow. B. M. J., 1942, 2, 719-720.
T. Woodward et E. Bland : Observations cliniques de fièvre typhique ; sur le système cardio-vasculaire en particulier. J. A. M. A., 1944, 126, 287-292.
A. Felix et R. R. Callon : Formation des types de bacilles paratyphoïdes B par le Vi bactériophage. B. M. J., 1943, 2, 127-129.
J. R. Hutchinson : Le type du phage dans les investigations sur la fièvre paratyphoïde B. B. M. J., 1943, 2, 130.
D. J. Jones, P. S. H. Gell et R. Knox : Epidémie de paratyphoïde B par la voie aqueuse. Lancet, 1942, 243, 362-363.
H. Lœwenthal et W. J. Corfield : Porteur de paratyphoïde traité par la sulfaguanidine. B. M. J., 1943, 2, 165.
S. C. Parry : Une poussée de paratyphoïde B. B. M. J.. 1942. 2. 661-663.
I. F. M. Scott, P. B. Benson, W. H. Hawley, etc. : Infection à paratyphoïde B : inactivité de la sulfaguanidine. Lancet, 1943, 244, 487-489.

Fièvre ondulante.

J. C. Cruickshank et G. A. Stevenson : Fièvre ondulante dans une école. B. M. J., 1942, 1, 522-523.
R. N. Herson : Fièvre ondulante montrant des lésions vertébrales. B. M. J., 1942, 1, 762.
D. G. Leys : Fièvre ondulante. B. M. J., 1943, 1, 186-188.

Tétanos.

J. Cooke et F. Jones : La durée de l'immunité tétanique passive et ses effets sur l'immunisation active par la toxine tétanique. J. A. M. A., 1943, 121, 1201-1208.
L. Colle : Tétanos. B. M. J., 1942, 2, 550-551.
J. A. Cosh : Tétanos à la suite d'une résection importante d'intestin. Lancet, 1944, 247, 596.
A. I. Duncan : Le tétanos dans la puerpéralité. B. M. J., 1942, 2, 426.
E. C. Edwards : Le tétanos dans la puerpéralité. B. M. J., 1943, 1, 382.
W. F. Frazer et I. Fowyveather : Le tétanos chez les donneurs de sang. B. M. J., 1942, 1, 759.
A. Jolleys : Tétanos à la suite d'une appendicectomie. B. M. J., 1944, 1, 151.
W. Lewin : Tétanos après plaie crânienne chez un sujet immunisé. B. M. J., 1944, 2, 11.
R. J. Mcgill : Tétanos probable malgré l'inoculation avec des toxoïdes. B. M. J., 1943, 1, 40-42.
H. B. Norman : Le tétanos chez le sujet immunisé. Lancet, 1943, 244, 557.
P. H. Schurr : Tétanos grave avec guérison. B. M. J., 1944, 1, 845.
R. Spaeth : Thérapeutique du tétanos ; étude de 276 cas. Arch. int. Med., 1941, 68, 1133-1160.
A. L. Watkins : Electromyogrammes dans le diagnostic et le pronostic du tétanos. J. A. M. A., 1942, 119, 261-262.
H. Welch, G. C. Slocum et J. J. Durnett : Production du tétanos chez le cobaye. J. A. M. A., 1942, 119, 1396-1401.
H. Welch, G. C. Slocum et R. Herwick : Le tétanos expérimental des poudres de sulfonamides poussiéreuses. J. A. M. A., 1942, 120, 361-364.

Gangrène gazeuse.

W. Erd et P. Hodes : Comparaison des résultats de la radiothérapie, des sulfamides et de la sérothérapie dans la gangrène gazeuse expérimentale chez le pigeon. Ann. Surg., 1942, 116, 713-720.
D. S. Evans, A. I. Fuller et J. Walker : Nouveaux médicaments actifs dans la chimiothérapie de la gangrène gazeuse expérimentale. Lancet, 1944, 247, 523-526.
M. G. Macfarlane : Valeur thérapeutique de l'antitoxine de la gangrène gazeuse. B. M. J., 1943, 2, 636-639.
J. D. Maclennan et M. D. Macfarlane : Traitement de la gangrène gazeuse. B. M. J., 1944, 1, 683-684.
Rapport d'un Comité de Savants soviétiques : L'infection gazeuse du cerveau comme complication de lésions cranio-cérébrales. B. M. J., 1943, 1, 785.
M. Robertson et J. Keppie : Gangrène gazeuse : Immunisation active au moyen de toxoïdes concentrés. Lancet, 1943, 245, 311-313.
M. Kepl, A. Ochsner et L. Dixon : Deux cas d'infection par clostridium Welchii traités par la pénicilline. J. A. M. A., 1944, 126, 96.
G. T. Petrie et D. Steabben : Indentification du clostridium dans la gangrène gazeuse. B. M. J., 1943, 1, 377-379.
J. McIntosh et J. R. Selbie : Action combinée de l'antitoxine et de la chimiothérapie sur l'infection à Cl. Welchii chez la souris. Lancet, 1943, 245, 224.

Diphtérie.

M. Anderson : Diphtérie pharyngée et labiale. B. M. J., 1943, 2, 104.
J. Bullowa et M. Scannel : La fréquence de l'immunisation antidiphtérique inadéquate dans un hôpital de maladies infectieuses. J. A. M. A., 1943, 122, 595.
J. D. S. Cameron et E. L. Muir : Diphtérie cutanée en Palestine du nord. Lancet, 1942, 243, 720-723.
J. W. Crowther : Cas inhabituels de diphtérie. B. M. J., 1943, 2, 646.
J B. Fleming : Un cas inhabituel d'infection diphtérique. B. M. J., 1943, 2, 677.
F. Fulton, R. Moore, J. Taylor, A. Q. Wells et G. S. Wilson : Immunisation contre la diphtérie par un toxoïde précipité par l'alun. B. M. J., 1942, 1, 315-319.
G. A. Garrett : La diphtérie durant l'immunisation. B. M. J., 1943. 1, 102.
B. I. J. Glover et H. D. Wright : La diphtérie chez les personnes vaccinées. Lancet, 1942, 243, 133.
W. Goldie et E. C. G. Maddock : Cas de diphtérie transmise par le lait. Lancet, 1943, 244, 285.
J. Goldman et W. H. Patterson : Insufflation nasale de sulfathiazol chez les porteurs de germes de la diphtérie. B. M. J., 1942, 1, 641.
O. F. Johnstone : La sulfapyridine un adjuvant au traitement post-opératoire de la diphtérie laryngée associée à la rougeole. B. M. J., 1942, 1, 325.
C. Nevdauer : Désordres cardiaques d'origine diphtérique chez les enfants. B. M. J., 1942, 2, 91-93.
C. Neverauer : Signes cliniques de la diphtérie chez des enfants inoculés. Lancet, 1943, 245, 192-193.
H. C. M. Williams : Diphtérie cutanée et conjonctivale. B. M. J., 1943, 2, 416.

J. de Courcy : La périlyphoïdite ; une entité distincte. J. A. M. A., 1943, 123 397-398.
S. Jaffe : Infections extrapulmonaires au Klebsiella pneumoniæ. J. A. M. A. 1943, 122, 292-295.
Joo se Huang : Traitement du choléra asiatique par la sulfaguanidine. J. A. M. A., 1944, 125. 23.
P. B. Wilkinson : Le choléra à Hong Kong. Lancet, 1943, 245, 169.
H. Schwarachek, J. Taylor et M. H. G. White : Infection humaine par le Bact. choleræ suis. B. M. J., 1943, 2, 353-359.
J. Gough, H. Berry et B. M. Still : Le Phénoxetol dans le traitement des infections pyocyaniques. Lancet, 1944, 247 176-178.
P. B. Wilkinson : Le choléra à Hong Kong. Lancet, 1943, 245, 169.

Tuberculose.

H. J. Corper et M. L. Cohn : La présence de bacille tuberculeux relativement avirulent. J. A. M. A., 1942, 120, 427-431

M. Crand : Le test de Mantoux contre le test de Patch. *B. M. J.*, 1943, **1**, 603.

S. L. Cummins : Effets de l'urée sur le bacille tuberculeux. *B. M. J.*, 1942, **1**, 609.

M. Daniels : Réaction à la tuberculine retardée. *Lancet*, 1943, **245**, 600-601.

E. Simpson : Le Patch-testing (test au mucoplaste) dans une ville de la Côte orientale. *B. M. J.*, 1944, **1**, 286.

M. C. Wilkinson et R. J. R. Cureton : Relation des ganglions lymphatiques avec immunité contre la tuberculose. *Lancet*, 1943, **245**, 662.

W. Childness, A. Debbie et E. Hadmon : Cas de tuberculose trouvés dans un hôpital général. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 1063-1064.

W. A. Daley et B. Benjamin : La tuberculose à Londres en temps de guerre. *B. M. J.*, 1942, **2**, 417-419.

W. C. Daley et B. Benjamin : La tuberculose à Londres. *B. M. J.*, 1943, **2**, 712.

M. Daniels : Infection tuberculeuse primaire chez les infirmières : Manifestations et pronostic (suite). *Lancet*, 1944, **247**, 201-204.

M. Daniels : L'infection bacillaire primaire chez les infirmières : Manifestations et pronostic. *Lancet*, 1944, **247**, 244-246.

S. Laidlaw et D. Macfarlane : Facteurs influençant l'incidence de la phtisie à Glasgow. *B. M. J.*, 1942, **2**, 63-64.

H. E. Hilleboe et D. M. Goulu : Conquête sur la tuberculose dans l'industrie. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 241-243.

J. Myers : Plans par Comités pour la lutte contre la tuberculose. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 921-924.

J. E. Wood : La tuberculose dans la marine marchande. *B. M. J.*, 1942, **1**, 716-717.

J. R. C. Heaf, J. V. Hurford, A. Eiser et L. M. Franklin : La tuberculose traitée par la promine. *Lancet*, 1943, **244**, 702-703.

P. Stocks : Les morts par tuberculose et la guerre. *B. M. J.*, 1942, **2**, 750.

W. H. Tytler et K. D. Lapp : Le traitement des lésions tuberculeuses superficielles par application locale de promine. *B. M. J.*, 1942, **2**, 748-749.

Voy. *Poumons, Reins.*

G. G. Kayne : Immunité pour la tuberculose. *B. M. J.*, 1943, **1**, 777-779.

D. Paterson : Test de tuberculine gélatineuse (jelly patch). *B. M. J.*, 1944, **1**, 531.

Voy. *Tuberculose des organes.*

Conjonctivites, Coqueluche, Mélioïdose.

A. Grant et C. Barwell : Mélioïdose chronique : un cas diagnostiqué en Angleterre. *Lancet*, 1942, **244**, 199-200.

Ch. N. Frazier : Lèpre, épidémiologie et histoire naturelle. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 466-470.

H. Haber : 2 cas de lèpre à Londres. *Lancet*, 1944, **246**, 629.

Panno-Castello et F. Triant : Lèpre : rapports de ses aspects clinique, pathologique, immunologique et bactériologique. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 1264-1269.

F. E. Riche : Conjonctivite épidémique et son déterminisme présumé par virus. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 942-943.

R. S. W. Baker : L'antigène de la coqueluche de Lederle. *B. M. J.*, 1943, **1**. 562

A. M. Brooks, W. L. Bradford et G. P. Berry : La méthode de la culture nasopharyngienne dans le diagnostic de la coqueluche. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 883-885.

J. Bullowa et J. Altermann : L'immunité de la coqueluche avec la toxine et l'antitoxine. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 886-890.

P. Cohen et S. Scadron : La transmission placentaire des anticorps protecteurs contre la coqueluche par inoculation de la mère. *J. A. M. A.*, 1943. **121**, 656-662.

L. J. Grant et C. E. Williams : Hémiplégie compliquant la coqueluche. *B. M. J.*, 1943, **2**, 9.

L. A. Lurie et Sol. Levy : Changements de la personnalité et troubles du comportement chez l'enfant à la suite de la coqueluche. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 890-894.

INFECTIONS MYCOSIQUES

R. W. Billington : Actinomycose traitée avec la sulfapyridine. *B. M. J.*, 1944, **1**, 526.

W. Hollendeck et D. Turnoff : Actinomycose traitée par le sulfadiazine. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 1115-1116.

A. Mc Cloy : Actinomycose de la langue traitée par les sulfamides. *B. M. J.*, 1943, **2**, 106.

R. Robinson : Actinomycose du tissu cellulaire sous-cutané de l'avant-bras consécutive à une morsure d'homme. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 1049-1050.

J. Klauder, D. Kramer et L. Nicholas : Septicémie à Erysipelothrix rhusiopathiae; diagnostic et traitement ; un cas mortel d'érysipéloïde. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 938-943.

G. B. Fondes et J. C. Goligner : La nécrobacillose chez l'homme. *Lancet*, 1944, **246**, 399-400.

H. P. Jones : Septicémie due au bacterium necrophorum et à un streptocoque anaérobie. *Lancet*, 1944, **247**, 824.

E. Denenholz et G. Cheney : Diagnostic et traitement de la coccidioïdomycose. *Arch. int. Med.*, 1944, **74**, 311-330.

D. Goldstein et J. Mc Donald : Coccidioïdomycose primitive du poumon. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 557-561.

H. Poston et A. H. Barber : Mycoses systématiques : granulome coccidioïdal. Maladie de Chicago. Sporotrichose. Infection par la torula. Moniliase pulmonaire. Histoplasmose. *Lancet*, 1942, **242**, 393.

L. Quill et Burch : Manifestations chirurgicales de la coccidioïdomycose. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 670-679.

G. W. Stiles et C. L. Davis : Granulome coccidioïdien (Coccidioïdomycose) chez l'homme et l'animal ; son diagnostic chez l'animal. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 765-769.

M. Marshall et W. Teen : Méningo-encéphalite à *torula histolytica*. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 527-529.

Lee Mc Carthy : Mycoses tropicales. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 449-453.

H. Fox : Framboesia, Leishmaniase cutanée et maladie de Pinto (Pinta). *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 459-561.

E. Liebenthal : Pinta (Mal de Pinto, Carate) dans les Etats-Unis continentaux. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 619-623.

M. Moore, Z. Cooper et R. Weiss : Chromomycose. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 1237-1242.

INFECTIONS A SPIROCHÈTES

P. Robinson : Fièvre récurrente à Addis-Abeba. *B. M. J.*, 1942, **2**, 216.

R. B. Scott : Complications neurologiques de la fièvre récurrente. *Lancet*, 1944, **247**, 436-437.

R. Williams : Fusospirochétose : recovery des organismes dans le sang ; 2 cas. *Arch. int. Med.*, 1941, **68**, 80-93.

J. C. Broom et H. C. Brown : Agglutinations anormales de L. ictero-hœmorrhagiae. *B. M. J.*, 1943, **1**, 783.

S. Varadi : La maladie de Weil. *B. M. J.*, 1943, **1**, 126-127.

V. Hart : Maladie de Weil. *B. M. J.*, 1944, **2**, 720.

A. Stewart et L. Witts : Maladie de Weil sans ictère. *B. M. J.*, 1944, **2**, 149.

J. M. Alston et J. C. Broom : Action de la pénicilline sur les leptospires. *B. M. J.*, 1944, **2**, 718-719.

G. M. Findlay, N. H. Martin : Ictère consécutif à une immunisation contre la fièvre jaune : transmission par instillations nasales. *Lancet*, 1943, **244**, 678-680.

A. D. Gardner et C. Vincent : Les chiens : source d'infection à leptospires chez l'homme. *Lancet*, 1943, **245**, 157.

H. Senekjie : Les manifestations cliniques de la leptospirose en Louisiane. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 5-9.

B. G. Maegraith, G. M. Findlay et N. H. Martin : Agent lytique et facteurs d'inhibition dans les tissus humains, et les sérums ; changements dans le facteur inhibiteur du sérum dans la fièvre de Blackwater. *Lancet*, 1943, **244**, 573-574.

G. B. Maegraith et G. M. Findlay : L'oligurie dans la fièvre de Blackwater. *Lancet*, 1944, **247**, 403.

B. G. Maegnaith et R. E. Harvard : Dangers du traitement intensif à l'alcali de la fièvre de Blackwater. *Lancet*, 1944, **247**, 338-339.

P. Beeson : L'étiologie de la fièvre par morsure de rat ; 2 cas dus au spirillum minus. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 332-334.

F. E. Bruno, C. Wilen et J. Snavely : Ictère à spirochètes. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 519-523.

E. R. Cullinan et S. R. E. Whittaker : La fièvre du sandfly (moustique) dans le Moyen Orient. *B. M. J.*, 1943, **2**, 543-544.

R. L. Ferguson : Fièvre du sandfly et série rhumatismale. *B. M. J.*, 1943, **2**, 545.

A. Sabin, C. Philip et J. R. Paul : La fièvre du phlébotome : une maladie importante au point de vue militaire. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 603-606 et 693-699.

PARASITES DU SANG

Trypanosomes.

R. R. Bomfonn : Trypanosomiase chez un Européen traitée par la pentamidine. *B. M. J.*, 1944, **2**, 276.

J. Grant, M. Anderson et R. B. Thompson : Un cas de la maladie du sommeil africain. *Lancet*, 1944, **247**, 624.

Leishmanioses.

D. O. L. Derry, W. I. Card-Rowilson : Histoplasmose de Darling ; Duncan, note mycologique. *Lancet*, 1942, **242**, 224-227.

J. E. Lipscomms et M. O. J. Gibson : Kala-azar chez un adulte, contracté dans l'île de Malte. *B. M. J.*, 1944, **1**, 492-493.

F. L. Price et R. Mayer : Un cas de kala-azar. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 490-491

R. B. U. Somer : Kala-azar traité avec 4 / 4' diamidinostilbène. *Lancet*, 1944, **246**, 531-533.

R. B. Thompson : Le kala-azar chez un marin anglais. *Lancet*, 1944, **246**. 17.

Malaria.

G. J. Aitken : La ponction sternale dans le diagnostic de la malaria. *Lancet*, 1943, **245**, 466-467.

I. Crawford : L'examen du sang au point de vue des parasites de la malaria. *B. M. J.*, 1944, **2**, 348.

J. W. Howie et R. M. Murray-Lyon : La réaction de Tanret dans la malaria. *Lancet*, 1943, **245**, 317-319.

A. C. Lendrum : Fixation des tissus dans des cas de malaria. *B. M. J.*, 1944, **2**, 44.

C. A. Rumball, B. G. Parson-Smith et H. Nance-Kievill : La ponction sternale dans le diagnostic de la malaria. *Lancet*, 1943, **245**, 468.

M. F. Boyd : Les problèmes actuels des infections malariques. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 1179-1187.

P. Carney et N. Levin : Parasitémie malarienne chronique chez les prisonniers italiens. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 1048.

R. P. Gammie : La malaria congénitale en Angleterre *Lancet*, 1944, **247**, 375.

L. Coggeshall : La malaria, menace pour le monde. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 8-10.

S. B. Hughes et R. R. Bomfond : La malaria dans les troupes britanniques en Afrique occidentale. *B. M. J.*, 1944, **1** 69-72.

P. Manson-Bahr : La malaria en temps de guerre. *B. M. J.*, 1942, **2**, 461-489.

L. M. Rongen : La malaria, une maladie non récurrente : revue de 1619 cas dans la Rhodésie du Nord. *Lancet*, 1944, **246**, 533.

J. S. Simmons : Progrès dans la lutte contre la malaria dans l'armée. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 31.

D. Talbot : Nouveaux aspects de la malaria. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 192-194.

Sir M. Watson : Malaria. *B. M. J.*, 1943, **2**, 394.

A. Wingfield : Traitement de la malaria en Angleterre. *B. M. J.*, 1943, **1**, 476.

W. Yorke : Diagnostic et traitement de la malaria en Angleterre, *B. M. J.*, 1942, **2**, 61-62.

L. Appledaum et J. Shrager : Pneumonite associée à la malaria. *Arch. int. Méd.*, 1944, **74**, 155-162.

G. Baum : Malaria latente se présentant comme une anémie. *B.M.J.*, 1944, **1**, 289.

P. H. Birks : Symptomatologie de la malaria. *B. M. J.*, 1943, **1**, 784.

W. Hughes et F. Murgatroyd : Contrôle médicamenteux de la malaria. *Lancet*, 1943, **244**, 699-700.

J. E. Murray et P. S. Shute : Un cas de malaria à *M. falciparum*. *Lancet*, 1942, **243**, 365-366.

J. G. Scott : Herpès cornéen simple dans la malaria. *B. M. J.*, 1944, **2**, 213.

J. Seelig et J. R. Hemming : L'anémie à mégalocytes comme séquelle de la malaria. *Lancet*, 1944, **246**, 498-499.

M. Young, S. Mc Lendon et R. Smarr : L'action sélective du thiobismol sur la malaria provoquée. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 492-494.

N. Brill et V. Pellicano : Malaria estivo-automnale ; syndrome du lobe frontal. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 1150-1152.

C. S. D. Don et P. I. Meyer : Cas extraordinaire de malaria cérébrale. *B. M. J.*, 1944, **1**, 149.

J. M. Rogan : Traitement de la malaria cérébrale. *B. M. J.*, 1944, **2**, 181.

J. B. Sneddon : Cas fatal de paludisme cérébral. *B. M. J.*, 1943, **2**, 814.

D. Weinman et R. Berne : Cure thérapeutique chez l'animal de la toxoplasmose expérimentale aiguë. *J. A. M. A.*, 1944. **124**, 6-13.

Fièvre Tierce, Quarte.

W. L. Anderson et D. B. Bradshaw Cas de fièvre tierce maligne. *B. M. J.* 1943, **1**, 508

K. C. Dixon : Aspects post-mortem des parasites de la fièvre tierce maligne. *B. M. J.*, 1944, **1**, 845.

P. S. Shute : Rechute de la fièvre quarte après 12 et 21 ans. *Lancet*, 1944 **247**, 146.

VIRUS

S. Sulkin et C. Harford : Le diagnostic de laboratoire des maladies à virus. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 643-647.

A. Milzer et S. O. Levinson : Infection de laboratoire par le virus de la chorioméningite lymphocytique. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 27-30.

B. Crown et M. Norris : Le virus de l'encéphalite équine de l'Ouest dans le liquide céphalo-rachidien. *J. A. M. A.*, 1942, **120**. 116-117.

E. Lennette et H. Koprowski : Infection humaine par le virus de l'encéphalomyélite équine venezuelien : 8 cas de laboratoire. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 1088-1095.

R. W. Schlesinger, I. M. Morgan et P. K. Olitsky : La valeur de l'anticorps neutralisant dans l'encéphalomyélite équine expérimentale ; rapports avec la maladie chez l'homme. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 618-620.

H. Dlugosz : La fièvre aphteuse (maladie du pied et de la bouche) chez l'homme. *B. M. J.*, 1943, **1**, 189.

W. Daniels et H. Grennan : La fièvre prétibiale : une maladie obscure. *J. A. M. A.*, 1943, **122**. 361-364.

A. J. Steigman et J. F. Menairscott Virus de l'herpès simple ; méthode simple pour l'adaptation des formes humaines à la souris. *Lancet*, 1942, **242**, 761.

P. B. Beeson, G. Chesney et A. M. M Farlan : Hépatite consécutive à l'injec

tion de plasma d'un convalescent des oreillons : I. Utilisation du plasma dans les épidémies d'oreillons. Lancet, 1944, 246, 814-815.

C. H. Andrewes et K. G. Mills : Virus de la psittacose (ornithosis) chez les pigeons anglais. Lancet, 1943, 244, 292-293.

D. C. Levinson, J. Gibbs et J. Beardwood Jr. : L'ornithose comme cause de la pneumonie atypique sporadique. J. A. M. A., 1944, 126, 1079-1083.

H. J. Shaughnessy et J. Ziehis : Prévention de la rage expérimentale. J. A. M. A., 1943, 123, 528-533.

W. D. Jeans, J. S. Jeffrey et K. Gunders : La pénicilline et la variole : rapport de 4 cas. Lancet, 1944, 247, 44.

C. K. Milliard : La convection aérienne dans les hôpitaux de varioleux. B. M. J., 1944, 1, 628.

P. B. Wilkinson : Le sulfanilamide dans le traitement de la variole. Revue de 103 cas. Lancet, 1942, 243, 67-68.

Typhus. Rickettsies.

R. E. Dyer : Les maladies à rickettsies. J. A. M. A., 1944, 124, 1165-1172.

A. P. Agnew et W. B. Kyles : Le typhus en Grande-Bretagne. B. M. J., 1944, 2, 10

C. G. Baker, G. T. L. Archer et G. B. Mitchell-Heggs : Le typhus endémique. B. M. J., 1943, 2, 506-507.

P. N. Bardhan, N. Tyagi et K. Boutros : Test du sang desséché pour le typhus. B. M. J., 1944, 1, 253.

C. Dinald et P. B. Barker : Typhus transmis par le pou. B. M. J., 1942, 2 333-335.

G. W. M. Findlay : Lutte contre les rickettsia : immunisation contre l'infection ; vaccins du typhus murin vivant et exanthématique. Lancet, 1942, 242, 283.

C. I. Mc Gonn : Sur une épidémie de typhus. Lancet, 1943, 245, 535-536.

Sir J. Megaw . Le typhus. B. M. J., 1942, 2, 401.

Sir J. Megaw : Typhus d'origine phtyriasique. B. M. J., 1942, 2, 433.

J. Smith et R. W. E. Jans : Typhus murin des soldats britanniques en Afrique occidentale. Lancet, 1943, 244, 142.

G. N. Stuart-Harris, G. K. G. Rettie et J. O. Olivier : Etudes de l'agglutination rickettsiale dans la fièvre typhique. Lancet, 1943, 245, 537-538.

M. van den Ende, G. H. Stuart-Harris, E. H. R. Harris et R. Cruikshank : Infection de laboratoire par le typhus murin. Lancet, 1943, 244, 328-331.

M. Wolman : Traitement du typhus avec le sérum chevalin antityphique. Lancet, 1944, 247, 210-211.

A. Yeomans, J. Snyder, M. Murray, C. Zarafonetis et R. Ecke : L'effet thérapeutique de l'acide para-aminobenzoïque dans le typhus murin. J. A. M. A., 1944, 126, 349-356.

F. Zemp : La Q Fever (Rickettsia Burneti). J. A. M. A., 1943, 121, 828-830.

Sir A. Hurst : Fièvre des tranchées. B. M. J., 1942, 2, 318.

G. Baker : La fièvre pourprée des montagnes rocheuses. J. A. M. A., 1943, 122, 841-850.

I. Feden : La pyrexie par morsure de tique. J. A. M. A., 1944, 126, 293.

A. de Sanctis et P. di Sant'Agnese : La paralysie par morsure de tique ; cas à New-York. J. A. M. A., 1943, 122, 86-87.

G. Woodland, M. Mc Dowell et J. Richanos : Bullis fever (Lone star fever-fièvre de tique). J. A. M. A., 1943, 122, 1156-1159.

Influenza.

J. Adams, M. Thigpen et E. Rickard : L'épidémie d'influenza A chez les enfants. J. A. M. A., 1944, 125, 473-475.

G. H. Andrews et R. E. Glover : L'épidémie d'influenza « A » d'Octobre-Décembre 1943. Lancet, 1944, 247, 104.

I. H. Donnelly, H. P. Hughes, D. Robertson et E. Philipp : L'influenza « A » : compte rendu d'une petite épidémie. B. M. J., 1944, 1, 42.

T. Francis Jr. : L'épidémiologie de l'influenza. J. A. M. A., 1943, 122, 4-7.

J. Himmelweit : Influenza à virus B isolé d'un cas fatal de pneumonie. Lancet, 1943, 245, 793.

F. L. Horsfall Jr. : L'état présent du problème de l'influenza. J. A. M. A., 1942, 120, 284-287.

W. Johnson et H. Reid Jr. : Signification de la réaction fébrile dans l'influenza. J. A. M. A., 1944, 125, 948-951.

J. M. Stansfeld et G. H. Stuart-Harris : Une étude clinique d'une épidémie d'influenza B durant l'hiver 1942-1943. Lancet, 1943, 245, 789.

J. Stokes et W. Henle : Etudes sur les méthodes de prévention de l'influenza épidémique. J. A. M. A., 1942, 120, 16-20.

C. H. Stuart-Harris, R. E. Glover et K. C. Mills : Influenza en Bretagne. Lancet, 1943, 245, 790-792.

S. de Navasquez : Laryngite et septicémie dues au H. Influenzæ. B. M. J., 1942, 2, 187.

E. Davis : Abcès pulmonaire en relation avec l'influenza épidémique. B. M. J., 1944, 1, 416.

H. G. J. Henheimen et A. J. Mc Millan : « Pneumonie de l'influenza » atypique dans une école. B. M. J., 1942, 2, 513.

N. Archer et E. Singer : Traitement de la méningite de l'influenza par les sulfamides. B. M. J., 1943, 1, 286.

J. Gordon, H. Woodcock et K. Zinnemann : Méningite due à des variétés Pittman et non Pittman de B. influenzæ. B. M. J., 1944, 1, 779-780.

H. J. Hertzog, I. Logan Cameron et A. Kahlstrom : La méningite de l'influenza chez deux frères. J. A. M. A., 1944, 124, 502.

A. G. Jones et M. V. N. Sudds : Un cas de méningite « influenzale ». B. M. J., 1942, 1, 327.

E. G. Knouf, W. J. Mitchell et P. M. Hamilton : Revue sur la méningite de l'influenza sur une période de 10 ans. (1931-1941). J. A. M. A., 1942, 119, 687-691.

M. E. Matthews : Méningite de l'influenza chez un enfant de 2 ans traitée par la sulfapyridine ; guérison. B. M. J., 1943, 1, 540.

W. Sako, Ch. A. Stewart et J. Fleet : Traitement de la méningite de l'influenza par la sulfadiazine. J. A. M. A., 1942, 119, 327-331.

V. — FIÈVRES ÉRUPTIVES

R. E. Smith : La Quarantaine de contacts : une perte de temps dans les écoles. Lancet, 1943, 244, 401.

Scarlatine.

J. V. Bates : Thrombophlébite migrans postscarlatineuse. B. M. J., 1943, 1, 665.

M. Fox et N. Gordon : Traitement de la fièvre scarlatine. Arch. int. Med., 1944, 74, 1-3.

M. Hamburger, G. Hilles, V. Hamburger, M. Johnson et J. Wallis : Capacité des divers types de streptocoque hémolytique de produire la fièvre scarlatine. J. A. M. A., 1944, 124, 564-566.

H. R. E. Wallis : Scarlatine en miniature après un test de Dick. Lancet, 1942, 243, 219.

R. Watson, F. Schwentker, J. Fetherston et S. Rothbard : Prophylaxie par la sulfadiazine dans une épidémie de fièvre scarlatine. J. A. M. A., 1943, 122, 730-733.

Rougeole.

Niels Dungal : Sérum de convalescent contre la rougeole. J. A. M. A., 1944, 125, 20-21.

J. J. Linehan : Un cas de rougeole hémorragique. B. M. J., 1942, 2, 725.

B. Meyer : Encéphalite après la rougeole avec rigidité parkinsonnienne ; guérison. B. M. J., 1943, 1, 508.

J. H. Mulvany : Œdème de la glotte compliquant la rougeole. B. M. J., 1942, 1, 638-639.

J. Wright, R. Cruickshank et W. Gunn : Contrôle de l'infection streptococcique due à la poussière des salles de rougeoleux. B. M. J., 1944, 1, 611-614.

Rubéole.

R. I. G. Bradford : La méningo-encéphalite de la rubéole. B. M. J., 1943, 1, 312.

Varicelle.

I. M. B. Allen : Varicelle et herpès zostérien chez le même malade. B. M. J., 1944, 2, 115.

A. Holbrook : La formule sanguine dans la varicelle. Arch. int. Med., 1941, 68, 294-307.

J. J. Manning : Herpes zostérien et varicelle concomitante. B. M. J., 1944, 2, 115.

J. Waring, K. Neubuerger et E. Geever : Formes sévères de varicelle chez l'adulte avec autopsie dans un cas d'association à la pneumonie et à l'encéphalite. Arch. int. Med., 1942, 69, 384-408.

Variole.

J. G. Bowe : Maladie de contact dans la variole. Lancet, 1942, 243, 38.

H. J. Howat, W. M. Arnott : Epidémie de pneumonie dans les contacts de variole. Lancet, 1944, 247, 312.

Sir A. Mc Gregor et R. J. Peters : Epidémie de variole à Glasgow. B. M. J., 1942, 2, 627-628.

C. K. Millard : Epidémie de variole à Glasgow. B. M. J., 1943, 1, 288.

I. St. M. Norris : Une épidémie de variole. B. M. J., 1944, 2, 724.

G. E. Van Rooyen et R. Sillingsworth : Test de laboratoire pour le diagnostic de la variole. B. M. J., 1944, 2, 526-528.

VI. — ÉPIDÉMIOLOGIE

A. Bedell : Distribution de la kérato-conjonctivite épidémique aux Etats-Unis. J. A. M. A., 1943, 123, 1101-1105.

A. M. Braley et M. Sanders : Kérato-conjonctivite épidémique. J. A. M. A., 1943, 121, 999-1000.

F. E. Rieke : Conjonctivite épidémique et son déterminisme présumé par virus. J. A. M. A., 1942, 119, 942-943.

F. W. Caudill, R. E. Teague et J. T. Duncan : Une dysenterie épidémique rurale à bacille de Shiga. J. A. M. A., 1942, 119, 1402-1406.

Fr. Gallia, W. Kubek : Neutralisation du virus encéphalo-myélitique du Vénézuéla par les sérums humains. J. A. M. A., 1944, 125, 894-896.

G. A. Green, M. G. Macifoo : Epidémie explosive de la dysenterie à bacille de Sonne. B. M. J., 1943, 2, 259-260.

W. Hammon : Encéphalite de type équin de l'est et de l'ouest de St-Louis observée en 1941. J. A. M. A., 1943, 121, 560-565.

R. B. Richter : L'encéphalomyélite équine de l'Ouest, son apparition sporadique dans une région métropolitaine. J. A. M. A., 1942, 119, 486-487.

A. M. Mc Farlan et S. Gresney : Ill. Epidémiologie de l'hépatite. Lancet, 1944, 246, 816-817.

H. L. Sheehan : Epidémiologie de l'hépatite infectieuse. Lancet, 1944, 247, 8-10.

L. R. L. Edwards : Eclatement d'ictère catarrhal épidémique. B.M.J., 1943, 1, 474.

G. Nicol : Epidémie d'ictère catarrhal. B. M. J., 1, 466.

J. Waring : La méningite dans l'ictère catarrhal épidémique. B. M. J., 1943, 2 228.

J. P. A. Halenow, M. Owen et N. O. Rodger : Mononucléose infectieuse ; épidémie dans un hôpital E. M. S. B. M. J., 1943, 2, 443-447.

A. A. Miles : Epidémiologie des plaies infectées. Lancet, 1944, 246, 809-813.

I. Howard, C. Weymullen, J. Edson, E. Ittner, J. Watson et M. Cassidy : Pleurodynie épidémique à Brooklyn dans l'été de 1942. J. A. M. A., 1943, 121, 925-929.

J. N. Norris, R. M. Titmuss : Epidémiologie du rhumatisme juvénile. Lancet, 1942, 243, 52-62.

S. M. Allan : Une épidémie de fièvre typhoïde. Lancet, 1942, 244, 708-709.

J. N. Morris et R. M. Titmuss : Epidémiologie de l'ulcère peptique ; statistiques vitales. Lancet, 1944, 247, 841-844.

G. K. Millard : Epidémie de variole à Glasgow. B. M. J., 1943, 1, 288.

J. E. Gordon : Contrôle des maladies vénériennes : point de vue épidémiologique. Lancet, 1944, 247, 711-714.

W. H. Bradley : Nausée épidémique et vomissement. B. M. J., 1943, 1, 309-311.

A. G. Wright : La maladie du vomissement à la Jamaïque. B. M. J., 1943, 2, 392.

Voy. *Foie. Maladies éruptives, infectieuses. Ophtalmologie.*

VII. — MALADIES VÉNÉRIENNES

A. J. Aselmeyer : Mesures civiles pour le contrôle des maladies vénériennes dans la seconde guerre mondiale. J. A. M. A., 1942, 120, 880-883.

J. E. Gordon : Contrôle des maladies vénériennes : point de vue épidémiologique. Lancet, 1944, 247, 711-714.

N. R. Ingraham Jr et S. Greenbaum : Le contrôle de la maladie vénérienne de la Santé publique ; l'accroissement de la responsabilité du médecin privé. J. A. M. A., 1944, 125, 527-530.

J. H. Stokes : Le contrôle en temps de guerre de la maladie vénérienne. J. A. M. A., 1942, 120, 1093-1099.

T. Turner et T. Sternberg : Traitement des maladies vénériennes dans l'armée. J. A. M. A., 1944, 124, 133-137.

GONOCOCCIE

M. Barritt : Une teinture de Pappenheim améliorée pour la détection des gonocoques dans un frottis de pus. B. M. J., 1943, 1, 254.

H. Bunnesen, T. Bauer et W. Kendell et collaborateurs : Traitement intensif de la gonorrhée et de la syphilis. J. A. M. A., 1943, 123, 816-820.

D. J. Campbell : La blennorragie en Afrique du Nord et en Méditerranée centrale. B. M. J., 1944, 2, 44.

I. R. L. Jones : Traitement de la blennorragie, de la balanite et du phimosis acquis. B. M. J., 1942, 1, 664-665.

J. Linnen : Myosite suppurée et arthrite purulente compliquant la gonorrhée aiguë. J. A. M. A., 1943, 123, 757-758.

M. A. Magid : La gonorrhée à la Station-Hôpital du camp Bowie (Texas). J. A. M. A., 1942, 119, 405-407.

J. E. Osmond : Traitement moderne de la blennorragie. B. M. J., 1943, 2, 72-73.

I. E. Osmond : Traitement de la blennorragie chez la femme. B. M. J., 1944, 1, 51.

Sulfamidothérapie.

A. D. Browne : L'insufflation de sulfathiazol, traitement de la vaginite gonococcique. B. M. J., 1943, 2, 816.

R. W. Fairbrother, G. A. Ayner et G. W. Ashton : Concentrations sanguines au cours de la chimiothérapie de la gonorrhée. Lancet, 1942, 242.

I. J. G. Jeffries et G. L. M. Mc Elligott : Traitement convenable de la blennorragie avec le sulfathiazol. Lancet, 1942, 244, 65.

S. M. Laird : Gonorrhée chez l'homme traitée par la sulfapyridine. Lancet, 1942, 242, 463.

J. Loveless et W. Denton : L'administration orale du sulfathiazol comme prophylaxie de la gonorrhée. J. A. M. A., 1943, 121, 827-828.

H. Strauss et I. Grunstein : Thérapeutique par le sulfathiazol chez 500 prostituées avec gonorrhée chronique. J. A. M. A., 1943, 121, 1187-1189.

R. Thomas, W. Graham et G. Gannefax :

Sulfamidothérapie de la gonorrhée. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 623-624.

H. C. Oaro, E. V. Jordan, M. Nivaroff et W. Phelan : Le traitement de l'uréthrite gonococcique par les sulfamides et la pénicilline combinés. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 323-325.

W. Goodale, G. Goulo, L. Schwab et V. Winter : Identification par le laboratoire des infections gonococciques résistant aux sulfamides. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 547-548.

R. Greenblatt et A. Sreet : La pénicilline pour le traitement de la gonorrhée chimiorésistante chez la femme. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 161-162.

W. Herrell, E. Cook et L. Thompson : Emploi de la pénicilline chez un sulfamide résistant aux infections gonorrhéiques. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 289-291.

C. P. Miller, W. W. Scott et V Moeller : Etudes sur l'action de la pénicilline ; la rapidité de son effet sur l'uréthrite gonococcique. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 607-609.

J. Petro : La sulfamido-résistance dans la blennorragie. *Lancet*, 1943, **244**, 35.

Th. Sternberg et T. Turner : Le traitement de la gonorrhée sulfamido-résistante par la pénicilline-sodium. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 157-160.

CHANCRE MOU

E. Greenwald : Infection chancroïdale. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 9-10.

LYMPHOGRANULOME

A. Grace : Lymphogranulome vénérien rectal. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 74-77.

M. Hill, E. Shrvock et F. Rebell : Maladie ano-rectale. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 742-745.

W. A. Law : Traitement de la lymphogranulomatose inguinale par l'anthiomaline. *Lancet*, 1943, **244**, 300-303.

A. B. Sabin et C. Aring : Méningo-encéphalite chez l'homme causée par le virus du lymphogranulome vénérien. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 1376-1380.

J. A. R. Stammers : Lymphogranulome inguinal (bubon tropical). *B. M. J.*, 1943, **1**, 660.

SYPHILIS

W. Frye, A. Keller et R. Kampmeier : L'hôpital et le problème de la syphilis dans la recherche des donneurs de sang. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 182-186.

J. Lloyd : Incidence de la syphilis parmi les déficients juvéniles. *B. M. J.*, 1943, **2**, 420.

H. H. Merritt et H. Solomon : Rapport du traumatisme et de la syphilis du système nerveux. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 623-631.

Ch. Mohr, P. Padget et J. Moore : La syphilis d'après la littérature récente. *Arch. int. Méd.*, 1940, **66**, 1112-1187.

C. Mohr, P. Padget, R. Hahn et J. E. Moore : Syphilis : la littérature récente. *Arch. int. Méd.*, 1942, **69**, 470-545.

C. Mohr, V. Scott, R. Hahn, E. Gurney Clark et J. E. Moore : La syphilis ; revue de la littérature récente. *Arch. int. Méd.*, 1944, **74**, 390-411.

C. Mohr, V. Scott, R. Hahn, G. Clark et J. Moore : La syphilis d'après la littérature récente. *Arch. int. Méd.*, 1944, **74**, 457-478.

F. Reynolds, Ch. Mohr et J. Moore : La syphilis d'après la littérature récente. *Arch. int. Méd.*, 1942, **70**, 836-915.

W. Smillie : La syphilis aux Etats-Unis ; problème essentiel chez le nègre. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 365-366.

R. A. Vonderlehr et L. J. Usilton : Syphilis chez les hommes d'âge aux Etats-Unis. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 1369-1372.

Biologie.

U. J. Wile, R. G. Picard et E. B. Kearny : La morphologie du *Spirochæta pallida* à l'électromicroscope. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 880-881.

U. Wile et E. Kearney : La morphologie du treponema pallidum à l'électromicroscope ; présence de flagelles. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 167-168.

Ch. Mohr, J. E. Moore et H. Eagle : Réactions sérologiques positives, biologiquement fausses dans les tests de syphilis. *Arch. int. Méd.*, 1941, **68**, 898-912.

Ch. Mohr, J. Moore et H. Eagle : Réactions sérologiques positives, biologiquement fausses dans les tets de la syphilis. II. Leur production dans des maladies organiques autres que la syphilis. *Arch. int. Méd.*, 1941, **68**, 1161-1178.

J. Rappaport et J. Eichhorn : Un test rapide pour le sérodiagnostic de la syphilis. *Lancet*, 1943, **244**, 426.

I. Rappaport et L. Eichhorn : Test rapide pour le sérodiagnostic de la syphilis. *Lancet*, 1944, **247**, 599.

S. congénitale.

G. Astrachan et van Alstyne Cornell : La mapharsen dans le traitement de la syphilis congénitale. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 746-751.

C. P. Lapage : Syphilis congénitale avec signes initiaux obscurs. *Lancet*, 1944, **247**, 503.

I. M. Levin, S. J. Hoffman, D. Koransky, I. Richter et B. Gumbiner : Syphilis congénitale et acquise chez les nourrissons et enfants. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 1373-1376.

D. Nabarro : Syphilis congénitale méconnue. *Lancet*, 1943, **244**, 291.

Voy. *Pénicillinothérapie.*

S. au début.

J. R. Herman : Trois lésions syphilitiques primitives chez une même personne en 10 ans. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 283-284.

J. R. L. Jones et J. G. Maitland : La thérapeutique intensive dans la première période de la syphilis. *B. M. J.*, 1943, **2**, 448-450.

H. Eagle : Le traitement de la syphilis, au début et latente, en 9 à 12 semaines, par les injections tri-hebdomadaires de Mapharsen. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 538-543.

H. Rattner : Le traitement de la syphilis au début par l'administration simultanée d'arsenic et de bismuth durant 5 jours. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 986-988.

F. W. Reynolds et H. Wasserman : Lésions destructives osseuses dans la syphilis au début. *Arch. int. Méd.*, 1942, **69**, 263-276.

E. Thomas, G. Wexler, M. Schrun et W. Goldring : Néphrose aiguë compliquant l'arsenic donné tous les 2 jours et la pyrétothérapie pour la syphilis au début. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 807-809.

E. W. Thomas et G. Wexler : Pyrétothérapie et arsénothérapie combinées dans le traitement intensif de la syphilis au début. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 550-553.

Voy. *Pénicillinothérapie.*

Arséno- et Bismuthothérapie.

H. Beerman, B. Shaffer et C. S. Livingood : Le Bismarsen (Bismuth-Sulfonate d'arsphénamine) pour la syphilis. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 333-338.

A. Benson Cannon, J. Fisher, J. Rodriguez, G. Beattie et E. Marchling : Arsénothérapie intensive. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 544-549.

H. N. Cole, E. Heisel et G. Stroud : Méthodes intensives de traitement de la syphilis. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 253-258.

Coopération des cliniques de New-York et des groupes du Midwestern : Arsénothérapie massive de la syphilis. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 554-557.

D. Kahn et S. W. Becker : L'emploi des composés de bismuth en syphilothérapie. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 338-342.

J. Kvittingen : Injections multiples quotidiennes de Mapharside pour la syphilis. *B. M. J.*, 1943, **1**, 69-70.

A. O. J. Ross : La mapharsène dans le traitement de début de la syphilis. *Lancet*, 1943, **244**, 704.

J. W. Biggen : La jaunisse chez les syphilitiques en traitement : transmission possible d'un venin. *Lancet*, 1942, **244**, 457.

J. R. Forbes : La thérapeutique bismuthée dans l'ictère au cours du traitement antisyphilitique. *B. M. J.*, 1944, **2**, 852.

E. Freis et D. Mater : Ictère par obstruction intrahépatique consécutive au Mapharsen avec apparition d'un syndrome du type sprue. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 892.

J. P. A. Halcrow : Encéphalopathie hémoragique après arsénothérapie. *B. M. J.*, 1943, **1**, 663.

S. M. Laird : Purpura thrombocytopénique compliquant l'arséno-benzénothérapie. *B. M. J.*, 1942, **1**, 381-382.

R. B. Nelson, C. Mc Gibbon et J. Glyn-Hughes : Encéphalopathie arsenicale pendant le traitement de la syphilis. *B. M. J.*, 1943, **1**, 661-662.

A. Sahs et R. Nomland : Myélopathie résultant du traitement intensif de la syphilis par le Mapharsen. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 560.

M. H. Selaman, A. G. King, D. O. Williams et C. S. Nicol : Prévention de l'ictère résultant d'un traitement antisyphilitique. *Lancet*, 1944, **247**, 7

Pénicillinothérapie.

J. Lentz, N. Ingraham Jr., H. Beerman et J. Stockes : La pénicilline dans la prévention et le traitement de la syphilis congénitale. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 408-412.

J. Mahoney, R. Arnold, B. Sternen et M. Zwally : Traitement par la Pénicilline de la syphilis au début. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 63-67.

E. Moore, J. Mahoney, W. Schwantz, Th. Sternberg et W. Wood : Traitement par la pénicilline de la syphilis au début. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 67-72.

A. O. J. Ross, R. B. Nelson, E. M. Lourie et H. O. J. Collier : Traitement de la syphilis précoce par la pénicilline. *Lancet*, 1944, **247**, 845-847.

J. Stokes, T. Sternberg, W. Schwantz, J. Mahoney, J. Moore et W. B. Wood : L'action de la pénicilline sur la syphilis ancienne. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 73-79.

VIII. — MALADIES TROPICALES ET DU DÉSERT

E. Bulmer : La médecine militaire dans le Moyen-Orient. *B. M. J.*, 1943, **1**, 374-376.

A. R. Dreisbach : Développement de l'industrie et de la santé sous les tropiques. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 1192-1193.

I. R. Hill : La neurasthénie des tropiques. *Lancet*, 1942, **244**, 332.

J. C. Hunt : Expériences médicales en Afrique du Nord. *B. M. J.*, 1944, **2**, 495-497.

A. W. D. Leishman et A. R. Kelsall : Une année de médecine militaire dans l'Inde. *Lancet*, 1944, **247**, 231-234.

T. Mackie : La migration des maladies tropicales *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 1-3.

P. B. Wilkinson : Hong-Kong en éveil. *Lancet*, 1942, **243**, 373-374.

P. B. Wilkinson : Maladies de déficiences à Hong-Kong. *Lancet*, 1944, **247**, 655-657.

E. G. Collins : Accident du nez, gorge, oreilles dans le Moyen-Orient. *B. M. J.*, 1943, **2**, 386-388.

W. W. Macnaught et R. M. Murray-Lyon : Affections respiratoires aiguës chez les soldats africains. *B. M. J.*, 1943, **2**, 324.

A. G. Wright : La maladie du vomissement à la Jamaïque. *B. M. J.*, 1943, **2**, 392.

W. S. S. Ladell, J. C. Waterlow et M. J. Hudson : Le climat désertique ; observation physiologiques et cliniques. *Lancet*, 1944, **247**, 491-496.

S. Mc Dermott : La fièvre de déshydratation. *B. M. J.*, 1943, **2**, 455.

J. M. Henderson : Relations de la lumière solaire avec les plaies du désert. *B. M. J.*, 1943, **1**, 657-659.

J. Wolkin, I. Goodman et W. Kelley : Défaillance du mécanisme de la sueur dans le désert : anhidrose thermogénique. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 478-482.

Piqûres et Morsures.

J. R. Busvine : Modes de vie de la punaise ; études de laboratoire. Recherches futures. *Lancet*, 1942, **242**, 453.

A. J. Jex-Blake : Les piqûres d'abeille dans la colonie de Kenya. *B. M. J.*, 1942 **2**, 241.

P. Mease : Désensibilisation à la morsure de la mouche *Chrysops discalis*. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 227.

M. Obermayer : Entomologie tropicale dans ses relations avec les dermatoses tropicales. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 454-458.

Infestations parasitaires.

Cl. D. Benson, W. Evans Jr et W. Z. Nelzer : Kyste échinococcique du poumon donnant lieu à des particularités radiologiques et chirurgicales rares. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 268-277.

E. Holman et P. Pierson : Kystes échinococciques multiples du poumon, du foie et de l'abdomen. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 953-957.

H. R. I. Wolfe : La maladie hydatique dans le pays de Galles. *Lancet*, 1943, **244**, 795-798.

H. W. Brown : Le traitement de la filariose (Wucheria Bancrofti) par le thiomalate antimoine-lithium. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 952-957.

J. Fine : La filariose dans le Moyen-Orient. *B. M. J.*, 1943, **2**, 327.

A. W. Grace : Lymphangite tropicale et abcès. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 462-464.

M. C. T. Reilly : Enlèvement d'un ver filarien de l'œil. *B. M. J.*, 1943, **1**, 103.

H. Rome et R. H. Fogel : Les manifestations psycho-traumatiques de la filariose. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 944-946.

H. Reinmann, A. Price et P. Herbut : Trichinose et periartérite noueuse ; diagnostic différentiel ; relations possibles. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 274-278.

R. Westphal : Trichinose humaine consécutive à l'ingestion de viande d'ours. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 227-228.

Voy. *Intestin* (Parasites).

Parasitoses cutanées.

E. W. Jones : Sur le pou ; étude de symbiose. *Lancet*, 1942, **242**, 661.

S. Peck et J. Quincy Gant Jr : Réactions cutanées provoquées par le *pediculus humani*. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 821-824.

E. Blackstock : Traitement de la pédiculose du cuir chevelu. *B. M. J.*, 1944, **1**, 114.

J. R. Busvine et C. A. Buxton. Une nouvelle méthode pour la lutte contre le *pediculus capitis*. *B. M. J.*, 1942, **1**, 464-466.

W. A. Davis : Un traitement pour la pédiculose du cuir chevelu. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 825-826.

H. Hirtenstein : Phtyriase de la tête et lésions cornéennes. *B. M. J.*, 1943, **2**, 75.

H. R. Rollin : La pédiculose du cuir chevelu et l'intelligence chez les recrues de W. A. A. F. *B. M. J.*, 1943, **1**, 475.

K. Mellanby : Contrôle des poux du pubis. *B. M. J.*, 1944, **1**, 720.

I. M. Clayton : Traitement de la gale par le T. E. T. M. S. *B. M. J.*, 1943, **1**, 443-444.

I. M. Clayton : Observations sur l'infection par *l'acarus scabiei*. *B. M. J.*, 1944, **1**, 752.

P. A. Coleman : La gale dans une unité de l'armée. *B. M. J.*, 1942, **2**, 40.

R. M. Gordon et R. Seaton : Traitement de la gale. *B. M. J*, 1942, **1**, 685-686.

J. R. Graham : Une application de benzoate de benzyl pour la gale. *B. M. J.* 1943, **1**, 413.

K. Mellanby, C. G. Johnson et W C. Bartley : Traitement de la gale *B. M. J.*, 1942, **2**, 1-3.

G. H. Percival : Guérison de la gale un nouveau remède. *B. M. J.*, 1942, **2** 451.

R. O. Pearman et L. Haseman : L'infestation par « Cochliomvia Americana chez l'homme. *Ann. Surg.*, 1943, **117** 468-472.

F. M. Turnbull et L. Ben Franklin Infestation de l'oreille par le ver « Cochliomyia Americana ». *J. A. M. A.*, 1942 **120**, 137-139.

Th. L. Lucas : Empoisonnement pa *Megalopyge opercularis*. *J. A. M. A.*, 1942 **119**, 877-880.

Chirurgie

Généralités.

J. G. Jones : Aspect chirurgical. *Lancet*, 1943, **245**, 476-478.

V. Bonney : Les forces derrière la spécialisation en chirurgie. *Lancet*, 1943, **244**, 69-670.

N. Faxon : Les problèmes d'administration de l'hôpital. *Ann. Surg.*, 1943, **17**, 803-808.

M. T. Thorstan, H. C. Saltzstein et A. le Alpine : Tendances de la chirurgie générale, 5 années d'expérience à Harper Hospital. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 297-308.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Traumatismes.

S. Jefferson : La nature de la contusion. *B. M. J.*, 1944, **1**, 1-4.

E. G. L. Bywaters : Lésions par écrasement. *B. M. J.*, 1942, **2**, 643.

E. G. L. Bywaters : Compression des membres dans le désastre du refuge du métro. *Lancet*, 1943, **245**, 372.

E. Darmady, et A. Siddons : Urémie traumatique. *Lancet*, 1944, **247**, 809-811.

M. G. Eggleton, K. C. Richardson, H. O. Schild, F. R. Winton : Atteinte de la fonction rénale dans l'écrasement des membres. *B. M. J.*, 1942, **2**, 392.

D. N. Marshall : Traitement par pulsations artificielles dans les plaies par écrasement. *Lancet*, 1944, **247**, 562.

D. H. Patey, J. D. Robertson : Traitement prophylactique d'urgence du syndrome de compression « syndrome d'écrasement ». *B. M. J.*, 1942, **2**, 212.

A. V. Dill : Cas de mort par la foudre. *B. M. J.*, 1942, **2**, 426.

J. G. Neild et C. M. Mackenzie : Guérison après une chute de 700 pieds. *B. M. J.*, 1943, **2**, 546.

J. J. Byrne : Traumatiques dus à la graisse. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 405-406.

S. Warren : Critères minimaux exigés pour établir la cause de néoplasmes post-traumatiques ou professionnels. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 585-595.

B. E. A. Batt : 2 cas de morsure de serpent. *B. M. J.*, 1944, **2**, 181.

O. Stanley-Jones et C. E. S. Harris : Un cas de morsure de couleuvre. *B. M. J.*, 1942, **2**, 395.

Infections.

J. Bruneau et P. Heinbecker : Effets du refroidissement sur les tissus infectés expérimentalement. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 716-726.

P. R. Cannon, R. Wissler, R. Woolridge et E. Benditt : Rapports entre l'insuffisance protéinique et l'infection chirurgicale. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 514-525.

L. Quill et Burch : Manifestations chirurgicales de la coccidioidomycose. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 670-679.

Voy. *Maladies infectieuses et parasitaires.*

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

W. Dock : Séquelles mauvaises du repos complet au lit. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 1083-1088.

J. H. Powers : L'abus du repos en chirurgie. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 1079-1082.

A. Albert : Chimie-Physique des antiseptiques en relation avec leur mode d'action. *Lancet*, 1942, **243**, 633-635.

A. C. Hunter : Antiseptiques. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 25-26.

C. N. Hand : Phéméride : un nouveau détersif antiseptique. *Lancet*, 1944, **246**, 49-50.

D. S. Russell et M. G. Falconer : Antiseptiques acridiniques : nouvelles expériences sur leur action locale. *Lancet*, 1943, **244**, 580.

Mont Reid et W. Altemeier : Onctions au peroxyde. *Ann. Surg.*, 1943, **118**, 741-750.

F. Meleney : La difficulté d'évaluer le traitement par les drogues dans les infections chirurgicales. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 1021-1026.

E. C. B. Butler : La propamidine dans l'infection chirurgicale : une étude clinique. *Lancet*, 1943, **245**, 73-74.

J. S. Lockwood, W. White et F. Murphy : L'emploi de la pénicilline dans les infections chirurgicales. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 311-349.

H. Dodd et T. Prescott : La Méthédrine dans les opérations chirurgicales. *B. M. J.*, 1943, **1**, 345-347.

H. Dodd : Utilisation de la pholedrine dans les opérations majeures. *Lancet*, 1942, **242**, 498-500.

R. Williams, B. Clayton, Cooper, J. Mc Duncan et E. M. Miles : Observations sur le C.T.A.B. (cétarlon), son emploi en chirurgie. *Lancet*, 1943, **244**, 522-525.

Voy. *Thérapeutique (Sulfamido- et Pénicillinothérapie).*

Stérilisation et pansements.

R. Fawcitt : Le sandwich de coton cardé. *B. M. J.*, 1943, **1**, 357.

V. K. Frantz : Coton, papier et gaze résorbables. *Ann. Surg.*, 1943, **118**, 116-126.

H. E. Pearse : L'emploi de la lampe pour chauffer les compresses. *Ann. Surg.*, 1942, **116**, 776-781.

M. Seelig, J. Verda et F. Kidd : Le problème de la poudre de talc en chirurgie et sa solution. *Lancet*, 1943, **123**, 950-951.

D. C. L. Fitz Williams : L'économie de laine, de coton et l'utilisation de la sciure de bois. *B. M. J.*, 1942, **2**, 105.

R. M. Savage : La stérilisation des pansements chirurgicaux paraffinés. *B. M. J.*, 1942, **1**, 472.

A. Renshaw : Une méthode de secours pour la stérilisation de l'eau. *Lancet*, 1943, **245**, 237-240.

D. A. Sanford et H. A. Cookson : La stérilisation des gants de caoutchouc chirurgicaux. *B. M. J.*, 1942, **1**, 412.

W. J. Stuart : Stérilisation des gants de caoutchouc chirurgicaux. *B. M. J.*, 1942, **1**, 694.

Préparation à l'opération.

F. W. Gaarde, L. E. Prickman et H. J. Paskowski : Le malade asthmatique est-il bon au point de vue du risque chirurgical ? *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 431-434.

J. M. Barnes : Clab ; nouveau désinfectant, produit de nettoyage. *Lancet*, 1942, **242**, 531-532.

V. Bonney et H. S. Allen : Stérilisation de la peau par la flavine incolore. *B. M. J.*, 1944, **2**, 210.

W. A. Cochrane : Préparation des mains à l'opération. *B. M. J.*, 1942, **2**, 635.

J. Berman : Le savonnage préopératoire en chirurgie abdominale. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 766-771.

ANESTHÉSIE-ANALGÉSIE

H. Beecher : L'anesthésie des blessés graves. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 899-902.

W. Bourne : L'interdépendance fonctionnelle en anesthésie. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 997-999.

B. A. Greene : Extrait pituitaire postérieur en anesthésiologie. *Ann. Surg.*, 1942, **116**, 898-905.

R. P. Harbord : Anesthésie pour les accidents des raids aériens. *B. M. J.*, 1942, **1**, 550-551.

Ch. Jones, W. Chapman, Desautels, Boyer, Roth et W. Drucker : Étude comparative de l'effet analgésique du sulfate de morphine et de la mono-acéthylmorphine. *Arch. int. Med.*, 1944, **73**, 322-328.

K. C. Mc Carthy : L'anesthésie dans les accidents en Angleterre. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 599-602.

J. B. Mallinson : Anesthésie moderne (non volatile) : observations de 100 cas. *Lancet*, 1943, **245**, 729-730.

S. J. Martin : L'enseignement de l'anesthésiologie dans l'armée. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 1245-1248.

P. Woon : Quelques visées d'un anesthésiologiste. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 867.

ANESTHÉSIE GÉNÉRALE

Par inhalation.

H. Landt et J. Benjamin : Variations de la teneur en dioxyde de carbone du sang veineux au cours d'expériences de rebreathing. Comparaison des modifications chez les personnes à cœur normal et chez les cardiaques. *Arch. int. Med.*, 1941, **67**, 72-75.

R. Waters : La relation entre l'anesthésie et l'hypooxie et l'anoxie. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 1068-1069.

J. Beattie, P. H. Herbert, C. Wechtel et C. W. Steele : Études sur le dysfonctionnement hépatique. Empoisonnement par le chloroforme. *B. M. J.*, 1944, **1**, 209-210.

J. R. Forbes : Néphrose chloroformique. *Lancet*, 1944, **247**, 590-591.

R. Binning : Utilisation du cyclopropane sur le front de guerre. *B. M. J.*, 1944, **1**, 620.

F. A. Collen, V. Bees, K. Campbell, V. Tod et C. Moyer : Effets de l'anesthésie à l'éther et au cyclopropane sur la fonction rénale chez l'homme. *Ann. Surg.*, 1943, **118**, 717-727.

E. G. Epstein : Vapeurs d'éther suspendues au cours de l'anesthésie. *Lancet*, 1944, **246**, 114-115.

H. L. Heath : Clonus dû à l'éther traité par l'hexobarbitone soluble. *B. M. J.*, 1943, **2**, 646.

S. Carden : Les hasards de l'anesthésie au kélène à cycle fermé. *B. M. J.*, 1944, **1**, 319.

A. K. Henry : Insensibilisation avec le chlorure d'éthyle pour soulager la douleur et la perte de mouvement. *Lancet*, 1942, **243**, 280-281.

J. D. Rochford et B. I. Broadbent : Analgésie par éthylchloryde. *B. M. J.*, 1943, **1**, 664.

R. B. Gould : La valeur de l'anesthésie au protoxyde d'azote. *B. M. J.*, 1943, **2**, 607.

J. Ives : Un économiseur de protoxyde d'azote : attache simple pour la machine de Boyle. *Lancet*, 1944, **246**, 534-535.

J. Mc Auley : Trichloréthylène et anesthésie du trijumeau. *B. M. J.*, 1943, **2**, 713

S. J. Durrans : Guérison retardée par l'anesthésie du trilène. *Lancet*, 1943, **245**, 191.

J. Elam : Anesthésie au trichloréthylène. *Lancet*, 1942, **243**, 309-310.

M. W. Goldschmidt : Deux complications de l'anesthésie au trichloréthylène. *Lancet*, 1942, **245**, 414-415.

H. F. Griffiths : Sur l'anesthésie par le trichloréthylène. *Lancet*, 1942, **242**, 502.

J. Haworth et A. Duff : L'anesthésie au trichloréthylène. *B. M. J.*, 1943, **1**, 381.

C. B. Lewis : Anesthésie par la laryngofissure. *B. M. J.*, 1943, **1**, 162.

M. A. Rushton : Vaporisateur d'Oxford pour l'anesthésie endotrachéale. *Lancet*, 1943, **245**, 509.

Anesthésie intraveineuse.

H. F. Bishop et F. F. Rudder : L'anesthésie intraveineuse. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 807-810.

W. M. Maidlow : Anesthésie intraveineuse. *B. M. J.*, 1944, **2**, 432-433.

T. W. Roberts, B. A. Sellick : Anesthésie intraveineuse continue. *B. M. J.*, 1943, **2**, 813.

R. Adams : Le Pentothal sodique intraveineux comme anesthésique en temps de paix et de guerre. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 282-286.

E. S. Curtiss : Le pentothal sodique en Afrique du Nord : 2.500 administrations dans un hôpital de base. *Lancet*, 1944, **246**, 822.

R. L. Soper : Nouvelle méthode d'administration du pentothal sodique pour une longue période. *Lancet*, 1943, **244**, 235.

Ch. Elden et E. M. Harrison : L'escarre du pentothal sodique prévenue par l'hydrochloride de procaïne. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 116.

I. Hoenigsberger : Collapsus sous anesthésie au pentothal sodique. *Lancet*, 1943, **245**, 14-15.

A. R. Hunter : Les dangers de l'anesthésie avec le pentothal disodique. *Lancet*, 1943, **244**, 46-47.

H. Randolph et L. Kober : L'emploi de l'anesthésie au pentothal sodium en chirurgie thoracique. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 1215-1216.

H. Silvette : Mécanisme de l'antidiurèse causée par le pentothal sodique. *Arch. int. Med.*, 1942, **70**, 567-584.

R. R. Mcintosh et P. S. A. Heywortn : Injection intraartérielle de pentothal ; préavis. *Lancet*, 1943, **245**, 570.

Accidents de l'anesthésie générale.

E. C. Stones : Traitement de la dermatite due au respirator. *B. M. J.*, 1943, **1**, 757.

E. M. C. Hivens : Explosion anesthésique due à l'électricité statique. *Lancet*, 1943, **244**, 527.

W. N. Kemp : Convulsions pendant l'anesthésie : étiologie et traitement. *B. M. J.*, 1944, **1**, 447-449.

B. S. Ray et Marshall : Convulsions au cours de l'anesthésie générale. *Ann. Surg.*, 1943, **118**, 130-148.

A. Smith : Convulsions sous anesthésie traitées par le changement de position. *Lancet*, 1944, **246**, 52.

D. Williams et W. H. Sweet : Le facteur constitutionnel dans les convulsions de l'anesthésie. *Lancet*, 1944, **247** 430-432.

R. Armattoe : Cas d'anaphylaxie après anesthésie. *B. M. J.*, 1943, **1**, 191.

J. H. Humphrey et M. Mc Clellandy : Paralysies des nerfs craniens avec herpès à la suite d'une anesthésie générale. *B. M. J.*, 1944, **1**, 315-318.

W. B. Draper et R. W. Whitehead : Chances de résurrection à la suite d'une trop forte dose d'éther, de divinyl-éther, de chloroforme. *Lancet*, 1942, **242**, 442-443.

S. A. Thompson : Valeurs comparées des diverses méthodes de ressuscitation. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 94-98.

Voy. *Les diverses anesthésies et Cœur (Massage et réanimation).*

ANESTHÉSIE SPINALE

Lombaire.

L. V. Hand : Anesthésie spinale. *J. A. M. A.*, 1943, **124**, 32-35.

M. C. Hinebaugh Jr et W. Lang : Anesthésie spinale continue pendant le travail et la délivrance. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 143-151.

J. A. Lee : Analgésie spinale en série. *Lancet*, 1943, **245**, 156.

W. I. Lemmon et H. Gager Jr : Anesthésie spinale continue : 2.000 cas. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 129-142.

W. Eterington-Wilson : Poids spécifique du L. C. R. dans l'anesthésie rachidienne. *B. M. J.*, 1943, 165-166.

E. M. Papper et E. A. Rovenstine : L'emploi de plasma humain dans l'anesthésie spinale. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 1248-1250.

J. Evans : L'adrénaline intraveineuse continue dans l'anesthésie rachidienne pour le contrôle de la pression sanguine. *Lancet*, 1944, **246**, 15-16.

N. Macleod et L. A. Schinipelsky : Le massage du cœur pour la défaillance cardiaque sous anesthésie rachidienne. *B. M. J.*, 1942, **1**, 610.

E. M. Papper, S. E. Bradley et E. Rovenstine : Adaptations circulatoires au cours de l'anesthésie spinale haute. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 27-31.

J. H. Smirk et M. Merkonge : Le sulfate de méthylisothiourée pour maintenir la tension sanguine dans l'anesthésie spinale. *Lancet*, 1942, **243**, 301-302.

Anesthésie caudale.

R. Adams, J. Lundy et C. Seldon : Anesthésie ou analgésie caudale continue ; technique, usages, dangers. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 152-157.

N. Block et M. Rotstein : Anesthésie caudale continue en obstétrique. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 582-585.

R. S. Cron et J. Klieger : L'anesthésie caudale terminale en obstétrique ; 800 cas. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 332-335.

T. Gready Jr et C. Hesseltine : Analgésie caudale continue. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 229-230

R. Hingson et W. Edwards : Analgésie caudale continue en obstétrique. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 225-228.

R. Hingson et W. Edwards : Analgésie caudale continue. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 538-546.

R. Hingson : Analgésie caudale continue. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 1129-1131.

W. R. Hodges : Analgésie caudale continue en obstétrique : 300 cas. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 336-341.

F. Irving : Un progrès de la technique du catheter pour anesthésie caudale continue. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 1181.

J. Sieven et L. Mousel : Anesthésie caudale continue ; 300 cas obstétricaux non choisis. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 424-425.

M. Siever : Anesthésie caudale continue; analyse de 1.200 cas et comparaison des méthodes. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 327-31.

J. L. Southworth, W. Edward et R. Hingson : Analgésie caudale continue en chirurgie. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 321-326.

T. Gready Jr : Quelques complications de l'anesthésie caudale et leur traitement. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 671-674.

M. Small : Complication sérieuse de l'anesthésie caudale. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 671.

ANESTHÉSIE LOCALE

S. Organe : Convulsions à la suite d'anesthésie locale à la percaïne. *Lancet*, 1942, **243**, 33-34.

N. R. James : Infiltreur pour l'analgésie régionale. *Lancet*, 1943, **244**, 738.

Anesthésie par le froid.

H. E. Mock et H. E. Mock Jr : Anesthésie par réfrigération pour amputations. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 13-17.

H. Mock Jr : Anesthésie par réfrigération pour greffe cutanée. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 597.

Analgésiques.

R. Batterman et C. Himmelsbach : Le Demerol : nouvel analgésique synthétique. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 222-226.

G. Ballen et I. Prescott : Pethidine : un analgésique obstétrical. *B. M. J.*, 1944, **1**, 176-178.

TECHNIQUE CHIRURGICALE

H. Dodd : La lecture de la pression sanguine dans le travail chirurgical. *B. M. J.*, 1943, **2**, 811-812.

V. Kneeland, Frantz, H. Clarke et R. Lattes : Hémostase à la gaze absorbable (cellulose oxydée). *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 181-198.

F. A. Coller, C. Crook et V. Iob : La perte de sang au cours des opérations chirurgicales. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 1-4

Voy. *Hématologie (Hémorragies)*.

Chirurgie plastique.

R. G. Gordon et R. P. W. Shackleton : Le trichloréthylène dans la chirurgie plastique. *B. M. J.*, 1943, **1**, 380.

A. C. Francis : Streptocoques sulfamido-résistants dans une salle de chirurgie plastique ; histoire des cas. Tests de sensibilité vis-à-vis des sulfamides. *Lancet*, 1942, **242**, 403-409.

P. Michael et W. Abbott : L'emploi de fibrinogène humain en chirurgie reconstructive. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 279.

Période post-opératoire.

E. Adams : Thrombocytose post-opératoire. *Arch. int. Med.*, 1944, **73**, 329-335.

G. M. Arnott et W. J. Young : Administration post-opératoire de liquides aux enfants. *Lancet*, 1942, **242**, 523-526.

D. Casten, M. Bodenheimer et I. Barcham : Etude des variations des protéines du plasma chez les malades chirurgicaux. *Ann. Surg.*, 1943, **147**, 52-73.

F. A. Coller, K. Campbell, H. Vaughan, L. Iob et C. Moyer : Intolérance à la chloruration post-opératoire. *Ann. Surg.*, 1944, **119**, 533-542.

R. Elman : Inanition aiguë consécutive à l'opération ou aux traumatismes : les besoins en calories et en protéines. *Ann. Surg.*, 1944, **20**, 350-361.

J. Mulholland, Co Tui, A. Wright et V. Vinci : Métabolisme nitrogène, calorie intake et perte de poids dans la convalescence post-opératoire. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 512-534.

C. B. Puestow : Motilité intestinale et distension post-opératoire. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 906-908.

J. E. Rhoads et I. Ravdin : L'influence des sulfonamides sur les complications post-opératoires. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 463-468.

Chirurgie des tissus.

R. Coleman et W. Sako : Traitement de la furonculose multiple par la pénicilline. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 427-428.

P. B. Price : Cause et traitement de la furonculose. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 1189-1190.

H. Gold : L'anthrax ; revue de 60 cas et rapport sur l'emploi des composés sulfamidés. *Arch. int. Med.*, 1942, **70**, 785-821.

J. Posch, B. Stofer et J. W. Hirshfeld : La *salmonella cholerae suis* comme cause d'un abcès sous-cutané indolore. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 813-815.

B. Cannon et O. Cope : Mesure de la régénération épithéliale. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 85-92.

J. M. Converse et A. Robb-Smith : La guérison des plaies de la surface cutanée ; ses analogies avec la cicatrisation des brûlures superficielles. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 873-885.

J. Key : La cicatrisation des plaies et l'infection après application locale de poudre de sulfonamide. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 1003-1005.

A. Large et P. Heinbecker : L'effet du froid sur la cicatrisation des plaies. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 727-742.

W. Altemeier : La bactériologie des plaies traumatiques. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 413-416.

W. Altemeier : Le traitement des plaies traumatiques fraîches. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 405-407.

H. E. Hutchinson : Une méthode pour produire expérimentalement la granulation des plaies. *Lancet*, 1943, **245**, 75-76.

D. Mc Clean et H. J. Rogers : Détection des enzymes bactériennes dans les tissus infectés. *Lancet*, 1944, **247**, 434-435.

P. D. Scott et P. Mallinson : Séquelles hystériques des plaies. *B. M. J.*, 1944, **1**, 450-452.

Voy. *Chirurgie de guerre (Plaies)*. *Membres. Thérapeutique générale.*

Greffes cutanées.

E. Cronkite, E. Lozner et J. Deaver : L'emploi de la thrombine et du fibrinogène dans la greffe cutanée. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 976-978.

R. Douglas et R. Buchholz : La circulation du sang dans les lambeaux pédiculés. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 692-709.

P. Gabarro : Nouvelle méthode de greffe. *B. M. J.*, 1943, **1**, 723.

J. W. Hirshfeld, M. Pilling, C. W. Buggs et W. Abbott : La pénicilline dans la greffe cutanée. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 1017-1018.

J. E. Sheehan : Fixation plasmatique des greffes épidermiques. *Lancet*, 1944, **247**, 363-364.

J. Webster : Greffes cutanées réfrigérées. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 431-449.

F. Young : Greffe cutanée fixée par adhérence de la thrombine du plasma. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 450-463.

J. R. Zadik : Greffe épidermique immédiate pour l'amputation traumatique du bout des doigts. *Lancet*, 1943, **244**, 335.

Greffes osseuses.

E. Mc Bride : Greffe ostéopériostique aplanie. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 652-655

Voir. Vaisseaux (chirurgie) ; neurochirurgie, la chirurgie des organes et appareils, de la face, du cou, du rachis et des membres.

Voy. *Neuro-chirurgie p. et les divers Appareils et Organes.*

CHIRURGIE DE GUERRE

Généralités.

B. L. Colby : Expériences d'un consultant chirurgien d'un Service de Commandement. *Ann. Surg.*, 1943, **118**, 751.

E. C. Cutler : Un chirurgien contemple deux guerres. *Lancet*, 1944, **247**, 427-429.

P. H. Mitchiner : Pensées sur quatre années de Chirurgie de guerre. *B. M. J.*, 1944, **2**, 37-39.

C. M. Page : Economie chirurgicale en temps de guerre. *B. M. J.*, 1942, **2**, 47.

F. Pinkerton : Expériences du temps de guerre aux Iles Hawaï après le coup de foudre de Pearl Arbor. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 625-629.

J. M. Weddell : La chirurgie en Tunisie. *B. M. J.*, 1944, **2**, 459-461.

F. W. Willway : Envoi d'aide à des villes bombardées. *B. M. J.*, 1942, **2**, 552.

R. K. Debenham : Chirurgie de guerre dans le Moyen-Orient. *B. M. J.*, 1943, **2**, 223-227.

N. G. Logie : Récoltes chirurgicales du Moyen-Orient. *Lancet*, 1943, **244**, 658-661.

J. D. MacLennan : Infections à anaérobies des plaies de guerre dans le Moyen-Orient. *Lancet*, 1943, **245**, 63-65, 94-98 et 123-125.

D. S. Muir : Chirurgie dans le Moyen-Orient. *Lancet*, 1943, **244**, 1-2.

G. Blackburn : Problèmes chirurgicaux des zones de l'avant. *B. M. J.*, 1944, **1**, 556.

D. S. Dick : Résurrection après un accident de combat. *Lancet*, 1944, **247**, 170-171.

C. Donald : Avec la 8e armée sur le champ de bataille et en campagne. *B. M. J.*, 1944, **1**, 709-713 et 743-746.

G. K. Harrison : La chirurgie à l'avant dans une période de combat. *Lancet*, 1944, **246**, 109-110.

J. Howell, B. M. Truscott : Comment diriger une unité chirurgicale du champ de bataille. *B. M. J.*, 1944, **1**, 501.

A Law : La chirurgie dans la zone de l'avant. *Lancet*, 1944, **246**, 425-428.

W. C. Wilson : Etat des hommes blessés grièvement pendant le combat. *Lancet*, 1944, **246**, 587-590.

H. A. J. Fairbank : La réhabilitation des blessés de cette guerre et de la dernière. *Lancet*, 1944, **247**, 131-133

LES SHOCKS

P. Hoxworth : Le traitement général ou réconfortant des blessés. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 483-485.

E. I. Evans : Le mécanisme du shock dans l'étranglement intestinal. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 28-38.

E. Fell, R. Hansfelman : Prévention du shock et de la mort par l'application immédiate d'un enveloppement compresseur (botte plâtrée) des membres fortement congelés des chiens. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 686-691.

J. Mc Michael : Traitement pratique du shock par blessure. *B. M. J.*, 1942, **2**, 671.

M. Reiss : Détermination des valeurs de l'hémocrite dans le shock par blessure. *B. M. J.*, 1943, **2**, 328.

A. C. C. Crooke, C. J. O. R. Morris, R. G. Bowler : Le volume plasmatique dans le shock traumatique. *B. M. J.*, 1944, **2**, 521-522.

R. Elman : Insuffisance protéinique aiguë (hypoprotinémie) dans le shock chirurgical. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 1176-1180.

D. Engel : Le blocage sympathique pour le shock traumatique. *B. M. J.*, 1944, **2**, 434.

E. Evans : Etudes du choc traumatique : III. L'anesthésie dans le shock clinique. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 473-477.

O. Cope, F. Rhinelander : Le problème du shock du brûlé avec lésions pulmonaires. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 915-927.

C. Fox Jr : Le lactate de sodium per oral dans le traitement du shock des brûlés. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 207-211.

D. Presman, M. Janota, R. Weston, S. Levinson et H. Necheles : Sérothérapie intensive au sérum humain contre le shock des brûlures et formule modifiée pour calculer la quantité à infuser. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 924-927.

M. Prinzmetal, O. Hechter, C. Margoles et G. Feigen : Principe tiré du foie, efficient contre le shock dû aux brûlures. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 720-722.

E. Landau, N. Logue et H. Koppelman : La Pholédrine pour prévenir le shock opératoire. *Lancet*, 1942, **243**, 210-211.

BRULURES

O. Cope, I. Nathanson, G. M. Rourke, H. Wilson : Observations sur le métabolisme chez les brûlés. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 937.

T. H. Ehb, E. M. Morgan et A. W. Farmer : La pathologie des brûlures. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 234-255.

A. Ham : Etude expérimentale de l'histopathologie des brûlures, en particulier des points de perte de liquide dans les brûlures de différentes profondeurs. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 689-697.

Ch. Lyons : Problèmes de l'infection et de la chimiothérapie des brûlures. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 894.

A. Watkins : Sur la physiothérapie des brûlures. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 911-914.

R. Elman : L'influence de l'éther, de la morphine et du Nembutal sur la mortalité dans les brûlures expérimentales. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 211-213.

C. Moyer, F. Coller, V. Iob, H. Vaughan, D. Marty : Etude des relations entre les solutions, le sérum et le sang délibriné dans le traitement des chiens anesthésiés gravement échaudés. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 367-376.

H. Beecher : Ressuscitation et sédation des malades brûlés de l'aviation. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 825.

R. M. Heggie, J. I. Heggie : Les brûlures infectées chez le personnel navigant. *Lancet*, 1942, **243**, 664-666.

N. J. Logie : Les brûlures de la guerre. *Lancet*, 1944, **247**, 138-140.

E. W. Godding, H. L. J. Notton : Traitement des brûlures dues au phosphore. *B. M. J.*, 1942, **1**, 433-434.

A. I. Jones : Traitement des brûlures par le phosphore. *B. M. J.*, 1942, **2**, 244.

E. Oberman : Brûlures par le phosphore. *Lancet*, 1943, **244**, 202.

H. Terry : Brûlures par la soude caustique : prévention, traitement. *B. M. J.*, 1943, **1**, 756.

J. Aub, H. Pittman, A. Brues : Complications pulmonaires des brûlures. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 834-840.

C. Brown et G. Crane : Nécrose corticale bilatérale des reins consécutive à des brûlures graves. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 871-873.

F. Moore : Les cas de thrombophlébites rencontrés chez les brûlés. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 931.

J. Warthen Jr : Le traitement des brûlures, compliquées de fractures, des extrémités. *Ann. Surg.*, 1944, **119**, 526-532.

H. J. B. Atkins : Traitement des brûlures. *B. M. J.*, 1942, **1**, 704 et 729.

J. M. Barnes : Traitement des brûlures *B. M. J.*, 1943, **1**, 408-409.

O. Cope : Le traitement des brûlures de surface. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 885-893

J. Dingwall et W. de W. Andrus : Comparaison des divers types de traitement local sur des séries de brûlures expérimentales chez des volontaires humains. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 377-386

F. B. Gurd, D. Ackman, J. Gerrie et J. E. Pritchard : Une conception pratique pour le traitement des grandes et petites brûlures. *Ann. Surg.*, 1942, **116**, 641-657.

H. N. Harkins : Le traitement des brûlures en temps de guerre. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 385-390.

H. Harkins : Le problème des brûlures par la chaleur. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 533-535.

C. R. Lam : Le traitement général du malade brûlé. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 543-545.

M. J. Logie : Traitement des brûlures à Tobrouck. *Lancet*, 1943, **244**, 609-610.

V. Siler : Le traitement des brûlés *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 486-487.

J. M. Barnes, R. J. Rossiter : Toxicité de l'acide tannique. *Lancet*, 1943, **245**, 218-221.

G. R. Cameron, R. J. Milton et J. W. Allen : Toxicité de l'acide tannique : recherche expérimentale. *Lancet*, 1943, **245**, 179-185.

R. Elman : La mortalité précoce de brûlures améliorée par le tannage rapide et les transfusions. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 327-331.

A. Ham : Etude expérimentale du traitement par l'acide tannique des brûlures : ses effets sur la perte de liquide et la cicatrisation. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 698.

W. E. Lee et J. E. Rhoads : L'état actuel de la méthode à l'acide tannique pour le traitement des brûlures. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 610-611.

R. Mc Clure, C. Lam et H. Romence : Acide tannique et traitement des brûlures. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 387-405.

G. J. Connor et S. Harvey : La cicatrisation des brûlures profondes par l'eau hermale. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 362-66.

O. Cope : Sur le traitement des brûlés e Cocoanut Grove au Massasuchets Hospital. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 801-802.

O. Cope : Les aspects chimiques du raitement par les brûlures. *J. A. M. A.*, 944, **125**, 536-542.

J. Farr : « Cellophane » pour le traiement des brûlures. *B. M. J.*, 1944, **1**, 49.

Fr. B. Gunn et J. Gerrie : Le traitenent plastique précoce des brûlures proondes. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 616-620.

J Hirshfeld, M. Pilling et M. Maun : L'emploi d'onguent à la Bio-Dyne pour es brûlures. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 176.

S. L. Koch : Propreté chirurgicale, compression et repos, premier principes chirurgicaux du traitement des brûlures. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 612-615.

R. B. Mc Farlane : La fibrine humaine pour le pansement des brûlures. *B. M. J.*, 1943, **2**, 541-542.

P. B. Medawar : Les coagulants chimiques dans le traitement des brûlures. *Lancet*, 1942, **242**, 350-351.

S. H. Morley et J. P. Bentley : La propamidine dans les brûlures. *Lancet*, 1943, **244**, 138-139.

B. Pendleton : Le traitement à ciel ouvert à la cire paraffinée des brûlures. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 414-416.

J. Pick et D. Barton : Brûlures traitées par le viacutan : spécialement à la figure et aux mains. *Lancet*, 1942, **245**, 408-409.

E. Poser et E. Haas : Les phosphates dans la thérapeutique des brûlures chimiques. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 630.

C. N. Robinson : Traitement des brûlures avec le mélange du savon aux trois colorants. *Lancet*,, 1943, **245**, 351-352.

M. Rothman, J. Tamerin et J. G. M. Bullowa : Le traitement des brûlures avec la solution de sulfadiazine à 2,5 pour 100 et de 8 pour 100 de triéthanolamine. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 803-805.

A. M. Clark, L. Colebrook, J. Gibson et M. L. Thomson : La pénicilline et la propamidine dans les brûlures : élimination des streptocoques hémolytiques et des staphylocoques. *Lancet*, 1943, **244**, 605-608.

D. C. Bodenham : Brûlures infectées et plaies de surface ; valeur de la pénicilline. *Lancet*, 1943, **245**, 725-728.

B. Cannon : Pour la réadaptation des brûlés graves. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 903-910.

J. S. Davis : Le traitement plastique tardif pour les cicatrices de brûlures et les difformités. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 621-627.

A. Miller : Réhabilitation tardive des blessés. *B. M. J.*, 1942, **2**, 209-211.

C. P. G. Wakeley : Les résultats terminaux tardifs des brûlures de guerre : mesures de protection. Récupération fonctionnelle après le traitement. *Lancet*, 1942, **242**, 410-411.

BLESSURES ET PLAIES

Blessures.

E. D. Churchill : Le traitement chirurgical des blessés sur le théâtre de guerre de la Méditerarnée au moment de la chute de Rome. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 268-283.

W. J. Potts : Les types de blessures de guerre observés dans un hôpital d'évacuation du Pacifique Sud. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 886-891.

H. Burrows : Quelques effets sensoriels des blessures. *Lancet*, 1944, **246**, 84.

A. J. S. Macpherson : Suture retardée des blessures des parties molles. *Lancet*, 1944, **247**, 43.

R. J. V. Pulvertaft : Bactériologie des brûlures de guerre. *Lancet*, 1943, **245**, 1.

J. N. Barron et O. I. Mansfield : La pénicilline dans les lésions des parties molles. *B. M. J.*, 1944. **1**, 521-522.

I. Deness : Traitement de l'infection de la pulpe des doigts sur le champ de bataille. *B. M. J.*, 1944, **1**, 782.

W. R. Feanon : La thiourée et la réparation des blessures. *B. M. J.*, 1942, **2**, 95.

C. A. Mc Intosh et J. S. Petrie : Utilisation de pulvérisations de chlorure d'éthyle dans les blessures des tissus mous. *Lancet*, 1942, **243**, 279-280.

G. S. Jeffrey et S. Thomson : La pénicilline dans les accidents du combat. *B. M. J.*, 1944, **2**, 1-3.

D. N. Matthews : La valeur de la chimiothérapie dans les blessures et les brûlures *Lancet*, 1942, **243**, 271-274.

R. J. V. Pulvertaft et D. H. Mackenzie: La thérapeutique des blessures de guerre : II. Avec la sulfasuccidine. *Lancet*, 1943, **245**, 379-382.

Blessures par projectile.

R. Charles : Plaie par balle avec projectiles particulièrement grands. *B. M. J.*, 1944, **2**, 73-74.

S. Yudin : Traitement des fractures des membres par balle de fusil. *B. M. J.*, 1943, **2**, 567-571.

Blessures par explosion.

W. Abbott, F. Due et W. Nosik : Hématome sous-duremérien et effusion sanguine résultant de lésions par explosion. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 664-666.

W. Goehring : Blessure par explosion due au dioxyde de carbone solide. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 598.

J. Howkins et S. Wooler : Blessures extensives par l'air. *Lancet*, 1942, **243**, 8.

P. L. Krohn, D. Whitteridge, S. Zuckerman : Effets physiologiques de l'explosion. Mode d'action de l'explosion. La respiration. Le cortex cérébral. *Lancet*, 1942, **242**, 252-258.

A. L. Latner : La phase de basse tension dans les explosions. *Lancet*, 1942, **243**, 303-304.

D. D. Pinnock-P. Wood : Lésions de l'abdomen par explosion d'une torpille. *B. M. J.*, 1943, **1**, 537-538.

L. Schwartz : Dermatites dues aux explosifs. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 186-189.

B. Smith : Blessures par obus. *Lancet*, 1943, **244**, 175.

J. V. Wilson et R. G. Tunbridge : Découvertes pathologiques dans une série de blessures par explosion. *Lancet*, 1943, **244**, 257-260.

D. Woolfolk Barrow et H. Rhoads : Blessures par concussion des explosions. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 900-902.

Explosion dans l'eau.

J. C. Goligher, D. P. King et H. I. Simmons : Blessures produites par explosion dans l'eau. *Lancet*, 1943, **245**, 119-122.

H. Moore : Plaies de l'abdomen par explosion sous l'eau. *B. M. J.*, 1944, **2** 626-627.

P. G. C., Martin : Perforation du rectum par explosion en immersion. *Lancet*, 1943, **245**, 605.

D. C. Elkin et B. Woodhall : Blessures de guerre combinées des vaisseaux et des nerfs. *Ann. Surg.*, 1944, **119**, 411-431.

W. B. Bussell et A. B. Harrington : Diagnostic précoce des lésions nerveuses périphériques dans les accidents du combat. *B. M. J.*, 1944, **2**, 4-7.

R. Wise et M. Romansky : Résections massives du jéjunum et de l'iléon pour plaies par coup de feu de l'intestin grêle et de son mésentère. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 896.

Sir J Walton : Blessures abdominales de guerre. *B. M. J.*, 1943, **1**, 61-63.

Lésions du combat aérien.

I. James : La luxation-fracture du cou-de-pied dans les accidents d'aviation. *B. M. J.*, 1944, **2**, 372.

W. F. Mac Fee : Le traitement des accidents de combat de la force aérienne. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 1-11.

A. Rush : Troubles gastro-intestinaux du combat aérien. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 471-473.

C. P. Symonds : Réponse à l'effort de voler, les bases, la confiance. *B. M. J.*, 1943, **2**, 740-743.

C. D. Lord et J. W. Coutts : Blessures typiques des parachutistes d'après celles produites après 250.000 sauts à l'Ecole des parachutistes. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 1182-1186.

L'OPÉRATION DE GUERRE

H. K. Beecher : Empoisonnement tardif par la morphine chez les blessés de guerre. *J. A. M. A.*, 1944, **124**. 1193.

H. M. Bird, S. D. Kilner et D. J. Martin : Complications respiratoires post-opératoires dans l'armée. *B. M. J.*, 1943. **1**. 754-755.

D. Curran et G. Garmany : La tension post-opératoire dans la Marine. *B. M. J.*, 1944, **2**, 144-145.

J. Montgomerie : L'absorption de CO 2 avec l'appareil de Boyle du modèle du champ de bataille. *B. M. J.*, 1943, **1**, 129.

W. W. Mushin, H. M. Wood : Vomissement opératoire : effets de l'acide nicotinique. *B M. J.*, 1944, **1**, 719.

J. Trueta : La chirurgie de guerre des extrémités à la lumière de l'expérience récente. *Lancet*, 1944, **246**, 651-652.

Amputations.

C. W. S. Bryan : Méthode simple d'amputation de la cuisse. *Lancet*, 1944, **247**, 375.

G. Gonnon-Taylor : Sur l'amputation ; ses dix commandements. *Lancet*, 1942, **242**, 669.

E. A. Jack, J. Charnley : L'amputation en deux temps en présence de septicité. *B. M. J.*, 1943, **2**, 131-132.

N. T. Kirk : Amputation de guerre. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 13-16.

N. Kirk et F. Mc Keever : L'amputation par guillotine. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 1027-1029.

E. Kirz : Gangrène gazeuse après amputation sous anesthésie par réfrigération : *B. M. J.*, 1944, **2**, 662.

H. E. Mock et H. E. Mock J^r^ : Anesthésie par réfrigération pour amputations. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 13-17.

N. Smith : Fracture du col du fémur après amputation. *B. M. J.*, 1944, **2**, 501.

J. Ross Veal : La prévention des complications pulmonaires consécutives à l'amputation de cuisse par ligature haute de la veine fémorale. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 240-244.

P. J. Verrall : Amputations. *B. M. J.*, 1942, **1**, 676.

J. White : La douleur après amputation ; son traitement. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 1030-1035.

Appareil plâtré.

R. Clarke : Technique de l'appareil plâtré. *B. M. J.*, 1942, **1**, 797.

J. Luck : Les appareils au plâtre de Paris. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 23-28.

H. J. Seddon et H. W. Florey : Etoffe Filtrante pour la suppression des odeurs venant des plâtres. *Lancet*, 1942, **242**, 755.

A. D. Wallis et M. J. Dilworth : L'odeur, dans le traitement par la méthode de Orr, de la suppuration de l'ostéomyélite ; sa prévention par le lactose. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 583-587.

S. Levenson et C. Lund : Le traitement par appareil plâtré des brûlures des extrémités. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 272-276.

E. G. Jack : Evacuation des blessés atteints de fracture du fémur : le plâtre à Tobrouck et autres méthodes utilisées dans le Moyen-Orient. *Lancet*, 1944, **247**, 11.

E. A. Nicoll : Technique du plâtre dans les fractures du tibia et du péroné : la méthode de l'encoche antérieure en queue d'aronde. *Lancet*, 1943, **245**, 320.

S. W. Banks, E. L. Compere et C. Watson : Un appareil plâtré simple, armée pour la colonne cervicale. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 631.

Voy. *Rachis. Membres et les organes des divers appareils.*

LA PLAIE DE GUERRE

D. Mc Clean, H. J. Rogers et B. W. Williams : Diagnostic précoce de la plaie infectée : avec référence spéciale à la gangrène gazeuse. *Lancet*, 1943, **244**, 355-360 et 707.

H. Fruchaud : Traitement des plaies de guerre récentes : Méthodes française et espagnole. Débridements. Epluchage. Plâtre fermé. *Lancet*, 1942, **242**, 726.

J. Gallagher : Traitement définitif des plaies graves. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 675-679.

J. M. Henderson : Relations de la lumière solaire avec les plaies du désert. *B. M. J.*, 1943, **1**, 657-659.

H. M. Rapport : Les plaies du désert : *B. M. J.*, 1942, **2**, 96.

J. P. Ross : Septicité dans les plaies de guerre des membres. *B. M. J.*, 1942, **1**, 589.

J. Trueta : Traitement des blessures de guerre et des fractures. *B. M. J.*, 1942, **1**, 616.

J. D. Maclennan : Hyaluronidases de la plaie infectée. *Lancet*, 1944, **247**, 433.

J. Mc Donnell, D. Wallace et J. Andes : Les plaies par piqûres de clous. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 894.

P. Clarkson : Fermeture tardive des plaies. *Lancet*, 1944. **247**, 395-399.

S. B. Sarjeant et W. A. Morton : Suture retardée des plaies des parties molles. *Lancet*, 1944, **247**, 333-335.

R. M. Heggie, E. A. Gerrard, C. G. Bradbury, P. J. Morrisson et W. Stout : Les régions granuleuses superficielles traitées par des émulsions antiseptiques. *Lancet*, 1942, **242**, 347-349.

H. R. S. Poate : Les acridines dans les plaies septiques ; emploi de la 5-amino-acridine. *Lancet*, 1944, **247**, 238-240.

I. Hawking : Effet physiologique de la poudre de proflavine sur des plaies fraîches. *Lancet*, 1943, **244**, 710.

G. A. G. Mitchell et G. A. H. Buttle : La dillavine dans la thérapeutique des plaies. *Lancet*, 1943, **245**, 287-288.

R. W. Raven : La poudre de Proflavine dans les plaies. *Lancet*, 1944, **247**, 73-74.

J. Konn et M. H. Hall : La propamidine dans un hôpital. E. M. S. *Lancet*, 1943. **244**, 140.

A. H. Mc Indoe et A. R. Tilley : La propamidine dans l'infection streptococcique chronique des surfaces ulcérées. *Lancet*, 1943, **244**, 136-137.

W. R. Thrower et J. C. O. W. Valentine : La propamidine de la plaie septique chronique : une étude expérimentale et clinique. *Lancet*, 1943, **244**, 133-135.

J. E. Cannaday : Rapport sur la cicatrisation des plaies influencée par l'emploi des sulfamides et sutures au fil de coton. *Ann. Surg.*, 1944, **119**, 498-508.

P. H. Long : Les composés de la sulfonamide dans l'infection des plaies. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 303-306.

D. Mc Intosh et F. R. Selbie : Médicaments chimiothérapiques dans les plaies infectées à anaérobies. *Lancet*, 1943, **244**, 793-794.

P. B. Ascroft : Contrôle de la sepsie dans les Hôpitaux d'Afrique du Nord : avec observations sur la poudre de sulfathiazole-proflavine dans les plaies chirurgicales. *Lancet*, 1944, **246**, 594.

S. Y Feggetter : La poudre de sulfathiazole-proflavine dans les plaies de guerre. *Lancet*, 1944, **246**, 593.

H. N. Green et T. Parkin : Traitement local des plaies infectées avec le sulfathiazol. *Lancet*, 1942. **243**, 205-209.

J. Mc Intosh, J. R. Selbie, et R. V. Hudson : La poudre de sulfathiazole proflavine pour les plaies. *Lancet*, 1944, **246**, 591-592.

Ch. Lyons : Thérapeutique à la pénicilline des infections chirurgicales dans l'armée des U. S. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 1007-1018.

R. J. V. Pulvertaft : Thérapeutique locale des plaies de guerre : I. Avec la pénicilline. *Lancet*, 1943, **245**, 341-345.

Voy. *Thérapeutique (Sulfamido- et Pénicillinothérapie).*

GAZ DE COMBAT

R. S. Aitken : Effets de l'exposition accidentelle aux vapeurs du gaz moutarde. *Lancet*, 1943, **245**, 602.

W. E. Chiesman : Lésions dues aux gaz vésicants : diagnostic et traitement *B. M. J.*, 1944, **2**, 109-111.

M. Jeff Davis : Les aspects dermatologiques des gaz vésicants de guerre. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 209-212.

P. Donald : Nouvelle méthode d'entraînement aux gaz. *B. M. J.*, 1943, **2**, 483

J. Grant et F. I. Ritchie : Brûlure par le dichloréthylsulfide (mustard gas). *B. M. J.*, 1942, **2**, 217.

I. B. Hobbs : Cas mortel d'empoisonnement par le gaz moutarde. *B. M. J.* 1944, **2**, 306-307.

J. Lewe : Dermatite de contact par le masque de service en caoutchouc. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 422.

O. Mann : Lésions oculaires par le dichloréthylsulfide. *B. M. J.*, 1942, **1**, 35?

J. Petro : Dermatite par masque à gaz *B. M. J.*, 1942, **1**, 631-633.

Appareil locomoteur

OS

Ossification. Dystrophies.

M. Silberberg, H. Atherson et G. Sopher : Effets d'extrait de lobe antérieur hypophysaire bovin sur les transplants de vessie urinaire chez de jeunes chiens ; quelques effets sur l'ossification enchondrale. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 80.

L. Edeiken et N. Schneeberg : Fractures symétriques idiopathiques spontanées multiples ; syndrome de Milkman. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 865-870.

F. A. Henley : Un cas d'ostéopsathyrose congénitale avec l'arbre généalogique de la famille. *B. M. J.*, 1942, **1**, 3

F. Rieseman et W. Yater : *L'osteogenesis imperfecta* : son incidence et ses manifestations dans 7 familles. *Arch. int. Méd.*, 1941, **67**, 950-967.

B. T. Vanzant et F. R. Vanzant : Chondrodysplasie héréditaire déformante. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 786-792.

Traumatismes.

M. E. Gordon : La maladie de Kienböck : étiologie. *B. M. J.*, 1943, **2**, 200.

Ch. Hauser : Fracture par compression résultat d'une stimulation accidentelle du sinus carotidien. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 1029.

Fractures.

G. Blum : La phosphatase et la réparation des fractures. *Lancet*, 1944, **247**, 75-77.

J. Caldwell : Traitement des fractures compliquées. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 412.

E. Campbell, A. Meirowsky et V. Tompkins : Etudes sur l'emploi des métaux en Chirurgie. *Ann. Surg.*, 1942, **116**, 763-775.

T. S. A. Doran : Organisation des malades externes dans un service de fractures. *B. M. J.*, 1943, **1**, 421.

H. A. I. Fairbank : La technique du non-toucher pour les fractures simples. *B. M. J.*, 1942, **2**, 388-389.

J. A. Key : Choix de l'opération pour l'union retardée ou l'absence d'union des fractures des os longs. *Ann. Surg.* 1943, **118**, 665-680.

I. E. Sims : La transfixion externe des fractures, analyse de 80 cas. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 911-942.

N. Vere-Hodge : Fixation métallique interne des fractures. *B. M. J.*, 1943, **2**, 419.

Infections.

J. F. Heggie, A. W. Kendall et R. M Heggie : La sulfapyridine, le sulfathiazol pour les blessures infectées intéressant l'os. *B. M. J.*, 1942, **2**, 655-657.

O. Ericksen : Ostéomyélite à *Staphylococcus albus* avec septicémie traitée par la pénicilline. *J. A. M. A.*, 1944, **1**, 1053.

W. M. Kirby et V. Hepp : Traitement de l'ostéomyélite des os de la face par la pénicilline. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 1019-1022.

G. Perkins : Traitement d'une ostéomyélite due à une blessure pénétrante. *B. M. J.*, 1943, **1**, 441-442.

J. Pierson et J. Roach : La radiologie de l'ostéomyélite. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 884-886.

I. M. Robertson : La pénicilline dans l'infection osseuse. *B. M. J.*, 1944, **1**, 519-520.

R. Watson-Jones : Blessures osseuses et articulaires. *Lancet*, 1943, **244**, 172.

Tumeurs.

D. I. Brailsford : Traitement de l'ostéoblastome. *Lancet*, 1943, **244**, 776.

M. B. Dockerty et H. W. Meyerding : Adamantinome du tibia, 2 nouveaux cas. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 932-937.

H. Meyerding : Fractures multiples des métatarsiens associées à un sarcome ostéogénique. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 228-230.

W. H. Parsons et J. Henthorne : Sarcome ostéogénique extra-squelettique. *Ann. Surg.* 1944, **119**, 595-602.

J. L. Sloat et L. T. Peterson : Tumeur d'Ewing du sacrum. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 1499-1500.

ARTICULATIONS

V. Z. Cope : Blessures des articulations. *B. M. J.*, 1942, **1**, 648.

H. Fruchaud : Blessures des articulations. *Lancet*, 1944, **247**, 235-237.

M. Blankenhorn et E. Gruppen : Le traitement de la pyarthrose pneumococcique. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 1177-1179.

W. Boger : Arthrite pneumococcique. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 1062-1065.

R. Gregory : Effet de l'inflammation sur la concentration du sulfanilamide dans les liquides pleuraux et articulaires. *Arch. int. Méd.*, 1942, **69**, 429-436.

E. Rosenberg, M. Dockerty et H. Meyerding : Arthrite coccidioïdale. Un cas avec atteinte des cous-de-pied et échec de la sulfamide et de la radiothérapie. *Arch. int. Méd.*, 1942, **69**, 238-250.

Voy. *Rachis. Membres.*

Synoviales. Bourses séreuses.

A. Brewer et O. Zink : Radiothérapie de la bursite sous-deltoïdienne aiguë. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 800.

M. Burman : La bursite du demi-membraneux, son association à une déchirure du ménisque interne du genou par un trauma commun. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 29

R. E. Flowerdew et O. B. Bode : Ténosynovite chez des journaliers non entraînés. *B. M. J.*, 1942, **2**, 367.

H. Meyerding et R. van Demark : Hernies postérieures du genou (kyste de Baker, bursite du semi-membraneux, bursite du gastrocnémien et bursite du poplité). *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 858-861.

P. C. Potter : Ténovaginite sténosante de la styloïde radiale (Maladie de de Quervain). *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 290-296.

H. E. Thorn : Un cas d'hygroma kystique. *B. M. J.*, 1944, **1**, 12.

D. Christol et A. Gill : Xanthome d'une gaine tendineuse. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 1013-1015.

C. D. Haagensen et A. Purdy Stout : Sarcome synovial. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 826-842.

M. R. Murray, A. Purdy Stout et I. A. Pogogeff : Sarcome synovial et tissu synovial normal cultivés *in vitro*. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 843-851.

MUSCLES

J. A. Elliott : Muscles non contractés de la sciatique : études électromyographiques. *Lancet*, 1944, **246**, 47-48.

J. M. Frankas : Accélération de l'effort musculaire par le nicotamide. *B. M. J.*, 1943, **2**, 601-602.

H. N. Green : Facteurs de shock du muscle strié : I. Isolement, propriétés biologiques. *Lancet*, 1943, **245**, 147-152.

A. N. Grebson : Spasme musculaire par manque de chlorure de sodium. *B. M. J.*, 1944, **2**, 819.

H. M. Hines : Effets de l'immobilisation et de l'activité sur la régénération neuro-musculaire. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 515-517.

A. Lubin : Emploi du tocopherol alpha dans le traitement des troubles neuromusculaires. *Arch. int. Méd.*, 1942, **69**, 836-855

R. E. Rewell : La concentration du potassium après ischémie du muscle. *B. M. J.*, 1943, **2**, 483.

P. Y. Solandt : L'atrophie du muscle squelettique. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 511-513.

O. Steinbrocker : Injections thérapeutiques dans les troubles douloureux des muscles squelettiques ; le test à la Saline Procaine. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 397-401.

S. Wenoell, B. Feinstein et R. E. Pattle : Application clinique de l'électromyographie. *Lancet*, 1943, **244**, 226-238.

M. Nellen : Thymectomie pour myasthénie grave. *B. M. J.*, 1943, **2**, 778.

L. Strickroot, R. L. Schaeffer et L. Bergo : Myasthénie grave chez un enfant né d'une mère myasthénique. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 1207-1209.

A. Wilson et H. B. Stoner : La prostigmine et l'éphédrine dans la myasthénie grave. *Lancet*, 1944, **246**, 429-430.

I. D. Kitchin et D. A. Richmond : Hernies musculaires multiples. *B. M. J.*, 1943, **1**, 602.

D. Goldman : La polymyosite ; cas mortel. *Arch. int. Med.*, 1942, **70**, 822-828.

J. D. Mc Lennan : Infection streptococcique du muscle. *Lancet*, 1943, **244**, 582-583.

G. T. Pack et R. R. Brauno : Le développement du sarcome dans la myosite ossifiante ; 3 cas. *J. A. M. A.*, 1942, **119**.

M. N. Fulton et M. C. Sosman : Angiomes veineux du muscle squelettique ; 4 cas. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 319-324.

Voy. *Chirurgie des membres. Orthopédie.*

I. — RACHIS

Th. A. Willis : Développement du rachis. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 407-412.

S. W. Banks, E. L. Compere et C. Watson : Un appareil plâtré pour la colonne cervicale. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 631.

A. Ecker : Les opérations intraspinales dans les cas de compensation (pour lésions curables chez les travailleurs invalidés). *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 128-130.

M. B. Howorth : Soudure vertébrale. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 278-289.

D. Latto : Un cas de syndrome de Klippel-Feil. *B. M. J.*, 1942, **1**, 669.

E. D. Telford : Côte cervicale et hyperhydrose. *B. M. J.*, 1942, **2**, 96.

J. B. Brown et F. Mc Dowell : Cancer métastatique du cou. *Ann. Surg.*, 1944, **119**, 543-555.

F. A. Chandler et A. Altenberg : Torticolis congénital. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 476-482

H. B. Orton : Infections profondes du cou. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 873-879.

E. H. Hambly : Fracture du tubercule odontoïde de la 2e cervicale ; méthode de fixation. *Lancet*, 1944, **247**, 851.

E. H. Hambly : Luxation, fracture grave du rachis. *B. M. J.*, 1944, **2**, 340.

H. B. Jenkins et Ch. L. Neill : Réduction fermée des fractures de la colonne vertébrale lombaire avec luxation unilatérale. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 1194.

H. S. Samuel : Fractures latentes après chute d'avion. *B. M. J.*, 1944, **1**, 784.

R. N. Herson : Fièvre ondulante montrant des lésions vertébrales. *B. M. J.*, 1942, **1**, 762.

I. H. Kemp, M. M. Murray et D. C. Wilson : Spondylose déformante en relation avec la fluorine et la nutrition. Evolution. *Lancet*, 1942, **243**, 93-96.

C. W. Buckley : Diagnostic différentiel de l'arthrite vertébrale chez les jeunes. *B. M. J.*, 1943, **2**, 4-5.

L. Minor Blackford : Hémangiome d'une vertèbre avec compression médullaire, un cas guéri par irradiation il y a 14 ans. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 144-146.

Hernie discale.

L. W. Breck, W. Compere Basom et J. W. Hillsman : Radiogrammes lombosacrés de 450 inscrits consécutifs pour le travail de force. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 88-93.

W. Dandy : Traitement des attaques récidivantes de douleur lombo-sacrée sans sciatique. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 1175-1178.

A. K. Gnormley, J. Grafton Love et H. Young : L'opération combinée dans la douleur lombo-sacrée et sciatique. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 1117-1175.

R. K. Ghormley : La douleur dorsale ; examen et diagnostic différentiel. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 412-416.

W. E. Dandy : Complications graves de la rupture des disques intervertébraux. *J. A. M. A.*, 1942. **119**, 474-477.

W. E. Dandy : Localisation améliorée et traitement des disques intervertébraux rompus. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 605-607.

W. E. Dandy : Progrès récents dans le traitement des disques intervertébraux lombaires rompus. *Ann. Surg.*, 1943, **118**, 639-646.

W. E. Dandy : Les aspects tout récents des disques intervertébraux rompus. *Ann. Surg.*, 1944, **119**, 481-484.

J. Keegan : Diagnostic par les signes neurologiques de la hernie des disques intervertébraux lombaires. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 868-872.

D. Munro et W. G. Harding : Ponction lombaire ; son rôle possible dans la production des lésions traumatiques du disque intervertébral. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 482-483.

R. Semmes et F. Murphey : Le syndrome de rupture unilatérale du 6e disque intervertébral cervical avec compression de la 7e racine cervicale. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 1209-1214.

P. C. Bucy et H. Chenault : Compression de la 7e racine cervicale par la hernie d'un disque intervertébral. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 26.

M. Albert : Calcification des disques intervertébraux. *B. M. J.*, 1942, **1**, 666-667.

W. S. Brooke : Myélite cervicale transverse complète causée par une hernie traumatique d'un *Nucleus pulposus* ossifié. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 117-120.

Sir A. Hurst : Le traitement de la sciatique. *B. M. J.*, 1943, **2**, 773-775.

P. Bucy et I. Speigel : Une complication rare de l'emploi intraspinal d'huile iodée. *J. A. M. A*, 1943, **122**, 367-368.

A. Ecker : La décompression des disques intervertébraux protrus ; l'exploration spinale. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 401-402.

O. Hynoman, A. Steinoler et J. Volkin : Disque intervertébral hernié ; la colonne d'huile iodée ; l'épreuve de la procaïne dans le diagnostic de la douleur sciatique. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 390-400.

Kystes sacro-coccygiens.

P. F. Fox : Kystes et fossettes sacrococcygiennes chez des jumeaux identiques. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 120.

W. F. Macfee : Kystes et fossettes coccygiennes ; une méthode de fermeture de la plaie. *Ann. Surg.*, 1942. **116**, 687-699.

P. Mutschmann et G. Mitchell : Un traitement des kystes et des fossettes sacro-coccygiens. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 30.

J. V. Scott : Kyste coccygien, l'emploi local de sulfanilamide pour la suture primitive. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 191-197.

F. Shute Jr, Th. Smith, M. Levine et J. Burch : Kystes et fossettes sacro-coccygiennes. *Ann. Surg.*, 1943, **118**, 706-716.

Articulations du sacrum.

G. A. Caldwell : Spondylolisthésis *Ann. Surg.*, 1944, **119**, 485-497.

R. Anderson et V. Peterson : Emploi clinique de la technique de Chamberlain dans les affections sacro-iliaques. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 269-270.

C. Hershey : L'articulation sacro-iliaque et douleur d'irradiation sciatique. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 983-985.

II. — MEMBRES

MEMBRE SUPÉRIEUR

R. H. Hall : Transplantation de l'extrémité supérieure entière chez l'homme ; plan général d'action et technique opératoire. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 13-23.

V. Siler : Le traitement des traumatismes et infections des membres supérieurs. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 408-411.

Ceinture scapulaire.

C. Hauser et W. Martin : Deux nouveaux cas de scapulum alatum post-traumatique observés dans les forces armées. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 667-668.

F. W. Ilfeld et H. S. Holder : Scapulum alatum causé par sac à dos. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 448-449.

H. C. Saksena : Paralysie du grand dentelé. *B. M. J.*, 1943, **2**, 267.

M. A. Falconer et G. Weddell : Compression costo-claviculaire des artères et veines sous-clavières et syndrome du scalène antérieur. *Lancet*, 1943, **245**, 539-54[illegible]

R. Sutherland et J. Rowe : Fracture de la clavicule traitée par traction squelettique. *Ann. Surg.*, 1942, **116**, 950-951.

D. P. Greenlee : Luxation postérieure de l'extrémité sternale de la clavicule. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 422.

J. Grieve : Subluxation congénitale de l'articulation acromio-claviculaire. *Lancet*, 1944, **247**, 817.

Epaule et bras.

P. Magnuson et J. Stack : Luxation récidivante de l'épaule. *J. A. M. A.*, 1943, **23**, 889-892.

J. Travell, S. Rinzler et M. Herman : La douleur et l'incapacité de l'épaule et du bras. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 417-422.

W. R. D. Mitchell et H. G. A. Almond : Traitement des fractures de la diaphyse humérale. *B. M. J.*, 1942, **1**, 715.

C. I. Christy : Tératome malin du bras. *Ann. Surg.*, 1942, **116**, 948-949.

Coude et avant-bras.

S[r] J. D. Buxton : Blessures par coup de feu de l'articulation du coude. *Lancet*, 1943, **245**, 663-665.

W. P. Blount, A. A. Schaefer et J. H. Johnson : Fractures de l'avant-bras chez l'enfant. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 111-116.

D. Brown : Avant-bras mutilé. *B. M. J.*, 1942, **2**, 425.

G. A. Pollock : Opération précoce pour la contracture ischémique de Volkmann. *B. M. J.*, 1944, **1**, 783.

S. Stanford : Ischémie traumatique de l'avant-bras et du bras. *Lancet*, 1944, **246**, 462-463.

Main.

I. J. Fairbank : Fractures du cunéiforme carpien. *B. M. J.*, 1942, **2**, 310.

H. A. Harris : Fractures des os du carpe. *B. M. J.*, 1944, **2**, 381.

J. M. Robertson et R. D. Wilkins : Fracture du scaphoïde carpien. *B. M. J.*, 1944, **1**, 685-686.

E. Johnson : Fracture de la base du 1er métacarpien ; nouvelle méthode de fixation. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 27.

R. C. Clay : Contracture de Dupuytren : fibrome du fascia palmaire. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 224-231.

R. M. Jones : Suture satisfaisante des tendons fléchisseurs des doigts. *Lancet*, 1944, **247**, 111.

D. C. Bodenham : Restauration du fonctionnement de la main brûlée. *Lancet*, 1943, **244**, 298-299.

M. E. Floney, R. E. O. Williams : Infections de la main traitées par la pénicilline. *Lancet*, 1944, **246**, 73-80.

S. Gordon : Auto-greffe d'un pouce amputé. *Lancet*, 1944, **247**, 823.

W. B. Highet : Innervation et fonction des muscles de l'éminence thénar. *Lancet*, 1943, **244**, 227-229.

MEMBRE INFÉRIEUR

J. Warren White et Sam Stubbins J[r] : Arrêt de la croissance pour égaliser la longueur des membres inférieurs. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 1146-1148.

Hanche.

G. R. Girdlestone : Arthrite suppurée aiguë de la hanche ; l'opération donnant libre accès et permettant au drainage d'être effectif. *Lancet*. 1943, **244**, 419-420.

S. Kleinberg : Appareil à expansion pour creuser les cavités cotyloïdes. *Ann. Surg.*, 1942, **116**, 957-959.

J. P. Fitzgerald et K. C. Clark : Radiographie du col fémoral. *Lancet*, 1942, **243**, 183.

A. S. Blundell Bankart : Traitement des fractures du col du fémur intracapsulaire. Choix du cas. Réduction de la fracture. Implantation du clou. Opération de l'implantation. *Lancet*, 1942, **242**, 249-251.

L. Henry : Fracture du col fémoral par compression. *Lancet*, 1943, **245**, 473.

Prof. R. Whitman : Comment on sauve une fracture du col fémoral. *Lancet*, 1942, **242**, 378-379.

Cuisse.

S. R. Fisk : La fracture de la diaphyse fémorale. *Lancet*, 1944, **246**, 659.

R. W. Power : Le transport en cas de fracture du fémur. *B. M. J.*, 1943, **2**, 509.

St. J. D. Buxton : Appareillage de la fracture fémorale par blessure de coup de feu : plâtre de Tobrouk à double revers. *Lancet*, 1943, **245**, 564-565.

W. S. Diggle : L'appareil de Thomas dans le traitement de la fracture du fémur. *Lancet*, 1942, **243**, 355-356.

C. A. Pannett : Une note sur l'appareil de Thomas. *Lancet*, 1944, **247**, 180.

Genou.

J. J. Murphy : Fracture bilatérale de la rotule. *B. M. J.*, 1943, **1**, 725.

I. P. Fitz Gerald : Réduction d'une luxation ancienne du genou. *B. M. J.*, 1942, **2**, 542.

M. Burman : La bursite du demi-membraneux, son association à une déchirure du ménisque interne du genou par un trauma commun. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 29.

S. A. S. Malkin : Les lésions des cartilages semilunaires chez des militaires. *B. M. J.*, 1943, **1**, 6-7.

A. Mitchell : Couteau à méniscotomie. *Lancet*, 1943, **244**, 528.

J. Moorhead et D. Lyall : Le traitement chirurgical des lésions internes du genou. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 140-151.

J. J. R. Duthie et J. G. Macleod : Récupération fonctionnelle après méniscectomie : expérience dans un dépôt de convalescents dans l'armée. *Lancet*, 1943, **244**, 197-198.

V. L. Hart : Les principes de Kenny et les traumatismes du genou. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 900-902.

Jambe et cou-de-pied.

A. P. Rentwistle : Altérations osseuses dans l'ulcère variqueux. *Lancet*, 1943, **244**, 142.

C. K. Murray et C. Snaan : La pâte aux globules rouges dans le traitement des ulcères et des plaies chroniquement infectées. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 779-782

L. J. Witts : Ulcère de jambe chronique dans le purpura hémorragique. *B. M. J.*, 1942, **2**, 309.

A. Albert et W. R. D. Mitchell : L'ischémie de Volkmann de la jambe. *Lancet*, 1943, **244**, 519-521.

A. K. Henry : Exposition du segment arqué des vaisseaux tibiaux antérieurs. *Lancet*, 1943, **244**, 141.

G. Curry : Attelle pneumatique de jambe. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 966.

C. Mackensie et A. Riesen : La production par un exercice modéré d'une forte survenue de douleurs brisantes. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 499-501.

J. R. Moritz : Les accidents du ski ; étude statistique et analytique. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 97-99.

J. R. Armstrong : La greffe osseuse dans le traitement de la fracture du tibia et du péroné. *Lancet*, 1943, **245**, 188-190.

B. H. Burns et R. H. Young : Temps nécessaire à la formation du cal dans les fractures du tibia. *Lancet*, 1942, **243**, 299-300.

C. Child : Gangrène non infectieuse consécutive aux fractures basses de jambe. *Ann. Surg.*, 1942, **116**, 721-728.

P. Mac Master : Traitement de l'entorse du cou-de-pied : plus de 500 cas. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 659-660.

Pied.

R. Bingham : Le pied douloureux ; l'insuffisance congénitale du premier segment métatarsien chez les jeunes soldats. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 283-285.

P. Ilfeld : Le pied plat : son importance militaire et son traitement par un simple support arqué. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 281-282.

J. G. Kuhns : Le pied plat congénital. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 329-333.

W. G. Bigelow et E. C. C. Lanyon : Utilisation de la thérapeutique froide sèche pour le pied de tranchée. *B. M. J.*, 1944, **1**, 215-217.

B. W. Goldstone et H. V. Connett : Etiologie du « pied de tranchée », *B. M. J.*, 1944, **1**, 218-219.

C. C. Ungley : Traitement du pied de tranchée par refroidissement à sec. *Lancet*, 1943, **244**, 681.

J. I. Thompson : Gonflement inhabituel du dos du pied. *B. M. J.*, 1944, **1**, 494.

F. H. Bowen : Sur 661 cas de plaies du pied par piqûre de clou. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 413-414.

J. B. Brown et B. Cannon : La réparation des pertes de substance superficielles du pied. *Ann. Surg.*, 1944, **420**, 417-430.

E. Hauser : Neurofibrome (neurinome) du pied. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 1217.

G. Kulchar . Tumeurs bénignes et malignes du pied. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 751-767.

E. W. Donnell : Une luxation inhabituelle du pied. *B. M. J.*, 1944, **2**, 12.

R. W. Lewis : Lésions moins communes de l'astragale. *Ann. Surg.*, 1942, **116**, 891-897.

R. J. Armstrong : Arthrodèse sous-astragalienne postérieure dans le calcanéum fracturé. *Lancet*, 1943, **245**, 506-507.

J. W. Jones : L'articulation astragalo-calcanéenne. *Lancet*, 1944, **247**, 241.

A. S. B. Bankart : Fractures du calcanéum. *Lancet*, 1942, **243**, 175.

H. H. J. Burns : Fractures de marche des métatarsiens. *B. M. J.*, 1943, **2**, 608.

G. Flavell : Fracture de marche : une série de 15 cas de la R. A. F., *Lancet*. 1943, **245**, 66-68.

G. B. Main : Luxation plantaire du 4e métatarsien. *B. M. J.*, 1943, **2**, 169.

K. Mc Fadyean : Comment empêcher l'apparition d'une bursite dans l'ankylose du deuxième orteil en marteau. *Lancet* 1942, **242**, 274-276.

A. Pruce et W. Hagen : Griffre du gros orteil consécutive à une application défectueuse d'appareil plâtré. *J. A. M. A.*, 1943 **123**, 955.

G. N. Taylor : Traitement de la fracture du gros orteil. *B. M. J.*, 1943, **1**, 724.

III. — ORTHOPÉDIE — PROTHÈSE

G. Caldwell : Les buts d'après guerre en chirurgie orthopédique. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 269-270.

A. A. Dickson : La chirurgie orthopédique entre deux guerres. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 413-416.

R. K. Ghormley : L'abus du repos en chirurgie orthopédique. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 1085-1086.

G. R. Girdlestone : L'influence orthopédique sur le traitement des fractures. *Lancet*, 1943, **245**, 593-596.

S. A. S. Malkin et G. Parker : La réadaptation fonctionnelle dans une unité orthopédique. *B. M. J.*, 1943, **1**, 315-316.

H. Platt : La chirurgie orthopédique et l'avenir. *Lancet*, 1944, **246**, 95.

B. S. B. Lucas et J. A. S. L. Dick : L'anesthésiste orthopédique. *Lancet*, 1944, **247**, 243.

C. E. Irwin : Genu recurvatum consécutif à la poliomyélite ; cure chirurgicale. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 277-280.

T. Campbell : La prothèse temporaire. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 1041-1043.

R. W. J. Craft : Les amputations et la mise en place des membres artificiels. *B. M. J.*, 1942, **2**, 389-391.

R. Keith : Modification proposée à l'articulation du genou de la prothèse pour amputation au-dessous du genou. *Ann Surg.*, 1944, **120**, 803-808.

I. G. R. A. Mac Gowan : Appareils plastiques. *Lancet*, 1943. **244**, 805.

A. Thomas : La prothèse permanente *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 1044-1047.

W. Thompson : Le moignon d'amputation au point de vue de la prothèse. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 1036-1040.

Voy. *Membres*, *Thorax*, *Rachis*.

Système nerveux

I. — NEUROLOGIE

Généralités.

H. J. Seddon : Une classification des lésions nerveuses. *B. M. J.*, **2**, 1942, 207.

W. M. Craig : Blessures de guerre du système nerveux central. *Ann. Surg.*, 1943, **118**, 635-638.

MÉNINGES

C. B. B. Downman et C. C. Mackensie : Injection arachnoïdiennes de phosphate de potassium. *Lancet*, 1943, **245**, 471-472.

Hémorragies.

S. Baer, H. Goldburg et B. Pearlstine : Hémorragies intracraniennes récidivantes chez un hémophile. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 933-935

C. G. Magee : Hémorragie sous-arachnoïdienne spontanée : revue de 150 cas. *Lancet*, 1943, **245**, 497-499.

J. G. O'Brien : Hémorragie sous-arachnoïdienne chez des jumeaux identiques. *B. M. J.*, **1**, 607-608.

Méningites.

A. B. Christie : Un cas de méningite aiguë aseptique. *B. M. J.*, 1943, **1**, 41.

D. Rosenberg et P. Arling : La pénicilline dans le traitement de la méningite. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 1011-1016.

W. Sheppe, A. Osterman, C. Ahroon et J. Zurlacht : Méningomyélite, complication d'une pneumonie primitive atypique. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 1245.

P. I. Bray, J. C. Cruickshank : Méningite due au *diplococcus micosus*. *B. M. J.*, 1943, **1**, 601.

J. K. K. Hutton : Paralysie du nerf cranien après méningite cérébro-spinale. *B. M. J.*, 1944, **2**, 630.

P. B. Beeson et E. Westerman : Méningite cérébro-spinale et sulfamides. *B. M. J.*, 1943, **1**, 497-500.

L. R. L. Edwards : Un cas inhabituel de méningite à méningocoque. *B. M. J.*, 1944, **2**, 563.

W. Gordon et M. Shimkin : Méningococcémie foudroyante avec purpura, méningite et nécrose focale de la pituitaire. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 147.

H. L. Hodes et P. S. Strong : Traitement de la méningite méningococcique par les sulfonamides. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 691-694.

A. Horwitz et J. Perroni : Méningite méningococcique à Santiago du Chili de 1941 à 1943 ; une épidémie de 4.464 cas. *Arch. int. Med.*, 1944, **74**, 365-370.

D. Kuhns, C. Nelson, H. Feldman et L. Kuhn : Valeur prophylactique de la sulfadiazine pour la méningite méningococcique. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 335-339.

E. Rundlett, A. M. Gnassi et P. Price : Méningite méningococcique ; valeur pronostique du sucre du liquide céphalo-rachidien. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 695-696.

W. H. Patterson : Méningite paratyphique B ; 2 cas guéris. *Lancet*, 1942, **242**, 678

C. A. Birch : Méningite à bacille de Pfeiffer ; guérison après sulfapyridine *B. M. J.*, 1943, **1**, 72.

J. N. P. Davies : Méningite à bacille de Pfeiffer : réponse à la chimiothérapie *Lancet*, 1943, **244**, 553-555.

R. A. Moin : Réponse de la méningite à bacille de Pfeiffer à la sulfapyridine *Lancet*, 1943, **244**, 556.

H. Cairns et collaborateurs : Méningite à pneumocoque traitée avec la pénicilline. *Lancet*, 1944. **246**, 655-658.

C. Going : Méningite à pneumocoque traitée avec succès par le sulfathiazol *B. M. J.*, 1944, **1**, 690.

H. Hodes, M. Smith et H. Ickes : Ménin

gite pneumococcique. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 1334-1336.

N. Leyhson : Méningite pneumococcique ; 7 cas, 5 guérisons. *Lancet*, 1942, **242**, 352.

R. Parkenham-Walsh : Méningite à pneumocoque : guérison avec la sulfaméthazine. *Lancet*. 1943, **244**, 649-650.

A. Sakula : Méningite pneumococcique de l'enfant : guérison avec le sulfapyridine. *Lancet*, 1942, **242**, 444-452.

Ch. Steele et J. Gottlieb : Traitement de la méningite à pneumocoque par la sulfanilamide et la sulfapyridine. *Arch. int. Med.*, 1941, **68**, 211-231.

H. A. Thomas, R. J. Twort et C. P. Warren : Méningite à pneumocoque : guérison avec la sulfapyridine et la sérothérapie. *Lancet*, 1943, **244**, 581.

E. W. M. Williams et E. Philipp : Méningite à pneumocoque traitée avec succès par la sulfapyridine. *B. M. J.*, 1942, **2**, 311

A. Woring Jr et M. Smith : Pénicilline et sulfamides associés dans la méningite pneumococcique. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 418-423.

E. Neter : Méningite à *salmonella cholerae suis* : un cas et revue de la littérature. *Arch. int. Med.*, 1944, **73**, 425-429.

W. Mc Cune et J. M. Evans : La pénicilline intraventriculaire dans le traitement de la méningite staphylococcique. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 705-706.

C. Pilcher et W. Meacham : La chimiothérapie des infections intracraniennes ; méningite staphylococcique et administration intrathécale de pénicilline. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 330-332.

A. Fleming : Méningite à streptocoque traitée par la pénicilline : mesure de la puissance bactériostatique du sang et du liquide céphalo-rachidien. *Lancet*, 1943, **245**, 434-437.

J. Riley et R. Waugh : Méningite streptococcique consécutive à un traumatisme cranio-cérébral. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 338.

H. Thomas Jr : Méningite streptococcique et septicémie. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 264-272.

D. Reeves, E. Butt et Roy Hammack : Infection à torula des poumons et du système nerveux central ; 6 cas, 3 autopsies. *Arch. int. Med.*. 1941, **68**, 57-79.

W. Wanyi et R. Rawson : Méningite à torula. *Arch. int. Med.* 1942, **69**, 90-98.

Liquide céphalo-rachidien.

I. Applebaum : L'éosinophilie du liquide céphalo-rachidien. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 830.

P. W. Nathan et C. W. M. Whitty : Mesure de la pression du liquide cérébro-spinal. *Lancet*, 1942, **243**, 154.

ENCÉPHALE

E. D. Adrian : Régions sensorielles du cerveau. *Lancet*, 1943, **245**, 33-34.

E. P. Adrian : Localisations dans le cervelet. *B. M. J.*, 1944, **2**, 137-139.

Circulation cérébrale.

N. Roberg : Un cas d'anévrysme intracranien probable avec syndrome de céphalalgie histaminique. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 566-568.

I. H. Howell : Ischémie cérébrale progressive. *B. M. J.*, 1943, **2**, 746.

D. R. Cairns, G. Melton : Thrombose des veines cérébrales de la fièvre puerpérale. *B. M. J.*, 1942, **1**, 439.

J. Joseph : Thrombose veineuse cérébrale d'origine puerpérale. *B. M. J.*, 1942, **1**. 438.

F. R. Stansfield : Thrombophlébite cérébrale puerpérale traitée par l'héparine. *B. M. J.*, **1**, 436.

Encéphalites.

J. C. Woodland et E. M. Smith : L'encéphalite aiguë. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 358-361.

A. B. Sabin et C. Aring : Méningo-encéphalite chez l'homme causée par le virus du lymphogranulome vénérien. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 1376-1380.

H. S. Banks et J. E. Mc Cartney : L'encéphalite méningococcique. Les cas fulminants. Les cas aigus. Encéphalomyélite focale, encéphalite marginale. *Lancet*, 1942, **242**, 219-222.

R. I. C. Bradford : La méningo-encéphalite de la rubéole. *B. M. J.*, 1943, **1**, 312.

B. Meyer : Encéphalite après la rougeole avec rigidité parkinsonienne ; guérison. *B. M. J.*, 1943, **1**, 508.

A. Sadin et ses aides : Types B. de Saint-Louis et Japonais d'encéphalite épidémique ; développement de vaccins non infectants. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 477-485.

Th. Anderson et P. Mc Kenzie : Encéphalite post-vaccinale. *Lancet*, 1942, **243**, 667-668.

R. V. Facey : Encéphalite avec éruption épidermique après vaccination. Transfusion de sang immunisé. *Lancet*, 1942, **243**, 669-670.

N. Brill et V. Pellicano : Malaria estivo-automnale avec syndrome du lobe frontal. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 1150-1152.

M. Fox et R. O'Connor : Neuronite infectieuse ; revue et 4 cas. *Arch. int. Med.*, 1942, **69**, 58-66.

Encéphalopathies.

A. W. Gill et A. J. Mc Gall : Lésion cérébrale corticale et crises de l'encéphalopathie de Wernicke. *Lancet*, 1943, **244**, 305.

J. P. A. Halcrow : Encéphalopathie hémorragique après arsénothérapie. *B. M. J.*, 1943, **1**, 663.

F. P. Weber et K. Blum : Encéphalopathie artériosclérense basale léthargique. *Lancet*, 1942, **242**, 503-511.

J. Lichstein et L. Solis-Cohen : Sclérose tubéreuse familiale sans adénome sébacé ; 2 cas. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 429-431.

Parkinsonisme.

Sir A. Hall : Parkinsonisme chronique : sa marche et son traitement. *Lancet*, 1943, **244**, 193.

F. Hanes : Deux signes cliniques utiles : le whistle-smile réflexe dans le syndrome de Parkinson ; le regard fixe néphritique dans la néphrite chronique. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 1152.

Abcès.

A. M. Mc Farlan : Bactériologie de l'abcès du cerveau. *B. M. J.*, 1943, **2**, 643.

I. Weenslen et A. Kaplan : Abcès cérébraux accompagnant la maladie congénitale du cœur ; 2 cas. *Arch. int. Med.*, 1940, **66**, 1282-1289.

Tumeurs.

J. H. Globus et M. Sapinstein : Hémorragie massive dans une tumeur cérébrale. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 398-352.

R. A. Light : Calcification intracranienne ; tumeur calcifiée de grandeur exceptionnelle. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 309-312.

Epilepsie.

W. Blyth : Diagnostic par la pitressine de l'épilepsie idiopathique. *B. M. J.*, 1943, **1**, 100.

H. G. Garland, A. P. Dick et T. W. Whittey : Test de la pitressine aqueuse dans le diagnostic de l'épilepsie. *Lancet*, 1943, **245**, 566-568.

I. J. Nattrass : Incidence de l'âge et le pronostic de l'épilepsie. *B. M. J.*, 1943, **2**, 481.

W. G. Lennox : Gains sur l'épilepsie. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 449-453.

A. C. Watt et G. L. Alexander : Epilepsie à la suite de l'application de sulfathiazol au contact du cerveau. *Lancet*, 1942. **242**, 493-495.

J. Price, H. Waelsch et Putnam : Di Glutamic acid hydrochloride dans le traitement du petit mal et des attaques psychomotrices. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 1153-1155.

S. M. Tublidge et J. I. Fox : Phénytoïne soluble dans l'épilepsie : manifestations toxiques. *Lancet*, 1942, **243**, 6-7.

TRONC CÉRÉBRAL

D. C. Wilson : 2 cas d'hémorragie pontique dans la fièvre typhoïde. *B. M. J.*, 1942, **2**, 395.

Glande pinéale.

J. Martin et L. Davis : Le syndrome de destruction de la glande pinéale ; observations cliniques et expérimentales. *Arch. int. Med.*, 1941, **67**, 1119-1128.

Glande pituitaire.

W. Gordon et M. Shimkin : Méningococcémie avec purpura, méningite et nécrose focale de la pituitaire. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 147.

F. Hart et M. Magiday : Le sucre sanguin dans un cas d'hypophysectomie complète. *Arch. int. Med.*, 1941, **68**, 893-897.

R. E. Hemphill et M. Reiss : L'hormone corticale dans la cachexie pituitaire. *B. M. J.*, 1944, **2**, 211-212.

J. Kirshbaum et H. Levy : Tuberculome de l'hypophyse avec insuffisance du lobe antérieur ; 2 cas. *Arch. int. Med.*, 1941, **68**, 1095-1104.

E. Rynearson et L. Schweiger : Le corps pituitaire ; la littérature de 1938 à 1939. *Arch. int. Med.*, 1940, **66**, 226-290.

Protubérance.

J. B. Dynes : Syndrome d'Adie ; diagnostic et importance. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 1495-1497.

Bulbe.

L. P. E. Laurent : Paralysie bulbaire thyrotoxique aiguë. *Lancet*, 1944, **246**, 87.

DOULEUR

H. L. Andrews : L'effet de la morphine et de la prostigmine sur les mesures du seuil de la douleur. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 525-527.

Ch. Davison : Effets de la thérapeutique hépatique sur les voies douloureuses dans la dégénérescence combinée subaiguë. *Arch. int. Med.*, 1941, **67**, 473-488.

G. Fitzgerald et B. Mc Ardle : Effets de la péthidine sur la douleur dans les cas neurologiques. *Lancet*, 1943, **244**, 296.

G. Gordon et D. Whitteridge : Temps de conduction de la sensation de douleur chez l'homme. *Lancet*, 1943, **245**, 700-701.

E. Guttman et W. Mayer-Gross : La psychologie de la douleur. *Lancet*, 1943, **244**, 225-226.

H. Mahonnen : La lutte contre la douleur dans les lésions post-traumatiques. *Ann. Surg.*, 1944, **119**, 432-444.

Migraine.

J. A. Brown : Urée et migraine. *B. M. J.*, 1943, **2**, 201.

G. F. Rowbotham : Les voies de la douleur de la migraine. *B. M. J.*, 1942, **2**, 685-686.

S. Wolf et H. Wolf : Fièvre intermittente d'origine inconnue : fièvre élevée récurrente avec issue bénigne chez un malade atteint de migraine Notes sur la fièvre neurogénique. *Arch. int. Med.*, 1942, **70**, 293-302.

Céphalée.

C. Anderson : Cas de céphalée chronique : réactions nerveuses, séquelles organiques, réactions psychiques, états mixtes, simulateurs. *Lancet*, 1942, **243**, 1-3.

E. Guttmann : Céphalée post-contusionnelle. *Lancet*, 1943, **244**, 10-11.

W. Harris : Céphalées paroxystiques et posturales dues à des kystes intraventriculaires et à des tumeurs. *Lancet*, 1944, **247**, 654.

T. Y. Malone : Traumatismes craniens : traitement nouveau des céphalées et vertiges post-commotionnels. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 861-864.

Electroencéphalographie.

G. Engel et S. Margolin : Troubles neuropsychiatriques dans la maladie interne : facteurs métaboliques et corrélations électroencéphalographiques. *Arch. int. Med.*, 1942, **70**, 236-259.

G. Engel, J. Romano et T. Mc Lin : Vaso-dépresseur et syncope sinucarotidienne ; électroencéphalographie clinique et observations électrocardiographiques. *Arch. int. Med.*, 1944, **74**, 100-119.

M. E. Heppenstall et D. Hill : Electroencéphalographie dans les syndromes chroniques post-traumatiques. *Lancet*, 1943, **244**, 261-262.

MOELLE ÉPINIÈRE

W. Lewin : Paralysie des membres par compression. *Lancet*, 1943, **245**, 756-757.

J. M. R. Walshe : Note sur un type de lésion communément méconnue de la moelle épinière cervicale associée à des lésions de la tête. *Lancet*, 1944, **247**, 173-174.

A. Sahs et R. Nomland : Myélopathie, résultat du traitement intensif de la syphilis par le Mapharsen. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 560.

Poliomyélite.

J. R. Paul, W. P. Havens et C. E. Van Rooyen : La poliomyélite dans les troupes britanniques et américaines du Moyen-Orient. *B. M. J.*, 1944, **1**, 841-842.

W. Stuck et A. Loiselle : La poliomyélite épidémique de San Antonio en 1942. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 853-855.

H. Swartout et W. Frank : Cas familiaux multiples de poliomyélite. *J. A. M. A.*, 194, **125**, 488-489.

A. L. Eyre-Brook : Le liquide céphalo-rachidien dans la poliomyélite antérieure aiguë. *B. M. J.*, 1942, **1**, 758.

D. M. Horstmann, R. Ward et J. Melnick : Persistance de l'excrétion de virus dans les selles de malades atteints de poliomyélite. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 1061.

C. Jungeblut et J. Bourdillon : Electromicrographie du virus de la poliomyélite murine. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 399-402.

E. Rosenow : Poliomyélite épidémique ; encéphaloméningo-radiculite et fibromyosite dues à un streptocoque venu d'une distribution d'eau. *Arch. int. Med.*, 1941, **67**, 531-545.

E. C. Rosenow : La poliomyélite ; étude de l'agent et de son traitement par le sérum spécifique. *Lancet*, 1944, **246**, 491-492.

A. Biermann et Piszzek : Un cas de poliomyélite chez un nouveau-né. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 296.

A. E. Casey : La période d'incubation dans la poliomyélite épidémique. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 805-807.

T. Francis Jr, C. E. Krill, J. A. Toomey et W. N. Mack : Poliomyélite consécutive à une tonsillectomie chez 5 membres d'une famille *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 1392-1396.

P. H. Harmon et A. Hoyne : Poliomyélite et grossesse ; absence d'infection fœtale. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 185-187.

A. B. Sabin : Pathologie et pathogénèse de la poliomyélite humaine. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 506-511.

M. S. Sherman : L'évolution de la poliomyélite. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 99. 102.

J. Molnayen : Aspect physiopathologique des désordres des muscles dans la paralysie infantile. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 74-76.

R. P. Schwartz et H. D. Bouman : Le spasme musculaire au stage aigu de la paralysie infantile. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 923-926.

A. L. Watkins, M. Brazier et R. Schwab : Concepts de la dysfonction du muscle dans la poliomyélite. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 188-192.

J. G. Poynton : L'arthrite dans la poliomyélite. *Lancet*, 1943, **245**, 433.

B. E. A. Batt : Traitement de la poliomyélite par le sérum de convalescent et la sulfapyridine. *B. M. J.*, 1942, **2**, 189.

T. Galloway : La trachéotomie dans la poliomyélite bulbaire. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 1096-1097.

P. Moen Stimson : Pour diminuer les effets consécutifs de la poliomyélite aiguë; rationalisation du traitement de Kennedy. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 989-991.

J. L. Reynolds : Traitement mécanique pulmonaire de la pneumonie compliquant la poliomyélite aiguë. *B. M. J.*, 1944, **1**, 361.

Voy. *Orthopédie, Physiothérapie*.

Syringomyélie.

C. Mueller et S. Sugar : Syringomyélie familiale. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 743.

Racines rachidiennes.

W. Butsch et J. Harberson : Infection à virus avec atteinte de la racine nerveuse simulant l'appendicite. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 403-407.

A. Glen : Un cas de polyradiculonévrite. *B. M. J.*, 1942, **2**, 11.

J. Taterka et M. O'Sullivan : Complications motrices de l'herpès zoster. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 737-739.

Nerfs périphériques.

C. Richter et D. Katz : Production de lésions des nerfs périphériques par la méthode de résistance électrique cutanée. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 648-650.

A. Lange et P. Heimbecken : Dégénération nerveuse consécutive au refroidissement prolongé des extrémités. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 742-749.

J. D. Spillane : Névrite localisée de la ceinture scapulaire : rapport de 46 cas dans le M. E. F. *Lancet*, 1943, **245**, 532-534.

J. Cyriax : Périnévrite. *B. M. J.*, 1942, 578-580.

W. B. Highet : Séparation des fibres dans les lésions nerveuses périphériques. Principe de la séparation. paralysie du médian, paralysie cubitale, paralysie radiale, paralysie du plexus brachial, paralysie du sciatique. lésions combinées. *Lancet*, 1942, **242**, 555-557.

H. Wortis, M. Stein et N. Jolliffe : Dissociation des fibres dans la neuropathie périphérique. *Arch. int. Med.*, 1942, **69**, 222-237.

II. — NEURO-PSYCHIATRIE

S. Cobb : Revue de la neuropsychiatrie our 1940. *Arch. int. Med.*, 1940, **66**, 341-1354.

S. Cobb : Revue de la neuropsychiatrie our 1941. *Arch. int. Med.*, 1941, **68**, 1232.

S. Cobb : La neuropsychiatrie en 1942. *rch. int. Med.*, 1942, **70**, 1017-1032.

S. Cobb et E. Lindemann : Observations ieuropsychiatriques. *Ann. Surg.*, 1943, **17**, 814-824.

H. E. Collier : Causes névrotiques et ›sychiatriques de l'incapacité de travailler. *. M. J.*, 1943, **2**, 461.

H. J. Eysenck : Névrose et intelligence. *ancet*, 1943, **245**, 362.

R. D. Gillespie : La médecine psycholo-ique et le médecin de famille. *B. M. J.*, 944, **2**, 263-267.

A. Gregg : Qu'est-ce que la psychiatrie ? *. M. J.*, 1944, **1**, 550-552.

A. Harris : Les pièges du transfert pour ›bservation mentale. *B. M. J.*, 1942, **2**, 36.

D. Hubble : Charles Darwin et la psy-hothérapie. *Lancet*, 1943, **244**, 129-132.

J. Mc Kinley et S. Hathaway : L'iden-ification et la mesure des psychoneuroses n pratique médicale. *J. A. M. A.*, 1944, **22**, 161-166.

A. Lewis : Effets sociaux de la névrose. *ancet*, 1943, **244**, 167-169.

S. Portes et I. Zitman : Un mécanisme le fatigue chez les malades neuropsychia-riques. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 569-572.

C. Himmelsbach : Etudes cliniques de 'habitude des drogues : dépendance phy-ique, suppression et guérison. *Arch. int. Med.*, 1942, **69**, 766-772.

E. H. Kitching : Symptômes mentaux lans l'intoxication bromidique. *B. M. J.*, 1942, **1**, 754-756.

S. C. Little : Effets nerveux et men-aux des sulfonamides. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 467-474.

A. H. Price et J. Peoulla : L'effet de a sulfadiazine sur le temps de coordina-ion et de réaction chez l'homme jeune. *. A. M. A.*, 1944, **125**, 105-106.

E. W. Boland et W. Corn : Rhuma-tisme psychogénique. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 805-808.

G. Engel et S. Margolin : Troubles neu-ropsychiatriques dans la maladie interne : facteurs métaboliques et corrélations élec-troencéphalographiques. *Arch. int. Med.*, 1942, **70**, 236-259.

S. W. Hardwick : La pellagre dans la pratique de la psychiatrie : 12 cas récents. *Lancet*, 1943, **245**, 43-44.

J. J. Hellier : Relations de la dermato-logie avec la psychiatrie. *B. M. J.*, 1944, **1**, 583-584.

M. Herman, J. London et S. Bennard Wortis : Troubles mentaux chez les ma-lades atteints d'hématome sous-dural. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 113.

J. Kasanin et G. Biskind : Altérations de la personnalité consécutives à la théra-peutique de substitution dans l'eunuchoï-disme de l'adolescent. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 1317-1320.

L. A. Lurie et Sol. Levy : Changements de la personnalité et troubles du compor-tement chez l'enfant à la suite de la co-queluche. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 890-894.

A. Meerloo : Le syndrome initial neu-rologique et psychiatrique de la tumeur du poumon. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 558-559.

H. Rome et R. H. Fogel : Les manifes-tations psycho-traumatiques de la filariose. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 944-946.

H. Zondek et S. Wolfsohn : Myxœdème et psychose. *Lancet*, 1944, **247**, 438.

B. Brooks : Sur la chirurgie psychoso-matique. *Ann. Surg.*, 1944, **119**, 319.

J. Douglas-Wilson : Manifestations so-matiques de la psychonévrose. *B. M. J.*, 1944, **1**, 413-415.

G. Draper : Le concept de l'unité orga-nique et de la médecine psychosomatique. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 767-771.

J. Ewalt : Problèmes psychosomatiques. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 150-152.

J. L. Halliday : Le concept d'une affec-tion psychosomatique. *Lancet*, 1943, **245**, 692-695.

M. Yorhans et Z. Orgel : Relations psy-chosomatiques des affections gastro-intes-tinales. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 225-230.

E. Weiss : Aspects psychosomatiques de l'hypertension. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 1081-1086.

Voy. *Neuro-chirurgie.*

A. Adler : Complications neuropsychia-triques chez les victimes de la Taverne de la Noix de Coco de Boston. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 1098-1100.

C. Allen et C. Carlyle-Gall : Un syn-drome de dépression : hyposexualité-alo-pécie. *B. M. J.*, 1942, **2**, 67-68.

B. Anhhatschke et C. H. Rogerson : Etats dépressifs bénins. *B. M. J.*, 1943, **1**, 780-782.

A. Harris : Pigmentation épidermique avec démence. *Lancet*, 1942, **243**, 125-131.

G. Garmany : Anxiété de réaction — son traitement. *Lancet*, 1944, **246**, 7-8.

D. Hubble et C. H. Rogerson : Anxiété, alopécie circonscrite, neurofibromatose, fi-brillation auriculaire. *B. M. J.*, 1944, **1**, 386-387.

W. Mayer-Gross. Amnésie rétrograde. *Lancet*, 1943, **245**, 603-604.

A. Paterson : Changements conscients et émotionnels de l'état confusionnel post-traumatique. *Lancet*, 1942, **243**, 717-719.

F. P. Duras : Hyperpyrexie due à l'hys-térie. *Lancet*, 1942, **243**, 39.

G. Lambert et W. L. Rees : Barbituri-ques intraveineux pour le traitement de l'hystérie. *B. M. J.*, 1944, **2**, 70-72.

R. West : Un cas d'hystérie de conver-sion. *B. M. J.*, 1943, **2**, 676.

A. Cannon, H. Modarelli, De Vicenzo et Swiney : Le traitement du délirium tre-mens. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 1418.

E. Dodds : Le traitement convulsif de la dépression climatérique. *B. M. J.*, 1943, **1**, 603.

M. Jones : Psychothérapie en groupe. *B. M. J.*, 1942, **2**, 276-277.

W. S. Maclay et J. Whitby : Le trai-tement des maladies civils atteints d'acci-dents névrotiques. *B. M. J.*, 1942, **2**, 449-450.

K. Menningen : L'abus du repos en psy-chiatrie. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 1087-1092.

S. Portis : Le traitement médical des troubles psychosomatiques en particulier du tractus gastro-intestinal et de la fati-gue. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 413-417.

D. Sands : Le traitement des malades psychiatriques dans les Hôpitaux généraux. *B. M. J.*, 1943, **1**, 628-630.

F. I. Thorpe : La thérapeutique de shock dans la psychose complication de la grossesse. *B. M. J.*, 1942, **2**, 281.

R. Taylor et I. Page : Irritation rénale grave par la pyrexithérapie par protéines étrangères. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 754-755.

J. Wallace et S. R. M. Busbry : Les hasards du traitement par l'hyperthermie. *Lancet*, 1944, **247**, 439-463.

Psychiatrie de guerre.

J. Sheps : Etude psychiatrique des bons soldats. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 271-273.

R. Wagonner, W. Menningen et F. Bra-celand : La sélection psychiatrique des hommes destinés à la force armée. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 221-224.

H. B. Craigie : La psychiatrie militaire dans le Moyen Orient. *B. M. J.*, 1944, **2**, 105-108.

W. R. D. Fenbaian : Nature et signifi-cation des névroses de guerre. *B. M. J.*, 1943, **1**, 183-186.

N. B. Flanagan : L'état de dépression dû à l'avancement. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 1383-1385.

Roy Grinken : Traitement des névroses de guerre. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 142-144.

J. A. Hadfield : Névrose de guerre ; un an dans un Hôpital de névropathes H. *B. M. J.*, 1942, **1**, 320-322.

S. B. Hall et M. B. Hall : Pronostic du déséquilibre mental : cas d'adolescents, de militaires. *Lancet*, 1942, **242**, 376-379.

I. R. Hill : La neurasthénie des tropi-ques. *Lancet*, 1943, **244**, 332.

T. Hopkins : Les admissions dans des salles d'observation mentale pendant la guerre. *B. M. J.*, 1943, **1**, 358.

W. L. Jones : La maladie psychogénique dans la pratique régimentaire. *B. M. J.*, 1942, **2**, 338.

. Lewis et E. Slater : La névrose chez les soldats. *Lancet*, 1942, **242**, 496-497.

A. Lewis : Incidence des névroses en Angleterre dans les conditions de guerre. *Lancet*, 1942, **243**, 175-182.

A. Lewis et K. Goodyear : Aspects vo-cationnels de la névrose chez les soldats. *Lancet*, 1944, **247**, 105-108.

W. Menningen : Problèmes psychiatri-ques dans l'armée. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 751-754.

J. C. Michaelson : Manifestations ocu-laires de la névrose chez les soldats. *B. M. J.*, 1943, **2**, 538-540.

J. Murray : L'évaluation de la psycho-logie de ceux qui reviennent du combat. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 148-149.

J. R. Rees : 3 ans de psychiatrie mili-taire dans le Royaume-Uni. *B. M. J.*, 1943, **1**, 1-5.

C. P. Symonds : Névrose anxiense chez les combattants. *Lancet*, 1943, **245**, 785-788.

H. Wilson : Réactions mentales vis-à-vis des raids aériens. *Lancet*, 1942, **242**, 284-286.

H. Montgomery, R. Schindlen, L. Un-gerdahl, H. Butt et W. Walters : Ulcère peptique, gastrite et psychonévrose dans le personnel naval souffrant de dyspepsie. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 890-893.

G. F. Stephenson et K. Cameron : Les états d'anxiété dans la marine. *B. M. J.*, 1943, **2**, 603-606.

G. Tooth : Crise nerveuse dans la ma-rine : difficultés domestiques comme fac-teur. *B. M. J.*, 1944, **1**, 358-359.

S. D. Ballard et H. G. Millen : La neuropsychiatrie dans un centre de la B. A. F. *B. M. J.*, 1944, **2**, 40-42.

C. P. Symonds : Névrose chez le person-nel naviguant de l'air. *B. M. J.*, 1943, **2**, 703-705.

P. H. Newman : La mentalité du prison-nier de guerre. *B. M. J.*, 1944, **1**, 8-9.

R. R. Prewen : Psychiatrie de la déten-tion. *B. M. J.*, 1944, **2**, 368-369.

R. Goode : La simulation. *B. M. J.*, 1942, **2**, 359-361.

M. Sheridan : Surdité aux sons élevés simulant une déficience mentale. *B. M. J.*, 1944, **2**, 272-274.

D. Blain : Psychothérapie en groupe pour les névroses de guerre. *Lancet*, 1943, **244**, 204-205.

W. Sargant : Traitement physique des névroses aiguës de guerre. *B. M. J.*, 1942, **2**, 574-575.

J. F. Wilde : La narco analyse dans le traitement des névroses de guerre. *B. M. J.*, 1942, **2**, 4-6.

III. — NEURO-CHIRURGIE

K. Eden : Neurochirurgie mobile pen-dant la guerre : expérience durant la cam-pagne de la 8me armée en Cyrénaïque, Tripolitaine et Tunisie. *Lancet*, 1943, **245**, 689-691.

R. Gottschalk et G. Buschenbenke : Un support de tête neuro-chirurgical. *Ann. Surg.*, 1942, **116**, 954-956.

T. J. Putnam : L'emploi de thrombine sur cellulose soluble en neuro-chirurgie. *Ann. Surg.*, 1943, **118**, 127-129.

CUIR CHEVELU

E. H. Bottenell et G. Jeffensoon : Traitement des plaies du cuir chevelu. *B. M. J.*, 1942, **1**, 781-782.

L. Mc Connel et A. Davies : Fibrome massif du cuir chevelu. *Ann. Surg.*, 1943, **118**, 154-157.

Sir H. Gillies : Note sur la suture du cuir chevelu. *Lancet*, 1944, **247**, 310-311.

CRANE

Hyperostose frontale.

C. I. Andrews : L'hyperostose frontale interne. *B. M. J.*, 1942, **2**, 185-186.

A. Gnollman et J. Rousseau : Cranio-pathie métabolique : l'hyperostose frontale interne. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 213-217.

M. Moore : Le syndrome de Morgagni-Stewart-Morel ; un cas avec constatations pneumo-encéphalographiques. *Arch. int. Med.*, 1942, **73**, 7-12.

Traumatismes et Fractures.

H. Cairns : Un plan pour le traitement des lésions craniennes. *B. M. J.*, 1943, **1**, 313-314.

H. Cairns et H. Holdourn : Les lésions craniennes chez les motocyclistes : avec référence spéciale aux casques. *B. M. J.*, 1943, **1**, 591-597.

E. Guttmann : Le pronostic des plaies craniennes dans le civil. *B. M. J.*, 1943, **1**, 94-96.

W. Events et B. Woodhall : Les traite-ments des blessures craniennes et spinales dans l'armée. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 145-147.

J. Evans : Le traitement des blessures et traumatismes craniens. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 417-420.

A. H. S. Holdurn : Mécanisme des bles-sures du crâne. *Lancet*, 1943, **245**, 441-444.

A. D. Leigh : Troubles de l'odorat après blessure du crâne. *Lancet*, 1943, **244**, 38-39.

D. Mc Kenzie : Lésions du crâne intéres-sant les sinus aériens. *B. M. J.*, 1944, **1**, 652-653.

H. E. Mock et H. E. Mock : Traitement des fractures du crâne et des traumatismes cérébraux. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 498-505.

A. R. Moritz : Mécanisme des lésions traumatiques crâniennes. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 562-575.

W. R. Russel : Aspects médicaux des lésions crâniennes. *B. M. J.*, 1942, **2**, 521.

J. J. Shea : Le traitement des fractures intéressant les sinus paranasaux. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 745-749.

D. Engel : Nécrose crânienne. *B. M. J.*, 1944, **1**, 185.

O. Fulchen : Le tantale comme implant métallique pour la réparation des pertes de substance du crâne. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 931-933.

R. Purenz : La réparation des pertes de substance crâniennes par le tantale. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 478-480.

DURE-MÈRE

Phlébite des Sinus.

P. C. Bucy et F. J. Lesemann : Throm-bophlébite récurrente idiopathique avec thrombose des veines cérébrales et héma-tome sous-dural aigu. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 402-405.

A. R. C. Doonly : Thrombophlébite du sinus caverneux ; guérison. *B. M. J.*, 1943, **1**, 42.

G. B. Moone, J. D. Gardnen, K. R. Bell et A. T. Tannendaum : Thrombo-phlébite du sinus caverneux traitée par le sulfathiazol. *J.A.M.A.*, 1942, **119**, 708-710.

R. H. M. Stuart : Thrombose primitive du sinus cérébral. *B. M. J.*, 1942, **2**, 455.

Hémorragies sus- et sous-duremériennes.

M. A. Falconen, F. Schillen : Hémor-ragie de l'artère méningée moyenne après mesure de la tête sans fracture du crâne. *Lancet*, 1942, **242**, 532-534.

J. P. Lanigan : Hémorragie de la mé-ningée moyenne chez les enfants. *Lancet* 1942, **243**, 65-66.

S. W. Gross et N. Stavitsky : Hémorra-gie extra-durale de la fosse crânienne anté-rieure. *Ann. Surg.*, 1942, **116**, 821-826.

W. Abbott, F. Due et W. Nosik : Hé-matome sous-duremérien et effusion san-guine résultant de lésions par explosion. *J. A. M. A.*, 1942, **121**, 664-666.

W. Abbott, F. Due et W. Nosik : Héma-tome sous-dural et effusion sanguine con-sécutifs à des lésions par explosion. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 739-741.

M. Herman, J. London et S. Bennard Wortis : Troubles mentaux chez les ma-lades atteints d'hématome sous-dural. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 113.

J. Nelson : Le tronc cérébral intéressé par la présence d'un hématome sub-dural. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 864-871.

CERVEAU

W. E. Dandy : Anévrysme de l'artère cé-rébrale antérieure opéré. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 1253-1254.

M. Caines : Pneumocéphalie ventriculaire traumatique. *B. M. J.*, 1943, **2**, 512.

Commotion et Contusion.

L. Rogers : Traitement de la contusion cérébrale. *B. M. J.*, 1943, **1**, 151-153.

J. C. White, J. Brooks, I Goldthwait et R. Adams : Changements dans le volume du cerveau et dans le sang contenu après concussion expérimentale. *Ann. Surg.*, 1943, **118**, 619-634.

Blessures cranio-cérébrales.

A. Evans : Le traitement des infections intra-craniennes par la pénicilline. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 641-642.

S. Guttmann : Le Demerol, précautions pour son administration aux malades atteints de lésions intracraniennes. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 155-156.

R. A. Money et T. Nelson : Expérience acquise dans le traitement des plaies de guerre craniennes. *Ann. Surg.*, 1943, **118**, 1-33.

D. Munro : Effets tardifs des traumatismes crânio-cérébraux. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 544-561.

C. Pilcher : La chimiothérapie des infections intra-craniennes. *Ann. Surg.*, 1944, **119**, 509-517.

Rapport d'un Comité de Savants soviétiques : L'infection gazeuse du cerveau comme complication de lésions cranio-cérébrales. *B. M. J.*, 1943, **1**, 785.

P. B. Aschoft : Traitement des blessures de la tête par projectiles ; analyse de 500 cas. *Lancet*, 1943, **245**, 211-217.

H. Cairns : Blessures du crâne par balle de fusil, au stade aigu. *B. M. J.*, 1944, **1**, 33-36.

J. Schonstein : Blessure par balle de fusil de la région fronto-orbitaire. *Lancet*, 1944, **246**, 44-46.

Lobotomies.

A. Bennett, J. Keegan et C. Wilbur : Lobotomie préfrontale dans la schizophrénie chronique. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 809-812.

B. Brooks : Sur la chirurgie psychosomatique. *Ann. Surg.*, 1944, **119**, 2.

M. V. Govin-Daswany et B. N. Balakrishna : Leucotomie préfrontale bilatérale chez des malades hindous. *Lancet*, 1944, **246**, 466-467.

G. M. Fleming et W. Mc Kissock : Leucotomie préfrontale. *Lancet*, 1943, **244**, 361.

R. E. Hemphill : Retour de la virilité après leucotomie préfrontale, avec développement des organes génitaux. *Lancet*, 1944, **247**, 345.

E. L. Hutton : Résultats de la leucotomie préfrontale. *Lancet*, 1943, **244**, 362-365.

VENTRICULES

A. Crawford et R. Munslow : Une méthode de drainage ventriculaire prolongé. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 798.

NERFS CRANIENS

W. Harris : Névralgie du trijumeau à un âge exceptionnellement précoce. *B. M. J.*, 1943, **2**, 39.

A. S. Allen et D. W. C. Northfield : Appareil intra-bucal pour la paralysie faciale. *Lancet*, 1944, **247**, 172.

A. Dahlberg : Traitement de la lèvre et de la joue dans la paralysie faciale. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 503.

L. T. Fulton : Le tic douloureux du nerf intermédiaire (névralgie du géniculé). *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 255-259.

E. Hanrahan et W. Dandy : Un procédé de correction de la paralysie faciale. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 1051.

A. A. Mc Nicol : Un cas de paralysie de Bell bilatérale. *B. M. J.*, 1943, **1**, 220.

B. Blades et D. Dugan : Résection du nerf vague gauche pour neurofibromes multiples intra-thoraciques. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 409-410.

MOELLE ÉPINIÈRE

J. Browder : Le traitement chirurgical des malformations congénitales intéressant le segment distal de la moelle épinière. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 118-133.

W. Jones : Les plaies anciennes pénétrantes de la moelle épinière. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 1005.

D. Munro : Blessures de la moelle dorsale et lombosacrée. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 1055-1062.

A. Fleiss et H. Ingham : Lésions médullaires par compression avec signe de Queckenstedt normal. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 759-760.

RACINES RACHIDIENNES

Compression. Sciatique discale.

P. C. Bucy et H. Chenault : Compression de la 7[me] racine cervicale par la hernie d'un disque intervertébral. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 26.

D. H. Echols : Aspects neurologiques de la douleur lombo-sacrée et de la sciatique. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 416-420.

A. K. Ghormley, J. Grafton Love et H. Young : L'opération combinée dans la douleur lombo-sacrée et sciatique. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 1171-1175.

O. Hyndman, A. Steindler et J. Volkin : Disque intervertébral hernié, la colonne d'huile iodée ; l'épreuve de la procaïne dans le diagnostic de la douleur sciatique. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 390-400.

Sir A. Hurst : Le traitement de la sciatique. *B. M. J.*, 1943, **2**, 773-775.

W. P. N. Jackson : Diagnostic différentiel de la douleur sciatique chronique. B. M. J., 1943, **2**.

A. D. Le Vay : La sciatique : une étude de 40 cas. *Lancet*, 1944, **246**, 116-117.

A. J. Mester : Un nouveau signe de diagnostic dans la sciatique. *B. M. J.*, 1942, **2**, 246.

J. D. French et J. T. Payne : Syndrome de compression de la queue de cheval avec *nucleus pulposus* hernié ; 8 cas. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 73-87.

Voy. aussi *Appareil locomoteur (Rachis)*.

NERFS PÉRIPHÉRIQUES

F. Woodson : Blessure du nerf sciatique due à une injection intramusculaire de paraldéhyde. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 1343.

W. R. Russell et A. B. Harrington : Diagnostic précoce des lésions nerveuses périphériques dans les accidents du combat. *B. M. J.*, 1944, **2**, 4-7.

L. Davis, F. Hiller, G. Perret et W. Carroll : Effets des sulfonamides sur les plaies par coup de feu intéressant les nerfs périphériques. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 494-503.

W. Holmes et P. B. Medawar : Application locale du sulfanilamide aux nerfs périphériques. *Lancet*, 1942, **243**, 334-335.

N. H. Seddon et P. B. Medawar : Suture avec de la fibrine des nerfs humains. Comportement du coagulum de fibrine chez l'homme ; résultats. *Lancet*, 1942, **243**, 87-88.

D. Bodian : Réparation des pertes de substance traumatiques des nerfs. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 662-664.

W. Dandy : Une méthode de restauration des nerfs nécessitant une résection. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 35.

R. Klemme, R. Woolsey et N. de Rezende : Greffes de nerfs d'autopsie dans la chirurgie des nerfs périphériques ; technique de la suture à la glue. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 393-396.

SYMPATHIQUE

N. C. Lake : Sympathectomie et stérilité. *B. M. J.*, 1944, **1**, 843.

D. R. Murphey J[r] : Blocage du ganglion étoilé ; voie d'approche antérieure nouvelle. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 759-763.

B. S. Ray, J. C. Hinsey et W. Geohegan : Sur la distribution des nerfs sympathiques à la pupille et au membre supérieur, déterminés par l'excitation des racines antérieures chez l'homme. *Ann. Surg.*, 1943, **118**, 647-655.

R. L. Richards et J. R. Learmonth : Sympathectomie lombaire dans le traitement de l'anévrysme poplité. *Lancet*, 1942, **242**, 383-392.

F. Rojas, R. Smithwick et P. White : Grandes opérations non spécifiques et sympathectomie dorso-lombaire. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 15-16.

D. Rytand et C. Holman : Hypertension artérielle et section des nerfs splanchniques. *Arch. int. Med.*, 1941, **67**, 1-24.

E. Stead J[r] et R. Ebert : Hypertension posturale; maladie du système nerveux sympathique. *Arch. int. Med.*, 1941, **67**, 546-562.

E. D. Telford : La sympathectomie pour les cryopathies. *B. M. J.*, 1943, **2**, 360.

Appareil circulatoire

I. — CŒUR

Généralités.

I. Chavez, B. Sepulveda et A. Ortega : La valeur fonctionnelle du foie dans la maladie du cœur. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 1276-1282.

A. Graybiel et P. White : Maladies du cœur d'après les contributions de 1940. *Arch int. Med.*, 1941, **67**, 1061-1092.

A. Graybiel et P. White : Les maladies du cœur d'après les contributions intéressantes de 1941. *Arch. int. Med.*, 1942, **70**, 303-342.

R. Levy, W. Stroud et P. White : Sur le réexamen des hommes refusés au service militaire pour diagnostic de lésions cardio-vasculaires. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 937-943.

R. Levy, W. Stroud et P. White : Rapport sur le réexamen des hommes refusés au service militaire pour diagnostic de lésions cardio-vasculaires. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 1029-1034.

L. S. Luton : La posture du malade pendant l'examen d'un cœur rapide. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 693.

C. Williams et P. White : Les maladies du cœur d'après les études de 1943. *Arch. int. Med.*, 1944, **73**, 477-498.

Communications intercavitaires.

W. Tinney J[r] : Lacune du septum auriculaire. *Arch. int. Med.*, 1940, **66**, 807-815.

I. Wechsler et A. Kaplan : Abcès cérébraux accompagnant la maladie congénitale du cœur ; 2 cas. *Arch. int. Med.*, 1940, **66**, 1282-1289.

S. Moolten : Survie prolongée après perforation du septum interventriculaire infarci dans la maladie coronaire artérielle. *Arch. int. Med.*, 1942, **69**, 108-116.

Affections valvulaires.

H. Delaney, S. Miller, R. Kimbro et L. Bishop Jr : Maladie valvulaire du cœur méconnue antérieurement au cours des examens médicaux militaires. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 884-886.

S. Koletsky : Valvules aortiques bicuspides congénitales et acquises. *Arch. int. Med.*, 1941, **67**, 129-176.

W. Evans : Souffles systoliques mitraux. *B. M. J.*, 1943, **1**, 8.

B. White, R. Parker Jr et A. Master : Maladie de la valvule mitrale : ses effets sur l'électrocardiogramme. *Arch. int. Med.*, 1944, **74**, 94-99.

CORONAIRES
CIRCULATION CARDIAQUE

H. Taylor et T. Mc Govern : Valeur de l'angiocardiographie. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 1270-1275.

H. Odel : Modifications de structure dans les artérioles du myocarde dans la maladie artériolaire diffuse avec hypertension groupe 4. *Arch. int. Med.*, 1940, **66**, 579-602.

L. Siglen : Réflexe sinu-carotidien cardio-inhibiteur hyperactif ; une aide possible au diagnostic de la maladie coronaire. *Arch. int. Med.*, 1941, **67**, 177-193.

J. Wilson Reid : Ischémie cardiaque : prophylaxie, traitement, pronostic. *Lancet*, 1942, **242**, 313-315.

H. Leinoff : Thrombose coronaire aiguë dans l'industrie ; traumatismes directs non pénétrants. *Arch. int. Med.*, 1942, **70**, 33-52.

P. Schildt, E. Stanton et Cl. Beck : Communications entre les artères coronaires produites par l'application d'agents irritants à la surface du cœur. *Ann. Surg.*, 1943, **118**, 34-45.

E. Jokl et Greenstein : Sclérose coronarienne fatale chez un garçon de 10 ans. *Lancet*, 1944, **247**, 659.

H. Engelberg et B. Newman : La xanthomatose ; cause de la maladie coronarienne chez l'adulte jeune. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 1167-1169.

O. P. J. Falk : Les causes et la prévention de la mort subite dans la maladie coronaire. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 1250-1252.

A. M. Master, S. Dack et H. Jaffe : Activité cardiaque et pronostic après guérison d'une occlusion coronarienne aiguë. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 1271-1278.

O. Horwitz, L. La Place, N. Shumway et W. Stroud : Occlusion coronaire suivie de grossesse. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 1342-1343.

Défaillance et shock.

H. Blumgart, M. Schlesinger et P. Zoll : Occlusions coronaires multiples récentes chez des malades ayant eu un shock antécédent. *Arch. int. Med.*, 1941, **68**, 181-198.

N. Flaxman : La digitale dans la défaillance cardiaque artérioscléreuse (Coronaire) avec rythme normal. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 252-255.

J. Goodman, J. Cossano et R. Stacy : Diurétiques mercuriels et xanthine dans la défaillance congestive chronique du cœur. *Arch. int. Med.*, 1942, **70**, 975-982.

C. M. Mc Intyre : Traitement prolongé de la défaillance cardiaque par les diurétiques mercuriels. *B. M. J.*, 1943, **2**, 609.

E. Stead Jr et R. Ebert : Syndrome de shock produit par défaillance cardiaque. *Arch. int. Med.*, 1942, **69**, 369-383.

H. K. Vernon : Guérison d'une défaillance cardiaque par le massage du cœur. *Lancet*, 1943, **244**, 6-7.

J. Warren et E. Stead Jr : La dynamique des liquides dans la défaillance congestive chronique du cœur ; interprétation des mécanismes produisant l'œdème, l'augmentation de volume du plasma et l'élévation de la pression veineuse chez certains malades à défaillance cardiaque prolongée. *Arch. int. Med.*, 1944, **73**, 138-147.

Infarctus.

S. Bean et H. Frankel : Etudes sur l'infarcissement myocardique aigu. III. Diagnostic et localisation de l'infarctus par l'électrocardiogramme. *Arch. int. Med.*, 1944, **73**, 286-289.

F. Cutts, A. Clagett Jr et F. Fulton : Rareté ou absence des déflections positives initiales dans l'électrocardiogramme précordial et l'infarctus du cœur : études de malades qui furent autopsiés. *Arch. int. Med.*, 1941, **67**, 509-530.

A. C. Ernstene et J. Kinell : La douleur à l'épaule, séquelle de l'infarcissement myocardique. *Arch. int. Med.*, 1940, **66**, 800-806.

G. McHardy et D. Browne : Qu'attendre de la vie, après une attaque d'infarctus myocardique ; un cas avec survie de 19 ans après une thrombose coronaire. *Arch. int. Med.*, 1944, **73**, 290-292.

A. Master, R. Gubner, S. Dack et H. Jaffe : Différenciation de l'insuffisance coronaire aiguë avec infarctus du myocarde de l'occlusion coronaire. *Arch. int. Med.*, 1941, **67**, 647-657.

H. W. Rathe : Infarctus du myocarde clinique et pronostic. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 99-103.

F. Rosenbaum et S. Levine : Valeur pronostique des phénomènes variés cliniques et électro-cardiographiques de l'infarcissement myocardique aigu. *Arch. int. Med.*, 1941, **68**, 913-944.

S. Levine et F. Rosenbaum : Valeur pronostique des divers faits cliniques et électrocardiographiques de l'infarcissement aigu myocardique. II. Pronostic éloigné. *Arch. int. Med.*, 1941, **68**, 1213-1231.

Malformations congénitales.

R. S. Bromer : Le rôle du radiologiste dans le diagnostic des lésions cardiaques congénitales. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 251-254.

H. L. Heimann et M. M. Posel : La dilatation congénitale de l'artère pulmonaire. *B. M. J.*, 1943, **2**, 512.

I. Wecheler et A. Kaplan : Abcès cérébraux accompagnant la maladie congénitale du cœur ; 2 cas. *Arch. int. Med.*, 1940, **66**, 1282-1289.

H. L. Heimann et M. M. Posel : La dilatation congénitale de l'artère pulmonaire. *B. M. J.*, 1943, **2**, 512.

M. Lev et S. Strauss : Sténose de l'infundibulum. *Arch. int. Med.*, 1942, **70**, 53-60.

C. Semisch III et L. Merves : Etudes électrocardiographiques de l'occlusion de l'artère pulmonaire artificiellement produite chez l'homme. *Arch. int. Med.*, 1942, **69**, 417-428.

D. Mason : Le cœur pulmonaire subaigu. *Arch. int. Med.*, 1940, **66**, 1221-1229.

MUSCLE CARDIAQUE

N. Flaxman : Abcès du myocarde. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 804.

C. Garvin : Dégénérescence graisseuse du cœur, cause d'insuffisance du myocarde; un cas. *Arch. int. Med.*, 1940, **66**, 603-606.

A. Masten, J. Stricker, A. Grishman et S. Dack : Effet de la nutrition insuffisante sur l'émission cardiaque et le travail du cœur chez les sujets poids lourds. *Arch. int. Med.*, 1942, **69**, 1010-1018.

W. Toreson : Myocardite isolée diffuse dépendant d'une déficience alimentaire. *Arch. int. Med.*, 1944, **73**, 375-383.

J. W. Paulley et S. J. Aitken : Six cas de béribéri cardio-vasculaire. *Lancet*, 1944, **247**, 440-441.

H. Rascoff : Cœur du béribéri chez un enfant de quatre mois. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 1292-1294.

H. S. Stannus : Béribéri infantile ; le cœur dans le béribéri. Théorie du lait toxique. Le muscle serait une source de toxine. Déficience en glutathion. *Lancet*, 1942, **242**, 756-758.

J. Lisa, L. Hirschhorn et C. Hart : Tumeurs du cœur ; 4 cas et littérature. *Arch. int. Med.*, 1941, **67**, 91-113.

PÉRICARDE

F. W. Cooper Jr, E. A. Stead Jr et J. Warren : L'effet avantageux des infusions intraveineuses dans la compression intrapéricardique aiguë. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 822-825.

S. W. Harrington : Péricardite chronique constrictive. Péricardectomie partielle et épicardiolyse dans 24 cas. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 468-487.

ENDOCARDE

I. F. Cotton : Quelques aspects de l'endocardite. *B. M. J.*, 1942, **2**, 473-475.

Endocardites mycosiques et parasitaires.

A. Cornell et H. Shookhoff : Actinomycose du cœur simulant une fièvre rhumatismale ; 3 cas d'actinomycose cardiaque et littérature. *Arch. int. Med.*, 1944, **74**, 11-27.

A. Wiklen, E. G. Williams, E. D. Douglass, C. W. Emmons et C. Dunn : Endocardite mycotique. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 333-336.

A. Brodens, G. Dochat, W. Hennell et L. Vaughn : Histoplasmose produisant une endocardite végétante ; un cas ; littérature. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 489-491.

W. Hitzig et A. Liebesman : Endocardite subaiguë associée à une infection par un spirillum : un cas avec isolement répété de l'organisme provenant du sang. *Arch. int. Med.*, 1944, **73**, 415-424.

Endocardites bactériennes.

A. Baggenstoss et E. Rosenberg : Lésions cardiaques associées à une arthrite infectieuse chronique. *Arch. int. Med.*, 1941, **67**, 241-249.

J. S. Davis Jr : Diagnostic et traitement de la septicémie et de l'endocardite gonorrhéique. *Arch. int. Med.*, 1940, **66**, 418-440.

J. L. Cutts, G. Kraft et P. H. Willcox: Endocardite méningococcique. *Lancet*, 1942, **242**, 292.

N. Blumberg, W. I. Heine et J. Lipshutz : Endocardite à pneumocoque type 28 ; guérison. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 607-609.

A. G. Cunliffe, G. G. Gillan et R. Williams : Endocardite infectieuse associée au staphylocoque blanc à coagulase négative. *Lancet*, 1943, **245**, 355.

C. Smith, H. G. Sauls et C. F. Stone : Endocardite bactérienne subaiguë due au streptococcus viridans. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 478-482.

W. H. Bunn : Endocardite bactérienne subaiguë ; difficultés du pronostic. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 1023-1025.

H. H. Hussey, T. Keliher, B. Schaefer et B. Walsh : Septicémie et endocardite bactérienne résultant d'une injection d'héroïne. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 535-537.

D. Rosenberg : Endocardite bactérienne et syphilis de la valvule aortique. *Arch. int. Med.*, 1940, **66**, 441-464.

G. F. Dick : Endocardite bactérienne subaiguë guérie par injection intraveineuse de sulfadiazine sodique. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 24-25.

M. Friedman, A. Selzer et P. Mc Lean : Le sulfanilamide et la sulfapyridine dans le traitement de l'endocardite bactérienne subaiguë. *Arch. int. Med.*, 1941, **67**, 921-938.

M. Hamburger, L. H. Schmidt, J. M. Ruegsegger, Cl. Seslen et E. Grupen : Sulfamidorésistance développée au cours du traitement d'une endocardite à pneumocoque. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 409-411.

E. Hull, R. Bayley et A. Holoubek : Traitement de l'endocardite bactérienne avec doses massives de Sulfadiazine : 4 cas. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 928-930.

L. Katz et S. Elek : Chimiothérapie combinée à l'héparine dans l'endocardite bactérienne subaiguë. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 149-151.

E. Orgain et M. Poston : Les composés sulfamides dans le traitement de l'endocardite bactérienne; comparaison des effets inhibiteurs *in vitro* et de l'activité bactériostatique. *Arch. int. Med.*, 1942, **70**, 777-784.

E. Osgood : Traitement par la néoarsphénamine des infections bactériennes ; méthode d'administration pour maintenir une concentration sanguine uniforme pour le traitement des infections staphylococciques graves et de l'endocardite bactérienne subaiguë. *Arch. int. Med.*, 1942, **69**, 746-765.

B. Collins : Endocardite bactérienne subaiguë traitée par la pénicilline. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 233.

L. Loewe, P. Rosenblatt, H. Greene et M. Russell : Thérapeutique combinée à la pénicilline et à l'héparine de l'endocardite bactérienne subaiguë. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 144-148.

Endocardite rhumatismale.

A. E. Cohn et C. Lingg : L'histoire naturelle de la maladie rhumatismale du cœur. Début et durée de la maladie. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 1-8.

A. E. Cohn et C. Lingg : L'histoire naturelle de la maladie cardiaque rhumatismale ; étude statistique. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 113-117.

A. Juca et P. White : La cause de la mort dans la maladie rhumatismale du cœur chez l'adulte. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 767-768.

G. Mangun, H. Reichle et V. Myers : Nouvelles études sur le muscle cardiaque et volontaire : implications possibles de modifications dans la teneur en créatine, phosphore et potassium, en particulier dans la maladie cardiaque. *Arch. int. Med.*, 1941, **67**, 320-332.

J. I. Quinlan : Mort subite au cours d'une endocardite rhumatismale insoupçonnée. *B. M. J.*, 1942, **2**, 695-697.

RYTHME CARDIAQUE

D. Scherf : Etude expérimentale du rythme alternatif. *Arch. int. Med.*, 1941, **67**, 372-382.

A. Geiger : Dysrythmie cardiaque et syncope dues à l'inhalation thérapeutique de Chlorinated hydrocarbons. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 141-143.

L. Blackford et F. Parker : Sténose pulmonaire avec bloc de branche ; un cas avec tracé des bruits et études en demi séries du faisceau de conduction. *Arch. int. Med.*, 1941, **67**, 1107-1118.

R. Reeser Jr, F. Willins et T. Dry : Considération spéciale sur le bloc de branche avec tracés concordant et discordant. *Arch. int. Med.*, 1941, **67**, 1027-1033.

W. Buchbinder et H. Sugarman : Pression sanguine artérielle dans les cas de fibrillation auriculaire ; mensuration directe. *Arch. int. Med.*, 1940, **66**, 625-642.

Accidents d'origine cardiaque.

M. Gasten, A. Battro et R. Gonzalez : Diagnostic du siège de l'origine des extrasystoles ventriculaires chez les êtres humains. *Arch. int. Med.*, 1941, **67**, 76-90.

R. Greene : Névrose cardiaque ; manifestation de l'hypoglycémie. *Lancet*, 1944, **247**, 307.

P. White, E. F. Bland et E. Miskall : Pronostic de l'angine de poitrine. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 801-804.

THÉRAPEUTIQUE CARDIAQUE

C. Shaffer : L'effet diurétique de l'acide ascorbique ; son emploi dans la décompensation cardiaque. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 700.

H. Gold, N. T. Kwit, M. Cattell et J. Travell : Etudes sur les glycosides de la digitale purifiée ; méthode de la dose unique de digitalisation. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 928-932.

A. S. Rogen : Traitement d'entretien avec la digitale. *B. M. J.*, 1943, **1**, 694.

S. R. Elek et L. N. Katz : Quelques emplois cliniques de la papavérine dans la maladie du cœur. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 434-441.

M. Sturnick, J. Riseman et E. Sagall : La quinidine intra-musculaire dans les arythmies du cœur. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 917-920.

T. Harrison : L'abus du repos comme thérapeutique des cardiaques. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 1075-1076.

S. A. Levine : Quelques effets fâcheux du repos couché dans le traitement de la maladie cardiaque. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 80-83.

B. Parsons-Smith : Réadaptation des malades cardiaques. *B. M. J.*, 1943, **2**, 298.

Massage et Ressuscitation.

C. Grimshaw : Massage cardiaque : guérison. *B. M. J.*, 1942, **1**, 387.

N. Macleod, L. A. Schnipelsky : Le massage du cœur pour la défaillance cardiaque sous anesthésie rachidienne. *B. M. J.*, 1942, **1**, 610.

J. C. Nicholson : Massage cardiaque. *B. M. J.*, 1942, **1**, 383-384.

G. A. Pollock : Massage cardiaque ; étude expérimentale. *B. M. J.*, 1942, **2**, 157.

S. A. Thompson, G. L. Birnbaum et I. S. Shiner : Ressuscitation du cœur. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 1479-1485.

Chirurgie du cœur.

J. Bruckner : Blessure pénétrante du cœur par coup de couteau. *Ann. Surg.*, 1943, **118**, 46-49.

D. C. Elkin : Plaies du cœur. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 817-821.

J. L. H. Sigler : Traumatismes du cœur dus à des traumatismes thoraciques non pénétrants. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 855-861.

M. Weinstein : Blessure du cœur par coup de couteau ; opération heureuse. *J. A. M. A.*, 1942, **122**, 661-667.

Cl. S. Beck : L'opération pour anévrysme du cœur. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 34-40.

H. Neuhof : Le problème de l'embolie de l'artère pulmonaire ; une opération transcardiaque. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 488-493.

S. W. Harrington : Péricardite chronique constrictive ; péricardectomie partielle et épicardiolyse dans 24 cas. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 468-487.

ÉLECTROCARDIOGRAPHIE

E. Donovan : La phono-électrocardioscopie. *Lancet*, 1944, **246**, 500.

J. Butterworth et C. Poindexter : Intervalle PR court associé à un complexe Q.R.S. prolongé : étude clinique et expérimentale. *Arch. int. Med.*, 1942, **69**, 437-445.

F. Willins, T. Dry et R. Reeser : Considérations générales sur le bloc de branche avec tracés concordant et discordant et l'image de l'onde S élargie basées sur 1.611 cas. *Arch. int. Med.*, 1941, **67**, 1009-1026.

J. M. Crismon : Effet de l'hypothermie sur la marche du cœur, la pression artérielle et l'électrocardiogramme chez le rat. *Arch. int. Med.*, 1944, **74**, 235-243.

M. Eliaser Jr et B. Kondo : L'électrocardiogramme de l'âge avancé. *Arch. int. Med.*, 1941, **67**, 637-646.

D. Goldman : L'électrocardiogramme dans le shock insulinique. *Arc. int. Med.*, 1940, **66**, 93-108.

J. Gottesman, D. Gasten et A. Bellen : Modifications de l'électrocardiogramme par la pancréatite aiguë. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 892-894.

E. Moschowitz : Effets de l'œdème et des infiltrations intrategumentaires sur le métabolisme basal, l'électrocardiogramme et le cholestérol sanguin. *Arch. int. Med.*, 1941, **67**, 828-845.

II. — CIRCULATION SANGUINE

R. Chambers, S. Zweifach et B. Lowenstein : La circulation périphérique durant le syndrome du shock du tourniquet chez le rat. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 791-802.

A. Lilienfeld et K. Berliner : Mesures doubles du temps de circulation par la méthode à la Lobeline alpha. *Arch. int. Méd.*, 1942, **69**, 739-745.

E. P. Sharpey-Schafer, J. Wallace : La surcharge circulatoire après injections intraveineuses rapides. *B. M. J.*, 1942, 304-307.

I. Stann et L. Jonas : Le syndrome de circulation subnormale chez des malades de consultation externe. *Arch. int. Med.*, 1940, **66**, 1095-1111.

SYSTÈME RÉGULATEUR

A. Battro, R. Seguna, C. Elicabe et E. Araya : Influence de la respiration sur la pression du sang chez l'homme ; note sur les ondes vaso-motrices. *Arch. int. Méd.*, 1944, **73**, 29-40.

E. Mc Grath, L. Hermann : Influence des œstrogènes sur le mécanisme vasomoteur périphérique. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 607.

E. Simonson et N. Enzer : Etat des centres moteurs dans l'insuffisance circulatoire. *Arch. int. Méd.*, 1941, **68**, 498-512.

G. Spingarn et W. Hitzig : Insuffisance circulatoire orthostatique ; son apparition dans le tabes dorsalis et la maladie d'Addison. *Arch. int. Méd.*, 1942, **69**, 23-40.

E. Stead Jr et R. Ebert : Hypertension posturale ; maladie du système nerveux sympathique. *Arch. int. Méd.*, 1941, **67**, 546-562.

G. Engel, J. Romano et T. Mc Lin : Vaso-dépresseur et syncope sinu-carotidienne ; électro-encéphalographie clinique et observations électro-cardiographiques. *Arch. int. Méd.*, 1944, **74**, 100-119.

L. Sigler : Réflexe sinu-carotidien cardio-inhibiteur hyperfactif ; une aide possible au diagnostic de la maladie coronaire. *Arch. int. Med.*, 1941, **67**, 177-193.

L. Sigler : Réflexe sinu-carotidien vaso-dépresseur hyperactif. *Arch. int. Méd.*, 1942, **70**, 983-1001.

PRESSION SANGUINE

W. Buchbinder et H. Sugarman : Pression sanguine artérielle dans les cas de fibrillation auriculaire ; mensuration directe. *Arch. int. Méd.*, 1940, **66**, 625-642.

R. Feldt et D. Wenstrand : L'épreuve pressive par le froid et celle de l'arrêt respiratoire. Analyse des résultats chez 200 sujets. *Arch. int. Méd.*, 1941, **67**, 1157-1161.

C. Hilleman, R. Levy, W. Stroud et P. White : Etudes sur la pression sanguine chez les officiers de l'armée. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 699-701.

B. Kean : Etudes sur la pression sanguine chez les Indiens de l'Ouest et les

Panamiens vivant sur l'isthme de Panama. *Arch. int. Méd.*, 1941, **68**, 466-475.

G. Perera, A. Knowlton, A. Lowell et R. Loeb : Effets de l'acétate de désoxycorticostérone sur la pression sanguine chez l'homme. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 1030-1034.

A. Treloyrd : Pression sanguine normale. *Arch. int. Méd.*, 1940, **66**, 848-850.

Oscillométrie.

L. Atlas : Les tracés oscillométriques dans les cas de maladie artério-sclérotique du membre inférieur : signification et interprétation. *Arch. int. Méd.*, 1940, **66**, 155-160.

S. Rinzler et J. Travell : L'index oscillométrique ; une aide pour l'évaluation de l'état artériel des membres inférieurs. *Arch. int. Méd.*, 1944, **73**, 241-247.

Hypertension.

R. Daley, H. Ungerleider et R. Gubner : Pronostic de l'hypertension. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 383-389.

K. Grimson, C. Kernodle Jr et H. Hill : L'hypertension. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 218-220.

H. O. Gunewardene : Le rythme respiratoire dans l'hypertension maligne. *B. M. J.*, 1942, **2**, 393.

B. A. Houssay, C. Braun-Menendez : La Rénine dans l'hypertension expérimentale. *B. M. J.*, 1942, **2**, 179-181.

I. H. Page : Etude sur le mécanisme de l'hypertension artérielle. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 757-762.

G. W. Pickering : La circulation dans l'hypertension artérielle. *B. M. J.*, 1943, **2**, 31-34.

W. Raab : Les composés cortico-surrénaux dans le sang ; rapport de leur quantité à l'hypertention artérielle, à l'insuffisance rénale et à la défaillance congestive du cœur. *Arch. int. Méd.*, 1941, **68**, 713-739.

D. Rytand et C. Holman : Hypertension artérielle et section des nerfs splanchniques. *Arch. int. Méd.*, 1941, **67**, 1-24.

S. Robinson et M. Brucer : Structure corporelle et hypertension. *Arch. int. Méd.*, 1940, **66**, 393-417.

R. W. Scott : Hypertension artérielle. *J.A.M.A.*, 1942, **120**, 1-4.

E. Weiss : Aspects psycho-somatiques de l'hypertension. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 1081-1086.

B. Castelman et R. Smithwick : Le rapport de la maladie vasculaire à l'état hypertensif ; d'après 10 biopsies rénales de malades hypertendus. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 1256-1261.

Th. Findley, J. Edwards, E. Clinton et White : Elimination du diodrast, de la phénol-sulfonphtaléine et de l'insuline dans l'hypertension et dans la néphrite. *Arch. int. Méd.*, 1942, **70**, 935-947.

A. M. Fishberg : Hypertension due à une embolie rénale. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 551-553.

A. Master, H. Marks, S. Dack : L'hypertension chez les gens âgés de plus de quarante ans. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 1251-1255.

G. W. Pickering : La circulation dans l'hypertension artérielle. *B. M. J.*, 1943, **2**, 1-3.

W. Sensenbach : Les effets de la néphrectomie unilatérale dans le traitement de l'hypertension. *Arch. int. Méd.*, 1944, **73**, 123-130.

N. Suene : Pyélonéphrite et hypertension ; étude de leur relation d'après 11.898 nécropsies. *Arch. int. Méd.*, 1942, **70**, 284-292.

J. Williams Jr, A. Grollman et T. Harrison : Propriétés hypertensives des extraits de reins normaux et ischémiques. *Arch. int. Méd.*, 1941, **67**, 893-906.

Voy. *Rein. Rétine.*

Hypotension.

R. Dreisbach, W. Van Winkle Jr et P. Hanzlik : Actions antispasmodiques des extraits hypotenseurs de muscles lisses. *Arch. int. Méd.*, 1944, **74**, 424-427.

D. E. Sands, W. Sargant : Traitement de l'hypotension dans l'âge avancé. *B. M. J.*, 1942, **1**, 520-521.

THROMBOSE

A. Allen, R. Linton et G. Donaldson : Thrombose et embolisme. *Ann. Surg.*, 1943, **118**, 728-740.

J. Lehmann : Thrombose : traitement et prévention avec le méthylène-bis (Hydroxycoumarin). *Lancet*, 1943, **244**, 611-612.

J. Lehmann : Hypoprothrombinémie provoquée par le méthylène-bis (Hydroxicoumarin) : son utilisation dans la thrombose. *Lancet*, 1942, **242**, 318.

Thrombose veineuse.

G. E. French : Thrombose spontanée de la veine axillaire. *B. M. J.*, 1944, **2**, 277.

K. Hampuder et I. D. Stein : Thrombophlébite du pied ; localisation peu connue. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 1085-1087.

W. C. Hunter, V. Sneeden, Th. Robertson et G. Snyder : Thrombose des veines profondes du membre inférieur : sa signification clinique d'après 351 autopsies. *Arch. int. Méd.*, 1941, **68**, 1-17.

Thrombose des Sinus.

Y. Gormull : Traitement par la pénicilline de la thrombose du sinus caverneux. *J. A. M.*, 1944, **125**, 28-29.

W. Nicholson et W. Anderson : La pénicilline dans le traitement de la thrombophlébite du sinus caverneux ; guérison avec atrophie optique ascendante unilatérale. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 12-14.

P. D. Trevor-Roper : Un cas de thrombose du sinus caverneux. *B. M. J.*, 1944, **1**, 255.

EMBOLIES

H. Abar : Embolie artérielle périphérique. *B. M. J.*, 1943, **2**, 101-102.

A. Lesser : Occlusion artérielle embolique des membres inférieurs ; 4 embolectomies avec succès ; revue des cas publiés. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 285-288.

G. Forges : Embolie gazeuse après injection vaginale pendant la grossesse. *B. M. J.*, 1944, **2**, 529-530.

A. J. Partridge : Embolie gazeuse fatale après insufflation vaginale. *B. M. J.*, 1943, **2**, 329.

D. Teare : L'embolie gazeuse dans l'avortement criminel. *Lancet*, 1944, **24**, 242.

G. St. J. Hallett et A. J. M. Drenham : Un cas d'embolie graisseuse. *B. M. J.*, 1944, **2**, 150.

R. G. Henderson : Embolie graisseuse à la suite d'une fracture du tibia. *Lancet*, 1943, **244**, 297.

J. C. Scott et F. H. Kemp : Embolie graisseuse pulmonaire. Observations cliniques, radiologiques, examen des crachats dans l'embolie graisseuse soupçonnée. *Lancet*, 1942, **242**, 228-229.

ARTÈRES

Traumatismes.

C. W. Clark : Spasme artériel traumatique. *B. M. J.*, 1943, **2**, 167.

S. M. Cohen : Spasme artériel traumatique. *Lancet*, 1944, **246**, 1-6.

M. A. Falconer et G. Weddell : Compression costo-claviculaire des artères et veines sous-clavières. Relations avec le syndrome du scalène antérieur. *Lancet*, 1943, **245**, 539-543.

A. Blakemore, J. Lord Jr et P. Sterko : Rétablissement du courant sanguin dans les artères lésées. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 481-497.

D. C. Elkin : Blessures vasculaires de guerre. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 284-310.

G. Fomms : Rupture traumatique de l'aorte. *B. M. J.*, 1944, **2**, 400.

H. Mahorner : La lutte contre la douleur dans les lésions post-traumatiques et autres troubles vasculaires. *Ann. Surg.*, 1944, **119**, 432-444.

J. Kernohan et H. Woltman : Nécrose post-opératoire aseptique des artères vertébrales et cérébelleuses avec hémorragie. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 1173-1176.

G. T. Langley : Blessure par balle de fusil de l'artère innominée (crosse de l'aorte). *B. M. J.*, 1943, **2**, 711.

A. Blalock et E. A. Park : Le traitement chirurgical du rétrécissement expérimental de l'aorte. *Ann. Surg.*, 1944, **119**, 445-456.

J. K. Ormond, H. Harkins et F. J. Smith : Ligature de l'aorte abdominale : un cas. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 49-51.

Anévrysmes.

L. Atlas : Un cas compliqué d'anévrysme intéressant les artères iliaque et fémorale. *Ann. Surg.*, 1942, **116**, 708-712.

P. Bruckner : Anévrysme de l'artère brachiale. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 791.

M. Fallon : Anévrysme de l'artère tibiale antérieure. *Lancet*, 1944, **247**, 270-271.

R. S. Handley et M. Oldfield : Anévrysme de l'artère carotide par coup de fusil. *Lancet*, 1943, **245**, 40-42.

W. Hausmann : Anévrysme de l'aorte abdominale avec perforation du jéjunum supérieur. *B. M. J.*, 1943, **2**, 362.

J. Kirshbaum et L. Kraft : Anévrysme artério-sclérotique traumatique de l'artère tibiale, simulant un sarcome ostéogénétique du péroné. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 793.

O. Lowley et E. Cannon : Anévrysme de l'artère rénale. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 1137-1143.

J. E. Morison : Rupture d'un anévrysme aortique dans le duodénum. *B. M. J.*, 1944, **2**, 244.

B. Murphy : Anévrysme de l'artère splénique : mort par hématémèse. *Lancet*, 1942, **242**, 704.

H. Neuhof : Anévrysme disséquant infecté de l'artère iliaque, consécutif à une fistule artério-veineuse des vaisseaux fémoraux. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 41-48.

J. Owens Jr et A. Bass : Anévrysme tuberculeux de l'aorte abdominale ; un cas. *Arch. int. Méd.*, 1944, **74**, 413-415.

Th. Peery : Rupture incomplète de l'aorte ; un stade jusqu'ici non reconnu d'anévrysme disséquant et une cause de douleur cardiaque et de murmures cardiaques. *Arch. int. Méd.*, 1942, **70**, 689-713.

N. Roberg : Un cas d'anévrysme intracranien probable avec syndrome de céphalalgie histaminique. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 566-568.

U. Roche, I. Steinberg et G. Robb : Aorte située à droite avec aorte descendante simulant un anévrysme. *Arch. int. Méd.*, 1941, **67**, 995-1007.

D. Symmers : Rupture de l'aorte dans une aortite syphilitique avec anévrysme. *J. A. M. A.*, 1933, **125**, 1035-1036.

J. Alexander et F. X. Byron : Aortectomie pour anévrysme thoracique. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 1139-1145.

I. M. Gage : La simplicité technique de l'endo-anévrysmorraphie de Matas. *Ann. Surg.*, 1944, **119**, 468-479.

J. Morton et W. Merle Scott : Ligature de l'aorte abdominale pour anévrysme. *Ann. Surg.*, 1944, **119**, 457-467.

Sir W. O. de C. Wheeler : Ligature de l'artère innominée pour l'anévrysme de la sous-clavière. *B. M. J.*, 1942, **2**, 422.

Fistules artério-veineuses.

G. V. Emerson et W. Nichol : Fistule artério-veineuse traumatique. *Ann. Surg.*, 1942, **116**, 942-944.

K. E. Gamm : Fistule artério-veineuse. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 134-135.

A. Tarnower, B. Lattin et G. Adie : Oblitération heureuse d'un anévrysme artério-veineux intéressant la veine innominée gauche et l'artère carotide primitive gauche. *Ann. Surg.*, 1942, **116**, 700-707.

M. H. Waters : Anévrysme artério-veineux du cou. *B. M. J.*, 1943, **2**, 106.

Maladies des artères.

C. Boroda : Rupture d'une aorte abdominale athéromateuse. *B. M. J.*, 19.., **2**, 79.

J. Bowers : L'artérite des vaisseaux temporaux ; un cas. *Arch. int. Méd.*, 1940, **66**, 384-392.

M. Galdston, S. Govons, S. Wortis, J. Steele et H. Taylor : Thrombose des artères carotides commune, interne et externe ; 2 cas ; littérature. *Arch. int. Méd.*, 1941, **67**, 1162-1176.

W. Gordon, F. Parker Jr et S. Weiss : Aortite gommeuse. *Arch. int. Méd.*, 1942, **70**, 396-415.

B. Katzenstein et J. Peter Murphy : Maladie vasculaire aiguë sclérosante avec altérations rénales ; un cas. *Arch. int. Méd.*, 1941, **67**, 579-585.

K. Lange et L. Boyd : L'emploi de la méthode de la fluorescéine dans l'établissement du diagnostic et du pronostic des maladies des vaisseaux périphériques. *Arch. int. Méd.*, 1944, **74**, 175-184.

C. Murphy : Périartérite noueuse diagnostiquée cliniquement. *B. M. J.*, 1944, **1**, 150.

G. Scupham, G. de Takats, T. Van Dellen et W. Beck : Les maladies vasculaires ; revue de publications récentes et critiques du traitement chirurgical. *Arch. int. Méd.*, 1940, **66**, 707-776.

G. Scupham, G. de Takats, Th. Van Delley et J. Jessen : Les maladies vasculaires : revue de 7 années. *Arch. int. Méd.*, 1941, **68**, 599-660.

G. Scupham, G. de Takats, T. Van Dellem et P. Marcus : Les maladies vasculaires. *Arch. int. Méd.*, 1942, **70**, 444-510.

F. Wagner Jr : Complications consécutives à l'artériographie des vaisseaux périphériques. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 958-960.

CAPILLAIRES

H. N. Munro, S. Lazarus et G. H. Bell : Fragilité capillaire pendant la paix, la guerre ; comparaison statistique. *Lancet*, 1942, **242**, 648.

VEINES

P. Hallock, C. Watson et L. Berman : Tumeur primitive de la veine cave inférieure avec faits cliniques suggérant la maladie de Chiari. *Arch. int. Méd.*, 1940, **66**, 50-62.

S. Oram : Rupture traumatique de la veine cave supérieure. *B. M. J.*, 1944, **1**, 116.

Th. Lundquist : La veine dite iliaque commune chez le lapin. *Ann. Surg.*, 1942, **116**, 952-953.

M. de Bakey, G. Schroeder et A. Ochsner : La valeur de la phlébographie dans la phlébothrombose. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 738-744.

G. Burch et T. Winsor : Le phlébomanomètre. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 91.

J. Homans : Thrombose, complication de la veinographie. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 136.

Varices.

H. R. Arthur : Chirurgie des varices. *Lancet*, 1944, **247**, 561.

H. Dodd : Opération radicale des varices. *B. M. J.*, 1944, **2**, 814-815.

S. Egen et S. Casper : Etiologie des veines variqueuses d'après l'étude anatomique ; dissection de 38 cadavres adultes. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 148.

E. L. Farquharson : Le traitement des varices chez les soldats. *B. M. J.*, 1942, **2**, 453-454.

B. W. Goldstone : Ligature sous-cutanée des varices. *B. M. J.*, 1943, **1**, 753.

M. Lake, G. H. Pratt et I. S. Wright : Artério-sclérose et veines variqueuses ; profession et autres facteurs d'après 536 cas. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 696-701.

G. Pratt : Résultats du traitement chirurgical des varices. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 797-799.

R. S. Shelman : Veines variqueuses ; constatations anatomiques au cours d'un procédé opératoire basé sur elles. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 772-784.

R. A. Smith : Traitement des varices par la diathermie. *Lancet*, 1944, **24.**, 141.

LYMPHATIQUES

J. F. Dorsey et G. E. Morris : Rupture traumatique du canal thoracique avec chylothorax. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 337-338.

A. Klein et W. Porter : Absorption défectueuse de l'intestin associée à la tuberculose des ganglions lymphatiques mésentériques. *Arch. int. Méd.*, 1944, **74**, 120-130.

III. — SANG (HÉMATOLOGIE)

Généralités et Technique.

F. Bethell, C. Sturgis, R. Hettig et O. Mallery : Le sang d'après les publications récentes. *Arch. int. Med.*, 1942, **69**, 856-926.

F. Bethell, C. Sturgis, R. Hettig et O. Mallery Jr : Le sang d'après la littérature récente. *Arch. int. Med.*, 1942, **69**, 1051-1126.

F. Bethell, C. Sturgis, O. Mallery Jr et R. W. Rundles : Le sang, revue de la littérature récente. *Arch. int. Med.*, 1944, **74**, 36-77.

F. Bethell, C. Sturgis, O. Mallery Jr et R. W. Rundles : Le sang ; revue de la

ittérature récente. *Arch. int. Med.*, 1944, **4**, 131-152.

F. Bethell, C. Sturgis, O. Mallery Jr et R. Rundles : Le sang ; revue de la littérature récente. *Arch. int. Med.*, 1944, **4**, 194-233.

S. Goldhamer, C. Sturgis et F. Bethell : Le sang ; revue de la littérature récente. *Arch. int. Med.*, 1941, **67**, 1177-285.

R. Isaacs, C. Sturgis, F. Bethell et S. Goldhamer : Le sang. *Arch. int. Med.*, 1940, **66**, 173-225.

I. C. Hall : Test rapide du brome sanguin et urinaire. *Lancet*, 1943, **245**, 355.

J. Mc Grath : Test de luminescence clinique pour le sang. *B. M. J.*, 1942, **2**, 56.

E. J. King, M. Gilchrist, A. Mathieson : Equivalent hémoglobinique du B. S. I. Haldane standard. *B. M. J.*, 1944, **1**, 250-251.

Hémorragies.

S. Alstead : Taux de la régénération sanguine après l'hémorragie. *Lancet*, 1943, **244**, 424-425.

G. Beattie et H. B. Collard : Concentration de la protéine plasmatique après hémorragie. *B. M. J.*, 1942, **2**, 301-303.

H. Barcroft, O. G. Edholm, J. Mc Michael et E. P. Sharpey-Schäfer : Evanouissement post-hémorragique : étude par le débit cardiaque et l'écoulement à l'avant-bras. *Lancet*, 1944, **246**, 489-490.

R. Ebert, E. Stead Jr et J. Gibson : Réponse des sujets normaux à la perte aiguë de sang ; le mécanisme de restauration du volume sanguin. *Arch. int. Med.*, 1941, **68**, 578-590.

S. Way et F. Robertson : Perte de sang massive : guérison. *B. M. J.*, 1942, **1**, 581.

B. J. Lawrence et G. Platt : Effets du saignement sur le degré de la glycémie. *B. M. J.*, 1942, **2**, 8.

B. Zweifach, R. Lee, Ch. Hyman et R. Chambers : Circulation omentale des chiens morphinés soumis à une hémorragie réglée. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 232-250.

ÉRYTHROCYTES

B. L. Della-Vida : Le taux de sédimentation et l'indice de sédimentine. *B. M. J.*, 1942, **2**, 278-279.

I. Duran-Jorda : Formation des corpuscules rouges du sang. *Lancet*, 1943, **244**, 513-514.

J. Duran-Jorda : Formation des globules rouges du sang. *Lancet*, 1943, **245**, 186-187.

M. C. G. Israels : L'érythropoïèse dans le scorbut. *Lancet*, 1943, **244**, 170-171.

O. Jones : La transmission du principe antianémique à travers le placenta et son influence sur l'érythropoïèse de l'embryon; effets quantitatifs d'aliments contenant de la ventriculine. *Arch. int. Med.*, 1941, **68**, 476-497.

R. Fitz, B. Walker et Ch. Branch : La polycythémie vraie ; un cas. *Arch. int. Med.*, 1942, **70**, 919-934.

A. J. Rhodes et A. Grunberg : Polycythémie vraie avec un taux de globules blancs abaissé. *B. M. J.*, 1942, **1**, 553.

H. Wyandt, P. Bancroft et Th. Winship : Erythrocytes elliptiques chez l'homme. *Arch. int. Med.*, 1941, **68**, 1043-1065.

Hémoglobine. Hémolyse.

G. H. Bell et M. L. Mc Naught : Nomogramme pour la correction des lectures de l'hémoglobinimètre de Sahli. *Lancet*, 1944, **247**, 784.

E. J. Mc Carthy : Un facteur physiologique de l'hémoglobinométrie. *B. M. J.*, 1943, **2**, 362.

R. G. Macfarlane et J. R. P. O'Brien : L'hémoglobinimètre de Haldane. *B. M. J.*, 1944, **1**, 248-249.

Rapport du MRC : Hémoglobinométrie et hémocrite. *B. M. J.*, 1943, **1**, 209-211.

C. A. Ashford : Méthode par l'acide hématinique pour le dosage de l'hémoglobine. *B. M. J.*, 1943, **2**, 575-576.

J. W. Clegg et E. J. King : Le dosage de l'hémoglobine par la méthode de l'hématine alcaline. *B. M. J.*, 1942, **2**, 329-332.

Don H. Duffie : Dosage de l'hémoglobine par la méthode colorimétrique révolutionnaire de Kennedy. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 95.

J. M. Peterson, D. H. Strangeways : Dosage photo-électrique de l'hémoglobine. *B. M. J.*, 1944, **1**, 43.

R. H. Dobbs H. M. M. Mackay et Lady Bingham : Le taux de l'hémoglobine chez les écoliers. *B. M. J.*, 1944, **2**, 748-751.

H. W. Fullerton, M. I. Mair et P. Unsworth : Le taux de l'hémoglobine dans les classes pauvres d'Aberdeen. *B. M. J.*, 1944, **2**, 373.

Méthémoglobinémie.

A. Bass, L. Frost et W. Salter : Un accident imprévu du 2 Alinilœthanol : production de méthémoglobinémie. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 761-762.

J. Deeny, E. J. Murdock, J. J. Rogan : Méthémoglobinémie idiopathique familiale; traitement par l'acide ascorbique. *B. M. J.*, 1943, **1**, 721-722.

Hémolyse.

W. Dameshek : Hémagglutinines à froid dans les réactions hémolytiques aiguës en rapport avec la médication sulfonamidée et l'infection. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 77-80.

E. Miller, K. Singer et W. Dameshek : L'utilité de l'excrétion quotidienne fécale d'urobilinogène et l'index hémolytique dans la mesure de l'hémolyse. *Arch. int. Med.*, 1942, **70**, 722-737.

T. Smith et R. W. Evans : Effet du pH du sang sur l'hémolyse. *B. M. J.*, 1943, **1**, 279-282.

A. Cantarow, C. Wirts Jr et Gr. Hollander : Etudes quantitatives de la bilirubine du sérum à réaction directe. *Arch. int. Med.*, 1942, **69**, 986-996.

T. Johnson et H. Bockus : Hyperbilirubinémie. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 729-732.

J. Ra. Prapont et F. Eichhorn : Dosage de la bilirubine du sérum et du sulfanilamide sans précipitation des protéines. *Lancet*, 1942, **244**, 62.

Anémies.

V. T. Austin : Anémie chronique et leucopénie dans l'empoisonnement combiné par l'acétanilide et l'aminopyrine. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 911-913.

J. Mc Michael et E. P. Sharpey-Schafer : Le volume sanguin dans l'anémie chronique par une méthode de corpuscules-hémoglobine concentrés. *Lancet*, 1943, **244**, 637-639.

J. Eddy Jr : Anémie aplastique due au trinitro-toluène. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 1169-1172.

L. M. Meyer et M. Perlmutter : Anémie aplastique due au sulfathiazol. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 558-559.

L. S. P. Davidson et G. M. Donaldson : Le traitement de l'anémie chez les écoliers par le fer et l'acide ascorbique. *B. M. J.*, 1944, **1**, 76.

L. S. P. Davidson, G. M. M. Donaldson, S. T. Lindsay et M. H. Roscoe : Anémie par déficience alimentaire en fer du temps de guerre. *B. M. J.*, 1944, **2**, 333.

H. C. Ironwell : Les anémies de déficience par mauvaise nutrition. *Lancet*, 1943, **244**, 43-45.

H. M. M. Mackay, R. H. Dobbs, L. Wills et K. Bingham : Anémie chez les femmes et les enfants soumis aux régimes de guerre. *Lancet*, 1942, **243**, 32.

D. Kariher : Erythroblastose fœtale chez deux jumeaux. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 943-944.

W. Valentine et J. Neel : Etude hématologique et génétique de la transmission de la thalassémie (anémie de Cooley ; anémie méditerranéenne). *Arch. int. Med.*, 1944, **74**, 185-196.

A. Van Ravenswaay, K. Schnepp et C. Moore : Anémie érythroblastique familiale, thalassémie, anémie de Cooley, son traitement primitif. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 83-86.

N. Woodhies et F. Sloan : Anémie méditerranéenne. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 352-353.

J. P. Currie : Anémie hémolytique aiguë. *B. M. J.*, 1944, **2**, 8-9.

J. D. Gimson : Maladie hémolytique du nouveau-né : traitement avec du sang Rh négatif. *B. M. J.*, 1943, **2**, 293-296.

G. Ham et H. Horak : Anémie hémolytique chronique avec hémoglobinémie nocturne paroxystique ; un cas avec hémoglobinurie seulement occasionelle et autopsie complète. *Arch. int. Med.*, 1941, **67**, 735-745.

E. P. Jones : Anémie hémolytique due à la sulfapyridine. *Lancet*, 1943, **244**, 201.

O. Perry Pepper et J. Austin : Une surveillance prolongée 28 ans d'une splénectomie pour anémie hémolytique ; persistance des corps de Howell-Jolly. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 870-871.

J. Sharpe et J. Tollman : Anémie hémolytique réfractaire : 5 cas dans lesquels le traitement fut avec splénectomie. *Arch. int. Med.*, 1942, **70**, 11-32.

G. L. Taylor et R. R. Race : La maladie hémolytique des nouveau-nés. *B. M. J.*, 1944, **1**, 288.

J. P. Currie : Anémie hypochrome chez un adulte. *B. M. J.*, 1942, **1**, 762.

H. A. Hamilton et H. P. Wright : Développement de l'anémie hypochrome pendant la grossesse ; réponse à la thérapeutique martiale. *Lancet*, 1942, **243**, 184-185.

E. Miller et W. Dameshek : Anémie hypochrome primitive se terminant en anémie pernicieuse. *Arch. int. Med.*, 1941, **68**, 375-394.

C. Moore, V. Minnich, R. Vilter et T. Spies : Anémie hypochrome par insuffisance de vitamine B ; réponse à la thérapeutique par le fer avec ou sans levure. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 245-250.

M. L. Thompson : L'anémie hypochrome chez les adolescents (mâles). *B. M. J.*, 1943, **2**, 454.

L. S. P. Davidson, L. J. Davis et J. Innes : Anémie mégaloblastique de la grossesse et de la puerpéralité. *B. M. J.*, 1942, **2**, 31-33.

H. Joy et A. Kondi : Mégaloblastes d'Erlich associés avec un bas volume corpusculaire et diamètre des cellules rouges. *Lancet*, 1943, **245**, 505.

R. I. Cooke : Anémie mégalocytique chez un jeune végétarien. *B. M. J.*, 1944, **1**, 558.

A. G. Hurst : Anémie achrestique et avec achlorhydrie. *B. M. J.*, 1944, **1**, 184.

A. J. Robbins et P. G. Rusberg : Anémie macrocytique après gastrectomie partielle. *B. M. J.*, 1943, **1**, 726.

G. R. Sipple : Levure autolysée pour l'anémie macrocytique d'origine alimentaire. *B. M. J.*, 1944, 656-657.

L. J. Davis, L. S. P. Davidson, D. Riding et G. E. Shaw : Préparation hépatique protéolysée pour l'anémie pernicieuse. *B. M. J.*, 1943, **1**, 655-656.

E. Delikat : L'intolérance aux extraits hépatiques dans l'anémie pernicieuse. *B. M. J.*, 1943, **1**, 539.

B. L. Della Vida et S. C. Dyke : Réponse maximale à l'hépatothérapie dans l'anémie pernicieuse. *Lancet*, 1942, **243**, 275-277.

J. S. Lawrence : Anémie pernicieuse traitée par un extrait pyloro-duodénal et hépatique en tablettes. *B. M. J.*, 1943, **1**, 567.

S. Schwartz et H. Legere : Les rechutes dans l'anémie pernicieuse. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 637-638.

L. J. Witts : Anémie pernicieuse et insuffisance pituitaire. *Lancet*, 1942, **243**, 307-308.

R. Murphy Jr et S. Shapiro : Maladie à sickle cell. Observations sur l'état des érythrocytes dans cette maladie. *Arch. int. Med.*, 1944, **74**, 28-35.

T. Windson et G. Burch : Taux de sédimentation des érythrocytes dans l'anémie à sickle cell. *Arch. int. Med.*, 1944, **73**, 41-52.

LEUCOCYTES

G. J. C. Britton : Numération des leucocytes en série chez des infirmières d'hôpital non exposées aux radiations. *Lancet*, 1943, **245**, 289.

R. Helig et S. Visveswar : Leucopénie maligne traitée avec succès par la sulfapyridine. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 591-594.

A. H. Cruikshank : Réaction des lymphocytes vis-à-vis du traumatisme et la guérison. *Lancet*, 1942, **243**, 304-305.

C. H. Smith : Lymphocytose infectieuse aiguë, une infection spécifique. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 342-350.

J. J. Curry : Agranulocytose aiguë consécutive à la sulfadiazine. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 1502.

C. Mc Gibbon, J. Glyn-Hughes : Angine agranulocytaire secondaire. *Lancet*, 1943, **244**, 173-174.

E. Goldsmith, A. Gordon, G. Finkelstein et H. Charipper : Suggestion d'un traitement préventif de la granulocytopénie produite par la Thiourée. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 847.

A. Grant : Granulocytopénie grave due à la sulfaguanidine. *B. M. J.*, 1944, **1**, 557.

S. Johnson : Agranulocytose aiguë due au succinyl-sulfathiazol. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 668.

J. Kahn et R. Stock : Agranulocytose mortelle causée par la Thiouracil. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 358-359.

D. Linsell : Agranulocytose après emploi de Thiouracil. *B. M. J.*, 1944, **2**, 597.

L. Smith, F. Cohen et R. Nichols : Agranulocytose traitée par la pénicilline. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 1027-1028.

R. G. Park : Pathogénie de la neutropénie due aux sulfamides. *Lancet*, 1944, **246**, 401-403.

J. Aplin, S. H. Grant : Eosinophilie avec maladie pulmonaire au retour des tropiques. *Lancet*, 1944, **247**, 308-309.

E. G. Parsons-Smith : Eosinophilie tropicale. *Lancet*, 1944, **246**, 433.

Mononucléose infectieuse.

P. Summers : Signification clinique des altérations anatomiques profondes dans les maladies lymphoïdes. *Arch. int. Med.*, 1944, **74**, 163-171.

A. Contratto : La mononucléose infectieuse ; 196 cas. *Arch. int. Med.*, 1944, **73**, 449-459.

J. P. A. Halcrow, M. Owen, N. O. Rodger : Mononucléose infectieuse : épidémie dans un hôpital E. M. S. *B. M. J.*, 1943, **2**, 443-447.

R. J. Lumsden : La fièvre ganglionnaire. *B. M. J.*, 1943, **1**, 567.

R. Priest : Fièvre ganglionnaire avec ictère. *Lancet*, 1942, **243**, 104.

W. G. Sears : Fièvre ganglionnaire avec granulocytopénie. *Lancet*, 1942, **242**, 703.

J. Shafar, J. C. R. Wyth : Réaction méningée de la fièvre ganglionnaire. *B. M. J.*, 1943, **1**, 218.

R. A. Webb : *Listeria monocytogenes* isolé dans un cas de mononucléose infectieuse. *Lancet*, 1943, **245**, 5-9.

Leucémies.

A. W. Gill et A. J. Mc Call : Lymphadénome et leucémie. *B. M. J.*, 1943, **1**, 284-285.

W. Z. Jasiman : Lymphoblastome folliculaire. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 1126-1127.

R. Meikle : Deux variétés de leucémie dans une famille. *B. M. J.*, 1944, **2**, 468.

W. Moloney, R. Hufferman et S. Kasdon : La leucémie durant la grossesse. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 1170-1176.

G. Carpentier et C. Flory : Myélose chronique aleucémique ; un cas avec splénomégalie myéloïde mégacaryocytique, anémie leucoérythroblastique, ostéosclérose généralisée et myélofibrose. *Arch. int. Med.*, 1941, **67**, 489-508.

B. L. Dellavida et M. C. Connell : Leucémie myéloïde aleucémique aiguë. *B. M. J.*, 1943, **2**, 417.

P. R. Woolley : Leucémie myéloïde compliquant un cas d'anémie pernicieuse. *Lancet*, 1944, **246**, 85-86.

G. Richards et G. Mounch : Leucémie lymphatique chronique ; survie de 16 ans. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 632.

R. A. M. Scott et N. Lissimore : Thromboses mésentériques dans la leucémie lymphatique. *Lancet*, 1944, **247**, 405.

J. V. Cooke : La leucémie aiguë chez l'enfant. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 547-550.

Pseudo-leucémies.

S. Bersack : La maladie de Hodgkin. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 1025.

S. Bersack : La maladie de Hodgkin ; incidence et pronostic ; corrélation statistique avec le tableau clinique et pathologique. *Arch. int. Med.*, 1944, **73**, 232-237.

H. Reimann, W. Havens et P. Herbut : La maladie de Hodgkin avec lésions spécifiques apparaissant d'abord à la peau. *Arch. int. Med.*, 1942, **70**, 434-443.

THROMBOCYTES

E. Adams : Thrombocytose post-opératoire. *Arch. int. Med.*, 1944, **73**, 329-335.

R. Knacke et E. Townsend : Les effets des sulfonamides sur les plaquettes sanguines. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 168-173.

J. Lehmann : Hypoprothrombinémie provoquée par le méthylène (Hydroxycoumarin) : son utilisation dans la thrombose. *Lancet*, 1942, **242**, 318.

M. Maynard et N. Hollinger : Déficit thrombocytaire : le comportement des plaquettes dans les maladies de la stase vasculaire des extrémités. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 1194-1198.

Coagulabilité du sang.

E. Massie, H. Stillermann, Cl. S. Wright et V. Minnich : Effet de l'administration de la digitale sur la coagulabilité du sang humain. *Arch. int. Med.*, 1944, **74**, 172-174.

G. de Takats, R. Trump et N. Gilbert : L'effet de la digitale sur le mécanisme de la coagulation. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 840-844.

J. Lehmann : Effet des dérivés de la coumarine et de la dicoumarine sur le niveau de la prothrombine. *Lancet*, 1943, **244**, 458-459.

Sh. Shapiro : Etudes sur la prothrombine. VI. Effet de la vitamine K. synthétique sur la prothrombinopénie produite par le salicylate chez l'homme. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 546-547.

W. Ulin et E. Barrows : Nouveau test présomptif pour la détermination de la prothrombine. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 826-827.

P. J. Witts et J. Hobson : Dosage de la prothrombine. *B. M. J.*, 1942, **1**, 575-577.

Diathèse hémorragique.

L. Perlman et Th. Fox : La diathèse hémorragique ; analyse de 355 autopsies. *Arch. int. Med.*, 1941, **68**, 112-120.

C. L. Endicott, J. H. Mitchell et G. Q. Vist : Asphyxie à la suite d'une extraction dentaire chez un hémophyle. *B. M. J.*, 1942, **2**, 34.

Purpura.

C. R. Oyler : Purpura fulminans. *B. M. J.*, 1944, **2**, 533.

E. Davis : Purpura de la peau ; revue de 500 cas. *Lancet*, 1943, **245**, 160.

H. Evans et K. M. A. Perry : Purpura thrombocytopénique. *Lancet*, 1942, **245**, 410-415.

E. Falconer, N. Epstein et E. Mills : Purpura hémorragique dû aux arsphenamines ; la sensibilité des malades modifiées par la vitaminothérapie C. *Arch. int. Med.*, 1940, **66**, 319-338.

R. Hudo et R. Jacox : Purpura thrombopénique complication d'une thérapeutique au sulfathiazol et à la sulfadiazine. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 296-297.

S. M. Laird : Purpura thrombocytopénique compliquant l'arséno-benzénothérapie. *B. M. J.*, 1942, **1**, 381-382.

G. M. Lewis : Purpura thrombocytopénique à la suite d'injections de N. A. B. *B. M. J.*, 1944, **1**, 13.

D. Polowe : La splénectomie dans la grossesse compliquée de purpura hémorragique thrombocytopénique. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 771-773.

S. Sherlock et J. C. White : Purpura mortel dû à la sulfapyridine. *B. M. J.*, 1944, **2**, 401-402.

A. X. Urbanski et C. I. Hutner : Purpura thrombopénique compliquant la grossesse. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 754-756.

PLASMA ET SÉRUM

J. Beattie et H. B. Collarn : Réserve de protéine du plasma. *B. M. J.*, 1942, **2**, 507-511.

D. Casten, M. Bodenheimer et I. Barcham : Etude des variations des protéines du plasma chez les malades chirurgicaux. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 52-73.

A. G. Crooke et J. O. R. Morris : Notes sur la détermination du volume plasmatique. *Lancet*, 1943, **245**, 373-378.

M. Maizels : L'association du plasma avec le kaolin. *Lancet*, 1944, **247**, 205-207.

H. Walder et H. Gradis : Méthode améliorée pour recueillir, centrifuger le plasma sanguin. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 785-790.

A. Beams, A. Free et J. Leonards : Hypoprotéinémie expérimentale et œdème ; études sur l'absorption intestinale et les caractéristiques radiologiques intestinales *Arch. int. Med.*, 1944, **73**, 397-402.

M. Dyson et G. Plaut : Exactitude du dosage des protéines sériques ; leurs variations quotidiennes. *B. M. J.*, 1943, **2**, 6-7.

D. Melnick, H. Field J[r] et C. Parnall J[r] : La signification de la teneur en albumine-globuline du sérum. *Arch. int. Med.*, 1940, **66**, 295-305.

J. Post et A. Paten J[r] : Les protéines du sérum dans la cirrhose du foie ; relations avec le pronostic et la formation d'ascite ; études sur l'équilibre nitrogénique de cinq malades. *Arch. int. Med.*, 1942 **69**, 67-89.

D. Rytand : Œdème avec hypoprotéinémie inexpliquée ; un syndrome de formation insuffisante de protéines sériques en l'absence de perte et de manque de protéine et de maladie hépatique démontrable. *Arch. int. Med.*, 1942, **69**, 251-262.

W. Block, O. Buchanan et R. Freyberg : Les lipides du sérum chez les malades atteints d'arthrite rhumatoïde et les ictériques par obstruction. *Arch. int. Med.*, 1941, **68**, 18-24.

D. Dozzi : Origine de l'amylase et de la lipase du sang chez le chien ; relation entre l'amylase sanguine et l'amylase urinaire après production d'une néphrite par l'uranium. *Arch. int. Med.*, 1941, **68**, 232-240.

Th. Johnson et H. Bockus : Valeur diagnostique des déterminations de la lipase du sérum. *Arch. int. Med.*, 1940, **66**, 62-77.

J. Rushton, R. Craga et L. Stalner : Hypoglycémie spontanée due à l'atrophie des glandes surrénales ; un cas. *Arch. int. Med.*, 1940, **66**, 531-540.

C. Heifetz, J. Probstein et S. Gray : Signification d'une diastase sanguine augmentée. *Arch. int. Med.*, 1941, **67**, 819-827.

M. Somogyi : Activité diastatique du sang humain. *Arch. int. Med.*, 1941, **67**, 665-679.

A. Cantarow et C. Bucher : Hémochromatose : un cas. *Arch. int. Med.*, 1941, **67**, 333-344.

R. Dickes : Relation entre les symptômes de l'urémie et les niveaux des phénols du sang. *Arch. int. Med.*, 1942, **69**, 446-455.

W. H. Bradley, J. I. Loutit et K. Maunsell : Sérum ictérique homologue. *B. M. J.*, 1944, **2**, 268-269.

M. Rachmilewitz et Miss E. Nussbaum : Effet du sérum urémique et de l'urine sur la croissance *in vitro* des fibroblastes. *Arch. int. Med.*, 1941, **67**, 1132-1143.

S. Almond et R. Fl. Logan : Carotinémie. *B. M. J.*, 1942, **2**, 239-240.

W. Raab : Les composés cortico-surrénaux dans le sang ; rapport de leur quantité à l'hypertension artérielle, à l'insuffisance rénale et à la défaillance congestive du cœur. *Arch. int. Med.*, 1941, **68**, 713-739.

Z. Yanof : L'acide pyruvique sanguin dans la maladie cardiaque. *Arch. int. Med.*, 1942, **69**, 1005-1009.

J. Waller, H. Blungart et M. Volk : Etudes sur le sang dans la défaillance cardiaque congestive ; référence particulière à la réticulocytose, à la fragilité érythrocytaire, à la bilirubinémie, à l'excrétion urobilinogène et aux changements du volume sanguin. *Arch. int. Med.*, 1940, **66**, 1230-1245.

Voy. *Maladies infectieuses*.

MOELLE OSSEUSE

R. G. Anderson : Réticulose médullaire histiocytaire avec lésions épidermiques transitoires. *B. M. J.*, 1944, **1**, 220.

C. A. Rumball, B. G. Parson-Smith et H. Nance-Kievill : La ponction sternale dans le diagnostic de la malaria. *Lancet*, 1943, **245**, 468.

E. A. Dorn et J. Tysell : Infusions massives intramédullaires. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 1212-1213.

H. Bailey : Injections de moelle osseuse. *B. M. J.*, 1944, **1**, 181-182.

Gerhard Behr : Infusion de moelle osseuse pour les nourrissons. *Lancet*, 1944, **247**, 472.

J. Gimson : Transfusion de moelle osseuse chez les nourrissons et les enfants. *B. M. J.*, 1944, **1**, 748.

RATE

J. Emmett et M. Dreyfuss : Rate accessoire dans le scrotum. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 754-759.

J. R. Frank : Abcès amibien de la rate. *B. M. J.*, 1944, **1**, 458.

B. Murphy : Anévrysme de l'artère splénique : mort par hémathémèse. *Lancet*, 1942, **242**, 704.

H. Bell et S. H. Steele : Rupture tardive de la rate. *Lancet*, 1944, **246**, 598.

G. S. W. Desaram et R. J. Jownsend : Rupture spontanée de la rate dans la fièvre tierce maligne. *Lancet*, 1943, **244**, 584.

J. Dudash et G. I. Langley : Rupture spontanée de la rate. *B. M. J.*, 1944, **1**, 183.

L. Gillis : Rupture retardée de la rate. *Lancet*, 1944, **247**, 822.

L. E. Jones : Rupture spontanée d'une rate apparemment normale. *B. M. J.*, 1944, **2**, 561.

D. Mc Lachlin : Rupture spontanée d'une rate normale. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 476.

J. R. Watson et M. Fernèner : Rupture spontanée de la rate normale. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 690-691.

P. Gallagher et J. Mossberger : Kyste uniloculaire calcifié de la rate. *Ann. Surg.*, 1942, **116**, 933-937.

P. Ravenna : Le syndrome de Banti ; définition, classification et pathogénèse. *Arch int. Med.*, 1940, **66**, 879-892.

H.-L. Valk et S. Horne : Le syndrome de Cruveilhier-Baumgarten (splénomégalie hypertension portale et veine ombilicale perméable). *Ann. Surg.*, 1942, **116**, 860-863.

I. Kaplan : Irradiation de la rate et de l'hypophyse pour le traitement de l'hémorragie pubertaire ; naissance d'un enfant normal après traitement. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 1199-1200.

O. Perry Pepper et J. Austin : Une surveillance prolongée 28 ans d'une splénectomie pour anémie hémolytique, persistance des corps de Howell-Jolly. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 870-871.

IV. — TRANSFUSION DE SANG

A. Bagdasarow : La transfusion sanguine en U. R. S. S. *B. M. J.*, 1942, **2**, 445.

H. K. Lucas : La transfusion à l'ambulance ; sa valeur dans le désert occidental. *Lancet*, 1943, **245**, 503-504.

J. Vaughan : Transfusion sanguine. *B. M. J.*, 1942, **2**, 19.

LES TRANSFUSIONS

J. Vaughan : La transfusion de sang et des dérivés du sang en cas d'urgence. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 1020-1024.

W. Adams, T. Thornton, J. G. Allen et D. Gonzalez : Le danger et la prévention de l'intoxication par le citrate dans les transfusions massives de sang total. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 656-669.

J. T. Loutit et P. L. Mollison : Le citrate disodique : mélange glucosique comme préservateur du sang. *B. M. J.*, 1943, **2**, 744-745.

N. Klendshoj C. Mc Neil, P. Swanson et E. Witebsky : Transfusion de sang universel conditionné ; observations cliniques. *Arch. int. Med.*, 1942, **70**, 1-10.

J. Ross et M. Chapin : Effets de la conservation du sang citraté sur la survivance des erythrocytes transfusés. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 827-829.

W. N. Hailstone : Solution anticoagulante de dextrose et de citrate. *Lancet*, 1943, **244**, 336.

S. Jacobson et Ch. Smyth : La gélatine comme substitut du plasma observations de son administration à l'homme. *Arch. int. Med.*, 1944, **74**, 254-257.

M. Levine et D. State : Substance A. et B. causes des réactions consécutives aux transfusions de plasma humain. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 275-277.

L. E. Pitman : Méthodes simplifiées d'administration du plasma sanguin dans les urgences. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 195-196.

W. Thalhimer : L'injection intraveineuse de plasma normal amassé ou de sérum est-elle dangereuse ? *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 1263.

J. I. Wilkinson, K. Bullock et W. Cowen : Méthode continue de dessèchement du plasma et du sérum. Plan pour dessécher le plasma ou le sérum par pulvérisation. Routine employée. Résultats. *Lancet*, 1942, **242**, 281-283.

S. Ackroyd, S. A. Harrison et L. E. R. Picken : Transfusion de sérum liquide filtré. *Lancet*, 1943, **244**, 268.

G. E. C. Francis, G. A. Harrison et L. E. R. Picken : Dépôt dans un sérum filtré avec la méthode de Deitz. *Lancet*, 1944, **246**, 51.

J. C. Mc C. Browne : Une méthode simple de transfusion de sérum. *B. M. J.*, 1943, **1**, 384.

R. G. Macfarlane, J. C. Macsween, B. R. S. Mainwaring et J. Parish : Technique pour la filtration du plasma humain et du sérum pour la transfusion. *B. M. J.*, 1942, **1**, 377-380.

I. R. Edwards : Le sérum bovin non spécifique (despeciated) : à substituer au plasma humain. *B. M. J.*, 1944, **1**, 73-75.

J. O. Mac Callem et D. J. Bauer : Sérum ictérique homologue : expérience de transmission avec des volontaires humains. *Lancet*, 1944, **246**, 622-626.

H. Alt : Transfusions de globules rouges dans le traitement de l'anémie. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 417-418.

W. Cooksey et W. Horwitz : Emploi des globules rouges mis de côté (après utilisation du plasma). *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 961-964.

R. Evans : Globules rouges concentrés substitués au sang total pour la transfusion dans l'anémie. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 793-796.

Agglutination. Hémolyse.

I. Davidsohn : Isoagglutinines irrégulières. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 1288-1292.

H. Schwabacher, M. Ross et H. L. Carruthers : Titres d'agglutination des sérums normaux. *Lancet*, 1943, **244**, 739-740.

S. Shone et R. Passmore : Pneumonie associée à l'autohémoagglutination. *Lancet*, 1943, **245**, 445.

J. Stratton : Observations sur l'autohémoagglutination. *Lancet*, 1943, **244**, 613-614.

Facteur Rhésus.

A. Beck, C. V. Harrison et J. M. Owen : Réaction de transfusion hémolytique grave due au facteur Rh. *B. M. J.*, 1944, **2**, 180.

K. E. Boorman, B. E. Dodu et P. L. Mollison : Signification clinique du facteur Rh. *B. M. J.*, 1942, **2**, 569-571.

K. E. Boorman, B. E. Doon et P. L. Mollison : La signification clinique du facteur Rh. *B. M. J.*, 1942, **2**, 535-537.

T. W. Lloyd : Le facteur Rh. dans l'anémie hémolytique du nouveau-né. *B. M. J.*, 1943, **1**, 132.

J. Murray : Test prénatal Rh. : suggestion d'une nomenclature. *Lancet*, 1944, **247**, 594-595.

R. R. Race, G. L. Taylor, D. T. Cappell et N. M. Macfarlane : Le facteur Rh. — L'érythroblastose fœtale. *B. M. J.*, 1943, **2**, 289-292.

R. R. Race et G. L. Taylor : Anticorps incomplet dans l'immunisation par le Rh. *B. M. J.*, 1944, **2**, 756.

Sang conservé et donneurs.

E. S. Taylor : Obtention du sang pour les forces armées. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 119-123.

Whitby : Le service de transfusion de sang de l'Armée britannique. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 421-424.

R. A. Jones : Les réactions après transfusions de sang mis en réserve. *B. M. J.*, 1942, **2**, 476-477.

W. B. Russ : La valeur des banques de sang sans profit, pour l'usage civil : plan établi par l'office de la défense civile. *Ann. Surg.*, 1944, **119**, 603-606.

L. Soutter : Note sur la banque de sang. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 928-930.

E. S. Taylor, W. Thalhimer et W. Cooksey : L'organisation d'un service de transfusion de globules rouges. *J. A. M. A.*, 1934, **124**, 958-960.

E. F. Aubert, K. Boorman et B. Dodd : Donneur universel avec un titre élevé d'isoagglutinines. *B. M. J.*, 1942, **1**, 659-663.

W. F. Frazer et I. Fowweather : Le tétanos chez les donneurs de sang. *B. M. J.*, 1942, **1**, 759.

Co Tui, F. Bartter, A. Wright et R. Holt et collaborateurs : Réinfusion des globules rouges et fréquences des données de plasma : Données sanguines multiples durant huit semaines par chacun des six donneurs. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 331-335.

G. C. Dockeray et H. Sachs : Incompatibilité de la transfusion homologue. *B. M. J.*, 1942, **1**, 492-493.

W. Frye, A. Keller et R. Kampmeier : L'hôpital et le problème de la syphilis dans la recherche des donneurs de sang. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 182-186.

H. Sachs : Concentration du sel dans la technique du groupe sanguin. *Lancet*, 1942, **242**, 473.

Indications.

H. Brown, C. H. Gray et P. L. Mollison : Le syndrome néphrotique traitement

par les transfusions de sérum. *B. M. J.*, 942, **1**, 515-517.

J. V. Dacie et D. Firth : La transfusion sanguine dans l'hémoglobinurie nocturne. *B. M. J.*, 1943, **1**, 626-627.

P. S. Fox : La transfusion dans le hock obstétrical. *B. M. J.*, 1943, **2**, 781.

R. Kinsey : Contrôle de l'hémorragie les lésions sévères du foie : les transfusions renforcés par la vitamine K ux donneurs. *Arch. int. Med.*, 1944, **3**, 131-137.

C. Murray, D. Hale et C. Shaar : Suspensions de globules rouges sanguins dans e traitement de l'anémie. *J. A. M. A.*, 943, **122**, 1063-1066.

LA TRANSFUSION SES EFFETS

A. J. Greene : Aiguille à transfusion anguine. *Lancet*, 1942, **243**, 306-307.

H. Naftulin, A. Wolf et S. Levinson : Tubes de viscosex pour transfusions remplaçant ceux en caoutchouc. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 321-324.

L. Pitman : Un clamp pour maintenir en place l'aiguille de l'injection intraveineuse. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 1098.

A. Price et L. Tocantins : Un nécessaire complet et léger pour l'injection intra-veineuse ou intra-osseuse de plasma dans les cas d'urgence. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 152-157.

J. F. Loutit, M. O. Mollison et C. D. Van den Walt : La pression veineuse pendant une section de la veine et la transfusion. *B. M. J.*, 1942, **2**, 658-660.

E. P. Sharpey-Schafer, J. Wallace et A. C. Pincock : La rétention du sérum injecté dans la circulation. *Lancet*, 1942, **242**, 699-700.

Accidents.

R. Drummond : Transfusion de sang incompatible sans symptômes. *B. M. J.*, 1944, **1**, 480-485.

Rapport au Conseil de Recherche Médicale : L'évanouissement chez les donneurs de sang. *B. M. J.*, 1944, **1**, 279-282.

G. E. O. Williams : Réactions syncopales chez les donneurs de sang. *B. M. J.*, 1942, **1**, 783-785.

M. B. Devas : Entrée de l'air par les appareils à transfusion sanguine. *Lancet*, 1942, **243**, 154-155.

J. S. Humble et S. Belyavin : Spasme veineux empêchant la transfusion sanguine. *Lancet*, 1944, **247**, 534.

K. Simpson : Accident gazeux pendant la transfusion. *Lancet*, 1942, **242**, 697-698.

Suites de la transfusion.

J. Beattie : Changements de la concentration de l'hémoglobine et du poids spécifique du plasma à la suite des transfusions. *B. M. J.*, 1942, **1**, 459-461.

J. V. Dacie et P. L. Mollison : Survie des érythrocytes normaux après transfusion à des malades atteints d'anémie hémolytique familiale (Ictère acholurique). *Lancet*, 1943, **244**, 550-551.

G. Darrell Ayer Jr et W. Kammen : Réactions à la transfusion causées par des incompatibilités acquises intragroupe. *Arch. int. Med.*, 1944, **73**, 199-202.

R. Drummond : Réactions à la transfusion et cas mortels dus à la surcharge circulatoire. *B. M. J.*, 1943, **2**, 319-321.

G. W. Hayward et A. Jordan : Les changements du volume sanguin à la suite des transfusions de sérum ou de plasma, et destin des protéines injectées. *B. M. J.*, 1942, **1**, 462.

W. H. Hughes : Formule sanguine après transfusion massive. *Lancet*, 1943, **245**, 321-322.

K. Maunsell : Désensibilisation chez des receveurs allergiques après transfusion sanguine. *B. M. J.*, 1944, **2**, 236-238.

P. Beeson : Ictère après transfusion de sang ou de plasma. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 1332-1333.

P. B. Beeson, G. Chesney et A. M. Mc Farlan : Hépatite consécutive à l'injection de plasma d'un convalescent des oreillons : I. Utilisation du plasma dans les épidémies d'oreillons. *Lancet*, 1944, **246**, 814-815.

H. V. Morgan et D. A. J. Williamson : Ictère à la suite d'administration de produits sanguins humains. *B. M. J.*, 1943, **1**, 750-752.

R. E. Steiner : Ictère après transfusion de sang total ou de plasma humain. *B. M. J.*, 1944, **1**, 110-111.

P. L. Mollison : Les réactions hémolytiques de la transfusion. *B. M. J.*, 1943, **1**, 529-531.

P. L. Mollison : Recherches sur les réactions hémolytiques aux transfusions. *B. M. J.*, 1943, **1**, 559-561.

J. M. Vaughan : Métabolisme du pigment après transfusion sanguine. *B. M. J.*, 1942, **1**, 548-549.

Voy. *Hématologie (Moelle osseuse)* : *Chirurgie*.

Appareil respiratoire

Fonction respiratoire.

J. Arnett : La capacité des poumons à l'âge moyen ; examen périodique d'hommes sédentaires. *Arch. int. Méd.*, 1941, **67**, 1129-1131.

P. Boyer et C. Bailey : Concentration du dioxyde de carbone dans l'air expiré. *Arch. int. Méd.*, 1942, **69**, 773-788.

Respiration artificielle.

D. S. Gordien : Méthodes de respiration artificielle. *B. M. J.*, 1943, **2**, 381-382.

G. H. Gibbens : La respiration artificielle à la mer. *B. M. J.*, 1942, **2**, 751-752.

A. Hemingway et E. Neil : Etude expérimentale des méthodes de respiration artificielle. *B. M. J.*, 1944, **1**, 833-836.

B. Ross : Revue des méthodes de respiration artificielle. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 660-663.

P. R. Tingley : Respiration artificielle : besoin d'un taux augmenté d'asphyxie. *B. M. J.*, 1944, **2**, 366-367.

J. L. Reynolds : Traitement mécanique pulmonaire de la pneumonie compliquant la poliomyélite aiguë. *B. M. J.*, 1944, **1**, 361.

J. M. Todesco : Paralysie diaphragmatique diphtérique traitée par le poumon d'acier. *Lancet*, 1942, **242**, 261-277.

P. Volpitto, R. Woodbury et B. Abbey : Influence des différentes formes de respiration artificielle mécanique sur la pression pulmonaire et sur le système sanguin. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 1066-1067.

Asphyxie.

N. Patterson : Morts atypiques par asphyxie. *B. M. J.*, 1942, **2**, 188.

K. Simpson : Asphyxie en masse : aspects médicaux du désastre du refuge du métro. *Lancet*, 1943, **245**, 309-310.

Inhalation thérapeutique.

A. Burgess et M. Saklad : Thérapeutique par inhalation au Rhode Island Hospital. Dix années de progrès. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 469-472.

R. Mc Kee, C. Kipfr, J. Fountain, A. Riskin et P. Drinker : Une vapeur solvante : le carbon disulfid. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 217-222.

N. Mutch et H. L. Hoskins : Inhalations de substances chimiothérapiques. *Lancet*, 1944, **247**, 775-779.

M. Saklad et A. Burgess : Nouvel appareil pour l'administration de 95 pour 100 d'oxygène. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 831.

LARYNX

Voir *Oto-Rhino-Laryngologie*.

TRACHÉE ET BRONCHES

Bronchoscopie.

S. Friedberg : Bronchoscopie et respiration asthmatoïde. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 85-87.

S. Wishart : La bronchoscopie dans la bronchiectasie. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 1181-1185.

L. Fatti et H. J. V. Morton : Anesthésie au penthotal dans la bronchoscopie. *Lancet*, 1944, **246**, 597.

Bronchographie.

C. E. Field : La bronchographie chez les enfants. *Lancet*, 1942, **243**, 357-358.

G. Grier : La bronchographie dans les cas de pneumonie sans résolution. *Arch. int. Med.*, 1944, **73**, 444-448.

F. D. Hart : La posture dans la bronchographie. *B. M. J.*, 1942, **2**, 7.

Tumeurs.

P. C. Marshall et H. A. Cookson : Kyste trachéobronchique. *Lancet*, 1943, **244**, 305.

R. Bloch et G. Bogardus : Carcinome bronchogène ; résultats de la radiothérapie. *Arch. int. Méd.*, 1940, **66**, 39-49.

R. C. Brock : Traitement chirurgical du carcinome bronchique. *B. M. J.*, 1943, **2**, 257-258.

D. A. Fermont : Cure de 7 ans d'un cas de carcinome de la bronche. *B. M. J.*, 1944, **1**, 845.

C. E. Field et J. P. Quilliam : Carcinome bronchique primaire à 4 ans et 4 mois. *B. M. J.*, 1943, **1**, 691-692.

C. D. Nofsinger et P. Vinson : Métastase intrabronchique d'un hypernéphrome simulant un cancer bronchique primitif. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 944.

R. Pierson : Carcinome primitif de la trachée. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 206-208.

POUMONS

A. B. A. Appleton : Régions et vaisseaux sanguins des poumons. *Lancet*, 1944, **247**, 592-593.

J. T. Brailsford : Le bord postéro-interne radiographique du poumon. *B. M. J.*, 1943, **1**, 219.

C. Brill et J. Krygier : Sclérose vasculaire pulmonaire primitive. *Arch. int. Méd.*, 1941, **68**, 560-577.

C. Drinker et M. Field Warren : Genèse et résolution des transsudats pulmonaires. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 269-273.

T. Mallory et W. Brickley : L'anatomie pathologique, en particulier des lésions pulmonaires. *Ann. Surg.* 1943, **117**, 865-884.

R. Schatzki : Etat radiologique des lésions pulmonaires. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 841-862.

J. H. Hutchison : Traitement des maladies pulmonaires dans l'armée. *B. M. J.*, 1942, **1**, 487-489.

W. W. Macnaught et R. M. Murray-Lyon : Affections respiratoires aiguës chez les africains. *B. M. J.*, 1943, **2**, 324.

Embolies pulmonaires.

N. Boyer et J. Curry : Bronchospasme associé aux embolies pulmonaires ; défaillance respiratoire. *Arch. int. Méd.*, 1944, **73**, 403-409.

J. C. Scott et F. H. Kemp : Embolie graisseuse pulmonaire. Observations cliniques, radiologiques, examen des crachats dans l'embolie graisseuse soupçonnée. *Lancet*, 1942, **242**, 228-229.

Œdème. Infarctus. Infiltration.

J. M. Carlisle : Œdème pulmonaire. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 947.

C. B. Prowse : Hyperémie pulmonaire aiguë : œdème des lobes supérieurs. *Lancet*, 1942, **243**, 92-93.

G. Krause et E. Chester : L'infarctus du poumon : étude clinique et radiologique. *Arch. int. Méd.*, 1941, **67**, 1144-1155.

R. Freund et S. Samuelson : Infiltration transitoire du poumon par éosinophilie ; syndrome de Löffler. *Arch. int. Méd.*, 1940, **66**, 1215-1220.

Asthme. Emphysème.

B. Craige Jr : Asthme bronchique mortel ; 7 cas. *Arch. int. Méd.*, 1941, **67**, 299-410.

J. Harkavy : Allergie vasculaire : pathogénèse de l'asthme bronchique avec infiltrations pulmonaires récurrentes et polysérosite éosinophilique. *Arch. int. Méd.*, 1941, **67**, 709-734.

G. Melton : Traitement de l'asthme par l'acide nicotinique. *B. M. J.*, 1943, **1**, 600.

C. H. Rogerson : Les facteurs psychologiques de l'asthme. *B. M. J.*, 1943, **1**, 406-407.

L. Unger et A. Alvin : Traitement de l'asthme bronchique. *J. A. M. A.*, 1943 **121**, 328-330.

W. T. Waughan : La mort par l'asthme. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 556-557.

H. J. Weiser : Asthme bronchique traité par des exercices respiratoires. *Lancet*, 1944, **247**, 274.

R. V. Christie : Emphysème pulmonaire. *B. M. J.*, 1944, **1**, 105-107 et 143-145.

R. Rasmussen et W. Adams : Production expérimentale d'emphysème. *Arch. int. Méd.*, 1942, **70**, 379-395.

Bronchectasies.

J. Lahue : Bronchiolite fibreuse oblitérante : 1 cas. *Arch. int. Méd.*, 1941, **68**, 663-673.

L. C. Martin et F. R. Berridge : Bronchectasie sans importance ; rapport fait sur 25 cas. *Lancet*, 1942, **243**, 327-329.

A. Ogilvie : L'histoire naturelle de la bronchiectasie ; étude clinique, radiologique et pathologique. *Arch. int. Méd.*, 1941, **68**, 395-465.

Complications pulmonaires.

J. A. Kennedy : Complications pulmonaires du rhume banal et de la sinusite : découverte de la radiographie en masse. *Lancet*, 1943, **244**, 769-770.

J. Aub, H. Pittman et A. Brues : Complications pulmonaires des brûlures. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 834-840.

H. W. Schmidt, L. H. Moussel et S. W. Harrington : Atélectasie post-opératoire. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 895-900.

G. de Takats et E. L. Jenkinson : Atélectasie pulmonaire réflexe. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 686-690

Infections.

A. Coburn : La prévention des infections bactériennes de l'appareil respiratoire. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 88-92.

C. Keefer : Infections respiratoires communes. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 802-805.

M. G. Macfarlane : Valeur thérapeutique de l'antitoxine de la gangrène gazeuse. *B. M. J.*, 1943, **2**, 636-639.

E. Robertson, M. Doyle et F. Tisdall : Radiation ultra-violette pour la diminution des infections secondaires respiratoires. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 908-913.

H. Rusk et A. van Ravenswaay : La sulfadiazine dans les infections respiratoires : valeur du traitement durant l'hiver 1942-1943. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 495.

M. Siegel : Etudes sur le contrôle des infections aiguës respiratoires. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 783-785.

D. Reeves, E. Butt et Roy Hamma : Infection à torula des poumons et du système nerveux central, 6 cas, 3 autopsies. *Arch. int. Med.*, 1941, **68**, 57-79.

S. Blackford et C. Casey : Tularémie pleuropulmonaire. *Arch. int. Méd.*, 1941, **67**, 43-71.

Pneumonie pneumococcique.

R. Rosi, O. K. Sagen et E. A. Prange : La pneumonie en Illinois, 1938-1941. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 1011-1015.

E. J. Simons : La pneumonie en pratique rurale : fréquence et mortalité. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 620-623.

S. Bukantz, P. de Gara et J. Bullowa : Polysaccharide capsulaire dans le sang des malades atteints de pneumonie pneumococcique ; détection, incidence, valeur pronostique et relations avec les thérapeutiques. *Arch. int. Méd.*, 1942, **69**, 191-212.

J. Bullowa, P. de Gara et S. Bukantz : Anticorps de type spécifique dans le sang des malades atteints de pneumonie pneumococcique ; détection, incidence, valeur pronostique et relation avec le traitement. *Arch. int. Méd.*, 1942, **69**, 1-14.

J. Mc Cracken : Entérorragie compliquant la pneumonie lobaire. Gastro-entérite ulcéreuse hémorragique pneumococcique. *Arch. int. Méd.*, 1941, **67**, 36-42.

G. Grier : L'importance de la bronchographie dans les cas de pneumonie sans

ésolution. *Arch. int. Méd.*, 1944, **73**, 44-448.

B. Lee : Pneumonie lobaire abortive près une cure de sulfapyridine. *B. M. J.*, 944, **2**, 471.

F. Moore, B. Raulston, R. Thomas, J. Lagrire et G. Ridge : Evolution et caractère de la pneumonie en présence d'états ssociés ou concomitants. *Arch. int. Méd.*, 940, **66**, 1317-1330.

F. Moore, R. Thomas, M. Kistler, R. reland et V. Hallstone : Caractères de a pneumonie causée par les divers types le pneumocoque. Evolution de la pneumonie en présence de certaines variations hez le malade et dans l'évolution de la naladie. *Arch. int. Méd.*, 1940, **66**, 1209-316.

E. Loughlin, S. Spitz et R. Bennett : 'raitement de la pneumonie lobaire avec e sérum antipneumococcique de lapin. *trch. int. Méd.*, 1941, **68**, 121-133.

F. Moore, R. Thomas, B. Raulson, A. loyt et J. Waltens : Pneumonie pneumococcique ; analyse des observations de .469 malades traités à l'Hôpital de Los Angeles de 1934 à 1938 inclus. III. Sérothérapie antipneumococcique de type spécifique : relations quantitatives entre le dosage et les résultats. *Arch. int Méd.*, 941, **67**, 286-303.

J. Anderson : Aspects de la chimiothérapie de la pneumonie. *B. M. J.*, 194., 717-718.

I. Anderson : Effets de la chimiothérapie sur la mortalité de la pneumonie. *B. M. J.*, 1943, **2**, 779.

E. L. Bortz : Thérapeutique de la pneumonie. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 107-.13.

A. Domm, H. Flippin, J. Reinhold et .. Schwartz : Emploi intraveineux de la sulfadiazine sodique dans la pneumonie pneumococcique. *Arch. int. Méd.*, 1942, **69**, 51-57.

F. Flippin, L. Schwartz et A. Domm : Traitement moderne de la pneumonie pneumococcique. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 230-236.

C. Garvin : Comparaison du sulfathiazol et de la sulfapyridine dans le traitement de la pneumonie pneumococcique. *Arch. int. Méd.*, 1940, **66**, 1246-1251.

I. K. Herbert, C. I. Dawson-Walker et W. S. A. Swan : La pneumonie traitée avec la sulfapyridine et le sulfatiazol ; concentration de ces médicaments dans le sang. *Lancet*, 1942, **243**, 145-147.

J. N. Morgan et R. Wylie-Smith : Pneumonie lobaire traitée avec la sulfamezathine et la sulfadiazine. *Lancet*, 1943, **245**, 731-733.

B. A. Peters et M. L. Easby : Pneumonie traitée par la méthazine. *B. M. J.*, 1943, **2**, 230.

A. Price : Traitement de la pneumonie par le sulfathiazol. *Arch. int. Méd.*, 1942, **70**, 558-566.

Pneumonie atypique.

A. van Ravenswaay, G. Erickson, E. Reu, J. Siekerski, R. Pottash et B. Gumbiner : Aspects cliniques de la pneumonie primitive atypique. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 1-5.

D. Harstmann et H. Tatlock : Cold agglutinines (auto-hémagglutinines); aide diagnostique dans certains types de pneumonie primitive atypique. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 369-370.

T. Campbell, P. Strong, G. Grier et R. Lutz : Pneumonie primitive atypique, 200 cas à Fort Eustis (Virginie). *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 723-729.

F. Helwig et E. Freis : Autohémagglutinines à froid après pneumonie atypique donnant le tableau clinique de l'Acrocyanose. *J. A. M. A.*, 1943, **122** 626-627.

H. Perrone et M. Wright : Cas mortel de pneumonie atypique avec encéphalite. *B. M. J.*, 1943, **2**, 63-64.

W. R. M. Drew, E. Samuel et M. Ball : Pneumonie atypique primaire. *Lancet*, 1943, **244**, 761-764.

J. C. Turner, S. Nisnewitz, E. B. Jackson et R. Berney : Relation des agglutinines froides avec la pneumonie atypique. *Lancet*, 1943, **244**, 765-768.

H. Reimann, W. Havens et A. Price : l'étiologie des pneumonies atypiques (virus) ; résumé des récentes découvertes. *Arch. int. Méd.*, 1942, **70**, 513-522.

R. Needles et P. Gilbert : Pneumonie atypique primaire ; 125 cas dont 1 mortel avec autopsie. *Arch. int. Méd.*, 1944, **73**, 113-122.

Ch. Owen : La pneumonie atypique primaire : 738 cas présentés en 1942 à Scott Field (Illinois). *Arch. int. Méd.*, 1944, **73**, 217-231

Pneumonies infectieuses.

L. Applebaum et J. Shrager : Pneumonite associée à la malaria. *Arch. int. Méd.*, 1944, **74**, 155-162.

E. Epstein et E. Greenspan : Pneumonie rhumatoïde. *Arch. int. Méd.*, 1941, **68**, 1074-1094.

M. Finland, D. Peterson et E. Strauss : Pneumonie staphylococcique survenant au cours d'une épidémie d'influenza. *Arch. int. Méd.*, 1942, **70**, 183-205.

N. Glaubach et E. J. Guller : Pneumonie apparemment due au *Trichomonas buccalis*. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 280-281.

G. Gordon : Un cas de pneumonie à staphylocoque : guérison avec le sulfathiazol. *Lancet*, 1942, **243**, 281-282.

H. G. J. Herheimer et A. J. Mc Millan : « Pneumonie influenza » atypique dans une école. *B. M. J.*, 1942, **2**, 513.

S. Moolten : Infection et nécrose pulmonaires dans le diabète sucré ; 1 cas de pneumonie nécrotique disséquante compliquant une lithiase pancréatique. *Arch. int. Méd.*, 1940, **66**, 561-578.

E. Perlman et J. Bullova : Pneumonie primitive à bacille de Friedländer ; sa thérapeutique. *Arch. int. Méd.*, 1941, **67**, 907-920.

W. Radcliffe : Mort subite par pneumonie lipoïdique. *B. M. J.*, 1942, **2**, 128.

S. Shone et R. Passmore : Pneumonie associée à l'auto-hémo-agglutination. *Lancet*, 1943, **245**, 446.

W. R. Tobin : Pneumonie causée par *Micrococcus tetragenus*. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 41.

Suppurations.

N. R. Barrett : Abcès pulmonaire : pathologie-diagnostic de certains types. *Lancet*, 1944, **247**, 647-650.

E. Davis : Abcès pulmonaire en relation avec l'influenza épidémique. *B. M.* Appareil respiratoire 2 *J.*, 1944, **1**, 416.

H. Harvila : Abcès typhiques du poumon. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 494-496.

H. Neuhof et E. Hurwitt : Abcès putride, aigu du poumon. *Ann. Surg.* 1943, **118**, 656-664.

Maladies professionnelles.

L. I. M. Castlenden et J. L. Hamilton-Paterson : Bagassose : une maladie pulmonaire industrielle. *B. M. J.*, 1942, **2**, 478-479.

J. A. Gillison et F. Taylor : 4 cas de Bagassose. *B. M. J.*, 1942, **2**, 577.

W. Sodeman et R. Pullen : La maladie de la bagasse (résidu de l'extraction du sucre de canne) des poumons. *Arch. int. Méd.*, 1944, **73**, 365-374.

C. W. Evans : Silicose chez un mineur de quartz. *B. M. J.*, 1942, **2**, 636.

D. Freiman, H. Engelberg et W. Merritt : La pneumonie par aspiration d'huile; étude clinique et pathologique de 47 cas. *Arch. int. Méd.*, 1940, **66**, 11-38.

R. Harold Jones : Pneumoconiose observée chez les mineurs de charbon bitumeux. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 611-615.

H. R. Nayer : Altérations chroniques du poumon et ulcération bronchique chez un soudeur à l'arc électrique. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 1500-1501.

Infections parasitaires.

D. Goldstein et J. Mc Donald : Coccidioidomycose primitive du poumon. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 557-561.

P. E. Wylie et J. de Blase : Moniliase bronchopulmonaire. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 463-465

W. Winn : Excavation pulmonaire associée à une infection coccidïoïdale. *Arch. int. Méd.*, 1941, **68**, 1179-1214.

Kystes et Tumeurs.

Cl. D. Benson, W. Evans Jr et W. Zuelzer : Kyste échinococcique du poumon donnant des particularités radiologiques et chirurgicales rares. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 268-277.

D. Tyson : Traitement chirurgical des kystes solitaires ou de formations kystoïdes d'origine pulmonaire. *Ann. Surg.*, 1943, **118**, 50-75.

J. A. Campbell : Tumeurs pulmonaires chez les souris et l'homme. *B. M. J.*, 1943, **1**, 179-182.

A. Meerloo : Le syndrome initial neurologique et psychiatrique de la tumeur du poumon. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 558-559.

W. F. Rienhoff : Etat actuel du traitement du cancer primitif du poumon. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 1123-1128.

P. Steiner : Effets de la radiothérapie sur l'aspect histologique et sur la survie dans les cas de cancer primitif du poumon. *Arch. int. Méd.*, 1940, **66**, 140-151.

CHIRURGIE PULMONAIRE

Pneumectomie. Lobectomie.

A. G. Bryce et E. M. Mills : Grossesse après lobectomie pulmonaire. *Lancet*, 1944, **247**, 786.

J. M. Chesle et I. H. Young : Pronostic après une pneumectomie réussie. *Lancet*, 1944, **247**, 784-785.

E. D. Churchill et R. Klopstock : Lobectomie pour tuberculose pulmonaire. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 641-669.

E. Kent et B. Blades : La voie anatomique de la pneumo-résection. *Ann. Surg.*, 1942, **116**, 782-794.

I. H. Sellors, V. C. Thompson et S. Quist : Lobectomie avec dissection pour la bronchiectasie ; revue de 100 cas. *Lancet*, 1944, **247**, 101-103.

J. W. Taylor : Lobectomie spontanée. *B. M. J.*, 1944, **2**, 500.

TUBERCULOSE PULMONAIRE

G. Day : Indices de sédimentation en série : une mesure des progrès de la tuberculose pulmonaire. *Lancet*, 1943, **245**, 99-101.

J. W. Bigger : Investigations bactériologiques dans un examen thoracique en masse. *Lancet*, 1943, **245**, 699.

E. Lewis-Fanning et M. Myers : Valeur pronostique du taux de la sédimentation sanguine dans la tuberculose pulmonaire. *B. M. J.*, 1942, **2**, 125-126.

H. Rakov et Sp. Taylor : Lupus érythémateux aigu disséminé, sans manifestations cutanées et avec lésions pulmonaires jusqu'ici non décrites. *Arch. int. Méd.*, 1942, **70**, 88-100.

F. B. Trudeau et R. L. Yeager : Organismes fixant les colorants acides dans les crachats avec constatations radiographiques normales ou douteuses *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 706-708.

F. G. Chandler : Calcul pulmonaire provoquant une hémoptysie profuse et récurrente. *Lancet*, 1943, **245**, 13.

R. C. Cohen : Effets de la grossesse et de la parturition sur la phtisie. *B. M. J.*, 1943, **2**, 775-777.

J. H. Crawford : Tuberculose pulmonaire chez les militaires. Analyse de 300 cas. *Lancet*, 1942, **243**, 89-91.

L. J. Cutbill et A. Lynn : Tuberculose pulmonaire d'origine bovine. *B. M. J.*, 1944, **1**, 283-285.

M. Daniels : Infection tuberculeuse primaire chez les infirmières ; manifestation et pronostic. *Lancet*, 1944, **247**, 165-169.

J. C. Donnelly : Tuberculose pulmonaire sous le masque de la laryngite. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 675-679.

A. J. Evans : La tuberculose pulmonaire du type adulte dans la R. A. F. *B. M. J.*, 1943, **1**, 565-566.

E. Lewis-Faning : Tuberculose respiratoire : l'intervalle entre la notification et la mort. *B. M. J.*, 1943, **2**, 684.

B. Mann : Le retard dans le diagnostic et le traitement sanatorial de la phtisie. *B. M. J.*, 1943, **1**, 283.

J. Murray : Tuberculose pulmonaire primaire. *Lancet*, 1943, **235**, 796.

Sir A. Nacnalty : Attaque compréhensive de la tuberculose pulmonaire. *B. M. J.*, 1943, **2**, 599-600.

P. Stocks et E. Lewis-Fanning : Tuberculose respiratoire : incidence et mortalité en temps de guerre. *B. M. J.*, 1944, **1**, 581-582.

B. C. Thompson : Le taux de survie dans la tuberculose pulmonaire. *B. M. J.*, 1943, **2**, 721.

G. S. Todd et D. M. Anderson : Effets de l'altitude sur les cas de pneumothorax. *Lancet*, 1943, **245**, 597-599.

R. C. Wingfield : Pathogénie de la tuberculose pulmonaire de l'adulte. *B. M. J.*, 1942, **1**, 637.

Radiologie.

J. Miller et W. D. Hay : La sûreté du diagnostic par les rayons X de la tuberculose pulmonaire précoce. *B. M. J.*, 1944, **1**, 530.

J. S. Sharpe : Diagnostic par les rayons X de la tuberculose pulmonaire. *B. M. J.*, 1943, **2**, 579.

W. E. Snell, D. I. Macmahon et J. R. G. Hear : Surveillance de la tuberculose dans un hôpital psychiatrique par radiographie en miniature. *Lancet*, 1943, **245**, 636.

G. B. Stanford et K. C. Clark : Radiographie en masse ; plan suivi dans une usine. *Lancet*, 1942, **243**, 216-218.

H. J. Trenchard : Tuberculose pulmonaire découverte par la radiographie en masse. *Lancet*, 1943, **244**, 366.

PLÈVRES

H. E. Vickers : Absorption de la sulfapyridine à travers la plèvre humaine. *Lancet*, 1943, **245**, 760-761.

I. Howard, C. Weymuller, J. Edson, E. Ittner, J. Watson et M. Cassidy : Pleurodynie épidémique à Brooklyn dans l'été de 1942. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 925-929.

H. Price : La guérison de la douleur pleuritique aiguë par le blocage du nerf intercostal. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 628-629.

J. Smart : Un nouvel aspect de la pleurésie sèche. *B. M. J.*, 1942, **1**, 604-606.

D. C. Thursby-Pelham et M. A. Flover : Herpès zostérien avec frottement pleural sous-jacent. *B. M. J.*, 1944, **2**, 309.

Pneumothorax.

A. King et M. Bisson : Pneumothorax spontané bilatéral. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 782-783.

M. Thowbridge Jr : Pneumothorax spontané, complication de l'asthme bronchique : 2 cas ; le mécanisme possible de sa production. *Arch. int. Méd.*, 1944, **73**, 460-465.

Epanchements pleuraux

J. F. Dorsey et G. E. Morris : Rupture traumatique du canal thoracique avec chylothorax. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 337-338.

R. W. Lush, I. C. Nicholson, C. R. Stevenson, W. I. Nicholson : Hémothorax bloqué. *Lancet*, 1944, **247**, 167-169.

R. Gregory : Effet de l'inflammation sur la concentration du sulfanilamide dans les liquides pleuraux et articulaires. *Arch. int. Méd.*, 1942, **69**, 429-436.

R. R. Trail : Pleurésie et épanchement pleural ; diagnostic différentiel. *B. M. J.*, 1943, **1**, 98-99.

Empyème.

P. R. Allison : Comment traiter l'empyème pleural aigu. *B. M. J.*, 1943, **2**, 383-385.

P. R. Allison : Traitement de l'empyème chronique. *Lancet*, 1943, **244**, 232-233.

J. K. Berman et Walters : Empyème compliqué de fistule broncho-œsophagopleurale. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 100-105.

E. C. B. Butler, K. M. A. Perry et J. C. O. Valentine : La pénicilline dans l'empyème aigu. *B. M. J.*, 1944, **2**, 171-174.

R. Daniel Jr, F. Billings et R. Cheatcher : Effet local du sulfanilamide, du sulfathiazol et de la sulfadiazine sur les infections à staphylocoque doré hémolytique de la cavité pleurale. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 670-676.

A. K. Henry : Le meilleur drainage de l'empyème non tuberculeux. *Lancet*, 1944, **247**, 816.

E. Press et H. S. Altman : Empyème compliquant un abcès parapharyngien. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 1181-1182.

W. White, E. Burnett, C. Bailey, G. Rosemond, C. Norris, G. Favorite, E. Spaulding, A. Bondi Jr et R. Fowler : La pénicilline pour la prévention de l'empyème post-opératoire. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 1016-1023.

THORAX — CAGE THORACIQUE

N. K. Goadby : Calcul de l'expansion pulmonaire par les mesures externes du thorax. Application à l'étude de la dyspnée chez les conscrits. *Lancet*, 1944, **247**, 415.

T. R. Harrison : Quelques aspects embarrassants de la douleur thoracique. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 519-525.

J. V. Wilson : Pathologie des lésions thoraciques fermées. *B. M. J.*, 1943, **1**, 470-473.

J. D. N. Bird : Difformité congénitale des côtes. *B. M. J.*, 1944, **2**, 79.

R. Caps : La cause du point de côté qui apparaît chez des personnes normales ; observations personnelles. *Arch. int. Méd.*, 1941, **68**, 64-101.

O. J. N. Smith : Traitement des fractures de côtes. *B. M. J.*, 1942, **1**, 381-382.

A. M. Gill, R. A. Jones et B. Pol-

…ack : Maladie de Tietze. *B. M. J.*, 1942, …, 155.

L. H. Mc Kim : Une méthode de fixation pour les fractures du sternum. *Ann. Surg.*, 1943, **118**, 158.

Plaies de poitrine

A. L. d'Abreu, J. W. Litchfield et … J. Hodson : Complications majeures les blessures pénétrantes de poitrine. *Lancet*, 1944, **247**, 197-210.

A. L. d'Abreu, J. W. Litchfield et … J. Hodson : Corps métalliques étrangers, intrathoraciques. *Lancet*, 1944, **247**, 265-268.

P. B. Ascroft : Blessure des poumons par explosion avec lésion étrange du cerveau. *Lancet*, 1943, **244**, 234.

F. Dolley et L. Brewer : Lésions traumatiques de poitrine. *Ann. Surg.*, 1942, **116**, 668-686.

A. D. Everett, B. Wood : Collection sous-diaphragmatique de bile après blessure thoracique perforante. *B. M. J.*, 1942, **2**, 280.

G. Lindskog : Un cas rare de corps étranger pénétrant dans le médiastin. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 813-816.

E. Mc Grath : Plaies de poitrine. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 488-490.

R. B. Scott : Traitement précoce des blessures thoraciques dans le Moyen-Orient. *B. M. J.*, 1944, **1**, 490-491.

Tumeurs.

J. Alexanders : Néoplasmes circonscrits intrathoraciques. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 395-397.

F. Dolley et L. Brewer : Diagnostic et traitement des tumeurs intrathoraciques primitives. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 1130-1136.

W. E. Lee et J. Ritten : Neuroblastome intrathoracique. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 93-99.

CHIRURGIE THORACIQUE

P. W. Edwards, A. C. Pennan et J. Logan : Résultats tardifs d'une pneumolyse intrapleurale fermée. *B. M. J.*, 1944, **2**, 270-271.

J. B. Grow, O. Raines et O. Huddleston : La remise en état dans la chirurgie thoracique. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 1059-1060.

J. Halton : Méthode de contrôle de la sécrétion bronchique dans la chirurgie thoracique. *Lancet*, 1943, **244**, 12-13.

E. Holman : Thoracoplastie haute : excision complète des trois premières côtes à travers de brèves incisions antérieure et postérieure dans une même opération. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 315-318.

J. R. Edwards : La réhabilitation dans un cas thoracique. *Lancet*, 1944, **246**, 81-83.

H. Randolph et L. Kohrr : L'emploi de l'anesthésie au pentothal sodique en chirurgie thoracique. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 1215-1216.

M. G. Tate : Infection tuberculeuse d'un pneumothorax extrapleural compliqué par une infection à Cl. Welchii. *B. M. J.*, 1944, **1**, 361.

Appareil digestif

I. — TRACTUS GASTRO-INTESTINAL

Généralités.

G. Jones : La gastro-entérologie de Juillet 1939 à Juillet 1940. *Arch. int. Med.*, 1940, **66**, 893-1004.

Ch. Jones : Gastro-entérologie : revue de la littérature de Juillet 1940 à Juillet 1941. *Arch. int. Med.*, 1941, **68**, 763-845.

Ch. Jones : La gastro-entérologie d'après la littérature de Juillet 1941 à Juillet 1942. *Arch. int. Med.*, 1942, **70**, 585-685.

Ch. Jones : La gastro-entérologie 1942-1943. *Arch. int. Med.*, 1944, **73**, 154-197.

Ch. Jones : La gastro-entérologie de Juillet 1942 à Juillet 1943. *Arch. int. Med.*, 1944, **73**, 53-108.

F. Mann : Tractus gastro-intestinal et foie. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 720-722.

S. Portis : Le traitement médical des troubles psycho-somatiques, en particulier du tractus gastro-intestinal et de la fatigue. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 413-417.

A. B. Rivers et A. L. Roodenburg : La douleur dorsale dans la maladie du tractus gastro-intestinal et annexes. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 421.

A. Rush : Troubles gastro-intestinaux du combat aérien. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 471-473.

M. Younans et Z. Orgel : Relations psychosomatiques des affections gastro-intestinales. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 225-230.

Corps étrangers.

G. O. Chambers : Les corps étrangers du tractus alimentaire. *B. M. J.*, 1942, **2**, 362-364.

Hémorragies.

G. Gordon-Taylor : Cause rare d'une hémorragie gastro-intestinale sévère. *B. M. J.*, 1943, **1**, 504-505.

J. A. Jones : Hématémèse et melæna. *B. M. J.*, 1943, **1**, 689-690.

H. Stone : Melæna abondant d'origine obscure. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 582-597.

Flatulence.

W. C. Alvarez : Qu'est-ce qui cause la flatulence ? *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 21-24.

A. Hurst : La flatulence sans fermentation excessive. *Lancet*, 1942, **242**, 223.

Dyspepsie.

A. Adamson et D. Lewis : Le bœuf protéolysé pour la maladie cœliaque. *B. M. J.*, 1944, **2**, 370-371.

J. S. Brown et H. C. Trowell : Déficience intestinale chez les réfugiés polonais : adultes et enfants africains et indiens. *Lancet*, 1944, **247**, 812-815.

H. Edwards et W. S. C. Copeman : La dyspepsie. *B. M. J.*, 1943, **2**, 640-642.

A. M. Gill, F. R. Berridge et R. A. Jones : Diagnostic différentiel de la dyspepsie. Analyse de 217 cas chez des militaires. *Lancet*, 1942, **242**, 728-731.

G. Howell : La dyspepsie dans l'armée, 1940-1941. *B. M. J.*, 1942, **1**, 692-693.

L. C. Hill : La dyspepsie dans l'armée. *Lancet*, 1943, **244**, 452-453.

H. J. Wade : La dyspepsie dans la Royal Navy : Etude de 1.003 cas consécutifs. *Lancet*, 1942, **243**, 636-638.

Infections.

J. G. Sawlethomas et W. A. Hulme : Un médium de tellurite dans le diagnostic de la dysenterie. *Lancet*, 1942, **242**, 321.

L. C. Mc Gee et J. P. Creger : Maladie gastro-intestinale chez les travailleurs industriels. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 1367-1369.

A. C. Clay : La chimiothérapie sulfamidique des infections intestinales. *B. M. J.*, 1943, **2**, 35.

H. Bloom : Dysenterie chez les prisonniers de guerre britanniques. *Lancet*, 1944, **247**, 558-559.

Sir P. Manson-Bahr : Dysenterie et diarrhée en temps de guerre. *B. M. J.*, 1942, **2**, 346.

Sir P. Manson-Bahr : La dysenterie et la diarrhée en temps de guerre. *B. M. J.*, 1942, **2**, 374.

J. S. K. Boyd : Fièvres du groupe entérique chez les prisonniers du Désert occidental. *B. M. J.*, 1943, **1**, 719-720.

H. I. Howat : Diarrhée graisseuse dans la dysenterie chronique et à rechutes. *Lancet*, 1944, **247**, 560.

A. V. Hardy et J. Watt : Les maladies diarrhéiques aiguës. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 1173-1178.

Dysenteries.

A. E. Bremer : La sulfaguanidine dans la dysenterie bacillaire. *B. M. J.*, 1943, **1**, 36-39.

E. Bulmer et W. M. Priest : Dysenterie bacillaire : la chimiothérapie dans son traitement : une expérience de 492 cas dans le Moyen-Orient. *Lancet*, 1943, **245**, 69-70.

A. Compton : Le traitement par le bactériophage de la dysenterie bacillaire. *B. M. J.*, 1942, **1**, 719-721.

R. W. Fairbrother : Contrôle de la dysenterie bacillaire. *B. M. J.*, 1944, **2**, 489-490.

W. Hughes : Traitement de quelques complications de la dysenterie bacillaire. *B. M. J.*, 1944, **1**, 691.

W. M. Jamieson, J. Brodie et O. Stiven : La dysenterie bacillaire à Dundee ; étude comparative des traitements. *B. M. J.*, 1944, **1**, 322-324.

A. W. Pot : Le Difco 55 Agar dans le diagnostic de la dysenterie bacillaire. *Lancet*, 1942, **242**, 677.

W. A. Caldwell et S. W. Hardwick : Dysenterie chronique à B. de Flexner traitée par le succinylsulfatiazole. *Lancet*, 1943, **245**, 544.

L. Opper et V. Hale : La Sulfaguanidine aux porteurs de germe de la dysenterie (bacille de Flexner). *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 1489-1491.

H. G. Smith : La sulfaguanidine pour la dysenterie à b. de Flexner. *B. M. J.*, 1944, **1**, 287.

C. Smyth, M. Finkelstein, S. Gould, E. Mich, T. Koppa et F. Leeden : Dysenterie bacillaire aiguë à bacille de Flexner. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 1325-1329.

F. W. Caudill, R. E. Teague et J. T. Duncan : Une dysenterie épidémique rurale à bacille de Shiga. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 1402-1406.

A. E. Brewer : Porteurs de dysenterie de Sonne traités par le succinylsulfathiazole. *Lancet*, 1944, **247**, 471.

C. A. Green, M. C. Macleod : Epidémie explosive de la dysenterie à b. de Sonne. *B. M. J.*, 1943, **2**, 259-260.

W. H. Osborn et R. N. Jones : Dysenterie de Sonne traitée avec la sulfaguanidine. *Lancet*, 1944, **247**, 470.

R. Swyer : Dysenterie de Sonne : la sulfapyridine dans son traitement. *Lancet*, 1943, **245**, 71-72.

H. Yannet, A. Leibovitz et J. V. Deutsch : Le sulfathiazol dans la dysenterie épidémique de Sonne. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 184-188.

A. C. Ingham et J. A. Heinnan : La dysenterie associée à *Bacterium alcalescence*. *B. M. J.*, 1944, **1**, 12.

Infestation parasitaire.

Z. Bercovitz, R. Page et E. de Beer : Phenotiazine ; étude expérimentale et clinique de la toxicité et de la valeur anthelmintique. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 1006-1007.

R. Caile : Le traitement des porteurs intestinaux d'organismes du groupe entérique. *B. M. J.*, 1943, **1**, 604.

Sir P. Manson-Bahr : Dysenterie amibienne : suite et défaillances dans le traitement radical. *Lancet*, 1944, **247**, 718-719.

C. N. Morgan : Amibiase ; quelques difficultés de diagnostic. *B. M. J.*, 1944, **2**, 721.

L. de Lanney et E. Beahm : *Balantidium coli*. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 549.

D. K. O'Donovan, J. Mc Grath et S. G. Boland : Infestation par giardia avec stéatorrhée. *Lancet*, 1942, **243**, 4-5.

F. von Hofe : Démonstrations d'œufs d'*Enterobius vermicularis*. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 27.

G. Lane : Infections à oxyures : prévalence, pathogénie, périodicité et prévention. *Lancet*, 1944, **247**, 511-512.

P. L. Sutherland et I. M. Berger : Gastro-entérite d'origine lactée due au *Salmonella Dublin*. *B. M. J.*, 1944, **1**, 488-489.

Z. Bercovitz, Rodriguez-Molina, D. Hargrave, Dickie et G. Green : Les infections humaines à *Schistosoma Mansoni*. I. Proctoscopie des schistosomiases asymptomatiques. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 961-962.

B. Blum et H. Lilga : Infection à schistosomiase ; 2 cas dans le Michigan septentrional. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 125-126.

E. Kopisch : Schistosomiase de Manson. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 936-942.

D. I. Ross : Diarrhée chronique due à *Trichocephalus trichiureus*. *Lancet*, 1942, **243**, 97.

Tuberculose.

J. Jones et W. Peck : L'incidence du foie graisseux dans la tuberculose, en particulier dans l'entérite tuberculeuse. *Arch. int. Med.*, 1944, **74**, 371-374.

Cancer.

I. Abel, J. C. Abels, C. T. Pack et C. P. Rhoads : Etudes métaboliques de malades atteints de cancer du tractus gastro-intestinal. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 28-30.

L. Rasmussen, J. Abels, G. Pack et C. Rhoads : Etudes métaboliques des malades atteints de cancer du tractus gastro-intestinal. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 358-359.

P. Rekers et C. Rhoads : Etudes métaboliques chez des malades atteints de cancer du tractus gastro-intestinal : insuffisance pancréatique chez un malade opéré pour cancer de l'ampoule de Vater. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 1243-1244.

II. — LES ORGANES DE L'APPAREIL DIGESTIF

BOUCHE

I. Schour et B. G. Sarnat : Manifestations buccales d'origine professionnelle. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 1197-1206.

I. C. Hendy : Stomatite ulcéro-membraneuse. *B. M. J.*, 1942, **2**, 273-275.

B. S. Kent : Gingivite nécrotique. *Lancet*, 1943, **244**, 642-644.

J. D. King : Maladie gingivale chez les enfants évacués de Gibraltar. *Lancet*, 1944, **246**, 495-497.

A. G. Macdonald : Gencives saignantes et gingivites dans la marine. *Lancet*, 1943, **245**, 697-698.

G. A. Smart : Incidence de la gingivite dans la R. A. F. *B. M. J.*, 1944, **2**, 242-243.

W. P. Stamm, I. I. Macrae et S. Yudkin : Les gencives saignantes dans le personnel de la R. A. F. : valeur de l'acide ascorbique. *B. M. J.*, 1944, **2**, 239-241.

J. Stuhl : Déficience en vitamine C dans la gingivo-stomatite. *Lancet*, 1943, **244**, 640-641.

C. C. Ungley et J. S. I. Horton : Les gencives douloureuses et saignantes chez le personnel navigant ; prises de vitamine C et d'acide nicotinique. *Lancet*, 1943, **244**, 397-399.

F. E. Smith : Hyperplasie des gencives due à la Dilantine. *B. M. J.*, 1942, **1**, 722.

Voy. *Avitaminose C.*

ORO-PHARYNX

Amygdalites.

E. Fries : Traitement de l'amygdalite par de petites doses de sulfonamides. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 93-94.

I. B. Snell : Hyperpyrexie s'ajoutant à une attaque d'amygdalite aiguë. *Lancet*, 1943, **244**, 710.

I. S. Wilson : Cas multiples et subits d'amygdalites à streptocoque hémolytique. *B. M. J.*, 1944, **2**, 275.

R. F. Allen et L. Shattuck Baer : Apparition de nombreux cas de pharyngite septique dus à du lait en poudre reconstitué. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 1191-1192.

Commission des maladies aiguës respiratoires : Pharyngite et amygdalite exsudatives endémiques. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 1163-1168.

J. J. Linehan : Infection combinée de la gorge par la diphtérie et la tuberculose. *B. M. J.*, 1943, **1**, 162.

J. M. Schnee : Inflammation membraneuse de l'oro-pharynx, du nez, de la

onjonctive due au sulfathiazol. *B. M. J.*, 943, **1**, 606.

E. Jewesbury : Mauvais emploi du \.A.B. intraveineux dans l'infection de /incent. *B. M. J.*, 1943, **2**, 360-361.

C. Linton : Traitement de l'angine de /incent. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 341.

R. R. J. R. Clarke : Esquinancie avec :omplica.ions. *B. M. J.*, 1944, **2**, 532.

E. Press et H. S. Altman : Empyème :ompliquant un abcès parapharyngien. *!. A. M. A.*, 1942, **119**, 1181-1182.

J. Gerrie et J. R. Mackenzie : Narcose nasale pour l'amygdalectomie chez les en-:ants. *Lancet*, 1942, **242**, 759.

I. B. Jodson : Tonsillectomie par guillotine et dissection. *B. M. J.*, 1942, **2**, 512.

G. W. Morey : Tonsillectomie sans hémorragie sous anes.hésie locale. *Lancet*, 1943, **245**, 794-795.

ŒSOPHAGE

W. Calvert : L'atrésie congénitale de l'œsophage. *B. M. J.*, 1943, **2**, 645.

R. A. Daniel Jr : Atrésie congénitale de l'œsophage avec fistule trachéo-œsophagienne. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 764-771.

C. Haight : Atrésie congénitale de l'œsophage avec fistule trachéale ; reconstitution de la continuité œsophagienne par anastomose primitive. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 623-635.

A. O. Singleton et M. Knight : Atrésie congénitale de l'œsophage avec fistule trachéo-œsophagienne. *Ann. Surg.*, 1944, **119**, 556-572.

J. Disilva : Dilatation de l'œsophage sans symptômes. *B. M. J.*, 1944, **1**, 750.

J. L. Collis, D. R. Humphreys et W. H Bonn. Rupture spontanée de l'œsophage. *Lancet*, 1944. **247**, 179.

W. Paul et R. Lage : Perforation de l'œsophage causée par un gastroscope flexible ; autopsie. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 596.

L. C. Robson : Perforation de l'œsophage à la suite de brûlure. *B. M. J.*, 1943, **1**, 414.

R. S. Bank : Fistule œsophago-aortique mortelle par os de poisson dégluti. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 1011-1012.

R. Dickes, A. Knudsen et S. Franco : Polypes multiples de l'œsophage ; avec hémorragies gastro-intestinales récidivantes. *Arch. int. Med.*, 1942, **70**, 121-131.

G. H. Steele : Carcinome de l'œsophage. *Lancet*, 1943, **245**, 797-799.

ESTOMAC

Gastroscopie.

A. M. Gill : La valeur de la gastroscopie : analyse de 1.000 examens. *Lancet*, 1943, **244**, 333-334.

N. C. Tanner : Une critique de la gastroscopie. *B. M. J.*, 1944, **2**, 849-851.

Physiologie gastrique.

W. J. Annerson : Motilité de l'estomac à jeun pendant la bonne santé et la maladie. *Lancet*, 1943, **244**, 40-42.

J. E. Thomas : La conception moderne de la sécrétion gastrique. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 735-738.

J. Jenkins et M. Mc George : Le contrôle par le radium de l'acidité gastrique. *Arch. int. Med.*, 1942, **70**, 714-721.

W. de Witt Andrus, J. Lord Jr et P. Stefko : Effets sur la sécrétion gastrique des greffes pédiculées de jéjunum dans la paroi de l'estomac. *Ann. Surg.*, 1943, **118**, 499-522.

R. Schindler et P. Nutter, H. Groom et W. L. Palmer : Bases anatomiques de la non-acidité ; une étude gastroscopique. *Arch. int. Med.*, 1940, **66**, 1060-1078.

G. J. Heuer et C. Holman : Effets de l'acidité gastrique sur la gastro-entérostomie et la résection gastrique pour ulcère peptique. *Ann. Surg.*, 1943, **118**, 551-557.

Dilatation.

R. D. Macrae : Dilatation aiguë de l'estomac. *B. M. J.*, 1943, **2**, 579.

CARDIA

A. H. Douthwaite : Achalasie du cardia : traitement par les nitrites. *Lancet*, 1943, **245**, 353.

C. E. Field : Otyl nitrite dans l'achalasie du cardia. *Lancet*, 1944, **247**, 848-850.

PYLORE

J. L. K. Lewis : Sténose pylorique chez des jumeaux identiques. *B. M. J.*, 1944, **1**, 221.

Ch. A. Vance : Sténose congénitale du pylore. *Ann. Surg.*, 1944, **119**, 351-361.

ULCÈRES GASTRIQUES

G. Cheney : Ulcères gastriques du cinchophène chez des poulets. *Arch. int. Med.*, 1942, **70**, 532-557.

W. C. Alvarez : Comment éviter les « poussées » de l'ulcère peptique. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 903.

J. Berk, M. Rehfuss et J. Thomas : Effets de l'ulcère sur l'acidité et la capacité neutralisante dans le bulbe duodénal. *Arch. int. Med.*, 1942, **70**, 959-974.

S. Boles : Observations sur la prévention et le traitement de l'ulcère peptique. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 640-646.

J. W. Hinton et R. E. Church : Le choix de l'opération pour les malades atteints d'ulcère gastrique ou duodénal. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 816-818.

C. I. W. Illingworth, L. D. W. Scott et R. A. Jameson : L'ulcère peptique aigu dans l'ouest de l'Ecosse. *B. M. J.*, 1944, **2**, 617-619.

J. N. Morris et R. M. Titmuss : Epidémiologie de l'ulcère peptique : statistiques vitales. *Lancet*, 1944, **247**, 841-844.

C. J. Polson : L'ulcère chronique dans la réticulose myéloïde. *B. M. J.*, 1942, **2**, 481.

J. Rabinovitch, B. Pines et I. Teicher : Pathogénèse et altérations pathologiques dans l'ulcère peptique et la production de la douleur. *Arch. int. Med.*, 1941, **67**, 620-636.

H. Riggs, J. Reinholt, R. Boles et P. Shore : Alimentation et ulcère peptique chronique ; ses relations avec l'évolution de la maladie. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 639-640.

A. F. Rooe : Ulcère peptique : pronostic chez les malades de la R. A. F. *Lancet*, 1943, **244**, 733-735.

Sir H. Tidy : Le taux de mortalité par ulcère peptique en Grande-Bretagne, 1912-1938. *B. M. J.*, 1944, **1**, 677-682.

W. Walters et H. Butt : Traitement des ulcères dans la marine. *Ann. Surg.*, 1943, **118**, 489-498.

S. Wolf et H. G. Wolff : L'évidence de la genèse de l'ulcère peptique chez l'homme. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 670-675.

H. Montgomery, R. Schindler, L. Underdahl, H. Butt et W. Walters : Ulcère peptique, gastrite et psycho-névrose dans le personnel naval souffrant de dypepsie. *J. A. M. A.*, 1944, **125** 890-893.

W. Lincoln Palmer : L'estomac et le service militaire. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 1155-1159.

A. Rush : Troubles gastro-intestinaux dans la zone de combat : observations préliminaires sur l'ulcère peptique. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 389-390.

G. M. Smellie : Désordres gastriques dans l'armée. *Lancet*, 1942, **242**, 322.

Sir H. Tidy : L'ulcère peptique et la dyspepsie dans l'armée. *B. M. J.*, 1943, **2**, 473-476.

Ulcère hémorragique.

M. Bannister : Cause obscure d'hématémèse. *B. M. J.*, 1942, **2**, 97.

T. J. Bennett, J. Dow et S. Wright : Hémorragie sévère d'origine gastrique et duodénale ; nourriture ; transfusion ; intervention chirurgicale ; cause de mort ; cas illustrants. *Lancet*, 1942, **242**, 551-554.

J. M. Blackford et H. E. Allen : Ulcères peptiques hémorragiques : 141 cas mortels. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 811-812.

J. A. Jones : Hématémèse et mélæna : *B. M. J.*, 1943, **1**, 689-690.

J. Meyer, H. K. Sonten et H. Necheles : Traitement médical et chirurgical de l'hémorragie de l'ulcère peptique ; le facteur âge. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 813-816.

M. H. Pappworth et J. I. Loutit : Hémorragie gastro-duodénale traitée médicalement par la transfusion sanguine enthousiaste. *Lancet*, 1943, **245**, 469-470.

Ulcère perforé.

W. L. Estes J[r] et B. Bennett J[r] : Perforation aiguë dans l'ulcération gastroduodénale ; les résultats définitifs : *Ann. Surg.*, 1944, **119**, 321-341.

C. I. W. Illingworth, L. D. W. Scott R. A. Jameson : L'ulcère peptique perforé dans l'ouest de l'Ecosse. *B. M. J.*, 1944, **2**, 655-657.

S. C. Raw : Perforation des ulcères gastriques, duodénaux. *Lancet*, 1944, **246**, 12-13.

C. C. Spicer, D. N. Stewart et D. M. de R. Winsen : Ulcère peptique perforé pendant la période des raids aériens très importants. *Lancet*, 1944, **246**, 14.

D. N. Stewart et R. Winser : Incidence de l'ulcère peptique perforé, effet des raids aériens importants. *Lancet*, 1942, **242**, 259-260.

F. Timoney : Ulcère peptique perforé. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 710-717.

C. P. G. Wakeley : Résultats tardifs d'ulcère peptique perforé. *Lancet*, 1944, **246**, 11.

Cancer.

A. Askel : Neurofibrome solitaire de l'estomac. *B. M. J.*, 1944, **2**, 309.

B. R. Kirklin et W. Mc Carty J[r] : La malignité dans les ulcères prépyloriques. *J. A. M. A*, 1942, **120**, 733-735.

R. W. Raven : Cancer gastrique inopérable : traitement par les grains du Radon. *Lancet*, 1942, **243**, 334.

H. H. Rayner : Cancer de l'estomac : Caractères cliniques. *B. M. J.*, 1942, **1**, 518-519.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

G. Fauley, S. Freeman, A. Ivy, A. Atkinson et H. Wigodsky : Le phosphate d'alumine dans le traitement de l'ulcère peptique ; effet de l'aluminium hydroxide sur l'absorption du phosphate. *Arch. int. Med.*, 1941, **67**, 563-578.

S. Fogelson et D. Shoch : Le traitement de la maladie ulcérative gastro-duodénale par le sodium alkylsulfate. *Arch. int. Med.*, 1944, **73**, 212-216.

A. M. Gill et C. A. Keele : Inactivation de la pepsine dans la thérapeutique de l'ulcère. *B. M. J.*, 1943, **2**, 194-195.

J. Kinsner et W. L. Palmer : Alcalose compliquant le « sippy » (alimentation par gorgées), traitement de l'ulcère peptique : analyse de 135 épisodes. *Arch. int. Med.*, 1942, **69**, 789-807.

M. M. Nicol : L'ulcération peptique : Résultat du traitement moderne. *Lancet*, 1942, **242**, 466-468.

V. C. Rowland : Le traitement de l'ulcère juxta-pylorique avec obstruction par l'aluminium hydroxide en goutte à goutte et l'aspirateur de Wangensten. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 818-819.

A. Winkelstein, A. Cornell et F. Hollanden : Thérapeutique par le goutte à goutte intragastrique pour ulcère peptique, d'après dix ans d'expérience. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 743-745.

CHIRURGIE GASTRIQUE

R. Colp et L. J. Druckerman : Les indications de l'alimentation jéjunale dans la chirurgie de l'ulcère peptique. *Ann. Surg.* 1943, **117**, 387-402.

A. R. Dingley : Tubage nasal d'après l'aspect rhinologique. *B. M. J.*, 1943, **1**, 693.

B. C. Meyer : Les accidents mortels de la sonde d'alimentation. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 630.

N. C. Tanner : La chirurgie gastro-duodénale chez les personnes âgées. *B. M. J.*, 1943, **1**, 563-564.

G. Stevens et W. Boeck : Hémorragie gastro-jéjunale après gastro-entérostomie pour sténose hypertrophique du pylore chez l'enfant. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 160.

J. D. Bisgard et W. Overmiller : Gastrectomie d'urgence pour perforation aiguë du cancer de l'estomac avec contamination diffuse de la cavité péritonéale libre. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 526-530.

A. Strauss : Résection primitive de l'estomac pour ulcères gasro-duodénaux perforés. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 60-65.

A. W. Allen : Gastrectomie subtotale pour ulcère duodénal sténosant. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 493-497.

A. J. Gitlitz et R. Colp : Histologie gastrique et gastrectomie subtotale. *Ann. Surg.*, 1943. **118**, 523-550.

R. Colp, P. Klingenstein, S. Mage et L. Druckerman : Gastrectomie subtotale pour ulcère duodénal. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 170-180.

L. S. Mc Kittrick, F. Moore et R. Warren : Complications et mortalité de la gastrectomie subtotale pour ulcère duodénal ; opération en deux temps. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 531-561.

F. de Amesti : Gastrectomie totale pour cancer. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 183-190.

F. H. Lahey et S. Marshall : Indications et expériences tirées de la gastrectomie totale. *Ann. Surg.*, 1944, **119**, 300-320.

Co Tui, A. Wright, J. Mulholland, V. Carabba, I. Barach et V. J. Vinci : Etudes sur la convalescence en chirurgie. I. Sources de la perte de nitrogène après gastrectomie. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 99-122.

J. Atwater, H. R. Butt et J. Priestley : Fistules gastro-jéjuno coliques ; celles associées à la dénutrition et à certains aspects chirurgicaux. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 414-426.

M. T. Friedell, C. M. Shaar et W. Walters : Effet de la résection gastrique sur l'acidité gastrique. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 666-670.

C. Joll et O. O. Adler : Longue survie après gastrectomie. *B. M. J.*, 1942, **2**, 632-634.

E. D. Kiefer : Ulcères du jéjunum et hémorragies récidivantes après gastrectomie pour ulcère peptique. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 819-824.

L. S. Mc Kittrick, F. Moore et R. Warren : Complications et mortalité de la gastrectomie subtotale pour ulcère duodénal ; opération en deux temps. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 531-561.

W. L. Mc Namara : Invagination rétrograde jéjunogastrique à travers la bouche d'une gastrectomie subtotale. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 207-210.

S. Mage : Ulcération récidivante consécutive à une gastrectomie subtotale dans le traitement de l'ulcère gastro-duodénal. *Ann. Sur.*, 1942, **116**, 729-737.

I. W. Mimpriss et I. G. Etheridge : Les complications thoraciques en chirurgie gastrique. *B. M. J.*, 1944, **2**, 466-467.

DUODÉNUM

P. A. Trafford : Rupture traumatique rétropéritonéale du duodénum. *Lancet*, 1944, **247**, 145.

C. Ward J[r] et F. Cooper J[r] : Atrésie du duodénum. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 718-722.

W. Ackermann : Diverticules et variations du duodénum. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 403-413.

J. W. Hinton : L'ulcère du duodénum intraitable. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 498-511.

G. Mc Hardy et D. Browne : Ulcère duodénal concomitant chez deux jumeaux identiques. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 503.

S. Morrison et M. Feldman : Corrélations psycho-somatiques de l'ulcère duodénal ; étude statistique. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 738-740.

H. Shay, J. Gershon-Cohen, S. S. Fels et H. Siplet : La base physiologique de la diétothérapie dans l'ulcère duodénal. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 740-742.

L. Smith et A. Rivens : Le traitement de l'ulcère duodénal non compliqué. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 209-211.

L. Berger et H. Koppelman : Cancer primitif du duodénum. *Ann. Surg.*, 1942, **116**, 738-750.

I. Cohn : Carcinome du duodénum. *Ann. Surg.*, 1944, **119**, 342-350.

Voy. *Estomac* (*Chirurgie*).

Tubage gastro-duodénal.

J. E. Berk, M. E. Rehfuss et J. E. Thomas : Méthode pour l'aspiration simultanée du contenu de l'estomac et du duodénum. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 259-261.

A. R. Dingley : Tubage nasal d'après l'aspect rhinologique. *B. M. J.*, 1943, **1**, 693.

F. I. Harris : Méthode rapide nouvelle d'intubation avec le tube de Miller-Abbott. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 784-785.

E. P. Maris, A. Mc Guinness, H. Lee, J. Rhoads et W. E. Lee : L'usage pré- et post-opératoire d'un tube gastro-duodénal à bout de cuivre comme aide dans le traitement des obstructions duodénales chez les nouveau-nés. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 348-354.

R. C. Norris et F. Mc Carthy : Nouveau support pour sonde nasale. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 785.

G. A. Ransome, L. M. Gupta et J. C. S. Paterson : Le Tube de Ryle intragastrique transnasal dans la pratique tropicale. *B. M. J.*, 1944, **2**, 594-595.

JÉJUNUM

F. E. C. de Vecney et H. Bailey : Diverticule du jéjunum. *B. M. J.*, 1942, **2**, 8.

S. Killian et F. Ingelfinger : Problèmes e nutrition présentés par un malade atteint de jéjuno-iléite extensive. *Arch. int. Med.*, 1944, **73**, 466-471.

H. A. Hanno et M. Mensh : Léiomyome du jéjunum : melæna intermittent ayant duré 14 ans et hémorragie mortelle. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 199-206.

A. H. Sangster : Adéno-carcinome du jéjunum. *B. M. J.*, 1943, **1**, 12.

ILÉON

P. Duncan, S. Wearn, Jackson et Walmon : Opération avec succès d'atrésies multiples de l'intestin grêle chez un prématuré. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 764.

W. H. Erb et D. Smith : Atrésie de l'intestin grêle : 2 cas ; un multiple avec sur-ie. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 66-72.

M. S. Burke et G. R. Williams : Invagination de l'intestin grêle due à un corps étranger. *B. M. J.*, 1944, **1**, 394.

W. R. Black : Blessures intestinales multiples : guérison *B. M. J.*, 1942, **1**, 94.

L. Ginzburg et J. H. Garlock : Iléite régionale. *Ann. Surg.*, 1942, **116**, 906-912.

F. W. M. Pratt et S. L. Simpson : Iléite régionale. *B. M. J.*, 1942, **1**, 634-636.

F. Christopher : Hémangiome de l'iléon. *Ann. Surg.*, 1942, **116**, 945-947.

J. D. Collins : Neurofibrome de l'intestin grêle. *Ann. Surg.*, 1944, **119**, 362-371.

D. B. E. Foster : Adénocarcinome de l'intestin grêle chez le père et la fille. *B. M. J.*, 1944, **2**, 78.

W. E. Abbott, R. Mellors et E. Muntwyler : Troubles des liquides, des protéines et des électrolytes dans l'occlusion expérimentale. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 39-51.

B. Chew Smith et F. Van Beuren : L'iléus aigu. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 427-436.

A. D. Courtney : Cas inhabituel d'obstruction intestinale par les vers. *B. M. J.*, 1943, **1**, 725.

N. C. J. Harris : Un cas inhabituel d'obstruction intestinale chez un enfant. *B. M. J.*, 1942, **2**, 754.

R. Nitkin et A. Lessen : Obstruction intestinale due à un calcul biliaire. *Ann. Surg.*, 1943, **118**, 101-106.

K. G. Adams : Résection de l'intestin grêle chez un nourrisson de 3 semaines. *Lancet*, 1943, **245**, 605.

J. B. Hogarth : Méthode pour l'invagination de l'anastomose intestinale. *B. M. J.*, 1944, **2**, 75-76.

C. C. Holman : Survie après résection de 20 pieds d'intestin. *Lancet*, 1944, **247**, 597-598.

M. Montgomery et J. Kirshbaum : Ulcère jéjunal anastomotique ; d'après 8 cas rencontrés sur 13.000 nécropsies. *Arch. int. Med.*, 1941, **67**, 609-619.

H. Prioleau : Résection massive de l'intestin grêle. *Ann. Surg.*, 1944, **119**, 372-376.

CÆCUM

J. Baker et T. Carille : Diverticulite solitaire du cæcum. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 354-356.

R. I. Hendtlass : Perforation d'un diverticule solitaire du cæcum. *B. M. J.*, 1944, **2**, 309.

L. P. Riven et F. A. Reed : Volvulus du cæcum. *Ann. Surg.*, 1942, **116**, 874-881.

G. Rossen : Ulcère simple pénétrant du cæcum. *Ann. Surg.*, 1944, **119**, 377-383.

APPENDICE ILÉO-CÆCAL

A. J. Williams : Perforation traumatique de l'appendice. *B. M. J.*, 1944, **1**, 423.

Appendicite.

D. B. Armstrong : L'éducation sanitaire et le taux de mortalité par appendicite. *B. M. J.*, 1943, **1**, 277-278.

N. H. Bolton : Deux cas extraordinaires d'appendicite. *B. M. J.*, 1942, **1**, 525.

R. M. Watkins : L'appendicite dans le Cleveland. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 1027-1028.

R. Capurro : Hyperesthésie du péritoine postérieur dans l'appendicite et autres lésions viscérales. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 735-739.

M. Kalisova : Appendicite aiguë traitée par la pénicilline. *B. M. J.*, 1944, **2**, 597.

J. H. Powens : Appendicite aiguë durant les dernières décades de la vie ; l'incidence chez les ruraux. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 221-233.

P. D. Allen : Evacuation par l'ombilic dans l'appendicite aiguë. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 473-476.

P. I. Crymule : Fistule stercorale prolongée après une opération d'appendicite. *B. M. J.*, 1943, **1**, 532-534.

I. Bliss : Invagination après appendicectomie. *B. M. J.*, 1944, **2**, 405.

COLONS

A. Atkinson, H. Adler et A. Ivy : Motilité du côlon humain. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 646-652.

H. Adler, A. Atkinson et A. Ivy : Effet de la morphine et Dilaudid sur l'iléon et de la morphine, Dilaudid et atropine sur le côlon chez l'homme. *Arch. int. Med.*, 1942, **69**, 974-985.

K. C. Mc Kœwn et C. A. Holman : Un cas de microcôlon congénital. *B. M. J.*, 1944, **1**, 115.

L. Riven : Mégacôlon transverse associé à un volvulus chronique. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 786.

R. Jackman et L. Brue : Diverticules du côlon ; diagnostic par la proctoscopie. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 1144-1146.

W. W. Wilson : Blessure du côlon par arme à feu ; guérison sans opération immédiate. *Lancet*, 1944, **246**, 824.

Ch. W. Mc Gavran : La côlite dite muqueuse ou le côlon spastique irritable. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 182-184.

T. Jones : Lésions inflammatoires du côlon au point de vue chirurgical. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 1013-1016.

A. M. Gill : Côlite ulcérative : expériences cliniques sur l'intestin du porc. *Lancet*, 1944, **226**, 536.

J. A. Bargen : Le traitement médical de la côlite ulcéreuse. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 1009-1012.

R. Maingot : Iléostomie terminale dans la côlite ulcéreuse. Méthodes opératoires ; un cas. *Lancet*, 1942, **243**, 121-123.

H. Neumann : Traitement de la côlite chronique ulcéreuse par le pneumo-péritoine. *B. M. J.*, 1943, **1**, 9.

M. Friedell et E. Wakefield : Polypose familiale du côlon. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 830.

Lahey et E. Sanderson : Lésions du côlon droit demandant la colectomie droite. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 1356-1361.

L. Schweigen et A. Bargen : Lésions malignes primaires multiples du gros intestin. *Arch. int. Med.*, 1940, **66**, 1331-1340.

H. B. Stone et S. Mc Lanahan : Résection et anastomose aseptique immédiate pour cancer du côlon. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 1362-1366.

C. Binkley, J. Anels et C. Rhoads : Le traitement de l'hypoprotéinémie post-opératoire chez les cancéreux du côlon et du rectum. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 748-753.

Cl. Dixon et R. Benson : Fermeture de la bouche du côlon ; résultats améliorés par l'usage combiné du Succinylsulfathiazol et du Sulfathiazol. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 562-571.

Ch. Gordon Heyd : Utilisation croissante de la colostomie dans les affections malignes du côlon gauche et du rectum. *Ann. Surg.*, 1942, **116**, 913-923.

E. J. Poth : Le Succinylsulfathiazol ; adjuvant de la chirurgie du gros intestin. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 265-269.

W. G. White et F. Amentola : Les avantages et les désavantages de la résection fermée du côlon. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 572-581.

RECTUM ET ANUS

E. H. Terrell : La proctologie actuelle. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 529-531.

D. C. Conry : L'administration rectale de liquides. *B. M. J.*, 1942, 2, 13.

P. G. C. Martin : Perforation du rectum par explosion en immersion. *Lancet*, 1943, **245**, 605.

T. E. Smith : Tumeurs lymphoïdes du rectum semblables à des hémorroïdes internes. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 495-497.

E. Jenkinson et W. Brown : Endométriose ; 117 cas, au point de vue de la sténose du rectum et du sigmoïde. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 349-353.

A. Grace : Lymphogranulome vénérien rectal. *J. A. M. A.*, 1943, 122, 74-77.

M. Hill, E. Shryock et F. Rebell : Maladie ano-rectale. *J. A. M. A*, 1943, **121**, 742-745.

F. Woods et C. Hanlon : Sténose inflammatoire du rectum ; 192 cas dont 35 traités par rectosigmoïdectomie. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 598-606.

G. P. Oppenheimer : Invasion tardive de la vessie et de la prostate dans le cancer du rectum ou du recto-sigmoïde à la suite de la résection abdomino-périnéale. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 456-467.

P. H. Seefeld et J. A. Bargen : L'envahissement du cancer du rectum : l'invasion des lymphatiques, des veines et des nerfs. *Ann. Surg.*, 1943, **118**, 76-90.

E. W. Shearburn : Importance de l'examen du rectum dans le pronostic du cancer rectal. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 1410-1412.

T. E. Jones : Complications de la résection abdomino-périnéale du rectum en un temps. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 104-107.

D. H. Mackensie : La sulfasuccidine dans les opérations sur le rectum et le côlon. *B. M. J.*, 1944, **2**, 722-723.

Région anale.

I. A. J. Mc Cready : Deux cas d'anus non perforé. *B. M. J.*, 1944, **1**, 290.

O. S. Culp et W. Caplan : Condylômes acuminés, 200 cas traités par le Podophyllin. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 251.

II. — ANNEXES DU TUBE DIGESTIF

FOIE ET VOIES BILIAIRES

C. Greene : Foie et tractus biliaire ; revue de 1943. *Arch. int. Med.*, 1941, **67**, 867-888.

C. Greene : Les maladies du foie et du tractus biliaire : participation hépatique aux maladies diverses ayant rapport à la guerre. *Arch. int. Med.*, 1944, **73**, 349-363.

C. Heyd : Le concept des morts par le foie. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 736-738.

J. G. Mc Sorely et L. S. P. Davidson : Sensibilité à l'extrait hépatique. *B. M. J.*, 1944, **1**, 714-715.

E. Ralli, E. Papper, K. Paley et E. Bauman : La teneur en vitamine A et en carotène du foie humain normal et chez les malades. *Arch. int. Med.*, 1941, **68**, 102-111.

Fonctions et épreuves.

I. Chavez, B. Sepulveda et A. Ortega : La valeur fonctionnelle du foie dans la maladie du cœur. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 1276-1282.

E. J. Clark et R. J. Rossiter : Fonctionnement hépatique chez les lapins après injections d'acide tannique. *Lancet*, 1943, **245**, 222-223.

A. Martin Tiber, A. Pearlman et S. Cohen : La fonction hépatique chez les malades atteints d'amyloïdose. *Arch. int. Med.*, 1941, **68**, 309-324.

S. Portis : Dysfonction hépatique. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 733-735.

Cl. Conn : La tolérance au sodium d-lactate comme épreuve de la fonction hépatique. *Arch. int. Med.*, 1942, **70**, 829-835.

S. Gray, J. Probstein et C. Heifetz : Diastase sanguine basse, indice de trouble fonctionnel hépatique. *Arch. int. Med.*, 1941, **67**, 803-818.

G. Higgins, J. R. P. O'Brien, A. Stewart et L. J. Witts : Une évaluation clinique de quelques tests du fonctionnement hépatique. *B. M. J.*, 1944, **1**, 211-214.

N. I. Maclagan : Les tests de laboratoire dans le diagnostic des maladies du foie. *B. M. J.*, 1944, **2**, 363-365.

J. Mateer, I. Baltz, D. Marion et J. Mac Millan : Epreuves fonctionnelles du foie. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 723-728.

F. Steigmann, H. Popper et K. Meyer : Epreuves fonctionnelles du foie en médecine clinique. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 279-284.

Lésions.

A. D. Everett, B. Wood : Collection sous-diaphragmatique de bile après blessure thoracique perforante. *B. M. J.*, 1942, **2**, 280.

L. S. Pilcher : Rupture massive du foie. *Ann. Surg.*, 1942, **116**, 827-832.

H. S. Munroe Jr. : Kyste solitaire non parasitaire du foie. *Ann. Surg.*, 1942, **116**, 751-762.

K. W. S. Heathfield : Abcès du foie à la suite d'un ulcère duodénal perforé. *Lancet*, 1942, **243**, 155-164.

J. A. M. Cameron : Abcès hépatique amibien inhabituel. *B. M. J.*, 1943, **2**, 329.

P. Noth et J. M. Hirsfeld : Abcès amibien du foie avec infection secondaire ; traitement local par la pénicilline. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 643-645.

W. Waltens, C. Watkins, H. Butt et J. Marshall : Abcès amibiens du foie méconnus jusqu'à leur perforation. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 963-965.

W. Yater : Diagnostic des abcès du foie par l'hépatosplénographie au thorotrast. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 775-778.

J. Jones et W. Peck : L'incidence du foie graisseux dans la tuberculose en particulier dans l'entérite tuberculeuse. *Arch. int. Med.*, 1944, **74**, 371-374.

C. Greene : Traitement de la cirrhose portale. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 715-719.

J. Post et A. Pater Jr. : Les protéines du sérum dans la cirrhose du foie ; relations avec le pronostic et la formation d'ascite ; études sur l'équilibre nitrogénique de 5 malades. *Arch. int. Med.*, 1942, **69**, 67-89.

M. Reich : Phlébosclérose portale primitive. *Arch. int. Med.*, 1942, **69**, 117-127.

E. Wayburn et C. Guérard : Relation entre la neuropathie périphérique multiple et la cirrhose du foie. *Arch. int. Med.*, 1940, **66**, 161-172.

W. L. Palmer, G. Mc Shane et W. Lipman : La nécrose toxique du foie du trinitrotoluène. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 1023-1027.

W. C. Sealy : Rôle de l'infection dans la pathogénèse de la nécrose hépatique dans l'hyperthyroïdisme. *Ann. Surg.*, 1942, **116**, 851-859.

J. E. Sutton : Nécrose aiguë post-opératoire du foie. *Ann. Surg.*, 1943, **118**, 149-153.

H. Chitty : Guérison de l'actinomycose hépatique. *B. M. J.*, 1944, **1**, 115.

Hépatites.

G. V. Kulchar et W. J. Reynolds : L'hépatite bismuthique. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 343-346.

P. N. Coleman : La néoarsphénamine et l'hépatite infectieuse. *B. M. J.*, 1944, **1**, 661.

J. S. Cookson : Hépatite infectieuse épidémique dans le Gloucester. *B. M. J.*, 1944, **1**, 687-688.

K. Damodaran et S. J. Hartfall : L'hépatite infectieuse dans la garnison de Malte. *B. M. J.*, 1944, **2**, 587-589.

J. N. Dible M. Mc Michael et S. P. V. Sherlock : Pathologie de l'hépatite aiguë ; étude de l'épidémie par la biopsie aspirative ; arsénothérapie et ictère dus au sérum. *Lancet*, 1942, **245**, 402-407.

P. Evans : Une épidémie d'hépatite. *B. M. J.*, 1942, **2**, 446-448.

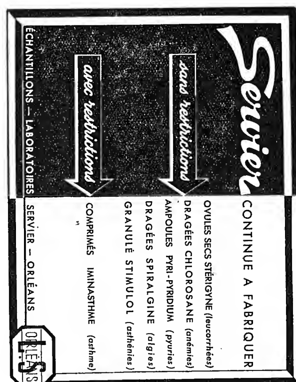
S. M. Finlay, N. H. Martin et J. B. Mitchell : Hépatite après inoculation de fièvre jaune : relation avec l'hépatite infectieuse. I. Constatations cliniques et pathologiques. *Lancet*, 1944, **247**, 301-306.

S. M. Findlay, N. H. Martin et G. B. Mitchel : Hépatite après inoculation de fièvre jaune. Relation avec l'hépatite infectieuse. I. Constatations cliniques et pathologiques (*suite*). *Lancet*, 1944, **247**, 340-343.

S. M. Findlay, H. M. Martin et J. B. Mitchel : Hépatite après inoculation de fièvre jaune : relation avec l'hépatite infectieuse. II Immunologie et épidémiologie. *Lancet*, 1944, **247**, 365-369.

P. Gonnon : L'hépatite infectieuse : le test de l'acide hippurique « per os ». *B. M. J.*, 1943, **2**, 807-810.

W. Havens Jr. : L'hépatite infectieuse en


Servier
sans restrictions
avec restrictions
ÉCHANTILLONS — LABORATOIRES SERVIER — ORLÉANS
CONTINUE A FABRIQUER
OVULES SECS STÉRIGYNE (leucorrhées)
DRAGÉES CHLOROSANE (anémies)
AMPOULES PYRI-PYRIDIUM (pyuries)
DRAGÉES SPIRALGINE (algies)
GRANULÉ STIMULOL (asthénies)
COMPRIMÉS IMINASTHME (asthme)



loyen-Orient. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 17-2.

W. L. Hawley, A. M. Mc Farlan, A. J. Zeigman, J. Mc Michael et J. H. Dible: Hépatite. III. Etude clinique et de laboratoire. *Lancet*, 1944, **246**, 818-820.

J. N. Hill, W. Hausmann : L'anémie dans l'hépatite infectieuse. *B. M. J.*, 1943, 1, 262.

I. G. Lescher : Complications nerveuses de l'hépatite infectieuse. *B. M. J.*, 1944, 1, 554-555.

D. R. Macdonald : Hépatite infectieuse traitée avec du glucose, insuline et acide ascorbique. *B. M. J.*, 1943, **2**, 261.

A. M. Mc Farlan, S. Chesney : III. Epidémiologie de l'hépatite. *Lancet*, 1944, **246**, 817-817.

H. L. Sheehan : Epidémiologie de l'hépatite infectieuse. *Lancet*, 1944, **247**, 8-10.

L. J. Witts : Quelques problèmes de l'hépatite infectieuse. *B. M. J.*, 1944, **1**, 739-742.

Ictère.

J. Lord Jr. et W. de W. Andrus : Différenciation de l'ictère intra ou extrahépathique. Réponse de la prothrombine du plasma à l'injection intramusculaire de Menadione comme aide diagnostique. *Arch. int. Med.*, 1941, **68**, 199-210.

A. M. Gilchrist : Ictère avec des caractères inhabituels. *B. M. J.*, 1942, **2**, 721-722.

E. Freis et D. Mater : Ictère par obstruction intrahépatique consécutive au Mapharsen avec apparition d'un syndrome du type sprue. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 892.

W. Dameshek : Ictère familial non hémolytique : dysfonction hépatique constitutionnelle avec réaction de Van den Bergh indirecte. *Arch. int. Med.*, 1941, **67**, 259-285.

R. Priest : Fièvre ganglionnaire avec ictère. *Lancet*, 1942, **243**, 104.

L. R. L. Edwards : Irruption d'ictère catarrhal épidémique. *B. M. J.*, 1943, **1**, 474.

G. Nicol : Epidémie d'ictère catarrhal. *B. M. J.*, 1942, **1**, 466.

J. Waring : La méningite dans l'ictère catarrhal épidémique. *B. M. J.*, 1943, **2**, 228.

J. C. Jodd : Ictère infectieux : 300 cas dans une banlieue de Londres. *Lancet*, 1943, **244**, 675-677.

C. Crawford : Ictère méningococcique. *B. M. J.*, 1944, **1**, 325.

G. M. Findlay et N. H. Martin : Ictère consécutif à une immunisation à la fièvre jaune; transmission par instillations nasales. *Lancet*, 1942, **244**, 678-680.

R. E. Steiner : Ictère après transfusion de sang total ou de plasma humain. *B. M. J.*, 1944, **1**, 110-111.

J. Beattie et J. Marshall : Etiologie de l'ictère post-arsphénaminique. *B. M. J.*, 1944, **1**, 547-549.

J. Beattie et J. Marshall : Prévention de l'ictère post-arsphénaminique. *B. M. J.*, 1944, **2**, 651-654.

J. W. Bigger : L'ictère chez les syphilitiques en traitement : transmission possible d'un venin. *Lancet*, 1943, **244**, 457.

J. R. Forbes : La thérapeutique bismuthée dans l'ictère au cours du traitement antisyphilitique. *B. M. J.*, 1944, **2**, 852.

VEINE PORTE

W. W. Babcok : Occlusion temporaire de la veine porte et de l'artère hépatique. *Ann. Surg.*, 1942, **116**, 833-842.

P. Mac Dow : Pyléphlébite suppurée. *B. M. J.*, 1944, **2**, 435.

VOIES BILIAIRES

Fonctions.

G. Gordon-Taylor : Mécanisme du sphincter de l'extrémité inférieure du canal biliaire. *B. M. J.*, 1942, **2**, 149-150.

J. E. Strode : La dyskinésie biliaire au point de vue chirurgical. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 198-206.

J. Annegers, F. Snapp, A. Ivy et A. Atkinson : L'effet du cincophène sur la sécrétion de l'acide cholique. *Arch. int. Med.*, 1944, **73**, 1-6.

N. Gough : Concentration de la sulfapyridine dans la bile. *Lancet*, 1943, **245**, 571-572.

Calculose biliaire.

R. Dolkart, M. Lorenz, K. Jones et C. Brown : Relation des acides gras et des sels biliaires avec la formation de calculs biliaires. *Arch. int. Med.*, 1940, **66**, 1087-1094.

C. Bearse : Calculs biliaires. Jusqu'où aller dans le recul de l'opération ? *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 497-498.

A. A. Douglas : Observations sur la douleur biliaire. *B. M. J.*, 1943, **1**, 10-11.

A. Gladstone : L'emploi de la théophylline ethylènediamine pour la guérison de la colique biliaire. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 1084.

R. Russell Best et J. Harrold Barr : L'administration de morphine et d'antispasmodiques dans la colique biliaire. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 207-215.

Vésicule biliaire.

E. W. Hall : Torsion de la vésicule biliaire. *B. M. J.*, 1944, **2**, 150.

O. W. Stewart : La vésicule dans les maladies nerveuses. Irrigateur et cystomètre combiné périodique. *Lancet*, 1942, **242**, 287-289.

K. M. Lewis et C. W. Peterson : Cholestérose de la vésicule biliaire. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 450-455.

N. A. Womack et H. Haffner : Cholestérolase : sa signification en cas de vésicule biliaire gravement atteinte. *Ann. Surg.*, 1944, **119**, 391-410.

A. Rubenstein : Cholécystite typhique aiguë. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 1008-1010.

E. Zollinger et E. Cutler : Traitement de la cholécystite aiguë ; son évaluation. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 481-484.

Cholécystographie.

H. Curl : Alimentation grasse forte précédant la cholécystographie. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 607-610.

J. H. Kemp : Phéniodol : un moyen de contraste pour la cholécystographie. *B. M. J.*, 1943, **2**, 674-675.

Sir W. Wheeler : Une image du cholédoque inattendue. *Lancet*, 1943, **244**, 337.

Voie biliaire commune.

E. Hutchins et G. B. Mansdorfer : Dilatation kystique congénitale de la voie biliaire commune, avec séquelles. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 202-204.

R. L. Sanders : Indications chirurgicales dans les maladies de la voie biliaire commune. *Ann. Surg.*, 1944, **119**, 384-390.

T. A. Shallou, S. A. Eger et F. Wagner Jr : Dilatation kystique congénitale du canal biliaire commun. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 355-386.

A. Strauss, J. Gross et S. Kyman : Atrésie congénitale de la voie biliaire commune. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 723-727.

Canal cholédoque.

W. Gray : Diverticule congénital du conduit biliaire principal. *B. M. J.*, 1942, **2**, 366.

W. Swartley : Kystes du cholédoque. *Ann. Surg.*, 1943, **118**, 91-96.

S. S. Turner : Lésions de la voie biliaire principale. *Lancet*, 1944, **246**, 621.

G. Gordon-Taylor : Chirurgie radicale du cancer de l'extrémité inférieure de la voie biliaire principale et du pancréas. *B. M. J.*, 1942, **2**, 119-120.

Ampoule de Vater.

B. Brooks et A. Weinstein : Kyste de l'ampoule de Vater. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 728-734.

Fistules biliaires.

H. Jenkins : Fistule biliaire hépatico-gastrique spontanée. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 830.

L. M. Rankin, S. A. Eger et H. Bourland : Fistule biliaire externe cutanée. *Ann. Surg.*, 1942, **116**, 931-932.

Opérations sur les voies biliaires.

R. B. Bettman et G. Lichtenstein : Cholécystectomie sans drainage. *Ann. Surg.*, 1942, **116**, 928-930.

D. Macdonald : Drainage de routine du canal cystique après cholécystectomie. *Ann. Surg.*, 1943, **118**, 97-100.

T. Sh. Honsley et G. W. Horsley : Cholécysto-entérostomie, cholédoco-entérostomie et entéro-entérostomie au moyen de rubans de caoutchouc ; leur emploi pour le Mikulicz. *Ann. Surg.*, 1943, **118**, 558-575.

H. E. Eisele : Résultats de la chirurgie de la vésicule biliaire dans le diabète sucré. *Ann. Surg.*, 1943, **118**, 107-115.

PANCRÉAS

A. Childs et G. Dick : La fonction pancréatique dans un cas de sprue non tropicale. *Arch. int. Med.*, 1940, **66**, 833-847.

M. Comfort et A. Osterberg : La sécrétion pancréatique chez l'homme après stimulation par la sécrétine et l'acétylbétaméthylcholine Chloride ; étude comparative. *Arch. int. Med.*, 1940, **66**, 688-706.

L. Dragstedt : Quelques problèmes physiologiques de la chirurgie du pancréas. *Ann. Surg.*, 1943, **118**, 576-593.

H. C. Naffziger et H. Mc Corkle : Le diagnostic et le traitement du traumatisme aigu du pancréas ; l'emploi du test de l'amylase du sérum. *Ann. Surg.*, 1943, **118**, 594-602.

J. Gottesman, D. Casten et A. Beller : Modifications de l'électrocardiogramme par la pancréatite aiguë. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 892-894.

M. Hatangdi : Un cas inhabituel de pancréatite aiguë. *B. M. J.*, 1944, **2**, 598.

J. H. Pratt : La maladie pancréatique. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 175-182.

R. Smith : Pancréatite et diabète. *Lancet*, 1942, **243**, 215.

W. Trevor et L. Brown : Pancréatite compliquée de tétanie. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 27.

H. Edmondson et I. Fields : Relation du calcium et des lipides avec la nécrose pancréatique ; 15 cas dont un avec embolie graisseuse. *Arch. int. Med.*, 1942, **69**, 177-190.

A. King et J. Wachelstein : Calcification du pancréas. *Arch. int. Med.*, 1942, **69**, 165-176.

J. Berk : Diagnostic du carcinome du pancréas. *Arch. int. Med.*, 1941, **68**, 525-559.

A. Brunschwig : Traitement chirurgical du cancer du corps du pancréas. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 406.

E. W. Rockey : Pancréatectomie totale pour cancer. *Ann. Surg.*, 1943, **118**, 603-611.

J. M. Miller et T. B. Wipen : Observations physiologiques sur les malades ayant une fistule pancréatique externe. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 852-872.

T. B. Wiper et J. Miller : Aspects chirurgicaux de la fistule pancréatique. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 52-59.

Ilots de Langerhans.

B. E. Brush et R. Mc Clure : Hyperinsulinisme traité par pancréatectomie subtotale. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 750-758.

J. Conn et E. Stern Conn : Le métabolisme dans l'hypersinsulinisme organique. Etudes quantitatives des variations du degré de la combustion d'hydrate de carbone produite par des changements de régime alimentaire. *Arch. int. Med.*, 1941, **68**, 876-892.

J. Conn et E. Stern Conn : Le métabolisme dans l'hyperinsulinisme organique. II Effets de l'épinéphrine sur le niveau glycémique et la combustion de l'hydrate de carbone. III. Effets de l'extrait de corticale surrénale sur le sucre sanguin et sur l'équilibre sodium-nitrogène. *Arch. int. Med.*, 1941, **68**, 1105-1119.

J. I. G. Prunty : Hyperinsulinisme de réaction. *B. M. J.*, 1944, **2**, 398-399.

M. S. M. Rayner, C. H. Roberson : Hyperinsulinisme paroxystique dû à un adénome des îlots du pancréas. *Lancet*, 1943, **245**, 476.

J. S. Dunn, H. L. Sheehan et R. G. B. Mc Letchie : Nécrose des îlots de Langerhans produite expérimentalement. *Lancet*, 1943, **244**, 484-486.

A. Brunschwig, J. Allen, F. Owens Jr et T. Thornton : L'alloxan dans le traitement du carcinome des cellules insulaires pancréatiques produisant de l'insuline. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 212-216.

H. A. Hanno et R. Banks : Cancer des îlots du pancréas avec métastase. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 437-449.

IV. — ABDOMEN

PAROI ABDOMINALE

J. B. Dawson : Rupture du droit abdominal pendant la grossesse. *B. M. J.*, 1944, **1**, 326.

S. W. Liggett : Rupture du droit abdominal compliquée de la grossesse. *B. M. J.*, 1944, **2**, 245.

R. Thomas : Rupture du droit abdominal pendant la grossesse. *B. M. J.*, 1943, **2**, 136.

R. S. Harvey : Fibrose des muscles droits abdominaux provoquant la dyspepsie. *B. M. J.*, 1944, **2**, 114.

Hernies.

P. Evans : Tendance héréditaire à la hernie. *Lancet*, 1942, **242**, 293.

D. J. Martin : La convalescence active des réparations herniaires. *B. M. J.*, 1944, **2**, 531.

K. Bergen : Kyste du ligament large dans une hernie étranglée. *B. M. J.*, 1944, **2**, 435.

O. M. Douglas : Hernie étranglée : considérations sur quelques facteurs de mortalité. *B. M. J.*, 1942, **1**, 354-356.

S. C. Raw : Striction de l'intestin grêle à la suite d'une hernie étranglée. *Lancet*, 1943, **244**, 460.

Hernies ombilicales.

I. B. L. Bryan : Exomphale compliquée d'occlusion intestinale aiguë. *B. M. J.*, 1944, **2**, 818.

R. T. Hendlass : Un cas extrême d'exomphalie. *B. M. J.*, 1943, **1**, 477.

D. J. Thompson : Travail arrêté avec présentation compliquée et exomphale. *B. M. J.*, 1944, **2**, 45.

M. G. Bennett-Jones : La hernie ombilicale chez les enfants. *B. M. J.*, 1944, **1**, 78.

Hernie et éventration diaphragmatiques.

S. Deanen, W. H. Macmenemy, S. M. Smith : Hémothorax dû à une hernie diaphragmatique étranglée. *B. M. J.*, 1943, **1**, 72.

H. Gardiner : Hernie diaphragmatique avec torsion épigastrique et occlusion aiguë. *B. M. J.*, 1944, **2**, 114.

F. R. Harper : Hernie diaphragmatique traumatique avec déchirure complète de la plèvre médiastine. *Ann. Surg.*, 1942, **116**, 938-941.

J. S. Lawrence : « Borborygmes inspiratoires » signes d'une hernie diaphragmatique. *B. M. J.*, 1944, **1**, 80.

A. J. E. Mills : Eventration diaphragmatique. *B. M. J.*, 1943, **1**, 97.

D. C. L. Fitzwilliams : Hernie extrapéritonéale d'une cicatrice d'appendicectomie ancienne. *B. M. J.*, 1944, **2**, 277.

Hernie interne.

H. Edwards et W. Stewart : La hernie à travers l'hiatus de Winslow. *B. M. J.*, 1943, **1**, 343-344.

Hernies inguinale et crurale.

H. R. Arthur : Hernie inguinale dans un hôpital de la R. A. F. *Lancet*, 1942, **243**, 387-388.

G. G. Crowe : Réduction spontanée en masse d'une hernie inguinale. *Lancet*, 1943, **244**, 517.

J. Sens : Hernie crurale étranglée : revue de 100 cas. *Lancet*, 1943, **244**, 705-706.

J. D. T. Jones : Hernie crurale étranglée bilatérale. *B. M. J.*, 1942, **1**, 583.

D. K. Mulvany : Méthode alternative pour le traitement des cas avancés de hernie crurale étranglée. *B. M. J.*, 1944, **1**, 751.

CAVITÉ PÉRITONÉALE

J. Berman, A. Houser et W. Kurtz : Brossage post-opératoire en chirurgie abdominale ; études expérimentales. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 535-543.

F. R. Brown : Le problème de la douleur abdominale. B. M. J., 1942, 1, 543-546.

M. Moore : Douleur abdominale paroxystique ; forme d'épilepsie symptomatique focale. J. A. M. A., 1944, 124, 561-563.

S. Akcakoyunlu : Expulsion spontanée par le rectum d'une pince de Kocher laissée dans l'abdomen 14 mois. B. M. J., 1944, 2, 182.

J. S. Chaffre : Péritonéoscopie post-mortem. Ann. Surg., 1942, 116, 843-850.

D. Leys : Pneumopéritoine. B. M. J., 1944, 2, 562.

Contusions. Plaies.

D. H. Lees : Contusion abdominale sévère. B. M. J., 1944, 2, 853.

Th. Sunire : Plaies non pénétrantes de l'abdomen. B. M. J., 1942, 2, 127.

L. Auster et J. Willann : Contusion hydraulique de l'abdomen. J. A. M. A., 1943, 121, 993-998.

H. Moore : Plaies de l'abdomen par explosion sous l'eau. B. M. J., 1944, 2, 626-627.

D. D. Pinnock et P. Wood : Lésions de l'abdomen par explosion d'une torpille. B. M. J., 1943, 1, 537-538.

H. S. Estcourt, J. A. Ross, S. H. C. Clarke et R. W. Ross : Plaies abdominales : une revue clinique de 65 cas. Lancet, 1944, 247, 32-41.

W. P. Griffin : Blessure grave de l'abdomen par balle de fusil. B. M. J., 1943, 1, 352.

C. S. Rob : Le traitement conservateur des blessures abdominales. Lancet, 1944, 247, 521-522.

M. Zinninger : Plaies pénétrantes de l'abdomen. J. A. M. A., 1944, 124, 491-496.

O. Cnomie : Hémorragie intra-abdominale venue de l'intestin. B. M. J., 1944, 2, 480.

Péritonites.

J. I. Chesterman : Péritonite aiguë diffuse, traitée avec la suspension de sulfathiazol. Lancet, 1944, 247, 407.

L. Matheson : Péritonite à pneumocoque primitive : 2 cas avec guérison. Lancet, 1943, 244, 367.

T. E. Jones, J. Paxton et R. Brubaker : L'emploi intra-abdominal du sac de Mikulicz. Ann. Surg., 1943, 117, 256-262.

G. Fauley, T. Duggan, R. Stormont et G. Pfeiffer : L'emploi de la pénicilline dans le traitement de la péritonite. J. A. M. A., 1944, 126, 1132-1133.

R. Crutchen, R. Daniel Jr et F. Billings : L'effet du sulfanilamide, du sulfathiazol et de la sulfadiazine sur le péritoine. Ann. Surg., 1943, 117, 677-685.

R. V. Hudson et R. Smith : Le sulfanilamide intrapéritonéal : sa valeur thérapeutique et prophylactique. Lancet, 1942, 242, 437-439.

R. Wise : Méthode d'introduction du sulfanilamide dans la cavité péritonéale. J. A. M. A., 1943, 121, 666.

F. Boys et E. Lehman : Etudes expérimentales sur les adhérences péritonéales. IV. Les sulfonamides avec et sans héparine. Ann. Surg., 1943, 118, 612-618.

H. B. Sutton : L'emploi intrapéritonéal du sulfathiazol et la production d'adhérence. J. A. M. A., 1942, 117, 559.

ÉPIPLOON — MÉSENTÈRE

G. H. Moore : Torsion de l'épiploon simulant une appendicite rétrocæcale. B. M. J., 1942, 1, 359.

D. C. Luke : Thrombose mésentérique veineuse : traitement avec l'héparine. Lancet, 1943, 244, 552-553.

ESPACE RÉTROPÉRITONÉAL

Max Millman : Hémangiome caverneux rétropéritonéal. J. A. M. A., 1944, 124, 773.

S. E. Parker : Gaz rétropéritonéal. Lancet, 1944, 247, 5-6.

J. S. Regan, S. Sanes et J. Mc Callum : Le soi-disant lipome rétropéritonéal. Ann. Surg., 1943, 117, 110-117.

IV. — ALIMENTATION — NUTRITION

ALIMENTATION

Généralités.

E. M. Viddowson et R. A. Mc Cange : Tables d'alimentation ; leur étendue et leur limitation. Lancet, 1943, 244, 200.

P. A. Escudero : Etude de l'alimentation en Amérique latine. B. M. J., 1942, 2, 698.

I. L. G. Clark : Préambule à l'éducation alimentaire après guerre. B. M. J., 1944, 2, 763.

J. Gillman : Effets sur les rats du régime de base africain prolongé. B. M. J., 1944, 1, 149.

E. B. Gunson : Rapport sur l'alimentation communale. B. M. J., 1942, 2, 753.

L. Nicholls et A. Nimalasuria : Ravitaillement et position économique de l'Ile de Ceylan. Lancet, 1942, 243, 734-735.

F. Bing : Critères de l'évaluation de l'expérience alimentaire dans l'industrie. J. A. M. A., 1943, 121, 813-815.

G. Cowgill : L'activité pour l'alimentation dans l'industrie. J. A. M. A., 1943, 121, 817-819.

R. Goodhart : Conditions alimentaires dans l'industrie. J. A. M. A., 1943, 121, 93-97

R. Goodhart : Le programme alimentaire national pour l'industrie. J. A. M. A., 1943, 121, 823-825.

R. P. Cook, W. A. Davidson, D. M. Kerr et D. G. Mc Intosh : Le repas de midi dans les écoles, en relation avec le régime des écoliers de chaque semaine. B. M. J., 1944, 2, 443.

H. Fonke : Effets des suppléments sur la santé des jeunes filles. B. M. J., 1942, 2, 519.

J. I. Mackenzie : Alimentation et progrès scolaires. B. M. J., 1944, 2, 205-206.

J. Yudkin : Etat alimentaire des écoliers à Cambridge. B. M. J., 1944, 2, 201-204.

W. Olmsted, C. Harford, S. Hampton et M. Fongenson : Emploi d'une alimentation synthétique dans l'allergie alimentaire et la typhoïde. Arch. int. Méd., 1944, 73, 341-348.

ALIMENTS

K. H. Coward, E. W. Kassner et L. W. Wallen : L'obtention du calcium du lait. B. M. J., 1943, 2, 39.

L. Femily : Intoxication par le lait humain due à l'avitaminose B. B. M. J., 1944, 2, 590-591.

C. A. Green : Le lait cru dans une région urbaine. B. M. J., 1942, 2, 9.

E. L. Hughes : L'allaitement dans une petite ville minière. B. M. J., 1942, 2, 69.

C. Mc Neil : Un alphabet de l'allaitement au sein. B. M. J., 1942, 2, 271-272.

A. G. Watkins : Recherches sur le standard du lait donné aux enfants. B. M. J., 1943, 1, 140.

G. S. Wilson : La pasteurisation du lait. B. M. J., 1943, 1, 261.

S. N. Jenkins, J. Mac Dougall et P. Herbert : Qualité du pain national. Lancet, 1942, 243, 69-75.

H. A. Krebs et K. Mellandy : Digestibilité du repas au froment national. Lancet, 1942, 242, 319-320.

M. R. Richards : Le facteur pain dans la diététique de guerre. B. M. J., 1943, 1, 161.

N. C. Wright : Digestibilité du repas au froment national. Lancet, 1942, 243, 165.

C. Asher : Effet sur la nutrition des écoliers de l'addition de vitamines et sels minéraux au régime. B. M. J., 1944, 2, 213.

C. Kodicek : Les besoins les plus minimes en acide nicotinique : le pain entier contre le pain blanc. Lancet, 1942, 242, 380.

S. Altschulen, H. Schneiden et D. Sanriano : Emploi clinique des amino-acides pour le maintien de l'équilibre azoté. J. A. M. A., 1943, 121, 163-167.

L. Bauman et H. Gage : Un breuvage riche en protéine. J. A. M. A., 1943, 121, 1283.

H. Chick : Valeur biologique des protéines contenues dans les farines de blé. Valeur nutritive des protéines. Matériaux. Méthodes expérimentales utilisées. Digestibilité des protéines dans les diverses farines. Valeur biologique des protéines absorbées. Lancet, 1942, 242, 405-407.

H. Chick et M. Cutting : Valeur nutritive des substances nitrogènes de la pomme de terre, mesurée par leur capacité d'assurer la croissance chez de jeunes rats. Lancet, 1943, 245, 667.

S. Soskin et R. Levine : Origine des corps cétoniques des lipides et leur régulation. Arch. int. Méd., 1941, 68, 674-683

J. G. Nevwahl : Action de l'acide nicotinique sur le métabolisme des hydrates de carbone. Lancet, 1943, 245, 348-350.

H. Root et T. Carpenter : Combustion carbohydratée chez l'homme après administration per orale ou intraveineuse de dextrose. Arch. int. Méd., 1942, 69, 997-1004.

L. S. P. Davidson : Anémie par déficience de fer alimentaire en temps de guerre. B. M. J., 1942, 2, 505-506.

L. S. P. Davidson, G. M. M. Donaldson, S. T. Lindsay et J. L. Mac Sonley : Anémie par déficience alimentaire en fer en temps de guerre. B. M. J., 1943, 2, 95-97.

L. S. P. Davidson, G. M. M. Donaldson, S. I. Lindsay et M. H. Roscoe : Anémie par déficience alimentaire en fer du temps de guerre. B. M. J., 1944, 2, 333.

Carence. Inanition.

N. Gough : La diète et la concentration de cholestérol dans le sang et la bile. B. M. J., 1943, 2, 390.

G. Mac Holmes : Œdème de carence chez un végétarien. B. M. J., 1944, 1, 620.

L. Nicholls : Nomenclature de la mauvaise nutrition. Lancet, 1944, 246, 630.

G. W. Robinson, P. Shelton et F. Smith : Importance du test de tolérance au dextrose dans le diagnostic de la malnutrition limite. Arch. int. Méd., 1941, 68, 913-944.

D. S. Stevenson : Œdème de carence chez les prisonniers de guerre. B. M. J., 1944, 1, 658-659.

W. Tomeson : Myocardite isolée diffuse dépendant d'une déficience alimentaire. Arch. int. Méd., 1944, 73, 375-383.

P. B. Wilkinson : Maladies de déficiences à Hong-Kong. Lancet, 1944, 247, 655-657.

J. Yudkin : La déficience alimentaire dans la pathogénie. B. M. J., 1944, 1, 5-7.

H. T. Laycock : Impressions d'affamés en Chine. B. M. J., 1944, 1, 667.

J. Petens : L'inanition sur le diabète insipide. J. A. M. A., 1944, 126, 1027.

NUTRITION

G. Berryman et P. Howe : Quelques principes nutritionels de l'alimentation des masses. J. A. M. A., 1943, 122, 212-216.

E. W. Brown : Aspects nutritionnels de l'alimentation dans la flotte des Etats-Unis. J. A. M. A., 1942, 120, 96-99.

J. L. Gros Clark : Mouvements de la nutrition aux Etats-Unis. Lancet, 1943, 244, 741.

P. E. Howe : Aspects nutritionnels de l'alimentation dans l'armée. J. A. M. A., 1942, 120, 93-96.

M. A. Knupp : L'apparition de l'insuffisance nutritionnelle et vitaminique. J. A. M. A., 1942, 119, 1475-1479.

H. Kruse, O. Bessey, Joliffe, Mac Lester, Tisdall, R. Wilder et V. Sydenstricker : Principes à la base de la nutrition touchant l'influence des suppléments sur la croissance, la préparation physique et la santé ; bibliographie. Rapport sur le diagnostic et la pathologie des déficiences nutritionnelles du National Research Council., Arch. int. Méd., 1944, 74, 258-279.

H. Mac Ilwain : Interprétation de la chimiothérapie à travers les études de nutrition : Mécanismes de l'action inhibitrice. Drug-fast strains. Interférences chimiothérapiques. Comparaison avec les théories de réception. Lancet, 1942, 242, 412.

V. Najjar et E. Holt Jr : La biosynthèse de la thiamine chez l'homme et son rôle dans la nutrition de l'homme. J. A. M. A., 1943, 123, 683-684.

T. Spies : Réhabilitation nutritionnelle de 100 travailleurs industriels sélectionnés. J. A. M. A., 1943, 122, 911-915.

W. Konnfeld et E. Nobel : Evaluation de l'état de la nutrition chez les enfants. Lancet, 1944, 247, 543.

Y. L. Wang et J. L. Harris : Estimation de la nutrition par l'aneurine dans les urines. B. M. J., 1943, 2, 451.

Maladies de la nutrition.

T. D. Spies : La détection et le traitement des maladies par déficience nutritive. J. A. M. A., 1944, 125, 245-252.

J. Youmans : Les maladies de la nutrition, problème d'après guerre. J. A. M. A., 1943, 122, 11-14.

H. Butt et W. Leahy : Maladies de la nutrition ; revue. Arch. int. Méd., 1941, 67, 411-465.

H. Butt, W. Leahy et R. Wilder : Maladies de la nutrition ; contributions récentes. Arch. int. Méd., 1942, 69, 277-343.

Obésité.

J. Bauer : L'obésité : pathogénèse, étiologie et traitement. Arch. int. Méd., 1941, 67, 968-994.

L. Newburgh : L'obésité. Arch. int. Méd., 1942, 70, 1033-1096.

Goutte.

D. Adlesberg, E. Grishman et H. Sobotka : Répartition de l'acide urique dans la goutte et dans la maladie hépatique. Arch. int. Méd., 1942, 70, 101-120.

R. R. Linton et J. H. Talbot : Le traitement chirurgical de la goutte tophacée. Ann. Surg., 1943, 117, 161-182.

DIABÈTES

Diabète insipide.

G. M. Jones : Le diabète insipide ; observations cliniques dans 42 cas. Arch. int. Méd., 1944, 74, 81-93.

N. Winer : La fonction rénale dans le diabète insipide. Arch. int. Méd., 1942, 70, 61-87.

J. Talbott, F. Coombs, W. Consolazio et L. Pecora : Diabète insipide associé au diabète sucré ; études métaboliques, un cas. Arch. int. Méd., 1940, 66, 607-624.

H. Blotner : Le tannate de Pitressine huileux dans le traitement du diabète insipide. J. A. M. A., 1942, 119, 995-997.

D. Court et S. Taylor : Préparations pituitaires agissant lentement dans le diabète insipide. Lancet, 1943, 244, 265-266.

Diabète sucré.

A. Altschul et A. Nathan : Diabète sucré à l'hôpital de Harlem (Section des consultants) à New-York. Comparaison de certains facteurs étiologiques chez les malades nègres et blancs. J. A. M. A., 1942, 119, 248-252.

S. Beaser, A. Rudy et A. Seligman : Fragilité capillaire en relation avec le diabète sucré, l'hypertension et la vieillesse. Arch. int. Méd., 1944, 73, 18-22.

A. Colwell : Evolution observée du diabète sucré et conséquences concernant son origine et son progrès. Arch. int. Méd., 1942, 70, 523-531.

H. E. Eisele : Résultats de la chirurgie de la vésicule biliaire dans le diabète sucré. Ann. Surg., 1943, 118, 107-115.

R. Kaufman : Influence de la thiamine sur les niveaux du sucre sanguin chez les diabétiques. Arch. int. Méd., 1940, 66, 1079-1086.

E. Kodicek : Métabolisme de l'aneurine et des hydrates de carbone dans le diabète. Lancet, 1942, 242, 501-502.

E. Rynearson : Métabolisme et diabète. Arch. int. Méd., 1941, 68, 134-175.

R. T. Woodyatt et M. Spetz : Anticipations sur l'hérédité du diabète. J. A. M. A., 1942, 120, 602-605.

C. Bailey et O. Bailey : La production du diabète sucré chez le lapin par l'Alloxan. J. A. M. A., 1943, 122, 1165-1166.

J. S. Dunn et N. G. B. Mc Letchie : Diabète expérimental par l'Alloxan chez le rat. Lancet, 1942, 245, 384-386.

J. G. Young : Croissance et diabète expérimental insulino-sensitif. B. M. J., 1944, 2, 715-717.

T. Mc Daniel, H. Marks et E. Joslin : Diabète sucré et syphilis. Arch. int. Méd., 1940, 66, 1011-1051.

E. Joslin : La relation du traumatisme avec le diabète. Ann. Surg., 1943, 117, 607-622.

H. E. Eisele : Malade diabétique juvénile, survie de 20 ans. *J. A. M. A.*, 1942, **20**, 188-190.

Associations au diabète.

J. R. Lisa, M. Magiday, I. Gallervay et J. F. Hart : Artério-sclérose avec diabète sucré ; d'après l'examen pathologique de 2.250 malades diabétiques et non diabétiques. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 192-195.

C. E. Woodrow : Le diabète et la grossesse. *B. M. J.*, 1942, **1**, 721-728.

R. D. Lawrence : Trois Mongoliens diabétiques. *B. M. J.*, 1942, **1**, 695.

R. Moos et B. S. Walker : Pentosurie et diabète sucré. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 25-26

Complications.

S. Banerjee : Diabète acidosique chez les singes. *Lancet*, 1944, **247**, 658.

J. H. Burn, I. H. C. Lewis et J. D. Kelsey : Contrôle par le régime du diabète par Alloxan (Acidosique). *B. M. J.*, 1944, **2**, 752-753.

L. Owens, J. Wright et E. Brown : Efficacité du sérum bicarbonaté intraveineux dans le traitement de la cétose diabétique. *Arch. int. Méd.*, 1941, **68**, 1066-1074.

C. Bailey : Traitement du coma diabétique par 1.820 unités d'insuline. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 255-256.

M. Collen : La mortalité dans le coma diabétique. *Arch. int. Méd.*, 1942, **70** 347-368.

M. Collen : Interrelation des facteurs influençant la mortalité dans le coma diabétique ; étude statistique. *Arch. int. Med.*, 1942, **70**, 369-378.

E. P. Joslin, H. F. Root, P. White et A. Marble : Le coma diabétique. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 1160-1165.

H. Wittaker : Gangrène superficielle dans le diabète de l'adolescent. *B. M. J.*, 1944, **2**, 469.

B. Bowen et E. Witebsky : Septicémie foudroyante à colibacilles chez les femmes diabétiques, 4 cas ; le diagnostic clinique. *Arch. int. Méd.*, 1941, **67**, 1099-1107.

A. Hildebrand, H. Montgomery et E. Rynearson : La nécrobiose lipoïdique des diabétiques. *Arch. int. Méd.*, 1940, **66**, 851-878.

R. Smith : Pancréatite et diabète. *Lancet*, 1942, **243**, 215.

S. Moolten : Infection et nécrose pulmonaire dans le diabète sucré ; un cas de pneumonie nécrotique disséquante compliquant une lithiase pancréatique. *Arch. int. Méd.*, 1940, **66**, 561-578.

A. Banyal et A. Caoden : Diabète et tuberculose. *Arch. int. Méd.*, 1944, **74**. 443-456.

Traitement

R. H. Micks : L'alimentation dans le diabète. *B. M. J.*, 1943, **1**, 598-599.

W. Glass, Cl. Spingarn et H. Pollack : Besoin anormalement élevé en insuline dans le diabète sucré. *Arch. int. Méd.*, 1942, **70**, 221-235.

J. A. Greene et G. F. Keohen : Insuline-résistance due à l'infection dans le diabète humain. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 173-176.

R. D. Lawrence et W. Dakeley : Nouvelle posologie de l'insuline pour le contrôle du diabète très grave. *B. M. J.*, 1944, **1**, 422.

H. Martin, D. Drury et S. Strouse : Le besoin en insuline basale dans le diabète sucré. *Arch. int. Méd.*, 1940, **66**, 78-92.

R. Page et L. Bauman : Insulines et modificateurs de l'insuline : études intradermiques. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 704.

B. Smith et W. Grishaw : Revue du diabète : faits statistiques et comparaisons de contrôle avec les diverses insulines. *Arch. int. Méd.*, 1940, **66**, 465-477.

J. C. Eaton : Essai clinique de l'insuline-globine et d'autres insulines à action retardée. *Lancet*, 1944, **247**, 269.

R. D. Lawrence : Globine zinc-insuline : quelques expériences. *B. M. J.*, 1943, **2**, 103.

H. O. Mosenthal : La globine-insuline et zinc dans le traitement du diabète sucré. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 483-487.

A. Colwell : Nature et temps d'action des modifications de la protamine-zinc-insuline. *Arch. int. Méd.*, 1944, **74**, 331-345.

A. Colwell, J. Izzo et W. Stryker : Action intermédiaire de mixtures d'insuline soluble et de protamine-zinc-insuline. *Arch. int. Méd.*, 1942, **69**, 931-951.

A. Colwell et J. Izzo : Protamine-zinc-insuline modifiée pour action accélérée. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 1231-1236.

R. D. Lawrence : Globuline zinc-insuline : quelques expériences. *B. M. J.*, 1943, **2**, 103.

C. Mac Bryde et H. Roberts : Protamine zinc-insuline modifiée et améliorée. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 1225-1230.

H. E. Martin et P. Greeley : Courbes du temps d'activité de l'insuline protamine-zinc ; application clinique et valeur de ces courbes dans le traitement des diabétiques graves. *Arch. int. Méd.*, 1941, **67**, 194-206.

E. Tolstoï et F. Weber J[r] : Insuline protamine-zinc, étude clinique ; observations d'un groupe de malades chez lesquels la glycosurie a été méconnue pendant un an. *Arch. int. Méd.*, 1940, **66**, 670-678.

H. Mosenthal et W. Loughlin : Les vitamines A, B et C chez les enfants diabétiques. *Arch. int. Méd.*, 1944, **73**, 391-396.

W. Needles : La thérapeutique par la vitamine B dans la névrite diabétique. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 914-916.

L. Owens, S. Rockwern et E. Brown : Appréciation de la vitaminothérapie B pour le diabète. *Arch. int. Méd.*, 1940, **66**, 679-687.

A. Rudy, S. Reasen et A. Seligman : La vitaminothérapie dans la fragilité capillaire accrue du diabète sucré. *Arch. int. Méd.*, 1944, **73**, 23-28.

VI. — MÉTABOLISMES

Métabolisme basal.

I. Ariel, G. I. Pack et C. P. Rhoads : Etudes du métabolisme chez les malades atteints de cancer du tractus gastro-intestinal. *Ann. Surg.* 1942, **116**, 924-927.

S. Baer et H. Isard : Une corrélation entre la rapidité du flot sanguin et le chiffre du métabolisme. *Arch. int. Med.*, 1941, **67**, 939-949.

J. Conn et E. Stern Conn : Le métabolisme dans l'hyperinsulinisme organique. Etudes quantitatives des variations du degré de la combustion d'hydrate de carbone produite par des changements de régime alimentaire. *Arch. int. Med.*, 1941, **68**, 876-892.

J. Conn et E. Stern Conn : Le métabolisme dans l'hyperinsulinisme organique. II Effets de l'épinéphrine sur le niveau glycémique et la combustion de l'hydrate de carbone. III. Effets de l'extrait de corticale surrénale sur le sucre sanguin et sur l'équilibre sodium-nitrogène. *Arch. int. Méd.*, 1941, **68**. 1105-1119.

A. Hildebrand et E. Rynearson : Maladies du métabolisme : contributions récentes. *Arch. int. Med.*, 1942, **69**, 344-365.

E. Moschowitz : Effets de l'œdème et des infiltrations intrategumentaires sur le métabolisme basal, l'électrocardiogramme et le cholestérol sanguin. *Arch. int. Med.*, 1941, **67**, 828-845.

E. Rynearson : Métabolisme et diabète. *Arch. int. Med.*, 1941, **68**, 134-175.

G. O. Robertson : Détermination du métabolisme nasal chez des malades externes. *B. M. J.*, 1944, **1**, 617-619.

R. Barnes : Température basale ou métabolisme basal. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 1072-1074.

Métabolisme du calcium.

P. Leon et M. Gomes Camejo : Calcinose tumorale. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 490-495.

E Millington : Radiothérapie de la calcification ectopique. *B. M. J.*, 1944, **2**, 148.

Métabolisme de l'eau.

R. F. Bradish, M. W. Everhardt et W. M. Mc Cord : Quelques aspects physiologiques de l'emploi d'eau de mer contre la déshydratation *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 683-685.

G. Bunch et T. Winson : Degré de la perspiration insensible locale (diffusion d'eau), au travers de la peau vivante ou morte de l'homme. *Arch. int. Med.*, 1944, **74**, 437-444.

N. Morris : Déshydratation. *Lancet*, 1943, **245**, 91-93.

J. Warren et E. Stead J[r] : La dynamique des liquides dans la défaillance congestive chronique du cœur ; mécanismes produisant l'œdème, l'augmentation de volume du plasma et l'élévation de la pression veineuse chez certains malades à défaillance cardiaque prolongée. *Arch. int. Med.*, 1944, **73**, 138-147.

T. Winsor et G. Bunch : Rôles différentiels des couches de la peau de l'épigastre humain sur le degré de diffusion de l'eau. *Arch. int. Med.*, 1944, **74**, 428-436.

Voy. *Shocks traumatique et opératoire. Maladies tropicales.*

Appareil uro-génital

I. — REIN

J. Shafar : Infections du tractus urinaire de la Royal Navy. *Lancet*, 1943, **245**, 446-447.

R. Arens : L'aspect radiologique du problème urologique. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 605-606.

Fonction rénale.

A. Alving et B. Miller : Une méthode pratique de mesure du degré de filtration glomérulaire (Insuline-Clearance) avec une évaluation de la signification clinique de cette détermination. *Arch. int. Med.*, 1940, **66**, 306-318.

G .E. Braumont et J. D. Robertson : La fonction rénale dans le myxœdème. *B. M. J.*, 1943, **2**, 578.

H. Blotner et R. Hyde : Glycosurie rénale chez des sujets sélectionnés et des volontaires. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 432-434.

E. V. Byfield, S. E. Telser et R. Kenton : Le flux sanguin rénal et la filtration glomérulaire ; influence de la température ambiante. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 118-123.

J. Dalton et F. Nuzam : Analyse statistique critique des données sur la fonction rénale chez les sujets groupés atteints d'hypertension essentielle. *Arch. int. Med.*, 1942, **70**, 948-958.

P. Foa, W. Woods, M. Peet et N. Foa : Flot sanguin rénal effectif ; degré de filtration glomérulaire et masse excrétoire tubulaire dans l'hypertension artérielle. *Arch. int. Med.*, 1942, **69**, 822-835.

P. Harmon et G. Kernwein : L'utilité du test au rouge Congo dans le diagnostic différentiel. *Arch. int. Med.*, 1942, **70**, 421-433.

A. Palmer : Excrétion de l'acide urique, volume de l'urine. *Lancet*, 1943, **245**, 481.

J. Peters : Estimation de la fonction rénale à l'aide d'un index iodosécréteur et d'un index uréosécrétoire ; application améliorée de la méthode à la créatinine pour déterminer la diurèse. *Arch. int. Med.*, 1941, **67**, 345-371.

W. Sodeman et H. Engelhardt : Une épreuve de concentration rénale. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 1070-1071.

N. Winer : La fonction rénale dans le diabète insipide. *Arch. int. Med.*, 1942, **70**, 61-87.

Circulation.

A. C. Corcoran, J. S. Browning et I. H. Page : Hémodynamique rénale dans l'hypotension orthostatique ; effets de l'angiotonine et du decubitus tête haute *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 793-794.

S. L. Governale et A. G. Rink : Apoplexie rénale spontanée avec résurrection après arrêt cardiaque. *B. M. J.*, 1944, **2**, 43.

H. A. Hirshberg et S. N. Soll : Infarctus du rein d'origine traumatique. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 1088.

B. J. Hoffman : Ischémie du rein produite par un anévrysme de l'aorte. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 1028-1030.

L. A. Riskind et H. Greene : Torsion du rein avec ischémie cause d'hypertension. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 1016-1017.

Hypertension rénale.

H. Chasis et J. Redish : Le fonctionnement des reins séparés chez les sujets hypertendus. *Arch. int. Med.*, 1942, **70**, 738-748.

M. S. Eggleton : Le syndrome du rein écrasé chez le chat. *Lancet*, 1944, **247**, 208-209.

A. Goldsmith Jr. et N. Keith : Valeur relative de la concentration du sulfate inorganique dans le sérum et de son élimination rénale ; au point de vue de la maladie artériolaire diffuse avec hypertension. *Arch. int. Med.*, 1940, **66**, 816-832.

E. J. R. Leiper : Hypertension associée à une lésion rénale unilatérale. *Lancet*, 1944, **247**, 439.

O. Saphir et J. Ballinger : Hypertension (Goldblatt) et néphro-sclérose maligne unilatérale. *Arch. int. Med.*, 1940, **66**, 541-560.

E. Weiss et H. Chasis : Echec d'une néphrectomie à modifier l'hypertension dans un cas d'affection rénale unilatérale. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 277-279.

J. Williams Jr., A. Grollman et T. Harrison : Propriétés hypertensives des extraits de reins normaux et ischémiques. *Arch. int. Med.*, 1941, **67**, 893-906.

Voy. *Néphrectomie.*

Anurie toxique.

M. H. Barker, H. A. Lindberg et M. E. Thomas : Mort subite et diurétiques mercuriels. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 1001-1004.

G. Brown et G. Crane : Nécrose corticale bilatérale des reins consécutive à des brûlures graves. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 871-873.

A. Corcoran, R. Taylor et T. Page : Néphrose aiguë toxique par empoisonnement au tétrachlorure de carbone. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 81-84.

A. C. Degraff et R. A. Lehman : La toxicité aiguë des diurétiques mercuriels. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 1001-1004.

A. C. Degraff et J. E. Nadler : Revue des manifestations toxiques des diurétiques mercuriels chez l'homme. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 1006-1011.

H. Evans et K. M. A. Perry : Mort immédiate après emploi de diurétiques mercuriels intraveineux. *Lancet*, 1943, **244**, 576-577.

T. Fox, H. Gold et J. Leon : Hypersensibilité au diurétique mercuriel. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 1497-1499.

W. H. Higgins : Effets toxiques aigus des diurétiques mercuriels. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 1182-1183.

R. C. S. Benson et R. C. Percival : L'anurie sulfapyridinique traitée par la cystoscopie et le cathétérisme uretéral. *Lancet*, 1942, **243**, 360-361.

H. A. Bradford et T. H. Schaffer : Altérations du rein dans un cas d'anurie due à la Sulfadiazine. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 316.

H. Burt-White et A. G. Johnson : Anurie due à des calculs de sulfapyridine. *B. M. J.*, 1943, **2**, 508.

C. Carson et J. S. Smith : Anurie par sulfapyridine : un cas fatal. *Lancet*, 1942, **243**, 359-360.

J. P. Cunliffe : Anurie due à la sulfapyridine traitée avec succès par cathétérisme de l'uretère. *B. M. J.*, 1943, **2**, 11.

G. Delaley, R. H. L., Cohen et G. Spencer : L'anurie par la sulfapyridine traitée par la néphrostomie unilatérale. *Lancet*, 1943, **244**, 74.

W. A. Flynn : Anurie due à la sulfapyridine ; son traitement. *Lancet*, 1943, **244**, 648.

D. Gilligan, S. Garb, Ch. Wheeler et N. Plummer : Thérapeutique adjuvante par alcali pour la prévention des complications rénales de la sulfadiazine. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 1160-1164.

C. A. Hellwig : Anurie mortelle consécutive à la thérapeutique par les sulfonamides. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 561-563.

A. L. Kerr : Anurie due à la sulfapyridine. *Lancet*, 1943, **244**, 646.

W. A. Kreitzen : Complications rénales de la sulfadiazine. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 701-703.

L. Louria et C. Solomon : Anurie complète due à la sulfadiazine. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 1354-1356.

F. Murphy, J. Kuzma, T. Polley et J. Grill : Etudes clinico-pathologiques sur l'atteinte rénale due aux composés sulfonamidés. *Arch. int. Méd.*, 1944, **73**, 433-443.

J. W. Schulte, F. P. Smidler et J. J. Niebauer : Anurie aiguë consécutive au traitement par la Sulfadiazine. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 411-413.

H. Silvette : Mécanisme de l'antidiurèse causée par le pentothal sodique. *Arch. int. Med.*, 1942, **70**, 567-584.

W. Thompson : Anurie par obstruction tubulaire et urétérique à la suite d'un traitement par la sulfapyridine. *Lancet*, 1943, **244**, 647.

D. O. Wright et R. E. Kinsey : Complications rénales dues à la sulfadiazine. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 1351-1353.

Néphroses.

O. Auerbach et M. Stemmerman : Amyloïdose rénale. *Arch. int. Med.*, 1944, **74**, 244-253.

S. Berg : Séparation des protéines urinaires dans la néphrose amyloïde. *Arch. int. Méd.*, 1941, **67**, 1050-1060.

S. Berg : Séparation des protéines urinaires dans la néphrose amyloïde. *Arch. int. Méd.*, 1941, **67**, 1050-1060.

P. Harmon et G. Kernwein : Le test du rouge Congo pour la maladie amyloïde ; technique quantitative. *Arch. int. Méd.*, 1942, **70**, 416-420.

H. Brown, C. H. Gray et P. L. Mollison : Le syndrome néphrotique ; traitement par les transfusions de sérum. *B. M. J.*, 1942, **1**, 515-517.

J. R. Forbes : Néphrose chloroformique. *Lancet*, 1944, **247**, 590-591.

G. Gilbert : Néphrose lipoïdique clinique ; sa transformation en glomérulonéphrite chronique et anatomique. *Arch. int. Med.*, 1941, **68**, 591-598.

G. Gilbert : Néphrose lipoïdique clinique ; sa transformation en glomérulonéphrite chronique et anatomique. *Arch. int. Méd.*, 1941, **68**, 591-598.

A. Goudsmit Jr et M. Binger : La gomme arabique dans le traitement du syndrome néphrotique. *Arch. int. Méd.*, 1940, **66**, 1252-1281.

A. Goudsmit Jr, M. Binger et N. Keith : La gomme arabique dans le traitement du syndrome néphrotique ; particulièrement l'excrétion de chlore et d'eau. *Arch. int. Méd.*, 1941, **68**, 513-524.

A. Goudsmit Jr, M. Binger et M. Power : La gomme arabique dans le traitement du syndrome néphrotique ; son influence en injection intraveineuse sur la concentration des protéines et sur la pression osmotique colloïde du sérum. *Arch. int. Méd.*, 1941, **68**, 701-712.

S. I. Winter : Action synergique des mercuriels intraveineux et de la gomme arabique (gum-saline) dans la néphrite néphrotique. *B. M. J.*, 1942, **2**, 367.

Voy. *Syphilis*.

Néphrite chronique.

H. Horn, P. Klemperer et M. Steinberg : La phase vasculaire de la glomérulonéphrite chronique diffuse ; étude clinique et pathologique. *Arch. int. Méd.*, 1942, **70**, 260-283.

R. Katzenstein et J. Peter Murphy : Maladie vasculaire aiguë sclérosante avec altérations rénales ; un cas. *Arch. int. Méd.*, 1941, **67**, 579-585.

T. Laipply, O. Eitzen et F. Dutra : Glomérulo-sclérose intercapillaire *Arch. int. Méd.*, 1944, **74**, 354-364.

J. F. A. Mc Manus : Le complexe juxtaglomérulaire. *Lancet*, 1942, **243**, 394-395.

J. P. Simonds : Altérations pathologiques du rein dans l'hypertension et la glomérulo-néphrite. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 89-93.

R. E. Smalley et M. Binger : La glomérulonéphrite chronique et les malades traités par injections de gomme arabique. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 532-534.

S. Behr : Hémorragies spontanées de la néphrite chronique. *Lancet*, 1943, **244**, 289.

W. Mc Cann : Le mal de Bright d'après la littérature récente. *Arch. int. Méd.*, 1941, **67**, 680-703.

M. Brown, J. Currens et J. Marchand : paralysie musculaire et anomalies électro-cardiographiques résultant de la perte en potassium dans la néphrite chronique. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 545-548.

Th. Findley, J. Edwards, E. Clinton et White : Elimination du diodrast, de la phénol-sulfone-phtaléine et de l'insuline dans l'hypertension et dans la néphrite. *Arch. int. Méd.*, 1942, **70**, 935-947.

F. Hanes : Deux signes cliniques utiles : le whistle-smile réflexe dans le syndrome de Parkinson ; le regard fixe néphritique dans la néphrite chronique. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 1152.

H. Lehnhoff Jr et M. Binger : Traitement de l'œdème d'origine rénale. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 1321-1324.

URINES

M. Altschule et D. Gilligan : Hémoglobinurie aiguë, massive de cause obscure, avec ictère et anémie ; un cas ; études clinique et hématologique ; mesures du métabolisme du pigment sanguin. *Arch. int. Méd.*, 1941, **68**, 937-978.

A. Florman et M. Bass : La pyurie du nouveau-né traitée par le sulfathiazol, 3 cas. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 656-658.

H. Fishberg : Le diagnostic instantané de l'alcaptonurie avec une seule goutte d'urine. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 882-883.

G. Goldsmith : L'excrétion urinaire d'acide nicotinique et de ses dérivés. *Arch. int. Méd.*, 1944, **73**, 410-414.

J. N. Gould et J. G. Thomas : Diagnostic de l'alcaptonurie. *B. M. J.*, 1943, **1**, 788.

A. Palmer : Excrétion de l'acide urique et volume de l'urine. *Lancet*, 1943, **245**, 481.

CHIRURGIE DU REIN

Anomalies.

J. P. Bound : 2 cas d'absence congénitale d'un rein dans la même famille. *B. M. J.*, 1943, **2**, 747.

Calculs.

B. W. Goldstone : Localisation d'un calcul rénal mobile à l'opération. *B. M. J.*, 1944, **2**, 77.

Hydronéphrose.

K. Vaughan : Le bassinet augmenté de dimension. *B. M. J.*, 1942, **1**, 786.

P. C. Mallam : L'hydronéphrose ; une cause des douleurs dans le dos. *Lancet*, 1944, **247**, 110.

Infections.

P. Adams : Pyélite membraneuse radio opaque consécutive à la sulfonamidothérapie. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 419-423.

W. C. Henderson : Infection de l'appareil urinaire par Salmonelle Suipestifer. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 259.

D. S. Likely, J. R. Lisa et C. Solomon : Pyélonéphrite avec mort par urémie. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 397-400.

N. Suube : Pyélonéphrite et hypertension ; étude de leur relation d'après 11.898 nécropsies. *Arch. int. Méd.*, 1942, **70**, 284-292.

Tuberculose.

W. H. Ordway et E. M. Medlar : Bacillurie tuberculeuse, étude de 10 ans. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 937-942.

M. Stickney et N. Keith : La participation du rein dans le lupus érythémateux disséminé. *Arch. int. Méd.*, 1940, **66**, 643-660.

Voy. Néphrectomie.

Cancer. Tumeurs.

H. Rives et T. Pool : Hémangiomes du rein. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 1187.

R. Schrek : La distribution raciale du cancer. Tumeurs du rein de la vessie et des organes génitaux chez l'homme. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 809-812.

E. P. Sugarbaker : Une application des temps successifs dans l'ablation des tumeurs de Wilms difficiles. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 901-910.

C. H. Tanner : Rupture intrapéritonéale d'une tumeur de Wilms. *B. M. J.*, 1493, **2**, 714.

Néphrectomie.

E. H. Fenwick : La survie après néphrectomie pour tuberculose urinaire. *B. M. J.*, 1944, **1**, 621.

H. Kretschmer : La vie après la néphrectomie. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 473-477.

V. J. O'Conor : Les indications et le pronostic dans la néphrectomie unilatérale *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 579-582.

W. Sensenbach : Les effets de la néphrectomie unilatérale dans le traitement de l'hypertension. *Arch. int. Méd.*, 1944, **73**, 123-130.

VOIES URINAIRES

Uretère.

S. L. Raines : Obstruction urétérale consécutive à l'emploi de Sulfadiazine. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 496-497.

G. G. Turner : La transplantation des uretères dans le gros intestin. *B. M. J.*, 1943, **2**, 535-537.

Vessie.

N. Belt : L'incontinence due au cathétérisme après cystoscopie. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 1038.

H. Brumpus Jr : Indications à l'examen visuel direct de la partie inférieure du tractus urinaire. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 615-618.

Cl. Bandler, I. Hilfert et B. Pinck : L'aspiration sus-pubienne, trois applications nouvelles. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 425.

B. S. Barringer : Cinq années de lutte contre les cancers de la vessie par les implantations de radon. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 909-911.

E. W. Bintcliffe : Un crayon dans la vessie. *B. M. J.*, 1942, **2**, 543.

J. D. Biscard : Substitution à la vessie urinaire d'un segment de sigmoïde. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 106-109.

H. L. Kretschmer : Résultats éloignés de l'ablation dans l'obstruction du col vésical. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 336-337.

S. J. Levy, J. S. Hohn : Un cas de vessie rétractée. *Lancet*, 1944, **246**, 501-502.

W. Marbury et W. Fry : Rupture spontanée de la vessie. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 760-765.

R. Payne : Transplantation de péritoine au cours de la cystostomie sus-pubienne. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 783.

E. W. Riches : Cathétérisme sus-pubien dans la paralysie de la vessie des blessures de la moelle. *Lancet*, 1943, **245**, 128-129.

Urètre.

E. Ballenger, H. Mc Donald et B. C. Colema : Troubles et lésions de l'urètre chez l'homme. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 599-602.

B. H. Cooke et O. J. N. Smith : Cas inhabituel de lésion de l'urètre chez la femme. *B. M. J.*, 1942, **2**, 513.

H. Mc Gavnan : Diverticules de l'urètre chez l'homme. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 1381-1383.

A. H. Hunt et C. N. Morgan : Rupture complète de l'urètre membraneux traitée par anastomose sans sonde urétrale à demeure. *Lancet*, 1942, **243**, 330-331.

J. B. Kinmonth et J. L. Pinniger : Arrêt d'un calcul prostatique par une stricture urétrale. *Lancet*, 1944, **246**, 821.

B. C. Murless : Rupture intrapelvienne de l'urètre. *Lancet*, 1944, **246**, 111.

Miction.

P. L. Backus et G. S. Mansell : L'énurésie dans l'armée. *B. M. J.*, 1944, **2**, 462-465

L. Brodny et S. Robins : Enurésie. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 1000-1006.

J. L. Emmett et D. S. Cristol : Rétention d'urine consécutive à l'opération chirurgicale sur le rectum et le sigmoïde. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 1077-1078.

O. Gordon : Allergie, énurésie et bégaiement. *B. M. J.*, 1942, **1**, 357-358.

A. Folsom et H. O'Brien : La prostate cause de rétention chez la femme. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 573-579.

G. Mc Kim, P. Smith et T. Rush : Dysurie et nocturie avec urine normale chez la femme. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 603-607.

G. B. Main : Fréquence de la miction et de l'albuminurie chez les malades militaires. *Lancet*, 1943, **244**, 427.

II. — ORGANES GÉNITAUX DE L'HOMME

SEXUALITÉ — STÉRILITÉ

W. Blythe : Pseudocyesis (fausse grossesse) simulée chez un homme. *B. M. J.*, 1943, **2**, 137.

J. Kasanin et G. Biskind : Altération de la personnalité consécutive à la thérapeutique de substitution dans l'eunuchoïdisme de l'adolescent. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 1317-1320.

N. C. Lake : Sympathectomie et stérilité. *B. M. J.*, 1944, **1**, 843.

W. J. Martin : Sex ratio pendant la guerre. *Lancet*, 1943, **245**, 807.

W. A. Schonfeld : La direction de la puberté mâle. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 177-181.

F. Seymour, A. Koerner et D. Costom : Transportation de spermatozoïdes humains par avion pour insémination. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 174-175.

G. P. Smith : Données concernant la fertilité humaine. *B. M. J.*, 1942, **2**, 38.

L. Weinberger et F. Grant : Puberté précoce : explication physiopathologique du syndrome de sexualité précoce. *Arch. int. Méd.*, 1941, **67**, 762-792.

TESTICULE

R. M. Cone : Le traitement chirurgical du cryptorchidisme. *Ann. Surg.* 1944, **119**, 591-594.

I. C. Skinner : Forme inhabituelle de l'ectopie testiculaire. *B. M. J.*, 1943, **2**, 546.

H. Jayne et E. Jarrett : Carcinome du testicule se présentant comme un abdomen aigu. *Lancet*, 1943, **244**, 43.

H. Kretschmer : L'orchiectomie dans le traitement du cancer de la prostate. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 755-756.

I. J. D. Lane : L'orchidectomie dans le cancer de la prostate. *Lancet*, 1943, **244**, 166.

R. M. Nesbit et H. Cummings : Cancer de la prostate traité par l'orchiectomie ; 75 cas observés 6 mois au moins après l'opération. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 1109-1111.

ENVELOPPES

H. J. Croot : Opération d'une hydrocèle. *Lancet*, 1944, **247**, 625.

ÉPIDIDYME

Epididyme.

S. M. Laird : Epididymite à méningocoque. *Lancet*, 1944, **246**, 469.

PROSTATE

Prostatite.

R. Henline : Prostatite et vésiculite aiguës et chroniques. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 608-614.

Hypertrophie.

I. L. Chapman : Les méthodes perurétrales dans l'hypertrophie prostatique bénigne. *Lancet*, 1943, **244**, 14-15.

E. Davis : La renaissance de la prostatectomie ; hospitalisation minimale sans raioage préalable. J. A. M. A., 1942, 19, 488-490.
L. Greene et G. Thompson : Le traitement de l'hyperplasie bénigne de la prostate ; sa relation avec le carcinome prostatique. J. A. M. A., 1943, 122, 790-792.
W. A. Sewell, R. Mailer : Hypertrophie de la prostate traitée par le Braasch-Bumpus Punch. Lancet, 1943, 245, 479-480.

Cancer.

E. P. Alyea et A. F. Henderson : Carcinome de la prostate ; réponse immédiate à l'orchidectomie bilatérale ; clinique et rayons X. J. A. M. A., 1942, 120, 1099-1102.
J. Campbell : Carcinome de la prostate ; pourcentage des cas opérables. J. A. M. A., 1943, 122, 781-784.
B. Clarke et H. Viets : Effets du diéthylstilbestrol sur les symptômes neurologiques du cancer de la prostate. J. A. M. A., 1943, 121, 499-500.
C. P. Creevy : Le diagnostic et le traitement du cancer primitif de la prostate. J. A. M. A., 1942, 120, 1102-1105.
D. Cristol et J. Emmett : La production de l'association simultanée de calculs prostatiques, d'hypertrophie et de carcinome de la prostate. J. A. M. A., 1944, 124, 646.
G. H. Duncan : Traitement du carcinome prostatique par l'œstradiol et le diéthylstilbestrol. B. M. J., 1943, 2, 137.
J. D. Fergusson : Carcinome de la prostate traité par le stilbestrol. Lancet, 1944, 246, 595-596.
A. B. Gutman : Phosphatase « Acide » du sérum chez les malades atteints de cancer de la prostate. J. A. M. A., 1942, 120, 1112-1116.
N. J. Heckel et H. L. Kretschmer : Cancer de la prostate traité par le diéthylstilbestrol. J. A. M. A., 1942, 119, 1087.
R. Henline : Diagnostic et traitement du cancer primitif de la prostate. J. A. M. A., 1943, 122, 785-789.
W. P. Herbst : Thérapeutique biochimique dans le cancer de la prostate. J. A. M. A., 1942, 120, 1116-1122.
G. J. Thompson : Résection transuréthrale des lésions malignes de la glande prostatique. J. A. M. A., 1942, 120, 1105-1109.
J. Watkinson, G. E. Delory, E. J. King et A. Haddow : Phosphatase de l'acide plasmatique dans le carcinome de la prostate : effet du stilboestrol. B. M. J., 1944, 2, 492-494.
Voy. Testicule.

PÉNIS

G. Allison : Le peroxyde de zinc A ; nouvelle drogue pour la cure rapide du prépuce infiltré. J. A. M. A., 1944, 124, 775.
G. D. Delprat : Avulsion traumatique du pénis entier ; traumatisme industriel. J. A. M. A., 1944, 125, 274.
H. B. Hermann et L. S. Berman : Ulcère du pénis causé par l'Entamoeba histolytica. J. A. M. A., 1942, 120, 827-828.
G. M. Thompson : Traitement de la balanite fusospirillaire. B. M. J., 1943, 2, 485.

III — ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME (GYNÉCOLOGIE)

L. E. Phaneuf : Les changements de la gynécologie opératoire dans le dernier quart de siècle. J. A. M. A., 1944, 126, 139-141.

Fécondation. Stérilité.

A. F. Guttmacher : Le rôle de l'insémination artificielle dans le traitement de la stérilité. J. A. M. A., 1942, 120, 442-445.
E. Schleyer : Trois commentaires sur la prévention de la stérilité. B. M. J., 1943, 1, 71.
P. Tompkins : L'emploi des tracés de la température basale pour déterminer la date de l'ovulation. J. A. M. A., 1944, 124, 698-700.

Menstruation. Ménopause.

E. Boynton et Nora Winther : Le traitement de la dysménorrhée primitive par le glyconuride d'estriol. J. A. M. A., 1942, 119, 122-124.
E. Friedmann : La prostigmine dans le traitement des règles retardées. B. M. J., 1944, 1, 11.
I. Kaplan : Irradiation de la rate et de l'hypophyse pour le traitement de l'hémorragie puberaire ; naissance d'un enfant normal après traitement. J. A. M. A., 1943, 121, 1199-1200.
A. A. Loesen : Effet du shock émotif sur la sécrétion hormonale et le développement de l'endomètre. Lancet, 1943, 244, 518.
J. Randall et L. Odell : Dysménorrhée primitive. J. A. M. A., 1943, 123, 735-737.
F. Whitacre et B. Barrera et collaborateurs. L'aménorrhée de guerre. J. A. M. A., 1944, 124, 399-402.
J. Barnes : Le diénœstrol pour les symptômes ménopausiques. B. M. J., 1944, 1, 79.
E. Novak : Hémorragie postménopausique, un hasard de la thérapeutique par le diéthylstilbestrol. J. A. M. A., 1944, 125, 98.

LIGAMENTS LARGE ET ROND

K. Berger : Kyste du ligament large dans une hernie étranglée. B. M. J., 1944, 2, 435.
D. Kershner et A. Shapiro : Kystes séreux multiloculaires du ligament rond simulant la hernie étranglée. Ann. Surg., 1943, 117, 216-220.

OVAIRES

A. C. Clay, R. N. Johnston et L. Samson : Syndrome de Meig. B. M. J., 1944, 2, 113.
R. H. Gardiner et S. Lloyd-Hart : Fibrome ovarien avec ascite et hydrothorax (syndrome de Meig). Lancet, 1944, 247, 500-501.
H. S. Crossen : La menace du carcinome ovarien silencieux. J. A. M. A., 1942, 119, 1485-1489.
E. Rydberg et Pedersen-Bjergaard : Effet des gonadotropines sur l'ovaire. J. A. M. A., 1943, 121, 1117-1122.

TROMPES UTÉRINES

A. Leechwilkinson : Insufflation transutérine et salpingographie. B. M. J., 1943, 1, 100.
J. Upton et G. Benson : Résultats de la chaleur locale dans les maladies inflammatoires pelviennes. J. A. M. A., 1943, 121, 38-41.

UTÉRUS

D. W. James : Rupture dans le segment inférieur d'une cicatrice d'incision césarienne probable. B. M. J., 1944, 2, 112.
C. E. Mc Lennan et J. L. Mc Kelvey : Traitement conservateur de l'inversion de l'utérus. J. A. M. A., 1942, 120, 679-683.
W. Smith et A. Wilson : Effets des extraits de genet sur l'utérus. B. M. J., 1943, 2, 322-323.
J. Stallworthy : Forceps obstétrical pour libroma. B. M. J., 1943, 2, 11.
S. Way : Longue survie après hystérectomie pour épithélioma du chorion. B. M. J., 1944, 1, 494.
R. W. Weilerstein : Les pâtes intra-utérines. J. A. M. A., 1944, 125, 205-206.

Cancer.

J. Corscaden : Une évaluation de la radiation dans le traitement du carcinome du corps de l'utérus. J. A. M. A., 1944, 126, 1134-1138.
H. Jones Jr. et G. Seegar Jones : Panhystérectomie, au lieu d'irradiation, pour cancer au début du col utérin. J. A. M. A., 1943, 122, 930-932.
C. Macfarlane, M. Sturgis et F. Fetterman : L'importance de l'examen pelvien périodique pour la lutte contre le cancer. J. A. M. A., 1944, 126, 877-879.
R. W. Tearan, H. Wammock et J. Weatherwax : Le traitement du cancer du col par radiation interstitielle. J. A. M. A., 1942, 120, 423-427.
M. C. Wheelock et S. Warren : Léiomyosarcome de l'utérus. Ann. Surg., 1942, 116, 882-890.

Endométriose.

J. R. Goodall : Les complications urinaires de l'endométriose pelvienne. Ann. Sur., 1944, 120, 891-900.
E. Jenkinson et W. Brown : Endométriose ; 117 cas, au point de vue de la sténose du rectum et du sigmoïde. J. A. M. A., 1943, 122, 349-353.
J. Bagian Miles : La testostérone avant l'opération comme aide au traitement de l'endométriose. J. A. M. A., 1944, 125, 207.

Tuberculose.

E. Rabau, I. Albrecht et J. Casper : Tuberculose endométriale comme cause de la stérilité. J. A. M. A., 1943, 122, 801-803.

VAGIN ET VULVE

M. Barton : Compresses intravaginales. B. M. J., 1942, 1, 524.
R. L. Brown : Embolie gazeuse fatale après insufflation du vagin. Lancet, 1943, 244, 616-617.
J. D. S. Flew : Episiotomie. B. M. J., 1944, 2, 620-622.
G. Forbes : Embolie gazeuse après injection vaginale pendant la grossesse. B. M. J., 1944, 2, 529-530.
M. K. Lawlor et M. I. Richardson : Ulcération vaginale et déficience en vitamine C. B. M. J., 1944, 1, 254.
J. Malleson : Vagioisme ; traitement et psychogénèse. B. M. J., 1942, 2. 213-215.
I. O'Neill : Absence de vagin traitée par la technique de Baldwin. B. M. J., 1943, 2, 746.
A. J. Partridge : Embolie gazeuse fatale après insufflation vaginale. B. M. J., 1943, 2, 329.
M. Rosenblatt et P. Woolley Jr. : L'hydrométrocolpos dans l'enfance. Ann. Surg., 1943, 117, 635-636.
Voy. Gonorrhée.
C. M. Ottley : Atrésie superficielle de la vulve ; rapport de 2 cas. Lancet, 1943, 244, 269-270.
S. L. Woltens : Radiumthérapie des condylomes vulvaires. J. A. M. A., 1942, 119, 874-877.

IV. — OBSTÉTRIQUE

GROSSESSE

A. Abarbanel, H. Aranow et M. Goodfriend : Thérapeutique additionnelle au diéthylstilbestrol en obstétrique et gynécologie. J. A. M. A., 1943, 121, 1123-1130.
A. G. Bryce et E. M. Mills : Grossesse après lobectomie pulmonaire. Lancet, 1944, 247, 786.
R. C. Cohen : Effets de la grossesse et de la parturition sur la phtisie. B. M. J., 1943, 2, 775-777.
W. T. Dannreuther : Les objectifs de l'éducation dans l'enseignement américain de l'Obstétrique et de la Gynécologie. J. A. M. A., 1942, 120, 169-171.
L. S. P. Davidson, L. J. Davis et J. Innes : Anémie mégaloblastique de la grossesse et de la puerpéralité. B. M. J., 1942, 2, 31-33.
N. Eastman : L'abus du repos en obstétrique. J. A. M. A., 1944, 125, 1077-1078.
J. E. Fitzgerald et A. Webster : Valeur obstétricale des barbiturates et de la vitamine K. J. A. M. A., 1942, 119, 1082-1085.
H. W. Fullerton : Anémie macrocytique de la grossesse et de la puerpéralité. B. M. J., 1943, 1, 158-159.
P. H. Harmon et A. Hoyne : Poliomyélite et grossesse ; absence d'infection fœtale. J. A. M. A., 1943, 123, 185-187.
D. L. Mc Ilroy : Plan d'un service de maternité. B. M. J., 1942, 2, 184.
E. Jones : Psychologie et accouchement. Lancet, 1942, 242, 695.
M. J. Menzies : L'accouchement à domicile ou à l'hôpital ? Naissances et dossier pré-natal. Allaitement au sein. Lancet, 1942, 243, 35-37.
J. A. I. Roberts : Intelligence et saison de la conception. B. M. J., 1944, 1, 320-321.
E. C. Sage : Le soin de la femme parturiente en rapport avec la mortalité du nouveau-né. J. A. M. A., 1944, 12, 339-342.
A. X. Uichanski et C. I. Hutner : Purpura thrombopénique compliquant la grossesse. J. A. M. A., 1942, 120, 754-756.
A. R. Viets, R. S. Schwab et M. A. B. Brazier : L'effet de la grossesse sur l'évolution de la myasthénie grave. J. A. M. A., 1942, 119, 236-242.

Diagnostic.

H. Carapetyan : Méthode combinée de traitement de la menstruation retardée et épreuve de diagnostic précoce de grossesse. J. A. M. A., 1943, 122, 81-82.
L. M. Goloman, H. Kessler et M. E. Wilder : Le test cutané au colostrum pour le diagnostic de grossesse. J. A. M. A., 1942, 119, 130-132.

Physiopathologie.

A. Ahlmark : Signification de l'histaminase sanguine dans la grossesse. Lancet, 1944, 247, 406.
A. A. Craig, I. J. W. Lewis et D. Woodman : Recherche sur le taux de la vitamine C en temps de guerre chez les femmes enceintes. B. M. J., 1944, 1, 455-456.
W. Radcliffe : La pression sanguine en Obstétrique. B. M. J., 1944, 1, 354-357.
B. Zondek et Y. M. Bromberg : Autodésintoxication du stilbœstrol pendant la grossesse. Lancet, 1942, 242, 381.

Altérations sanguines.

J. S. Lescher : Anémies graves durant la grossesse et la fièvre puerpérale : 2 cas. Lancet, 1942, 243, 148-151.
A. S. Miller et T. C. Studdert : L'anémie pernicieuse de la grossesse ; étude de 23 cas. Lancet, 1942, 243, 332-333.
W. Moloney, R. Hefferman et S. Kasbon : La leucémie durant la grossesse. J. A. M. A., 1943, 122, 1170-1172.
D. Polowe : La splénectomie dans la grossesse compliquée de purpura hémorragique thrombocytopénique. J. A. M. A., 1944, 124, 771-773.

Diabète.

H. Miller, D. Hurwitz et K. Kuder : Mortalité fœtale et du nouveau-né dans les grossesses compliquées de diabète sucré. J. A. M. A., 1944, 124, 271-274.
G. E. Woodrow : Le diabète et la grossesse. B. M. J., 1942, 1, 721-728.
B. Bowen : Primipare diabétique avec toxémie aiguë traitée avec succès par le Diéthylstilbestrol. J. A. M. A., 1944, 126, 98.

Albuminurie. Toxémie. Eclampsie.

A. J. B. Tillman : Classification et relations médicales de la grossesse albuminurique hypertensive. J. A. M. A., 1942, 120, 587-590.
L. Dexter, S. Weiss, F. Hayness et H. Sise : Toxémie hypertensive de la grossesse, prééclampsie et éclampsie. J. A. M. A., 1943, 122, 145-151.
W. J. Dieckmann et S. Kramer : La protéinurie dans la toxémie de la grossesse. J. A. M. A., 1942, 120, 590-594.
N. J. Eastman et J. Whitridge : La prévention de la toxémie de la grossesse. J. A. M. A., 1942, 120, 729-732.
W. C. W. Nixon, M. D. Wright et E. C. Fieller : La vitamine B dans les

rines et le placenta dans la toxémie ravidique. *B. M. J.*, 1942, **1**, 605-606.
H. C. Taylor : Relations des hormones t des toxémies de la grossesse. *J. A. I. A.*, 1942, **120**, 595-599.
E. D. Plass et H. Cl. Hesseltine : l'éclampsie de 1926 à 1941 à l'hôpital le l'Université de Iowa City. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 872-874.

Accidents.

J. B. Dawson : Rupture du droit abdominal pendant la grossesse. *B. M. J.*, 944, **1**, 326.
N. L. Kervil : Hémorragie accidentelle au cours de grossesses successives. *B. M. J.*, 1944, **2**, 374.
F. H. Kemp et J. A. Stallworthy : Infection intra-utérine du fœtus par les organismes de la gangrène gazeuse. *B. M. J.*, 1942, **2**, 94.
R. Thomas : Rupture du droit abdominal pendant la grossesse. *B. M. J.*, 1943, **2**, 136.

Grossesse ectopique.

G. Gushue-Taylor : Grossesse extra-utérine à terme avec enfant vivant. *B. M. J.*, 1942, **1**, 640.
C. F. Lucas : Grossesse abdominale : Accouchement d'un enfant de 8 mois vivant. *B. M. J.*, 1942, **1**, 722.
M. L. Slotover : Grossesse abdominale à terme avec survie de la mère et de l'enfant. *B. M. J.*, 1942, **1**, 669.
J. E. Stock : Grossesse abdominale répétée. *B. M. J.*, 1944, **2**, 661.

Grossesse gémellaire.

B. A. Bradlow : Un cas de jumeaux enclavés. *B. M. J.*, 1944, **2**, 532.
A. Braze : Utérus bicorne avec grossesse dans chaque corne. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 474-475.
C. A. Holder : Jumeaux enclavés. *B. M. J.*, 1944, **1**, 783.
M. Love : Jumeaux enclavés. *B. M. J.*, 1944, **2**, 12.
H. M. Park : De grands jumeaux. *Lancet*, 1944, **246**.
C. Ridehalgh : Travail arrêté dû à des jumeaux enclavés. *B. M. J.*, 1942, **2**, 10.
S. W. Wright : 3 cas de jumeaux enclavés. *Lancet*, 1942, **243**, 212-214.

Pelvimétrie.

P. Cave : Céphalométrie et pelvimétrie de précision. *B. M. J.*, 1943, **2**, 196-197.
H. Thoms : Le bassin oblique ovalaire de Nægele. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 294.

TRAVAIL

H. Burton : Le travail en cas de défaillance cardiaque : anesthésie rachidienne basse. *B. M. J.*, 1943, **2**, 389.
R. G. Cooke : Mort subite pendant le travail. *B. M. J.*, 1944, **1**, 457.
E. Malone : Hémorragie gastro-intestinale due à la déficience en vitamine K compliquant le travail. *B. M. J.*, 1944, **2**, 559-560.
R. Stanley : Emphysème interstitiel durant le travail. *B. M. J.*, 1943, **1**, 477.
R. Tomkin : Le soin à donner au fœtus durant le travail. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 343-350.
C. Walker : Grossesse et travail dans un cas de compression congénitale de l'aorte. *B. M. J.*, 1943, **1**, 190.
D. C. Wiseman : Induction du travail dans un pelvis contracté par séparation digitale des membranes. *B. M. J.*, 1944, **1**, 221.

ACCOUCHEMENT

J. P. Greenhill : Dystocie des parties molles. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 991-995.
L. G. Higgins : La césarienne dans la dystocie. *B. M. J.*, 1943, **1**, 212-215.
J. M. Jackson : Le cri de l'enfant in utero. *B. M. J.*, 1943, **2**, 266.
G. B. Jones : Parturition avec une fracture du fémur. *B. M. J.*, 1942, **2**, 158.
A. J. Macleod : Dilatation manuelle du pelvis. *B. M. J.*, 1943, **2**, 484.
K. Mc Clintock : Rupture extra-utérine du cordon ombilical. *B. M. J.*, 1943, **1**, 446.
W. H. Parry : Obstruction intestinale après césarienne pour bassin rétréci. *B. M. J.*, 1943, **2**, 74.
R. I. Smith et C. W. Seibert : Placenta accreta. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 1417.
J. Young : Défaillance rénale après accidents utéro-placentaires. *B. M. J.*, 1942, **2**, 715-718.

Présentations.

G. H. H. Booth : La présentation du front persistante. *B. M. J.*, 1943, **1**, 320.
J. Hennest : Position occipito-postérieure. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 524-527.
D. A. Mitchell : « En faisant tourner l'occipito-postérieure ». *B. M. J.*, 1944, **2**, 501.
M. V. Trubkovitch et B. A. Archangelsky : La version externe prophylactique. *B. M. J.*, 1944, **1**, 220.

Anesthésie.

N. Block et M. Rotstein : Anesthésie caudale continue en obstétrique. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 582-585.
J. A. R. Cripps, B. Hall et W. I. I. Haultain : Analgésie pendant le travail. *B. M. J.*, 1944, **2**, 498-499.
R. S. Cnon et J. Kliegen : L'anesthésie caudale terminale en obstétrique, 800 cas. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 332-335.
A. Freedman : L'analgésie au trichloréthylène pendant l'accouchement : une investigation avec un inhalateur convenable. *Lancet*, 1943, **245**, 696.
G. Gallen et I. Prescott : Pethidine; un analgésique obstétrical. *B. M. J.*, 1944, **1**, 176-178.
M. C. Hinebaugh Jr. et W. Lang : Anesthésie spinale continue pendant le travail et la délivrance. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 143-151.
R. Hingson et W. Edwards : Analgésie caudale continue en obstétrique. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 225-228.
W. R. Hodges : Analgésie caudale continue en obstétrique ; 300 cas. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 336-341.
D. A. Mitchell : La paraldéhyde en obstétrique. *B. M. J.*, 1942, **1**, 718.
W. Spitzer : L'analgésie obstétricale avec la pethidine. *B. M. J.*, 1944, **1**, 179-180.
J. Steven et L. Mousel : Anesthésie caudale continue ; 300 cas obstétricaux non choisis. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 424-425.
N. Vaux et R. Mitchell : Influence de l'analgésie et de l'anesthésie caudale continue sur la perte de sang durant la troisième phase du travail. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 549-551.

POST PARTUM

P. Malpas : Réparations secondaires précoces des déchirures complètes. *B. M. J.*, 1944, **1**, 590.
M. L. Rottstein : Le lever précoce dans le puerperium. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 838-839.
S. J. Schmidt : L'emploi de progestérone dans le traitement de la psychose du *post partum*. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 190-191.

Infections.

D. R. Cairns et G. Melton : Thrombose des veines cérébrales dans la fièvre puerpérale. *B. M. J.*, 1942, **1**, 439.
E. Daily : Sur la fièvre puerpérale. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 1006.
A. I. Duncan : Le tétanos dans la puerpéralité. *B. M. J.*, 1942, **2**, 426.
E. C. Edwards : Le tétanos dans la puerpéralité. *B. M. J.*, 1943, **1**, 382.

Avortement.

S. Meeker : Une classification pratique des causes d'avortement. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 680-682.
R. N. Rutherford et J. Mezer : Régénération de la muqueuse utérine après avortement spontané et délivrance normale. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 124-128.
D. Teare : L'embolie gazeuse dans l'avortement criminel. *Lancet*, 1944, **247**, 242.
A. R. H. Williamson : L'avortement dans la brucellose abortus. *B. M. J.*, 1944, **1**, 752.

V. — ALLAITEMENT — NOUVEAU-NÉ — NOURRISSON (PÉDIATRIE)

GLANDE MAMMAIRE

D. B. Fraser : Pénicilline locale pour l'abcès du sein. *B. M. J.*, 1944, **1**, 523.
J. S. Richardson : La Gynécomastie. *Lancet*, 1943, **244**, 304.
W. H. Cole et L. Rossiter : La mastite kystique chronique; sa classification. *Ann. Surg.*, 1944, **119**, 573-590.
C. Haagensen et A. P. Stout : Le carcinome du sein: résultats du traitement. *Ann. Surg.*, 1942, **116**, 801-815.
I. G. Williams : Carcinome du sein chez l'homme. *Lancet*, 1942, **242**. 701-702.
F. Adair : Le rôle de la chirurgie et de l'irradiation dans le cancer du sein. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 553-559.
S. Rodman : Ablation de la peau dans l'amputation radicale du sein. *Ann. Surg.*, 1943, **118**, 694-705.
S. Standard : Lymphœdème du bras consécutif à la mastectomie totale pour cancer du sein. *Ann. Surg.*, 1942, **116**, 816-820.

Lactation.

J. Barnes : Inhibition de la lactation par l'hormone œstrogène synthétique. *B. M. J.*, 1942, **1**, 601-603.
I. Prescott et M. Rasnen : Inhibition de la lactation par le dipropionate-hexœstrol. *B. M. J.*, 1944, **2**, 428-429.
M. Richards : Le facteur diététique dans la reproduction et la lactation. *B. M. J.*, 1943, **2**, 418.
M. Robinson : Lactation défaillante : une étude de 1.100 cas. *Lancet*, 1943, **244**, 66-68.
H. K. Waller : Réflexe gouvernant l'issue du lait hors du sein. *Lancet*, 1943, **244**, 69-71.

NOUVEAU-NÉ

J. Barcroft : Mise en train de la respiration à la naissance. Développement du mouvement chez le fœtus. Occlusion du cordon ombilical. Segment cervical et mouvement respiratoire intra-utérin. Mécanisme respiratoire à la naissance. La nécessité de respirer. *Lancet*, 1942, **243**, 117-120.
A. D. Biggs : Aspects pédiatriques de l'asphyxie des nouveau-nés. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 1070-1072.
A. C. Barnes et R. Willson : Le soin du nouveau-né prématuré. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 545-547.
W. R. F. Collis et M. A. Majekodunmi : L'enfant prématuré. *B. M. J.*, 1943, **1**, 31-33.
C. E. Field : Effets des conditions de guerre sur l'enfant prématuré. *Lancet*, 1943, **245**, 82.
R. Tyson : Le soin immédiat donné au nouveau-né en rapport avec la mortalité à la naissance. *J. A. M. A.*, **124**, 351-357.
J. J. Stevens, L. W. Knott et H. Soloway : La pénicilline dans le traitement de l'ophtalmie des nouveau-nés. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 690-692.
A. Sonsby et Hoffa : Les sulfamides Les sulfamides dans l'ophtalmie du nouveau-né. *B. M. J.*, 1944, **1**, 353.
W. H. Erb et D. Smith : Atrésie de l'intestin grêle ; 2 cas ; un multiple avec survie. *Ann. Surg.*, 1944. **120**, 66-72.
I. A. J. McGready : Deux cas d'anus non perforé. *B. M. J.*, 1944, **1**, 290.
C. P. Lapage : Syphilis congénitale avec signes initiaux obscurs. *Lancet*, 1944, **247**, 503.

NOURRISSON

A. Brown : Pasteurisation du lait et mortalité infantile dans les villes canadiennes. *B. M. J.*, 1943, **2**, 133.
J. Deeny et E. J. Murdock : L'alimentation du nourrisson et la mortalité à Belfast. *B. M. J.*, 1944, **1**, 146-148.
C. Mc Neil : Un alphabet de l'allaitement au sein. *B. M. J.*, 1942. **2**, 271-272.
J. J. Kane : La diphtérie chez un nourrisson. *B. M. J.*, 1944. **2**, 630.
G. Strong : Diphtérie fulminante dans une pouponnière de guerre. *B. M. J.*, 1944, **2**, 78.
M. B. Alexander et Y. Eiser : Diarrhée infantile et vomissements. *B. M. J.*, 1944, **2**, 425-427.
E. Burns et W. Gunn : Pénicilline et sulfamides dans la gastro-entérite infantile. *B. M. J.*, 1944, 178-179.
C. E. Field, D. Mc Carthy et W. G. Wyllie : Plan du traitement de la gastro-entérite chez les nourrissons. *B. M. J.*, 1943, **1**, 371-373.
J. L. Henderson : La sulfaguanidine dans la gastro-entérite du nouveau-né. *B. M. J.*, 1943, **1**, 410-412.
P. W. Leathart : Une cause commune de diarrhée, vomissements et de déshydratation chez les nourrissons. *B. M. J.*, 1943, **2**, 168-169.
G. Ormiston, J. Taylor et G. S. Wilson: L'entérite dans une pouponnière associée à la lambliase à giardia. *B. M. J.*, 1942, **2**, 151-154.
J. Sakula : Une épidémie de gastro-entérite chez les nouveau-nés. *Lancet*, 1943, **245**, 758-759.
A. Thoyman et G. Horton : Traitement de la diarrhée épidémique du nouveau-né par le succinylsulfathiazol. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 138-140.
P. Gairdner : Pyopneumothorax à staphylocoque chez un nourrisson ; guérison. *B. M. J.*, 1944, **1**, 44.
J. D. Gimson : Maladie hémolytique du nouveau-né : traitement avec du sang Rh. négatif. *B. M. J.*, 1943, **2**, 293-296.
A. Florman et M. Rass : La pyurie du nouveau-né traitée par le sulfathiazol ; 3 cas. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 656-658.
Gerhard Behr : Infusion de moelle osseuse pour les nourrissons. *Lancet*, 1944, **247**, 472.
M. Hawksley : Cocaïne : adjuvant à l'intubation chez les nourrissons. *Lancet*, 1943, **245**, 201.
D. Maccarthy : La transfusion intraveineuse goutte à goutte chez les nourrissons. *B. M. J.*, 1943, **2**, 36-37.
E. Potter : Les leçons à tirer d'une étude de morts d'enfants. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 336-338.

ENFANCE

G. M. Arnott et W. J. Young : Administration post-opératoire de liquides aux enfants. *Lancet*, 1942, **242** 523-526.
D. Bell : Quelques procédures communes en Pédiatrie. *B. M. J.*, 1944 **2**, 157.
G. A. Glover : Service médical dans les écoles durant la guerre. L'enfant qui reste à la maison. Repos à l'école. Lait. Ecoles. Camps. *Lancet*, 1942, **243**, 47-51.
P. A. Jennings et W. H. Patterson : Sulfamethiazine : essais cliniques sur des enfants. *Lancet*, 1942, **243**, 308-309.
W. C. Kidney : Les injections intraveineuses dans la première enfance. *B. M. J.*, 1943, **2**, 106.
C. Mc Neil : La santé des enfants en Hollande, Angleterre et Ecosse. *B. M. J.*, 1942, **1**, 429-432.
C. Mc Neil : Les têtes de pont dans la santé de l'enfant. *B. M. J.*, 1943, **2**, 715-716.
I. J. W. Miller : Certificat de mort dans l'enfance. *Lancet*, 1942, **243**. 269-270.
H. E. C. Wilson : Effets de l'acide, de l'alcali et des repas sur la concentration sanguine et l'excrétion des sulfamides et de la sulfapyridine chez les enfants. *B. M. J.*, 1943, **1**, 507.
W. Kornfeld et E. Nobel : Evaluation de l'état de la nutrition chez les enfants. *Lancet*, 1944, **247**, 543.
S. Livingston et E. Bridge : Test du métabolisme hydrocarboné chez les enfants. *J. A. M. A.*, 1942, **419**, 117-122.
S. Livingston et E Bridge : Test du métabolisme hydrocarboné chez les enfants. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 117-122.
H. Mosenthal et W. Loughlin : Les vitamines A, B et C chez les enfants diabétiques. *Arch. int. Med.*, 1944, **73**, 391-396.

W. Poel : Etudes cardiométriques chez l'enfant : III. Observations d'un cas de blocage incomplet du cœur dû à un effet vagal. *Arch. int. Med.*, 1942, **69**, 1040-1050.

C. E. Field : La bronchographie chez les enfants. *Lancet*, 1942, **243**, 357-358.

A. B. Taylor : Catarrhe pulmonaire chronique de l'enfance. *B. M. J.*, 1944, **1**, 453-454.

C. B. Fleming : Incidence et traitement de la tuberculose chez les enfants. *Lancet*, 1943, **245**, 58.

U. Hall : Tuberculose pulmonaire chez les enfants : influence de l'évacuation sur son incidence. *Lancet*, 1943, **245**, 35-37.

M. E. Harker : La tuberculose dans un hôpital d'enfants : Analyse des cas. *Lancet*, 1942, **245**, 387-388.

Sir A. Hurst : L'asthme dans l'enfance. *B. M. J.*, 1943, **1**, 403-405.

A. M. C. Macpherson : L'infection dans l'enfance, en relation avec la phtisie de l'adolescent et de l'adulte. *B. M. J.*, 1943, **2**, 98-100.

J. C. Roberts : La tuberculose chez les enfants ; étude de 100 cas. *Lancet*, 1943, **245**, 2-4.

R. M. Stevenson : Investigations par les rayons X dans la respiration stridulente chez l'enfant. *B. M. J.*, 1943, **1**, 221.

R. M. Hayes et S. Gibson : Diagnostic des nodules rhumatismaux chez l'enfant, 167 cas. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 554-555.

D. Hubble : La nature de l'enfant rhumatisant. *B. M. J.*, 1943, **1**, 121-125 et 154-157.

A. Trasoff, N. Schneeberg et M. Scarp : Guérison d'une arthrite rhumatoïde multiple compliquée d'amyloïdose chez un enfant : un cas ; revue de la littérature. *Arch. int. Med.*, 1944, **74**, 4-10.

J. Adams, M. Thigpen et E. Rickard : L'épidémie d'influenza A chez les enfants. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 473-475.

A. Kanof, I. Leber et B. Kramer : Chimiothérapie de la sepsie chez l'enfant. *J. A. M. A.*, 1942, **121**, 11-16.

J. L. Lanigan : Hémorragie de la méningée moyenne chez les enfants. *Lancet*, 1942, **243**, 65-66.

A. W. Wilkinson : Brûlures chez les enfants. *B. M. J.*, 1944, **1**, 37-39.

Voy. Dermatologie, Hématologie, Oto-Rhino et Syphilis.

Endocrinologie

R. H. Freyberg : Traitement de l'arthritis par la vitamine et les préparations endocrines. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 1165-1171.

A. Lipschutz : Les fibroïdes expérimentaux et l'action antifibromatogène des hormones stéroïdes. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 171-175.

S. L. Simpson : L'endocrinologie dans la médecine générale. *B. M. J.*, 1943, **1**, 247-249.

D. M. Dunlop : La désoxycorticostérone dans la maladie d'Addison. *B. M. J.*, 1943, **1**, 557-558.

R. E. Hemphill et M. Reiss : L'hormone corticale dans la cachexie pituitaire. *B. M. J.*, 1944, **2**, 211-212.

R. D. Lawrence : Gynécomastie produite par l'acétate de désoxycorticostérone. *B. M. J.*, 1943, **1**, 12.

G. Perera, A. Knowlton, A. Lowell et R. Loeb : Effets de l'acétate de désoxycorticostérone sur la pression sanguine chez l'homme. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 1030-1034.

J. Ashworth et Don C. Sutton : Effet de l'œstrogène sur l'utilisation du complexe vitamine B. *Arch. int. Med.*, 1942, **69**, 15-22.

J. Barnes : Inhibition de la lactation par l'hormone œstrogène synthétique. *B. M. J.*, 1942, **1**, 601-603.

G. H. Faulkner : Action bactéricide des œstrogènes. *Lancet*, 1943, **245**, 38-39.

C. F. Fluhman : Usage clinique d'extraits d'ovaire et de produits synthétiques d'action similaire. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 1-4.

A. Haddow, J. Watkinson, E. Paterson et P. C. Koller : L'influence de l'œstrogène synthétique sur la maladie maligne avancée. *B. M. J.*, 1944, **2**, 393-397.

E. Mc Grath et L. Hermann : Influence des œstrogènes sur le mécanisme vasomoteur périphérique. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 607.

E. Boynton et Nora Winther : Le traitement de la dysménorrhée primitive par le Glyconuride d'Estriol. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 122-124.

A. R. Hufford : L'octofollin, œstrogène synthétique. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 259-260.

H. Roberts, E. Lœffel et C. Mac Bryde : L'octofollin, nouvel œstrogène synthétique. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 261-264.

V. E. Genitis et L. P. Bronstein : Excrétion du prégnandiol dans le pseudohermaphrodisme féminin (hyperplasie surrénale congénitale) d'après 2 cas. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 704-706.

H. J. Schmidt : L'emploi de progestérone dans le traitement de la psychose du post-partum. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 190-191.

E. H. Rynearson : Hormones du lobe antérieur du corps pituitaire. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 5-9.

P. M. I. Bishop et S. C. Folley : Implants de testostérone. *Lancet*, 1944, **246**, 434.

R. Deanesly et A. S. Parkes : Dépôt de la matière protéinique dans les implantations d'hormones testiculaires. *Lancet*, 1943, **245**, 500-502.

R. B. Greenblatt : Implantation de tablettes de testostérone dans les maladies gynécologiques. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 17-24.

W. Herbst : Mélanome malin de la choroïde avec métastase extensive traité par l'ablation du tissu sécréteur des testicules. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 597.

J. Raglan Miles : La testostérone avant l'opération comme aide au traitement de l'endométriose. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 207.

A. W. Spence : Administration *per linguale* de la méthyltestostérone. *B. M. J.*, 1942, **1**, 668.

W. O. Thompson : Extraits orchidiens. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 15-19.

Voir *les Organes et diabètes.*

GLANDES ENDOCRINES

GLANDES THYROÏDES ET PARATHYROÏDES

S. Soskin et R. Levine : Les progrès récents dans la physiologie de la thyroïde et leur application clinique. *Arch. int. Med.*, 1944, **74**, 375-383.

J. Mason : Goitre médiastinal. *Ann. Surg.*, 1942, **116**, 795-798.

Mémorandum du sous-comité du goitre, conseil de recherche médicale : Le goitre endémique en Angleterre : argument pour une action préventive. *Lancet*, 1944, **246**, 107-108.

M. Soley : Exophtalmos chez des malades atteints de différents types de goitre. *Arch. int. Med.*, 1942, **70**, 206-220.

M. Foulger et E. Rose : Goitre aigu au cours d'un traitement de l'hypertension par le thiocyanate. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 1072.

E. Potter : Goitre aigu dû à la thérapeutique par le cyanate. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 568.

C. Maclay : Adénome thyroïdien fœtal multiple. *B. M. J.*, 1943, **1**, 695.

Hyperthyroïdisme.

D. Abramson et S. Fierst : Flux sanguin périphérique ralenti dans l'état hyperthyroïdien. *Arch. int. Med.*, 1942, **69**, 409-416.

R. Fitz : La thyrotoxicose ; vue d'ensemble. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 943-947 et 1026-1029.

G. Gordan, M. Soley et F. Chamberlain : Faits électrocardiographiques associés à l'hyperthyroïdisme. *Arch. int. Med.*, 1944, **73**, 148-153.

V. Korenchevsky, K. Hall, B. Clapham : Les vitamines dans l'hyperthyroïdie expérimentale. *B. M. J.*, 1943, **1**, 245-246.

G. Kowallis, S. Haines et J. de Pemberton : Goitre avec *myasthenia gravis* : trois cas de goitre exophtalmique et un de goitre adénomateux avec hyperthyroïdisme. *Arch. int. Med.*, 1942, **69**, 41-50.

J. D. Robert : Excrétion calcique et phosphorée dans la thyrotoxicose et le myxœdème. *Lancet*, 1942, **242**, 672-676.

M. Soley et R. Stone : Radiothérapie de l'hyperthyroïdisme. *Arch. int. Med.*, 1942, **70**, 1002-1016.

F. H. Lahey, L. Hurxthal et R. Driscoll : Maladie thyréo-cardiaque. *Ann. Surg.*, 1943, **118**, 681-693.

L. P. E. Laurent : Paralysie bulbaire thyrotoxique aiguë. *Lancet*, 1944, **246**, 87.

P. M. S. Russell, C. M. Dean : Influence de la thyrotoxicose sur la menstruation. *Lancet*, 1942, **243**, 66.

E. Astwood : Traitement de l'hyperthyroïdisme par la Thiourée et le Thiouracil. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 78-81.

E. C. Bartels : Le Thiouracil dans l'hyperthyroïdisme grave. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 24-26.

H. M. Clute et R. Williams : Le Thiouracil dans la préparation des malades thyrotoxiques pour la chirurgie. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 504-513.

H. P. Himsworth : Thyrotoxicose traitée par la Thiourée. *Lancet*, 1943, **245**, 465.

F. P. Moore, D. Sweeny Jr, O. Cope, R. Rawson et J. Means : L'emploi du Thiouracil dans la préparation des malades hyperthyroïdiens pour la thyroïdectomie. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 152-169.

A. M. Nussey : Traitement de l'hyperthyroïdie par le Thiouracil. *B. M. J.*, 1944, **2**, 745-747.

W. Reveno : Thyrotoxicose traitée par le Thiouracil. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 153-156.

R. Williams : Médicaments antithyroïdiens ; en particulier le Thiouracil. *Arch. int. Med.*, 1944, **74**, 479-487.

Chirurgie du goitre.

F. H. Lahey : Incisions pour le goitre. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 332-347.

F. Preston et W. Thompson : Persistance et récidive du goitre toxique consécutives à la thyroïdectomie subtotale. *Arch. int. Med.*, 1942, **69**, 1019-1039.

W. C. Sealy et H. B. Kernodle : Réduction de la mortalité dans le traitement chirurgical de l'hyperthyroïdisme : la lobectomie en deux temps à court intervalle. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 263-267.

Myxœdème.

G. E. Beaumont et J. D. Robertson : Hypothyroïdie pituitaire avec atteinte de la fonction rénale. *B. M. J.*, 1943, **2**, 356-357.

G. E. Beaumont J. D. Robertson : La fonction rénale dans le myxœdème. *B. M. J.*, 1943, **2**, 578.

A. Greene : Métabolisme de l'iode et du cholestérol chez les malades atteints de myxœdème primitif ; clinique ; expérimentation ; résultats du traitement. *Arch. int. Med.*, 1941, **67**, 114-128.

A. Lerman et H. D. Stebbins : Le type pituitaire du myxœdème. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 391-395.

H. Stewart et W. Evans : Le flot sanguin périphérique dans le myxœdème. *Arch. int. Med.*, 1942, **69**, 808-821.

H. Zondek : La maladie de Graves et le myxœdème. *Lancet*, 1943, **244**, 75.

H. Zondek et S. Wolfsohn : Myxœdème et psychose. *Lancet*, 1944, **247**, 438.

PARATHYROÏDES

R. Downs, Conn et Scott : Hyperparathyroïdisme avec adénome, défaillance rénale, hyperparathyroïdisme secondaire. *Arch. int. Med.*, 1941, **67**, 658-664.

J. Greene et G. Johnston : Les électrolytes au cours du traitement ; crises et infection sévère dans la maladie d'Addison ; actions des extraits de corticale surrénale. *Arch. int. Med.*, 1940, **66**, 1052-1059.

E. Kepler et Willson : Maladie d'Addison. *Arch. int. Med.*, 1941, **68**, 979-1009.

A. Wilson : Thérapeutique par voie sublinguale dans la maladie d'Addison. *Lancet*, 1942, **242**, 762.

D. Willson, F. Robinson, M. Power et R. Wilder : Diagnostic de la maladie d'Addison. Le test de restriction de chlorure de sodium de Cutler-Power-Wilder. *Arch. int. Med.*, 1942, **69**, 460-469.

GLANDES SURRÉNALES

H. S. Banks et J. E. Mc Cartney : Syndromes surrénaliens à méningocoque et lésions. *Lancet*, 1943, **244**, 771-775.

L. W. Hughes et A. Ambrose : Tumeur rétropéritonéale surrénale. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 231.

G. Perera et D. Parker : Insuffisance du cortex surrénal avec hyperthyroïdisme. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 669-670.

G. W. Thorn : Extraits du cortex surrénal. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 10-14.

C. S. Fox : Purpura fulminans et hémorragie adrénalinienne. *B. M. J.*, 1942, **2**, 218.

O. Keele et K. D. Keele : Infarctus hémorragique surrénal. *B. M. J.*, 1942, **2**, 687-690.

J. E. Morison : Hémorragie surrénalienne bilatérale. *Lancet*, 1943, **244**, 800-801.

H. Thomas et C. Leiphart : Septicémie et purpura avec hémorragie surrénalienne chez l'adulte (syndrome de Waterhouse-Friedrichsen) ; rôle de la surrénale dans la production du syndrome. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 884-890.

C. J. Williams et R. Ellis : Hémorragie surrénale. *B. M. J.*, 1944, **2**, 596.

G. Perera et D. Parker : Insuffisance du cortex surrénal compliquée d'hyperthyroïdisme. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 669-670.

J. Rushton, R. Cragg et L. Stalker : Hypoglycémie spontanée due à l'atrophie des glandes surrénales : un cas. *Arch. int. Med.*, 1940, **66**, 531-540.

M. Stemmermann et O. Auerbach : L'amyloïdose surrénale. *Arch. int. Med.*, 1944, **74**, 384-389.

W. Lintz : Traitement des attaques épileptiformes causées par des surrénales calcifiées. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 505.

N. H. Callow et A. C. Crooke : Diagnostic des tumeurs des surrénales : dosage du « 17-kétostéroïde » dans l'urine. *Lancet*, 1944, **246**, 464.

E. Kepler et R. Keating : Tumeurs du cortex surrénal ; maladies de la médullaire surrénale et troubles alliés. *Arch. int. Med.*, 1941, **68**, 1010-1036.

J. Greene et G. Johnston : Equilibre des électrolytes au cours du traitement,

THYMUS

M. Nellen : Thymectomie pour myasthénie grave. *B. M. J.*, 1943, **2**, 778.

Voir *Testicule, Ovaire, Glandes pinéales et pituitaire.*

NOS LECTEURS TROUVERONT, ENCARTÉ DANS CE NUMÉRO, UN SUPPLÉMENT CONTENANT LA FIN DE CETTE BIBLIOGRAPHIE.

Published in France.
Dépôt légal. — 1945. — 1er Trimestre. — Numéro d'ordre 152. — *Masson et Cie*, éditeurs, Paris.
Imprimé par l'Ancne Impie de la Cour d'Appel, 1, r. Cassette, à Paris (France).
Le gérant : F. Thomas.

BIBLIOGRAPHIE MÉDICALE DE LANGUE ANGLAISE

(Fin)

Cancer

C. Adie et H. R. Charlton : Le contrôle n cancer dans le Westchester. *J. A. I. A.*, 1942, **120**, 752-754.

Chamer : L'origine du cancer chez 'homme. *J.A.M.A.*, 1942, **119**, 309-316.

C. C. Little : Parenté et apparition du ancer. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 93-98.

J. E. Murphy : Une analyse des tenances dans l'étude du cancer. *J. A. I. A.*, 1942, **120**, 107-111.

Peyton Rous : Les causes les plus prohes du Cancer. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 73-581.

R. Scheek : La distribution raciale du ancer ; Tumeurs du rein de la vessie et es organes génitaux chez l'homme. *Ann. urg.*, 1944, **120**, 809-812.

W. E. Gye, R. J. Ludford et H. Barow : Impuissance de H 11 à inhiber la roissance des tumeurs chez les souris. *B. M. J.*, 1943, **2**, 65-66.

H. A. Kidd : L'emploi de H 11 dans e carcinome *B. M. J.*, 1943, **2**, 67-68.

D. L. Woodhouse : Effet de H 11 sur a croissance des tumeurs des souris. *B. M. J.*, 1943, **2**, 231.

R. H. Rulisson : Mélanome malin. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 1254.

A. W. Fawcett : Tératome médiastinal enlevé par opération. *B. M. J.*, 1944, **2**, 765.

S. Warren : Critères minima exigés pour établir la cause de néoplasmes post-traumatiques ou professionnels. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 585-595.

J. Ellis : Un plan pour le traitement du cancer. *B. M. J.*, 1943, **1**, 570.

A. Haddow, J. Watkinson, E. Paterson et P. C. Koller : L'influence de l'œstrogène synthétique sur la maladie maligne avancée. *B. M. J.*, 1944, **2**, 393-397.

Ch. Harm, J. Plant et A. Oughterson : Retard dans le traitement du cancer. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 335-337.

C. Rhoads et J. Abels : L'administration de blanc d'œuf et de concentrés d'ovidine chez les cancéreux. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 1261-1263.

J. H. D. Webster : Rechutes après une longue période, dans le cancer. *B. M. J.*, 1943, **2**, 720.

Dermatologie

Généralités. Divers.

R. G. Anderson : Réticulose médullaire histiocytaire avec lésions épidermiques transitoires. *B. M. J.* 1944, **1**, 220.

W. H. Bateman : Traitement des cors plantaires. *B. M. J.*, 1942, **2**, 158.

R. T. Brain : Les maladies de la peau pendant la guerre. *B. M. J.*, 1942, **2**, 760.

H. Brugsch : Acropachydermie avec pachypériostite. *Arch. int. Med.*, 1941, **68**, 687-700.

R. W. Carslaw : Dermatologie de guerre : une demande d'économie. *B. M. J.*, 1942, **2**, 420-421.

S. Craddock : Utilisation de la pénicilline pour la culture du bacille de l'acné. *Lancet*, 1942, **242**, 558.

M. Ebert et M. Otsuka : Traitement du pityriasis rosé par injection de vaccine typhoïdique. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 1036.

O. S. Fox : Purpura fulminans et hémorragie adrénalinienne. *B. M. J.*, 1942, **2**, 218.

A. Harris : Pigmentation épidermique avec démence. *Lancet*, 1942, **243**, 125-131.

J. U. Hellier : Relations de la Dermatologie avec la Psychiatrie. *B. M. J.*, 1944, **1**, 583-584.

H. Herxheimer : L'hyperémie passive dans les engelures. *Lancet*, 1942, **243**, 640-641.

A. Hoffmann et F. W. Pobirs : Hypothermie intermittente avec hyperhidrose. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 445-447.

B. Jager et L. Grosmann : La dermatomyosite. *Arch. int. Med.*, 1944, **73**, 271-285.

M. Jeff Davis : Les aspects dermatologiques des gaz vésicants de guerre. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 209-212.

W. Kauffman et D. Smith : Altérations de la peau dans le syndrome de la sprue. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 168-172.

I. Kerlan et R. Herivick : Calcium pantothénate pour l'achromotrichie ; perte de sa valeur par l'administration prolongée. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 391-392.

C. F. Lehmann : La dermatologie dans l'armée. *J.A.M.A.*, 1942, **119**, 1469-1475.

W. M. Levitt et H. Gillies : Radiothérapie, prophylaxie et traitement des chéloïdes. *Lancet*, 1942, **242**, 440-441.

D. Leys : Dermatomyosite aiguë bénigne. *B. M. J.*, 1942, **2**, 636.

J. Lichstein et L. Solis-Cohen : Sclérose tubéreuse familiale sans adénome sébacé, 2 cas. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 429-431

J. Lindsay, F. Templeton et S. Rothman : Lésions de l'œsophage dans la sclérodermie progressive généralisée. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 745-750.

H. Mac Cormac : Trois maladies de peau du temps de guerre. *B. M. J.*, 1943, **2**, 667-668.

A. G. Mac Gillivray : La dermatite exfoliatrice chez les nouveau-nés. *B. M. J.*, 1942, **2**, 340.

R. M. B. Mackenna : Expériences en dermatologie militaire. *B. M. J.*, 1943, **2**, 191-193.

R. B. Mac Millan : Pseudo-sclérodermie. *B. M. J.*, 1943, **2**, 229.

J. Madden : Lésions inflammatoires cutanées des pieds. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 743-746.

R. Montgomery et A. Montgomery : Lésions hyperkératosiques communes du pied. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 756-761.

E. Morris et I. Tabershaw : « Cable-rash » nouvelle mixture décapante. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 192-193.

H. Morton et Klauder : Savons germicides. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 1195-1201.

R. Nomland : Manifestations cutanées des troubles circulatoires du pied. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 747-750.

G. H. Percival : Economie des graisses et des huiles dans le traitement des maladies de la peau. *B. M. J.*, 1943, **1**, 160.

G. A. Perera : Erythème palmaire dit *Liver palms*. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 1417-1418.

C. B. Penny : Etiologie de l'érythème noueux, *B. M. J.*, 1944, **2**, 843-846.

J. A. Roxburgh, R. V. Christie et A. C. Roxburgh : La pénicilline dans la maladie de peau. *B. M. J.*, 1944, **1**, 524-527.

L. Schwartz : Dermatites dues aux explosifs. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 186-189.

R. Sutton Jr. et M. Marks : Acné conglobata et pyoderma périanal. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 1344.

J. Swartz et I. Blank : L'huile sulfatée pour nettoyer la peau dans l'acné vulgaire. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 30.

E. W. P. Thomas : Cutis calcinosis et sclérodermie : syndrome de Thibierge-Weissenbach. *Lancet*, 1942, **243**, 389-391.

V. N. Tompkins : La valeur diagnostique des taches cutanées purpuriques dans la maladie méningococcique. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 31-32.

E. Urbach et D. Pillsbury : Le phénomène du dermographisme noir. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 485-489.

F. Simon : Human Dander ; une cause importante de l'eczéma infantile. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 350-351.

Physiopathologie. Anomalies.

A. Bigham : Sensibilité exceptionnelle de la peau. *B. M. J.*, 1942, **2**, 578.

G. Burch et T. Winsor : Degré de la perspiration insensible locale (diffusion d'eau), au travers de la peau vivante ou morte de l'homme. *Arch. int. Méd.*, 1944, **74**, 437-444.

G. Burch et T. Winsor : Le rôle de la peau et de la couche cornée dans la formation de l'œdème. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 163.

T. Cornbleet, E. Kirch, Ph. et O. Bergeim et J. Solomon : Excrétion de thiamine, riboflavine, niacin et acide pantothénique dans la sueur humaine. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 426-428.

D. H. S. Macquaide : Absence congénitale des glandes sudoripares. *Lancet*, 1944, **247**, 531.

M. Obermayer : Facteurs fonctionnels des dermatoses communes. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 862-864.

W. Sunderman : Personnes manquant de glandes sudoripares, une dysplasie ectodermique héréditaire du type anhydrotique. *Arch. int. Med.*, 1941, **67**, 846-854.

J. Wolkin, I. Goodman et W. Kelley : Défaillance du mécanisme de la sueur dans le désert : anhydrose thermogénique. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 478-482.

Angiomes, Mélanomes.

A. M. G. Campbell : Télangiectasie familiale héréditaire avec épistaxis et migraine. *Lancet*, 1944, **247**, 502.

J. Driver et D. Mac Vican : Mélanomes cutanés. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 413-420.

G. S. Johnson et R. Light : Le traitement de l'hémangiome congénital de la peau. *Ann. Surg.*, 1943, **117**, 134-139.

M. C. Tod : La tragédie du mélanome malin. *Lancet*, 1944, **247**, 532-533.

Dermites médicamenteuses.

T. Clark : Dermatite à distribution rare consécutive à l'emploi du sulfathiazol. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 958-959.

S. Epstein : Dermatite de contact causée par la brillantine pour cheveux ; un tableau clinique caractéristique. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 409.

S. Greenberg et A. Messer : Dermatite bulleuse mortelle après administration de Sulfadiazine. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 944.

J. Howell : Dermatite de contact due à la brillantine pour cheveux. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 408.

R. Johnson : Dermatite exfoliative généralisée due à la sulfadiazine. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 979-980.

S. Kauvar, E. Henschel et A. Ravin : Eruption toxique due aux sulfates d'amphetamine et de dextroamphetamine. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 1073.

Cl. S. Livingood, A. M. Rogers et T. Fitz-Hugh Jr. : Dermatite causée par les « dhobie marks » (marques du linge). *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 23-26.

J. M. Mac Gregor : Dermatites après traitement local d'une blessure par les sulfamides. *B. M. J.*, 1943, **1**, 414.

R. G. Park : Hypersensibilité cutanée aux sulfamides. *B. M. J.*, 1943, **2**, 69-71.

R. G. Park et W. M. Platts : Eruptions sulfamidiques à la lumière solaire. *B. M. J.*, 1942, **2**, 308.

H. Pyle et H. Rattner : Dermatite par contact de la pénicilline. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 903.

B. Shaffer, J. Lentz et J. Mac Guire : Eruptions du sulfathiazol, 4 cas. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 17-23.

R. Sutton Jr. : Dermatite due au contact de l'huile d'olive. *J. A. M. A.*, 19[illegible] **122**, 34.

B. C. Tate et I. Klorfajn : Dermatite à sulfamide : sensibilisation par application locale. *Lancet*, 1944, **246**, 39-43.

B. C. Tate et I. Klorfajn : Dermatite sulfamidique : nouvelles observations avec référence spéciale au traitement et à la prévention. *Lancet*, 1944, **247**, 553-557.

J. J. Thorpe : Eruption cutanée due au luminal. *B. M. J.*, 1944, **1**, 660.

Dermites professionnelles.

G. B. Dowling et E. W. P. Thomas : Prurit dû au fromage : dermatite de contact due à de la poussière de fromage infestée de mites. *B. M. J.*, 1942, **2**, 5[illegible]

J. G. Downing : Dermatophytose et dermatite professionnelle. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 196-199.

N. R. Goldsmith : Dermatite causée par le *Semecarpus anacardium*. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 27.

W. Guy et Jacob : Dermatite par polissage des ongles. *J. A. M. A.*, 1943, **12**. 436.

A. F. Hall : Dermatite de contact professionnel chez des travailleurs de l'aviation. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 179-185.

E. Merrill : Dermatite causée par des Anacardiacées dans les contrées tropicales. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 222-223.

S. M. Peck : Dermatites par huiles de graissage, dissolvants et diélectriques, y compris la chloracné. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 190-195.

J. Petro : Dermatite par masque à gaz. *B. M. J.*, 1942, **1**, 631-633.

G. Rogers : L'éruption urticarienne due aux grains. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 887-888.

L. Schwartz : Une poussée de halowax acné (Cable rash) chez des électriciens. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 158-160.

J. H. Stokes, W. E. Lee et H. Johnson : Dermatite des mains par contact, par contact infectieux et infectieux allergique ; la dermatite des gants de caoutchouc. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 195-202.

E. C. Stones : Traitement de la dermatite due au respirator. *B. M. J.*, 1943, **1**, 757.

G. P. B. Whitwell : Dermatite par les huiles coupantes. *Lancet*, 1942, **245**, 394.

Herpès.

B. Barling : Un traitement de 3 ans 1/2 par la sulfapyridine dans 1 cas de dermatite herpétiforme. *Lancet*, 1944, **246**, 503.

E. S. Hawkes : La contramine pour l'herpès. *B. M. J.*, 1943, **2**, 391.

J. J. Manning : Herpès zostérien et varicelle concomitante. *B. M. J.*, 1944, **2**. 115.

H. D. Mansur Jr : Epidermolyse bulleuse héréditaire. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 11-22-1124.

J. Taterka et M. O'Sullivan : Complications motrices de l'herpès zoster. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 737-739.

D. C. Thursby-Pelham, M. A. Floyer : Herpès zostérien avec frottement pleural sous-jacent. *B. M. J.*, 1944. **2**, 309.

J. Walls : Herpès zostérien : lésions multiples. *B. M. J.*, 1942, **1**, 496.

Infections.

I. H. C. Bemans : Apparition subite d'impétigo bulleux chez des nouveau-nés *B. M. J.*, 1943, **1**, 623-625.

D. W. Bigger, G. A. Hodgson : L'impétigo contagieux : sa cause, son traitement. *Lancet*. 1943, **244**, 544-546.

J. W. Bigger, S. A. Hodgson : L'impétigo contagieux traité avec le sulphathiazole micro-cristallin. *Lancet*, 1944, **247**, 78.

E. L. Cohen : Traitement local de l'impétigo avec les sulfamides. *B. M. J.*, 1942, **1**, 359.

C. Drake, M. Sudler et R. Canuteson : Un cas d'actinophytose staphylococcique chez l'homme (botryomycose). *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 339-341.

T. Harris : Traitement de l'impétigo contagieux par une nouvelle forme physique du sulfathiazol. *J. A. M. A.*, 19[illegible] **121**, 403-405.

R. B. Knowles : Facteurs influençant la dermatite des mineurs du fond. *B. M. J.*, 1944, **2**, 430-431.

C. Livingood et D. Pillsbury : Le sulfathiazol dans la pyodermie eczémateuse. Sensibilisation à une thérapeutique locale et orale. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 400-407.

N. H. Martin : Infections pyogéniques de la peau. *B. M. J.*, 1942, **2**, 245.

N. H. Nummery : Prévention de la dermatite industrielle. *B. M. J.*, 1944, **1**, 660.

G. A. G. Peterkin : L'impétigo dans l'armée. *B. M. J.*, 1943, **1**, 318.

P. H. Taylor, K. E. A. Hughes : Dermatoses infectieuses traitées par la pénicilline. *Lancet*, 1944, **247**, 780-783.

B. E. Schlesinger, N. H. Martin : Les sulfamides *per os* dans le traitement de l'impétigo. *Lancet*, 1942, **242**, 527-528.

H. L. Sheehan, A. S. Fergusson : L'impétigo : étiologie, traitement. *Lancet*, 1943, **244**, 547-549.

Lupus.

H. Keil : Dermatomyosite et lupus érythémateux de système ; cas clinique de transition ; le plomb facteur étiologique possible. *Arch. int. Méd.*, 1940, **66**, 109-139.

H. Keil : Dermatomyosite et lupus érythémateux de système ; étude comparative des faits cliniques et pathologiques essentiels. *Arch. int. Med.*, 1940, **66**, 339-283.

P. Klemperer, A. D. Poliack et G. Baehr : Maladie diffuse du collagène ; lupus érythémateux aigu disséminé et sclérodermie diffuse. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 331-332.

J. E. G. Pearson : Le sulfamide dans le lupus érythémateux aigu disséminé. *B. M. J.*, 1943, **1**, 253.

H. Rakov et Sp. Taylor : Lupus érythémateux aigu disséminé, sans manifestations cutanées et avec lésions pulmonaires jusqu'ici non décrites. *Arch. int. Méd.*, 1942, **70**, 88-100.

M. Stickney et N. Keith : La participation du rein dans le lupus érythémateux disséminé. *Arch. int. Méd.*, 1940, **66**, 643-660.

Mycoses.

M. Moore, Z. Cooper et R. Weiss : Chromomycose. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 1237-1242.

M. Rayner Cabo : Infections mycosiques du pied. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 751-756.

D. C. Smith : Le traitement de la creeping eruption (éruption larvaire) par le Sodium, Antimoine, Biscatechol (Fuadin). *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 694.

G. W. Stiles et C. L. Davis : Granulome coccidioïdien (Coccidioïdomycose) chez l'homme et l'animal ; son diagnostic chez l'animal. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 765-769.

Parasitisme.

D. B. Brasdshaw : Le tétra-éthyl-thiuram-monosulfide dans le traitement de la gale. *Lancet*, 1944, **247**, 273.

J. P. Busvine, C. A. Buxton : Une nouvelle méthode pour la lutte contre le *pediculus capitis*. *B. M. J.*, 1942, **1**, 464-466.

M. W. Geffen : Observations sur la gale dans un centre de bains. *B. M. J.*, 1944, **2**, 825.

G. Hodgson : Urticaire avec pigmentation comme séquelle de la gale. *B. M. J.*, 1942, **2**, 665.

K. C. Mallen : Benzoate de benzyl pour la gale : émulsions aqueuses et éthérées. *B. M. J.*, 1942, **2**, 452.

K. Mellanby : Expérimentation sur la prophylaxie de la gale. *B. M. J.*, 1944, **1**, 689.

G. H. Percival : Guérison de la gale, un nouveau remède. *B. M. J.*, 1942, **2**, 451.

Voir aussi Infections. Parasitoses.

TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ

Œdèmes.

G. Burch et T. Winsor : Le rôle de la peau et de la couche cornée dans la formation de l'œdème. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 163.

R. Mackeith : Œdème sous-cutané localisé avec faiblesse des membres. *B. M. J.*, 1944, **1**, 139-142.

R. J. Rossiter, R. A. Peters : La pression externe contrôlée et la formation d'œdème. *Lancet*, 1944, **246**, 9-10.

W. Saphir et A. R. Weinglass : Œdème angio-neurotique sévère consécutif au traitement par le diéthylstilbestrol. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 557.

Génétique, hérédité, Constitution

Génétique.

W. Petersen et A. Mayne : Modification cytoplasmique des tendances génétiques. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 929-931.

J. P. Bound : 2 cas d'absence congénitale d'un rein dans la même famille. *B. M. J.* 1943, **2**, 747.

P. Evans : Tendance à la hernie héréditaire. *Lancet*, 1942, **242**, 293.

D. B. E. Foster : Adénocarcinome de l'intestin grêle chez le père et la fille. *B. M. J.*, 1944, **2**, 78.

P. F. Fox : Kystes et fossettes sacrococcygiennes chez des jumeaux identiques. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 120.

A. Fry : *Spina bifida* chez des jumeaux bivitellins. *B. M. J.*, 1943, **1**, 131.

F. A. Henley : Un cas d'ostéopsathyrose congénitale avec l'arbre généalogique de la famille. *B. M. J.*, 1942, **1**, 326.

G. Mc Hardy et D. Browne : Ulcère duodénal concomitant chez deux jumeaux identiques. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 503.

D. Kahmen : Erythroblastose fœtale chez deux jumeaux. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 943-944.

J. L. K. Lewis : Sténose pylorique chez des jumeaux identiques. *B. M. J.*, 1944, **1**, 221.

J. G. O'Brien : Hémorragie sous-arachnoïdienne chez des jumeaux identiques. *B M. J.*, **1**, 607-608.

F. Riesenman et W. Gater : L'*osteogenesis imperfecta* : son incidence et ses manifestations dans 7 familles. *Arch. int. Med.*, 1941, **67**, 950-967.

W. C. Alvarez : Insuffisance constitutionnel. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 780-783.

E. Davis : Cheveux roux, rhumatisme, tuberculose et hémorragie. *B. M. J.*, 1944, **2**, 404.

R. Greene, A. S. Patterson : Sénescence subite. *Lancet*, 1943, **245**, 158-159.

Ophtalmologie

Généralités.

C. Clark : Lésions traumatiques des yeux, industrielles et domestiques. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 157-159.

H. S. Gradle : Un service de la vue dans la petite industrie. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 253.

H. Hamilton : L'étrange cas des yeux de M. Huxley. *Lancet*, 1943, **244**, 657.

A. A. Kolen : L'ophtalmologie militaire soviétique. *Lancet*, 1943, **244**, 804.

L. Krasno, de Motte et A. Ivy : Protection contre les vapeurs de la soudure à l'arc. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 830.

H. S. Kuhn : Importance des troubles visuels dans l'effort de production de guerre. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 1085-1087.

D. Lyle : Manifestations oculaires des traumatismes craniens. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 873-879.

J. C. Michaelson : Manifestations oculaires de la névrose chez les soldats. *B. M. J.*, 1943, **2**, 538-540.

C. S. O'Brien et J. H. Allen : Altérations de l'œil chez les jeunes malades diabétiques. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 190-192.

Sir J. H. Parsons : L'enseignement et la recherche en ophtalmologie. *B. M. J.*, 1944, **1**, 430.

A. M. Ramsay : L'ophtalmoscope en Médecine clinique. *B. M. J.*, 1943, **1**, 685-688.

L. S. Selling : La place des ophtalmologistes dans la prévention des accidents de la circulation. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 261-265.

C. G. K. Sharp : Plans de recherche de base en ophtalmologie. *B. M. J.*, 1944, **1**, 697.

H. B. Stallard : Chirurgie de guerre de l'œil. *B. M. J.*, 1942, **2**, 629-631.

Corps étrangers

E. B. Spaeth : L'ablation des corps étrangers métalliques de l'œil et de l'orbite. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 659-666.

E. Stieren : Corps étrangers intraoculaires. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 880-882.

R. E. Wright, H. A. G. Duncan : L'aimant géant dans l'ophtalmologie des accidents de combat. *B. M. J.*, 1944, **2**, 658.

Parasites.

M. C. T. Reilly : Enlèvement d'un ver filarien de l'œil. *B. M. J.*, 1943, **1**, 103.

J. G. Scott : Syndrome oculaire de l'onchocercose. *B. M. J.*, 1944, **1**, 553.

Intoxications.

I. S. Mc Gregor et A. Loewenstein : Cécité due à la quinine. *Lancet*, 1944, **247**, 566.

M. K. Gregory : Critère oculaire de la déficience en Riboflavine. *B. M. J.*, 1943, **2**, 134-135.

O. Mann : Lésions oculaires par le dichloréthylsulfide. *B. M. J.*, 1942, **1**, 353.

J. E. Martin : Glaucome dû à l'atropine. *B. M. J.*, 1943, **1**, 631.

L. Pelnen et E. Saskin : Amaurose toxique due à la quinine. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 1175-1176.

Thérapeutique.

G. I. W. Cashell : La pénicilline pour les infections oculaires. *B. M. J.*, 1944, **1**, 420-421.

F. Cordes : La pyrétothérapie en Ophtalmologie. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 14-22.

P. Heath : La chimiothérapie en Ophtalmologie. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 152-154.

J. Keyes : La pénicilline en Ophtalmologie. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 610-615.

P. Mann : Etendue de la prophylaxie en Ophtalmologie. *B. M. J.*, 1943, **2**, 482.

J. G. Milner : La pénicilline en Ophtalmologie. *B. M. J.*, 1944, **2**, 175-177.

L. T. Post : Le soin des yeux durant toute la vie. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 921-923.

J. M. Robson et W. Tebrich : Le sulfonamide de sodium dans les tissus oculaires. *B. M. J.*, 1942, **1**, 687-690.

H. Sloane : Cellulite orbitaire traitée avec succès par la pénicilline. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 164-165.

G. C. Strudle et J. G. Bellows : Etudes sur la distribution de la pénicilline dans l'œil ; applications cliniques. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 685-690.

CONJONCTIVE

A. Bedell : Distribution de la kératoconjonctivite épidémique aux Etats-Unis. *J. A. M. A.*, 1943-1944, **123**, 1101-1105.

D. Cogan, V. Kinsey et P. Drinker : Thérapeutique infra-rouge de la kératoconjonctivite flash. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 883.

A. G. Cross et J. Ball : Hémorragie sous-conjonctivale causée par le vol acrobatique. *Lancet*, 1943, **245**, 766.

H. Gradle et G. Harrison : Le traitement de la kératoconjonctivite par le Sulfathiazol sodique. Désoxyéphédrine. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 743.

R. Reid Sn. et L. Bronstein : Conjonctivite méningococcique. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 703.

F. Rieke : Conjonctivite due à l'arc électrique. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 734-736.

M. Sanders, F. Gulliver, L. Forchheimer et R. Alexander : Kératoconjonctivite épidémique. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 250-254.

P. Thygeson et W. Stone Jr. : Le traitement de la conjonctivite d'inclusion par l'onction au Sulfathiazol. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 407-408.

M. Blumberg et M. Gfrich : Le traitement simplifié de l'ophtalmologie gonococcique des nouveau-nés par la chimiothérapie. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 132-133.

P. J. Evans : Traitement général de l'ophtalmologie des nouveau-nés. *Lancet*, 1943, **245**, 334.

A. Sorsby, C. L. Hoffa et E. M. Smellie : La sulfapyridine dans l'ophtalmie des nouveau-nés. *B. M. J.*, 1942, **1**, 323-324.

H. S. Gradle : Résultats au point de vue de la vision dans les cliniques du trachome de l'Illinois du Sud. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 792.

A. Sorsby : Le trachome à Londres : la fin d'un chapitre. *B. M. J.*, 1944, **2**, 220.

CORNÉE

D. Cogan : Brûlures de l'œil par lewisite. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 435.

E. M. S. Galton : Traitement de l'ulcère perforant de la cornée. *Lancet*, 1944, **247**, 272.

H. Hirtenstein : Phtyriase de tête et lésions cornéennes. *B. M. J.*, 1943, **2**, 75.

T. K. Lyle, I. J. Macrae et P. A. Gardiner : Vascularisation de la cornée dans la déficience nutritive. *Lancet*, 1944, **246**, 393-395.

J. Smith : Ochronose de la sclérotique et de la cornée compliquant l'alcaptonurie. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 1282-1288.

S. Tibbles : Brûlure de la cornée par de la cire liquide. *B. M. J.*, 1943, **2**, 547.

H. M. Tietz : Phénomène rétro-cornéen inhabituel. *B. M. J.*, 1943, **1**, 665.

CHOROIDE — PUPILLE

B. S. Ray, J. C. Hinsey et W. Geohegan : Sur la distribution des nerfs sympathiques à la pupille et au membre supérieur, déterminés par l'excitation de racines antérieures chez l'homme. *Ann Surg.*, 1943, **118**, 647-655.

W. Herbst : Mélanome malin de la choroïde avec métastase extensive traité par l'ablation du tissu sécréteur des testicules. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 597.

CRISTALLIN

L. Etter et L. Glover : Arachnodactylie compliquée de luxation du cristallin mort par rupture d'anévrysme de l'aorte. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 88-90.

R. D. Lawrence, W. Oakeley et J. C. Barne : Changements temporaires du cristallin dans le coma diabétique. *Lancet*, 1942, **243**, 63-64.

GLOBE OCULAIRE

Martin Jr. et Madon : Exophtalmos pulsatile. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 330-331.

M. Solby : Exophtalmos chez des malades atteints de différents types de goitre. *Arch. int. Méd.*, 1942, **70**, 206-220.

S. Winton : Myasthénie grave mono culaire. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 1180.

RÉTINE

S. Shelburne, J. L. Hawley et A. Mc Gee : Nicking artério-veineux rétinien relations avec l'hypertrophie du cœur chez les malades consultants atteint d'hypertension. *Arch. int. Med.*, 1942, **69**, 213-221.

H. B. Stallard : Le décollement de la rétine : 78 cas dans le Moyen-Orient. *B. M. J.*, 1944, **2**, 329-332.

VISION

G. H. Dell : Physiologie visuelle du cinéma. *B. M. J.*, 1943, **2**, 669-670.

V. Everett Kinsey, D. Cogan et P. Drinker : Vision des soudeurs à l'arc. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 403-404.

B. Field : Aniseïkonie (images différentes perçues par les deux yeux. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 132-133.

P. C. Livingston : Problèmes de la vision de la guerre aérienne : II « Jour » Etude de la vision phototopique. *Lancet*, 1944, **247**, 67-72.

N. B. Harman : La mesure de la vision nocturne. *B. M. J.*, 1943, **1**, 43.

A. Lister et J. W. Bishop : La vision nocturne dans l'Armée. *B. M. J.*, 1943, **2**, 325-326.

W. J. W. Ferguson : Signes oculaires de la déficience en Riboflavine. *Lancet*, 1944, **246**, 431-432.

P. C. Livingston et B. Bolton : Capacité visuelle nocturne des cas psychologiques. *Lancet*, 1943, **244**, 263-264.

P. C. Livingston : Problèmes de la vision de la guerre aérienne. I. « La nuit », étude de l'œil adapté à la nuit. *Lancet*, 1944, **247**, 33-37.

B. W. Rycroft : La vision nocturne dans l'armée. *B. M. J.*, 1942, **2**, 576.

Voir ci-dessus *Intoxications* et *avitaminoses*.

Oto-Rhino-Laryngologie

L. D. Carson : Problèmes oto-laryngologiques présentés par les aviateurs. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 4-9.

G. F. Harkness : L'éducation complémentaire en oto-laryngologie. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 327-329.

OREILLE

F. M. Turnbull et L. Ben Franklin : Infestation de l'oreille par le ver *Cochliomyia americana*. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 137-139.

Oreille moyenne.

G. W. Palmer : Perforations tympaniques par explosion. *B. M. J.*, 1943, **2**, 233.

R. M. S. Matthews : L'occlusion de la trompe d'Eustache et le barotrauma dans les équipes aéronautiques. *B. M. J.*, 1944, **2**, 523-525.

Mastoïdite.

D. S. Lewes : Mastoïdite suppurée chez un nourrisson. *B. M. J.*, 1943, **2**, 815.

W. S. T. Neville : Mastoïdite sans

signes de l'oreille moyenne. *B. M. J*, 1943, **2**, 678.

A. G. de Sanctis, V. de P. Larkin et Gougelman : Otite moyenne et mastoïdite chez l'enfant d'après 1.992 cas. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 1087-1093.

W. H. Patterson et G. S. Smith : La mastoïdite latente dans l'enfance. *B. M. J.*, 1944, **2**, 659-660.

S. Pillai : Mastoïdite « silencieuse » ou mastoïdite due au *Str. micrococcus capsulatus* de Schotmüller. *B. M. J.*, 1944, **2**, 374.

W. O. Lodge : Anatomie pathologique de l'otite chronique moyenne. *B. M. J.*, 1942, **2**, 71.

D. L. Bridgewater : Un cas de pétrosite. *B. M. J.*, 1944, **2**, 470.

A. R. Dingley : Dangers des sulfamides dans les infections de l'oreille. *B. M. J.*, 1944, **1**, 747.

F. Putney : L'emploi de la pénicilline dans les maladies du nez et de la gorge. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 620-622.

Cl. Swanson et D. Baker Jr : L'emploi de la pénicilline dans les maladies de l'oreille. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 616-619.

Oreille interne.

M. Ellis : Un cas de labyrinthite aiguë et de méningite. *Lancet*, 1944, **246**, 468.

U. Rainey : L'histamine dans le traitement du syndrome de Ménière. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 850-852.

E. E. Holling, B. Mc Ardle, W. R. Trotter : Prévention du mal de mer avec des médicaments. *Lancet*, 1944, **246**, 127-128.

G. E. Shambaugh Jr : Otosclérose : résultats de l'opération de fenestration après 3 ans et demi. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 243-248.

N. Young : Bourdonnement auriculaire objectif. *B. M. J.*, 1942, **1**, 414.

D. Mc Coy : Prévention de la surdité. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 1330-1332.

L. Pitman : Une méthode de détection de la surdité unilatérale simulée. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 752.

M. Sheridan : Surdité aux sons élevés simulant une déficience mentale. *B. M. J.*, 1944, **2**, 272-274.

FOSSES NASALES ET SINUS

M. J. Costello : Infection à streptocoque hémolytique micro-aérophile, causant la destruction du nez. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 36-37.

R. Ford : Céphalée chronique causée par la sinusite silencieuse. *B. M. J.*, 1942, **2**, 128.

F. Turnbull, W. Hamilton et M. George Jr : Sinusites et infections secondaires à la rhinopharyngite. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 536-537.

RHINO-PHARYNX

W. Campbell : Protection des docteurs et des nurses contre les projections venues du naso-pharynx. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 1098.

A. Bloomfield et L. Rantz : Une poussée de rhino-pharyngite septique streptococcique dans un camp. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 315-318.

R. Cecil, N. Plummer et W. Smille : La sulfadiazine dans le traitement de la rhino-pharyngite. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 8-13.

D. Dolowitz, W. Loch, H. Haines, A Ward Jr et K. L. Pickrell : La prévention des complications auriculaires et sinusiennes de la rhinopharyngite catarrhale. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 534-535.

B. Faust et C. M. Simmons : La sulfadiazine dans le traitement de 200 cas de nasopharyngite catarrhale aiguë. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 552.

W. E. Gye : Le Patulin. III. Essai préliminaire sur le rhume ordinaire (coryza). *Lancet*, 1943, **245**, 630.

W. A. Hopkins : Le Patulin. IV. Propriétés biologiques ; essai étendu sur le rhume ordinaire. *Lancet*, 1943, **245**, 631-633.

J. M. Stansfeld, A. E. Francis et C. H. Stuart-Harris. Essai clinique de Patulin sur le rhume ordinaire. Rapports du Comité d'Essais cliniques du Patulin. Conseil de recherches médicales. *Lancet*, 1944, **247**, 373-374.

H. Raistrick : Le « Patulin » dans le rhume commun : Une recherche en collaboration sur un dérivé de pénicillum patulum Boinier. I. Introduction.

J. H. Birkinshaw, S. E. Michael, A. Bracken, H. Raistrick. Le Patulin. II. Biochimie et chimie. *Lancet*, 1943, **245**, 625-629.

LARYNX

G. F. Harkness : L'éducation complémentaire en oto-laryngologie. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 327-329.

J. S. Greene : Changements atypiques du larynx et de la voix dans l'adolescence. *J. A. M. A.*, 1942,**120**, 1193-1197.

J. B. Bannister et R. S. Macbeth : Laryngoscopie directe et tubage trachéal. *Lancet*. 1944, **247**, 651-653.

J. I. Davidson : Kyste congénital du larynx. *Lancet*, 1943, **245**, 508.

W. Schuessler : Auto-excision du larynx du cartilage thyroïde, et section de la trachée et de l'œsophage ; guérison. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 551.

I. C. Eve : Explosion — mort subite et épiglotte. *Lancet*, 1943, **244**, 799.

R. Thimby : Stridor laryngé congénital sans relation avec la maladie thymique. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 740-742.

J. W. Shinen : Modification à l'opération royale pour paralysie bilatérale de la corde vocale. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 617.

S. Jesberg : Sténose post. diphtéritique du larynx. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 1000-1002.

M. Cutler : Radiothérapie par la méthode de concentration du cancer du larynx. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 967-976.

C. B. Lewis : Anesthésie par la laryngofissure. *B. M. J.*, 1943, **1**, 162.

Rhumatisme

R. L. Ferguson : La fièvre du sandfly et la série rhumatisante. *B. M. J.*, 1943, **2**, 545.

J. A. Glover : Déclin du rhumatisme aigu en temps de guerre. *Lancet*, 1943, **245**, 51-52.

H. Selye, O. Sylvester, C. Hall et C. Leblond : Production hormonale de l'arthritis. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 201-206.

D. Hubble : La nature de l'enfant rhumatisant. II. *B. M. J.*, 1943, **1**, 154-157.

J. N. Norris et R. M. Titmuss : Epidémiologie du rhumatisme juvénile. Maladie cardiaque rhumatismale. Le facteur social. Le climat social. La ville et la campagne. Mortalité dans les petites villes. *Lancet*, 1942, **243**, 52-62.

Œ. N. Pickles : Une famille de rhumatisants. *Lancet*, 1943, **245**, 241.

M. G. Wilson : La susceptibilité héréditaire dans la fièvre rhumatismale ; la famille rhumatisante en puissance. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 1188.

S. Ditkowsky, E. Stevenson et J. Campbell : L'épidémiologie de la fièvre rhumatismale. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 991-994

F. Foster, G. Mc Eachern, J. Miller, F. Ball, Ch. Higley et H. Warren : Le traitement de la fièvre rhumatismale aiguë par la pénicilline. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 281.

A. Hansen : Le diagnostic de la fièvre rhumatismale. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 987-990.

W. P. Holbrook : Le programme de lutte contre la fièvre rhumatismale dans les forces de l'armée de l'air. *J. A. M. A.*, 1944, **123**, 84-87.

R. Watson, S. Rothbart et H. Swift : L'emploi de la pénicilline dans la fièvre rhumatismale. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 274-280.

A. E. Cohn et C. Lingg : L'histoire naturelle de la maladie rhumatismale du cœur. Début et durée de la maladie. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 1-8.

A. E. Cohn et C. Lingg : L'histoire naturelle de la maladie cardiaque rhumatismale ; étude statistique. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 113-117.

A. Juca et P. White : La cause de la mort dans la maladie rhumatismale du cœur chez l'adulte. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 767-768.

J. I. Quinian : Mort subite au cours d'une endocardite rhumatismale insoupçonnée. *B. M. J.*, 1942, **2**, 695-697.

E. W. Boland et W. Conn : Rhumatisme psychogénique. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 805-808.

J. C. Cain : Rhumatisme récurrent. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 1037.

P. Hench et E. Rosenberg : Le rhumatisme palindromique : une maladie « nouvelle » souvent récurrente des articulations (arthrite, périarthrite, para-arthrite) : sans séquelle articulaire ; 34 cas. Ses relations avec l'arthrose angioneurale, le rhumatisme allergique et l'arthrite rhumatoïde. *Arch. int. Med.*, 1944, **73**, 293-321.

M. Mazer : Rhumatisme palindromique. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 364-365.

A. H. Douthwaite : Traitement bismuthique de l'arthrite rhumatismale. *B. M. J.*, 1944, **2**, 276.

K. Smull, R. Wegria et J. Leland : Effets du bicarbonate de soude sur la concentration en salicylate du sérum dans le traitement par le salicylate de la fièvre rhumatismale aiguë. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 1173-1174.

D. C. Bodenham : Contrôle de la déviation cubitale des doigts dans l'arthrite rhumatismale. *Lancet*, 1943, **245**, 354.

W. Bruetsch : Séquelles cérébrales tardives de la fièvre rhumatismale. *Arch. int. Med.*, 1944, **73**, 472-476.

W. S. C. Copeman : Etiologie du nodule fibrositique. *B. M. J.*, 1943, **2**, 263-264.

G. L. Scott : Chimiothérapie locale du rhumatisme chronique. *B. M. J.*, 1943, **2**, 510-511.

Shock. Réactions humorales

SHOCK

Shock expérimental.

M. Bielschowsky-Green : Facteurs de shock du muscle strié. Fractionnement, propriétés chimiques ; doses effectives. *Lancet*, 1943, **245**, 153-155.

R. Chambers, B. Zweifach et B. Lowenstein : La circulation périphérique durant le syndrome du shock du tourniquet chez le rat. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 791-802.

J. Chamnley : Shock traumatique expérimental. *B. M. J.*, 1944, **1**, 716-717.

G. W. Duncan, S. Sarnoff et C. M. Rhode : Etudes sur les effets de la posture dans le choc et le traumatisme. *Ann. Surg.*, 1944, **120**, 24-33.

R. Elman et E. Lischer : Traitement du shock expérimental par hémorragies répétées. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 498.

G. Ungar : « Shock » traumatique expérimental : facteurs affectant la mortalité et effet des agents thérapeutiques (acide ascorbique et nupercaïne). *Lancet*, 1943, **244**, 421-423.

Clinique du shock.

N. Z. Cope : Aspect clinique du shock. *B. M. J.*, 1944, **2**, 35-36.

J. Dipalma : La circulation cutanée dans le syndrome du shock. Comparaison de faits pronostiques simples de valeur clinique. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 684-692.

J. Mc Michael : Aspects cliniques du shock. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 275-280.

V. H. Moon : Analyse du shock. *B. M. J.*, 1944, **1**, 773-778.

Voir aussi Chirurgie de guerre (Shock traumatique).

Les shocks.

K. Brand : Shock anaphylactique après une première injection de sérum tétanique. *B. M. J.*, 1943, **2**, 11.

E. Schleyer : Shock anaphylactique après injection d'extrait de post - hypophyse. *B. M. J.*, 1944, **1**, 255.

Voy. Shocks en Chirurgie.

H. Blumgart, M. Schlesinger et P. Zoll : Occlusions coronaires multiples récentes chez des malades ayant eu un shock antécédent. *Arch. int. Med.*, 1941, **68**, 181-198.

E. Stead Jr et R. Ebert : Syndrome de shock produit par défaillance cardiaque. *Arch. int. Med.*, 1942, **69**, 369-383.

P. S. Fox : La transfusion sanguine immédiate dans le shock obstétrical. *B. M. J.*, 1943, **2**, 781.

A. Pruce : Shock dans un cas de pyréthothérapie traité par le plasma sanguin. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 935.

H. Bercher, J. Mc Cannell et E. Evans : Etude sur l'action retardante du shock, des barbiturates. *Ann. Surg.*, 1942, **116**, 657-658.

D. P. Cuthbertson : Réponse métabolique après le shock : La période de reflux. — La période d'afflux. — Recherche d'une explication. — Effets du régime et de l'extrait. *Lancet*, 1942, **242**, 433-436.

J. Hardy et L. Godfrey Jr : L'effet des liquides intraveineux sur les malades deshydratés et chez les sujets normaux. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 23-25.

F. Hartman, V. Schelling, B. Brush et K. Warren : La solution de pectine dans le shock. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 1337-1341.

A. W. Kay : La chaleur dans le traitement du shock. *B. M. J.*, 1944, **1**, 40-41.

G. Melton : L'oxygénothérapie dans le shock. *Lancet*, 1943, **244**, 481-483.

L. Stern : Traitement du shock par action directe sur les centres végétatifs. *B. M. J.*, 1942, **2**. 538-539.

K. Wakim et Gatch : Effet de la température sur le shock. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 903-907.

Déshydratation.

R. F. Bradish, M. W. Everhardt et W. M. Mc Cord : Quelques aspects physiologiques de l'emploi d'eau de mer contre la déshydratation. *J. A. M. A.*, 1942, **120**, 683-685.

J. D. P. Graham : Remplacement rapide du liquide dans l'hémorragie et le shock. *B. M. J.*, 1944, **2**, 623-625.

J. Hardy et L. Godfrey Jr : L'effet des liquides intraveineux sur les malades déshydratés et chez les sujets normaux. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 23-25.

S. Mc Dermott : La fièvre de déshydratation. *B. M. J.*, 1943, **2**, 455.

Voir aussi Métabolisme de l'eau.

Shocks thérapeutiques.

K. C. Bailey : Amphétomine facilitant les convulsions provoquées électriquement. *B. M. J.*, 1943, **1**, 251-252.

E. Dodds : Le traitement convulsif de la dépression climatérique. *B. M. J.*, 1943, **1**, 603.

Th. Heldt, D. Hurst et N. Dallis : Thérapeutique par l'électroshock dans un hôpital général. *Arch. int. Med.*, 1944, **73**, 336-340.

R. E. Hemphill : Electro-choc : observations cliniques. Fractures. Accidents physiques. Durée du traitement. *Lancet*, 1942, **243**, 152-153.

E. H. Larkin : Mésaventures d'un traitement convulsivant. *B. M. J.*, 1943, **2**, 299.

D. N. Parfitt : Epilepsie persistante à la suite de la thérapeutique de shock. *B. M. J.*, 1942, **2**, 514.

F. I. Thorpe : La thérapeutique de shock dans la psychose complication de la grossesse. *B. M. J.*, 1942, **2**, 281.

RÉACTIONS HUMORALES

Généralités.

O. Gordon : Allergie énurésie et bégaiement. *B. M. J.*, 1942, **1**, 357-358.

E. N. Fraenkel : Aspects sociaux de l'allergie. *B. M. J.*, 1943, **1**, 216-217.

K. Maunsell : Désensibilisation croisée dans les maladies allergiques. *Lancet*, 1943, **244**, 3-5.

H. L. Naterman et S. A. Robins : Test cutané par le diodrast pour prédire les réactions de système allergiques. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 491-493.

F. Rackemann : Allergie : revue de la littérature de 1940. *Arch. int. Med.*, 1941, **67**, 207-234.

F. Rackemann : Allergie, revue en 1941. *Arch. int. Med.*, 1942, **69**, 128-158.

F. Rackemann : L'allergie d'après la littérature de 1943. *Arch. int. Med.*, 1944, **73**, 248-266.

T. Randolph : Céphalée allergique ; un cas rare de sensibilité au lait. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 430.

R. Armattoe : Cas d'anaphylaxie après anesthésie. *B. M. J.*, 1943, **1**, 191.

P. Hartley, D. Evans et O. M. Hartley : Facteurs affectant la réponse des cobayes immunisés au stimulus antigénique. *Lancet*, 1943, **245**, 314-315.

B. G. Maegraith, G. M. Findlay et N. H. Martin : Agent lytique et facteurs d'inhibition dans les tissus humains et les sérums ; changements dans le facteur inhibiteur du sérum dans la fièvre de Blackwater. *Lancet*, 1942, **244**, 573-574.

J. L. H. Paterson, R. R. Race et G. L. Taylor : Iso-agglutinine anti-M. *B. M. J.*, 1942, **2**, 37.

G. L. Taylor, R. R. Race, A. Prior et E. Ikin : Proportions d'antigènes et anticorps dans les tests pour les anticorps Rh. *B. M. J.*, 1942, **2**, 572-573.

Auto-hémothérapie.

A. D. Lapp : L'asthme traité par le sérum sanguin du malade. *B. M. J.*, 1942, **1**, 552.

D. Hanstmann et H. Tatlock : Cold agglutinines (auto-hémoagglutinines) ; aide diagnostique dans certains types de pneumonie primitive atypique. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 369-370.

J. C. Turner, S. Nisnewitz, E. B. Jackson et R. Denney : Relation des agglutinines froides dans la pneumonie atypique. *Lancet*, 1942, **244**, 765-768.

IMMUNISATION

L. Bristol : L'immunisation des travailleurs industriels. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 816-817.

Sir H. Dale : Arrangements de temps de guerre pour les standards biologiques internationaux. *B. M. J.*, 1942, **2**, 385-387.

R. R. Hughes : Complications neurologiques de la séro- et de la vaccinothérapie. *Lancet*, 1944, **247**, 464-466.

Sérothérapie.

D. Rutstein, E. Reed, A. Langmuir et E. Rogers : Les réactions sériques immédiates chez l'homme, d'après les réactions aux injections intraveineuses de sérum antipneumococcique équin dans des cas de pneumonie. *Arch. int. Med.*, 1941, **68**, 25-56.

R. A. Snooten : Préparation des groupes de sérum. *Lancet*, 1943, **244**, 202-203.

G. Bousfield : La toxoïde diphtérique précipitée par l'alun. *B. M. J.*, 1943, **2**, 706-709.

H. L. Duke, W. B. Scott : Durée de l'immunité artificielle active contre la diphtérie. *B. M. J.*, 1943, **2**, 710.

V. Freeman : Immunisation anti-diphtérique dans un bourg de la Métropole. *B. M. J.*, 1942, **2**, 123-124.

F. Fulton, B. Moore, J. Taylor, A. Q. Wells et G. S. Wilson : Immunisation contre la diphtérie par un toxoïde précipité par l'alun I. *B. M. J.*, 1942, **1**, 315-319.

J. Fulton, B. Moore, J. Taylor, A. Q. Wells et G. S. Wilson : Immunisation contre la diphtérie avec un toxoïde précipité par l'alun. *B. M. J.*, 1942, **1**, 349-352.

H. M. Leete : Immunisation anti-diphtérique chez les adultes. *B. M. J.*, 1942, **1**, 121-122.

P. Boisvert, M. Fousek et M. Grossman : Administration intramusculaire du sérum de lapin *Antihemophilus influenzæ* type B. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 220-221.

Niels Dungal : Sérum de convalescent contre la rougeole. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 20-21.

K. Brandl : Shock anaphylactique après une première injection de sérum tétanique. *B. M. J.*, 1943, **2**, 11.

J. Cooke et F. Jones : La durée de l'immunité tétanique passive et ses effets sur l'immunisation active avec la toxine tétanique. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 1201-1208.

D. G. Evans : Persistance de l'antitoxine tétanique chez l'homme à la suite d'une immunisation active. *Lancet*, 1943, **245**, 16.

A. H. Mohammed : Préparation du sérum anti-scorpion : Utilisation de l'atrogène et de l'ergotoxine. *Lancet*, 1942, **243**, 364-365.

A. E. Hodgson : Sérothérapie spécifique de la typhoïde. *B. M. J.*, 1944, **2**, 339.

Vaccination.

G. Buchanan et S. Laidlaw : La vaccination dans les docks de Glasgow. *B. M. J.*, 1942, **2**, 394.

P. N. Coleman : Revaccination d'une unité d'armée. *B. M. J.*, 1944, **1**, 191.

S. O. Levinson, A. Milzer, H. Shaughnessy, J. Neal et F. Oppenheimer : Production de vaccins efficaces inactivés par l'irradiation ultraviolette. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 531-532.

G. Chesney et A. A. Jubb : Vaccine généralisée, traitée par le sérum de convalescent. *B. M. J.*, 1944, **1**, 720.

L. S. P. Davidson et L. J. Davis : Les réactions vaccinales généralisées chez les sujets allergiques. *Lancet*, 1943, **245**, 103.

A. A. Jubb : Vaccine généralisée. *B. M. J.*, 1943, **1**, 91-93.

Th. Anderson, P. Mc Kenzie : Encéphalite post-vaccinale. *Lancet*, 1942, **243**, 667-668.

G. D. S. Briggs : Encéphalite post-vaccinale. *B. M. J.*, 1942, **1**, 791.

S. Dunn : Encéphalomyélite post-vaccinale. *B. M. J.*, 1943, **2**, 199.

G. M. Fyfe et G. B. Fleming : Encéphalomyélite après vaccination à Fife. *B. M. J.*, 1943, **2**, 671-673.

I. Greenblatt et G. Kaplan : Cellules target dans l'ictère post-vaccinal. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 806-807.

P. Cohen et S. Scadron : La transmission placentaire des anticorps protecteurs contre la coqueluche par inoculation de la mère. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 656-662.

N. Dungal, Thoroddsen et H. Agutsson : Vaccination contre la coqueluche. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 200-201.

D. G. Evans : Propriétés antigéniques du *H. Pertussis* en relation avec l'immunisation active. *Lancet*, 1942, **242**, 529-530.

L. W. Sauer, W. Tucker et E. Markley : Réponses immunisantes aux mélanges de toxine diphtérique et de vaccin de la coqueluche. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 949-951.

L. Mc Gee, J. Andrus, C. Plume et S. Hinton : Vaccins contre le coryza et la production du coryza commun. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 555-556.

W. I. G. Morgan et H. Schutze : Inoculation prophylactique de l'antigène O de Fact Sigha. *Lancet*, 1943, **245**, 284.

A. Milzer, F. Oppenheimer et S. Levinson : Production de vaccins puissants inactivés par irradiation ultra-violette. III. Vaccin poliomyélitique entièrement inactivé. *J. A. M. A.*, 1944, **125**, 704-705.

G. Callender et G. Luippold : L'efficacité de la vaccine typhoïdique préparée par l'armée des Etats-Unis. *J. A. M. A.*, 1943, **123**, 319-321.

J. C. Cruickshank, B. C. Hobbs, A. M. Mc Farlan et O. Maier : Action désinfectante du phénol et de l'alcool dans le vaccin T. A. B. C. *B. M. J.*, 1942, **2**, 182-183.

G. W. M. Findlay : Lutte contre les rickettsia : Immunisation contre l'infection ; vaccins du typhus murin vivant et exanthématique. *Lancet*, 1942, **242**, 283.

J. B. Penfold : La vaccination contre le typhus. *B. M. J.*, 1944, **1**, 114.

Voy. Brûlures, Maladies infectieuses, Shocks.

Vitamines, Avitaminoses

A. B. Baker : Les vitamines pour la prévention des gelures. *J. A. M. A.*, 1942, **20**, 1268-1271.

E. R. Bransby, J. M. Hunter, H. E. Magee, E. M. M. Milligan et I. S. Rodgers : Influence de suppléments de vitamine sur la croissance, la santé et le bon état en général. *B. M. J.*, 1944, **1**, 77.

A. A. Harper, J. F. S. Mackay, H. Sharer et G. L. Camm : Vitamine et bien-être physique. *B. M. J.*, 1943, **1**, 243-244.

G. B. Jenkins et J. Yunkin : Les vitamines et la fonction physiologique. *B. M. J.*, 1943, **2**, 265.

V. Korenchevsky, K. Hall et B. Clapham : Les vitamines dans l'hyperthyroïdie expérimentale. *B. M. J.*, 1943, **1**, 245-246.

M. A. Krupp : L'apparition de l'insuffisance nutritionnelle et vitaminique. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 1475-1479.

W. W. Payne : Vitamines chez les écoliers. *Lancet*, 1943, **244**, 819.

R. E. Wright : Evidences académiques du métabolisme intra-normal de vitamines. *B. M. J.*, 1942, **2**, 723-724.

Vitamine A.

S. Almond et R. Fl. Logan : Carotinémie. *B. M. J.*, 1942, **2**, 239-240.

A. L. Bacharach, E. M. Cruickshank, K. M. Henry, J. A. Lovern, I. Moore, R. A. Morton et S. K. Kon : Le hareng, source de vitamine A et D. *B. M. J.*, 1942, **2**, 691-693.

E. Blanchard, Ph. Davis et H. Harper : La mesure de l'état de la vitamine A des adultes jeunes par l'adaptation à l'obscurité ; technique. *Arch. int. Med.*, 1940, **66**, 661-669.

K. H. Coward : Besoins relatifs des souris mâles et femelles en vitamine A. *B. M. J.*, 1942, **1**, 435.

H. Jewett, L. Sloan et G. Strong : L'absence de vitamine A peut-elle exister dans l'urolithiase en clinique ? *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 566-568.

H. Popper et F. Steigmann : La signification clinique du niveau de la vitamine A du plasma. *J. A. M. A.*, 1942, **123**, 1108-1114.

E. Blanchard, Ph. Davis et H. Harper : La mesure de l'état de la vitamine A des adultes jeunes par l'adaptation à l'obscurité : technique. *Arch. int. Med.*, 1940, **66**, 661-669.

K. J. W. Craik : Spécification par les tests d'adaptation à l'obscurité. *B. M. J.*, 1943, **1**, 632.

N. B. Harman : La mesure de la vision nocturne. *B. M. J.*, 1943, **1**, 43.

A. Lister et J. W. Bishop : La vision nocturne dans l'armée. *B. M. J.*, 1943, **2**, 325-326.

F. E. Preston : Importance des tests de la vision nocturne. *B. M. J.*, 1942, **1**, 800.

B. W. Rycroft : La vision nocturne dans l'armée. *B. M. J.*, 1942, **2**, 576.

J. Yunkin et A. Ferguson : Le test de Bishop Harman pour la vision nocturne. *B. M. J.*, 1943, **1**, 633.

J. Yurdin, G. W. Robertson et S. Yunkin : La vitamine A et l'adaptation à l'obscurité. *Lancet*, 1943, **245**, 10-12.

Vitamine B.

J. Ashworth et Don C. Sutton : Effet de l'œstrogène sur l'utilisation du complexe vitamine B. *Arch. int. Med.*, 1942, **69**, 15-22.

C. Barborka et A. Ivy : Relations entre la prise complexe de vitamine B et la production de travail chez les sujets entraînés. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 717-719.

A. G. Clark et T. Prescott : Etudes de la déficience en vitamine B. *B. M. J.*, 1943, **2**, 503-505.

Z. A. Leitner : Effets de la vitamine B. *Lancet*, 1943, **245**, 474-476.

W. C. W. Nixon, M. D. Wright, E. C Fieller : La vitamine B dans les urines et le placenta dans la toxémie gravidique. *B. M. J.*, 1942, **1**, 605-606.

T. Cornbleet, E. Kirch, Ph. et O. Bergeim et J. Solomon : Excrétion de Thiamine, Riboflavine, Niacin et Acide Pantothénique dans la sueur humaine. *J. A. M. A.*, 1943, **122**, 426-428.

R. Kaufman : Influence de la thiamine sur les niveaux du sucre sanguin chez les diabétiques. *Arch. int. Med.*, 1940, **66**, 1079-1086.

R. L. Swank et O. Bessey : Production et étude de la défaillance cardiaque chez des pigeons thiamino-déficients. *Arch. int. Med.*, 1942, **70**, 763-776.

B. Williams, H. Mason, R. Wilder et B. Smith : Observations sur la déficience provoquée chez l'homme en thiamine (vitamine B). *Arch. int. Med.*, 1940, **66**, 785-799.

B. Williams, H. Mason, B. Smith et R. Wilder : Déficience en thiamine (vitamine B) provoquée et le besoin en thiamine chez l'homme : observations nouvelles. *Arch. int. Med.*, 1942, **69**, 721-738.

R. Williams, G. Bissell et J. Peters : Métabolisme de la thiamine : le rôle du foie et des reins. *Arch. int. Med.*, 1944, **73**, 203-211.

Vitamine B 1.

H. Pollack, M. Ellenberg et H. Dolger : Etudes cliniques sur l'excrétion de vitamine B I déterminée par la méthode de fermentation. *Arch. int. Med.*, 1941, **67**, 793-804.

Vitamine B 2.

G. Duckworth : Ariboflavinose : *B. M. J.*, 1942, **1**, 582.

M. K. Gregory : Critère oculaire de la déficience en riboflavine. *B. M. J.*, 1943, **2**, 134-135.

V. Najjar, G. Johns, G. Medairy, G. Fleischmann et E. Holt Jr : La biosynthèse de la Riboflavine chez l'homme. *J. A. M. A.*, 1944, **126**, 357.

B. W. Baven : La poudre de Proflavine dans les plaies. *Lancet*, 1944, **247**, 73-74.

H. S. Stannus : Problèmes de la déficience en riboflavine et substances apparentées. *B. M. J.*, 1944, **2**, 103-104.

H. S. Stannus : Problèmes de la déficience en Riboflavine. *B. M. J.*, 1944, **2**, 140-143.

Vitamine C.

J. M. Alston : Les vitamines C dans les préparations de fruits. *B. M. J.*, 1942, **1**, 559.

W. R. G. Atkins : La vitamine C dans le test de saturation. *B. M. J.*, 1943, **1**, 254.

S. H. Bourne : La vitamine C. et la réparation de tissus lésés. *Lancet*, 1942, **243**, 661-663.

C. G. Evans : Nécrose trophique, greffe dermique et vitamine C. *B. M. J.*, 1943, **1**, 788.

R. E. Flodenwed et O. B. Bode : Investigations comparatives de vitamine C dans un camp d'internement. *Lancet*, 1943, **244**, 428-429.

G. C. C. Francis et A. Wormall : Etude de la vitamine C chez les étudiantes. *Lancet*, 1942, **242**, 647.

G. Goldsmith, A. Ocaard et D. Gowe : La vitamine C (Acide ascorbique) de la nutrition dans l'asthme bronchique ; une appréciation des besoins journaliers en acide ascorbique. *Arch. int. Med.*, 1941, **67**, 597-608.

L. J. Harris : Niveaux de la vitamine C chez les écoliers et les étudiants en temps de guerre. *Lancet*, 1942, **242**, 642-643.

L. J. Harris : Critique de la méthode de saturation pour la détermination du niveau de vitamine C. *Lancet*, 1942, **242**, 644-646.

L. J. Harris et M. Olliver : Prises de vitamine C ; mesures de standardisation : *Lancet*, 1943, **244**, 454-456.

L. J. Harris : Test de saturation de la vitamine C mesures de standardisation : des niveaux marqués de prise. *Lancet*, 1943, **244**, 515-516.

G. Kohn, E. H. M. Milligan et J. J. Wilkinson : L'alimentation en vitamine C et A chez les enfants et leur état physique. *B. M. J.*, 1943, **2**, 477-480.

M. K. Lawlor et M. I. Richardson : Ulcération vaginale et déficience en vitamine C. *B. M. J.*, 1944, **1**, 254.

B. B. Mc Millan et J. C. Inglis : Scorbut : un examen de 53 cas. *B. M. J.*, 1944, **2**, 233-235.

C. C. Ungley : Prises de vitamine C sur un petit paquebot. *Lancet*, 1943, **244**, 578-579.

L. G. G. Warne : Kolbrabie : Une source de vitamine C. *B. M. J.*, 1942, **1**, 387.

G. Goldsmith, A. Ocaard et D. Gowe : Dosage de l'acide ascorbique (vitamine C) : besoins des malades ambulants. *Arch. int. Med.*, 1941, **67**, 590-596.

G. Y. James et G. R. Marrack : Le niveau de l'acide ascorbique chez les écoliers du Hertfordshire. *Lancet*, 1943, **245**, 302.

W. Norwood, B. Kehoe et W. Machle : Les effets de l'acide ascorbique en relation avec l'absorption du plomb. *J. A. M. A.*, 1943, **121**, 501-504.

D. Richter et P. Gonby : Dosage du véritable acide ascorbique dans les urines. *Lancet*, 1943, **244**, 802-803.

C. Shaffer : L'effet diurétique de l'acide ascorbique ; son emploi dans la décompensation cardiaque. *J. A. M. A.*, 1944, **124**, 700.

Vitamine E.

A. M. Hain et J. C. B. Sym : Contrôle des bouffées de chaleur dans la ménopause par la vitamine E. *B. M. J.*, 1943, **2**, 8.

Vitamine K.

J. E. Fitzgerald et A. Webster : Valeur obstétricale des barbiturates et de la vitamine K. *J. A. M. A.*, 1942, **119**, 1082-1085.

R. Kinsey : Une aide nouvelle au contrôle de l'hémorragie dans les lésions sévères du foie : les transfusions de sang renforcées par l'administration de vitamine K aux donneurs. *Arch. int. Med.*, 1944, **73**, 131-137.

J. Lehmann : La vitamine K, un facteur de prophylaxie chez 13.000 nourrissons. *Lancet*, 1944, **246**, 493-494.

Vitamine P. P.

S. W. Hardwick : La pellagre de la pratique de la psychiatrie : 12 cas récents. *Lancet*, 1943, **245**, 43-44.

I. L. C. Henderson : Cas extraordinaire de pellagre. *Lancet*, 1944, **246**, 17.

G. Goldsmith : Excrétion urinaire d'acide nicotinique et de ses dérivés. *Arch. int. Med.*, 1944, **73**, 410-414.

B. Gottlieb : La déficience aiguë en acide nicotinique. *B. M. J.*, 1944, **1**, 392-393.

D. Sydenstricker : L'état présent de l'acide nicotinique. *Arch. int. Med.*, 1941, **67**, 746-751.

Imprimé par l'Ancne Imprimerie de la Cour d'Appel, 1, rue Cassette, à Paris (France). Le gérant : F. Thomas

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées aux Périodiques, la Direction scientifique de La Presse Médicale *a dû fixer à 4 colonnes maximum l'étendue des mémoires originaux. Tout manuscrit dépassant cette étendue sera retourné à son auteur.*

FAUT-IL OPÉRER L'ANGINE DE POITRINE ?

Par **Pierre WERTHEIMER**
(Lyon)

Le traitement chirurgical de l'angine de poitrine n'a trouvé, ni dans l'opinion médicale, ni dans les entreprises de la chirurgie le succès dont certains plaidoyers ont tenté de l'assurer. Depuis 1916, date de la première intervention que pratiqua Jonnesco, ces documents les plus importants qui aient été assemblés pour illustrer et défendre les opérations sympathiques dans le traitement de cette affection figurent dans les thèses de René Fontaine [1] et Marcel Bérard [2], l'une et l'autre inspirées par Leriche, et dans le livre de J. C. White et Smithwick [3]. Il faut avouer que ces documents n'ont pas persuadé le public et que la chirurgie sympathique de l'angine conserve un caractère d'exception et fait figure de tentative intéressante, mais dont l'acceptation par les cardiologues s'accompagne de beaucoup de réticences et de réserves.

Il m'est apparu que celles-ci trouvaient trop souvent une justification apparente dans les critiques auxquelles prêtent les observations publiées, la brièveté des résultats, l'absence de contrôle du fait clinique et de l'indication par un cardiologue qualifié, le caractère fragmentaire des statistiques.

Pour permettre un jugement impartial, j'ai pensé qu'il serait de quelque intérêt de faire connaître l'expérience que je puis avoir acquise sur cette question et d'exposer dans leur crudité les faits tels que je les ai observés.

A ce jour j'ai opéré 28 malades réputés angineux: tous ont été soumis à l'examen préalable d'un cardiologue. Quinze d'entre eux me furent du reste confiés par mon Maître M. le Dr Gallavardin dont l'autorité dans ce domaine pathologique ne saurait être contestée; 7 autres me furent adressés par mon collègue Roger Froment, lui aussi cardiologue averti. Un tel recrutement ne permet donc pas de jeter le discrédit préalable trop souvent porté sur le diagnostic qui justifia l'intervention, encore que la possibilité d'erreurs, et j'en citerai un exemple probant, ne puisse être exclue.

Les nécessités du temps ne me permettent pas de publier ici et dans leur détail mes observations: l'exposé en sera réservé à d'autres opportunités. Qu'il me soit permis d'en extraire les enseignements les plus importants et de déduire de ceux-ci quelques commentaires.

La mortalité: J'ai perdu 4 malades. Il n'est pas dans mon intention d'atténuer à ce propos la responsabilité de l'acte opératoire, tout au contraire. Je la tiens pour la cause directe de ces 4 décès. Il importe donc d'en préciser les circonstances.

Le premier cas concerne celui d'une femme de 59 ans (Obs. V) atteinte d'aortite syphilitique que me confia Roger Froment. En cours d'intervention elle présenta un ictus suivi d'hémiplégie et mourut quinze jours plus tard. Il se peut qu'une embolie gazeuse ait été la cause de cet accident, le compte rendu opératoire faisant état d'une petite hémorragie veineuse qui se serait accompagnée d'un certain gargouillis aérien.

1. René Fontaine : Les résultats actuels du traitement chirurgical de l'angine de poitrino. Strasbourg, 1925.
2. Marcel Bérard : Les méthodes chirurgicales du traitement de l'angine de poitrine. *Masson et Cie*, éditeurs.
3. White et Smithwick : The autonomic nervous system (*Mac Millan*, édit.). New-York 1941

Le second est celui d'un homme de 55 ans, malade de H. Patiard, opéré le 24 Décembre 1936 de stellectomie gauche (obs. VI) et qui succomba le 12 Janvier 1937. L'autopsie montra un infarctus du myocarde.

Le troisième a trait à un homme de 57 ans (obs. XIV) suivi par M. Gallavardin. L'opération fut très pénible en raison d'un cou court chez un homme pléthorique et d'une hémostase difficile. Le ganglion stellaire ne fut pas trouvé et je me contentai de sectionner la chaîne sympathique au-dessous du ganglion intermédiaire. Le malade mourut subitement le onzième jour en apparence du fait d'une embolie pulmonaire, mais il n'y eut pas d'autopsie.

Enfin le quatrième est celui d'un homme de 42 ans, atteint de crises subintrantes sans lésions aortiques ou cardiaques (Dr Tourniaire). Il subit le 17 Février 1942 une stellectomie gauche élargie (obs. XVI). Les crises cessent complètement au point que le malade enchanté du résultat se lève. Le 20 Février il se plaint de douleurs violentes dans l'hémithorax droit qu'une infiltration stellaire droite soulage temporairement. Il meurt subitement le 23 Février, sans doute d'un infarctus du myocarde.

En somme deux morts vraisemblablement imputables à l'acte opératoire: une embolie gazeuse suivie d'ictus cérébral et d'hémiplégie, une embolie pulmonaire post-opératoire, toute réserve étant faite quant à l'exactitude de l'interprétation, et deux autres relevant d'un infarctus du myocarde.

Les échecs: Ils sont également au nombre de 4. L'un d'eux s'explique par une erreur de diagnostic, qui vaut d'être contée.

Il s'agissait d'un homme de 66 ans (obs. XII) qui me fut adressé par M. le Dr Gallavardin pour crises angineuses. Une stellectomie gauche fait disparaître les douleurs qui affectaient l'hémithorax et le membre supérieur du côté gauche, mais respecte et même accroît les douleurs dans l'hémithorax droit. Une stellectomie droite modifie le type des phénomènes douloureux, mais ne les soulage pas. Quatre mois plus tard, le malade m'est amené en état d'anémie hémorragique aiguë à la suite d'une hématémèse foudroyante. Après son rétablissement, grâce à deux transfusions, il est radiographié et tenu pour porteur d'un ulcère pyloro-duodénal. Une gastro-pylorectomie entraîne sa guérison définitive.

Un second concerne une femme de 47 ans, malade du Dr Gallavardin, qui porte le diagnostic d'angine coronarienne (obs. I). Le 28 Décembre 1926, je pratique une ramisection cervicale inférieure gauche, la section des nerfs cardiaques et celle de la chaîne au-dessus du ganglion intermédiaire. La malade n'en ressentit aucun soulagement et survécut pendant dix ans.

Le troisième est le cas d'une femme de 48 ans (obs. IV) atteinte d'insuffisance aortique et de crises angineuses (Dr Roubier). Malgré les résultats favorables de l'infiltration stellaire une stellectomie gauche demeura inopérante.

Le quatrième échec affecta un homme de 66 ans (obs. X) atteint d'angor par artérite coronarienne (Dr Roger Froment). Malgré une stellectomie large et bilatérale l'échec thérapeutique fut complet, après une brève amélioration initiale.

Au demeurant trois échecs complets ont été enregistrés, le quatrième relevant d'une erreur d'interprétation qui montre les difficultés du diagnostic et enseigne l'obligation de peser avec beaucoup d'esprit critique les résultats de cette chirurgie. Sans l'hématémèse providentielle qui me ramena ce malade, j'aurais porté le cas au passif de la stellectomie bilatérale dans le traitement d'un cas typique d'angor.

Les résultats : Deux malades n'ont pu être retrouvés après l'intervention.

Le premier (obs. IX) avait subi une première stellectomie à gauche en Juin 1938. Six mois plus tard il se déclarait très amélioré au point d'avoir pu reprendre une vie active; mais il conservait des douleurs dans l'hémithorax droit pour lesquelles je pratiquai une stellectomie droite. Les suites immédiates furent excellentes, mais il m'a été impossible de reprendre contact avec le malade.

Le second était atteint d'angor pour coronarite, diagnostic porté par Roger Froment. En Juin 1938 une stellectomie large et bilatérale fut faite mais je manque de tout document sur le résultat éloigné.

Un troisième était un homme de 71 ans qui me fut confié en Juin 1927 par M. Gallavardin. C'était, écrivait-il, un infirme désespéré par la violence des crises angineuses. Une stellectomie gauche l'améliora beaucoup et cette amélioration persistait sept mois plus tard, mais j'ignore quel fut son destin ultérieur.

Ainsi dépouillée, ma statistique se réduit à 17 observations dont les suites ont pu être contrôlées plus longtemps, encore que les trois dernières concernent des faits trop récents pour justifier le terme de résultats éloignés. Pour ces 17 malades cependant, j'estime que l'intervention eut un effet favorable; la durée d'observation s'échelonnant sur une période qui varie entre 7 ans et 6 mois. M. Gallavardin exprime volontiers sous une forme numérique le taux bénéficiaire; il varie entre 50 et 90 pour 100. Un malade présente une angine coronairienne typique avec crises d'effort et nocturnes, quotidiennes et pénibles. Le 3 Juillet 1939 il subit une stellectomie gauche. Il est mobilisé en 1939-1940 comme officier dans une base d'aviation, échappe à une fièvre typhoïde grave, reprend ensuite sa profession de viticulteur. En 1941 il m'écrit: « le résultat dépasse mes espérances ». Un autre présente également les signes d'une angine coronarienne avec des crises violentes déclenchées par le moindre effort. Il est opéré le 2 Décembre 1942 (stellectomie gauche). Il m'écrit le 14 Mai 1943 qu'il a pu reprendre une vie active et ne ressent plus qu'un léger malaise lorsqu'il accélère la marche ou monte rapidement un escalier. J'ai eu récemment de ses nouvelles: il a pu, sans présenter une crise, traverser une période extrêmement difficile et faire face à de graves périls dans la période de libération. Sous des formes diverses, pour des délais variables, les résultats de ces observations sont comparables entre eux. Tous ces malades ont pu être rendus à une vie active et libérés de la terrible contrainte qui pesait sur eux.

Commentaires. — Ils se borneront aux renseignements qu'autorise une expérience limitée mais cohérente.

Tout d'abord les opérations sympathiques (en l'espèce il s'agit électivement de stellectomies larges exécutées selon la technique de Gask et Ross) ne méritent pas la réputation de gravité que d'aucuns leur prêtent, et je n'ai pas observé ces morts opératoires dramatiques avec lesquelles on effraye les cardiologues. Je me suis expliqué avec franchise sur ce point. Pour 2 de mes malades, les accidents enregistrés auraient pu survenir à l'occasion de toute intervention difficile effectuée sur la base du cou. Pour les deux autres qui succombèrent précocement à un infarctus du myocarde j'incrimine volontiers une erreur d'indication, tout au moins d'opportunité. Je n'en veux d'autre preuve que ce fait: un homme de 54 ans m'est adressé par M. Gallavardin pour stellectomie; il présente un syndrome angineux avec des crises quotidiennes; la date de l'intervention est fixée et le jour même choisi pour son entrée à la clinique il meurt subitement. Quelques heures plus tard le bilan de la stellectomie se trouvait obéré d'une mort supplémentaire dont elle aurait été tenue pour responsable.

Est-ce à dire que je tienne l'intervention pour innocente de ces deux infarctus ? Non certes. Dans un cas tout au moins (obs. XVI) il la suivit de trop près pour que je ne sois pas tenté de l'en accuser. Cette même responsabilité est suggérée par Paliard à propos de la seconde observation, mais à vrai dire la preuve est difficile, trop d'incertitudes pèsent sur l'avenir des angineux.

Un second fait est la systématisation de l'analgésie que réalise l'opération. Une stellectomie gauche supprime habituellement les douleurs dans l'hémithorax et le membre supérieur gauche ; elle respecte ou révèle les douleurs dans l'hémithorax et le membre supérieur du côté opposé. Le ganglion stellaire droit est-il enlevé à son tour, que peuvent se manifester des douleurs à siège normal : épigastrique ou facial. L'efficacité analgésique de l'intervention est indéniable ; elle est totale ou partielle, temporaire ou durable mais jamais nulle. Aussi bien est-elle admise de ceux-là mêmes qui se montrent partisans timides d'une thérapeutique chirurgicale. Il est curieux d'ailleurs qu'une telle action soit tenue pour accessoire dans une affection dont la douleur représente la manifestation essentielle et qui témoigne, écrit Gallavardin, d'une telle prédominance des symptômes subjectifs sur les constatations objectives. Déjà Leriche s'étonnait à juste titre de la complaisance dont témoignent les médecins à l'égard des douleurs angineuses, tandis qu'ils consentent à des interventions plus graves en faveur des ulcéreux. N'a-t-on pas prétendu avec Mackenzie que la douleur possédait une vertu prémonitoire et qu'elle évitait à l'angineux de solliciter de son myocarde un effort disproportionné avec ses possibilités vasculaires ?

Mais l'objection essentielle n'est pas là. Récemment Gallavardin [4] définissait l'angine de poitrine « une maladie artérielle qui fait le lit d'une maladie myocardique » justifiant ainsi l'affirmation de Leriche selon laquelle « le traitement de l'angine de poitrine n'est qu'un cas particulier du problème thérapeutique général des artérites et des troubles vasomoteurs ». Les opérations y sont sollicitées en vertu même des effets qui leur sont reconnus dans le traitement des oblitérations artérielles : interruption des réflexes vaso-constricteurs, production d'un d'un état de vasodilatation. Mais les physiologistes, sur la foi d'expériences effectuées sur la préparation de Starling (cœur et poumons isolés) attribuent au pneumogastrique un rôle de vaso-constriction coronarienne et ne reconnaissent pas pour valables les démonstrations expérimentales de Leriche et Fontaine confirmées par Kuntz, Pearson et Kœnig. Ils considèrent que les variations tensionnelles enregistrées dans la circulation des coronaires par l'excitation du ganglion stellaire ne contredisent pas l'action vaso-constrictrice prêtée au vague sous le prétexte qu'on ne saurait homologuer des variations tensionnelles à des changements vaso-moteurs. Dans ce débat expérimental mon information purement clinique ne m'autorise pas à prendre parti. Pourtant l'argumentation avec laquelle on tente d'attribuer à la vaso-motricité coronarienne une distribution différente de celle qui régit l'ensemble du système artériel enlève malaisément ma conviction. Laubry et Soulier [5] en sont réduits à invoquer pour les coronaires une maladie nerveuse et musculaire et l'intervention de réactions diphasiques. Les expériences de Leriche et Fontaine ont une tout autre expression de clarté et d'évidence. Elles permettent d'assimiler le spasme ou l'oblitération coronarienne aux altérations fonctionnelles et anatomiques qui atteignent les artères des membres et de voir dans l'infarctus du myocarde l'équivalent d'une nécrose musculaire ischémique. De cette identité de nature il est légitime de conclure à des principes thérapeutiques identiques.

Les objections dans l'ordre expérimental perdraient de leur valeur si les documents cliniques permettaient d'affirmer que les opérations sympathiques transforment le pronostic et l'évolution de la maladie. Or cette démonstration est difficile pour la raison que l'angine de poitrine s'accommode d'accalmies et de rémissions prolongées, et que celles-ci peuvent bénéficier de toutes les formes de l'affection. C'est qu'en réalité la circulation coronarienne est susceptible de s'adapter à l'oblitération de ses gros troncs par la mise en jeu d'une circulation vicariante du myocarde et l'intervention des anastomoses ; Roger Froment [6] fort justement insiste à nouveau sur ce fait dont il a déduit que certaines thromboses coronariennes n'étaient pas inévitablement génératrices d'infarctus, mais au contraire capables d'une évolution régressive favorisée par l'immobilisation rigoureuse et prolongée au lit. En vérité une telle conception se rapproche singulièrement de celles dont s'inspire la pathologie artérielle des membres. Avec Roger Froment nous sommes tout disposés à ne pas surestimer les résultats opératoires, à reconnaître que certains succès n'ont été que la consécration d'une régression spontanée succédant à une phase oblitérante, mais j'avoue ne pas comprendre la répugnance des cardiologues, sinon parce qu'ils adoptent sans conteste les observations physiologiques faites sur la préparation de Starling, à reconnaître les effets des opérations sympathiques sur la circulation supplétive du myocarde, alors que ceux-ci sont admis si volontiers lorsqu'il s'agit de la musculature de la cuisse ou du mollet.

Il apparaît de plus en plus que la doctrine physiologique touchant l'innervation vaso-motrice de la circulation myocardique représente l'obstacle essentiel à l'agrément des méthodes chirurgicales. Il serait souhaitable qu'elle fût vérifiée dans des conditions expérimentales rigoureuses et proches de celles que réalise la pathologie humaine. L'expérience chirurgicale, la seule à laquelle je puisse prétendre, m'incite à croire que les opérations sympathiques, au niveau des coronaires comme au niveau des artères des membres, font cesser le spasme et favorisent le développement de la circulation anastomotique, et les résultats enregistrés sont la traduction de cette double action.

Un mot touchant la tactique opératoire : j'accorde actuellement mes préférences à la stellectomie élargie vers la partie supérieure de la chaîne thoracique selon la technique fixée par Gask et Ross [7]. L'opération doit être systématiquement bilatérale, cette obligation étant satisfaite en deux temps séparés par quelques jours d'intervalle. Il ne m'est pas apparu qu'elle puisse introduire dans la méthode un élément appréciable de gravité.

ÉTUDE STATISTIQUE DE 70 CAS DE DIABÈTE BRONZÉ

Par **Raoul BOULIN**

(Paris)

En l'espace de quinze ans, nous avons réuni 70 observations de diabète bronzé. Ce chiffre exceptionnellement élevé a rendu possible une large enquête statistique dont il nous paraît intéressant de communiquer les résultats.

Ces cas ayant été recueillis parmi 4.266 diabétiques, la fréquence relative des cas de diabète bronzé par rapport à ceux de diabète banal est donc de 1.66 pour 100. La grande majorité des malades (85 pour 100) appartenaient au sexe mâle, la minorité (15 pour 100) au sexe féminin. Aucun élément étiologique n'a pu être dégagé ; la syphilis acquise n'a été dépistée que dans 1,52 pour 100 des cas, le paludisme dans 4,26 pour 100 des cas, l'alcoolisme dans 20 pour 100 des cas ; ce dernier facteur, jadis incriminé, paraît devoir être rejeté ou n'avoir qu'un rôle accessoire. En outre, alors que le diabète sucré banal est héréditaire dans 30 pour 100 des cas, nous n'avons pas retrouvé un seul cas de diabète bronzé héréditaire ; il est vrai qu'il existait dans 10 pour 100 des cas une hérédité de diabète banal, mais chez les sujets sains cette hérédité s'observe dans une proportion très voisine (7 pour 100). A noter que chez 7 pour 100 de nos malades il existait une pigmentation familiale non accompagnée de cirrhose ni de diabète.

Les trois grands signes cardinaux de la maladie se sont montrés réunis à une époque de la vie variant entre 20 et 54 ans et, dans la majorité des cas (56 pour 100), entre 40 et 49 ans. Ils ne se sont jamais installés simultanément, mais successivement, apparaissant l'un après l'autre, à plusieurs années de distance, en sorte qu'une grande partie et même chez certains la totalité de l'existence a paru nécessaire à la constitution de la maladie. L'ordre habituel d'apparition des symptômes nous a semblé en général être le suivant : mélanodermie, cirrhose, diabète.

La mélanodermie a été dans 25 pour 100 des cas congénitale ou contemporaine des premières années de la vie ; dans 18 pour 100 des cas elle s'est installée entre 20 et 30 ans, dans 22 pour 100 entre 30 et 40 ans, dans 22 pour 100 entre 40 et 50 ans, dans 9 pour 100 entre 50 et 54 ans. Elle est ordinairement discrète, susceptible de passer inaperçue, rarement foncée. Elle est habituellement bistre, très rarement mine de plomb. Elle prédomine au niveau des régions malaires, de la face dorsale du bras, de l'avant-bras et des mains, et n'intéresse jamais les organes génitaux, les mamelons ni les cicatrices. Elle atteint les muqueuses dans 18.5 pour 100 des cas sous la forme de petites taches bistres ; dans 6 pour 100 des cas, cependant, elle dessine sur la muqueuse buccale de larges macules ardoisées identiques à celles de la maladie d'Addison. Elle peut coïncider avec des éléments dépigmentés à type de vitiligo. Elle subit communément des variations parallèles à l'évolution de la maladie.

La cirrhose a toujours été présente dès l'installation du diabète, elle peut donc être considérée comme lui étant antérieure ; inversement, dans tous les cas où il a été possible de préciser l'ordre de succession de la cirrhose et de la mélanodermie, celle-ci était la première en date. La cirrhose a été diagnostiquée chez nos malades dans 76 pour 100 des cas entre 30 et 40 ans et dans 24 pour 100 des cas au cours de l'une des troisième, sixième et septième décades de la vie. La constatation en a été fortuite dans 16 pour 100 des cas, elle a été provoquée dans 34 pour 100 des cas par des crises douloureuses extrêmement violentes siégeant dans la région hépato-vésiculaire, simulant une colique hépatique, et dans 4 pour 100 des cas par une poussée d'ictère. Dans 85 pour 100 des cas, le foie était largement hypertrophié, dépassant le rebord costal de 4 à 5 travers de doigt ; dans 15 pour 100 des cas l'hypertrophie était plus modérée ; dans aucun cas le foie n'avait des dimensions normales ou réduites. Dans 10 pour 100 des cas il était douloureux à la palpation, soit du fait d'une insuffisance cardiaque associée, soit par suite de la survenue des crises hépato-vésiculaires sus-mentionnées. La rate était hypertrophiée dans 69 pour 100 des cas. Toutes les autres manifestations habituelles des cirrhoses ont été observées, mais dans un nombre très restreint de cas : l'ascite (10 pour 100), l'œdème des membres inférieurs (13 pour 100), les varicosités des pommettes (18 pour 100), les hémorroïdes (5 pour 100), le subictère conjonctival (15 pour 100), les hémorragies (8 pour 100), la circulation veineuse collatérale (4 pour 100). Nous n'avons pas observé de modifications du temps de saignement ni du temps de coagulation. L'examen des urines s'est révélé dans l'ensemble remarquablement négatif : l'urobilinurie n'était présente, en effet, que dans 31 pour 100 des cas, la cholalurie dans 3 pour 100, la bilirubinurie dans aucun cas ; le rapport azoturique, cependant, a été abaissé dans 56 pour 100 des cas, les chiffres variant de 78 à 64 pour 100. L'épreuve du Rose Bengale pratiquée chez 4 malades seulement a donné des chiffres forts ou très forts. La cholestérolémie a été élevée chez 68 pour 100 des malades, le taux variant de 2.21 à 4,91 ; chez les autres malades, elle était, suivant les cas, basse (12 pour 100) ou normale (21 pour 100) ; ces variations n'ont pas montré de relations avec la gravité de la maladie. La fibrinémie mesurée chez 3 malades a été régulièrement abaissée.

4. Louis Gallavardin : Les angineux anormaux. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 Novembre 1941, 771.
5. Laubry et Soulier : Les maladies des coronaires (*Masson et Cie*, éditeurs.
6. Roger Froment : Coronarites thrombosantes non infarctogènes. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 Novembre 1943, 731.

7. P. Wertheimer et M. Béraud : La chirurgie de la chaîne sympathique cervico-thoracique (Technique de Gask et Ross). *Journal de Chirurgie*, Janvier 1938, 51, n° 1, 31.

.'épreuve de l'hyperglycémie adrénalinique pratiquée chez 8 malades a donné des résultats extrêmement variables, le taux de l'ascension glycémique s'inscrivant entre 0,20 et 1,81. Fait curieux, ; tubage duodénal pratiqué dans 9 cas n'a ramené c bile B que dans un seul cas et la cholécystographie a toujours été négative. La porphyriurie, recherchée dans 4 cas, était présente chez ? malades à des taux extrêmement élevés (180 1 680 γ).

Le diabète a toujours été le dernier grand ymptôme de la maladie à faire son apparition; oujours la mélanodermie et la cirrhose l'ont précédé à plus ou moins longue échéance. Comme e faisait remarquer le Prof. Fiessinger, il inaugure la phase terminale troublée du diabète bronzé, dors que les autres signes cardinaux sont latents ou bien supportés et en tout cas ne compromettent pas l'existence. On s'explique ainsi que dans un grand nombre de cas (38 pour 100) c'est à l'occasion de la survenue du diabète qu'est posé le diagnostic du diabète bronzé, d'autant que chez un certain nombre de malades (16 pour 100) 'installation en est subite et s'opère à grands fracas. Ce diabète a des caractères très particuliers qui lui confèrent une place à part. C'est tout d'abord un diabète grave avec acidose, qui nécessite l'emploi de l'insuline dans 96 pour 100 des cas: si 36 pour 100 des malades peuvent se contenter de 20 unités, 37 pour 100 exigent de 21 à 50 unités et 55 pour 100 ont besoin de 50 à 150 unités par jour. C'est un diabète évolutif, car il est nécessaire, pour maintenir les malades équilibrés, d'augmenter en l'espace de quelques mois les doses d'insuline de 1 à 50 pour 100 dans 10 pour 100 des cas, de 50 à 100 pour 100 dans 70 pour 100 des cas, de 100 à 300 pour 100 dans 14 pour 100 des cas. C'est un diabète insulino-résistant, car, dans 57 pour 100 des cas, l'injection intraveineuse de 12 unités d'insuline (épreuve de Radoslav) n'abaisse la glycémie que d'un taux inférieur à 40 pour 100 (chiffre normal): l'abaissement peut même être complètement nul (insulino-résistance absolue); cette insulino-résistance présente en outre le caractère remarquable d'être évolutive, c'est-à-dire que des épreuves d'hypoglycémie pratiquées de loin en loin révèlent une diminution progressive de la sensibilité à l'insuline. Malgré cet état d'insulino-résistance, les accidents hypoglycémiques s'observent dans 35 pour 100 des cas: ils peuvent entraîner la mort par collapsus malgré le retour de la glycémie à la normale. Nous n'avons jamais observé de signes coprologiques d'insuffisance externe du pancréas. Toutes les complications habituelles du diabète ont fait défaut sauf l'aréflexie rotulienne (22 pour 100 des cas), la tuberculose pulmonaire (29 pour 100 des cas). Le coma acidosique, observé trois fois, a été constamment mortel. L'épreuve d'hyperglycémie alimentaire a révélé les caractères habituels au diabète sucré avec cette réserve que la durée d'ascension, dans plus de la moitié des cas, ne dépassa pas une heure.

En sus du diabète, de la cirrhose et de la mélanodermie, certains éléments accessoires du tableau clinique ne doivent pas être passés sous silence et nous en avons précisé la fréquence.

Les crises douloureuses hépato-vésiculaires susmentionnées, analogues à des coliques hépatiques parfois accompagnées d'ictère, ont été retrouvées dans 34 pour 100 des cas. D'autres crises douloureuses peuvent être observées au niveau du cadre colique, de la région sus-ombilicale, des régions lombaires ou vertébrale.

Les troubles digestifs s'observent dans 20 pour 100 des cas. Ils consistent tantôt en diarrhée parfois sanglante, tantôt en constipation spasmodique, parfois même en crises pseudo-occlusives. La radiographie du gros intestin ne révèle, dans ce dernier cas, que des spasmes coliques étendus.

L'asthénie existe chez 30 pour 100 des malades. Elle apparaît avec le diabète, peut atteindre un degré analogue à celui de la maladie d'Addison et confiner le malade au lit.

L'amaigrissement, contemporain également de l'installation du diabète, est beaucoup plus important que celui que l'on observe dans le diabète banal et comparable à l'amaigrissement aigu des affections pancréatiques; il peut atteindre de 2 à 16 kg. par mois et entraîner une perte de poids de 40 kg.

La tension est ordinairement modérément abaissée, la tension maxima s'inscrivant entre 10 et 12 cm. chez 72,40 pour 100 des malades.

Le taux de l'urée du sang dépasse la normale dans 23 pour 100 des cas, demeurant compris entre 0 g. 51 et 0 g. 80. L'albuminurie, inférieure à 1 g. par litre, existe chez 23 pour 100 des malades.

Les modifications hématologiques sont peu importantes. On observe chez 52 pour 100 des malades une anémie du premier degré avec élévation légère de la valeur globulaire. Le taux des leucocytes est normal dans 43,6 pour 100 des cas, un peu diminué dans 37,2 pour 100, accru dans 18,2 pour 100 des cas. La formule blanche est normale dans 62 pour 100 des cas, déviée dans le sens de la polynucléose ou de la mononucléose dans les autres cas, en proportions à peu près égales. La résistance globulaire est dans un nombre égal de cas normale ou légèrement accrue.

L'insuffisance cardiaque a été observée dans un nombre assez élevé de cas : 17,5 pour 100. Qui plus est, l'électrocardiogramme ne s'est avéré normal que dans 22,7 pour 100 des cas. Par contre, dans 77,3 pour 100 des cas il existait des altérations diverses : bas voltage, inversion de T, déviation à gauche de l'axe, crochetage de la branche descendante, aplatissement de T, isodiphasisme, arythmie complète, etc.

La sécheresse de la peau, pouvant aboutir à un véritable état d'ichtyose, est noté dans 26 pour 100 des cas, la chute des poils pubiens et axillaires dans 34 pour 100. L'impuissance a été constatée dans 40 pour 100 des cas, associée dans 12 pour 100 des cas à de l'atrophie testiculaire; elle accompagne l'installation du diabète ou le précède de peu.

Dans un cas, nous avons observé un syndrome clinique et biologique identique à la maladie d'Addison : courbe de fatigabilité musculaire, hyponatrémie, hyperkaliémie, etc.

Le métabolisme basal est normal dans 61 pour 100 des cas, élevé dans 30 pour 100, abaissé dans 9 pour 100.

Parmi nos malades, 34 pour 100 sont morts; la cause de leur décès a été dans 22 pour 100 des cas la tuberculose pulmonaire, dans 12 pour 100 le coma diabétique, dans 8 pour 100 l'insuffisance cardiaque, dans 8 pour 100 des infections surajoutées, dans 4 pour 100 l'ictère grave, dans 4 pour 100 le coma hypoglycémique; les autres malades sont morts de cachexie ou de cause inconnue.

La durée de la maladie nous a paru très différente de celle admise par les classiques. Depuis l'installation du diabète, la durée moyenne a été de quatre ans, avec des extrêmes de un et de vingt ans. Depuis l'apparition de la cirrhose, la durée moyenne a été de sept ans, avec des extrêmes de trois et dix-sept ans. Depuis l'apparition de la mélanodermie, la durée moyenne a été de vingt ans, avec des extrêmes de trois et quarante-six ans; ce dernier chiffre très élevé est dû à la fréquence des mélanodermies congénitales ou installées dès les premières années de la vie.

De l'ensemble de cette étude, plusieurs conclusions d'ordre général doivent être dégagées.

Tout d'abord, le diabète bronzé apparaît comme une maladie très différente du diabète sucré dont il ne se distingue pas seulement par l'existence d'une scléro-sidérose hépato-pancréatique, mais encore par l'absence de tout caractère héréditaire et surtout par les caractères si particuliers du trouble glycorégulateur, sur lesquels nous avons insisté.

En second lieu, c'est une affection d'une très longue durée qui se constitue par étapes successives : la mélanodermie, puis la cirrhose qui demeurent souvent latentes, enfin le diabète qui représente la phase ultime, troublée, fatale de la maladie. L'ensemble se déroule pendant des années ou des dizaines d'années, parfois même pendant la plus grande partie de l'existence du malade. Cette constatation évoque l'existence à l'origine de cette maladie d'un trouble congénital du métabolisme, théorie jadis soutenue par Wegener et par Sheldon.

ANTIVITAMINE K ET OBLITÉRATION DE L'ARTÈRE CENTRALE DE LA RÉTINE

Par Y. GIRAULT-DANGELY

(Paris)

Au cours d'une amicale causerie avec M. Paul Meunier, assistant à la Faculté des Sciences, au sujet de l'action physiologique des principes vitaminiques et anti-vitaminiques K, nous avons pensé à l'emploi de ces derniers au cours des syndromes d'oblitération de l'artère centrale. M. Meunier nous a mis en contact avec les Laboratoires Roussel qui ont mis à notre disposition des comprimés de 3,3' méthylène 4,4' dihydroxycoumarine dosés à 0 g. 05, que nous avons prescrits selon la posologie suivante : 15 comprimés à prendre en quarante-huit heures, 8 le premier jour, 2 par 2 de deux heures en deux heures, et 7 le deuxième jour.

Nous avons toujours eu soin de vérifier les temps de coagulation avant et après, et n'avons prescrit une seconde série de 15 comprimés qu'après avoir attendu un minimum d'une semaine, et lorsque le temps de coagulation le permettait. Nous n'avons jamais eu le moindre accident, à part une épistaxis chez un hypertendu.

Observation I. — Mlle B..., âgée de 13 ans, vient nous consulter le 20 Décembre 1943 pour perte brutale de la vision de l'œil droit depuis quatre semaines. Divers traitements ont été essayés. Rien à signaler dans l'état général. A l'examen, on trouve un énorme œdème de la région papillo-maculaire. La région maculaire est particulièrement tourmentée et ombrée de traînées pigmentaires ; artères grêles ; papille floue et pâle.

Nous prescrivons 6 comprimés d'AVK à prendre dans la journée du lendemain. Le 23, nous revoyons l'enfant, et la mère nous raconte que sa fille a prétendu avoir retrouvé la vision pendant quelques minutes lors de son lever ; se bouchant le bon œil, elle avait pu voir l'heure à une horloge située à 3 m. Encouragé par ce fait clinique, nous prescrivons à nouveau 6 comprimés. L'aspect du fond d'œil est resté le même. Nous revoyons notre malade le 27 (la vision était revenue le 25 au matin). Nous trouvons effectivement, vision œil droit : 2/10 en vision paramaculaire. L'examen du fond d'œil montre une diminution de l'œdème et une circulation rétablie dans les 4 branches artérielles. Le champ visuel périphérique est normal. Important scotome central. Devant le résultat obtenu, nous associons l'acétylcholine. Le 2 Janvier 1944 même vision (vision œil droit : 2/10), mais l'examen du fond d'œil montre une rapide résorption de l'œdème, à la faveur de laquelle nous nous apercevons que la macula est le siège d'une lésion : placard d'atrophie légèrement pigmenté qui, noyé dans l'œdème, nous avait échappé. Le 12, disparition complète de l'œdème; la papille est un peu pâle ; la lésion maculaire, d'aspect cicatriciel, explique l'acuité visuelle de 2/10 seulement.

Nous pensons que la lésion initiale est la lésion maculaire et que c'est au cours de cette affection qu'est venu se greffer un syndrome d'oblitération vasculaire, car nous n'avons vu cette malade qu'au cours de la cinquième semaine qui a suivi le début de son affection. Sans doute possible, l'AVK a agi sur ce syndrome d'oblitération.

Observation II. — M. D..., 13 ans, que nous a envoyé M. P. Dumont, a présenté le 16 Septembre 1944 une perte de vue brutale de l'œil gauche. Il présente une acuité < à 1/10 avec un gros œdème papillo-maculaire. La papille est floue et blanchâtre, les artères sont à peine décelables ; la macula est congestive. Le 22 et le 23, il prend 6 comprimés par jour d'AVK et reçoit le 23 une intraveineuse de cyanure. Le 24, diminution nette de l'œdème ; vision œil gauche : 2/10 ; l'amélioration est survenue dans la nuit du 23 au 24. Le 28, vision œil gauche : 3/10 f. Le 29 et le 30 il prend à nouveau 4 comprimés d'AVK. Le 31, l'œdème a diminué et nous constatons la présence d'une petite lésion paramaculaire de chorio-rétinite, constatée également par M. Dumont qui continue à lui faire faire du cyanure. Le 13 Octobre, l'œdème a disparu ; la lésion paramaculaire se confirme ; vision œil gauche : 5/10 f. Le 3 Novembre, même aspect du fond d'œil. M. Dumont prescrit une série d'uroformine. Le 18 Décembre, vision œil gauche : 10/10 f. ; lésion paramaculaire cicatricielle, avec placard d'atrophie et pigments. Les fibres prépapillaires présentent un aspect fibrineux.

Nous qualifions de suite cette observation de douteuse, car il semble que l'affection qui a dominé la scène ait été la poussée de chorio-rétinite. Cependant, il est intéressant de la rapprocher de l'observation n° 1 et de noter l'analogie. Nous pensons qu'il s'agit également dans ce cas d'un syndrome d'oblitération au cours d'une poussée aiguë de chorio-rétinite, et si l'évolution en a été différente, c'est qu'il est probable qu'une action thérapeutique précoce du cyanure a limité les dégâts. Nous pen-

sons qu'il y a eu syndrome d'oblitération car l'aspect initial était typique, et d'autre part la baisse brutale de l'acuité est aussi en faveur d'un processus oblitérant.

Il semble également difficile d'admettre qu'une seule intraveineuse de cyanure faite le 23 Septembre ait pu provoquer le lendemain une diminution notable de l'œdème et une amélioration visuelle nette, puisque le 24 nous avons constaté, vision œil gauche : 2/10.

OBSERVATION III. — M. L..., 37 ans, que nous a envoyé M. P. Dumont, présentait le 12 Novembre 1940 l'état visuel suivant : vision œil droit (— 2 à 20) — 3 : 7/10 ; vision œil gauche (— 2 à 160) — 5 7/10. Le 7 Novembre 1944, perte de vision brusque et complète de l'œil gauche. La vision est réduite à la perception latérale. Le fond d'œil présente une papille pâle et excavée avec des vaisseaux sinueux ; les artères sont filiformes ; œdème péripapillaire ; TOD : 37, TOG : 32. M. Dumont prescrit pilocarpine et acécoline. Le 13, état inchangé. Nous lui donnons 15 comprimés à prendre en deux jours. Le 16, pas d'amélioration visuelle ; les artères sont toujours grêles, mais nous notons une dilatation très nette du tronc artériel principal qui bat. Le 20, les artères dans tout leur trajet ont repris un calibre presque normal ; le champ visuel est normal dans toute sa périphérie ; important scotome central ; néanmoins, la vision est de 1/10 paramaculaire. Nous prescrivons à nouveau 15 cachets d'AVK.

Le 24, aspect presque normal du fond d'œil ; l'œdème a disparu ; les artères sont toujours subnormales quant à leur calibre ; vision œil gauche : 4/10 ; le scotome diminue très nettement d'importance.

Le 6 Décembre, l'état est à peu près stationnaire ; vision œil gauche : 5/10 ; le malade accuse toujours une impossibilité de relier les lettres entre elles ; il persiste un petit scotome paracentral. Nous avons vu ce malade la dernière fois le 13 Janvier 1945, sa vision était de 6/10 faibles, à peu de chose près sa vision initiale puisque avant son épisode pathologique il n'avait que 7/10. Il est intéressant de noter qu'il s'agit dans ce cas d'un malade antérieurement atteint de troubles vasculaires locaux (glaucome) et généraux.

OBSERVATION IV. — M. S..., 43 ans, vient nous consulter le 22 Janvier 1943 pour perte brutale de la vision de l'œil droit. Nous constatons à l'examen une oblitération de l'artère centrale. Important œdème de la région papillo-maculaire ; macula congestive ; artères grêles ; perception visuelle réduite à une éclaircie dans le champ temporal. Le malade accuse une vision bleue parsemée de dessins blancs bordés de rose. L'examen général ne présente rien d'anormal. Le 23, notre malade prend 8 comprimés d'AVK et 7 le lendemain. Le 25, diminution considérable de l'œdème ; les artères ont repris un calibre à peu près normal ; vision œil droit : 3/10. Le champ visuel est normal dans presque toute son étendue, mais étant donné la difficulté que le malade éprouve à lire, nous examinons attentivement le champ visuel central et notons l'existence d'un petit scotome paracentral. Le 29, vision œil gauche : 5/10 ; l'œdème a presque disparu ; il reste un halo prépapillaire ; la papille est légèrement pâle. Le 2 Février, vision œil gauche : 7/10 faible ; même aspect du fond d'œil ; persistance du scotome paramaculaire avec la gêne visuelle qui en résulte. Nous avons revu ce malade plusieurs fois depuis ; l'état est resté le même. L'intérêt de cette observation réside dans le fait que pour la première fois, aucune action médicamenteuse autre que l'AVK n'est entrée en action.

*
* *

Cinq observations, toutes chez des sujets âgés de plus de 60 ans, hypertendus et plus ou moins artério-scléreux, ont été complètement négatives. Mentionnons seulement que l'un de ces sujets a accusé quarante-huit heures après l'absorption d'AVK une amélioration du champ visuel, qui à part un gros scotome central est devenu normal dans sa périphérie, alors qu'il était limité à la classique éclaircie temporale.

CONCLUSIONS. — On sait que l'AVK a pour propriété pharmacodynamique essentielle une action hypoprothrombinémiante [1] et que cette action ne commence que quarante-huit heures après l'ingestion, passe par un maximum deux à trois jours plus tard, et ne s'efface que progressivement, le taux de prothrombine ne reprenant une valeur normale qu'au huitième ou dixième jour. Il convient de remarquer que l'amélioration considérable observée chez les 4 malades qui ont bien réagi à la thérapeutique s'est effectuée avant ces délais, survenant le plus souvent de façon assez brusque (obs. I, II et IV) ; une fois de façon progressive (obs. III). D'autre part, ce mécanisme d'action sur la crase sanguine suffit-il à expliquer ces résultats ? Telle est la question qui se pose, car est-il possible d'admettre qu'il y ait eu effectivement lyse du thrombus ? Une telle éventualité, croyons-nous, ne correspond pas à ce qui a été observé jusqu'ici par les physiologistes ni par les cliniciens [2], bien que tout se soit apparemment passé comme si l'obstacle à la circulation eût été brusquement ou progressivement levé. Est-il dès lors impossible de penser de la part du produit et à côté de son action sur la prothrombine à une action vasculaire proprement dite, de nature vaso-motrice par exemple ? Tel est le mystère pharmacodynamique que de telles constatations thérapeutiques mettent en évidence, et que l'étude physiologique ne tardera sans doute pas à éclaircir.

Quoi qu'il en soit, les observations dans lesquelles l'AVK a donné un résultat se rencontrent parmi des sujets jeunes présentant une oblitération atypique, une maladie oblitérante, alors que dans les thromboses classiques nous n'avons rien obtenu. Peut-être n'avons-nous pas employé d'assez fortes doses, à moins qu'il ne s'agisse d'une étiologie différente incompatible avec l'action pharmacodynamique. Nos observations positives correspondent-elles à de petits embolus à terrain propice, les vrais thrombus restant inattaquables ? Simple hypothèse, formulée dans l'attente d'éclaircissements apportés par la conjugaison d'un très grand nombre de cas.

1. Voir article de C. OLIVIER et MATTEI : *La Presse Médicale*, 17 Novembre 1943.

2. Voir article de C. OLIVIER : *La Presse Médicale*, 17 Mars 1945.

ACTUALITÉ THÉRAPEUTIQUE

UN NOUVEL ANTICOAGULANT : LE DICOUMAROL

Parmi les anticoagulants qui trouvent leur emploi en chirurgie, notamment dans le traitement préventif des phlébites post-opératoires, on connaissait déjà l'Héparine qui a été préconisée avant la guerre surtout à l'étranger, aux Etats-Unis, au Canada, en Suède. Mais outre que l'Héparine n'agit que par injection intraveineuse, elle a l'inconvénient d'être coûteuse et variable dans son efficacité, suivant les échantillons. Voici qu'un nouvel anticoagulant, le « Dicoumarol », vient d'être découvert par Link, professeur de biochimie à la station expérimentale d'agriculture du Wisconsin, dans les circonstances suivantes : les bouviers de certaines contrées du North Dacota et du Canada avaient remarqué qu'une partie de leur bétail mourait d'hémorragies consécutives à de petites blessures superficielles comme s'il était subitement devenu hémophile : dans le trèfle et le foin avariés que mangeaient ces bestiaux, Link trouva une substance responsable de cet état hémophilique. Il la baptisa « Dicoumarol » en raison de ses rapports avec la Coumarine, déjà connue et qui donne au trèfle son odeur. Plus tard, avec ses collaborateurs, il réussit à la reproduire par synthèse (3 : 3-méthylène-bis-4-hydroxycoumarine). Ce produit est maintenant préparé industriellement aux Etats-Unis et en Grande-Bretagne.

L'action du Dicoumarol se rapproche de celle de l'Héparine. Elle inhibe la formation de Thrombine, mais alors que l'action de l'Héparine est immédiate et temporaire, celle du Dicoumarol demande un délai de vingt-quatre à soixante-douze heures avant de se produire et se prolonge pendant deux à trois semaines. Le Dicoumarol a encore l'avantage d'être d'une composition constante et de pouvoir être administré par la bouche.

En Amérique, le Dicoumarol a déjà été expérimenté sur une large échelle au cours de ces années de guerre. A la Clinique Mayo, sur 197 malades comprenant des sujets ayant survécu à des épisodes d'embolies pulmonaires ou ayant eu une thrombophlébite ou une embolie au cours d'une opération antérieure et devant subir une nouvelle intervention ou bien encore venant d'être opérés d'une hystérectomie abdominale, traités par le Dicoumarol, on n'enregistra que 4 cas de thrombose ou d'embolie, c'est-à-dire beaucoup moins que la fréquence observée dans de pareils cas sans administration de Dicoumarol.

Cependant il convient de signaler quelques incidents consécutifs à cette médication. La diminution de la prothrombine dans le sang est susceptible de provoquer des hémorragies. Dans cette statistique, on relève 31 cas d'hémorragies, soit de la plaie opératoire (24 cas), soit des appareils gastro-intestinal ou urinaire. Ces hémorragies peuvent être arrêtées en fournissant à l'organisme de la prothrombine par la transfusion de sang frais. L'administration de vitamine K, par contre, ne les arrête pas, d'où le nom de antivitamine K que l'on donne parfois au Dicoumarol.

Howard et Zucker ont traité par le Dicoumarol 18 malades atteints de thrombophlébite dont un cas de thrombose du sinus caverneux. Dans 11 cas de phlébites post-opératoires et dans 4 cas de phlébites *post partum*, ils n'observèrent aucune hémorragie, soit de la plaie opératoire, soit de l'utérus. Ils ne signalent qu'un seul cas de purpura transitoire et 4 cas d'hématuries microscopiques qui ont guéri sans séquelles.

Le Dicoumarol se donne par capsules à la dose de 300 *mg.* le premier jour, suivie d'une nouvelle dose de 200 *mg.* le jour suivant. Mais avant de recommencer le traitement, il est prudent de procéder à des dosages de prothrombine dans le sang et de s'abstenir d'une nouvelle dose de Dicoumarol si le taux de prothrombine est encore au-dessous de 35 à 60 pour 100 du taux normal. Quand il faut agir vite ou dans le traitement d'une thrombose veineuse ou artérielle déjà existante, on peut commencer par injecter dans les veines ou directement dans le tronc artériel en cause, en amont de la lésion, de l'Héparine qui diminue instantanément la coagulabilité du sang pendant deux ou trois jours et administrer ensuite par voie buccale le Dicoumarol dont l'action se prolonge pendant deux ou trois semaines.

A. P.

BIBLIOGRAPHIE

N. W. BARKER, E. W. ALLEN et WAUGH : L'usage du Dicoumarol dans la prévention des thrombophlébites opératoires et de l'embolie pulmonaire. *Proceeding staff meet. Mayo Clin.*, 1943, 18-102-107 ; *Lancet*, 11 Septembre 1943, 326-328. — H. HOWARD et ZUCKER : Expériences cliniques avec le Dicoumarol. *Journ. Amer. Med. Ass.*, 22 Janvier 1944, vol. 124, n° 4.

REVUE DES THÈSES

THÈSE DE PARIS

Germaine Marret. ***Le problème de l'éosinophilie familiale.*** Paris, 1943. — A propos d'un cas personnel, M. tente le classement des quelques observations connues d'éosinophilie familiale ; elle en distingue deux variétés : 1° l'éosinophilie familiale pure qui se présente avec les apparences d'une anomalie héréditaire, mais dont on ne saurait encore affirmer absolument l'existence, l'existence d'une parasitose ayant échappé aux investigations ne pouvant être complètement éliminée ; 2° l'éosinophilie familiale coexistant avec des états dits allergiques : asthme et équivalents, urticaire, œdème de Quincke, intolérance alimentaire, etc..., elle se retrouve parfois chez des membres de la famille qui n'ont aucune des manifestations précédentes. Aussi est-on amené à se demander s'il n'y a pas identité de nature entre ces deux variétés ; il y aurait dans certaines familles une « réactivité éosinophilique » spéciale qui serait un terrain favorable à l'apparition éventuelle mais non obligatoire d'affections allergiques

LUCIEN BOUQUET.

SOCIÉTÉS DE PARIS

ACADÉMIE DES SCIENCES

5 Juin 1944 [1].

Antiferments d'origine naturelle dans le sérum sanguin des animaux. Anticorps véritable et principe antizymique normal. — **M. Gaston Ramon.** L'ensemble des faits recueillis au cours des recherches permet d'établir, du point de vue de l'immunologie, une distinction nette entre : 1° l'antiferment capable de s'opposer d'une façon rigoureusement spécifique à une diastase telle que la gélatinose du bacille tétanique. Cet antiferment est un véritable anticorps. Il en possède les caractères essentiels. Il peut exister à un taux variable chez les individus et exige, pour apparaître et se développer, l'intervention d'un antigène qui n'est autre que le ferment lui-même, ce ferment s'introduisant d'une manière naturelle par la voie digestive chez certains animaux de l'espèce bovine en particulier, ou étant apporté artificiellement par l'expérimentation : il en est ainsi chez le cheval qui reçoit en injection sous-cutanée l'antigène-ferment sous sa forme dérivée, l'anaferment.

2° La propriété antizymique telle que celle que l'on retrouve, avec une valeur quasi invariable, dans les sérums de tous les animaux d'une même espèce ou même de plusieurs espèces et qui, n'ayant qu'une spécificité toute relative, s'exerce aussi bien contre la gélatinose du *B. subtilis* que contre d'autres protéoses, celles de la papaïne, de la pepsine par exemple. Cette propriété relève d'un principe inné, constituant normal des sérums, dont la présence n'est pas subordonnée à l'intervention de l'antigène spécifique et qui n'est pas soumis aux lois de l'immunologie.

Entre le principe antizymique normal et l'anticorps antidiastasique acquis il n'existe, immunologiquement parlant, d'autre trait commun que l'effet, en apparence identique, qu'ils produisent l'un et l'autre sur le ferment pour en contrarier l'action.

Ce problème demeure posé, du point de vue de la chimie, de savoir à quels éléments du sérum correspondent d'une part l'anticorps antidiastasique et d'autre part le principe antizymique dont l'immunologie nous révèle l'indépendance.

12 Juin.

Etude comparée chez le pigeon et chez le rat des modifications de l'excitabilité neuro-musculaire au cours de l'avitaminose B globale ou partiellement compensée. — **MM. Raoul Lecoq, P. Chauchard** et **Mme H. Mazoué.** La mesure chronaximétrique des troubles de l'excitabilité neuro-musculaire permet d'apprécier avec une grande sensibilité les manifestations la carence globale ou partielle des vitamines du groupe B dont la présence assure l'action des diastases tissulaires d'oxydo-réduction intervenant dans le métabolisme des éléments organiques des aliments : glucides, protides et lipides.

L'augmentation des temps d'excitabilité nerveuse traduit une phase de dépression de siège encéphalique et leur diminution une phase d'excitation ; toutes deux sont sous la dépendance de l'acidose, mais dans la phase d'allongement prédomine l'influence d'une hypoglycémie transitoire.

Les comportements propres des rats et des pigeons se traduisent par les réactions particulières de ces animaux au régime d'avitaminose B globale ou partiellement compensée. Ces différences de réactions admises, les réponses restent comparables et montrent que la sensibilité des pigeons et des rats aux vitamines du groupe B est du même ordre.

Les vitamines B 1 et B 2 pures (aneurine et riboflavine) ne peuvent prétendre, à elles seules, représenter le complexe B. Ajoutée en complément aux deux vitamines précédentes, l'amine nicotinique ou vitamine P.P. montre sur les rats comme sur les pigeons une action non négligeable, mais qui reste insuffisante.

19 Juin.

De l'existence dans le sérum de certains animaux domestiques d'anticorps d'origine naturelle possédant des propriétés neutralisantes et préventives spécifiques à l'égard du virus de la vaccine. — **MM. G. Ramon, P. Boquet** et **R. Richou.** L'ensemble des recherches exposées établit la présence possible, en quantités plus ou moins importantes, dans le sérum de certains animaux des espèces équine, bovine et ovine — indépendamment de toute immunisation artificielle — d'anticorps doué de propriétés antivirulentes spécifiques, neutralisantes et préventives, à l'égard du virus de la vaccine.

D'après tout ce que l'on sait de l'immunité naturellement acquise, il paraît hors de doute que la présence, chez le cheval comme chez le bœuf, de l'anticorps dirigé contre le virus de la vaccine est le résultat, d'une ou plusieurs atteintes — apparentes ou inapparentes — de Horse-pox chez le cheval, de cow-pox chez le bœuf et les présentes recherches apportent — sur le plan immunologique — une preuve nouvelle des rapports de filiation soupçonnés depuis Jenner, généralement admis depuis Henri Boulley, entre le « grease » ou Horse-pox et le cow-pox. Il semble également que l'existence chez le mouton du même anticorps spécifique du virus de la vaccine doive être rapportée à une atteinte ancienne occulte ou visible, de la maladie qui est connue sous le nom « d'ecthyma contagieuse » ou de « stomatite pustuleuse contagieuse » des ovins et que l'on peut rattacher ainsi — immunologiquement et cliniquement — à la vaccine.

Sans doute pourrait-on supposer encore que ces anticorps sont la conséquence de l'intervention, chez les uns comme chez les autres des animaux envisagés, soit d'un antigène commun à ce dernier et à un autre principe virulent, mais la première explication donnée paraît la plus plausible et la plus conforme aux lois de l'immunité naturellement acquise qui concernent sa spécificité ainsi que le mécanisme de son apparition et de son développement.

26 Juin.

Sur la présence dans le lait de vache de deux pyrophosphatases accumulables dans le beurre et le babeurre. — **MM. G. Guittonneau, R. Chevalier** et **H. Jarrousse** en étudiant des beurres préparés avec des crèmes crues et qu'on avait fondus par un chauffage modéré (45°) ont reconnu que la phase aqueuse du produit renferme une proportion très notable de pyrophosphatases.

L'ensemble des observations autorise à retenir l'idée qu'il existe, dans le lait de vache, deux pyrophosphatases distinctes accumulables dans les beurres et les babeurres non pasteurisés.

J. Coulaud.

1. Le mode de publication tardif des *C. R. de l'Académie des Sciences* ne nous permet pas de donner plus rapidement le résumé des séances de cette Académie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

29 Mai 1945.

Notice nécrologique sur M. G. Petit. — **M. Guérin.**

Dyspnée permanente simulant l'emphysème. — **M. Bezançon**, à propos de la récente communication de M. R. Tiffeneau et Mlle Beauvallet, rappelle qu'en 1928, avec MM. André Jacquelin et Célice, il a montré qu'on devait faire rentrer dans le cadre de l'asthme un certain nombre de cas de dyspnée permanente rangés à tort dans le cadre de l'emphysème et guérissant totalement par la médication antiasthmatique. M. Bezançon rappelle qu'on porte trop facilement en clinique le diagnostic d'emphysème, alors qu'en dehors de la tuberculose, il est rarement constaté anatomiquement. L'emphysème n'est pas une complication fréquente de l'asthme ; dans les cas mortels, il n'y a le plus souvent ni sclérose ni emphysème associés et la mort est due pour la plus grande part à l'obstruction muqueuse des bronchioles. Le traitement local par les microbrouillards et aérosols évite l'emploi des hautes doses d'adrénaline, d'éphédrine ou d'atropine qui ont des inconvénients cardio-vasculaires et favorisent l'obstruction bronchique par leur action séchante.

— **M. Ameuille** estime que faire le diagnostic d'emphysème, c'est faire un mauvais diagnostic, car l'emphysème n'est qu'une expression anatomique.

Physiologie du larynx. — **M. Canfield** présente un film au ralenti des mouvements du larynx sur lequel on voit d'une façon remarquable les modifications des cordes qui accompagnent les changements de ton et les variations de l'intensité d'un ton donné, les réactions de la cavité laryngée aux mouvements des cordes et au cours de la toux.

Sur le contrôle des laboratoires de sérologie. — Conformément à un rapport de M. **Levaditi**, l'Académie émet un vœu demandant qu'un Comité de contrôle de l'exactitude des examens sérologiques de la syphilis effectués dans les laboratoires soit institué suivant certaines modalités, par le Ministère de la Santé publique.

La cholinestérase sérique dans la maladie de Parkinson. — **M. Bénard** présente une note de **M. Kaswin** qui a trouvé très fréquemment dans la maladie de Parkinson une augmentation de cette diastase qui hydrolyse l'acétyl-choline, un des intermédiaires chimiques de l'excitation nerveuse ; mais il ne semble pas que cette augmentation ait un rôle physiopathologique car elle existe encore plus importante dans les polynévrites et d'autres affections qui ne s'accompagnent d'aucune manifestation parkinsonienne ; trop de facteurs influencent l'activité cholinestérasique du sérum pour qu'elle soit le reflet fidèle de ce qui se passe au niveau des plaques motrices.

La prophylaxie du typhus exanthématique pendant le rapatriement. — **M. L. Brumpt** montre que les camps de déportés ont été cruellement éprouvés pour l'épidémie de typhus qui sévit en Allemagne. Dès la libération d'un camp contaminé, l'épouillage est fait avec la poudre D D T, le poudrage bien fait prévenant les réinfestations. La vaccination par le vaccin tué est faite simultanément ; aucune contre-indication d'âge, de déficience ou de maladie n'est à retenir. L'isolement ne doit pas prendre le caractère d'une brimade ; le déporté doit en connaître le terme pour éviter des évasions qui compromettraient l'efficacité de l'isolement. Le désencombrement est indispensable ; l'hémodiagnostic affirmant le typhus dès le 7e jour, date à laquelle les poux ne sont pas encore infectieux, facilite le triage ; il révèle les formes atypiques et dépiste les convalescents dont les poux sont très dangereux. Un système de lutte en profondeur complète la prophylaxie en Allemagne, mais l'instruction du médecin reste la base de la prophylaxie ; il n'y aura pas d'épidémie en France si les cas importés sont reconnus précocement.

— **M. Harvier** a observé deux cas de typhus contractés à Paris ; il est indispensable que soient vaccinés tous ceux qui fréquentent les centres d'accueil, surtout ceux des déportés.

— **M. Lemierre** a également observé une série de cas de contamination intérieure ; la vaccination est absolument inoffensive et ne déclenche qu'un minimum de troubles.

A propos des mesures à prendre contre le typhus. — **MM. Tanon, Fiessinger** et **Boyer** proposent à l'Académie d'émettre un vœu tendant à la suppression des centres d'arrivée dans les villes, à l'exception de ceux des gares où les rapatriés passent directement du train au centre, à l'installation des centres sur des terrains éloignés autant que possible des agglomérations, à l'interdiction de tout contact du public avec les rapatriés avant que ceux-ci aient été épouillés et désinfectés.

— L'Académie adopte ces conclusions et demande après intervention de M. **Harvier**, que l'ordonnance instituant la vaccination des personnes en contact avec les suspects, soit appliquée strictement et, après intervention de M. **Dopter**, que les locaux et la literie des centres soient désinfectés.

Election de 2 correspondants nationaux dans la 3e division (Hygiène). — M. **Leclercq** (Lille) est élu au 1er scrutin par 52 voix contre 10 à M. de Lavergne (Nancy). Au 2e scrutin, M. de Lavergne obtient 33 voix contre 26 à M. Sédalian (Lyon), 4 à M. Traband (Damas), 2 à M. Violle (Marseille) et 1 à M. Ginestous (Bordeaux).

Au 3e scrutin, M. **de Lavergne** est élu par 48 voix contre 9 à M. Sédalian, 2 à M. Traband et 1 à M. Violle.

Addendum à la séance du 24 Avril 1945.

Activité curative de la pénicilline chez les souris atteintes de syphilis cliniquement inapparente. — MM. **C. Levaditi** et **Vaisman** montrent que lorsqu'on administre de la pénicilline à des souris atteintes de syphilis expérimentale cliniquement inapparente, on constate la disparition rapide, parfois en vingt-quatre heures, des spirochètes contenus dans les tissus ; l'inoculation à des lapins de divers tissus (rate, foie, cerveau, ganglions lymphatiques) des souris traitées indique qu'il s'agit d'une véritable stérilisation profonde de l'organisme. La pénicilline peut donc, dans certaines conditions, assurer la destruction complète du virus syphilitique.

5 Juin.

Notice nécrologique sur M. Péhu. — M. **Ribadeau-Dumas.**

Le service de santé des forces françaises libres pendant les campagnes 1940-1941-1942. — M. **Sicé** montre comment malgré la pauvreté primitive de ses ressources, ce service de santé a réussi à assurer sa tâche depuis les premiers combats de 1940 jusqu'à El-Alamein. Il rappelle que dans le désert, le blessé doit disparaître de la zone du combat encore plus vite que partout ailleurs ; l'évacuation doit être assurée par des chenillettes blindées permettant de transporter 4 blessés ; l'avion seul rend possible le transport en pleine bataille des blessés opérés ou réanimés dans les ambulances chirurgicales légères vers les formations chirurgicales lourdes ; avec certaines précautions, ce transport n'a guère de contre-indication.

Altération et destruction des toxines microbiennes par les filtrats de culture de « b. subtilis ». — MM. **G. Ramon** et **Richou** montrent que ces filtrats, grâce sans doute à des actions de caractère diastasique, sont capables d'altérer profondément et même de détruire totalement la toxicité que possèdent *in vitro* et *in vivo* certaines toxines bactériennes (diphtérique, staphylococcique, tétanique, etc...) ; cette action destructive de filtrats de microbes saprophytes inoffensifs même à dose forte, sera sans doute accrue par l'extraction sous forme concentrée et purifiée du principe actif ou subtiline ; les auteurs ont déjà montré que les filtrats des cultures des germes du groupe subtilis ont des propriétés bactéricides et bactériologiques. Ces faits permettent de mieux saisir le mécanisme de certaines immunités naturelles et font entrevoir la mise au point de nouveaux moyens de lutte contre les infections.

Etude de l'action biologique du « b. subtilis ». — MM. **Olivier, Saint-Rat, Bonnet-Maury** et **Blanchon** ont traité avec d'heureux résultats diverses diarrhées (d. des nourrissons, d. toxi-infectieuses alimentaires, d. par alimentation trop riche en féculents) par l'administration de *b. subtilis*, escomptant la grande capacité d'envahissement de ce germe et ses effets protéo- et amylo-lytiques ; par ingestion et en instillations vésicales, le *b. subtilis* est également efficace dans les cystites à colibacilles. Le *b. subtilis* ensemencé dans des cultures de colibacilles, de b. d'Eberth, de staphylocoques, de streptocoques, a des effets lytiques ; les auteurs n'ont réussi à préparer des extraits actifs qu'après inactivation des ferments par chauffage.

Résultats des mesures obligatoires de vaccination antitypho-paratyphoïdique appliquées à Nantes. — M. **G. Ramon** présente une note de Mme **Lacambre-Dudevant** qui montre que l'état sanitaire de Nantes privée d'eau à partir de Mai 1944 est resté satisfaisant grâce aux mesures prises et en particulier grâce à la vaccination antitypho-paratyphoïdique simple ou triple associée obligatoire pour les sujets de 10 à 30 ans. En un an, 93 cas seulement de fièvre typhoïde ou paratyphoïde ont été observés dont 14 chez les 42.000 sujets vaccinés ou prétendus tels ; 13 décès ont été signalés dont un seul concernant un sujet qui aurait été vacciné en 1937.

Rapport sur les cas de typhus observés dans la région parisienne. — MM. **Tanon** et **Boyer** montrent que les services d'hygiène de la ville n'ont pas été pris au dépourvu ; 108 cas ont été soignés avec 15 décès ; les prisonniers militaires et les travailleurs n'ont fourni

que 10 cas ; presque toujours, il s'est agi de déportés politiques ; il semble que la plupart des contaminations se sont faites au retour ; il y a eu 7 cas secondaires dans la population civile dus à un manquement aux précautions prophylactiques et qui auraient été facilement évitables. — La poussée de typhus est due à des importations et non à une extension épidémique ; il y a donc lieu de se montrer optimiste si les mesures sont appliquées et en particulier si les cas sont déclarés, ce que certains médecins ont le tort de négliger.

— L'Académie émet le vœu suivant : « Il est rappelé que les malades soignés dans leur famille et ayant échappé au contrôle prophylactique doivent être déclarés exactement par les médecins et les chefs de famille dans un but d'intérêt général comme la loi l'exige. »

Le cancer chez les rapatriés militaires. — M. **R. Huguenin** signale que plus de 500 cas de cancer ont déjà été dépistés dans les services de cancérologie militaire de Paris sur les rapatriés d'avant la victoire ; dans 338 cas, les premiers signes étaient apparus avant 40 ans et dans 442 avant 50 ; le cancer est bien plus fréquent qu'on ne l'admet chez les sujets jeunes, non seulement les sarcomes et les tumeurs du testicule, mais aussi les localisations considérées souvent comme l'apanage d'un âge avancé ; la statistique met aussi en évidence la longue durée des tumeurs, la fréquence des poussées évolutives brutales et l'influence des traumatismes sur l'éclosion apparente des sarcomes et des tumeurs testiculaires.

Election de deux associés nationaux. — M. **Patel** (Lyon) est élu au premier scrutin par 39 voix contre 3 à M. Abadie (Oran), 2 à M. Burnet (Tunis), 15 à M. Nové-Josserand (Lyon) et 4 à M. Roche (Marseille).

— M. **Nicolas** (Lyon) est élu au 2e scrutin par 39 voix contre 3 à M. Abadie, 5 à M. Burnet, 7 à M. Nové-Josserand et 5 à M. Roche.

Lucien Rouquès.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

30 Mai 1945.

Décès du Prof. Dambrin (Toulouse).

Tumeur de la parotide récidivée 16 ans après une parotidectomie totale. — M. **Truffert** rapporte l'observation d'une malade qui fut opérée en 1926 avec le diagnostic de tumeur mixte dégénérée. Elle subit une parotidectomie totale avec conservation du facial. En 1942 apparut une très petite tuméfaction dans la partie haute de la cicatrice. En 1945, 18 ans 1/2 après sa première opération, on lui trouve une tumeur soulevant le versant antérieur du conduit auditif. Le facial cravatait la tumeur qui put être elivée en arrière et en avant mais difficilement en haut et au niveau du conduit auditif. Examen histologique : épithélioma remanié.

Observation intéressante puisque c'est un cas indiscutable de récidive après parotidectomie totale fait en conservant le nerf facial. La récidive semble avoir pris naissance aux dépens des lobules parotidiens situés dans la paroi antérieure du conduit auditif, ce qui est souvent le cas. Une parotidectomie ne peut donc être dite totale que si le conduit cartilagineux est enlevé dans son segment antérieur.

Résultats du traitement de 14 cas d'arthrite chronique déformante de la hanche par section des nerfs sensitifs de l'articulation. — M. **Luzuy** (Blois). Sur ce nombre, 7 cas sont nettement améliorés alors que d'autres n'ont qu'une amélioration fonctionnelle. Quelques-uns ont été des échecs.

— M. **Padovani**, rapporteur, a groupé depuis 1936, 72 cas d'arthrite traités de cette manière. Sur 45 cas revus, 30 pour 100 à peine ont de bons résultats. Ce pourcentage permet cependant à l'opération d'occuper une place importante dans la liste des procédés dits mineurs. Les résultats en sont meilleurs que ceux du forage. L'opération qui ne donne en principe pas d'accidents statiques semble agir d'abord par section des nerfs sensibles des articulations ; en supprimant la contracture douloureuse des adducteurs, puis en modifiant les points d'appui de la tête fémorale ; en modifiant enfin le régime circulatoire. Ainsi s'expliqueraient certains succès à retardement.

Les échecs seraient dus au fait que l'innervation sensitive utilise bien d'autres voies que celles qui sont sectionnées dans l'intervention usuelle.

L'opération a pour meilleures indications les malades qui souffrent de douleurs à la face interne de la cuisse et de contracture des adducteurs. Elle apporte à tous les malades trop âgés pour subir une intervention intraarticulaire un soulagement net. Elle est ainsi une opération de complément excellente.

La technique employée ne semble pas modifier le résultat obtenu.

— M. **Huc** estime cette opération inutile. Elle ne peut être au mieux que palliative. Elle n'est pas toujours sans dangers mécaniques. Il préfère la résection comme traitement du morbus coxæ senilis surtout dans ses formes douloureuses qui sont souvent géodiques

— M. **Sorrel** dit que dans de très nombreux cas les opérations mineures sont indiquées. La section du nerf obturateur mérite d'être conservée, à côté des résections du rebord cotyloïdien.

Les équipes chirurgicales parisiennes dans la chirurgie au maquis. — M. **Merle d'Aubigné.** Ces équipes chirurgicales commandées par des internes n'avaient qu'une petite quantité d'instruments. Les conditions de locaux et d'éclairage étaient défectueuses. Cependant les résultats furent satisfaisants dont il faut féliciter les chirurgiens qui ont fait preuve d'autant d'initiative que de courage.

Ligature des deux carotides internes. — M. **Chavannaz.** Après fracture du crâne et trépanation décompressive gauche, coma pendant un mois... A ce moment ont constate la perte de la vision de l'œil gauche, puis une diminution de vision survenant à l'œil opposé et s'aggravant rapidement.

— M. **Grépinet** fait le diagnostic d'exophtalmos pulsatile et tente la ligature de la carotide interne droite.

Ceci sans amélioration. Il procède alors, quarante-huit heures après et sans préparation spéciale, à la ligature de la carotide interne opposée. Après ce deuxième temps, le résultat fut excellent et se poursuivit plus de 3 ans jusqu'à ce qu'une affection intercurrente emportât le malade.

Kystes intrathoraciques. — M. **Santy** apporte 4 observations de kystes intrathoraciques. Les deux premières furent des découvertes opératoires. Les autres purent être diagnostiquées au préalable, l'une parce que la tumeur opaque se déplaçait suivant les mouvements du malade ; l'autre grâce à la comparaison des clichés anciens parce qu'elle avait suppuré à l'occasion d'un épisode infectieux général. Il s'agissait dans tous ces cas de kystes développés aux dépens du pédicule pulmonaire et où on reconnaissait parfois l'existence d'une bronche aberrante.

Occlusion aiguë du duodénum par une artère colique. — M. **Welti.** Il s'agissait d'un syndrome de dilatation stomacale aiguë, pris au départ pour une occlusion intestinale. Après mise en place d'une vidange gastrique il persiste une voussure sous-hépatique irréductible de l'abdomen. L'opération montra qu'il s'agissait d'une sténose du duodénum par une artère colique droite. Guérison.

A propos de la lithiase du cholédoque. — Fort d'une expérience de 30 ans, M. **Desplas** se montre résolument partisan de la cholédocotomie avec drainage externe. Il y adjoint volontiers une cholécystostomie. Il insiste beaucoup sur l'extrême fragilité de ces malades saignant facilement, en équilibre hépato-rénal instable et au myocarde douteux.

Sur ses 49 observations, la mortalité ne fut que de 12 pour 100.

L'auteur pense que les malades arrivent trop tard au chirurgien dans la plupart des cas. Si la loge sous-hépatique est souvent libre et permet une intervention peu pénible, il est des cas où l'abord du cholédoque et à plus forte raison une anastomose cholédoco-duodénale sont spécialement difficiles.

Dans plusieurs observations, il a préféré créer un anus biliaire avant de pratiquer la cholédocotomie.

Des détails de technique sont importants : abord direct sur la vésicule et le cholédoque par incision pararectale. Utilisation systématique de l'angio-cholégraphie dans les suites opératoires.

L'auteur reproche à l'anastomose sa trop forte mortalité et les risques d'angiocholite qu'elle crée. Les reproches faits à la cholédocotomie lui paraissent en revanche facilement réfutables.

Présentation d'instruments. — M. **Huet** présente un pelvi-support en bois facilitant la prise de clichés et un porte-film articulé pour maintenir les plaques radiologiques dans la prise de cliché de profil. Ces deux appareils facilitent le contrôle des fractures du col fémoral.

6 Juin.

M. le **Président** annonce à la Compagnie l'élection de M. **René Leriche** (du Collège de France) à l'Académie des Sciences.

Deux cas de gastrectomie totale avec anastomose œsophago-jéjunale au bouton. — M. **Lucien Léger**, M. **Sicard**, rapporteur. L'auteur a pu réaliser deux fois cette intervention difficile avec un plein succès.

— M. **Bazy** met en valeur la difficulté qu'il y a à assembler deux organes à parois aussi dissemblables.

— M. **Rudler** indique qu'à Lyon, le Prof. **Santy** utilise habituellement le bouton anastomotique dans les œsophago-jéjunostomies.

Deux cas d'invagination iléo-iléale provoquée par une tumeur de l'intestin grêle. — M. **Bastien** (Saumur). M. **Rudler**, rapporteur. L'auteur a eu l'occasion d'intervenir dans deux cas d'invaginations iléales. L'entérectomie qu'il a pratiquée a amené la guérison. Le premier malade était porteur d'un lipome sous-muqueux, l'autre d'un fibromyxome qui avaient été le départ de l'invagination.

Un cas d'étranglement en W dans une hernie de Treitz. — M. **Chabrut.** M. **Brocq**, rapporteur. Dans cette très rare cause d'occlusion, on retrouve toujours comme origine une malformation.

Occlusion du grêle post-opératoire. Dilatation paradoxale de tout le cadre colique. — Cette observation de M. **Zagdoun** (M. **Raymond Bernard**, rapporteur) illustre le fait que dans certaines occlusions (ici il s'agissait d'un iléus après appendicectomie), il est fréquent d'observer une dilatation paradoxale du cadre colique.

Récemment la Compagnie a enregistré de nombreux exemples de dilatations dites paradoxales, parce que siégeant au-dessous de l'obstacle.

Occlusion intestinale précoce après appendicectomie à chaud. — MM. **Bachy** et **Carrez** (Saint-Quentin) à l'occasion de 9 cas heureusement guéris, font une revue générale du problème technique et post-opératoire des occlusions post-appendiculaires. Ils montrent et discutent le rôle de l'enfouissement, du drainage, de la vaccination ou de la sérothérapie antigangréneuse, de la sulfamidothérapie dans les suites des appendicites graves. L'aspiration duodénale et l'iléostomie leur semblent également utilisables pour obtenir la guérison.

— M. **Sénèque**, à l'occasion d'un cas personnel affirme que l'iléostomie ne met pas à l'abri des accidents occlusifs. Il a découvert en effet un volvulus du grêle au-dessus de cet abouchement.

— M. **Jean Gosset** s'élève contre la tendance actuelle à administrer sans discernement, dans les occlusions du sérum salé hypertonique intraveineux.

Il montre que la déperdition hydrique est capitale dans l'occlusion, plus même que la perte des chlorures. Il faut avant tout réhydrater le malade. En fait l'emploi du sérum salé doit être contrôlé par le dosage de la chlorémie. Pour chaque gramme de chlorures manquant au-dessous du chiffre normal (5 à 6 *g.*) dans le sang il suffit de donner une quantité de sel estimable à 0 *g.* 30 par kilogramme de poids du sujet. En pratique il faut associer au sérum isotonique salé des injection de sérum glucosé.

Fractures transcotyloïdiennes du bassin. — M. **Rouhier** fait une étude approfondie de ces fractures Il cherche d'abord les conditions de production en montrant que l'abduction forcée joue un rôle important et modifiant les lignes de force joignant le pelvis au membre inférieur. Il décrit ensuite les résultats heureux d'une méthode de réduction orthopédique, non sanglante, qui lui a donné un excellent résultat.

Amputation interilio-abdominale pour sarcome du pubis. — M. **Delannoy.** Il s'agit d'une volumineuse tumeur développée aux dépens du pubis chez un jeune sujet. L'auteur réussit à en pratiquer l'ablation en totalité par désarticulation interilio-abdominale. Depuis 18 mois le sujet est en bon état.

Rapport de M. **Huet**, qui cite également l'exemple d'un malade de M. **Bergeret** survivant à une large opération semblable.

— M. **Roux-Berger** insiste sur le fait qu'on ne doit pas hésiter à opérer ces malades pour lesquels la radiothérapie est inefficace. Il a pratiqué plusieurs fois ces interventions difficiles et atypiques qu'il y a lieu de répéter d'abord sur le cadavre.

Jean Calvet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

25 Mai 1945.

Volumineuse tumeur kystique bronchique. Opération. Guérison. — MM. **P. Véran, Pichat** et **Geffriaud.** (Nantes). La tumeur, accolée au médiastin et à la crosse aortique, s'en dissocie grâce à un pneumothorax explorateur. La pleuroscopie la montre appendue à la crosse aortique et à l'artère pulmonaire. Libération au bistouri électrique. Guérison rapide sans incidents Il s'agit d'une dysembryoplasie d'évolution kystique sans malignité, née aux dépens d'un bourgeon bronchique très proximal. Avant que ces tumeurs ne deviennent trop volumineuses ou infectées, il est sage d'en conseiller l'exérèse.

— M. **Ameuille** fait des réserves sur l'origine bronchique de cette tumeur. Peut-être s'est-il agi d'un kyste dermoïde du médiastin qui peut avoir une structure bronchique ?

Cachexie thyroïdienne avec arythmie complète sans signes proprement basedowiens. — MM. **J. Decourt** et **H. Verdier** rappellent les difficultés du diagnostic de certaines cachexies progressives et l'importance en pareil cas de la mesure du métabolisme basal Aux cachexies de sous-alimentation telles que les réalisent les famines ou les anorexies mentales et aux cachexies par défaut d'assimilation dont le syndrome de Simmonds est le type et qui, toutes deux, s'accompagnent de bradycardie et d'un abaissement très marqué du métabolisme basal, s'opposent les cachexies de l'hyperthyroïdie dont le diagnostic est aisé quand le syndrome est au complet. Dans le cas présenté il n'existait ni goitre ni exophtalmie ni tremblement. Le seul signe clinique pouvant faire suspecter la thyréotoxicose est l'existence d'une arythmie complète avec tachycardie modérée à 90, sans signes de lésions orificielles. L'origine thyroïdienne est signée par l'élévation considérable du métabolisme basal qui atteint 95 pour 100.

Syphilis trachéale grave ; Trachéoscopie d'urgence. — MM. **J. Troisier, G. Brouet, P. Tulou** et Mlle **Noufflard,** rapportent l'observation d'une femme âgée de 39 ans qui après neuf mois de troubles respiratoires progressivement croissants, à type de dyspnée par sténose trachéale, fut hospitalisée dans un état grave nécessitant une trachéoscopie d'urgence. Cet examen mit en évidence une sténose serrée avec bourgeons charnus obstruant la lumière du conduit dont le morcellement et l'ablation immédiate amenèrent un soulagement de la dyspnée. La preuve de la nature syphilitique de la sténose fut établie par les réactions sérologiques positives et l'examen histologique des fragments prélevés

Cette forme infiltrante diffuse de syphilis trachéale apparaît remarquable par son siège à la partie haute de la trachée et surtout par le tableau clinique dramatique présenté par la malade à son entrée à l'hôpital. 4 trachéoscopies successives permirent de suivre les modifications anatomiques sous l'influence du traitement antisyphilitique institué. Le résultat obtenu reste insuffisant et doit faire envisager ultérieurement, si la dyspnée résiduelle persiste, un traitement local de la sténose cicatricielle.

— M. **Rist** souligne la rareté de la syphilis trachéale

Deux cas de sténose bronchique bilatérale syphilitique. — M. **J.-M. Lemoine,** présenté par M. **Ameuille,** rapporte deux observations de sténose bronchique bilatérale syphilitique démontrées par bronchoscopie. Dans la première observation les sténoses se sont constituées à la suite d'adénopathies médiastinales qui ont disparu

près un traitement antisyphilitique. Dans les deux bservations les réactions de Wassermann sont positives, n l'absence de tout autre signe de syphilis.

Dans les deux observations il s'agit de femmes (52 ans t 49 ans). Leur histoire clinique est entrecoupée d'épiodes pulmonaires et pleuraux.

Les sténoses bronchiques paraissent être les suites cicaricielles de gommes syphilitiques avec ou sans adénoathie. Ces cas sont beaucoup plus rares que les sténoses ronchiques d'origine tuberculeuse ; mais, en présence le sténoses bronchiques sans antécédent tuberculeux, n doit envisager l'hypothèse d'une syphilis bronchique.

— M. **Ameuille** insiste sur le caractère exceptionnel les sténoses bronchiques d'origine syphilitique.

— M. **Rist** n'a pu observer qu'une quarantaine de as de syphilis pulmonaire. La preuve de l'origine syphilitique a été fournie par les résultats du traitement.

— M. **Ameuille** dit que ce n'est pas là une preuve bsolue en matière de syphilis pulmonaire.

— M. **Hallé** a observé une syphilis pulmonaire chez me jeune fille dont il avait soigné le père pour une etasie aortique.

— M. **Huber** relate un cas de dilatation des bronches l'origine syphilitique chez un enfant, dans lequel le raitement s'est montré efficace.

1er Juin.

L'Adrénaline intraveineuse, épreuve cardio-vasculaire. I. Chez les sujets normaux. — MM. **Riser, Planques, Becq** et **Dardenne** ont pratiqué 300 injections ntraveineuses d'adrénaline, à la dose uniforme de 1/60 de milligramme qui donne les effets les plus nets, les plus constants, quels que soient le poids du corps et la vitesse circulatoire ; la tolérance a été parfaite. Chez 75 sujets normaux, la tachycardie et l'élévation tensionnelle n'ont manqué qu'une fois ; celle-ci est de 2 à 6 *cm.*, habituellement de 3 *cm.* ; Moy. et Mn. varient de 1/2 à 1 *cm.* au maximum et pendant 10 à 15 secondes seulement. L'électrocardiogramme n'a jamais été modifié, l'onde T n'est pas augmentée ; l'indépendance est absolue entre le voltage de l'onde rapide et l'I. O. La sensibilité à l'adrénaline des sujets normaux est donc fort variable ; elle ne saurait indiquer une tendance végétative globale, dans un sens ou l'autre ; la dose utilisée constitue une épreuve d'effort cardiaque très intéressante par l'élévation du barrage périphérique, la brusque augmentation de la masse sanguine, de l'action sur la fibre myocardique ; cet effort est fourni dans les meilleures conditions avec une glycémie et un débit coronarien accrus.

L'Adrénaline intraveineuse, épreuve cardio-vasculaire. II. Chez les cardiaques. — MM. **Riser, Planques, Becq** et **Dardenne** ont utilisé l'injection intraveineuse de 1/60 de milligramme d'adrénaline chez 62 cardiaques, dont 20 atteints d'angine de poitrine et 25 d'insuffisance ventriculaire gauche.

Cette dose constitue une épreuve d'effort cardio-vasculaire particulièrement intéressante, bien limitée, sans perturbations de l'équilibre glucidique ni acido-basique déterminées par la dyspnée et les contractions musculaires répétées des épreuves habituelles.

Tous ces malades ont parfaitement toléré l'épreuve, alors que celle de l'effort musculaire global était mal supportée ou impossible à mettre en œuvre.

Les modifications du tracé électro-cardiographique consistent dans l'accentuation des anomalies de l'électrocardiogramme de repos ou dans l'apparition de faits nouveaux. Les troubles du rythme surviennent souvent 2 à 3 minutes après l'injection, alors que les altérations des complexes sont précoces. Fréquemment, l'épreuve de l'adrénaline a mis en évidence une insuffisance du myocarde et des troubles coronariens latents, alors que l'électrocardiogramme de repos et après effort global étaient normaux.

Cette épreuve paraît être un des meilleurs tests d'exploration cardiaque.

L'Adrénaline intraveineuse, épreuve cardio-vasculaire. III. Chez les hypertendus artériels. — MM. **Riser, Planques, Becq, Dardenne** et **Michel Berthon** ont appliqué le test de 1/60 de milligramme d'adrénaline intraveineuse à 50 hypertendus de catégories bien déterminées, dans le but de vérifier l'épreuve de Hulst ; elle mettrait en évidence une hypersensibilité très spéciale à l'adrénaline de certaines hypertensions malignes. La tolérance dans tous les cas a été parfaite. Comme les sujets normaux, 60 pour 100 des hypertendus de toute catégorie ont une réaction modérée, et 30 pour 100 une réaction forte ; 50 pour 100 des malades par glomérulonéphrite à la phase de malignité et 75 pour 100 des hypertensions malignes primitives d'emblée ont des réactions fortes.

Cependant, l'hypertension artérielle maligne ne présente pas toujours ce type de réaction, il s'en faut ; d'autres formes d'hypertension bénigne et même des sujets normaux peuvent être aussi sensibles. L'élévation marquée de Moy. et Mn. est particulièrement fréquente au cours de l'hypertension solitaire des jeunes et commande des réserves.

En définitive, chez les hypertendus l'épreuve a le même intérêt d'exploration du myocarde et des coronaires que chez les sujets normaux et les cardiaques patents ou latents, mais elle ne permet pas d'affirmer le caractère malin d'une hypertension, de reconnaître les hypertensions malignes à leur plus grande sensibilité au test.

Intoxication par le trichloréthylène. — MM. **P. Léchelle, S. Vialard** et **Petit-Collot** relatent une tentative de suicide par ingestion de trichloréthylène. C'est, pensent les auteurs, la première fois que cette substance est utilisée dans un but de suicide. C'est aussi la première observation où l'intoxication se soit manifestée par une hépato-néphrite avec ictère, réaction de Gmelin et de Hay dans les urines, oligurie, albuminurie et azotémie passagères à 0 *g.* 88.

L'évolution de ce cas fut favorable et après disparition de l'ictère et rétablissement de la diurèse, le malade sortit guéri après 20 jours d'hospitalisation.

— M. **Poumeau-Delille** signale deux nouveaux cas d'intoxication par le trichloréthylène dus à des émanations. L'un d'eux fut amené à l'hôpital dans le coma.

— M. **Ravina** insiste sur les dangers possibles du trichloréthylène, trop souvent présenté comme une substance inoffensive. Il cite un cas d'intoxication par une colle au trichloréthylène qui s'accompagna d'ictère catarrhal aggravé avec mort.

— M. **Lereboullet** demande à ce que le danger de cette substance soit signalé sur les flacons qui la renferment de façon à ce qu'elle ne soit pas prise pour de la benzine quand elle est utilisée comme détachant.

Septicémie à méningocoques ayant duré trois mois et demi. Guérison spectaculaire par la sulfapyridine. — MM. **André Corcos, R. Dana** et Mme **H. Sparrow** (Tunis) ont observé chez un indigène tunisien de 20 ans, une septicémie à méningocoques remarquable par l'intensité de l'éruption qui simulait l'exanthème de la fièvre boutonneuse. Le germe en cause était un méningocoque B qui fut isolé par hémoculture et par ensemencement du mucus pharyngé. Guérison en vingt-quatre heures à la suite de l'administration de 6 *g.* de sulfapyridine.

Septicémie à staphylocoques à forme prolongée. — MM. **André Corcos, R. Dana, Henri Cohen** et Mme **Sérafino** rapportent l'observation d'un malade atteint de septicémie à staphylocoques à forme prolongée, caractérisée par l'apparition d'un grand nombre d'abcès sous-cutanés et ganglionnaires. Le malade fut traité successivement par les sulfamides, la pénicilline, les vaccins. Il ne guérit définitivement qu'après 3 séries de pénicilline, respectivement de 500.000, 300.000 et 300.000 unités et plusieurs traitements sulfamidés.

Le traitement des tuberculoses cutanées (lupus vulgaire) par la vitamine D2 à hautes doses. — M. **R. Degos** rapporte les résultats remarquables obtenus dans le traitement du lupus tuberculeux par la vitamine D2 à doses élevées associée au gluconate de calcium, suivant la méthode préconisée par J. Charpy. L'auteur a utilisé, sans inconvénient et avec des succès souvent impressionnants, des doses habituellement plus élevées que celles adoptées par Charpy. Dans les cas les plus heureux, ce traitement suffit à lui seul à guérir le lupus ; dans les autres cas la destruction des lupomes résiduels est grandement facilitée et limitée en étendue et en profondeur. Les autres tuberculoses cutanées sont influencées d'une façon beaucoup plus inconstante ou incomplète.

— M. **Troisier** n'a eu que des résultats douteux avec cette thérapeutique dans la tuberculose pulmonaire. Le bacille tuberculeux du lupus se trouve atténué dans la peau.

— M. **Etienne Bernard** demande si les adénopathies concomitantes du lupus ont été modifiées.

— M. **Degos** ne les a pas vu régresser.

— M. **Lenègre** a vu certaines pleurésies sévères ou traînantes bien influencées par la vitamine D à doses élevées et le gluconate de calcium.

— Mme **Roudinesco** rappelle les bons effets du lait donné en quantité abondante associé à la vitamine D dans la primo-infection des enfants, effets qui sont dus à sa richesse en sels de calcium facilement assimilables.

Augmentation de la morbidité tuberculeuse en rapport avec la sous-alimentation. — M. **Etienne Bernard** a pu observer dans le même secteur parisien une augmentation très nette de la morbidité tuberculeuse sous l'influence de la sous-alimentation, se traduisant par un envoi en préventorium, d'enfants bien plus nombreux et atteints de formes plus graves, pendant les premiers mois de 1945.

— Mme **Roudinesco** insiste sur les difficultés de la comparaison entre les années 1944 et 1945, bien des conditions ayant changé.

A propos du traitement de la lèpre par les sulfamides. — M. **Flandin** s'élève contre l'emploi récemment préconisé des sulfamides dans le traitement de la lèpre. Alors que, lorsque l'infection lépreuse tend à s'améliorer, la formule sanguine tend vers la polynucléose, les sulfamides inversent cette formule aux dépens des polynucléaires. La monocytose réapparaît et l'état du malade empire. On voit des formes à marche rapide se développer chez des lépreux précédemment stabilisés et même une véritable septicémie lépreuse s'installer, comme l'auteur en relate un cas.

P.-L. Marie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

26 Mai 1945.

La pénicilline dans l'infection récurrentielle. — MM. **C. Levaditi** et **A. Vaisman.** La pénicilline qui, *in vivo*, manifeste un pouvoir antispirillaire accusé à l'égard d'une spirillose récente, est, aux mêmes doses, incapable de stériliser le « virus cérébral », auquel le névraxe des souris contaminées de vieille date doit ses qualités pathogènes. D'où il s'ensuit que ce « virus cérébral » diffère, chimio-thérapeutiquement parlant, de la forme végétative du *Spirochaeta duttoni*.

Agglutination de **Leptospira canicola** ***par des sérums humains.*** — MM. **B. Kolochine Erber** et **Collombier.** De l'examen de 526 sérums humains, provenant tous de cas suspects de leptospiroses, il ressort que l'on peut trouver des sérums où les agglutinines pour *L. ictero hemorragiæ* ne sont pas accompagnées de coagglutinines pour *L. canicola.* Lorsque le séro-diagnostic est positif avec les deux souches, mais que le taux très élevé pour *L. ictero hemorragiæ* par rapport au taux limite pour *L. canicola* montre qu'il s'agit d'une leptospirose ictéro-hemorragique, il n'y a pas de rapport régulier entre les taux limites pour les deux leptospires. Deux cas seulement ont été trouvés pour lesquels il s'agit de maladie à *L. canicola.* Et, même quelques réserves doivent-elles être faites pour l'un d'eux qui n'a pas pu être contrôlé par des renseignements cliniques, l'isolement d'une souche ou une saturation d'agglutinines. L'ensemble de ces examens laisse à penser que la maladie humaine à *L. canicola* est assez rare en France.

Action de la vitamine P. sur le temps de saignement. — MM. **J.-L. Parrot** et **P. Galmiche,** poursuivant leurs recherches physiologiques et cliniques sur la vitamines P., montrent comment on peut étudier l'avitaminose P. dans le scorbut humain après avoir compensé la carence en acide ascorbique. Parmi les signes résiduels on peut noter alors l'allongement du temps de saignement. D'autre part les auteurs montrent que les substances douées de l'activité vitaminique P. raccourcissent le temps de saignement. Ils ont utilisé chez le cobaye et chez l'homme scorbutique ou non, un mélange d'épimères de la catéchine droite, en solution à 2,5 pour 1.000 en injections. En pratique, l'action hémostatique de la vitamine P. présente vraisemblablement un intérêt thérapeutique ; en outre, le temps de saignement, à côté de la résistance et de la perméabilité capillaires constitue un troisième test qui permettra d'apprécier les indications et l'efficacité de la vitamine P.

A. Escalier.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

20 Avril 1945.

La subluxation congénitale de l'adulte vue par l'examen radiographique de la hanche de profil. — M. **Charry** (de Toulouse) démontre, en présentant une série de clichés de hanche de face et de profil, que ces lésions passent par deux phases : l'une de subluxation pure, souvent silencieuse ; l'autre, douloureuse, accompagnée de boiterie, liée à un processus d'arthrite déformante. L'intervention à proposer varie selon la phase envisagée.

L'examen de profil permet de freiner les indications opératoires et de contrôler l'efficacité de la réalisation thérapeutique.

— M. **Masmonteil** pense que, dans les subluxations antérieures, il faut réserver une place à l'ostéotomie sous-trochantérienne de dérotation.

Sur la fréquence actuelle des ulcères de l'estomac et du duodénum. — M. **G. Luquet,** se basant sur l'étude de 460 cas opérés, estime que, depuis l'occupation, le nombre des ulcères a augmenté. Le nombre des ulcères de l'estomac semble l'emporter sur celui des ulcères du duodénum, tout au moins chez les gens restés en France.

Ostéo-arthrite vertébro-vertébrale. — M. **L. Lamy** a observé, chez un enfant de 15 ans, sans doute après une rougeole, une calcification intense de la région latéro-vertébrale gauche entre L 3 et L 4, donnant à l'enfant l'aspect d'un scoliotique grave.

Cette lésion a évolué, malgré le repos, et a nécessité un appareillage sans plâtre.

Tuberculose de l'utérus. — MM. **Masmonteil** et **Leuret.**

R. Massart.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE DE FRANCE

9 Avril 1945.

Intoxication mortelle par ingestion d'antergan dans un but de suicide. — MM. **R. Piédelièvre** et **L. Dérobert** rapportent l'observation d'une jeune femme qui absorba volontairement le contenu d'un tube d'antergan, soit 5 *g.* du produit. Très rapidement après elle présenta un malaise général puis une perte de connaissance suivie d'un coma terminé par la mort en une heure. Macroscopiquement les viscères présentaient une congestion particulièrement intense aux poumons. Microscopiquement il fut constaté de l'emphysème pulmonaire avec hémorragie interstitielle et broncho-constriction. Congestion hépatique, hémorragies intertubulaires rénales, congestion des sinus spléniques. L'aspect histologique des viscères rappelle celui de l'anaphylaxie mortelle ou de l'intoxication expérimentale par l'histamine et permet de discuter la pathogénie des accidents histaminoïdes au cours de la thérapeutique histaminolytique.

De l'incompatibilité du cumul des fonctions de médecin et de directeur dans les hôpitaux psychiatriques. — M. **Leconte** montre par des exemples précis, puisés dans sa pratique hospitalière, que les fonctions cumulées de directeur et de médecin dans les hôpitaux psychiatriques épuisent la tâche strictement médicale du psychiatre au détriment des malades. Il préconise la séparation totale des pouvoirs et l'administration de l'hôpital psychiatrique par un administratif spécialement éduqué à cet effet, ou par un médecin entièrement déchargé de charges thérapeutiques.

L. Dérobert.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE MICROBIOLOGIE

(Association des Microbiologistes de Langue française)

3 Mai 1945.

Action de certains corps sur la fermentation de quelques bactéries anaérobies. I. Colorants. II. Vitamines. III. Métaux. — M. **A.-R. Prévot** et Mlle **J. Taffanel**. On peut agir de façon intense sur la fermentation des anaérobies par l'addition de colorants, de vitamines et de métaux, et ces faits seraient susceptibles d'applications pratiques, telles que l'amélioration des rendements industriels ou des tests pour l'étude du métabolisme des anaérobies.

Réaction de déviation du complément avec des sérums de tuberculeux par un antigène entièrement synthétique : acide gras alpha-alpha disubstitué. — MM. **J. Paraf, J. Desbordes** et Mlle **G. Loubry** obtiennent avec cet antigène 13 résultats positifs sur 20 expériences avec des sérums de tuberculeux cliniquement en état d'évolution. Les résultats obtenus avec les témoins et ceux obtenus avec du sérum de cheval immunisé par le BCG sont totalement négatifs.

Au sujet du cycle évolutif d' « Endococcus moriformis nv. sp. Pinoy 1941 ». — MM. **J. Marchal** et **E. Desoroux**. Suivant les conditions de culture, le germe peut se présenter sous une forme coccique mobile ou sous une forme bacillaire mobile. Cette dernière possède deux modes de multiplication : division transversale, comme toutes les bactéries, ou système de cloisons dans des plans perpendiculaires et parallèles. Ce cycle évolutif est susceptible de jeter un jour nouveau sur le cycle évolutif des Rickettsia, agents des fièvres exanthématiques.

Complément et tactisme leucocytaire. — M. **A. Delaunay** et Mlle **J. Pagès** montrent que c'est le complément qui est responsable du tactisme leucocytaire : ce phénomène ne se produit qu'en présence de sérum, et le sérum vieilli ou chauffé à 56° ne provoque plus le tactisme des globules blancs. Les auteurs ont pu découvrir en outre quelles étaient les fractions actives du complément : ce sont les chaînons 3 et 4.

Sur les propriétés antituberculeuses de combinaisons d'acides gras du bacille de Koch avec une protéine. — MM. **Buu-Hoi** et **J.-P. Jouin**. Par liaison amidique des acides gras saturés du bacille de Koch avec des protéines étrangères, on ne peut obtenir de substance immunisante contre la tuberculose.

Délipidation des anticorps et zone de floculation. — M. **J. Polonovski**, Mlle **M. Faure** et M. **M. Machebœuf**. La zone de floculation se rétrécit après délipidation et d'autant plus que la délipidation a été plus poussée.

Réceptivité du singe callitriche (Aethiops sabaeus) à la souche « Lansing » de virus poliomyélitique entretenue sur la souris. — MM. **G. J. Stefanopoulo** et **J. Vieuchange** ont étudié la virulence de la souche Lansing de virus poliomyélitique pour le callitriche. Ils ont provoqué chez cet animal par inoculation intracérébrale de virus-souris le développement d'une maladie expérimentale dont les caractères cliniques et anatomopathologiques permettent d'affirmer la nature poliomyélitique.

P. Lépine.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE EXOTIQUE

14 Février 1945.

La méthode de Charpy dans le traitement de la lèpre. — M. **R. Montel** a essayé dans le traitement de la lèpre, en raison des analogies existant entre le bacille de Koch et le bacille de Hansen et entre le processus de guérison dans la tuberculose et dans la lèpre, le traitement que Charpy, de Dijon, recommande dans la tuberculose (vitamine D à doses massives associée au calcium). Deux lépreux ont été traités par la méthode de Charpy : dans un cas de lèpre nodulaire il a été noté une tendance à la résorption des lépromes et une amélioration nette de l'état général ; dans un cas de lèpre tropho-neurotique on a enregistré une diminution des douleurs névritiques et une amélioration sensible de l'état général. La méthode de Charpy appliquée à la lèpre paraît être un adjuvant utile au traitement de la lèpre classique.

Streptocoques, réaction de Dick et lymphangite endémique en Guyane française. — MM. **H. Floch** et **P. Lajudie** tendent à rapporter l'étiologie de la lymphangite endémique à une infection streptococcique et utilisent dans son traitement la vaccination antitoxique et antimicrobienne.

— M. **R. Montel** estime que l'étiologie de la lymphangite éléphantiasigène n'est pas univoque ; si le streptocoque est nécessaire, les lésions lymphatiques sont indispensables et primordiales ; la filariose peut être une des causes, mais il y en a bien d'autres : maladie de Nicolas-Fabre, chancrelles, lésions bacillaires ou lépreuses ; ces notions pathogéniques expliquent l'action constante du streptocoque intervenant comme saprophyte banal de la peau puis développant sa virulence.

Gangosa en Guyane française, les rhinopharyngites mutilantes. — M. **H. Floch** relate deux observations de gangosa en Guyane française : l'origine pianique ou syphilitique de la maladie est discutée ; dans le second cas où des tréponèmes ont été observés, au niveau des lésions, un traitement par le novarsénobenzol a été institué et a amené la guérison ; l'auteur admet l'étiologie pianique de la gangosa pour cette observation.

— M. **R. Montel** estime qu'il serait utile de rechercher dans les lésions de gangosa le granule spirochétogène qui ne peut manquer de s'y trouver s'il s'agit de pian ou de syphilis.

Le quinquina au Cameroun. — M. **Dufour** s'est proposé d'augmenter la culture indigène du quinquina au Cameroun afin d'utiliser la poudre de quinquina rouge, qui est très bien tolérée, dans le traitement du paludisme indigène. Des dispositions ont été prises pour que cette culture intensive soit menée à bien et des résultats satisfaisants ont déjà été obtenus.

La viscérotomie en médecine exotique. — M. **J. Bablet**. La ponction des cadavres pour le prélèvement d'organes dans un but de diagnostic peut être pratiquée avec un viscérotome. Les prélèvements hépatiques sont particulièrement intéressants ; la viscérotomie permet de déceler la fièvre jaune, le cancer du foie, les métastases hépatiques, les leishmanioses, les distomatoses, la bilharziose, l'histoplasmose, la spirochétose ictérohémorragique, diverses intoxications, les abcès amibiens ou microbiens du foie, la fièvre typhoïde, la lymphogranulomatose maligne. L'équipement des formations sanitaires des colonies françaises en viscérotomes est considéré.

Présentation des frontispices des traités de Pathologie exotique édités à Amsterdam en 1648 et 1658. — Mme **Christine Coste** présente et commente du point de vue de l'histoire des drogues, des plantes médicinales, de la flore et de la faune exotique, les frontispices des deux traités princeps de médecine exotique édités par les Elzévirs : l'ouvrage de W. Pison et de G. Marcgraf « *Historia naturalis Brasiliæ* », publié en 1648 et l'ouvrage de Pison « *De Indiæ utriusque re naturali et medicā* », publié en 1658.

Modifications hématologiques chez des Noirs sénégalais atteints d'onchocercose cutanée. — MM. **F. Marill** et **L. Alcay** montrent que les indications fournies dans l'onchocercose cutanée par le myélogramme sont sensiblement différentes de celles de l'hémogramme : ils pensent que la grande éosinophilie sanguine observée chez les Noirs dans les helminthiases est un phénomène périphérique et n'est pas en rapport avec une excitation anormale de la moelle osseuse.

Influence de la salure des eaux sur le développement de l' » Aedes aegypti ». — MM. **E. Roubaud** et **J. Colas-Belcour** montrent que le milieu favorable à la ponte est l'eau douce et l'eau douce additionnée de 31 pour 100 d'eau de mer.

Contribution à l'étude des phlébotomes du littoral méditerranéen français. — M. **M. Bourgain**.

Sur un exemplaire de « Phlebotomus papatasi, Scopoli 1786 », capturé à Toulon. — M. **M. Bourgain**.

R. Deschiens.

SOCIÉTÉS DE PROVINCE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

16 Mars 1945.

Quelques observations de transfusions de plasma liquide et desséché. — MM. **G. Ringenbach** et **A. Monestel** ont transfusé du plasma liquide ou desséché (méthode anglo-américaine) à des blessés atteints de choc pur, hémorragie, ou choc hémorragique. Ils insistent sur la nécessité d'injecter des doses importantes allant parfois jusqu'à plusieurs litres, et signalent que le pourcentage de guérisons ainsi obtenues est bien plus important que celui qu'on avait jusqu'à présent avec d'autres procédés.

A propos de la transfusion sanguine par la voie intra-sternale. — MM. **Damade, Lavignolle** et **Vincendau** ont eu l'occasion, après la communication de MM. Giraud et Desments, d'utiliser leur technique de la transfusion sanguine par la voie intra-sternale.

Les deux malades qui en bénéficièrent étaient atteints de dothiénentérie grave, l'une par suite d'hémorragies répétées et l'autre par suite d'une cachexie très rapide. Dans les deux cas la transfusion s'imposait du fait d'un taux très inférieur à la normale des hématies.

La difficulté de la transfusion par les voies habituelles dans le premier cas incita à recourir à la voie transsternale et par la suite, le succès de la technique nous encouragea à l'utiliser dans le second.

Les auteurs attirent l'attention sur ce mode de transfusion. La technique très simplifiée utilisée peut être perfectionnée selon les indications des promoteurs de la méthode. Quoi qu'il en soit, la transfusion par la voie intra-sternale d'une très grande facilité d'exécution est d'une réelle efficacité et mérite d'être très souvent utilisée.

Tuberculose rénale et état gravido-puerpéral. — M. **M. Rivière**. La tuberculose rénale semble rare au cours de l'état gravido-puerpéral ; sans influence sur la marche de la gestation, elle peut toutefois favoriser l'éclosion d'accidents gravido-toxiques. L'action de l'état gravido-puerpéral sur le rein tuberculeux est variable. Seules les formes évolutives sont aggravées, surtout dans les trois premiers mois et dans le post-partum (analogie avec la tuberculose pulmonaire). La surinfection colibacillaire aggrave la tuberculose et masque le diagnostic ; celui-ci est parfois gêné par les déformations vésicales provoquées par la gestation (obstacle au cathétérisme urétéral) et par les déformations des uretères (images radiologiques). Le pronostic dépend de l'évolutivité des lésions, de l'intensité des phénomènes vésicaux, de la surinfection colibacillaire, des autres localisations bacillaires associées. Le traitement sera médical dans les tuberculoses du rein unique et dans les formes bilatérales. Il peut être préféré dans les formes unilatérales peu évolutives. La néphrectomie est le traitement de choix des formes unilatérales évolutives ; elle sera immédiate si le diagnostic est porté dès le début, différée dans les cas vus en fin de gestation. L'opération de Richer, indiquée dans les formes bilatérales à gros retentissement vésical, n'est possible que dans les deux premiers mois. L'interruption de la grossesse sera légitime après la période de viabilité, soit pour enrayer des accidents gravido-toxiques surajoutés, soit pour permettre la division des urines et, ultérieurement, la néphrectomie.

Le traitement actuel de la tuberculose rénale. — M. **R. Darget**. Les premières lésions d'inoculation siègent dans la majorité des cas dans la substance corticale et le bacille de Koch est libéré précocement, ce qui permet le diagnostic aux premiers stades d'encommencement alors que la radiographie montre que la tuberculose est uniquement parenchymateuse.

Pratiquement, en ce qui concerne le traitement, les malades peuvent se classer en deux catégories : 1° ceux qui ne présentent pas de troubles vésicaux ; 2° ceux qui présentent des troubles vésicaux.

La *première catégorie* réunit les cas habituellement favorables et souvent unilatéraux : lésions latentes, anciennes à évolution lente pour lesquelles une néphrectomie plus de raison que de nécessité sera pratiquée ; lésions au contraire légères au début, qui seront traitées médicalement pour juger de leur évolution.

La *deuxième catégorie*, avec cystite prononcée, réunit les cas défavorables uni- ou bilatéraux. Parmi ces malades, deux variétés :

1° Ceux où la radiographie montre des lésions de destruction. Si ces lésions sont unilatérales, néphrectomie classique. Si ces lésions sont bilatérales, néphrectomie de nécessité pour une lésion extrêmement prédominante ou pyonéphrose.

2° Ceux où la radiographie ne montre pas de destruction. Si les lésions sont bilatérales, l'importance des troubles vésicaux dictera un traitement médical énergique complété rapidement s'il le faut par une opération d'énervation de Richer.

Si les lésions sont unilatérales, le traitement médical sera également tout d'abord institué, mais s'il est inopérant, avant de se résoudre à une néphrectomie pour des lésions que la radio ne montre pas, on peut se demander si une opération de Richer ne serait pas également opportune avant le recours toujours possible à une néphrectomie. Avec le recul de la néphrectomie d'emblée, l'institution d'un traitement médical, au moins temporaire, l'opération de Richer constitue un apport vraiment précieux dans le traitement de la tuberculose rénale.

6 Avril.

Encéphalite typhique à forme cérébelleuse. — MM. **Dupérié, Monmayou, Pelletier** et **Vincendeau**. Chez une femme de 33 ans s'installe brusquement, avec frisson, un syndrome cérébelleux fébrile, qui se constitue en 48 heures. Au troisième jour, on constate une hypotonie généralisée, de l'adiadococinésie, de la dysmétrie, du nystagmus, de la dysarthrie ; les réflexes cutanés abdominaux et les réflexes de posture sont abolis. Azotémie à 0,32 pour 1.000 ; hyperglycorachie. Hémoculture positive pour le bacille d'Eberth.

Par la suite et progressivement à ce cérébello-typhus s'ajoute le tableau d'une fièvre typhoïde grave dont l'évolution fébrile a duré près de 3 mois. On a vu peu à peu régresser les troubles nerveux. Un mois après la guérison, persistent un nystagmus horizontal, une atrophie musculaire bilatérale dans le domaine des interosseux et de l'éminence hypothénar, un menu tremblement des extrémités ; les réflexes ostéo-périostés et tendineux sont vifs, le signe de Babinski fait défaut.

En somme, il s'agit d'un cérébello-typhus, dont l'évolution paraît se faire, selon la règle, vers la guérison. Cependant le recul du temps manque pour juger de la valeur pronostique des petits signes qui persistent à la fin de la convalescence.

Nanisme brachymélique avec puberté précoce. — M. **Bergouignan** rapporte une nouvelle observation de ce syndrome morphologique et endocrinien qui a été récemment étudié par de Sèze et par Decourt.

Il s'agit ici d'une jeune femme de 19 ans, réglée à 8 ans 1/2 ; la croissance s'est arrêtée aux alentours de la 11e année ; en dehors du nanisme, les mensurations mettent en évidence une brachymélie manifeste. Il faut relever en outre des troubles du sommeil, une polydipsie et une polyphagie intermittente ; l'examen ne découvre aucun trouble du métabolisme hydrocarboné. On ne peut songer à opposer ce syndrome à l'acromégalie ; il s'oppose par contre par bien de ses traits à la dolichomélie de certains eunuques, et réalise par rapport à ce groupement pathologique un des syndromes en miroir qu'il est fréquent de rencontrer dans la pathologie diencéphalohypophysaire.

A. Chavé.

CHRONIQUES

Le Service de Santé des Forces Françaises Libres pendant les campagnes de 1940, 1941, 1942.

I. — Organisation. Équipement. Campagnes de Koufra et d'Erythrée.

L'Afrique Equatoriale Française et le Cameroun reprenaient la guerre, au nom de la France, dès le mois d'Août 1940, leur exemple était suivi, à très courte échéance, par les possessions du Pacifique et les Etablissements français dans l'Inde.

C'est sur le continent africain que devaient se faire la réunion et la coordination des forces militaires qui, délibérément, avaient résolu de continuer le combat contre les ennemis qui imposaient leur dure loi à la Patrie. Les premières troupes immédiatement utilisables furent, dans leur majorité, levées dans ces territoires français d'Afrique libre: elles étaient constituées par des Bataillons de marche de tirailleurs régulièrement recrutés avant l'armistice et que renforcèrent, très vite, d'autres unités semblables formées par l'enrôlement volontaire des Noirs de l'Afrique équatoriale et du Cameroun.

A ces bataillons de marche vint s'ajouter, en Octobre 1940, l'appoint d'un Corps expéditionnaire recruté en Grande-Bretagne, parmi ces effectifs de l'Armée Française que les revers des campagnes de 1940 y avaient réunis, après l'expédition de Norvège et la retraite de Dunkerque. Il comprenait les Fusiliers-Marins, de la Légion étrangère, des éléments d'Artillerie et de Chars, de l'Aviation.

Ce noyau de troupes résolues à ne jamais déposer les armes devait se compléter ultérieurement par un Bataillon d'Infanterie de Marine qui se concentrait au Caire et par un Bataillon levé en Nouvelle-Calédonie. Enfin, quelques unités de l'Armée du Levant devaient, en Août 1941, grossir ces effectifs.

Le Service de Santé de ces forces en guerre avait son centre et sa direction générale en Afrique Equatoriale Française. J'en avais la charge et la responsabilité. Le hasard avait voulu que, muté du XVe Corps d'Armée avec lequel j'étais entré en campagne, le 27 Août 1939, je fusse envoyé en Afrique Equatoriale Française au début de 1940, pour y exercer les fonctions de Directeur général des Services sanitaires et sociaux. La ruée allemande sur l'Ouest de l'Europe me surprit, en plein désert, tandis que j'inspectais les formations sanitaires de la région de Faya et des confins libyo-tchadiens. Je me refusai à accepter l'armistice et la plus haute récompense de toute ma carrière coloniale me fut donnée par la confiance que m'accordèrent spontanément les médecins, pharmaciens, officiers d'administration du Corps de Santé Colonial présents au Cameroun et en Afrique équatoriale qui, tous — sauf 8 —, demeurèrent à leur poste s'offrant à remplir toutes les fonctions et toutes les missions que le déroulement d'événements imprévisibles m'amenait à leur confier. Certains renoncèrent à l'exercice de la médecine, ce fut le cas du médecin capitaine Mendousse qui, servant dans l'aviation française, disparut avec le bombardier qu'il pilotait; du dentiste lieutenant Ferron, observateur d'aviation, qui eut le même sort en patrouillant au-dessus de la Méditerranée orientale.

Le Service de Santé devait s'adapter aux conditions très particulières que lui imposaient les nécessités de cette époque. J'assumais, en effet, la responsabilité de la défense sanitaire de ce vaste territoire formé du Cameroun et de l'Afrique équatoriale, que nous appelions, pour bien affirmer son affranchissement de toute servitude ennemie, l'Afrique Française Libre.

A ce titre, j'avais à suivre, pour les combattre, les manifestations endémiques des infections propres aux régions tropicales et équatoriales, sans omettre de parer à l'éventualité d'éclosions épidémiques saisonnières, dont une des plus préoccupantes reste le typhus amaryl. L'attention devait être d'autant plus tenue en éveil et la lutte contre les insectes vecteurs, aussi bien du paludisme, de la trypanosomiase, que de la fièvre jaune, menée avec d'autant plus d'énergie qu'à partir du mois d'Octobre 1940, l'afflux, dans cette Afrique libre, de Français de tous âges et de toutes conditions, débarquant à l'improviste et en toutes saisons, n'allait pas cesser. Le plus gros souci me fut donné par l'arrivée d'un fort contingent de jeunes Français de 17 à 21 ans, étudiants pour la plupart, qu'une longue suite de péripéties, plus pénibles les unes que les autres, avait fini par mener à Brazzaville où ils furent admis à l'Ecole Militaire Colonna d'Ornano créée, pour l'instruction des cadres, en Février 1941. Je retrouvai les mêmes préoccupations quand, un peu plus tard, se constitua, avec la jeunesse française encore, ce magnifique bataillon de marche du Tchad qui, sous le Commandement de Leclerc, après avoir traversé le désert, conquis Mourzouck, débarqua sur la terre de France en Août 1944, libéra Paris, Strasbourg chassant l'ennemi de nos foyers qu'il violait depuis quatre ans.

Préserver des atteintes du paludisme, des dysenteries, de la fièvre jaune, cette jeunesse inexpérimentée, ardente, qui avait tant souffert, la maintenir à l'abri de toute lassitude, de toute dépression, aussi bien physique que psychique, n'était pas chose aisée. Je ne pouvais plus compter sur les possibilités d'un réapprovisionnement en toniques fébrifuges, dont la quinine figure parmi les meilleurs, — je prévoyais même la rapide diminution de nos stocks de réserve. — pas plus que sur celui des agents chimiques qui ont fait leur preuve dans la lutte contre les anophèles et les aédinées; seule une sévère application des données prophylactiques pouvait nous venir en aide et, c'est à cette prophylaxie pratiquée avec autant de rigueur que de sévérité, qu'il fallut recourir. Les conditions sanitaires restèrent satisfaisantes, ni le paludisme, ni la trypanosomiase, ni les dysenteries, ni les méningococcies, ne présentèrent de réveils préoccupants; indices d'endémicité et d'épidémicité ne dépassèrent pas leur taux habituel. Deux foyers de typhus amaryl, dans ses manifestations silvatiques, apparurent au Gabon: l'un, dans le bassin du Como, à Donguila, l'autre, dans la région de Mayumba; ils furent très rapidement éteints après n'avoir causé que 5 décès.

Mais ce n'était là qu'une partie de mes responsabilités, la moins lourde peut-être. Il m'incombait, en effet, d'équiper en personnel, en matériel, médicaments, etc., les formations médicales des bataillons et les formations médico-chirurgicales mobiles de campagne qui allaient accompagner les troupes dans leurs pérégrinations et les vicissitudes de la guerre. Sur ce terrain, je n'avais à attendre de secours que de la volonté d'aboutir.

Matériel. — En Afrique Equatoriale Française ainsi qu'au Cameroun, le matériel de mobilisation, du modèle « Colonial », récemment arrivé pour être affecté aux unités qui devaient être appelées à s'engager aux frontières libyo-tchadiennes, ne fournissait que des possibilités restreintes, avec lesquelles nous ne pouvions équiper qu'un nombre limité de Bataillons de Marche. Il fallait mettre à contribution, sans cependant les entamer de façon excessive, les réserves en matériel et en médicaments propres à chacun de ces territoires.

Le Corps expéditionnaire, formé en Grande-Bretagne, emmenait avec lui un matériel médico-chirurgical également limité qu'avait réuni, non sans peine, le pharmacien capitaine Rabatté pendant son passage à Londres. Son meilleur appoint était représenté par deux remorques automobiles, l'une de radiographie, l'autre de stérilisation. Il manquait de pavillon opératoire, de tentes et de moyens d'hospitalisation.

Sa dotation la plus intéressante, parce que la plus utile, était une section automobile formée par des camionnettes Bedford, affectées au transport du matériel et une section de 12 voitures sanitaires, type Austin, pouvant véhiculer 4 blessés couchés, ou 12 assis. Cette dotation avait été accordée par l'Armée Britannique aux Forces Françaises.

A la fin de l'année de 1940, 4 voitures sanitaires Ford, aptes à transporter 2 blessés couchés ou 8 assis, offertes par la Colonie Française de l'Union Sud-Africaine, nous arrivaient providentiellement, après un long voyage par route, de Johannesburg à Brazzaville. Elles furent affectées aux Bataillons de Marche, pour lesquels on n'avait pu trouver de véhicule capable d'assurer le transport des blessés.

L'ensemble de ce matériel, il est facile de s'en rendre compte, n'offrait pas de larges possibilités d'action. Il fallut néanmoins lui demander un maximum de rendement. Pour y parvenir, je renforçai le matériel médical et chirurgical des bataillons, afin de permettre aux médecins et à leurs aides de donner très vite et correctement les soins d'urgence les plus complets possibles aux blessés. Il fallait envisager, en effet, l'éventualité où pouvait se trouver chacun de ces bataillons d'avoir à combattre isolément, à distance de formations médico-chirurgicales d'une part, de réserves de matériel d'autre part, et il était nécessaire que les médecins de ces unités ne fussent jamais gênés dans leur action.

Je constituai en second lieu, une formation médico-chirurgicale légère, mobile, pour se maintenir en liaison constante avec les bataillons et souple, parce que je prévoyais la nécessité pour elle de se scinder, au combat, en deux éléments: l'un qui se porterait à l'avant, afin de remplir les fonctions d'un poste chirurgical avancé, chargé non seulement de prêter toute aide utile aux médecins des troupes mais surtout de placer les blessés dans les conditions les meilleures pour supporter les fatigues d'une évacuation. Je ne disposais d'aucun matériel, d'aucune réserve de sang conservé ou de plasma, pour la pratique de la transfusion sanguine, mais j'escomptais qu'une aide de nos alliés britanniques pourrait permettre aux médecins et chirurgiens, travaillant à cet échelon, de pratiquer la transfusion pour les blessés dont l'état général le nécessiterait. Le deuxième échelon de cette formation était composé de telle façon que les blessés comme les malades devaient y trouver tous les possibilités de soins et d'assistance, réclamés par les lésions dont ils étaient porteurs ou la gravité de leur état. Elle disposait d'une section d'hospitalisation allégée.

Il ne fallait pas songer recourir à l'appui d'hôpitaux qui n'existaient pas et, il ne fallait pas davantage alourdir une formation qui devait se plier aux exigences d'une guerre de mouvement, en Afrique, dans des terrains difficiles, en montagne ou dans le désert, alors que les moyens de transport étaient introuvables.

Personnel. — L'Afrique équatoriale et le Cameroun comptaient en service, un total de 120 officiers du Corps de Santé colonial, de toutes spécialités, que renforcèrent des médecins et officiers d'administration qui avaient quitté l'Afrique Occidentale Française pour nous rejoindre. Les médecins de réserve, qui avaient été envoyés, sur leur demande, au Cameroun et en A. E. F., au début des hostilités, demandèrent, sauf 3, à quitter le territoire pour regagner la France.

Le cadre des infirmiers coloniaux et des infirmières brevetées de l'Afrique Equatoriale Française et du Cameroun était à peu près au complet. Deux infirmières françaises, Mlles Dieterlen et Armand, avaient quitté l'Union Sud-Africaine, partant de Johannesburg pour rejoindre Brazzaville où elles arrivaient au début de Janvier 1941, avec la volonté de suivre le Corps expéditionnaire. C'est parmi ce personnel qu'il fallut prélever les médecins et infirmiers affectés aux Bataillons de Marche dans la proportion de 2 médecins, 4 infirmiers, 8 brancardiers, par bataillon, ainsi que le personnel spécialisé réclamé par la formation médico-chirurgicale mobile. 11 médecins furent choisis parmi une longue liste de volontaires. Il y eut un départ supplémentaire imprévu, celui du médecin lieute

nant Guillon, qui s'embarqua clandestinement à Douala, sous l'uniforme d'un légionnaire de 2e classe.

Le Corps expéditionnaire, provenant de Grande-Bretagne, était accompagné de médecins, médecins auxiliaires, dentistes et pharmaciens, appartenant tous à la réserve. Le médecin commandant Fruchaud, professeur de clinique chirurgicale à l'École de Médecine d'Angers était assisté des médecins capitaines Delavenne et Dumont, du médecin sous-lieutenant Genet, de 4 médecins auxiliaires, Lepoivre, Sehik, Desnos, Mayolle, du dentiste lieutenant Béraud, du pharmacien capitaine Rabatté, du pharmacien sous-lieutenant Gelly, des pharmaciens auxiliaires Menestray et Gasparini.

Un effectif important d'infirmiers français et d'infirmières bien entraînés, animés du plus bel esprit de sacrifice, accompagnait ces officiers. Ils comptaient parmi eux de précieux spécialistes (stérilisation, salles d'opération, radiologie, pharmacie, aides-mécaniciens, conducteurs d'ambulances), qui vinrent renforcer les quelques éléments que nous offrait l'Afrique Française Libre.

La responsabilité technique et administrative de tout ce service fut donnée aux deux médecins commandants : Vialard-Goudou et Lotte, assistés du commandant d'administration, Carichiopoulo. Les départs de l'Afrique Française Libre pour les théâtres d'opérations qu'étaient l'Erythrée, les Somalis, l'Ethiopie, s'échelonnèrent du mois de Décembre 1940 au mois de Mars 1941, les uns se firent par mer, les autres par la route, de l'Ouest à l'Est de l'Afrique : cette route était le désert, dans la traversée de certaines zones de l'Afrique équatoriale comme du Soudan Anglo-Egyptien. L'entrain que montrait l'ensemble du personnel était remarquable, la confiance en soi, la volonté, l'attention, sans cesse en éveil, surmontèrent les difficultés ; l'état sanitaire des troupes demeura sans histoire, aucune manifestation grave, aucune maladie épidémique ne furent constatées.

L'expérience des premiers combats devait permettre de modifier encore, pour les améliorer et mieux les adapter aux circonstances, les instructions générales que j'avais données au départ ; l'expérience, en effet, devait dominer la doctrine.

C'est ainsi que l'équipe chirurgicale du médecin commandant Fruchaud, comme plus tard au Levant celle du médecin commandant Vernier, obtint de remarquables résultats au cours des combats d'Erythrée, par la rapidité de ses interventions sur des blessés graves, dans les postes chirurgicaux avancés.

Tandis que ces effectifs marchaient à l'ennemi, en direction de l'Est, d'autres unités françaises, plus allégées encore, sous les ordres du colonel Leclerc, partaient en Février 1941, de Faya et du Tibesti, ayant pour objectif la conquête de l'oasis de Koufra, située dans le Sud-Est de la Cyrénaïque italienne, au milieu du désert. Cette colonne devait se battre dans des conditions pénibles, loin de sa base de départ dont la séparait un désert extrêmement inhospitalier, ce qui rendait les évacuations à peu près impossibles sans le secours de l'aviation. Le service de Santé résolut les difficultés de la situation qui lui était imposée, en adjoignant à la colonne, en dehors des médecins affectés aux troupes, un groupe chirurgical mobile, allégé à l'extrême mais doté de tout l'équipement essentiel en personnel et en matériel, afin de pouvoir intervenir en toutes conditions d'urgence sur des blessés que l'on ne devait pas laisser mourir. En outre, j'organisai à Faya, oasis dans le désert qui sépare Fort-Lamy du Tibesti, un hôpital de base, bien équipé, à la tête duquel se trouvait le médecin capitaine Laquintinie qui devait succomber, en Mars 1941, au surmenage qu'il s'était imposé. Du groupe chirurgical mobile, les évacuations des blessés furent faites sur l'hôpital de Faya, par les avions de combat, très mal adaptés au transport des blessés.

Au mois de Mai 1941, arrivait en Egypte, en provenance de la Grande-Bretagne, une ambulance lourde qu'offrait au Service de Santé français, Lady Hadfield. En dépit de la bonne volonté de tous, de l'esprit d'initiative de chacun, il était impossible au Service de Santé français de travailler correctement, aux côtés de nos alliés Britanniques, avec des moyens aussi restreints. Le souvenir des formations de campagne, si pleinement équipées, que j'avais eues sous mes ordres au XVe Corps d'Armée, me hantait, sans que cependant il n'ait jamais paralysé mon action ou seulement éveillé le doute du succès. Entre la formation mixte médico-chirurgicale et les hôpitaux de campagne britanniques, il manquait une installation chirurgicale susceptible de procurer aux blessés, porteurs de lésions des viscères ou de graves traumatismes des membres, les garanties que l'insuffisance de nos ressources leur refusait. L'ambulance chirurgicale lourde allait heureusement compléter notre équipement. Lady Spears s'était chargée d'en recruter le personnel subalterne : infirmières et infirmiers, mécaniciens, conductrices et conducteurs, de compléter l'arsenal chirurgical ; elle accompagnait ce personnel dont elle avait pris la Direction. Cette ambulance avec ses salles d'opérations, de stérilisation, de préparation, d'anesthésie, son camion radiographique et son laboratoire, sa pharmacie et ses tentes d'hospitalisation abritant 100 blessés, apportait à notre organisation sommaire, un renfort très apprécié. Outre ses camions de transport et ses voitures sanitaires, elle disposait d'un camion atelier qui permettait de faire, sur place, toutes les réparations. Son personnel technique était composé d'un chirurgien, le médecin capitaine Durbach, du médecin capitaine Jiberry, du médecin lieutenant Asquins chargé du service radiographique, de Mme Asquins, docteur en médecine, assimilée au grade de médecin sous-lieutenant, chargée du laboratoire, d'un officier d'administration. Son personnel subalterne, bien composé, très homogène, donnait toutes garanties.

Cette ambulance chirurgicale lourde améliorait considérablement les possibilités du Service de Santé au combat. J'en confiai la direction au médecin commandant Fruchaud et chargeai le pharmacien capitaine Rabatté de l'organisation et du fonctionnement de sa pharmacie.

En somme, à l'heure où s'engageaient les troupes françaises groupées sous le commandement du Général Legentilhomme, le service de Santé présentait l'organisation suivante, il disposait au combat :

1° De formations légères, bien dotées en instrumentation, en appareils, médicaments et pansements, sous l'autorité des médecins des Bataillons de marche.

2° D'un groupement d'ambulances mixtes, chirurgicales et médicales, avec sa section de voitures sanitaires, formation de campagne légère pouvant se scinder, afin de se porter rapidement partout où serait utile sa présence sur le champ de bataille.

3° D'une ambulance chirurgicale lourde remplissant le double rôle d'une formation de l'avant et d'un hôpital origine des étapes.

Les hôpitaux nous manquaient et nous ne pouvions songer à les constituer. Le service de Santé Britannique mit à notre disposition ses hôpitaux de campagne, sur lesquels furent dirigés nos blessés évacués aussi bien de l'ambulance mixte que de l'ambulance chirurgicale.

(*A suivre.*)

A. Sicé,
Médecin général
du Corps de Santé Colonial.

Le Médecin-Général Cot
(1881-1945).

Le Médecin Général Cot vient d'être emporté par une maladie foudroyante. Cette nouvelle sera affreusement ressentie par ses amis, ses élèves, et tous ceux qui s'intéressèrent à ses travaux ou en bénéficièrent.

Né le 4 Décembre 1881 à Camarès, dans l'Aveyron, il était entré à 19 ans à l'École du service de Santé Militaire et en était sorti Docteur en Médecine à 22 ans.

Après avoir occupé divers postes, il est affecté en 1923, au Régiment des Sapeurs-Pompiers de Paris. C'est là qu'il pourra enfin donner la mesure de toutes ses possibilités.

D'une vitalité peu commune mise au service d'une activité débordante, pendant dix ans, il met au point les méthodes de sauvetage des asphyxiés, instruit des milliers de sauveteurs, crée de nombreux appareils de ranimation et acquiert ainsi l'honneur d'avoir mis sur pied, avec science et méthode, une organisation qui n'en était avant lui qu'aux premiers balbutiements et qui s'est maintenant généralisée sur l'ensemble du territoire.

Mais, homme de Science, il connaissait les limites de la spéculation théorique. Il dut le succès de son œuvre à son souci constant de vérifier l'efficacité pratique des méthodes préconisées. Tel est l'esprit qui domine tous ses ouvrages.

Quand vinrent les prodromes du conflit mondial, Le Médecin Général Cot s'orienta vers l'étude des asphyxies du temps de guerre. Il eut alors, l'occasion de mettre en œuvre ses qualités maîtresses, en traçant le plan général de : « l'organisation et du fonctionnement des Services de Défense passive sanitaire », qui est et restera la charte officielle en cette matière.

L'effondrement de Juin 1940 avait mis prématurément fin à sa brillante carrière. Atteint par les mesures de dégagement des cadres, au lendemain de la défaite, seul l'amour du sol natal avait pu lui donner, dans sa retraite forcée, le courage de survivre au malheur de sa patrie.

Il est des personnalités dont le nom reste à jamais attaché à la tâche qui a rempli leur vie.

Le Médecin Général Cot sera toujours l'Homme de la « Ranimation ».

P. Genaud.

Livres Nouveaux

Vie et finalité, par H. Rouvière. 1 vol. de 148 pages avec 60 figures (*Masson et Cie*, éditeurs), Paris. — Prix : 75 fr.

Même s'il a moins de 150 pages, il n'est pas possible d'analyser ou résumer un ouvrage dont les trois grands chapitres ont des titres tout ensemble attirants et imposants comme : *Qu'est-ce que la vie ? Origine de la vie. La finalité dans la vie.*

Une documentation qui envisage tour à tour les activités cellulaires après la mort, la survie des éléments cellulaires isolés, l'auto-régulation et la coordination des fonctions élémentaires, les amours fatales des Sitaris, l'âge, par dizaines ou centaines ou millier de millions d'années, de la terre et de la vie, le débat, renaissant avec les virus-protéines, de la génération spontanée, la théorie des cosmozoaires et des panspermies interastrales, les théories mécanistes déifiant le hasard, ne se peut évoquer en quelques lignes.

De même, il serait présomptueux de croire pouvoir fidèlement résumer une séduisante démonstration, quand elle a pris soin de chercher ses arguments, en faveur de la finalité, dans l'assemblage des éléments qui distinguent la matière vivante, la maturation des cellules sexuelles qui vont donner un être, le développement de celui-ci, la structure des cellules et celle des organismes la chronaxie, les coaptations et les corrélations enfin en allant du bouton pression de quelques céphalopodes des hémilytres agrafées de certains héminoptères jusqu'aux merveilles rarement contestées du vol des oiseaux et de l'appareil visuel de l'homme. La finalité dans la phylogénèse ne paraissant pas moins évidente à l'auteur que celle que lui montre l'ontogénèse, son dernier chapitre est encore plus dense.

C'est un livre plein, mais vif. En peu de pages, sont fortement campés des problèmes immenses. La forme est élégante, pres.e, lumineuse. Même si quelque sombre adversaire surgit, le ton reste presque toujours d'une charmante courtoisie ; mais l'enjeu d'opinions est si important qu'une fois, contre Haeckel ou autre, des mots sévères sont écrits. Ce n'est d'ailleurs pas un des moindres élans de ce livre que celui de la foi qui l'anime et qui se laisse voir. Mais il y a autant de bonne foi que de foi, et le livre, même moins passionné, resterait passionnant. C'est un témoignage mémorable.

Quand un problème s'étend sur plus de cent millions d'années, les matérialistes peuvent estimer qu'il y eu le temps de tous les arrangements et que les finalistes ont choisi une hypothèse qui, loin de fixer la solution l'éloigne. Mais, que l'on cède à l'auteur ou qu'on lui résiste, l'on doit considérer comme un événement pour l'esprit de voir le premier anatomiste de France, au terme d'une profonde méditation, écrire tout simplement « La vie n'est pas et n'aurait pu être l'œuvre du hasard Elle est celle d'une pensée créatrice, surnaturelle, de Dieu, qui a fait éclore la vie dans un univers prêt à la réunir. » Ou encore ces mots, qui récompensent un peu généreusement les finalistes : « Couronnant l'évolution et préparée par elle, une mutation a formé l'homme dominant de très haut tout le règne animal par l'esprit qui l'élève jusqu'à lui permettre de concevoir l'œuvre de son Créateur. »

L'auteur de cet admirable ouvrage, qui fait suite à *Anatomie philosophique*, se félicitait, après ce premier livre sur la finalité, d'un double succès : avoir entraîné la conviction de quelques sceptiques et la sourde irritation « d'influents et actifs missionnaires de la foi matérialiste ». Il est facile de prédire au savant missionnaire de la foi inverse un succès de plus : l'enrichissement reconnaissant de ceux qui, avant de conclure ou de croire, continueront, en le lisant, leurs captivantes et difficiles pesées devant l'éternelle interrogation.

H. M[illegible]

INFORMATIONS

CONSEIL SUPÉRIEUR DES MÉDECINS

LES ŒUVRES DE SOLIDARITÉ DU CORPS MEDICAL
en faveur des Médecins et de leur Famille victimes de la Guerre

Jusqu'ici plus de 10 millions de secours immédiats nt été distribués par les médecins à leurs confrères nalheureux. Ce n'est pas suffisant. Médecins rapatriés, risonniers ou déportés (plus de 1.200), médecins sinisrés totaux (800), veuves de confrères disparus sous es bombardements ou fusillés (nous avons connaissance e 152 confrères disparus et de 116 fusillés, il faut 'attendre à plus de 500 orphelins) ; trop d'entre eux ont dans une détresse qui, bien souvent se cache et que e Corps Médical doit et veut soulager.

Devant des misères de plus en plus nombreuses qui ui sont signalées, certain d'être l'interprète de la pensée e tous les médecins, le Conseil Supérieur qui déjà éserve à la solidarité la moitié de la cotisation réclamée ar lui (125 fr. sur 250 fr.), dans sa deuxième Session u 26 Mai 1945, a décidé, pour amplifier l'action des Œuvres d'entr'aide et coordonner les efforts faits jusqu'à résent par la Commission de Protection des Intérêts des Médecins prisonniers et la Commission Nationale de ecours aux Médecins sinistrés, de créer un Organisme inancier unique : « *La Caisse Nationale de Solidarité du Corps Médical en faveur des Médecins et de leur famille victimes de la guerre* », caisse dotée de toute la garantie égale.

A cette Caisse, il faut d'abord faire connaître *toutes* es détresses ; que tous les médecins concourent à cette Œuvre confraternelle en signalant avec précision :

Au Dr Jacques GRASSET, 5 bd du Montparnasse, Paris-6e (Ségur 96-81), les prisonniers rapatriés ;

Au Dr Jean BENASSY, 58, rue de Monceau, Paris-8e Laborde 00-06), les déportés rapatriés ;

Au Dr OBERLIN, 121, bd Saint-Germain, Paris-6e (Danton 85-86), toutes les autres infortunes.

Que d'autre part des médecins qui ont des instruments, des vêtements, des meubles disponibles les signalent ; que ceux qui peuvent accueillir chez eux des enfants anémiés, des confrères rapatriés ayant besoin l'air pur et d'une nourriture reconstituante se fassent connaître, que les ménages sans enfant songent à adopter des orphelins de père et de mère, etc...

Enfin, que les médecins soient infiniment généreux.

La Caisse Nationale de Solidarité a pour but essentiel :

1° De continuer l'aide financière immédiate aux médecins sinistrés totaux (en particulier ceux des départements de l'Est et des poches de l'Atlantique non encore secourus), ainsi qu'aux médecins rapatriés, et de permettre en particulier à nos confrères déportés, qui nous reviennent trop souvent avec une santé ruinée, de réparer celle-ci.

2° De prendre en charge — lorsque celle-ci sera trop lourde pour leur famille — l'éducation des orphelins, en sorte qu'ils puissent accéder à la carrière que leur père, s'il eût vécu, eût souhaité leur voir embrasser.

Aussi le Conseil Supérieur demande-t-il instamment à tous les médecins que la guerre a épargnés de lui envoyer d'urgence pour 1945 :

a) Pour les rapatriés et sinistrés une cotisation de 200 fr. ;

b) Pour l'Œuvre des Orphelins une cotisation de 700 fr. renouvelable annuellement.

La CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ voudrait également aider les médecins dont l'installation professionnelle a été détruite par faits de guerre et qui n'ont pas encore repris leur activité, à réexercer leur profession.

Dans ce but des prêts d'honneur pourraient être remis aux confrères qui s'engageraient à les rembourser à la Caisse selon un échelonnement allant de 5 à 10 ans suivant l'importance du prêt.

Pour que cette forme d'entr'aide soit efficace, il faudrait que chaque médecin épargné par la guerre avançât une somme remboursable qui devrait atteindre au moins 5.000 fr.

Au fur et à mesure des remboursements des prêts d'honneur, par les soins de la Caisse de Solidarité, les sommes récupérées feraient retour à ceux qui les auraient avancées.

Le Conseil Supérieur estime que les cotisations pour les rapatriés et sinistrés, ainsi que pour l'Œuvre des Orphelins ont, du point de vue moral, un caractère obligatoire. Pour les Prêts d'honneur il s'en remet à la libéralité du Corps Médical.

Dans l'un et l'autre cas, que les confrères favorisés par la fortune continuent, ainsi qu'ils l'ont déjà fait, de n'écouter que leur générosité et adressent des dons supplémentaires permettant de pallier toutes les détresses.

Toutes les sommes doivent être adressées au compte-courant postal : Paris 874-34 au nom de la Caisse Nationale de Secours aux médecins sinistrés (car nous avons été obligés de garder ce numéro de compte-courant postal et la même suscription) en précisant, s'il y a lieu, la destination des fonds (sinistrés, orphelins).

Le Conseil Supérieur, soulignant encore une fois l'urgence de son appel, est certain que le Corps Médical, dans un élan unanime, parachèvera l'Œuvre de Solidarité si bien commencée.

CROIX-ROUGE FRANÇAISE

Direction générale

M. BONNET, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, est nommé directeur général de la Croix-Rouge française. M. THOUANN est nommé secrétaire général.

Conseil d'administration

Parmi les membres du Conseil d'administration de la Croix-Rouge française, nommés par arrêté en date du 26 Mai 1945, nous relevons les noms de :

M. le Prof. JUSTIN-BESANÇON, président. M. MILLIOT, professeur à la Faculté de Droit d'Alger, ancien président du Comité de coordination des Croix-Rouges françaises dans les territoires libérés, vice-président.

M. le médecin général inspecteur SICÉ, des troupes coloniales, ancien président du Comité temporaire de la Croix-Rouge française en Grande-Bretagne, vice-président.

Dr Etienne BERNARD, professeur agrégé. M. le Prof. DEBRÉ. Dr BROUARDEL, président de l'Académie de Médecine. Mme le docteur BERTRAND-FONTAINE, médecin des Hôpitaux de Paris. Dr AUJALEU, inspecteur général de la Santé. Médecin colonel DEBENEDETTI, directeur du Service de Santé militaire au ministère de la Guerre. Médecin général inspecteur JAME, inspecteur général technique du service de Santé militaire au ministère de la Guerre. Médecin général LE CHUITON, directeur du Service de Santé de la Marine. Médecin général VAUCEL, directeur du Service de Santé colonial.

CONSEIL DES MÉDECINS DE LA SEINE

Contrôle Médical des prisonniers déportés et travailleurs rapatriés

Une ordonnance du 20 Avril 1945 a institué le contrôle médical obligatoire pour tous les prisonniers, déportés et travailleurs rapatriés. Une seconde ordonnance du même jour a prévu la réquisition des médecins non mobilisés pour effectuer ce contrôle.

Les opérations de ce contrôle médical sont organisées sous l'autorité technique du directeur régional de la Santé. Dans le département de la Seine, une centaine de centres d'examens ou de dépistage sont prévus.

Les médecins volontaires pour remplir ce devoir sacré seront affectés par priorité au centre le plus voisin de leur domicile.

Le Conseil des Médecins de la Seine fait appel à tous les médecins de Paris et de la banlieue désireux de contribuer au contrôle médical des rapatriés pour qu'ils se fassent connaître sans délai au Conseil départemental des Médecins de la Seine, 242, boulevard Saint-Germain, Paris-17e, où tous renseignements leur seront fournis.

XLVIIIe Congrès français de Chirurgie

Le XLVIIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE se tiendra à la Faculté de Médecine de Paris, du lundi 8 au jeudi 11 Octobre 1945.

Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour :

Lundi. — Les troubles fonctionnels du corps thyroïde et leur traitement. Rapporteurs : MM. PETIT-DUTAILLIS (de Paris) et PEYCELON (de Lyon).

Mardi. — Des anastomoses bilio-digestives : Résultats éloignés. Rapporteur : M. MALLET-GUY (de Lyon).

Mercredi. — Les endométrioses. Rapporteurs : MM. Pierre BROCQ (de Paris), Jacques VANANGOT (de Paris) et DELANNOY (de Lille).

Les chirurgiens qui ne font pas partie de l'Association Française de Chirurgie et qui désireraient y adhérer, doivent adresser au Secrétaire général, 12, rue de Seine, avant le 1er Octobre 1945, une demande signée par deux membres de l'Association. Ces parains doivent être des chirurgiens habitant la même ville ou la même région que le candidat, ou, à leur défaut, de ses anciens chefs de service.

XVIIIe Congrès des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord

Le XVIIIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DE L'AMÉRIQUE DU NORD aura lieu à Québec les 3, 4, 5 et 6 Septembre 1945.

La médecine préventive et sociale réunira les congressistes en séances plénières. Les trois sujets suivants y seront traités : *l'examen médical périodique, la nutrition aux différents âges et le problème de l'habitation.*

Le matin, les séances d'études comprendront 11 spécialités : médecine, chirurgie, hygiène, phtisiologie, anesthésie, radiologie, pédiatrie, orthopédie, médecine militaire, ophtalmologie et urologie.

Comité du Congrès : Président, Dr Charles VÉZINA ; Secrétaire, Dr Jean-Baptiste JOBIN ; Trésorier, Dr Charles-Auguste GAUTHIER.

Secrétariat de l'Association : 128, rue Sainte-Anne, Québec (Canada).

Élection à l'Académie des Sciences

L'Académie des Sciences a élu à une forte majorité le Prof. René LERICHE dont les travaux scientifiques et le prestige chirurgical sont aussi connus à l'étranger qu'en France.

La Presse Médicale est heureuse de l'en féliciter.

Université de Paris

Conseil de la Faculté de Médecine. *Séance du 3 Mai 1945.* — VACANCE DE CHAIRE. — Comme suite au décès du Prof. ABRAMI, titulaire de la Chaire de Clinique médicale Broussais, le Conseil de la Faculté a accepté la demande de mutation de M. le Prof. CHABROL de la chaire de pathologie médicale à la chaire de clinique médicale.

— La mutation de M. CHABROL laissant vacante la Chaire de Pathologie médicale, le Conseil a demandé la déclaration de vacance de cette Chaire.

PROFESSORAT SANS CHAIRE. — M. Marcel BRULÉ, agrégé, chargé de cours de Clinique annexe à titre permanent a été proposé pour le titre de professeur sans chaire.

CONCOURS DU CLINICAT. — Une décision ministérielle du 6 Avril 1945 supprime temporairement les concours du Clinicat. Dans le cas où les concours ne seraient pas rétablis en Octobre, les professeurs de clinique, pour assurer l'enseignement à la rentrée scolaire de 1945-1946, pourront, dans la limite des places disponibles, déléguer dans les fonctions de chefs de cliniques les candidats de leur choix, sous la réserve bien entendu que les intéressés remplissent les conditions nécessaires pour subir éventuellement le concours d'admission.

ASSISTANTS ÉTRANGERS. — Mme le Dr Suzanne COWEZ (de Bruxelles) et M. le Dr Farahmand DJAFAR (de Genève), sont nommés assistants étrangers de la Clinique Ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

Leçon inaugurale. — M. le Prof. Bernard FEY fera sa leçon inaugurale le mardi 19 Juin 1945, à 18 h., au Grand Amphithéâtre de la Faculté de Médecine.

Clinique médicale Broussais. — Par décret ministériel du 15 Mai 1945, le docteur CACHERA, agrégé, est chargé à titre provisoire, à dater du 1er Mars 1945, et jusqu'à la nomination d'un nouveau titulaire, de l'enseignement de la *Chaire de Clinique médicale Broussais*, en remplacement de M. ABRAMI, décédé.

Concours et places vacantes

Médecins de la Mission d'Administration à Berlin. — Les candidats peuvent se présenter tous les jours au siège de la Mission, 12, place Vendôme, à Paris, téléphone : Opéra 07-92, pour y poser leur candidature. On désire particulièrement : 1 chirurgien, 1 ophtalmologiste, 1 O.-R.-L., 1 stomatologiste ou chirurgien-dentiste.

Conditions très intéressantes ; un grade de mission pourra être donné, supérieur au grade détenu dans la réserve, avec les avantages qu'il comporte au point de vue solde.

Médecins inspecteurs des Ecoles de la Drôme. — Un concours sur titres pour 4 places est ouvert à la Préfecture de la Drôme. S'adresser à l'Inspection de la Santé, 50, rue Berthelot, à Valence.

Quatre emplois de Médecin-Inspecteur des Ecoles sont actuellement vacants dans le département du Loiret (1 à Gien, 2 à Montargis et 1 à Pithiviers). S'adresser au Préfet du Loiret (Inspection de la Santé, 26, boulevard Alexandre-Martin, Orléans).

Médecin vénéréologue de la Drôme. — Un concours sur titres pour une place est ouvert à la Préfecture de la Drôme. S'adresser à l'Inspection de la Santé, 50, rue Berthelot, à Valence.

Médecins-contrôleurs stagiaires des assurances sociales. — Un concours sur titres est ouvert pour deux emplois. Inscriptions jusqu'au 4 Juillet 1945 inclus, au ministère du Travail, direction du personnel, 3e bureau 1, place de Fontenoy Paris-7e.

Etablissement psychothérapique de Fleury-les-Aubrais (Loiret). — Trois places d'internes sont vacantes.

Hôpital général de Nevers. — Un poste d'interne en chirurgie se trouve immédiatement vacant ainsi que deux postes d'interne en médecine. S'adresser au Directeur.

STATIONS THERMALES

Aix-les-Bains (Savoie). — Réouverture. Un certificat médical, justifiant de la nécessité d'une cure, est recommandé.

Bourbon-Lancy-Thermal (S.-et-L.). — Ouverture de la saison le 1er Juin 1945.

Nouvelles diverses

Création d'un Conseil supérieur de la recherche scientifique coloniale. — Par arrêté du 26 Mai 1945, il est institué au ministère des Colonies un Conseil supérieur de la recherche scientifique coloniale. M. le Dr Néfoutl, directeur de l'Institut Pasteur, figure au nombre des membres du Conseil, au titre des *Sciences médicales*. (*J. O.*, 30 Mai 1945.)

Délégation du ministère de la Santé publique en Afrique du Nord. — Mme le docteur Paule Jube est nommée chef de la délégation du ministère de la Santé publique en Afrique du Nord.

Elle a la direction des Services dépendant du ministère de la Santé publique et de ceux dont l'action est coordonnée par le secrétariat général pour la coordination des affaires économiques en Afrique du Nord. (*J. O.*, 30 Mai 1945.)

Conseil permanent d'hygiène sociale. — Par décret en date du 1er Juin 1945, le nombre des membres du Conseil permanent d'hygiène sociale choisis par le ministre de la Santé publique parmi les personnalités présentant une compétence particulière en matière d'hygiène sociale est porté de 100 à 120.

Hygiène scolaire et universitaire. — Par arrêté du 19 Mai 1945, M. Feret (Albert), médecin des cadres des sanatoriums publics, actuellement directeur du préventorium d'Autrans (Isère), a été nommé, à titre provisoire, inspecteur général de l'Hygiène scolaire et universitaire.

Retour d'Allemagne

Nous avons eu le plaisir d'apprendre le retour des docteurs :

André Bonn, de Paris (retour de Dachau).
Magnadien, de Rodez (retour de Buchenwald).
F. Gallet, de Paris (retour de Buchenwald).
Gilbert-Dreyfus, de Paris.
G. Sencengnun, d'Elbeuf (retour de Buchenwald).
Canonne, d'Angers (retour de Buchenwald).
Bonnafous, du Bousquet d'Orb (Hérault).
Rabinovici, de Saint-Laurent-de-Cerdans (Pyr.-Or.).
M. Ployé, médecin général de 1re classe de la Marine (retour de Buchenwald et du camp de Plansee).
M. Schekten, de Rumaucourt [Pas-de-Calais] (retour d'Auschwitz).
P. Danic, de Saint-Chamond [Loire] (retour de Belsen).
S. Hirsch, de Paris.
Laffitte, de Niort (Deux-Sèvres).
Pierre Gualacci, de Frévent (Pas-de-Calais).
Jean Benecu, de Nancy.
Prof. Drouet (de Nancy), retour des camps de Neuengamme (Allemagne) et de Therezienstadt (Tchécoslovaquie).

— *La Faculté de Médecine de Nancy* a, d'autre part, la joie d'annoncer le retour de captivité de : M. le Doyen Lucien ; M. le Prof. J. Parisot ; MM. les Drs Hulin, Chef de travaux et Herlin, Chef de clinique, déportés en Allemagne le 9 Juin 1944.

Nos Échos

Décès.

— Nous apprenons la mort survenue le 24 Mai, de M. Charles Heudebert, président-fondateur de la Société des Produits Diététiques Heudebert.

— Nous apprenons avec regret la mort du docteur Yves Bourde, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Marseille, chirurgien des hôpitaux, qui a succombé des suites d'un traumatisme cranien subi au cours des combats de la libération de Marseille. Patriote ardent, le Prof. Bourde, sans souci de sa situation officielle avait organisé le service de santé des Bouches-du-Rhône pendant la clandestinité. Grâce à lui et à l'organisation qu'il avait mise sur pied, de nombreux blessés ont été soignés et ont pu échapper à la police allemande. Lui-même, recherché par la milice, avait échappé de bien près à l'incarcération.

— *Nous avons appris le décès, dans les camps allemands, des Docteurs :*

— Planchais, de Mortagne (décédé à Dachau, en Janvier 1945).

— R. Hautechaud, de Fervagnes, Calvados (décédé à Buchenwald).

— Sibert, de Nevers (décédé à Buchenwald).

— Pecker, de Caen (décédé à Auschwitz en Août 1942).

— Dide, de Toulouse (décédé à Buchenwald).

— Emile Gorbert, de Paris (décédé au camp de Falkensee).

— Le docteur et Madame Adrien Delaunay font part du décès de Madame Morliet, leur mère (Paris, 20, bd Saint-Marcel, 5e).

— Madame le docteur Isserlis a la douleur de faire part du décès de Mlle Tamara Isserlis, externe des Hôpitaux de Paris, morte au camp d'Auschwitz en Novembre 1942.

— Nous apprenons la mort de Michel Sejournet, à l'âge de 23 ans, déporté de la Résistance, mort d'épuisement à Macréva (Saxe), le 15 Avril 1945. Il était fils du docteur et Madame Pierre Sejournet, frère de Robert et du médecin lieutenant Gérard Sejournet, de Madame Guy de la Vaissière et d'Huguette Sejournet.

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

Le gérant : F. Thomas.

Imprimé par l'Ancne Imprimerie de la Cour d'Appel, 1, rue Cassette, à Paris (France).

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées aux Périodiques, la Direction scientifique de La Presse Médicale *a dû fixer à 4 colonnes maximum l'étendue des mémoires originaux. Tout manuscrit dépassant cette étendue sera retourné à son auteur.*

L'INDEX TUBERCULINIQUE ACTUEL CHEZ L'ENFANT PARISIEN

Une statistique sur 12.530 sujets

PAR MM.
Marcel LELONG
et **Antoine-Camille MACLOUF**
(Paris)

Les recherches de ces dernières décades sur l'index tuberculinique chez l'enfant parisien prouvent que nous assistons à une régression de l'infection bacillaire. Le développement des mesures d'hygiène, la création des dispensaires antituberculeux, la thérapeutique de plus en plus efficace (pneumothorax, chirurgie), l'isolement des malades contagieux dans des établissements appropriés, tels seraient les principaux facteurs susceptibles d'expliquer la diminution de la fréquence des rencontres avec le bacille tuberculeux. En d'autres termes, l'efficacité de la lutte antituberculeuse et les progrès dans l'hygiène générale auraient eu pour corollaires: le recul de la mortalité, de la morbidité, et du même coup de l'index de tuberculisation. Mais l'évolution de l'endémie tuberculeuse est-elle encore de nos jours régressive malgré la guerre et son cortège de misères?

Notre enquête a porté sur 12.530 sujets des deux sexes, âgés de 4 à 20 ans et hébergés au Dépôt des Enfants-Assistés (Hôpital-Hospice Saint-Vincent-de-Paul) de 1942 à 1945. Il est à noter qu'il s'agit d'enfants en apparence sains — indemnes par conséquent de toute maladie susceptible de masquer ou d'altérer la réponse tuberculinique — confiés à l'Hospice parce que leurs parents sont temporairement dans l'incapacité de les surveiller ou de les abriter.

L'épreuve de Pirquet est faite systématiquement au moment de l'admission. Nous résumons dans le tableau I ci-dessous nos résultats d'ensemble.

TABLEAU I. — *Dépôt des Enfants Assistés : statistique 1942-1943-1944.*

AGES	NOMBRE TOTAL de sujets	NOMBRE de cuti-réactions +	POURCENTAGE des réactions +
4 à 5 ans.	1 521	179	11,76
5 à 6 ans.	1 282	302	23,55
6 à 7 ans.	1 319	328	24,86
7 à 8 ans.	1 164	317	27,23
8 à 9 ans.	1 077	358	33,24
9 à 10 ans.	992	380	38,30
10 à 11 ans.	905	339	37,45
11 à 12 ans.	810	364	44,93
12 à 13 ans.	755	351	46,49
13 à 14 ans.	631	322	51,03
14 à 15 ans.	558	290	51,97
15 à 16 ans.	543	298	54,88
16 à 17 ans.	444	240	54,05
17 à 18 ans.	342	198	57,89
18 à 19 ans.	105	67	63,80
19 à 20 ans.	56	36	
20 à 21 ans.	26	14	

Ces chiffres indiquent-ils une évolution régressive ou progressive de l'index de tuberculisation?

Comparons nos résultats avec ceux obtenus par le Prof. Pierre Lereboullet et ses collaborateurs, en 1934, dans *le même milieu* où nous travaillons aujourd'hui. Notre travail échappe par conséquent à la critique *a priori* de certains auteurs : beaucoup admettent, en effet, que les résultats différents tiennent tout simplement au fait que les statistiques ont été établies dans un milieu différent.

TABLEAU II. — *Evolution de l'index tuberculinique au dépôt des Enfants Assistés.*

AGES	POURCENTAGE des cuti-réactions + en 1934	POURCENTAGE des cuti-réactions + en 1942, 1943-1944
5 à 6 ans.	27,5	23,55
6 à 7 ans.	34	24,86
7 à 8 ans.	34,2	27,23
8 à 9 ans.	37,3	33,24
9 à 10 ans.	46,1	38,30
10 à 11 ans.	42,4	37,45
11 à 12 ans.	50	44,93
12 à 13 ans.	52,7	46,49
13 à 14 ans.	77,2	51,03
14 à 15 ans.	73,3	51,97
15 à 16 ans.	75	54,88

Lorsqu'on met en regard les chiffres obtenus en 1934 par MM. Pierre Lereboullet, Gavois et Baussan [1] et ceux auxquels nous aboutissons en 1942-1943-1944, il ressort clairement que l'évolution de l'index tuberculinique est franchement régressive. A âge égal, le pourcentage des cuti-réactions positives est en moyenne de 5 à 10 pour 100 inférieure en 1942-1943-1944 à celui que l'on relève en 1934.

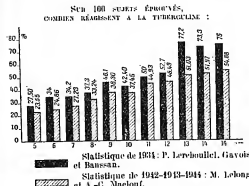


Fig. 1. — *L'évolution de l'Index tuberculinique au Dépôt des Enfants-Assistés.*

Nos conclusions confirment pleinement celles auxquelles aboutit M. F. Bezançon en milieu scolaire parisien [2]: il y a actuellement une discordance, difficile à expliquer, entre le fléchissement du pourcentage des sujets qui réagissent à la tuberculine et les courbes de mortalité et de morbidité qui accusent une progression certaine [3].

On ne peut donc soutenir que seules la mortalité et la morbidité tuberculeuses contribuent à modifier l'évolution de l'index tuberculinique. Il ne peut être considéré comme en dépendant obligatoirement et exclusivement.

Les risques de contamination peuvent-ils diminuer quand la mortalité et la morbidité augmentent? Telle est la question. Le fait est qu'on ne peut toujours établir un parallélisme rigoureux entre les deux courbes. En effet, si, théoriquement, l'index tuberculinique peut augmenter en même temps que la morbidité et la mortalité, le déclin du nombre de décès ou de malades n'entraîne pas immédiatement un recul correspondant du pourcentage des sujets réagissant à la tuberculine. La sensibilité cutanée à la tuberculine, une fois acquise, persiste en général indéfiniment (dans la grande majorité des cas). C'est pourquoi une inflexion de la courbe de mortalité ne retentit que secondairement sur celle de l'index tuberculinique. Un certain décalage existe nécessairement.

L'INDEX TUBERCULINIQUE SELON LE MILIEU. — Les statistiques hospitalières se sont toujours révélées plus mauvaises que les statistiques scolaires: le taux des sujets allergiques se montre invariablement plus élevé dans le premier milieu que dans le second. De même, les statistiques scolaires peuvent montrer des différences parfois très accusées lorsque la « catégorie sociale » n'est pas la même. Mais retrouve-t-on un écart sensible entre les pourcentages relevés dans les hôpitaux (ou dans un milieu semblable) et ceux fournis par les écoles publiques de la capitale?

Confrontons la statistique établie en milieu scolaire parisien (principalement dans les écoles publiques) par M. Bezançon [4] et ses élèves avec celle du dépôt temporaire des Enfants-Assistés.

TABLEAU III. — *L'index tuberculinique selon le milieu.*

AGES	POURCENTAGE des cuti-réactions + Milieu scolaire parisien en 1943	POURCENTAGE des cuti-réactions + Milieu hospitalier parisien en 1942-1943-1944
4 à 5 ans	13,04	11,76
5 à 6 ans	16,66	23,55
6 à 7 ans	19,13	24,86
7 à 8 ans	15,05	27,23
8 à 9 ans	19,72	33,24
9 à 10 ans	21,36	38,30
10 à 11 ans	24,09	37,45
11 à 12 ans	23,45	44,93
12 à 13 ans	29,57	46,49
13 à 14 ans	30,27	51,03
14 à 15 ans	38,08	51,97
15 à 16 ans	44,09	54,88
16 à 17 ans	49,12	54,05
17 à 18 ans	59	57,89
18 à 19 ons . . .	61,34	63,80

Comme on le voit d'après notre tableau, à âge égal, l'index tuberculinique est indiscutablement plus élevé en milieu hospitalier qu'en milieu scolaire. La remarquable régularité du fait montre qu'il ne s'agit nullement d'un « hasard » plus ou moins discutable.

Dès lors, comment expliquer les divergences?

Les enfants que les circonstances obligent à abriter momentanément au Dépôt des Enfants-Assistés devraient normalement fréquenter les écoles publiques de leurs quartiers respectifs. Aussi, à première vue, peut-il paraître étrange de trouver,

SUR 100 SUJETS ÉPROUVÉS, COMBIEN RÉAGISSENT A LA TUBERCULINE :

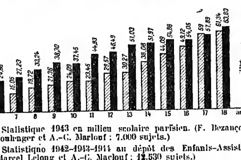


Fig. 2. — *L'Index tuberculinique selon le Milieu.*

1. P. LEREBOULLET, H. GAVOIS et BAUSSAN : La fréquence des cuti-réactions positives chez l'enfant parisien. *Paris Médical*, 5 Janvier, 1935, 27.

2. Fernand BEZANÇON, P. BOULENGER et A.-C. MACLOUF : L'index tuberculinique en milieu scolaire parisien. Son état actuel. Ses rapports avec la mortalité tuberculeuse. *Académie de Médecine.* Séance du 6 Juin 1944. Discussion : MM. RIST, TROISIER, LESNÉ.

3. M. LELONG et A.-C. MACLOUF : Influence de la guerre actuelle sur la morbidité et la mortalité tuberculeuses dans la Ville de Paris. *Paris Médical*, 26 Mars 1945, p. 48 à 51.

4. Nous remercions vivement M. le Prof. Fernand BEZANÇON de nous avoir autorisés à publier ces chiffres.

avec une rare constance un tel écart. En réalité, s'il est exact que ces sujets devraient normalement se trouver dans les écoles publiques, il ne faut pas oublier qu'il s'agit là d'une sélection. La plupart d'entre eux vivent dans un milieu familial déplorable, franchement plus mauvais que celui de la moyenne de la population scolaire. Une collectivité, quelle qu'elle soit, ne représente jamais un ensemble tout à fait homogène. On peut toujours séparer les moins mauvais des plus mauvais. Et nos résultats statistiques en sont une nouvelle preuve.

L'INDEX TUBERCULINIQUE SELON LE SEXE. — Les travaux se rapportant à l'index tuberculinique selon le sexe sont peu nombreux. Cette question semble avoir été quelque peu délaissée. Aussi, nous a-t-il paru intéressant, à l'occasion de ce travail, d'étudier la répartition de l'infection en groupant d'une part les garçons et de l'autre les filles.

Nos résultats sont schématisés dans le tableau ci-après.

TABLEAU IV. — *L'index tuberculinique selon le sexe (5.714 filles et 6.816 garçons). Dépôt des Enfants-Assistés: 1942-1943-1944.*

AGES	POURCENTAGE des réactions +	
	filles	garçons
4 à 5 ans	17,34	18,52
5 à 6 ans	23,53	23,57
6 à 7 ans	22,25	27,38
7 à 8 ans	26,69	27,68
8 à 9 ans	30,73	35,41
9 à 10 ans	37,58	38,90
10 à 11 ans	37,50	37,42
11 à 12 ans	40,64	47,60
12 à 13 ans	38,70	50,29
13 à 14 ans	44,88	54,43
14 à 15 ans	47,50	55,34
15 à 16 ans	47,56	61,95
16 à 17 ans	47,71	61,57
17 à 18 ans	50	71,77
18 à 19 ans	53,62	83,33

De l'ensemble de notre travail il ressort que le nombre de garçons réagissants est presque toujours — au même âge — supérieur à celui des filles. Avons-nous le droit d'en déduire qu'il s'agit là d'un fait constant ayant force de loi? Pourtant, à première vue, il semble irrationnel de penser que les garçons soient soumis à des contacts plus fréquents que les filles. Faut-il admettre que l'acquisition de la sensibilité cutanée tuberculinique n'est pas exclusivement sous la dépendance des bacilles et que d'autres facteurs non spécifiques (liés au sexe, facteurs endocriniens par exemple) interviennent dans le mécanisme du virage?

Rappelons les résultats diamétralement opposés publiés en 1936 par Nobécourt et Briskas. La statistique de ces auteurs portant sur les sujets ayant séjourné à l'Hôpital des Enfants-Malades de 1921 à 1935 montre que le taux des cuti-réactions positives est constamment plus élevé chez les filles que chez les garçons.

Des recherches complémentaires sont, pensons-nous, encore nécessaires avant de pouvoir conclure. Des statistiques scolaires portant sur des milliers de sujets provenant d'un *milieu identique* pourraient peut-être résoudre ce problème.

EN RÉSUMÉ: Deux statistiques faites à dix ans d'intervalle, dans le même service hospitalier, montrent que l'évolution de l'intex tuberculinique est franchement régressive. Ce résultat semble *actuellement* quelque peu paradoxal étant donné que toutes les statistiques accusent une recrudescence marquée de la mortalité et de la morbidité tuberculeuses. Les deux phénomènes sont donc relativement indépendants. Cela permet de penser que tout se passe comme si la diminution de l'index tuberculinique chez les moins de 15 ans était lié à l'efficacité et au renforcement des mesures prises pour éviter la contamination des enfants par les adultes contagieux.

Notre travail portant sur 12.530 sujets montre la progression régulière du pourcentage des sujets allergiques de 4 à 18 ans. Cette loi se vérifie avec une rigueur d'autant plus grande que la statistique porte sur un plus grand nombre d'enfants.

Les résultats d'une statistique ne doivent pas être interprétés uniquement en fonction de l'âge des sujets mais également en tenant compte du milieu. A âge égal, l'index tuberculinique est indiscutablement plus élevé en milieu hospitalier (Dépôt des Enfants-Assistés) qu'en milieu scolaire (Ecoles publiques).

Au Dépôt des Enfants-Assistés les garçons réagissent à la tuberculine avec une plus grande fréquence que les filles. Des recherches complémentaires sont encore nécessaires avant de pouvoir généraliser cette notion.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DE LA MÉTHODE COMBINÉE (RADIUM ET HYSTÉRECTOMIE COMPLÉMENTAIRE) DANS LE TRAITEMENT DES CANCERS-CERVICO-UTÉRINS

Par J.-L. BRÉNIER

(Paris)

Dans un travail récent [1], nous avons exposé les résultats éloignés de la méthode combinée dans le traitement des cancers du col. Nous nous sommes servi des observations recueillies à la Maison de Santé des Gardiens de la Paix par notre maître le Dr Desplas, et de celles de l'Institut du Radium. Ces observations ont été prises entre 1920 et 1937: elles ont trait à des cancers au début, entrant dans les cas I et II de la classification de Genève.

1° 51 cas ainsi traités ont donné 39 guérisons, contrôlées pendant des périodes variant de dix-neuf à six ans, soit un pourcentage global de guérisons de 76 pour 100.

Sur ces 51 cas, on trouve: 31 cas I avec 29 guérisons, soit 93 pour 100; 20 cas II avec 10 guérisons, soit 50 pour 100.

Rappelons les résultats analogues de R. Monod [2] en 1927: sur 75 cancers du col traités par une hystérectomie succédant à la radiumthérapie, 51 furent suivis plus de quatre ans; 28 restèrent guéris, soit 55 pour 100. Or tous les cas recueillis par R. Monod étaient des cas II.

2° *Mortalité opératoire.* — 51 cas avec 2 morts opératoires, soit 4 pour 100: 31 cas I avec 0 mort opératoire, 20 cas II avec 2 morts opératoires.

Encore faut-il noter une erreur manifeste d'indication pour 1 de ces cas mortels: malade opérée malgré la persistance après radium d'une INFECTION importante à streptocoques du col utérin. Le deuxième temps, chirurgical, n'aurait pas dû être pratiqué (NUERNBERGER). Si l'on retirait de notre statistique cette observation, la mortalité opératoire serait donc de 2 pour 100: ceci s'accorde encore avec les conclusions de R. Monod, qui considérait l'hystérectomie comme beaucoup moins grave après radium. Il est du reste normal qu'il soit de pronostic plus bénin d'intervenir sur un utérus à col cicatrisé que sur un col ulcéré ou bourgeonnant, toujours infecté.

3° *Les échecs de la méthode.* — En dehors de 2 morts post-opératoires, on note 10 échecs: 9 récidives, 1 vaginale, 6 paramétrales, 2 généralisations. Le dixième échec est celui d'un cas I où la malade est morte, onze mois après l'opération, de tuberculose pulmonaire caractérisée. De plus, notons que sur les 9 récidives, 5 fois il s'agissait de cancers au stade II ayant subi comme traitement chirurgical une hystérectomie totale, opération illogique, nous semble-t-il, dans de tels cas.

4° *Le type de l'intervention pratiquée.* — Cas I: 20 hystérectomies totales ont donné 19 guérisons; 11 Wertheim ont donné 10 guérisons.

Cas II: 11 hystérectomies totales ont donné 5 guérisons; 9 Wertheim ont donné 5 guérisons.

Excellence donc de l'hystérectomie totale dans les vrais cas I, strictement localisés au col utérin. Supériorité, logique d'ailleurs, du Wertheim si le mal a dépassé un tant soit peu les limites du col.

5° Sur 41 cas où il fut pratiqué, l'examen histologique de la pièce d'hystérectomie a montré que 14 fois le cancer continuait à évoluer malgré la radiumthérapie préalable: soit un *pourcentage d'échecs du radium de* 34 *pour* 100.

Monod en 1927 accusait déjà 25 pour 100 d'échec de la radiumthérapie. Plus récemment, dans le service de notre maître le Prof. Mondor, Léger, Mlle Gauthier-Villars et Linard, dans un travail parallèle au nôtre, ont montré que, sur 16 cas récents d'hystérectomie secondaire, 4 fois le radium n'avait pas agi.

Dans notre statistique, ce qu'il importe de souligner, c'est que sur les 14 cas où le cancer continuait à évoluer malgré la radiumthérapie, 10 fois l'hystérectomie secondaire a entraîné la guérison.

Cette récupération de plus des 2/3 des échecs du radium justifie pleinement l'emploi de la méthode.

L'étude des pièces anatomiques prélevées chirurgicalemnt nous a permis de fixer la date approximative à laquelle doit être pratiqué l'acte d'exérèse, si l'on veut que l'examen histologique ait quelque valeur:

un mois et demi après le radium pour les épithéliomas malpighiens ou intermédiaires;

trois mois après pour les épithéliomas glandulaires.

Après ces délais seulement, nous semble-t-il, on peut affirmer l'échec du radium.

6° Notre travail ne nous a pas permis de conclusions sur la radio-résistance des différentes formes de cancers malpighiens et intermédiaires. Simplement, la notion classique de la résistance particulière des formes glandulaires est confirmée, puisque nous relevons 5 cancers glandulaires sur 14 cancers ayant échappé à l'action du radium. Il est vrai que les doses employées avaient peut-être été insuffisantes (Baclesse et Colmeiro).

Tels sont les faits.

Nous avons voulu comparer notre statistique avec celles de la chirurgie seule et des seuls agents physiques.

1° Après l'étude de nombreux résultats obtenus par la chirurgie isolée, nous pouvons fixer les chiffres moyens de guérisons: aux alentours de 60 pour 100 pour les cas I; aux alentours de 40 pour 100 pour les cas II.

D'autre part, l'opération de Wertheim, pratiquée isolément, présente des inconvénients dont les trois principaux sont: la mortalité opératoire, 4 à 6 pour 100 dans les meilleures mains; les complications post-opératoires: fistules urétéro-vaginales et vésico-vaginales, bénignes certes, mais assez fréquentes; l'essaimage per-opératoire, auquel on peut imputer les ensemencements à distance.

2° La thérapeutique par les agents physiques isolés ne donne pas de résultats nettement supérieurs: 70 à 75 pour 100 de guérisons pour les cas I; 45 pour 100 pour les cas II, et encore ne s'agit-il pas de radiumthérapie isolée, mais d'association radium + rayons X ou radium + télécuriethérapie, car les radiothérapeutes, devant l'insuffisance du radium seul, en sont venus, depuis quelques années, aux méthodes combinées associant les divers agents physiques.

Ainsi la supériorité de la méthode combinée radium-chirurgie paraît évidente à la lecture des résultats; on peut d'ailleurs essayer d'expliquer les raisons de cette supériorité.

Les échecs du radium, constatés par la clinique et l'anatomo-pathologie, expliqués par la connaissance plus approfondie que nous avons aujourd'hui du mode d'action des radiations, justifient l'abandon

1. J.-L. BRÉNIER: *L'hystérectomie complémentaire, hystérectomie après curiethérapie dans les cancers cervico-utérins* (*Le François*, éditeur), 1944.

2. R. MONOD: Résultats thérapeutiques obtenus dans 75 cas de cancers cervico-utérins par l'association du radium et de la chirurgie. In *Travaux de la Clinique chirurgicale et du Centre anticancéreux de la Salpêtrière.* Publiés par A. GOSSET, 2e série (Masson, éditeur), 1927.

de cette thérapeutique isolée. Puisque l'on ne peut être certain de détruire toutes les cellules cancéreuses par le radium, et même par les rayons X employés en renfort, il vaut sans doute mieux recourir à un temps supplémentaire différent, donc chirurgical : l'hystérectomie complémentaire, qu'on peut qualifier d'hystérectomie d'assurance, permettra de récupérer les 2/3 des « ratés » du radium. On sait de plus l'existence de cancers totaux de l'utérus, de cancers du col propagés au corps, de récidives corporéales de néoplasmes cervicaux, qui militent en faveur de l'exérèse de l'utérus.

1° La mortalité opératoire est moins importante, nous avons vu pourquoi. Elle doit encore décroître si l'on veut bien s'astreindre, à la suite de Crile, à opérer sous anoci-association, l'anesthésie le plus « anti-choc », qui présente encore dans le Wertheim l'avantage de faciliter l'opération en clivant les espaces décollables par l'infiltration novocaïnique, comme nous l'a montré Desplas.

2° Si, pour les cas I, on recourt à l'hystérectomie totale et non plus au Wertheim, on verra diminuer la fréquence des fistules urétérales.

3° Enfin, disparition quasi complète du risque d'essaimage per-opératoire, la plupart des cellules cancéreuses ayant déjà été détruites.

Ainsi radiumthérapie et chirurgie conjuguent harmonieusement leurs effets pour obtenir des résultats meilleurs.

Après cette étude, on peut poser de nouvelles indications de l'hystérectomie complémentaire.

Aux indications de nécessité codifiées par Regaud nous pensons qu'il faut substituer des indications de principe. C'est du reste ce qui se fait depuis un an à la Salpêtrière.

Notre travail et une expérience plus grande nous ont appris que les indications doivent être différemment posées selon le cas dont il s'agit.

Cas I. — Premier temps radiumthérapique obligatoire ; six semaines ou trois mois après, selon le type de la tumeur révélé par la biopsie, hystérectomie complémentaire : soit hystérectomie totale, si l'on est sûr d'être en face d'un cas I véritable, strictement limité au col (et ceci vérifié pendant l'acte opératoire), soit Wertheim, qui reste parfaitement défendable.

Cas II. — Premier temps radiumthérapique identique ; deuxième temps, chirurgical : laparotomie exploratrice. Si l'opération de Wertheim s'avère possible, il faut la pratiquer ; sinon, s'abstenir et refermer.

Ne jamais faire d'hystérectomie totale. C'est là une opération illogique, insuffisante et dangereuse, comme nous l'avons constaté dans 3 cas inédits. En cas d'abstention, il faut recourir comme temps complémentaire aux Rayons X. D'ailleurs nous nous demandons s'il ne faudrait pas y avoir recours systématiquement, même après un Wertheim. Puisque la méthode combinée ne donne dans les cas II que 55 pour 100 de guérisons, n'est-on pas en droit en effet de faire courir à la malade le risque d'un troisième temps thérapeutique ?

Cas III et IV. — En principe, immobiles, donc inopérables, à confier aux agents physiques.

Toutefois (Desplas) on peut voir, sous l'action du radium, un cas III (ou étiqueté tel) redevenir mobile : on tentera alors l'opération (Amreich opère même les cas IV), précédée de radiumthérapie et suivie d'applications de rayons X.

Cancers compliqués. — Nous n'en dirons qu'un mot. La confiance que nous avons maintenant dans la méthode combinée nous autorise, je crois, à proposer le schéma suivant :

a) Cancers avec grosse infection du col utérin contre-indiquant l'opération : premier temps, radium ; deuxième temps (si le radium n'a pas guéri l'infection), électrocoagulation ; troisième temps, hystérectomie complémentaire.

b) Cancers avec annexite contre-indiquant le radium : premier temps, ablation des annexes malades ; deuxième temps, radium ; troisième temps, hystérectomie complémentaire.

QUELQUES DONNÉES SUR LA CANCÉROSE

Étude de statistiques de la caisse anticancéreuse fonctionnant au sein des Mutualités Socialistes belges

Par **René GOFFIN**

(Bruxelles)

Au cours des années 1942 et 1943, certains cancérologues français ont estimé nécessaire de discuter à nouveau l'aspect social de la lutte anticancéreuse. Un article de René Huguenin et Jacqueline Berthon sur « l'âge du cancer » (*La Presse Médicale* du 3 Octobre 1942) a ouvert le débat au sein du corps médical et ultérieurement les mêmes auteurs se sont occupés du problème de la « fréquence du cancer ». En Février 1943, Auguste Lumière a exprimé son point de vue sur ces questions. Enfin Henri Rouvillois, Louis Bazy et René Huguenin ont décrit, en Septembre 1943, « l'organisation du service de dépistage et de prophylaxie des tumeurs de la Société Nationale des Chemins de Fer Français ». Nous pensons qu'il peut être intéressant de confronter les avis émis dans ces différents travaux avec l'opinion que nous avons pu nous former sur ces questions au cours des huit années de fonctionnement de la Caisse du Cancer des Mutualités Socialistes Belges.

Rouvillois, Bazy et Huguenin posent excellemment le problème médico-social en disant :

« C'est bel et bien que ces perfectionnements des moyens de diagnostic précoce des diverses néoplasies, que ces nouvelles modalités d'emploi de notre actuel arsenal thérapeutique ; mais toutes ces trouvailles sont dépourvues d'utilité ou, plus précisément, d'emploi ; il n'est guère de malades, en effet, à qui elles se puissent appliquer, car, de nos jours encore, presque tous les cancers sont reconnus trop tard pour être justiciables d'une thérapeutique curatrice. »

C'est en nous basant sur un point de vue similaire que nous avons créé, en 1936, notre Caisse de Cancer et que nous l'avons décrite en 1939 au Congrès International de Liége.

Nous estimions, en effet, qu'actuellement le problème de la lutte anticancéreuse est, à un haut degré, un problème d'organisation sociale et que l'objectif à atteindre consistait à engager la lutte de façon rationnelle et systématique. Dans ce but, nous préconisions notamment :

1° L'organisation d'un service permanent de dépistage et de traitement des malades ;

2° Le paiement des frais de chirurgie, de radiothérapie et de curiethérapie ;

3° Le contrôle des malades pendant un minimum de cinq années à partir du début du traitement ;

4° L'octroi d'une aide spéciale aux incurables.

Rouvillois, Bazy et Huguenin décrivent, dans leur article, un schéma du fonctionnement de l'organisme de la S.N.C.F., schéma qui est assez semblable à celui que nous avions mis au point antérieurement au sein de notre Caisse. En effet, pour chaque cas dépisté dans une région quelconque de Belgique, le médecin traitant ou le chirurgien établit une fiche médicale donnant des renseignements sur l'état civil et la profession du malade, l'organe atteint avec le degré d'extension, le diagnostic histologique, le mode de traitement. Les fiches sont groupées suivant l'organe atteint et par région ; un troisième classement permet d'assurer la surveillance régulière des malades. Les cas, après examen et vérification, sont orientés vers les centres de traitement, la préférence étant donnée aux 4 Centres Anticancéreux Universitaires officiels. En collaboration avec les médecins appartenant à ces Centres, nous avons organisé des consultations de dépistage et de surveillance des malades. La propagande parmi nos mutualistes et auprès de nos infirmières-visiteuses est faite au moyen de papillons, tracts, affiches, articles de presse, conférences de vulgarisation, etc...

Mais la meilleure organisation des malades, la suppression de tout obstacle financier entre les cancéreux et les centres de traitement ne peuvent produire les résultats souhaités que si la collaboration active du corps médical s'y ajoute. L'époque n'est plus du splendide isolement du médecin ; son rôle vis-à-vis des humains s'est élargi et il lui appartient de comprendre que son action doit aussi comporter un caractère social. De façon générale, nous pouvons sur ce point marquer notre satisfaction : nos fiches sont remplies avec bonne volonté, mais elles présentent assez souvent des lacunes qui peuvent, du point de vue scientifique, enlever toute valeur à nos statistiques.

Le dédain du corps médical belge semble surtout se manifester vis-à-vis de l'importance des analyses histologiques : celles-ci sont en effet trop fréquemment exclues des examens pratiqués en vue d'établir l'existence d'un cancer. Bien que tous les congrès de cancérologie, tous les centres anticancéreux officiels, les meilleurs d'entre les cancérologues aient spécifié de façon formelle que l'analyse anatomo-pathologique constitue la base essentielle du diagnostic du cancer, beaucoup trop de médecins et de chirurgiens négligent délibérément de faire des biopsies. Cependant, le diagnostic clinique ne peut prétendre à une certitude absolue dans ce domaine : l'endocrinologie gynécologique ne nous a-t-elle pas enseigné que les pertes sanguines peuvent avoir des causes autres qu'un cancer ; tous les chirurgiens n'ont-ils pas pratiqué de simples laparatomies pour de fausses tumeurs gastriques dont l'évolution ultérieure démontrait la nature inflammatoire et bénigne ; qui oserait encore attendre l'apparition des signes classiques pour affirmer la nature d'une lésion mammaire suspecte. Malgré cela, trop de traitements et d'interventions mutilantes sont encore effectués sans que la preuve histologique de la nature cancéreuse de la maladie permette de justifier la thérapeutique appliquée. Et même il semble que l'éducation de certains médecins soit encore à faire en ce qui concerne la manière de prélever un fragment suspect et nous pourrions citer de nombreux cas de fixation défectueuse ou nulle et d'envoi par la poste de la totalité de la pièce opératoire sans la moindre mesure conservatrice !

*
* *

L'importance primordiale de la collaboration du corps médical dans la lutte anticancéreuse se montre également dans les statistiques que nous avons publiées dans nos rapports des années précédentes. Nous rappellerons en particulier le cas des cancers gastriques qui, dépistés au nombre de 248 pendant les années 1941 et 1942, n'étaient opérables qu'à concurrence de 19 pour 100 pour l'ensemble de nos mutualistes, alors que dans certaines fédérations particulièrement attentives à la lutte anticancéreuse 55 pour 100 des cas signalés étaient opérables.

Tandis que dans les régions où la qualité du travail médical est satisfaisante, la proportion des cas avec biopsie est de 100 pour 100 pour les épithéliomas cutanés, les cancers utérins et les tumeurs du sein opérables, d'autres fédérations n'arrivent respectivement qu'à 54,5 pour 100, 62 pour 100 et 78,5 pour 100.

Ces faits démontrent péremptoirement l'importance d'une bonne organisation du travail médical en ce qui concerne le diagnostic et le traitement du cancer et prouvent qu'il serait très possible d'améliorer considérablement les résultats obtenus jusqu'à présent.

*
* *

Dans nos rapports antérieurs, nous avons comparé, avec chiffres à l'appui, les résultats obtenus par le traitement chirurgical ou radiologique des épithéliomas du col utérin.

Mme Laborde a donné récemment à la Société Nationale de Chirurgie de Paris les statistiques de l'Institut du Cancer : sur 1.800 épithéliomas du col observés entre 1922 et 1937, il n'y avait que 65 cas du premier degré qui ont donné 66,6 pour 100 de guérison de plus de 5 ans. Les statistiques collationnées à Genève en 1938 rapportent 57,2 pour 100 de guérison sur 871 cancers du premier degré traités par les radiations. Les résultats dont nous

disposons proviennent de malades traités soit dans les centres anticancéreux universitaires officiels, soit par des radiologues privés; sur 73 cancers de stade I traités par les radiations entre 1936 et 1939, 41 sont vivants à la fin de 1943, soit 56.11 pour 100.

A titre de comparaison, rappelons qu'un travail important de Heyman (Allemagne) étudiant les cancers du col utérin traités chirurgicalement ne

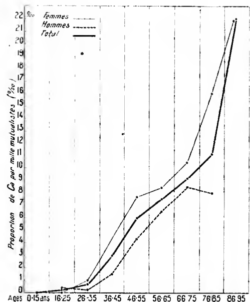


Fig. 1. — Morbidité sur la base des cancers de la Fédération du Centre.

relevait que 35,6 pour 100 de guérison. Nos propres statistiques étaient plus désastreuses encore puisque les cas opérés dans nos mutualités entre 1936 et 1940 donnaient 0 pour 100 de guérison de 5 ans, 21 pour 100 de guérison de 3 à 4 ans, 40 pour 100 de guérison de 2 à 3 ans; la mortalité opératoire était de 21 pour 100 contre 2,7 pour 100 pour la radiothérapie (stades I, II et III). Nous étions donc en droit de conclure que le traitement par les radiations est infiniment moins dangereux que l'hystérectomie totale élargie et donne des résultats de guérison prolongée nettement supérieurs.

Il n'entre nullement dans nos intentions de nier les résultats brillants obtenus par certains chirurgiens. Nous avons été particulièrement intéressés par la brillante statistique publiée récemment par E. Douay: sur 21 cas de cancers du premier degré appartenant à sa clientèle privée, l'auteur ne signale aucune mortalité opératoire et ne rapporte que 6 cas de décès tardifs dont 2 sont dus à des maladies intercurrentes, ce qui lui donne un taux de guérison de 80 pour 100; il en conclut que la chirurgie du cancer du col utérin continuera à avoir sa place à côté de la curiethérapie. Cette thèse ne peut être défendue qu'en ce qui concerne les cancers du premier degré; mais, en Belgique, trop de chirurgiens ne respectent pas cette indication opératoire et opèrent des cas plus avancés; et la conclusion de Douay est formellement controuvée si l'on envisage les résultats moyens obtenus par l'ensemble des chirurgiens de nos régions. Et nous serions tentés d'ajouter que ce sont ces résultats moyens qui présentent le plus d'intérêt pour les malades.

* * *

Etudiant 9.620 cas de néoplasie, René Huguenin et Jacqueline Berthon ont essayé de déterminer l'âge du cancer et de préciser sa fréquence selon l'âge et la localisation. Ils ont obtenu des résultats intéressants qui concrétisent des notions nouvelles d'une réelle valeur. Mais il semble, comme le fait observer Lumière, que les auteurs ont omis de tenir compte du nombre d'individus vivants aux différents âges. Dans les *Archives de Médecine Sociale et d'Hygiène* de Décembre 1938, le Prof. Firket (Liége) avait déjà attiré l'attention sur la notion capitale que le nombre des cancers croît de façon progressive au fur et à mesure que l'individu avance en âge, et qu'il est inexact de dire que le cancer est une maladie de l'âge moyen.

Sous la direction du Prof. Firket, nous avons repris cette question en étudiant une population répartie par âge, par profession et par région habitée, dans l'espoir de pouvoir préciser le mode de répartition des cancers. Malheureusement l'absence de déclaration obligatoire du cancer, le peu de sérieux des déclarations de causes de décès, l'absence de statistiques de morbidité ne nous a pas permis d'utiliser cette vaste enquête. Nous avons dû nous limiter à un groupe mutualiste comprenant 91.130 personnes qui doit obligatoirement avoir recours à une clinique unique pour le soignage de ses cas de cancer; dans ce groupe, il nous a été possible d'établir la morbidité cancéreuse. La courbe (fig. 1) montre que cette population se répartit en parfaite concordance avec les valeurs de répartition de la population belge de 1930 — année du plus récent recensement — et la courbe du nombre de cancers, compte tenu du nombre de personnes vivantes aux différents âges, est régulièrement ascendante. Cette courbe affecte une allure semblable à celle déterminée par Firket et à la courbe obtenue par Lumière. Nous croyons donc sur ce point pouvoir être formel: la cancérose est une maladie qui croît avec l'âge.

Mais n'y a-t-il pas un âge de prédilection pour certains cancers? C'est ce qu'ont essayé de voir R. Huguenin et J. Berthon en compulsant 9.620 dossiers; ils concluent que le cancer du col utérin est surtout fréquent entre 40 et 55 ans, que les cancers du tube digestif sont plus tardifs et que les cancers cutanés le sont encore plus. Si ces données sont exactes, les courbes ne seraient pas les mêmes lorsque l'on tiendrait compte du nombre de sujets vivants aux différents âges.

Si l'on analyse nos résultats sous cet angle (fig. 2), on voit que le plus grand nombre des cancers génitaux de la femme (col et corps utérin, ovaire) se situe vers 60 ans pour atteindre entre 66 et 75 ans une valeur presque égale à celle

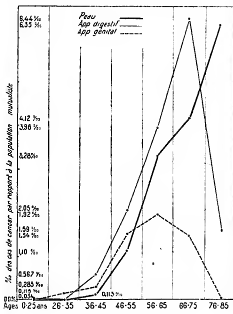


Fig. 2. — Ages.

observée entre 45 et 55 ans; que les cancers digestifs se présentent au maximum entre 66 et 75 ans, et que les cancers cutanés ne cessent de croître avec l'âge jusque 85 ans y compris. Ces résultats sont obtenus à partir de l'étude des cas de cancer dépistés dans la population ci-dessus mentionnée au cours des années 1941, 1942 et 1943; ils portent sur 66 cancers cutanés, 100 cancers du tube digestif et 51 cancers des organes génitaux féminins. Ces nombres sont trop faibles pour avoir une valeur statistique autre qu'indicative. Mais il faut espérer que, lorsque les assurances sociales deviendront obligatoires en Belgique, la déclaration du cancer sera prescrite par la loi; on pourra alors vérifier, sur un nombre beaucoup plus considérable de cas, nos résultats qui, pour l'instant, sont encore sujets à caution.

THERMOMÉTRIE RECTALE ET PHLÉBITE PELVIENNE

Par **JACQUES-LOUVEL**
(Bagnoles-de-l'Orne).

C'est au décours d'une phlegmatia, que l'on doi[t] faire le choix — impérieux et grave — entre l'immo[bilisation] et la physiothérapie. Mobiliser trop tôt c'est faire courir au malade un risque mortel trop tard, c'est l'exposer à devenir un infirme.

Or, c'est essentiellement sur la courbe thermi[que] que l'on se base pour sortir de ce dilemme une apyrexie de vingt-cinq jours, et l'on est auto[risé] en principe à entreprendre une mobilisatio[n] — classiquement sans danger — pourvu qu'ell[e] soit encore prudente et méthodique. Nous n'insis[terons] pas sur ces notions judicieusement éta[blies] par Vaquez et Laubry.

Mais dans les cas de phlébites pelviennes — phlébites doubles en particulier — la thermomé[trie] rectale — malgré ses apparences de rigueu[r] physique — ne nous a pas paru posséder cet abso[lu] catégorique que l'on est en droit d'exiger d'u[n] signe décisif, qui dicte en pratique une détermi[nation] aussi lourde de responsabilité.

La cause d'erreur ? c'est la persistance parfois — pendant de longs mois — d'une températur[e] rectale — oscillant entre 37°5 et 38°5 — *hyperthermie séquelle de phlébite éteinte*, et qui [a] son origine vraisemblable dans un dérèglemen[t] vaso-moteur durable du secteur pelvien.

Ce trouble de la Thermo-régulation rectale — pour assez rare qu'il soit — doit être connu. I[l] peut être déroutant. Il est l'homologue de ce[s] perturbations vaso-motrices qui, sur le territoir[e] du membre œdématié, entretiennent parfois une élé[vation] anormale de la température, qui survit [à] l'extinction du processus aigu, pendant cinq o[u] six mois et plus.

* * *

Le premier cas de ce genre qu'il nous fut donn[é] d'observer, concernait, comme habituellement une convalescente de double phlébite crurale. L[a] température rectale se maintint aux environs d[e] 38°, 38° 5 — et cela pendant plus de deux ans — sans autre cause apparente que ce dérèglemen[t] vaso-moteur local.

Cette femme eût été vouée aux rigueurs dogma[tiques] d'une immobilisation à perte de vue e[t] désastreuse, si l'autorité de Cliniciens distingué[s] n'était venue la soustraire aux impitoyable délai[s] requis par les Préceptes Classiques.

L'attention éveillée par ce curieux exemple nous avons vu depuis une dizaine de cas analo[gues], caractérisés par une hyperthermie rectal[e] modérée mais persistante. Bien que la phlébit[e] double donnât l'impression d'être sur son déclin l'hyperthermie laissait peser un doute sur la ces[sation] du processus inflammatoire.

Rien n'est plus simple que d'éliminer cette caus[e] d'erreur. Il suffit pour cela — avec un thermo[mètre] approprié — de prendre la température sou[s] la langue et d'interpréter la différence (la tempé[rature] buccale, prise sous la langue et à l'abri d[u] courant respiratoire est normalement de 8/10 d[e] degrés plus basse que la température centrale o[u] rectale).

En présence de réponses divergentes : c'est [à] la température buccale qu'il faut faire crédit parce qu'elle est assurément exempte du dérègle[ment] thermique, limité, en principe, au territoir[e] pelvien.

La constatation d'une apyrexie buccale, s'harmo[nise] d'ailleurs toujours, dans ces cas, avec l[e] contexte clinique : pouls apaisé, œdèmes réduits e[t] anhydrophiles, sédimentation globulaire non accé[lérée]; franche atmosphère de convalescence, qu[i] seule semble démentir une température rectal[e] dépassant légèrement la normale.

*
* *

Pour quelle raison, la répartition thermique peut-elle être influencée de la sorte dans le voisinage d'une phlébite éteinte ?

Est-ce une plus grande activité circulatoire supplémentaire, une répercussion hydraulique ou réflexe, une exagération locale du métabolisme ? Ce sont là problèmes complexes où l'intervention du sympathique vaso-moteur n'est pas douteuse.

L'hyperthermie rectale isolée, — sans hyperthermie buccale parallèle — serait ainsi, après phlébite pelvienne, la résultante d'une dystonie vasculaire régionale, émanant d'une épine réflexogène veineuse.

*
* *

Mais il existe encore, un autre aspect, plus commun peut-être, du dérèglement thermique régional post-phlébitique : c'est l'instabilité persistante de la température rectale.

Normale au repos, elle n'atteint un degré fébrile *qu'après la marche*. Cette fièvre locale, facile à comprendre après les premiers pas si douloureux, si exigeants d'efforts pour vaincre les raideurs arthro-tendineuses, s'explique d'elle-même ; mais elle peut réapparaître pendant cinq à six mois, et même quand la marche se fait plus facile, avec aisance.

Ainsi qu'on le voit, cette hyperthermie après effort ne retarde pas la première tentative de mobilisation — mais elle laisse planer un doute, une inquiétude; elle pose à l'esprit déconcerté le grave problème d'une reprise de la phlébite, à la faveur d'une mobilisation prématurée. Doit-on poursuivre cette physiothérapie ? Aliter le malade pendant de longues semaines encore ? La question serait d'autant plus délicate, que le mouvement réveille parfois les mêmes douleurs que la phlébite dans sa phase aiguë. Le patient — qui conserve parfois encore l'angoisse du point de côté embolique — perd courage et confiance.

Ces notions une fois connues, nous croyons donc qu'il est recommandable — surtout dans le cas de phlébite des deux jambes — de recourir pendant la phase aiguë et la convalescence — à la thermométrie sub-linguale. Outre la certitude d'éliminer l'appoint erroné d'une hyperthermie pelvienne par dérèglement vaso-moteur, on a l'avantage appréciable de ne pas provoquer de mouvements intempestifs, pouvant compromettre l'immobilité crurale de rigueur, et cela deux fois par jour, pour une exploration d'accès rendu plus difficile encore par la présence de l'œdème.

Le bon sens nous dispense d'insister davantage sur cette conclusion pratique.

SOCIÉTÉS DE PARIS

ACADÉMIE DES SCIENCES

3 Juillet 1944 [1].

Origine du thiosulfate de l'urine des animaux supérieurs. — MM. **Claude Fromageot** et **Antonin Royer.** Le thiosulfate excrété par l'urine provient bien du métabolisme propre de l'animal et le thiosulfate représente, dans ce métabolisme, un produit intermédiaire de l'oxydation en sulfate, du soufre organique des protéines consommées au cours du Jeûne. D'autre part, si l'on joint aux résultats le fait que la proportion de thiosulfate urinaire dépend étroitement, chez l'animal soumis à une alimentation normale, de la quantité de soufre organique ingéré, on est autorisé, semble-t-il, à conclure de même que le thiosulfate est également un produit intermédiaire de l'oxydation par l'animal supérieur, des dérivés sulfurés apportés par sa nourriture.

Sur la présence dans diverses protéines de petites quantités de groupements aminés appartenant à la phénylalanine. — MM. **Jean Roche, Raymond Michel** et **Jean Schiller.** De petites quantités de phénylbenzylhydantoïne ont été obtenues à partir de la caséine, de la globine et de l'ovalbumine traitées par l'isocyanate de phényle et partiellement hydrolysées en milieu chlorhydrique. Il en résulte que le groupement α-aminé d'une partie de la phénylalanine est libéré dans les protéines. La fraction de cet acide aminé dont le radical $-NH^2$ ne participe pas à des liaisons peptidiques est variable dans les divers corps étudiés et, de plus, les groupements aminés de la phénylalanine ne contribuent pas de manière importante à la somme des radicaux $-NH^2$ présents. Néanmoins, l'opinion très généralement admise, selon laquelle la lysine est la source exclusive de ceux-ci dans les protéines, apparaît trop absolue.

17 Juillet.

L'oxydation de la vitamine C par la quinhydrone et l'oxygène. — M. **Nicolas Bezssonoff** et Mlle **Hélène Leroux.** De même que le cuivre ionisé introduit en excès, le système (*p*-quinone-hydroquinol) commence par catalyser l'oxydation de la vitamine C par l'oxygène ; la réduction du catalyseur masque ensuite son effet catalytique initial. Comme dans le cas du cuivre, l'oxydation de l'acide ascorbique par la (quinone-hydroquinol) doit débuter par l'apparition de la forme semi-oxydée (forme S) de la vitamine.

Etude comparée des formules empiriques concernant l'action des substances inhibitrices sur la coagulation sanguine. — M. **Yvan Bertrand** et Mlle **Denise Quivy.** Ne pouvant envisager simultanément les multiples facteurs qui interviennent dans la coagulation sanguine, on est forcé de se limiter, dans un même groupe d'expériences, à l'étude d'un ou deux éléments, tous les autres restant invariants. Cette discipline, également suivie pour les anticoagulants, a conduit à des expériences multiples et fourni de nombreuses données numériques. Pour en extraire l'essentiel, différents auteurs ont adopté des formules empiriques :

1° Dans l'équation proposée par A. Fischer et H. Schmitz :

$$\log z_1 - \log z_2 = k_2 (C_1 - C_2).$$

z_1 et z_2 sont les temps de coagulation correspondant à des concentrations C_1 et C_2 d'héparine ; la constante k_2 dépend des conditions expérimentales.

2° La formule dite de Fischer $\frac{1}{t} = k\,C^a$ exprime les temps de coagulation t en fonction des concentrations C de trombokinase, k et a étant des constantes en rapport avec les conditions expérimentales.

3° R. G. Legler propose deux autres relations :

$$th_2 - th_1 = k\,(Ch_2 - Ch_1)^a,$$

th et th_2 étant les temps de coagulation Ch_1 et Ch_2 d'héparine. Si l'on prend $Ch_1 = O$ la formule précédente devient $th - to = k\,C_h^a$ dans laquelle th représente le temps de coagulation pour une concentration Ch d'héparine ; k et a sont des constantes.

Ces vérifications des équations proposées par Legler pour l'étude des anticoagulants n'ont rien donné de satisfaisant. Les auteurs estiment que ces formules doivent être abandonnées au profit des équations de Fischer et de Fischer-Schmitz, réellement très satisfaisantes, chacune dans leur domaine.

24 Juillet.

Facteurs intervenant dans la prévention et la production expérimentales des œdèmes par déséquilibre alimentaire. — MM. **Raoul Lecoq, Paul Chauchard** et Mme **H. Mazoué.** La présence de vitamines B (fournie par la levure de bière) et la présence de vitamine A (apportée par la graisse de beurre) n'empêchent pas, chez les jeunes rats, l'apparition des œdèmes par déséquilibre alimentaire, dont la production expérimentale s'obtient à l'aide d'un régime hypo-azoté et hypominéralisé, additionné de bases puriques jouant le rôle de facteurs de révélation.

La prévention de ces œdèmes n'est obtenue que par la suppression des bases puriques ou par l'addition d'une forte proportion de protides (dépassant largement la normale). La réduction des lipides raccourcit notablement les survies ; la mort des sujets survient alors avant l'apparition des œdèmes. La carence des lipides n'est donc pas, à proprement parler, un facteur adjuvant dans la production des œdèmes par déséquilibre alimentaire.

La surminéralisation accélère l'évolution du syndrome et les œdèmes s'observent dès que les survies sont assez longues pour permettre leur apparition.

Utilisées seules, comme facteur de révélation, la caféine et la théobromine favorisent également la production des œdèmes chez les rats recevant un régime hypo-azoté (l'hypominéralisation n'étant pas indispensable).

La chronaximétrie montre que le terrain favorable à cette évolution du syndrome œdémateux est caractérisée par un tableau analogue à celui de l'acidose, comportant atteinte encéphalique et lésions polynévritiques.

31 Juillet.

L'Homme peut-il utiliser comme aliments des feuilles d'arbres ? — M. **Auguste Chevalier** démontre qu'il vaudrait mieux encore recourir, si le pain venait à manquer, aux tubercules et racines amylacées de culture, au rutabaga ou même encore aux betteraves à sucre et fourragères bien plutôt qu'au pain de bois et d'écorce, même assaisonné de feuilles tendres d'arbres, car ces produits peuvent délabrer l'organisme.

Recherches expérimentales sur la pathogénie du tétanos. — M. **Edouard Lemétayer.** Sur les sujets névrectomisés la contracture locale apparaît plus tardivement que chez les témoins. Chez ceux-ci la toxine est absorbée au point même de l'injection, partant plus rapidement, par les terminaisons nerveuses intactes, alors que chez les premiers la toxine n'est apportée, au bout central des nerfs sectionnés, que par la voie sanguine. Ce tétanos généralisé et la mort s'expliquent, dans les deux groupes d'animaux, par le transport de la toxine par la voie sanguine et l'imprégnation ultérieure de tous les nerfs de l'organisme, qui s'effectuent dans les mêmes conditions chez les névrectomisés et chez les témoins.

Sur les sujets en contracture locale et névrectomisés par la suite, les contractures évoluent comme chez les témoins, aucune gêne n'étant apportée à la résorption de la toxine par la voie sanguine ni à l'imprégnation ultérieure de tous les nerfs de l'économie, on assiste, chez les névrectomisés comme chez les témoins, à la généralisation du tétanos et à la mort des animaux.

Ces deux séries d'essais viennent à l'appui de la thèse du transport de la toxine par la voie nerveuse, soit par imprégnation directe au point d'inoculation (contractures locales), soit par imprégnation secondaire des nerfs de tout l'organisme par diffusion préalable de la toxine par la voie sanguine (contractures généralisées), thèse soutenue par un certain nombre d'auteurs et spécialement par P. Descombey.

Transmission de la syphilis à la souris par instillation nasale. — MM. **Constantin Levaditi** et Mlle **H. Noury.** Il est possible de conférer à la souris la tréponémose dispersive, quoique cliniquement inapparente, en lui administrant le virus syphilitique par voie nasale, après anasthésie à l'éther. La dispersion du *Treponema pallidum* apparaît à partir du 100e jour. Son intensité varie d'une expérience à l'autre ; elle est plus marquée lorsque les inoculations virulentes sont répétées. Alors que, dans 3 essais, les ganglions lymphatiques périphériques et la rate se sont révélées virulentes pour le lapin, une seule fois le poumon s'est montré chancrigène.

J. COUTURAT.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

12 Juin 1945.

Notice nécrologique sur M. Arthus. — M. **Binet.**

La situation médicale du camp de Buchenwald. — **M. Ch. Richet** étudie les troubles de la nutrition que l'on peut résumer par l'expression : la mort par la famine lente, les déportés ne recevant par jour, en 1945, que 1.050 calories ; les troubles psychopathologiques étaient centrés par le complexe de la faim ; l'encombrement dépassait toute imagination (dans les blocs de quarantaine d'une surface de 500 m^2, il y avait de 750 à 2.100 détenus) : l'absence de sommeil, le travail excessif, le froid, les appels d'une durée invraisemblable contribuaient à rendre la mortalité extrême. Abstraction faite de la dysenterie dont la mortalité atteignait 50 à 60 pour 100 et qui a provoqué 3.500 décès en quelques mois, mais qui ne sévissait pas continuellement, on peut admettre que sur 100 détenus, 40 mouraient de pneumonie, 40 de tuberculose à marche extrêmement rapide (4 à 6 semaines) et 20 d'autres infections ; l'érysipèle frappait 4 à 5 pour 100 de l'ensemble des détenus ; la diphtérie était fréquente mais souvent méconnue, les recherches bactériologiques ayant été confiées par les Allemands à des personnes n'ayant aucune notion médicale ; la scarlatine était assez commune, mais assez bénigne ; il y eut 6 épidémies de typhus, dont la dernière particulièrement sévère.

La mortalité des détenus faisant partie du même convoi que M. Richet peut être évaluée à 75 pour 100 en 15 mois : sur un effectif moyen de 40.000 détenus, le chiffre des morts au cours du premier trimestre 1945 a dépassé 13.000 ; en Avril 1945, il eût fallu 10.000 lits d'hôpital dans le camp. La tâche des médecins a été délicate : peu de places à l'hôpital, peu de médicaments; leur rôle moral a été considérable car ils représentaient le seul lien des détenus avec la civilisation.

En résumé, M. Ch. Richet conclut que l'assassinat collectif semble bien avoir été le but poursuivi et réalisé par les Allemands dans l'organisation de ce camp.

Sort des tréponèmes syphilomateux chez les lapins traités par la pénicilline. — MM. **Levaditi** et **Vaisman** montrent que sous l'influence d'un traitement comportant 6.000 à 40.000 unités O. par kilogramme, le chancre du lapin a déjà perdu sa virulence en 48 heures ; les spirochètes syphilomateux disparaissent ou deviennent rares et immobiles à l'examen sur fond noir à partir de la 24e heure : mais les tréponèmes dont certains présentent des altérations manifestes, sont retrouvés en grand nombre sur les coupes imprégnées à l'argent. La perte du pouvoir pathogène précède beaucoup la résorption totale des tréponèmes. La pénicilline, de ce point de vue, se comporte comme le bismuth et l'arsenic.

Activité thérapeutique de la pénicilline dans la syphilis expérimentale du lapin. — MM. **Levaditi** et **Vaisman** montrent que l'on peut obtenir une stérilisation profonde de l'organisme chez les lapins syphilisés en leur administrant en un temps relativement restreint, par injections intramusculaires répétées, des doses de pénicilline voisines de celles qu'on utilise en clinique humaine (40.000 unités O. par kilogramme). Ces constatations rapprochées de celles que les auteurs ont faites dans la syphilis expérimentale cliniquement inapparente de la souris, autorisent à attribuer à la pénicilline un pouvoir antisyphilitique immédiat de tout premier plan. L'avenir seul pourra fixer sur les perspectives tardives de la guérison pénicillinique de la syphilis humaine.

Traitement de la diarrhée de réalimentation par la perfusion de plasma. — MM. **Loeper, Le Sourd, Trémolières** et **Sterboul** montrent que les dénutris présentent souvent lors de leur réalimentation une diarrhée nutritionelle, rebelle aux thérapeutiques courantes et s'accompagnant d'une intolérance gastrique absolue,

1. Le mode de publication tardif des *C. R. de l'Académie des Sciences* ne nous permet pas de donner plus rapidement le résumé des séances de cette Académie.

même pour le lait. Cette diarrhée est remarquablement influencée par des perfusions de plasma, à la dose journalière de 300 à 600 cm^3, qui faites à un rythme très lent (300 cm^3 en 2 heures) ne donnent pas de choc ; elles permettent la reprise de l'alimentation lactée fractionnée, ont sans doute une action sur les sécrétions digestives et les carences protidiques et vitaminiques et provoquent un stockage azoté important ; il est parfois nécessaire de leur adjoindre la sulfaguanidine pour agir sur un facteur infectieux associé.

Rôle que doivent avoir l'air et le soleil en puériculture et en hygiène scolaire. — M. **Armand-Delille** insiste sur l'importance de l'héliothérapie chez le nourrisson et sur celle des exercices au grand air, le corps presque nu suivant la méthode Hébert pour l'enfant pendant la période scolaire. De nombreuses séances doivent leur être réservées dans les nouveaux programmes, en tenant compte des conditions dans lesquelles se trouvent les enfants, à la ville ou à la campagne.

Influence de la vaccination antitétanique antérieure sur la production de l'antitoxine spécifique. — MM. **Lemétayer, Nicol** et **Milin** montrent que la rareté des chevaux de réforme pour lesquels on possède des renseignements sur la vaccination, l'impossibilité de différencier l'immunité active de l'immunité passive par le titrage, les difficultés du dosage des traces d'antitoxine que peut receler le sérum des chevaux anciennement vaccinés expliquent les grandes difficultés que rencontre actuellement la production du sérum antitétanique à fortes unités.

Les eaux sulfureuses de Luchon en injections intratissulaires. — MM. **Molinéry** et **Bragne** montrent que l'eau du Pré n° 2, d'une sulfuration importante, stable si elle est conservée à l'abri de l'air en ampoules de verre jaune, peut, après avoir été rendue isotonique, être utilisée en injections qui renforcent les effets du traitement thermal habituel ; la première injection seule provoque une réaction légère, homologue de la crise thermale.

Election de deux correspondants nationaux dans la 1re section Médecine. — M. **Mattei** (Marseille) est élu au 1er scrutin par 37 voix contre 10 à M. Rohmer (Strasbourg), 5 à M. Pellé (Rennes), 3 à M. de Léobardy (Limoges), 2 à M. Brelet (Nantes), 1 à MM. Lebon (Alger) et Paillart (Clermont-Ferrand).

M. **Doumer** (Lille) est élu au 2e scrutin par 32 voix contre 10 à M. Rohmer, 6 à M. Pellé, 2 à M. Lebon, 1 à MM. Brelet, de Léobardy, Paillard et Piery (Lyon).

Lucien Rouquès.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

13 Juin 1945.

Deux cas de splanchnicectomie. — M. **Renion.** M. **Métivet**, rapporteur, apporte 2 observations : la première a trait à un jeune Malgache présentant une dilatation atonique de tout le tube digestif. Une splanchnicectomie eut un remarquable effet. L'autre concerne un Marocain atteint d'atonie vésiculaire et intestinale. Même opération avec d'excellents résultats.

Ces deux résultats ont 1 an de recul et montrent le résultat possible de la splanchnicectomie.

Considérations sur l'ulcère de l'estomac au Maroc. — M. **Dubois-Roquebert**. M. **Gueullette**, rapporteur. A propos de 169 cas, l'auteur montre qu'il n'y a pas de différences nettes entre les trois catégories de la population marocaine. Les ulcères pyloro-duodénaux seraient beaucoup plus fréquents que les petites courbures. Il préfère le Polya-Finsterer. Il donne quelques détails sur sa manière de fermer le bout duodénal et de fermer la brèche mésocolique. Sa mortalité de gastrectomie pour ulcère est de 4 pour 100.

Présentation de malades. — M. **Leveuf**. Une arthrite suppurée du cou-de-pied à streptocoques traitée par incision d'abcès à minima, pénicilline et plâtre. L'abcès est refermé plan par plan en laissant seulement une aiguille intra-articulaire pour la pénicilline.

Une ostéomyélite du tibia traitée par la pénicilline générale. Au bout de 8 jours, abcès qui est incisé puis refermé plan par plan sur une aiguille de pénicilline.

Un abcès du genou, une ostéomyélite claviculaire, un cas à foyers multiples sont présentés.

Le traitement actuel des ostéomyélites est général : pénicilline, 100.000 unités par jour pendant 7 jours, plâtre ; local : grande incision de l'abcès pour bien en vider les masses nécrosées et en vérifier les recoins. Fermeture plan par plan en laissant en place une aiguille pour injecter de la pénicilline locale. Celle-ci peut être employée à doses moindres (20.000 unités par jour).

La défense de l'organisme contre le staphylocoque est avant tout locale. Dès que l'organisme a circonscrit l'infection, il suffit d'évacuer les nécroses résultant de cette bataille. Une fois l'abcès vidé, il était donc logique d'essayer une fermeture rapide de l'abcès.

Les ponctions d'abcès ne suffisent pas à évacuer ces débris nécrosés. La pénicilline ne semble pas avoir localement un grand avantage sur d'autres moyens tels que les sulfamides. Ces derniers ne doivent pas être associés à la pénicilline, celle-ci agissant lors de la reproduction microbienne que ceux-là ralentissent.

— M. **de Fourmestraux** a donné la pénicilline dans les ostéomyélites par voie intra-artérielle (2 observations).

— M. **Sorrel** a traité 4 cas d'ostéomyélite par la pénicilline et les sulfamides. L'ostéomyélite est passée cependant à la chronicité. Un autre cas traité par la pénicilline n'a en rien changé d'évolution. Un cas, mais ans lésions visibles à la radiographie, semble avoir guéri très rapidement. Un dernier paraît avoir bénéficié aussi nettement de ce traitement.

— M. **Sylvain Blondin** cite un cas où la pénicilline a permis à une septicémie à streptocoques de guérir en ne laissant qu'une grave arthrite suppurée du genou. Celle-ci nécessita une amputation. L'action la plus nette paraît être celle qu'elle donne sur l'état général.

— M. **Leveuf** rappelle que dans les suppurations post-traumatiques la pénicilline a une action indiscutablement extraordinaire. La question des suppurations spontanées est très différente et reste à l'étude.

Les infections ventriculaires consécutives aux blessures de guerre. — MM. **Goinard, Stricker** et **Descuns.** M. **Petit-Dutaillis**, rapporteur. Les auteurs apportent des cas indiscutables de ventriculites traumatiques guéries par la pénicillinothérapie.

Le premier cas concerne une ventriculite suppurée diffuse, ponctionnée des deux côtés et guérie par ponction et usage de pénicilline intracavitaire. Les autres, moins nets, sont cependant en faveur de l'emploi de la méthode.

Endométriose tubo-ovarienne perforée en péritoine libre. — MM. **Roux** et **Danion.** M. **Moulonguet**, rapporteur. Une jeune femme, après une période de malaises, est prise d'une syncope. Elle présente ensuite une contracture généralisée. Le toucher montre une douleur au Douglas. L'intervention montra, après l'assèchement du sang répandu dans le péritoine, l'existence de kystes goudrons typiques de l'endométriose. Hystérectomie. Guérison.

Le rapporteur insiste sur la latence clinique extraordinaire de ces endométrioses avant l'accident aigu.

A propos du traitement opératoire conservateur des fractures de l'astragale. — MM. **J. Cauchoix** et **Loygue.** M. **Richard**, rapporteur. Chez un homme de 25 ans, les auteurs observent une fracture transversale de l'astragale. L'intervention sous traction transcalcanéenne et contre extension poplitée ne permet pas, par la manœuvre de Bœhler, d'obtenir un résultat. Il faut chirurgicalement faire une réduction sanglante de l'astragale par transfixion centrale, puis on rétablit la mortaise par boulonnage. Le résultat est excellent 7 mois après l'intervention.

Radiographies d'enclouage par la méthode de Kunstchner. — M. **Huc** cite, à ce propos, 2 cas où cette méthode entraîna une pyohémie mortelle.

Radiographie d'invagination iléo-cæcale chez l'adulte. — M. **Sicard.**

Jean Calvet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

8 Juin 1945.

Epidémie familiale de botulisme bénin consécutive à l'ingestion d'un jambon. — M. **J. Dereux** (Lille). Après ingestion d'un jambon fumé et salé, 3 personnes présentent des signes de botulisme : sécheresse de la bouche avec dysphagie, constipation, baisse de l'acuité visuelle. Dans 2 cas ces signes ont été très frustes.

Ophtalmoplégie complète et totale d'origine diphtérique. — M. **J. Dereux** (Lille). Un malade de 50 ans présente, 15 jours après une angine dont l'origine diphtérique avait été méconnue, une polynévrite des membres inférieurs, une paralysie du voile et une ophtalmoplégie complète : ptosis bilatéral, immobilité absolue des globes oculaires. Les pupilles ne réagissent ni à la lumière, ni à la distance. L'auteur rattache cette ophtalmoplégie à une lésion nucléaire des nerfs oculaires.

De la flottation des bactéries. — M. **L. Gougerot.** M. **Fiessinger**, rapporteur. Par un procédé original, l'auteur a étudié les propriétés de flottation des diverses bactéries en suspension dans l'eau distillée ; les modifications du p_H, l'addition de chlorure de sodium, l'électrophorèse modifient les propriétés de flottation ; l'addition de sels biliaires ou d'aérosols diminue ces propriétés.

Les lésions initiales de la périartérite noueuse. — M. **Nicaud.** Les lésions précoces doivent être recherchées sur les artérioles au voisinage des nodules déjà organisés, par des biopsies répétées. On peut ainsi distinguer trois stades évolutifs :

Stade initial : le plus difficile à trouver montre une infiltration par des polynucléaires ou des lymphocytes de l'adventice. L'intima paraît augmentée de volume. La média est indemne.

Stade intermédiaire : l'infiltration totale ou segmentaire de l'adventice forme de véritables petits nodules inflammatoires échelonnés le long du vaisseau ; entre ces nodules le vaisseau paraît reprendre un diamètre sensiblement normal. La média est atteinte par une infiltration discrète avec rupture des gaines élastiques.

Stade fibroïde : un véritable tissu cicatriciel transforme la média et l'intima en un tissu fibroïde plus ou moins compact. A ce stade la média est très augmentée de volume : ses éléments musculaires et élastiques sont dissociés ou rompus. L'intima devient d'une minceur extrême.

Les lésions sympathiques au cours des artérites. — M. **Nicaud.** Un homme de 55 ans présente une claudication intermittente avec douleurs très violentes, diminution des oscillations, abolition des réflexes tendineux. Les infiltrations du sympathique n'amenant qu'une atténuation passagère des douleurs, une sympathectomie lombaire droite est pratiquée ainsi qu'une artériectomie qui enlève l'iliaque primitive droite et le segment initial de ses branches de division transformées en un cordon fibreux. L'intervention n'amène aucune amélioration des troubles fonctionnels.

L'étude anatomique des pièces montre sur les vaisseaux une endartérite scléro-athéromateuse avec des macrophages lipoïdiques. La média est peu touchée, sauf dans ses couches les plus proches de l'intima ; l'adventice est intacte. Sur les ganglions sympathiques on constate une sclérose discrète surtout périphérique avec de nombreux grains pigmentaires réalisant par plages un aspect pseudo-gliomateux. Les artérioles paraissent en voie d'hyalinisation. Les cellules nerveuses présentent des noyaux pycnotiques et des modifications des affinités de coloration du protoplasma. Il existe donc un remaniement profond de la texture du ganglion sympathique.

J. Fauvet.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

9 Juin 1945.

Fréquence des ostéosarcomes à la suite d'injections intraveineuses de mésothorium chez le lapin. — M. **G. Gricouroff.** Sur 7 lapins ayant survécu plus de 10 mois à l'injection de 2 à 5/100 de milligramme de mésothorium, 5 ont présenté un ostéosarcome, apparu au bout de 12 à 21 mois. L'effet cancérigène est provoqué par une quantité infinitésimale de produit radioactif retenue dans le squelette. La forte proportion de sarcomes est à prendre en considération, l'introduction du mésothorium dans l'organisme n'étant pas encore abandonnée en thérapeutique humaine dans diverses affections non malignes.

Phénomènes d'antagonisme entre les avitaminoses B et D. — M. **P. Chauchard**, Mme **H. Mazoué** et M. **R. Lecoq** montrent qu'il existe entre les avitaminoses B et D une opposition que la correction transitoire des troubles neuro-musculaires met en évidence. Le caractère transitoire d'une telle amélioration vient de ce que l'évolution de l'une des carences (B) aboutit obligatoirement à la mort des sujets, alors que l'autre (D) pourrait se prolonger longtemps sans danger pour leur existence. La compensation des perturbations chronaxiques de l'avitaminose B se trouve mieux assurée par la déviation métabolique d'une carence opposée que par l'administration *per os* d'une thérapeutique alcalinisante.

Action anti-acidosique des vitamines du groupe B. — MM. **R. Lecoq, P. Chauchard** et Mme **H. Mazoué** établissent que — sans préjuger en rien d'une complexité plus grande du groupe des vitamines B — les troubles chronaximétriques de l'acidose chronique ne sont compensés que par l'association aneurine, riboflavine, amide nicotinique et adénine, utilisée par voie parentérale, alors que la voie buccale reste inefficace.

La signification biologique des corpuscules de Heinz. — MM. **A. Gajdos** et **G. Tiprez**, étudiant la formation des corpuscules de Heinz *in vitro* dans les globules rouges humains, apportent de nombreux arguments en faveur d'un rapport entre ces corpuscules et les verdoglobines. Les auteurs considèrent les corpuscules de Heinz comme les témoins histologiques de l'ouverture du pont α-méthénique du groupement prosthétique de l'hémoglobine.

Pigmentation des organes génitaux par le diéthylstilbœstrol. — MM. **M. Loeper, J. Vignalou** et **J. Trémolières** insistent au cours de l'administration du diéthylstilbœstrol chez l'homme sur l'apparition d'une curieuse pigmentation des organes génitaux constituée surtout par une ligne noire occupant le raphé scrotal et même pénien. Elle est parfois précédée d'une sorte de décapage tégumentaire de même localisation. Ce test est intéressant parce qu'il est à peu près constant et apparaît dès la 9e ou 10e piqûre de 5 mg. Il disparaît lentement.

Recherches sur le sang de stase en vue d'établir une méthode pour mesurer la perméabilité des capillaires. — MM. **J.-L. Parrot, H. Cotereau** et **P. Galmiche** appliquent le principe qui consiste à étudier les modifications subies par le sang sous l'influence de la stase provoquée et à en déduire le volume de liquide sanguin qui filtre à travers les capillaires au cours de cette épreuve. Ils montrent que l'hématocrite n'est pas un témoin fidèle des variations de la concentration sanguine et que la numération globulaire ne fournit pas en pratique des résultats suffisamment précis. Les auteurs utilisent un dosage colorimétrique de l'hémoglobine. D'autre part, le sang prélevé après stase est hétérogène et il est nécessaire d'étudier séparément les diverses fractions. Les premiers résultats de la méthode proposée montrent que la perméabilité capillaire est normalement plus grande qu'on ne l'admettait ; d'autre part, lorsqu'elle est accrue, l'épicatéchine la réduit rapidement dans d'importantes proportions.

Neutralisation des hémolysines par la glycérine. — M. **J. Solomidès** montre que la glycérine qui, en combinaison avec les protéines sériques constitue une substance hémolytique, est capable d'inhiber l'action des hémolysines. D'autre part, les hémolysines neutralisent l'action hémolysante du complexe glycéro-protéinique. Cette neutralisation réciproque de deux systèmes hémolytiques différents se fait suivant des lois quantitatives assez précises et la réaction entre hémolysines et complexe glycéro-protéinique semble se faire directement sans intervention du complément. Ces conclusions tendent à confirmer la théorie suivant laquelle les hémolysines sont des substances réelles et non pas de simples modifications physico-chimiques du sérum.

Atténuation de virulence des cultures de bacilles uberculeux du type humain ou bovin, additionnées l'huile de paraffine. — M. J. **Solomidès** montre que ontrairement à ce qu'on observe dans le cas de cultures e bacilles tuberculeux sur pomme de terre, additionnées huile de paraffine ne provoquent pas, par inoculation ous-cutanée au cobaye, de congestion ou hémorragies iscérales appréciables. Par contre, la virulence des ultures lysées par l'huile de paraffine semble considérablement diminuée. La lyse du bacille tuberculeux par es huiles est très vraisemblablement due à des propriétés hysico-chimiques de ces substances et en particulier leur tension superficielle, alors que les propriétés des ultures oléo-lysées dépendent de la constitution chimique de l'huile expérimentée.

Complément et phagocytose. — MM. **A. Delaunay** t **J. Pages.** Le complément provoque la phagocytose le corps étrangers non sensibilisés en stimulant direcement les leucocytes et il facilite par le même mécaisme la préhension de microbes sensibilisés par des nticorps opsonisants. L'ensemble des recherches effecuées par les auteurs montre que le complément n'est as un facteur indispensable pour la vie du leucocyte, nais qu'il est capable de stimuler toutes les manifestaions de cette cellule.

Influence de la sous-oxygénation sur la capacité le travail et la fatigue musculaires. — MM. **Léon Binet, Daniel Bargeton** et **Claude Laroche** ont étudié 'action de la sous-oxygénation (inhalation d'un mélange le 8 pour 100 d'oxygène et 92 pour 100 d'azote) sur la capacité de travail d'un muscle travaillant isolément l'une part et d'autre part sur la performance de l'orgaisme au cours d'un exercice mettant en jeu un grand nombre de muscles.

La sous-oxygénation provoque une diminution marquée et immédiate de la capacité de travail du muscle gastrocnémien de rat stimulé électriquement et cette action est entièrement réversible.

Le passage en atmosphère sous-oxygénée diminue considérablement la capacité de la course et raccourcit le chemin parcouru par le rat au cours de l'épreuve de course à vitesse forcée dans un tambour tournant. Chez la plupart des individus une accoutumance se manifeste après quelques minutes de séjour en atmosphère sous-oxygénée, rendant possible une reprise de la course à une vitesse notable.

Chez les individus qui du fait de leur adaptation ont pu accomplir une performance appréciable en atmosphère sous-oxygénée, les manifestations de fatigue se distinguent de celles consécutives à un exercice accompli à l'air normal par leur caractère irréversible et le fait qu'elles ne cèdent pas au repos, même après retour à l'air atmosphérique.

La comparaison de ces résultats conduit les auteurs à penser que les manifestations précoces et réversibles de la sous-oxygénation doivent relever essentiellement d'une action directe sur le muscle, alors que les manifestations tardives et irréversibles s'expliquent par un retentissement sur les mécanismes généraux d'adaptation de l'organisme à l'exercice musculaire, par l'existence d'une sorte de dette d'oxygène à long terme.

A. Escalier.

SOCIÉTÉ D'ENDOCRINOLOGIE

22 Mars 1945.

Hirsutisme et hypertension artérielle dus à une tumeur cortico-surrénale. Absence de l'autre surrénale. — MM. **L. Langeron, A. Fournier, P. Giard** et **V. Nolf** (Lille). Les auteurs apportent l'observation anatomo-clinique d'une malade porteuse d'hirsutisme avec hypertension artérielle ; la pyélographie ayant montré une image anormale à droite, l'intervention fit découvrir une tumeur surrénale que l'histologie caractérisa comme un adénome bénin ; la malade mourut 11 jours après, avec le tableau d'une insuffisance surrénale expérimentale et l'autopsie ne permit pas de mettre en évidence de surrénale de l'autre côté. Les auteurs discutent quelques-uns des points soulevés par cette observation et exposent les rapports généraux des tumeurs surrénales avec les hypertensions artérielles.

Goitre à forme d'hyperthyréose guéri par l'opothérapie thyroïdienne. — MM. **Etienne May** et **A. Netter** rapprochent l'observation d'un goitre à développement rapide, très dur, pour lequel la biopsie montra une disparition de la colloïde, de petites vésicules et une hypertrophie de l'élément cellulaire formant par places des cordons à type d'adénome. Ces images d'hyperthyréose contrastèrent avec un M. B. abaissé de 24 pour 100. L'opothérapie thyroïdienne fit disparaître entièrement ce goitre. On peut faire un rapprochement entre ce fait et les modifications entraînées expérimentalement par les nouveaux corps antithyroïdiens ; on peut se demander si des substances de ce type ne joueraient pas un rôle en pathologie humaine.

Modifications de l'hypophyse à la suite de la sous-alimentation. — MM. **A. Giroud** et **P. Desclaux.** Chez des cobayes mis à la dénutrition on constate des modifications importantes du lobe antérieur de l'hypophyse, la dégranulation des cellules acidophiles et basophiles, c'est-à-dire une altération des éléments considérés comme les plus fonctionnels. Ces altérations leur paraissent devoir se rencontrer en clinique humaine dans des cas d'anorexie mentale ayant évolué de façon défavorable. Dans de tels cas la distinction de cette affection peut prêter à discussion avec certaines formes de la maladie de Simmonds.

Adénome parathyroïdien pris cliniquement pour un goitre banal. — MM. **D. Petit-Dutaillis** et **R. Messimy.** Une malade se présente avec un goitre kystique de l'isthme d'apparence banale, sans troubles de la fonction thyroïdienne, avec un métabolisme normal. Au cours de l'ablation du goitre on est frappé par le fait que la tumeur se laisse séparer du corps thyroïde et qu'elle n'en fait pas partie et par l'aspect eau de roche du liquide qu'elle contient. Adénome para-thyroïdien à l'examen histologique. L'interrogatoire permet rétrospectivement de mettre en évidence une série de troubles d'hyperparathyroïdisme fruste qui ont tous rétrocédé après l'opération.

Les obésités paradoxales avec rétention d'eau. — MM. **L. de Gennes** et **M. Wallet.** Les auteurs ont observé un grand nombre de malades, présentant une augmentation considérable du poids avec infiltration cellulaire occupant surtout les jambes, les cuisses, les hanches et les seins. Les extrémités sont cyanosées. Les règles sont souvent diminuées ou supprimées.

Ces engraissements s'aggravent par la fatigue, s'améliorent par le repos au lit.

Les albumines du sérum, la fonction rénale sont presque toujours normales. Ces embonpoints sont souvent aggravés par les hormones œstrogènes, mais ne sont pas expliqués par un syndrome d'hyperfolliculinie.

On ne trouve pas non plus les signes d'un hyperpituitarisme postérieur ni d'une insuffisance thyroïdienne. Il faut cependant admettre l'existence d'un terrain endocrinien puisque ces manifestations surviennent exclusivement chez la femme. L'épreuve de l'élimination de l'eau, l'heureux succès d'un régime sec riche en protéines et pauvre en liquides montre le rôle capital de la rétention de l'eau. Ce régime fait disparaître l'embonpoint et la plupart des signes endocriniens.

Et. May.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE FRANCE

17 Avril 1945.

A propos de deux cas de kystes mandibulaires en relation avec la dent de sagesse. — M. **Thibault** rapporte deux observations, l'une d'un volumineux kyste marginal postérieur, l'autre d'un kyste corono-dentaire ayant envahi les branches horizontale et montante du maxillaire inférieur. Suivent quelques considérations pathogéniques.

Un cas mortel de gangrène bucco-faciale. — MM. **Boulin, Hennion** et **Bataille.** Observation d'une malade qui, au cours d'une anémie grave évoluant depuis six mois, présenta brusquement une leucopénie avec granulo-cytopénie. En même temps apparut une escarre de la joue gauche, avec nécrose du maxillaire supérieur, évoluant rapidement vers une gangrène totale de la joue, respectant la lèvre. Malgré l'amélioration de la formule sanguine, la gangrène gagna la paupière et la malade fut emportée par une thrombophlébite, alors que la leucocytose à 25.000 éléments blancs pouvait faire penser à une forme de passage avec la leucémie.

La pyorrhée et les lois de la pathologie osseuse. — M. **R. Vincent,** s'appuyant sur les données des travaux de Leriche et Policard, expose ses conceptions étiologiques et pathogéniques de la pyorrhée.

Disjonction cranio-faciale complexe, traitée par gouttière maxillaire et appui cranien plâtré. — M. **R. Paucot.**

Observation d'un malade présentant des inclusions dentaires multiples. — M. **Dumalle.**

Mode d'immobilisation des fractures des maxillaires dans l'armée américaine. — M. **Dumalle** montre une variété de ligatures interdentaires simple et pratique.

R. Vrasse.

SOCIÉTÉS DE PROVINCE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

27 Avril.

Réfection des paupières. Présentation de malades. Choix des techniques. — M. **Ed. Bessière.** La réfection chirurgicale des paupières doit être envisagée sous différents aspects : anatomique, esthétique, fonctionnel. Le point de vue fonctionnel est très important pour la paupière supérieure, surtout dans les blépharoptoses. Une technique assez rarement employée y donne pourtant d'excellents résultats, c'est celle de George S. Derby. Sa facilité d'exécution en fait une méthode très précieuse. Les autoplasties palpébrales par la méthode hongroise sont suivies de reconstitution parfaitement esthétique ; elles ont à ce point de vue des indications très précises. La difficulté des réfections palpébrales à la suite de l'excision d'une tumeur étendue n'est pas une contre-indication au traitement chirurgical qui reste la meilleure thérapeutique. Des malades se rapportant à ces différents types de réfection palpébrale sont présentés.

Le traitement de la maladie d'Addison par les implantations sous-cutanées d'acétate de désoxycosticostérone. — MM. **Mauriac, Broustet, Léger** et **Bergaud** rapportent 3 observations datant de 1 à 2 ans. Les résultats obtenus sont bons. Les malades mènent une vie à peu près normale. L'asthénie, l'hypotension artérielle sont remarquablement corrigées, le syndrome humoral est favorablement influencé. Seule la mélanodermie cède mal au traitement. Les auteurs n'ont pas observé d'accidents du type œdémateux ou hypertensif, ce qu'ils attribuent à la faible posologie qu'ils ont dû utiliser en raison de la santé de l'homme. L'implantation est capable à elle seule d'équilibrer les malades. L'inconvénient de la méthode est évidemment le manque de critère objectif capable d'indiquer l'opportunité d'une nouvelle implantation. En moyenne, il n'a été nécessaire de renouveler cette implantation que tous les 6 mois.

A. Chabé.

SOCIÉTÉ MÉDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

16 Janvier 1945.

Syndrome « grosse pulmonaire-petite aorte » et rétrécissement mitral. — MM. **L. Langeron, V. Nolf** et **G. Morel.** Il existe classiquement, dans le rétrécissement mitral, une série de signes radiologiques, rapportés à l'hypertension pulmonaire due à ce R. M. Or, la connaissance récente des dilatations de l'artère pulmonaire, isolées ou associées à une aplasie aortique, avec ou sans rétrécissement mitral, permet de réviser nos notions sur ce sujet. Cette dilatation a les mêmes signes radiologiques : arc moyen et battements hilaires ; elle est cliniquement latente et ne se reconnaît guère qu'à l'écran. Elle est de nature congénitale.

On peut se demander, d'une part, si ces signes radiologiques pulmonaires de R. M. ne sont pas dus à cette anomalie plus qu'au R. M. lui-même, et d'autre part, s'il n'y a pas là un argument en faveur de la nature congénitale de ces R. M.

Les auteurs apportent leurs observations anatomo-cliniques ; 4 cas sur 35 autopsies de R. M., soit 11,4 pour 100, proportion qui porte à penser à la nature congénitale de l'affection et à son indépendance par rapport au R. M. Il s'agit de femmes jeunes ; la coïncidence aggrave le pronostic, la mort étant survenue à une moyenne de 24 ans, alors qu'elle est de 48 ans chez les autres R. M.

La reconnaissance « in vivo » paraît délicate. S'il n'y a pas d'autres signes, on peut admettre l'anomalie pulmonaire, particulièrement dans les R. M. dits muets et purement radiologiques. S'il y a, en même temps, d'autres signes de R. M., on ne peut affirmer l'anomalie pulmonaire, car le R. M., à lui seul, peut donner les mêmes signes radiologiques ; parmi ceux-ci l'arc moyen, de signification purement pulmonaire, a moins de valeur que la grosse oreillette gauche, propre au R. M.

Ces notions ont un intérêt surtout dogmatique, servant à l'étude de la pathologie de l'artère, et ne changent rien, pour le moment, à la conduite médicale pratique.

Thyroïdectomie et arythmie complète. — MM. **L. Langeron** et **V. Nolf** apportent une statistique de 26 cas opérés, d'où ils concluent à l'efficacité habituelle de l'intervention chez les arythmiques hypothyroïdiens. L'existence d'une lésion valvulaire entraîne, par contre, l'échec opératoire. La question de son action dans les arythmies complètes, non valvulaires et non hyperthyroïdiennes, reste en suspens. Les auteurs signalent trois morts opératoires et une aggravation mortelle à longue échéance, avec surcharge athéromateuse mitro-aortique.

Traumatisme du sciatique. Causalgie. Guérison par infiltrations sympathiques. — MM. **J. Dereux** et **E. Zogbi** présentent l'observation d'un cas de causalgie survenu chez un homme de 35 ans, après un traumatisme du sciatique. Ils insistent sur l'efficacité rapide du traitement par infiltrations du sympathique lombaire et font ressortir, en conclusion, la part capitale des perturbations vaso-motrices dans l'apparition et l'évolution de ce syndrome douloureux, si particulier et si atroce.

30 Janvier 1945.

Les méfaits du pessaire. Inclusion dans la paroi vaginale. — M. **M. Favreau.** Il s'agit d'une vieille dame de 68 ans, qui présentait un prolapsus génital. Un médecin, consulté, pose un pessaire en aluminium, il y a 9 ans. Depuis cette époque, la malade ne l'a jamais enlevé. Comme elle présentait récemment une gêne et des leucorrhés abondantes, un médecin fut incapable d'enlever le pessaire coupable de ces troubles ; il nous adressa la malade. Au toucher et au speculum, on découvre le pessaire, à moitié inclus dans la paroi vaginale postérieure. L'intervention chirurgicale a consisté dans l'incision de la paroi, l'ablation de la pièce et la suture de l'incision. La malade a quitté la maison de santé, en parfait état, une semaine plus tard.

A la liste, déjà longue, des méfaits du pessaire (vaginite, métrite, cancer, avortements, stérilité, etc...), ajoutons l'inclusion dans la paroi vaginale et tous les inconvénients qu'elle comporte.

Un cas de chancre du doigt. — M. **V. Cordonnier.** Après avoir rappelé quelques cas antérieurs, apporte l'observation de cette localisation de l'accident initial. La nature de cet accident n'avait pas été reconnue et le diagnostic n'a été posé qu'à l'apparition des accidents secondaires. Cependant, comme le montre la photographie, l'aspect était assez typique ; il faut donc toujours penser à la possibilité de syphilis devant une lésion dont l'évolution est un peu anormale, surtout lorsqu'elle s'accompagne d'une volumineuse adénopathie indolore de la région épitrochléenne.

P. David

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

PUBLIÉES PAR LES SOINS DE L. ROUQUÈS

Traitement des aménorrhées fonctionnelles secondaires par la progestérnoe

On avait d'abord admis que l'hormone du corps jaune n'agissait que sur une muqueuse préalablement soumise à l'action de la folliculine; mais en 1941, Courrier et Mme Helmer-Dupic montrèrent qu'en soumettant des femmes aménorrhéiques à des injections de progestérone (5 à 14 injections de 10 à 20 *mg.*, l'on réussissait toujours à rétablir la menstruation.

Zondek décrivit ensuite une technique dite simplifiée du traitement des aménorrhées secondaires, soit par 5 injections de 10 *mg.* de progestérone espacées de vingt-quatre heures, soit par 2 injections à un jour d'intervalle de 25 *mg.*; il avait ainsi obtenu 85 à 90 pour 100 de succès, les résultats les meilleurs ayant été notés dans les cas où les 50 *mg.* avaient été injectés en cinq jours.

C'est cette modalité de la technique de Zondek que G. Cotte (de Lyon)[1] a expérimentée; sur 30 femmes ou jeunes filles régulièrement traitées, 17 soit 57 pour 100 ont vu leurs règles réapparaître; les échecs concernent des cas où l'aménorrhée datait de trois, quatre, cinq mois (3 cas), sept, huit, quinze, dix-huit, vingt et trente-six mois (3 cas), et les succès des cas où l'aménorrhée existait depuis trois, cinq mois (3 cas), six mois (3 cas), sept, neuf, dix, douze, seize, vingt, vingt-quatre mois (2 cas) et trente-six mois; l'ancienneté de l'aménorrhée ne semble donc pas avoir une grande importance. Chez deux femmes, l'hémorragie ne fut obtenue que par une seconde application de la méthode, un mois après l'échec de la première; dans deux autres cas où l'utérus était assez involué et où la méthode de Zondek était restée sans résultats, de l'œstradiol fut injecté, puis de la progestérone et le succès survint. D'une façon générale, si la réapparition de l'hémorragie a été souvent constatée, les cas dans lesquels les règles sont revenues ensuite spontanément sont restés exceptionnels.

Après une intéressante discussion des hypothèses physiopathologiques que soulèvent ces constatations et que nous pouvons résumer ici, M. Cotte conclut que dans le traitement des aménorrhées secondaires, la progestérone administrée suivant la méthode de Zondek présente de nombreux avantages par sa simplicité et son efficacité; contrairement à la folliculine qui à hautes doses peut bloquer le fonctionnement ovarien par ses effets sur l'hypophyse, la progestérone n'a aucune action sur cette glande. Pour sa part, M. Cotte a obtenu un nombre de résultats positifs bien plus grand avec la progestérone qu'avec la folliculine ou les corps œstrogènes, à ne faire état que des cas où les hormones ovariennes ont été utilisées à des doses *physiologiques*. Il estime possible qu'avec des doses aussi considérables que celles que Courrier a employées, le nombre des succès eût été plus grand; mais il croit qu'avant de soumettre une malade à des doses de folliculine ou de progestérone 3 ou 4 fois supérieures aux doses physiologiques, il est bon de se rendre compte de la façon dont la muqueuse utérine réagit à ces dernières; aussi, ne donne t-il jamais plus de 25 mg. d'œstradiol ou de di-éthyl-stilboestrol en vingt-cinq jours et dans le traitement par la progestérone s'en tient-il aux doses fixés par Zondeck puisque celles-ci suffisent souvent; en cas d'échec, on peut utiliser des doses plus fortes ou faire un traitement mixte. Cette conduite prudente d'un spécialiste averti mérite d'être retenue par les praticiens.

LUCIEN ROUQUÈS.

1. G. COTTE : Traitement des aménorrhées fonctionnelles secondaires par la progestérone (méthode de Zondek). Annales d'Endocrinologie, 1944, 5, 63-68.

Peut-on donner des sulfamides aux hépatiques ?

Une intéressante revue générale de MM. J. Cottet, A. Varay et D. Bargeton[1] vient de mettre au point cette question dont l'intérêt pratique est évident. Le foie contribue au métabolisme des sulfamides ; c'est l'organe essentiel de leur acétylation, mais il joue un rôle peu important dans leur élimination et la sulfamidocholie reste égale ou inférieure à la sulfamidémie tandis que la concentration urinaire peut être très élevée.

Les accidents hépatiques de la sulfamidothérapie sont peu fréquents : 0,6 pour 100 de l'ensemble des accidents d'après Domagk et Hegler. On a signalé quelques rares cas d'ictères graves ou bénins par la para-aminophényl sulfamide, encore plus exceptionnellement par les autres dérivés ; on les a notés surtout chez des sujets ayant subi plusieurs cures à doses faibles, argument en faveur d'une sensibilité ou d'une intolérance individuelle et à l'appui duquel vient l'absence de stockage des sulfamides par le foie.

De nombreux sujets se plaignent après une cure sulfamidée d'un état saburral avec langue blanche, inappétence, léger état nauséeux et parfois pesanteur dans la région hépatique ; mais comme le remarquent les auteurs, pouvons-nous être assurés qu'il s'agit réellement d'une atteinte hépatique ?

Indépendamment de toute complication objective, les sulfamides ont-ils une action sur le foie ? Il ne semble pas, car les épreuves d'exploration fonctionnelle ne sont pas perturbées après le traitement sulfamidé chez les blennorragiques (W. Schmidt, Amirian).

L'innocuité des sulfamides pour le foie est encore démontrée par les observations suivantes : Serre et Cazal ont prescrit des sulfamides à 14 malades atteints d'affection hépatique (2 états pré-cirrhotiques, 2 cirrhoses de Laennec, 8 cas d'insuffisance hépatique caractérisée ou d'hépatite véritable) et chez aucun d'eux, le traitement n'a paru avoir le moindre effet nocif sur le foie. Cleveland considère que les antécédents hépatiques ne sont pas une contre-indication au traitement sulfamidé. Il semble donc qu'un érysipèle ou une pneumonie par exemple, survenant chez un hépatique avéré, peut parfaitement être traité par les sulfamides.

Le problème présente un autre aspect, celui de la sulfamidothérapie des affections hépato-biliaires. D'après M. Cottet et ses collaborateurs, les sulfamides ont une action très favorable dans les angiocholites et cholécystites aiguës, moins favorable dans les infections chroniques des voies biliaires ; dans les abcès non amibiens du foie, ils n'agissent que s'ils sont donnés très précocement ; ils peuvent être essayés dans les réactions hépatiques douloureuses chez les infectés intestinaux ; ils semblent contre-indiqués dans les ictères infectieux, qu'il s'agisse de l'ictère spirochétosique (ils n'ont aucun effet bactéricide sur le spirochète), de l'ictère infectieux bénin qui guérit seul ou de l'ictère infectieux grave au cours duquel le danger réside plus dans la fragilité de la cellule hépatique que dans la gravité de l'infection.

LUCIEN ROUQUÈS.

1. J. COTTE, A. VARAY et D. BARGETON : Foie et sulfamides. *La revue du foie*, 1945, 4, 21-34.

Un nouveau test des suppurations aiguës

Le dosage de la phosphatase sanguine n'est pas dépourvu d'intérêt clinique car l'hyperphosphatasémie ne s'observe que dans des circonstances bien particulières, telles que certaines affections osseuses généralisées (maladie de Paget, maladie osseuse de Recklinghausen) et certains ictères (le taux étant beaucoup plus élevé dans les ictères par obstruction que dans les ictères par hépatite).

Dans les cholécystites, lithiasiques ou non, le taux de la phosphatase est normal ou bas tant qu'il n'y a pas d'ictère. L. Deloyers[1] fut donc surpris de trouver des valeurs élevées dans 2 cas dont la seule particularité était de s'accompagner d'un plastron et de pus ; la question se posait du rôle de la suppuration. Ayant étudié une cinquantaine de cas de suppurations aiguës diverses des parties molles, des grandes cavités ou des viscères (péritonite, pleurésie purulente, abcès pulmonaire ou sous-phrénique, anthrax, hématome infecté, phlegmon de la lèvre, etc...), Deloyers a noté une augmentation constante de l'activité phosphatasique ; elle apparaît avec la suppuration, elle disparaît avec sa résorption ou son drainage ; elle est d'autant plus forte que l'abcès est plus volumineux ; elle ne semble pas présenter de rapport avec l'espèce microbienne ; elle est indépendante de l'hyperthermie. Chez un malade rendu apyrétique par les sulfamides, mais présentant un abcès sous-hépatique qui fut ultérieurement drainé, l'hyperphosphatasémie était nette. Dans un cas de pleurésie purulente drainée, la température était à 37° 2, mais la phosphatasémie restait élevée : une collection suspendue s'était constituée à la faveur d'un cloisonnement ; lorsqu'elle fut ouverte, la phosphatasémie redevint normale.

Il n'y a qu'une exception à la règle de l'hyperphosphatasémie dans les suppurations aiguës; elle est constituée par celles des os où la phosphatasémie est à sa limite normale supérieure ; ce fait n'est paradoxal qu'en apparence, car il est admis que les ostéoblastes jeunes jouent un rôle essentiel dans l'élaboration du ferment.

Les tests des suppurations aiguës ne sont pas très nombreux ; les variations de la vitesse de sédimentation ou de l'haptoglobinémie ne permettent pas d'affirmer la présence de jus ; la leucocytose n'est significative que lorsqu'elle atteint des chiffres élevés et n'est pas absolument constante ; Deloyers rapporte un cas de péritonite purulente d'origine appendiculaire avec leucocytose normale (6.000) et phosphatase très augmentée. Le dosage de la phosphatase, si ces faits sont confirmés, constituerait une méthode précieuse pour fixer opportunément l'intervention et pour vérifier l'efficacité du drainage ; bien entendu, l'épreuve n'aurait aucune valeur chez un sujet ictérique ou atteint d'une affection osseuse généralisée.

Ajoutons que le dosage de la phosphatase ne présente pas de difficultés et peut être faite par tout laboratoire.

LUCIEN ROUQUÈS.

1. L. DELOYERS : L'hyperphosphatasémie facteur constant des suppurations aiguës non osseuses. *Bruxelles-Médical*, 1945, 25, 107-113.

CHRONIQUES

Le Service de Santé des Forces Françaises Libres pendant les campagnes de 1940, 1941, 1942[1]

II. — Campagnes du Levant et du Désert, Siège de Bir-Hakeim.

La campagne du Levant, qui s'effectua pendant les mois de Juin-Juillet 1941, permit au service de Santé des Forces Françaises Libres de reviser ses méthodes et d'améliorer son action. Il avait la certitude de ne jamais accroître ses modestes ressources en personnel, matériel, véhicules et moyens d'évacuation, de ne pas même pouvoir les renouveler, mais il devait mettre à profit les leçons que lui dictait l'action sur le champ de bataille. L'activité des médecins commandants Lotte (qui fut blessé, mis hors de combat pour plusieurs mois) et Vialard-Goudou fit hâter la relève des blessés qui furent examinés, préparés, leurs lésions diagnostiquées et pansées dans les formations légères des bataillons, renforcées par l'équipe chirurgicale avancée de la formation mixte que dirigeait alors le médecin commandant Vernier. Les évacuations sur les arrières étaient, en effet, difficiles et fort lentes: à titre d'exemple, je citerai cette longue épreuve qu'enduraient, plusieurs heures, les blessés transportés par les sanitaires lourdes Austin, à travers les champs de blé, entre la ligne de combat et Cheik-Mesquine; qu'on ne s'étonne pas de la fatigue et de la dépression de certains de ces blessés, dont il fallait traiter l'état général avant de songer à intervenir. Pour remédier à ces conditions funestes aux blessés graves, le médecin divisionnaire Vialard-Goudou prit l'initiative de porter jusqu'au contact de la ligne de bataille, l'équipe chirurgicale de Thibaux, qui s'était installée, pour la circonstance, dans un camion rapidement aménagé avec des moyens de fortune. Grâce à cette mesure, les blessés graves reçurent, dans un court délai, les soins d'urgence qui leur permirent de mieux supporter les fatigues des évacuations sur les ambulances et, ultérieurement, les interventions nécessitées par leur état.

Ce ne fut qu'après l'entrée à Damas que les blessés purent être admis dans des hôpitaux mieux équipés que nos formations de campagne. Fruchaud installait l'ambulance chirurgicale lourde dans les locaux de l'hôpital italien, tandis que le renfort des chirurgiens, Lecercle et Charles, allégeait nos équipes chirurgicales surmenées et que Champenois, à l'hôpital français de Jérusalem, se consacrait aux grands blessés qui avaient tous été dirigés sur cet hôpital. L'ambulance mixte elle-même s'installa dans l'hôpital danois de Nebec, où elle continua de travailler tant que durèrent les combats.

L'armistice de Saint-Jean-d'Acre mit un terme aux opérations de guerre, mais nous laissa toute la charge de l'organisation des Services sanitaires et médicaux du Levant. Comme en Afrique française libre, il fallut faire preuve, dans cette difficile entreprise, d'une énergie sans défaillance. Nous n'eûmes pas, heureusement, à déplorer d'épidémie, seuls furent enregistrés quelques cas sporadiques de fièvre typhoïde, dont l'agent pathogène identifié fut le bacille d'Eberth, se manifestant aussi bien chez des sujets vaccinés que non vaccinés, de fièvre récurrente provoquée par le spirochète d'Obermeier. Les effectifs furent préservés des atteintes du paludisme qui sévissait avec intensité parmi les réfugiés Assyro-Chaldéens.

L'année 1942 fut marquée par les campagnes dans le désert, qui se déroulèrent dans deux directions différentes: l'une, du Sud au Nord, partant du Tibesti pour atteindre le Fezzan (Février-Mars 1942), fut conduite exclusivement par les effectifs français du général Leclerc; l'autre, de l'Est vers l'Ouest, partant de l'Egypte en direction de la Cyrénaïque et de la Lybie fut menée par une armée britannique, à laquelle s'était jointe la division française de Larminat.

Les opérations de 1941 avaient fait notre expérience, si bien que le Service de santé de la colonne Leclerc bénéficia d'une adaptation mieux comprise aux obligations de la marche en avant, puis des combats dans le désert. L'équipement des médecins des divers groupements de combat fut complété, afin de procurer à chaque groupement les plus larges possibilités de secours et de traitement des blessés, avant de pouvoir recourir aux ressources de l'ambulance légère.

Ces groupements devaient utiliser pour leurs évacuations vers l'ambulance les camions dont ils disposaient. L'ambulance allégée avait à sa tête un chirurgien, le médecin commandant Pierraggi, dont l'équipe fut formée avec le personnel médical et infirmier réuni dans le Borkou. Il était hors de question, avec nos pauvres ressources, de songer à installer dans le désert un hôpital sous tentes, susceptible d'offrir seulement aux blessés une halte salutaire.

Mais les relais d'ambulance avaient été aménagés dans les postes du Tibesti et l'hôpital de base destiné à recevoir les évacués de la colonne était encore l'hôpital de Faya, malheureusement situé à plus de 1.000 *km.* en arrière. Cette situation tragique pour le sort des blessés ne pouvait être transformée que par le recours à l'aviation; tout autre mode de transport était sans espoir à travers les centaines de kilomètres dans ce désert aride. Faute d'avions sanitaires, c'est aux avions de combat qu'il fallut faire appel.

Enfin le médecin colonel Vaucel prenait à l'avant la direction de l'ensemble des Services sanitaires, médicaux, chirurgicaux.

Pendant les mois de Février-Mars 1942, les postes italiens (Uigh el Kébir, El Gatroum-Tedjéré, Umm el Araneb, Timessa, Ouaou el Kébir) qui s'échelonnaient entre la frontière libyo-tchadienne et Mourzouck, oasis du Fezzan, furent emportés les uns après les autres, avec des pertes minimes, les blessés furent traités, évacués; seul un décès d'une plaie pénétrante du thorax ne put être évité, les avions faisaient alors défaut et l'officier, grièvement blessé, ne put être dirigé avec toute la diligence voulue sur l'hôpital de Faya. Les troupes du général Leclerc rentrèrent à leur base sans incident sanitaire.

Dans le nord du Continent africain, l'armée britannique menait les opérations, une division française au commandement du général de Larminat en faisait partie. Le médecin comandant Relinger y assumait les fonctions de divisionnaire. Enfin, le médecin général Guirriec, directeur du Service de santé au Levant, avait reçu ma délégation pour appuyer auprès des autorités médicales britanniques les demandes du Corps médical français. C'est pendant cette campagne dans le désert nord, en Cyrénaïque, que se présenta l'épisode du siège de la position de Bir Hakeim, que soutint du 27 Mai au 11 Juin 1942 la brigade Kœnig, complètement encerclée dans un désert aussi aride qu'hostile. Vialard-Goudou dirigeait les Services médicaux et sanitaires de la brigade, le personnel médical et infirmier et le matériel à sa disposition étaient constitués: *a*) par les médecins de corps de troupe, attachés à leurs unités respectives; *b*) par une ambulance dont la responsabilité, pendant le siège, incombera au médecin commandant Durbach qui y disposait de deux équipes chirurgicales au complet: son effectif avait été renforcé par des éléments prélevés à la fois sur l'ambulance mixte légère et sur l'ambulance chirurgicale lourde. Le matériel utilisé par cette formation était constitué par un camion opératoire et ses annexes, détachés de l'ambulance chirurgicale lourde, des tentes, des brancards-lits. Tout cet ensemble avait été protégé, camouflé autant que faire se pouvait, afin d'échapper aux reconnaissances des avions ennemis. Un hôpital souterrain avait été aménagé pour y mettre à l'abri les blessés opérés. En outre, Vialard-Goudou prescrivait aux médecins des corps de troupe de creuser et d'aménager, à côté des postes de secours respectifs de leur unité, des nids souterrains de blessés où pourraient être réunis et suivis par les médecins de ces unités, les blessés pour lesquels le séjour à l'ambulance n'était pas indispensable.

Ces nids de blessés furent appelés à rendre de très grands services: non seulement ils évitèrent l'encombrement du poste chirurgical hospitalier, mais ils furent, ainsi que nous le verrons, le salut des blessés opérés. Du 27 Mai au 10 Juin, les équipes chirurgicales interviendront sans discontinuer, nuit et jour, sur un total de 104 blessés, sous un bombardement constant. Deux convois d'évacuation de blessés quittèrent la position assiégée, le premier, au cours de la nuit du 31 Mai; le second, dans l'après-midi du 1er Juin, put emporter le reliquat des blessés qui furent tous admis à l'hôpital d'évacuation britannique (15e C. C. S.). Telles étaient les difficultés à surmonter que, dans la nuit du 21 Juin, 8 voitures sanitaires, sous le commandement du médecin commandant Vignes, reçurent la mission d'aller chercher et de ramener les blessés d'une unité voisine. Le convoi rentrait au camp, le 2 Juin au matin, sa mission accomplie, mais il ne comptait plus que 6 voitures chargées de 12 blessés. Les 2 autres voitures sanitaires, sous la direction du lieutenant Styveson de l'American Field Service, s'égarèrent à l'occasion d'une panne, dans un vent de sable et furent prises par l'ennemi.

Le 9 Juin, un bombardement par avions détruisait le poste chirurgical et tuait 15 blessés opérés, 2 infirmiers furent blessés. La plus grande partie du matériel technique broyé, dispersé sur un périmètre de 300 *m.* environ fut perdu définitivement. Les camions opératoires furent mis hors de service peu après par les bombardements d'artillerie et, Durbach, aidé de Guillon, dut aménager sous tentes des cellules opératoires. C'est alors que les nids de blessés préparés près des postes de secours des unités rendirent le très grand service de recueillir les blessés opérés qui n'avaient plus d'abri, après la destruction du poste chirurgical hospitalier. Ils y furent reçus et surveillés par les médecins des corps de troupe. Dans la nuit du 10 au 11 Juin, la garnison de Bir Hakeim allait se replier: un convoi sanitaire fut formé, avec pour mission d'emporter tous les blessés. Il quittait Bir Hakeim le 10 Juin à 22 heures pour n'arriver aux avant-postes britanniques que vers 4 heures du matin le 11 Juin. 50 voitures sanitaires les y attendaient avec un renfort de médecins britanniques prêts à intervenir, s'il en était besoin. Après avoir été tous examinés, les blessés furent chargés sur les voitures sanitaires et dirigés sur l'hôpital de base britannique. Deux heures plus tard, à 6 heures du matin, le dernier échelon des combattants de Bir Hakeim parvenait au même poste; Durbach l'accompagnait, amenant avec lui de nouveaux blessés qui avaient été atteints et relevés pendant les combats d'arrière-garde, chargés et transportés par un des camions de la colonne. Au poste, ces blessés furent revus avec plus d'attention, pansés et dirigés sur des centres chirurgicaux britanniques.

Des combats qui se déroulèrent par la suite — attaques sur l'Himeïmat, offensive d'Al-Alamein — il y a peu de choses à dire. Les postes chirurgicaux avancés, établis à l'avant, y démontrèrent une fois de plus leur nécessité et leur utilité par les secours remarquables qu'ils procurèrent aux blessés graves; les équipes chirurgicales formées par Vernier, Durbach, Boureau, Champenois, Thibaux, Simovitch, Jacob, aidèrent à traiter, panser, sauver les blessés qui furent soumis à leur examen dans un minimum de temps.

Conclusions.

Quelques réflexions doivent être faites sur ce fonctionnement des services chirurgicaux, médicaux, sanitaires pendant cette suite d'opérations que

1. Voir la 1re partie dans notre n° 24 du 16 Juin 1945, p. 333

jalonnent les noms de Cheren, Kub-Kub, Koufra, le Fezzan, Merjane, Cheik-Mesquine, Mezzé, Bir Hakeim, Al-Alamein.

Cette organisation, certes combien imparfaite, a été tirée du néant. Seule la volonté d'aboutir, pour servir conjointement la Patrie et ses fils blessés dans les actions de guerre, a permis de triompher d'obstacles déconcertants.

Au combat, le blessé doit disparaître le plus rapidement possible du champ de bataille. Le rôle des brancardiers se borne à lui donner un secours immédiat, il faut qu'il s'accomplisse avec la plus grande diligence. Le blessé doit alors être chargé très vite dans des voitures sanitaires blindées, à chenilles, aptes à circuler par tout terrain, à s'avancer dans les lignes pour remplir leur mission sur le champ de bataille lui-même. Une voiture blindée a la possibilité d'emporter au poste de secours — poste chirurgical avancé — 2 à 4 blessés couchés. En outre, la voiture blindée a sur la voiture sanitaire l'énorme avantage de progresser en tout terrain, sa vulnérabilité est moindre. Enfin, elle supprime les équipes de brancardiers, immobilisant 8 hommes pour le transport d'un impotent. En 1941, après la campagne du Levant, je demandai aux représentants de l'American Field Service de bien vouloir faire mettre à l'étude aux Etats-Unis ce type particulier de voiture sanitaire. J'ai eu la satisfaction de la voir figurer parmi le matériel roulant qu'utilisent les bataillons médicaux américains. Dans une guerre de machines, le service de santé au combat doit disposer de ressources autres que celles représentées par les jambes des brancardiers ou les roues de voitures sanitaires. La chenillette blindée sanitaire supplante avantageusement les unes et les autres.

L'action des équipes chirurgicales est essentielle. Ces équipes chirurgicales bien constituées doivent être placées à hauteur des postes de secours ou des groupes sanitaires. Ces équipes comptent obligatoirement, parmi leur effectif, des spécialistes de la transfusion sanguine, aptes à injecter aux blessés, suivant leur état de shock, suivant l'importance et la gravité de leurs blessures, du sang total conservé ou du plasma, qui figure dans les approvisionnements sous forme de plasma sec ou liquide.

Dans le désert, où tout faisait défaut, où s'imposait la nécessité d'interventions rapides et précoces, il fallut pour faciliter l'action de ces équipes chirurgicales avancées recourir au fonctionnement de camions opératoires; j'entends par cette désignation une cellule opératoire complètement équipée (table d'opération, scialytique, boîtes d'instruments, boîtes de compresses, coton, champs opératoires, blouses, etc.), montée sur un châssis robuste, véritable salle d'opérations mobile, l'ensemble ayant subi un camouflage bien fait, le rendant peu visible ou difficile à repérer par les avions. Ces camions opératoires figuraient parmi le matériel roulant de l'ambulance chirurgicale lourde et de la formation légère mixte d'ambulances. Cette dernière avait demandé à la Société des Tramways du Caire de bien vouloir entreprendre la construction d'un prototype de camion opératoire, elle y avait ajouté la commande d'un camion de stérilisation et d'un camion dentaire. Le directeur de la Société des Tramways du Caire, M. Laherère, avec une complaisance dont nous ne le remercierons jamais assez, accepta la charge de construire ces voitures spécialisées; le dentiste lieutenant Biraud en avait dressé les plans d'après les conceptions techniques que lui avait exposées Durbach; il en surveilla, par surcroît, la réalisation dans les ateliers du Caire. M. Laherère réussit, au delà de tous nos espoirs, la construction de ces camions spécialisés qui furent pour les blessés d'un inappréciable secours. Nos collègues britanniques en apprécièrent l'usage au point de nous demander de bien vouloir leur en communiquer les plans.

Les services qu'ils nous ont rendus furent considérables. Quant au camion-dentaire, avec son atelier de prothèse, le dentiste capitaine Prochasson en tira un remarquable parti dans le désert pour le traitement de la denture des militaires des Forces Françaises Libres.

Nous avons manqué, pendant toutes ces campagnes, de l'indispensable organe d'évacuation qu'est l'avion sanitaire. Robert Picqué en avait pressenti le rôle essentiel, sa mort tragique et prématurée enleva son apôtre à l'avion sanitaire. Nous en avons mesuré la perte. Le Service de Santé en campagne ne peut plus se passer d'une aviation de transport et d'évacuation. La guerre de mouvement que nous avons connue, avec les larges fluctuations des batailles, exige que les blessés soient évacués à très grande distance des formations sanitaires de la zone des combats. L'avion doit pouvoir se poser à proximité de ces formations sanitaires, en prendre les blessés, s'envoler pour les emporter le plus loin possible. Seuls les blessés porteurs de plaies pénétrantes graves du thorax ne pourront pas bénéficier de ce mode de transport, même en vol de faible altitude, à moins qu'ils soient placés sous une installation hermétique, englobant la partie supérieure du corps de chacun de ces blessés, dans laquelle sera établie, puis maintenue, une pression constante, afin de les préserver des méfaits du changement de pression qui accompagne malheureusement les déplacements de l'avion.

Le séjour des troupes au combat dans le désert, pendant de longs mois, a rendu nécessaire l'application de certaines mesures de diététique capables de favoriser l'adaptation de l'homme à de rudes conditions d'existence, auxquelles l'organisme n'était pas habitué.

Parmi les mesures simples, qui se sont montrées d'un utile appoint pour maintenir l'équilibre physiologique du corps humain dans un milieu aussi hostile, mention doit être faite de la prise quotidienne, en dehors des repas, de tablettes de chlorure de sodium dosées à 10 cg. chacune, dans le but de compenser les pertes en chlorure de sodium, provoquées par cette évaporation continue qu'entretenaient la sécheresse et le vent. Les céphalées, les crises d'irritation, les anomalies du caractère, les dépressions, la lassitude, autrefois signalées chez les hommes non acclimatés au désert, ont été moins fréquentes et, quand elles apparaissaient, moins tenaces.

En résumé, le Service de Santé, pendant les batailles que menèrent pour la libération de la Patrie et la défaite de l'ennemi, ces troupes françaises irréductibles qui, dans l'histoire, resteront les Forces Françaises Libres, a mis en œuvre, en dépit de la pauvreté des approvisionnements et des moyens d'action, toutes les ressources, toutes les possibilités que l'ingéniosité et la ténacité des médecins, à tous les échelons de la hiérarchie, parvinrent à adapter à des méthodes nouvelles de combat. Il a de son mieux servi les principes de la chirurgie de guerre:

Relève rapide, assistance immédiate des blessés.

Examen précoce, diagnostic aussi précis que possible, soins nécessaires et d'urgence sous la surveillance de chirurgiens confirmés. Importance du traitement de l'état général. Services à attendre de la transfusion sanguine.

Opération précoce des lésions graves en se gardant des traumatismes sans utilité. Immobilisation sous plâtre des membres fracturés. Contrôle régulier indispensable de ces fractures. Surveillance avisée des suites opératoires afin de parer rapidement à toute complication. Evacuation accélérée sur les hôpitaux de base. Emploi de l'avion sur les longues distances.

Je rends un reconnaissant hommage au Service de Santé britannique qui, pendant ces années de lutte en commun, n'a cessé de donner à tous les médecins français l'appui spontané de toutes les ressources dont il disposait. En camarade de combat, je les remercie de la cordialité de leur action.

A. Sicé,
Médecin général
du Corps de Santé Colonial.

Correspondance

A propos des « Nouveaux insecticides ».

Comme complément à cet article, nous signalons que C. Bory et R. Glaser [1] ont étudié dès 1943 les effets parasiticides de l'hexochlorocyclohexane et que ce produit très efficace a été utilisé en France dans divers services d'hygiène, prisons, écoles.

A. P.

1. L. Bory et R. Glasser : La destruction radicale des poux par une poudre chlorée. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 21 Décembre 1943, 127, 728.

Erratum

Dans l'article : A. Sicard, L. Léger et J. Levaditi : **Epididymite lymphogranulomateuse** (*La Presse Médicale*, 14 Avril 1945, n° 15, p. 186) :

Au paragraphe : *Examen histologique*, au lieu de « Côté gauche, la sclérose inflammatoire, l'endo- et la périvascularite, les foyers lymphoplasmocytaires rappellent la structure des formes chroniques de la maladie de Nicolas-Favre », Lire : « *Côté gauche, la sclérose, l'endo- et la périvascularite, les foyers lymphoplasmocytaires ne présentent pas, au point de vue histologique, d'aspects rappelant les lésions de la maladie de Nicolas et Favre.* »

Livres Nouveaux

Recueil des travaux de l'Institut d'Hygiène. Travaux des sections et mémoires originaux (*Masson et Cie, éditeurs*), Paris. Tome I. Premier volume, 226 pages. Prix : 120 fr. ; Deuxième volume, 426 pages. Prix : 150 fr. ; Troisième volume, 230 pages. Prix : 100 fr.

Ces deux volumes complètent le tome I. Le plan en étant le même, la lecture en est facile. On y retrouve les mêmes informations épidémiologiques et les mêmes considérations à propos des principales questions d'hygiène ou à propos d'autres qui, comme l'alimentation, ont pris, du fait des circonstances, une importance particulière. Dans le troisième volume, ce sujet est bien mis au point et résume un grand nombre de travaux.

La première partie de chacun d'eux a trait, comme dans le volume I, à l'état sanitaire des départements et du territoire. Elle complète ainsi les renseignements sur l'épidémiologie pour l'année 1943. Elle se limite aussi aux infections typhoïdiques, à la diphtérie, la poliomyélite, la scarlatine et la rougeole, affections dominantes durant cette année. Elle donne l'indice de morbidité et de mortalité, c'est-à-dire le nombre de cas rapporté à 100.000 habitants. Cet indice est calculé sur la base annuelle, corrigeant ainsi la valeur trop absolue des chiffres et des variations mensuelles. On peut par là même comparer une endémie ou une épidémie à une autre. Par l'exposé qui est fait à propos de chaque département, par les graphiques ou les cartes annexées, on a sous les yeux les variations régulières ou irrégulières de la morbidité ou de la mortalité. Pour la poliomyélite, par exemple, on se rend facilement compte qu'elle a subi une poussée en 1943, dans le Centre, débutant en Juillet dans l'Allier, pour gagner les départements voisins et s'éteindre en Novembre.

Dans la section des maladies sociales, M. Dérobert a présenté et analysé les documents relatifs à la mortalité et à la morbidité des infections viscérales d'origine alcoolique, toujours avec tableaux et courbes. La section du cancer a reproduit dans ce deuxième volume le modèle d'enquête que pourront utiliser tous les médecins à propos des malades porteurs de tumeurs.

Les travaux originaux portent sur les mêmes sujets et les éclairent ou les expliquent. Le second volume se termine par un aperçu statistique comparatif de M. Moine sur la mortalité en France aux xixe et xxe siècles.

Le troisième volume est surtout consacré à la nutrition et à ses influences sur la santé des mères et le développement des enfants ou des adolescents. On lira avec avantage le mémoire de MM. Jacquot et Guillemet sur la fabrication et la digestibilité du pain, lesquelles ont donné lieu, ces années passées, à bien des travaux divers et disparates. Il y a là une très bonne mise au point. Pour la section maternité, l'influence de l'alimentation est bien mise en relief, ainsi que celle de quelques facteurs biologiques. On y a ajouté un mémoire de M. M. Turpin, Mlle Tisserand et Mme Barnyer sur les facteurs de variation du bec-de-lièvre.

La lecture de ces trois volumes permet de se rendre compte du travail considérable qui a été fait à l'Institut national d'Hygiène dans le but de faciliter autant que possible la documentation. On ne peut que l'en féliciter, car la lecture de ces exposés n'est ni fatigante, ni aride, comme le sont trop souvent les travaux de statistique.

L. Tanon.

Atlas of Cardio-Rœntgenology, par H. Roesler. 1 vol. Gd. in-4°, 123 p., 166 fig. (*Baillière, Tindall et Cox*, London, 1941).

Dans ce bel Atlas, luxueusement édité, H. Roesler ne poursuit pas un but didactique classique, mais présente au lecteur une série de soixante observations cliniques, électriques, radiologiques et anatomiques de cardiopathies types ou au contraire rares ou posant des problèmes délicats.

Ainsi sont présentées des insuffisances ventriculaires droites, des myocardites, des infarctus du myocarde, avec anévrisme pariétal du cœur, des calcifications valvulaires (mitrales et sigmoïdiennes) et coronaires diagnostiquées *in vivo* et retrouvées à l'autopsie, différents types de valvulites rhumatismales, des anévrismes aortiques, des péricardites, et enfin des malformations congénitales.

La juxtaposition constante dans toutes ces observations de l'image radiologique et de splendides photographies des pièces anatomiques correspondantes constitue une documentation complète des plus instructives.

R. Heim de Balsac.

INFORMATIONS

Commission de la fiche de contrôle médical scolaire

Par arrêté du 23 Mai 1945, il est institué au ministère de l'Education Nationale auprès de la Direction de l'Hygiène scolaire et universitaire une commission chargée d'arrêter un modèle de fiche de contrôle médical scolaire.

Cette commission comprend : Mlle le docteur Danzig, conseiller médico-technique du ministère de la Santé publique ; les docteurs : Trémolières, Lombardy ; le docteur Le Go et Mlle le docteur Delahaye, conseillers techniques de la direction de l'Hygiène scolaire et universitaire ; les docteurs Encausse, Kervarec, président de l'Association des médecins inspecteurs de Paris ; M. Guillon, proviseur de lycée ; Mme Colin, directrice d'école et Mlle Lanoche, assistante sociale, chef de l'hygiène scolaire et universitaire.

Les membres de la commission sont désignés pour un an et se réuniront sur convocation du directeur de l'Hygiène scolaire et universitaire.

UN NOUVEAU CENTRE DE TRAITEMENT par la pénicilline

Un nouveau centre de traitement par la Pénicilline a été créé à l'Hôpital Bichat, dans le service de chirurgie du Prof. Petit-Dutaillis.

CONSEIL RÉGIONAL DES MÉDECINS DE LA SEINE

— M. le docteur E. Arrit, 9, quai Voltaire, Paris, est nommé membre du Conseil régional des Médecins de la région parisienne, en remplacement de M. le docteur Pinonneau, démissionnaire.

Représentation élue des Étudiants

Un décret paru au *Journal Officiel* institue une représentation élue des étudiants. Nous en extrayons les passages suivants :

Dans chaque Faculté ou Ecole, les étudiants élisent au suffrage universel cinq délégués (scrutin de liste).

Sont électeurs tous les étudiants et étudiantes inscrits dans la Faculté ou Ecole et régulièrement immatriculés n'ayant jamais encouru de sanctions universitaires ni de condamnations figurant au casier judiciaire. Sont seuls éligibles ceux d'entre eux qui sont de nationalité française ou protégés français.

Les élections ont lieu chaque année dans la première quinzaine de Décembre.

Le vote est secret. Le dépouillement est public.

Les délégués des étudiants de la Faculté ou Ecole désignent parmi eux les représentants titulaires et suppléants des étudiants.

L'ensemble des délégués des Facultés et Ecoles d'une même Université désigne de la même façon aux conseils ou commission de l'Université les représentants titulaires et suppléants des étudiants.

Les délégués des étudiants de la Faculté ou Ecole participent aux délibérations des conseils d'université relatives aux affaires disciplinaires concernant les étudiants ou élèves de leur Faculté ou Ecole respective. Les étudiants de l'université participent aux travaux des comités de prêt d'honneur.

(*J. O.* du 25 Mai 1945.)

Équivalences des scolarités accomplies et des titres obtenus sous le régime allemand par les Étudiants Alsaciens et Lorrains

Pendant l'annexion de fait des départements du Rhin et de la Moselle, les autorités allemandes ont soumis les étudiants alsaciens et lorrains aux scolarités et programmes en vigueur dans le « Reich Grand Allemand » et leur ont délivré les diplômes correspondants.

Il en résulte une situation délicate et si une solution équitable doit nécessairement tenir compte des difficultés présentes des candidats et de leurs diplômes, elle ne peut leur sacrifier les justes exigences du recrutement de l'élite.

Une circulaire ministérielle du 8 Mai 1945 (*Bull. off. Educ. Nat.*, n° 35) a fixé les équivalences qui seront accordées, sur demande de l'intéressé, par le Recteur de l'Académie dans laquelle le postulant entend commencer ou poursuivre ses études.

Pour la médecine un tableau a été dressé, indiquant les équivalences entre les études allemandes d'une part, le P. C. B. et les inscriptions dans les Facultés françaises d'autre part.

ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR

Traitement du personnel enseignant

Le *J. O.* du 16 Juin 1945 publie des décrets relatifs aux nouveaux traitements et classes du personnel enseignant de certains établissements d'Enseignement supérieur :

Ces nouveaux traitements sont exclusifs de toute gratification.

Collège de France

Professeurs : Hors classe, 315.000 fr. — Classe unique : 255.000 fr.
Chargé de cours : 168.000 fr.
Sous-directeur de laboratoire : 3 classes, de 144.000 à 168.000 fr.
Chefs de travaux : 3 classes, de 126.000 à 168.000 fr.
Assistants : 5 classes, de 72.000 à 126.000 fr.

Facultés de Paris

Professeurs : 3 classes, de 225.000 à 315.000 fr.
Maîtres de conférences : 3 classes, de 180.000 à 210.000 fr.
Agrégés pérennisés chargés d'enseignement ou de travaux pratiques : 180.000 fr.
Agrégés non pérennisés chargés d'enseignement ou de travaux pratiques : 126.000 fr.
Agrégés non chargés d'enseignement : 72.000 fr.
Chefs de travaux : 3 classes, de 126.000 à 168.000 fr.
Assistants agrégés : 4 classes, de 90.000 à 126.000 fr.
Assistants : 5 classes, de 72.000 à 126.000 fr.
Chargé d'enseignement de la puériculture : 180.000 fr.

Facultés des départements

Professeurs : 4 classes, de 165.000 à 240.000 fr.
Maîtres de conférences : 3 classes, de 144.000 à 168.000 fr.
Agrégés pérennisés chargés d'enseignement ou de travaux pratiques : 144.000 fr.
Agrégés non pérennisés chargés d'enseignement ou de travaux pratiques : 120.000 fr.
Agrégés non chargés d'enseignement : 54.000 fr.
Chefs de travaux : 3 classes, de 120.000 à 134.000 fr.
Assistants agrégés : 4 classes, de 78.000 à 120.000 fr.
Assistants : 6 classes, de 66.000 à 120.000 fr.

École pratique des hautes études

Directeur et sous-directeur : 3 classes, de 114.000 à 168.000 fr.
Directeurs et sous-directeurs cumulants : 39.000 fr.
Maîtres de conférences : 48.000 fr.

(*J. O.* 16 Juin 1945.)

* * *

Liste d'aptitude aux fonctions de chef de travaux dans les Facultés de Médecine. — *Histologie.* — MM. Bimes, Bonhomme, Clavert, Coujard, Mme Coujard, MM. Legait, Lavedan.

Anatomie pathologique. — MM. Bazex, Busser, Grynfelt, Latarjet, Léger (Henry), Morlot.

Bactériologie. — MM. Aversenq, Couture, Fabiani, Moureau, Schaefer.

Microbiologie. — M. Seigneurin.

Physique. — Mlle Achard, MM. Castagne, Cheehan (Charles), Kofmann, Marques, Auvergnat, Toux, Sagols.

Chimie. — MM. Bertrand, Blanc, Dumazert, Graugaud, Merville, Policard, Tayeau, Voldiguie.

Chimie biologique et physiologique. — MM. Benezech, Taillandier.

Pharmacie et chimie pharmaceutique. — MM. Cazaux, Mesnard.

Pharmacie et histoire naturelle pharmaceutique. — Mlle Mathou, MM. Pellissier, Tempere.

Physiologie. — MM. Chardon, Colombies, Liard, Loubatières, Perrot, Mlle Rougier (Gilberte).

Botanique. — M. Girard.

Histoire naturelle médicale et parasitologie, médecine légale. — Mlle Cochet (Georgette), MM. Coudert, Heluy.

Chirurgie opératoire. — M. Labry.

(*J. O.* du 7 Juin 1945.)

A propos d'un nouveau traitement de la Tuberculose

La presse quotidienne a appelé l'attention sur un nouveau traitement de la tuberculose, qui serait particulièrement efficace. Il résulterait de travaux entrepris dans un laboratoire de l'Institut Pasteur.

La *Direction de l'Institut Pasteur* a le devoir de faire connaître que cette affirmation est au moins prématurée. Elle a pour point de départ des recherches qui n'ont pas encore abouti aux résultats expérimentaux permettant d'envisager l'efficacité d'un tel traitement dans la tuberculose humaine.

La question doit donc être entièrement réservée jusqu'au moment où les techniciens spécialisés du Service de la Tuberculose auront déterminé la portée exacte de l'étude en cours.

Université de Paris

Faculté de Médecine. — M. Richet, agrégé pérennisé près la Faculté, est nommé, à compter du 16 Mars 1945, professeur titulaire à titre personnel.

— M. Chabrol, professeur titulaire de la chaire de pathologie médicale, est transféré, à compter du 1er Mai 1945, dans la chaire de *Clinique médicale* de l'Hôpital Broussais (dernier titulaire : M. Abrami, décédé).

— M. M. Rachet, est chargé, à dater du 1er Mars 1945 et jusqu'à la fin de l'année scolaire 1944-1945, des fonctions de *Chef de travaux de chirurgie maxillo-faciale.*

Prix de Thèses (année scolaire 1943-1944). *Médailles d'argent.* — MM. M. Aussanaire, C. Bach, Mme M. Balle, MM. P. Barbien, J. Beltan, M. Bonduelle, C. Boudon, C. Brisset, L. Callerot, M. Champeau, J. Chevreau, Mlle R. Cloche, MM. C. Coury, F. Eudel, B. Goutner, R. Hamet, M. Jost, R. Kuss, A. Lajoux, J. Langevin, J. Lanoza, J.-J. Laubry, J.-B. Leclerc de la Herverie, P. Lecointe, J. Lenoël, J. Lerique, Mme Leroy, née Gnout. MM. M. Leroy, M. Le Sound, O. Lolmede, A. Maille, G. Menut, Mme Mollaret, née Poincot, MM. G. Moreau, J. Morice, J. Peiffert, G. Richet, J. Rodent, M. Ronsin, M. Rouault, J. Teissandier, R. Tostivint, P. Tulou, J. Vanderstegen, A. Vittoz, P. Vivien.

Médailles de bronze. — MM. R. Alpinel, J. Avertain, R. Bayet, G. Berthomier, G. Carlier, L. Chabay, L. de Lima Y Silva, Mlle M. Della-Torre, MM. L. Delouche, M. Demeusy, Mlles Dupaigne, M. Feld, J. Fossier, P. Gnould, MM. G. Guillon, P. Henry, P. Lacroix, F. Lalouse, Mlle A. Lantenois, Mme Lavagne, née Mézière, MM. P. Le Moal, P. Menesse, Mlle I. Morin-Gauthier, MM. F. Pasche, J. Serres, A. Sevin, A. Stevenin, M. Zabonowski.

Mentions honorables. — MM. J. Chaia, P. Cintrat, Mme Le Faillen, née Lefebvre, M. J. Mottron, Mlle R. Nahlian, M. P. Rellay.

Bourses d'Enseignement Supérieur (Année scolaire 1945-1946). — Le concours pour les étudiants pourvus de 4, 8, 12, 16, 20 inscriptions est fixé au 21 Juillet 1945, à 8 heures, à la Bibliothèque. Il ne sera pas délivré de convocations. Toute demande doit être, *sous peine de nullité*, insérée dans une notice remise par le guichet n° 1.

Pour les étudiants entrant en 1re année de médecine et pour les étudiants pupilles de la Nation, s'adresser au guichet n° 1.

Universités de Province

Faculté de Médecine de Montpellier. — M. Desmonts, assistant, est réintégré dans ses fonctions à compter du 1er Décembre 1941, admis, à compter du 1er Octobre 1944, à faire valoir ses droits à la retraite, et est maintenu en fonction pendant l'année scolaire 1944-1945.

Ecole de Médecine de Besançon. — Les candidats à la *Chaire de Pathologie interne* (dernier titulaire : M. Baufle) sont invités à se manifester auprès du Recteur de l'Académie de Besançon.

Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand. — Conformément à une circulaire ministérielle du 6 Avril 1945 les concours prévus à la date du 1er Octobre 1945 pour le recrutement de Professeurs Suppléants : 1° de Clinique obstétricale ; 2° de Clinique médicale sont supprimés.

Ecole de Médecine de Dijon. M. le docteur Leclerc est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1944-1945, du service de la *Chaire de Pathologie externe* (M. Durand, retraité).

— M. Wuillaume, professeur suppléant, est chargé, jusqu'au 9 Mai 1945, du service de la chefferie de *Travaux de Chimie.*

Ecole de Médecine de Grenoble. — Mlle Barrien, ancien professeur titulaire, mise à la retraite par l'acte dit arrêté du 7 Novembre 1941, est rappelée à l'activité jusqu'à la fin de l'année scolaire 1944-1945.

Ecole de Médecine de Limoges. — M. Bonneaud, professeur suppléant, est réintégré dans ses fonctions.

Direction régionale de la Santé

— M. le docteur Le Bourdellès, directeur régional de la Santé à Poitiers, est affecté, en la même qualité, à *Lille*, en remplacement de M. le docteur Vielledent, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

— M. le docteur Benech, médecin inspecteur de la Santé du Rhône, est nommé directeur régional de la Santé à *Poitiers*, en remplacement de M. le docteur Le Bourdelles.

Concours et places vacantes

Ecole de Santé militaire de Lyon. — Le concours d'admission aura lieu les 26 et 27 Juin 1945.
Le concours est ouvert, sous certaines conditions, aux étudiants en médecine, pharmacie, art dentaire.

Laboratoire départemental du Doubs. — Un poste de Chef de Laboratoire est vacant. Adresser références et titres à l'Inspection de la Santé, Préfecture, Besançon (diplôme de sérologie exigé).

Hospices de Valenciennes (Nord). — Le poste de Chef de Laboratoire de Biologie médicale de l'Hôtel-Dieu est vacant. S'adresser au Secrétariat des Hospices, avenue de Monaco, à Valenciennes.

Hôpital-Hospice de Saint-Flour (Cantal). — Le poste de directeur-économe est vacant. S'adresser au Directeur régional de la Santé, à Clermont-Ferrand.

Nouvelles diverses

Prix Marie-Laurent. — L'Académie des Sciences Morales et Politiques a décerné le prix Marie-Laurent, de 28.000 fr., au médecin colonel Gaston Muraz, ancien chef des Services de la Maladie du Sommeil en A.E.F. et en A.O.F., pour la campagne qu'il a menée contre la trypanosomiase en A.O.F. et au Togo de 1939 à 1942.

Médecin inspecteur de l'hygiène scolaire. — Le J. O. du 18 Juin 1945 publie un décret portant réforme des traitements des médecins inspecteurs de l'hygiène scolaire.

Retour d'Allemagne

Nous avons le plaisir d'apprendre le retour des docteurs :
— G. Prat, de Sainte-Geneviève-sur-Argence [Aveyron] (retour de Dachau).
— Normand, de Vesoul (Haute-Saône).
— A. Balmès, Th. Desmonts, chefs de clinique à la Faculté de Médecine de Montpellier. — Lescan, de Montpellier, tous trois rapatriés de Tchécoslovaquie.

Distinctions honorifiques

CITATION A L'ORDRE DE L'ARMÉE

Médecin capitaine R. Viach, 11e bataillon médical. — Médecin lieutenant V. Napler, 11e bataillon médical. — Médecin lieutenant P. Bourret, 11e division d'infanterie algérienne. — Médecin auxiliaire G. Tardieu, 11e bataillon médical. — Médecin auxiliaire G. Quinur, 11e bataillon médical. — Médecin auxiliaire E. Countois, 11e bataillon médical. — Médecin auxiliaire J.-C. Vidal, 11e bataillon médical.

Nos Échos

Naissances.

— Marie-France et Danièle Duval ont la joie d'annoncer la naissance de leur sœur *Elisabeth* (Docteur G.-L. Duval et Madame, Le Hâvre, 16 Mai 1945).

— Le docteur et Madame Pierre Coussieu ont le plaisir de faire part de la naissance de leur troisième fils *Bruno* (Limoges, 26 Mai 1945).

— Geneviève, Monique, Thérèse, Michel, Pierre, Nicole et Bernard de Renty sont heureux d'annoncer la naissance de leurs frères *Jacques* et *Jean* (Soumans, Creuse, 26 Mai 1945).

— Dominique a la joie de vous faire part de la naissance de sa petite sœur *Catherine* (M. Pierre-Yves Paley, interne des Hôpitaux de Paris et Madame. Paris, 12 Mai 1945).

— Louis Chamouillard, interne des Hôpitaux de Paris et Madame sont heureux d'annoncer la naissance de leur deuxième enfant *François* (8 Mai, 1, rue Delaizement, Neuilly-sur-Seine).

— Le docteur Jacques Naulleau et Madame, née Denéchau, font part de la naissance de leur sixième enfant *Vincent* (Angers, 6 Mai 1945).

— Le docteur et Madame René Devernoix de Bonnefon sont heureux de faire part de la naissance de leur fils *Renaud-Jean-François* (Paris, 10 Mai 1945, 39, avenue de Breteuil).

— Dominique et François Ledoux ont le plaisir d'annoncer la naissance de leur petite sœur *Christine-Elisabeth* (de la part du docteur et de Madame Guy Ledoux, 21 Mai 1945, Riedisheim, Haut-Rhin).

Fiançailles.

— Le docteur et Madame Pierre Blamoutier sont heureux de faire part des fiançailles de leur fils *Jean* avec Mademoiselle Nadine Parfait, et de leur fille *Anny* avec Monsier Jean Hartog (Paris, 5, rue de Luynes).

Mariages.

— Le docteur Gabriel Galliliand et Madame ont l'honneur de faire part du mariage du docteur René Galliliand, leur fils, avec Mademoiselle Simone Viel (Marseille, le 21 Juin 1945).

— On annonce le mariage du docteur Jacques Gaveau avec Mademoiselle Simone Besse de Laromiguière, docteur en Pharmacie (5 Mai 1945).

Decès.

— On nous prie d'annoncer le décès du docteur Bruneau-Biles, médecin radiologiste de l'Hôpital de Limoges (le 29 Avril, 4, cours Bugeaud).

— Le docteur Jean Bercovici, de Paris, retour de camps de concentration d'Allemagne, a la douleur de faire part de la mort de sa mère, Rosalie Danon, déportée et assassinée à Auschwitz, le 1er Novembre 1943.

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

AVIS. — Prière de joindre aux réponses un timbre de 2 francs pour transmission des lettres

Le gérant : F. Thomas.

Imprimé par l'Ancne Imprimerie de la Cour d'Appel, 1, rue Cassette, à Paris (France).

TRAVAUX ORIGINAUX

311

VACCINATION ANTITUBERCULEUSE PAR VOIE AÉROGÈNE

DURÉE RESPECTIVE DE L'ALLERGIE ET DE L'IMMUNITÉ

Par MM. **J. TROISIER, J. BRETEY** et **J. SIFFERLEN**
(Paris)

Dans une série de publications antérieures, deux d'entre nous [1] ont montré la possibilité de reproduire les lésions de la primo-infection tuberculeuse du poumon par instillation nasale chez l'animal anesthésié. Le poumon, avec son énorme surface, sa circulation intense, est une admirable voie d'absorption, comme le montre la facilité avec laquelle sont résorbées à ce niveau des quantités de liquide importantes. D'autre part, les doses très minimes employées dans les expériences précédentes, et qui étaient de l'ordre du 1/10.000.000 de milligramme de cultures tuberculeuses, faisaient penser qu'à ce niveau le bacille trouvait un tissu peu apte à se défendre contre l'intrusion de germes même très peu nombreux.

Il est probable que chez l'homme, la grande prédominance des lésions au niveau de cet organe tient pour une part à ces conditions. Il était donc logique de songer à introduire le vaccin BCG par la même voie, d'abord parce qu'elle est bonne, ensuite avec l'idée de créer plus précocement la réaction de défense de l'organisme à l'endroit même qui est sans doute la porte d'entrée la plus fréquente du germe virulent, et au sein même du tissu le plus sensible.

A cet effet, les mêmes auteurs avec Le Melletier, ont eu recours à l'inhalation de brouillards, selon la technique proposée par Trillat, préparés avec l'émulsion vaccinale de BCG. Ils ont pu constater [2] que le cobaye devient sensible à la tuberculine après de telles inhalations. Ces constatations ont pu être étendues à l'enfant. Mais si on fait varier les conditions d'expérience, on voit que l'intensité et la durée de l'allergie dépendent grandement de la dose qui a été réellement inhalée. Cette dose est déterminée par plusieurs facteurs: concentration de l'émulsion, volume de l'enceinte dans laquelle sont faites les pulvérisations, répétition des séances. On pouvait se demander si la persistance et l'intensité de la prémunition vis-à-vis d'une infection d'épreuve dépendent, elles aussi, des mêmes facteurs et si une immunité particulière du tissu pulmonaire pouvait être décelée. En même temps s'offrait la possibilité de voir si, chez les cobayes ainsi préparés par de faibles doses de BCG, et qui auraient été infectés longtemps après, l'immunité persiste pendant un certain temps, malgré la disparition de la sensibilité à la tuberculine.

Les cobayes que nous avons suivis ont reçu le BCG dans les conditions suivantes:

Un premier lot a inhalé en Avril 1941, de l'émulsion « buccale » de BCG, c'est-à-dire contenant 5 *mg.* de corps microbiens par centimètre cube. L'enceinte où étaient faites les pulvérisations était une cage à ensemencement d'Armand-Delille mesurant 65×85×58 *cm.*, donc d'un volume total de 320 litres.

Un cobaye y a séjourné pendant 8 séances d'une demi-heure de durée moyenne. Les doses de BCG pulvérisées ont été respectivement, six fois 25 *mg.*, une fois 15 *mg.*, une fois 40 *mg.* La concentration réalisée a donc été le plus souvent, et sans tenir compte de la sédimentation des gouttelettes trop grosses pour rester longtemps en suspension, de 0,078 *mg.* par litre. Une fois seulement elle a atteint 0,125 *mg.* par litre. Si nous totalisons sur une seule séance l'ensemble des pulvérisations, nous arrivons au chiffre arbitraire de 205 *mg.* correspondant à une concentration de 0,65 *mg.* par litre d'air.

Un autre cobaye a reçu dans la même cage, 5 pulvérisations : 3 de 25 *mg.*, 2 de 40 *mg.* Si nous totalisons ici encore les doses, 155 *mg.* ont été pulvérisés, donnant en moyenne 0,485 *mg.* par litre d'air.

Ces cobayes ont, par la suite, réagi à la tuberculine mais d'une façon peu intense, surtout pour le second.

Dans le deuxième lot, les animaux ont reçu en Avril 1942, donc un an plus tard, une inhalation unique mais forte avec 60 *mg.* de BCG, et cette fois dans une cage plus petite : 25×27×28 *cm*³ d'un volume de 18 l. 900. La concentraton était donc ici de 3,2 *mg.* par litre.

Ces cobayes ont réagi, mais moins nettement encore que ceux du lot précédent.

Enfin les cobayes du 3e lot ont eu en Avril 1942 également, dans la même petite cage, 3 séances d'inhalations. Dans l'une 60, dans les deux autres 70 *mg.* de BCG ont été pulvérisés, soit 200 *mg.* au total. La concentration ramenée arbitairement à une seule séance, était donc de 10,6 *mg.* par litre. Les cobayes ont ici réagi d'une façon vraiment nette, avec une petite nécrose au point d'injection de la tuberculine. La réaction a commencé une semaine après la dernière inhalation et a duré quatre mois chez un cobaye, et jusqu'au moment de l'épreuve virulente, deux ans plus tard, chez l'autre.

Tous ces animaux ont été éprouvés, en même temps que les témoins non vaccinés, par injection intramusculaire de 0,001 *mg.* d'une souche humaine, le 19 Mai 1944, soit deux ans après la fin de la vaccination pour les lots 2 et 3, trois ans après pour le premier.

Les cobayes ont tous été sacrifiés soixante-dix jours plus tard. Les témoins présentaient tous des lésions ganglionnaires importantes : c'est ainsi que les ganglions sous-lombaires étaient du volume d'une noisette, franchement caséeux. Tous avaient des tubercules spléniques et pulmonaires. Le foie était en général sans lésion macroscopiquement décelable.

Les cobayes du premier lot présentaient des lésions identiques en tous points. Les ganglions étaient de même volume, caséifiés. Les tubercules spléniques et pulmonaires étaient aussi nombreux. Il n'y avait donc pas de protection. Dans le second groupe il en a été de même, cependant les ganglions étaient un peu moins gros. Dans le troisième, par contre, nous n'avons noté aucune lésion ni à la rate, ni au poumon, ni au foie. Les ganglions étaient à peine plus gros qu'à l'état normal, particulièrement chez le cobaye qui réagissait encore à la tuberculine au moment de l'infection virulente, soit deux ans après la vaccination. Ces ganglions ne présentaient en aucun point de transformation caséeuse.

Ainsi donc, tous les cobayes ont réagi à la tuberculine après les inhalations de BCG. Mais c'était à des degrés divers et les réactions n'ont été vraiment intenses dans les semaines qui ont suivi la vaccination (troisième lot) que chez ceux qui ont inhalé les plus fortes concentrations. Ils sont les seuls à avoir présenté, deux ans après la vaccination, une immunité nette. Pour l'un d'eux, cette immunité était encore manifeste, bien que les injections intradermiques de tuberculine aient été négatives pendant les seize mois qui ont précédé l'infection d'épreuve.

Par contre, lorsque les réactions tuberculiniques ont été peu intenses après la vaccination, on ne peut plus, après le même délai de deux ans, mettre l'immunité en évidence (deuxième lot) et, à plus forte raison (premier lot), trois ans après une vaccination à doses plus faibles encore, faite à une concentration générale moyenne de 0,65 *mg.* par litre d'air au lieu de 3,2 *mg.* Nous n'avons rien relevé qui puisse nous faire penser qu'il y ait eu une résistance plus particulièrement marquée au niveau des poumons. Les faibles doses de BCG données aux cobayes des lots 1 et 2 auraient pourtant été favorables à la mise en évidence d'une immunité régionale.

Ces résultats, qui montrent la longue durée de la résistance chez des cobayes bien vaccinés, sont du même ordre que ceux que l'un de nous a obtenus avec L. Nègre [3] sur des cobayes prémunis par scarifications cutanées (4 traits à travers une goutte de suspension à 5 *mg.* par centimètre cube). Ces animaux, un et deux ans plus tard, avaient encore une immunité aussi forte qu'après une vaccination récente. Ceux qui ont été éprouvés trois ans plus tard paraissent avoir eu un léger fléchissement de leur résistance.

D'autre part, en ce qui concerne la persistance de l'immunité malgré la disparition de l'allergie, nous rappelons les constatations de l'un de nous [4]. Des cobayes avaient été injectés avec un seul bacille tuberculeux, isolé au micromanipulateur. Un certain nombre d'entre eux firent une évolution tuberculeuse généralisée. Mais d'autres présentaient, après trente-six jours, des réactions positives à l'injection intradermique de tuberculine. Elles n'étaient pas très intenses, mais indiscutables et persistèrent plusieurs semaines. Plusieurs mois après, ces cobayes, indemnes de toute lésion tuberculeuse et soumis à une infection d'épreuve, ont présenté un certain degré d'immunité, malgré la dose extraordinairement faible qu'ils avaient reçue à la première inoculation et qu'ils avaient pu surmonter. De ces faits on concluait que l'immunité est un phénomène plus délicat et plus sensible que l'allergie. Un autre exemple de la nature différente de l'immunité et de l'allergie, et du caractère plus grossier de celle-ci, est encore le fait suivant: on a pu montrer qu'un certain degré d'immunité peut déjà être décelé chez les cobayes, avant même qu'ils réagissent à la tuberculine [5].

En somme, expérimentalement, nous avons la preuve que l'immunité persiste d'autant plus longtemps que l'organisme a plus intensément réagi. La voie aérogène ne constitue pas, à ce sujet, une exception. La quantité de BCG qui pénètre dans l'organisme doit être suffisante, du fait de la forte concentration, de la longue durée ou de la répétition des séances d'inhalation. Pour le cobaye, 3 séances de demi-heure, chacune à raison de 3 *mg.* 7 par litre de cage ont donné des résultats satisfaisants.

D'autre part, l'expérimentation encore, tant par les faits que nous avons signalés que par ceux déjà connus de Calmette et Guérin, de Willis, nous montre que lorsque l'allergie cesse d'être perceptible par nos moyens, l'organisme conserve encore un degré élevé d'immunité et qu'il est incapable de réagir comme un animal vierge à une nouvelle vaccination et à une épreuve virulente.

En est-il de même chez l'homme? C'est extrêmement probable, mais actuellement, faute de faits précis et de statistiques importantes et bien faites, nous ne savons pas encore de combien l'immunité dépasse l'allergie. On peut, sans aucun doute, ne plus réagir à la tuberculine et être cependant encore protégé dans la mesure où le BCG est capable de le faire. Mais, actuellement, où, ne disposant pas d'un témoin spécifique et sensible de l'immunité, nous sommes obligés de juger celle-ci par les réactions tuberculiniques, « il nous est impossible — comme le disent très justement Courcoux, Boulenger et Maclouf [6] dans un article récent — d'affirmer ou de nier sa résistance antituberculeuse. Aussi est-il indiqué de vacciner systématiquement les enfants et les adultes non réagissants et de revacciner ceux qui auraient perdu leur sensibilité dermique à la tuberculine. » Il n'y a aucun inconvénient à le faire, car le BCG est, de tous les vaccins, celui qui, de loin, entraîne le moins de réactions générales ou locales et nous savons maintenant que, correctement administré, il réduit dans de fortes proportions la morbidité et la mortalité tuberculeuses, même chez des sujets appelés à vivre en milieu très contaminé.

1. J. Troisier et J. Sifferlen. *Bull. Acad. Méd.*, 1939, **121**, 207 ; *C. R. Soc. Biol.*, 1940, **133**, 53 ; *C. R. Soc. Biol.*, 1940, **133**, 636.
2. J. Troisier, J. Le Melletier et J. Sifferlin : *Ann. Inst. Pasteur*, 1944, **70**, 33.
3. L. Nègre et J. Bretey : *Bull. Acad. Méd.*, 1943, **127**, 333.
4. J. Bretey : *Rev. Tub.*, 1943, **8**, 163.
5. L. Nègre et J. Bretey : *Rev. Tub.*, 1941, **6**, 77.
6. A. Courcoux, P. Boulenger et A. C. Maclouf : *La Presse Médicale*, 1944, 291.

PHARMACORADIOGRAPHIE MORPHINIQUE ET COMPRESSION DOSÉE
ASSOCIÉES DANS LE DIAGNOSTIC D'UN
CANCER MUQUEUX « IN SITU » DE LA PETITE COURBURE HORIZONTALE DE L'ESTOMAC

PAR Guy ALBOT, André SICARD et Guillemette MARQUIS

(Paris)

L'EMPLOI en radiologie gastrique de substances pharmacodynamiques est récent et ses indications se précisent peu à peu. On sait que la morphine utilisée d'abord par P. Porcher, Lefebvre et Boudaghian [1] pour distendre les bulbes duodénaux invisibles ou irréguliers détermine d'une part une stase dans la 2e portion du duodénum, d'autre part de l'hyperkinésie et de l'hypertonie gastrique. L'ipéca a une action strictement gastrique, émétisante, hypertonique et hyperkinétique et fut utilisée tout d'abord par Sénèque, Chiray, Gally, Le Canuet et Grumler pour améliorer l'aspect radiologique des estomacs de stase [2].

Mais, dès le début, on prévoyait que la pharmaco-radiographie ne se limiterait pas à ces deux indications initiales et qu'elle rendrait des services dans l'étude des lésions fines des parois gastriques. G. Albot, R. Le Canuet, J. Feffer et S. Buhot [3]

1. P. PORCHER, J. LEFEBVRE et BOUDAGHIAN : *Soc. d'électro-radiol. méd. de France*, Mai 1943. — PORCHER : *Soc. de gastro-entérol.*, in *Arch. Mal. app. digest.* 1944, **33**, nos 1-2, 24.
2. SÉNÈQUE, CHIRAY, GALLY, LE CANUET et GRUMLER : *Soc. de gastro-entérol.*, in *Arch. mal. app. digest.*, 1944, **33**, nos 9-10.
3. G. ALBOT, R. LE CANUET, J. FEFFER et S. BUHOT : *Soc. de gastro-entérol.*, Paris, 16 Avril 1945. — *La Semaine des Hôpitaux* (à paraître).

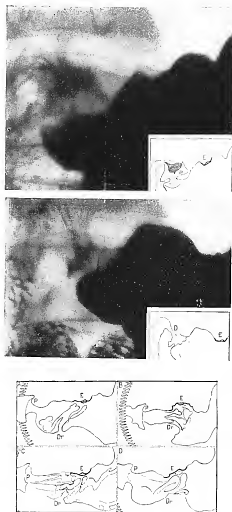


Fig. 1. — (*ci-contre*) Cliché du 31 Mai 1944. (Hôp. franco-musulman, service Ledoux-Lebard). Sur la petite courbure horizontale on trouve un aspect encastré (E) constant de 1/2 cm. de long.

Fig. 2. — (*en bas*) Cliché couché du 9 Mars 1945 (service Gally). Les radiographies standard ne montrent la lésion qu'à l'extrême bord des clichés. On retrouve l'aspect encastré (E) un peu plus étendu (1 cm.) et sur son fond plat saille une niche minuscule.

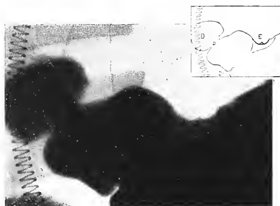


Fig. 3. — Cliché couché du 16 Mars 1945 (Mlle Marquis). *L'épreuve morphinique* de stase duodénale provoquée montre un bulbe normal (D). L'hypertonie morphinique débutante fait apparaître sur la grande courbure antrale un drapé constant sur tous les films (Dr) et précise le montage de l'aspect encastré (E) et de la petite niche qui y est incluse. Autour de la lésion apparaît un aspect dégradé témoin d'un épaississement pariétal en dessous de lui.

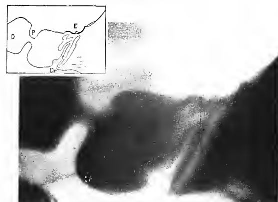


Fig. 4. — Cliché couché du 16 Mars 1945 (Mlle Marquis). *Après morphine avec compression moyenne*, on retrouve toujours le profil de l'aspect encastré (E) avec la petite niche pointue. La compression dosée montre de gros plis stéréotypés sur tous les films qui vont du drapé (Dr) à l'encastrement (E). A une phase plutôt tonique commence à succéder une hyperkinésie morphinique dont l'étude est faite sur la figure 5.

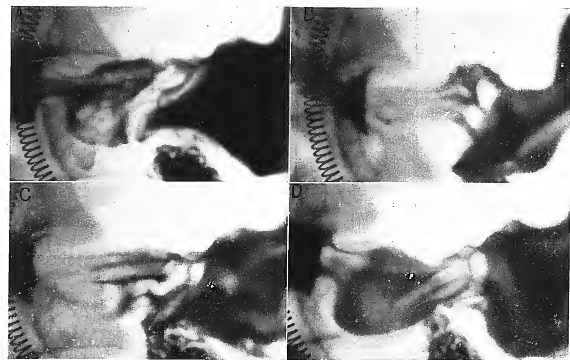


Fig. 5. — Série couchée du 16 Mars 1945, *après morphine, avec compression forte* (Mlle Marquis). La compression met en évidence un état hypertrophique, irrégulier du relief de l'antre de (Dr) à (E). Les violentes contractions péristaltiques provoquées par la morphine tendent à déformer ces aspects. Du côté de la grande courbure les gros plis ont conservé une certaine variabilité due aux qualités autoplastiques normales de la muqueuse. Au contraire, du côté de la petite courbure ils apparaissent comme amarrés à la face profonde de l'encastrement et se terminent toujours par deux aspects polypoïdes indéformables. De son côté l'aspect encastré (E) garde une certaine raideur élastique, suit incomplètement les ondulations de la petite courbure réalisant l'aspect de l'infiltration semi-rigide et ses variations masquent (en *b*, *d*) ou démasquent (en *a*, *c*) la petite niche encastrée.



Fig. 6.

Pièce opératoire. Pylore à gauche. Le cancer macroscopiquement non ulcéré apparaît sous forme d'une dépression de la muqueuse de 2 *cm.* × 2 *cm.*
Noter la convergence de gros plis surtout sur la face antérieure et la rétraction légère de cette face antérieure expliquant le drapé.

nt récemment précisé des indications nouvelles : ans l'étude du canal pylorique et de l'antre prépylorique. l'hyperpression antrale provoquée par a morphine ou par l'ipéca contribue à mouler arfaitement les lésions fines et fait disparaître les nodifications fonctionnelles de l'antre ; pour l'étude le la petite courbure horizontale, l'ipéca, plus ypertonique, semble plutôt indiqué pour l'étude les niches et la morphine, plus hyperkinétique, plutôt indiquée pour l'étude des rigidités segmentaires.

On conçoit que, dans le dépistage précoce du cancer de l'estomac la pharmaco-radiographie soit appelée à rendre de grands services. Nous avons déja observé un cas où l'hyperkinésie morphinique put aider à mettre en évidence un aspect infiltré dans un ulcère cancérisé [4]. Autour d'une lésion suspecte, l'étude du relief muqueux peut apporter des précisions utiles pour présumer de la nature du processus causal, comme l'a indiqué R. A. Gutmann : à ce point de vue nous nous sommes demandé si l'hyperkinésie morphinique ne permettrait pas d'apprécier l'état de plasticité de la muqueuse dont le relief aurait été préalablement mis en évidence. L'observation de cancer gastrique *in situ* que nous allons étudier en fait la preuve : elle montre l'intérêt qu'il peut y avoir, dans l'étude des détails d'une lésion suspecte, à associer la pharmaco-radiographie morphinique aux techniques classiques de réplétion gastrique et de compression dosées.

Observation. — M. D'Oliv..., Gomez, 45 ans, souffre depuis 1941, de pesanteurs épigastriques peu intenses débutant trois à quatre heures après le déjeuner, durant une ou deux heures, soulagées par l'ingestion d'aliments ou plus rarement par un vomissement alimentaire ou bilieux. Ces pesanteurs surviennent quotidiennement pendant douze à quinze jours et disparaissent complètement pendant deux à trois mois. Depuis 1944 les poussées douloureuses se rapprochent. Par ailleurs, bon état général, amaigrissement de 5 *kg.* en quatre ans ; ni hématémèse, ni mélæna ; diminution de l'appétit.

La dernière poussée qui a débuté en Février 1945 dure sans interruption depuis deux mois lorsqu'il est adressé à l'hôpital avec le diagnostic d'ulcère du duodénum et que nous l'examinons.

Sur les radiographies standard, pratiquées le 9 Mars 1945 lors de l'hospitalisation du malade, il est difficile d'admettre sans réserve le diagnostic antérieur d'ulcère duodénal. Toutefois on découvre sur tous les clichés, au niveau de la petite courbure horizontale, à environ 3 *cm.* du pylore, un minuscule aspect encastré, long de 1 *cm.* dans lequel saille une minuscule niche (fig. 2).

Nous demandons en communication des radiographies pratiquées neuf mois avant, le 31 Mai 1944, à l'hôpital franco-musulman. Elles nous montrent toujours un bulbe duodénal mal rempli, mais sans signe net d'ulcère. Mais surtout, nous retrouvons au même endroit de la petite courbure le même encastrement un peu plus petit (1/2 *cm.* de long) qui avait passé inaperçu (fig. 1).

Les déformations imprécises du bulbe duodénal, le fait que l'aspect encastré de la petite courbure avait bien peu grossi en neuf mois étaient troublants. Pour élucider la question, nous pratiquons une troisième série de radiographies avec épreuve morphinique et compression dosée.

Sur les clichés du *16 Mars 1945*, avec compression minime, la morphine provoque une bonne réplétion du bulbe qui permet d'éliminer le diagnostic d'ulcère duodénal. Elle détermine de bonnes ondes contractiles qui montrent la souplesse des parois gastriques, sauf en deux endroits. Sur la petite courbure horizontale un *aspect encastré*, rigide, se détache nettement sur la souplesse du profil gastrique : il mesure environ 1 *cm.* de long : sur son fond saille une minuscule niche pointue. Sur la grande courbure antrale, on trouve la dentelure unique, constante, d'un *drapé* (fig. 3).

Une compression modérée montre la persistance de cet aspect encastré et efface un peu la petite niche ; mais elle fait apparaître de gros plis permanents, prolongeant la dentelure du drapé vers la lésion (fig. 4).

Une compression forte met parfaitement en évidence le relief muqueux sous la lésion et permet d'étudier son comportement vis-à-vis des grandes ondes contractiles de l'hyperkinésie morphinique. Tout d'abord la lésion elle-même apparaît *semi rigide* ; elle se déforme incomplètement avec les vagues de la petite courbure ; son profil se casse à certains endroits du fait de la contraction qui agit sur elle ; sur un cliché son fond apparaît sur le versant d'une onde, faisant « la planche sur la vague » selon l'heureuse expression de R. A. Gutmann (fig. 5 B). Sous cet aspect semi-rigide le relief muqueux, au lieu de dessiner des traînées linéaires, régulières et variables, apparaît sous la forme de deux gros plis qui convergent de la grande courbure et du drapé vers la zone infiltrée de la petite courbure. Les violentes contractions morphiniques déforment ces plis dans leur segment proche de la grande courbure, les infléchissent parfois vers le pylore, modifient partiellement leur importance respective et évoquent ainsi une muqueuse encore souple. Mais leur terminaison proche de la lésion reste immuable et ne participe pas au remaniement du reste de la muqueuse ; si bien que les modifications du plissement muqueux viennent toujours se terminer de la même façon sous l'encastrement comme si elles lui étaient amarrées, évoquant une déformation permanente du relief autour de la lésion. Le contraste entre cette fixité localisée des plis et leur malléabilité partout ailleurs a été rendu très net grâce à l'hyperkinésie morphinique ; elle pourrait se concevoir au voisinage d'une niche ulcéreuse ; mais ici l'absence de niche conséquente, l'existence d'une rigidité segmentaire, lui donne une signification particulièrement suspecte.

On porte le diagnostic de cancer infiltrant au début et l'indication opératoire.

Gastrectomie le 6 Avril 1945 (Dr André Sicard) sous anesthésie intraveineuse. L'aspect extérieur de l'estomac est strictement normal, mais à l'union des portions horizontale et verticale de la petite courbure, on sent, sur une surface d'une pièce de 50 centimes une induration légère. De petits ganglions se trouvent le long de la coronaire stomachique. L'estomac est entièrement libre sur sa face postérieure.

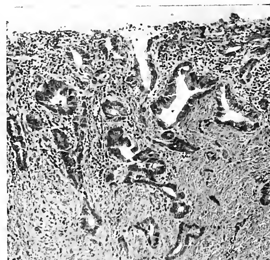
Gastrectomie, Finsterer, avec section première du duodénum. Suites opératoires normales.

La pièce opératoire (fig. 6) montre, à cheval sur la petite courbure, une dépression de la muqueuse, non ulcérée, large de 2 *cm.* × 2 *cm.* et arrondie. A l'état frais, la lésion était recouverte d'une fine couche de fibrine qui la masquait. Vers cette dépression convergent de nombreux plis. La paroi gastrique est légèrement rétractée vers le cancer.

L'examen histologique montre une large dépression de la muqueuse qui est considérablement atrophiée et, en un point, exulcérée (fig. 7 et 8). Cette muqueuse atrophique est uniformément cancéreuse et se présente sous forme de cavités glanduliformes atypiques et monstrueuses et des plages de cellules atypiques. La sous-muqueuse est partout indemne de propagation cancéreuse ; mais en un point on distingue à travers la musculaire muqueuse la pénétration d'un tube cancéreux qui, de ce fait, arrive au contact du tissu conjonctif sous-muqueux (fig. 8). Celui-ci est scléreux, épaissi et contient de volumineux capillaires.



Fig. 7. — Aspect histologique d'ensemble. (Gr. × 5) Le pylore est à gauche. (P) Le cancer (K) apparaît sous forme d'une dépression de la muqueuse qui va en un point jusqu'à l'érosion. (E) Sous la muqueuse cancéreuse la musculaire muqueuse persiste et la sous-muqueuse est infiltrée de tissu conjonctif dense.


Fig. 8. — La muqueuse cancéreuse avec ses cavités glanduliformes dont quelques-unes poussent en ce seul point une pointe en pleine musculaire muqueuse (Gr. × 80).

Cette nouvelle observation de cancer muqueux *in situ* illustre bien les possibilités nouvelles de la radiographie gastrique.

Il n'est pas douteux pour nous que les clichés en réplétion totale constituent la méthode de choix pour dépister les fins aspects du cancer au début ; ici c'est sur ces clichés que l'aspect encastré, tout minuscule qu'il ait été, apparaissait le plus nettement (fig. 1 et 2).

Mais, ici comme dans un cas antérieur, ces images de « réplétion gastrique » furent améliorées par l'emploi de la morphine (fig. 3) : l'hypertonie de la morphine contribuait à mieux prendre l'empreinte de la lésion ; son hyperkinésie faisait plus nettement remarquer la raideur segmentaire un peu élastique de cette lésion.

Une fois qu'a été dépistée une anomalie suspecte du profil de l'estomac, il peut être utile d'apprécier l'état du relief muqueux qui renseignera sur l'étendue et jusqu'à un certain point sur le comportement de la lésion. C'est ce que fit la compression dosée qui mit en évidence de gros plis pathologiques péri-lésionnels (fig. 4).

Mais le relief muqueux de l'estomac est essentiellement plastique et ce qu'il faut en étudier ce n'est pas tant un aspect instantané que ses variations. C'est pourquoi la morphine, en accentuant les contractions gastriques, a permis d'apprécier la plasticité de ce relief muqueux; conservée presque partout, elle avait disparu en un point comme en témoignaient des plis convergents vers la lésion, qui semblaient fixés à celle-ci et qui ne suivaient pas l'ondulation normale de la muqueuse. Le mouvement décelé pourrait être comparé à celui d'une herbe aquatique qui, entraînée par le courant, reste fixée au lit du ruisseau par ses racines.

L'existence de ces gros plis convergents et fixés, bien qu'il n'ait existé de niche conséquente à aucun moment de l'évolution, rendait l'hypothèse d'un cancer au début beaucoup plus vraisemblable que celle d'un ulcère en voie de cicatrisation. En effet, on peut observer anatomiquement une réaction scléreuse rétractile autour d'ulcères bénins suffisamment étendus; mais elle est inconcevable autour d'un ulcère minuscule comme celui qu'aurait pu déceler la petite niche que nous avons observée dans ce cas.

Ainsi l'association des radiographies en réplétion, de la compression dosée et de la pharmaco-radiographie morphinique a permis de recueillir des renseignements particulièrement précis et de raccourcir le temps d'observation.

(*Clinique chirurgicale, Salpêtrière* [Prof. Mondon].

4. G. Albot, G. Marquis et G. Légenon : Signes du bourrelet et signe du ménisque. A propos d'un ulcère cancérisé de la petite courbure verticale de l'estomac révélé par un ménisque complexe de Carman. *La Semaine des Hôpitaux* (à paraître).

RETENTISSEMENT ÉLECTRO-ENCÉPHALOGRAPHIQUE DES CURETTAGES UTÉRINS

Contribution à la connaissance du réflexe utérin

PAR MM.

Ivan BERTRAND, G. MAZARS et J. GODET-GUILLAIN

(Paris)

Les accidents nerveux apparaissant à l'occasion de manœuvres intra-utérines ont attiré depuis longtemps l'attention des chirurgiens. Les plus fréquents de ces accidents sont certainement ceux qui apparaissent à l'occasion d'injections intra-utérines faites dans un but abortif ; il s'agit alors le plus souvent de crises convulsives généralisées ou jacksoniennes, suivies d'hémiplégie. Les accidents mortels consécutifs à certaines dilatations brusques du col utérin, certaines crises convulsives succédant à une application d'un caustique intra-utérin, en sont d'autres exemples.

La pathogénie de ces accidents reste fort mal connue, malgré les nombreux travaux qui leur ont été consacrés; l'opinion très générale est qu'il s'agit d'embolies gazeuses favorisées par la béance des veines utérines dans le cas particulier des accidents *post abortum*.

Cependant l'analogie avec les accidents des ponctions pleurales, nous a amenés à rechercher si l'électro-encéphalogramme ne nous permettrait pas de mettre en évidence un véritable *réflexe utérin*, comparable au *réflexe pleural* dont nous avons pu montrer la réalité dans des travaux antérieurs.

M. le Prof. Mondor a bien voulu nous permettre de pratiquer un certain nombre des curettages prescrits dans son service. Au cours de ces opérations, nous avons procédé à un enregistrement électro-encéphalographique.

La malade, isolée électriquement de la table gynécologique, ne recevait aucune anesthésie. Les manœuvres intra-utérines étaient pratiquées avec suffisamment de douceur pour ne provoquer aucune réaction douloureuse. Nous n'avons d'ailleurs tenu compte que des enregistrements pendant lesquels la malade n'avait pas bougé et ne s'était pas plainte, ce qui porte à 13 le nombre des curettages utilisés pour cette étude. Dans ces conditions, nous avons pu constater les faits suivants.

Au repos, avant le curettage, dans l'ensemble des cas, on obtient un électro-encéphalogramme normal, formé d'ondes α en fuseaux plus ou moins amples, de fréquence 10 par seconde (fig. 3, *a*), ou à type de réaction d'arrêt avec ondes β prédominantes, de faible amplitude et de fréquence 20 à 40 par seconde. Dans 3 cas, des spikes existent en pariétales ou en occipitales; enfin dans 2 cas le tracé présente un certain ralentissement.

Le pincement du col utérin provoque de grands déplacements du spot et, dans certains cas, une surcharge β marquée. Il est difficile de préciser la part qui revient dans ces manifestations à la douleur et aux mouvements de défense, même simplement ébauchés, qu'entraîne la pose d'une pince de Museux.

Au cours du curettage, alors que la plupart des tracés occipitaux conservent leur rythme α régulier, montrant qu'aucune sensation douloureuse n'est assez intense pour exercer un rôle d'arrêt, la grande majorité des encéphalogrammes présentent d'importantes modifications.

Dans 4 cas, c'est une excitation du rythme β sous forme de spikes, allant jusqu'à des orages transitoires (fig. 1), prédominant presque toujours en position pariétale gauche. Dans 3 cas, c'est un ralentissement du rythme; 2 cas montrent un état permanent d'ondes lentes (fig. 2); dans un cas existe un véritable orage épileptique de la série absence, d'une durée de trois secondes (fig. 3 *b*).

Dans 4 autres cas, la réaction est mixte : on se trouve en présence d'un ralentissement général avec de véritables dysrythmies, surchargé par une excitation β ou des spikes mêlées d'orages.

Sur les 13 cas examinés, 2 seulement se sont montrés négatifs.

L'amplitude des potentiels est également modifiée au cours du curettage; dans l'ensemble elle est augmentée et dans 2 cas on a dû baisser l'amplification, les potentiels étant trop élevés pour être enregistrés.

A deux reprises nous avons pu vérifier que les modifications les plus importantes répondaient aux manœuvres portées sur le fond utérin et surtout sur les cornes utérines. En particulier, dans un cas, le curettage des cornes droite, puis gauche, à l'aide d'une très petite curette fenêtrée, a entraîné l'apparition de spikes à droite, puis à gauche (fig. 4).

L'écouvillonnage, l'iodage de la cavité utérine entraînent les mêmes modifications que le curettage.

Après le curettage, le tracé électro-encéphalographique redevient très rapidement normal.

L'injection intraveineuse de 1 *cg.* de morphine n'atténue pas les réactions encéphalographiques malgré l'analgésie plus complète.

Ainsi nos recherches démontrent que les manœuvres intra-utérines, et en particulier celles portant sur les cornes utérines, entraînent un retentissement cérébral indéniable et le plus souvent unilatéral. L'hypertonie corticale ainsi que les phénomènes d'afterdischarge observés constituent les éléments d'un véritable réflexe utérin ou plutôt tubo-utérin, comme semblent nous le prouver de nouvelles recherches entreprises à propos d'insufflations tubaires.

(Travail de la Clinique chirurgicale de la Salpêtrière et de l'Institut de Neurobiologie. [Prof. : MM. Guillain et Mondor].)

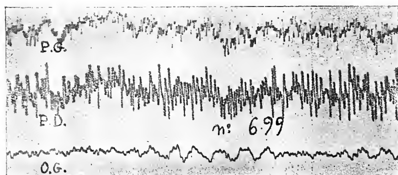


Fig. 1.

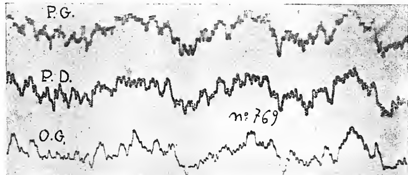


Fig. 2.

Fig. 1. — O. G., normal. Persistance de quelques ondes ; P. G., disparition des ondes α, ondes rapides, amples, affectant de place en place la forme des spikes ; P. D., orage caractérisé par une augmentation de la fréquence et de l'amplitude des ondes β.

Fig. 2. — Persistance des ondes α dans les 3 positions. Grandes ondes lentes à type δ, (3 ondes enregistrées dans la figure).

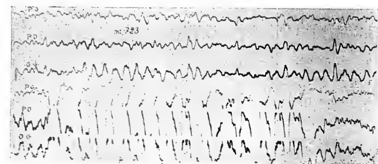


Fig. 3.

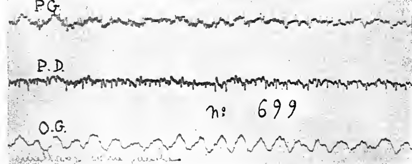


Fig. 4.

Fig. 3. — *a*) Les trois premières positions montrent un Electroencéphalogramme normal, au repos avec ondes α de grande amplitude ; *b*) Les trois dernières montrent un orage du type épileptique caractérisé par des ondes d'amplitude élevée, de fréquence 5 par seconde. Durée de l'orage 3 secondes.

Fig. 4 — Au cours du curettage de la corne gauche, apparition de spikes (ondes très brèves, formant une pointe se détachant sur le tracé) limitées à la position pariétale gauche.

LA VEINOGRAPHIE VA-T-ELLE NOUS PERMETTRE DE DÉMEMBRER LE SYNDROME DE KLIPPEL ET TRÉNAUNAY ET L'HÉMANGIECTASIE HYPERTROPHIQUE DE PARKES WEBER ?

Par M. SERVELLE

(Paris)

J'ai eu l'occasion d'étudier récemment par la veinographie 2 jeunes malades présentant toutes deux l'affection que Klippel et Trénaunay ont décrite en 1900 sous le nom de: *nævus variqueux ostéo-hypertrophique*. Cette maladie serait caractérisée par les trois symptômes suivants :

1° Un *nævus* étendu à tout le membre inférieur ;

2° Des *varices* du côté malade, datant de l'enfance ;

3° Une *hypertrophie* portant sur l'ensemble des tissus du côté malade, et en particulier sur le squelette.

Dès 1869, Trelat et Monod avaient décrit des faits analogues et notaient que fréquemment l'hypertrophie s'accompagne de dilatations vasculaires atteignant soit les capillaires, ce sont les nævi, soit les veines sous-cutanées, ce sont les varices.

Dans leur mémoire, Klippel et Trénaunay, s'efforcent de démontrer que dans tous les cas publiés, le nævus est à peu près constant, et ils en font un symptôme capital duquel découleraient tous les autres troubles. Aussi, dans le long chapitre qu'ils consacrent à la pathogénie de l'affection qu'ils individualisent, ils ne parlent que du nævus, dont ils font un historique remarquable.

Cependant, ils décrivent une forme ostéo-hypertrophique pure sans nævus, et une autre forme qu'ils appellent croisée et dissociée où, comme dans l'observation de Chassaigne, l'hypertrophie et les varices siègent sur le membre gauche, alors que la tache vasculaire s'étend sur une partie du membre inférieur droit. Le nom même qu'ils donnent à l'affection qu'ils décrivent montre bien quel rôle ils font jouer au nævus. Cette notion est restée classique, et de nombreuses observations ont été rapportées à la Société Médicale des Hôpitaux, d'abord en 1909 par Apert, Danlos et Flandin, et surtout à la Société de Pédiatrie (Leroux et Raoul Labbé, 1910; Lance, 1921; Babonneix et Lance, 1924; Rœderer et Philebon, 1927; Apert, 1931).

Parkes Weber, en 1918, dans le *British Journal of Children's diseases*, décrit « *l'Hæmangiectatic Hypertrophy* » où il rassemble toutes les hypertrophies du membre inférieur associées non seulement à des varices, comme dans le syndrome de Klippel et Trénaunay, mais encore accompagnant des anévrysmes artério-veineux ou circoïdes, des angiomes.

Nous ignorions la plupart de ces publications quand nous avons vu les 2 malades dont voici les observations :

Observation I. — Mlle J... D..., 16 ans, m'est adressée par le Prof. Mathieu, pour une hypertrophie genre éléphantiasis de la jambe droite, depuis l'âge de 3 ans, avec angiomes congénitaux et phlébectasies profondes.

A la naissance, à la face externe de la partie inférieure de la cuisse droite, nævus vasculaire plan, de coloration rouge vif. A 4 ans, choc sur la jambe droite, apparition d'une zone indurée, cartonnée, la jambe commence à grossir. La malade consulte le docteur Lamy, aux Enfants-Assistés. Radiographie : rien d'osseux ; B.-W. négatif : on ordonne une série d'ultra-violets.

Puis, à l'Institut Prophylactique, on fait une nouvelle prise de sang, et sans attendre le résultat : cyanure intraveineux. L'enfant supporte très mal cette première injection, on arrête le traitement.

En 1931, la malade voit le Prof. Apert, qui la présente à la Société de Pédiatrie, le 21 Avril de cette même année comme *syndrome de Klippel et Trenaunay* typique. A cette époque, augmentation de longueur de 2 *cm.* de tout le membre inférieur droit, 3 *cm.* de différence de diamètre au niveau de la cuisse, et 3 *cm.* également au niveau du mollet. Radiographie : tibia droit tuméfié et incurvé. Hypertrophie nette du système veineux. On essaie alors quelques séances de rayons X sans résultat.

En 1932, la famille découragée consulte même un guérisseur : repos de dix-huit mois, application journalière de vésicatoires. Résultat nul.

En 1935, la mère désespérée arrête tout traitement, jusqu'en 1943 où son médecin lui conseille de voir le Prof. Mathieu qui a bien voulu me l'adresser.

Je vois la malade *en Avril 1943*. Je suis en présence d'une grosse jambe. Augmentation de 9 cm. du périmètre du membre inférieur droit, par rapport au gauche, à 15 *cm.* au-dessous de la pointe de la rotule, et de 8 *cm.* 5 à 6 *cm.* au-dessus de la base de la rotule. En outre augmentation de longueur de 3 *cm.* 5 du membre malade. Petit nævus de l'étendue d'une paume de main à la face externe de la cuisse.

Quantité importante de varices au niveau de la jambe et surtout hypersudation au niveau du pied, où la sueur ruisselle littéralement.

Je décide de pratiquer une *veinographie*. J'essaie sous anesthésie locale, mais ne peux y parvenir en raison de l'agitation et de l'indocilité de la malade.

Le 1er Mai 1943 *veinographie* sous anesthésie générale.

Clichés typiques d'une oblitération ou d'une compression de la veine poplitée. *Au niveau de la jambe*, énorme veine antéro-externe qui représente le système veineux principal. Saphène interne normale, et de calibre nettement moindre. Les veines profondes et en particulier la veine tibiale postérieure sont peu importantes.

Cliché de cuisse : A la face externe, varices de 1 *cm.* de diamètre, très pelotonnées à l'endroit correspondant au nævus. Saphène interne plus importante qu'à la jambe. Au-dessous du genou, veines de dérivation emmenant le sang des veines profondes vers les deux systèmes superficiels ; et inversement, au-dessus du genou, des collatérales partent de ces deux systèmes vers le système fémoral qui est réinjecté. Ces clichés figurent dans mon livre sur la « Veinographie » [1].

Pour éliminer toute idée d'angiome profond, je fais également une artériographie au vaso-sélectan qui montre une circulation artérielle tout à fait normale.

En Novembre 1943, la malade souffre, elle est obligée pour marcher de donner le bras à sa mère.

Je conseille alors l'intervention pour vérifier le creux poplité, et faire en même temps une sympathectomie lombaire pour agir sur l'hypersudation, les douleurs et l'œdème.

Intervention : le 26 Décembre 1943. 1° *Sympatectomie* lombaire banale. Chaîne normale macroscopiquement et microscopiquement comme le prouvera l'examen histologique.

2° *Exploration du creux poplité*, par une incision de 12 *cm.* : nerf sciatique poplité interne parcouru par de grosses varicosités. A la partie basse de l'incision, veine poplitée du calibre d'une saphène. A la partie haute, au moment où l'artère disparaît sous l'anneau du grand adducteur, veine poplitée représentée par un cordon de 1 à 2 *mm.* de diamètre. A la partie moyenne, la dissection met bien en évidence une bride fibro-vasculaire, allant du condyle interne à la branche de division externe de la ligne âpre du fémur. Cette bride cravate l'artère poplitée en arrière et étranglait littéralement la veine poplitée qui commençait à se dilater après sa libération (voir la figure ci-contre).

Suites opératoires normales. La malade se lève au douzième jour, sa jambe est nettement moins grosse, elle peut marcher plus facilement.

En Mars 1944, la marche n'est pas douloureuse, l'œdème diminue. Seulement, depuis quinze jours, apparition d'une insomnie particulièrement rebelle. Le médecin de la famille appelé déclare que « c'est courant après ces sympathectomies qui dérèglent tout ».

Je conseille alors aux parents de conduire la malade au Dr Garcin qui, ne trouvant rien au point de vue clinique, me demande de faire pratiquer un métabolisme basal, qui se trouve augmenté de 35 pour 100. Tous les troubles disparaissent sous l'influence du lugol et la malade peut reprendre ses études et passer son baccalauréat.

Revue *en Décembre 1944*, l'amélioration se poursuit. L'œdème est stationnaire, le pied est toujours aussi sec.

En Février 1945, la malade va bien, radiographie du squelette des deux membres inférieurs : le fémur droit a 3 *cm.* de plus de longueur que le gauche et le tibia droit 2 *cm.* de plus que le gauche, différences qui avaient été notées cliniquement en Avril 1943. Sur le cliché de face, le fémur droit a 3 *mm.* de moins de largeur que le gauche. Il est plus grêle. Les tibias ont même épaisseur.

On note alors, depuis l'intervention, une diminution de 5 *cm.* du tour de jambe à 15 *cm.* au-dessous de la pointe de la rotule et de 2 *cm.* à 6 *cm.* au-dessus de la malléole interne, à la cuisse diminution de 4 *cm.* à 15 *cm.* au-dessus de la base de la rotule.

Observation II. — Mlle Le..., 17 ans, est amenée le 1er Octobre 1942 à la consultation de mon Maître le Prof. Leriche, à l'hôpital Bellan, pour des varices multiples du pied et de la jambe, avec œdème de la jambe et du pied droits.

Depuis la naissance, pied droit plus rouge, plus chaud que l'autre et une veine très prononcée à la face interne du mollet. Cette teinte rosée ne rappelle en rien un nævus. Cette jeune fille s'est développée normalement, cependant sa jambe droite est œdématiée, beaucoup plus en été qu'en hiver.

Bordet-Wassermann négatif à l'âge de 12 ans, cependant, traitement spécifique.

Progressivement, le système veineux superficiel du pied et de la jambe a augmenté. Sur le dos du pied, véritable éponge veineuse que l'on déprime par la pression, nombreuses varices en partie noyées dans de l'œdème. Varices beaucoup plus discrètes sur le mollet où un médecin en a sclérosé quelques-unes. C'est en voulant scléroser celles du dos du pied qu'il avait été surpris par la très forte pression. Il avait l'impression de per-

1. La veinographie par M. Servelle, *Maloine*, éditeur 1944.

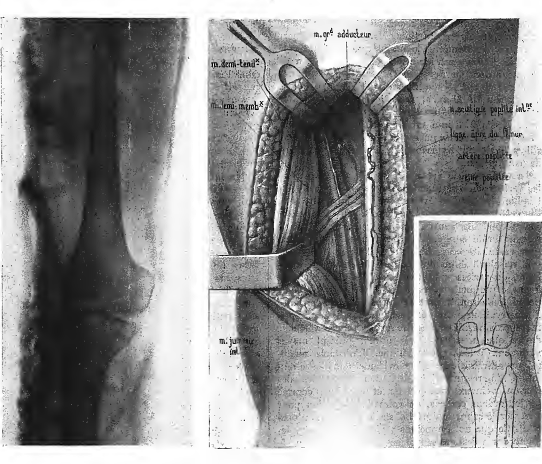


Fig. 3 et 4. — (Mlle L.) Veinographie du 27 Janvier 1943 et dessins opératoires.

evoir à l'examen un thrill, ce qui lui avait fait penser un anévrysme circoïde.

A l'examen, le *14 Janvier 1942*, on note les nombreuses varices dont nous avons parlé. Œdème marqué du pied, mollet droit plus tendu que l'autre. Différence de 3 *cm.* avec le côté sain, à 15 *cm.* au-dessous de la pointe de la rotule, et de 1 *cm.* 5 à la partie moyenne de la cuisse. Pas de thrill au niveau du pied.

Radiographie des deux jambes : augmentation de longueur de 1 *cm.* 5 au niveau du tibia et de 0 *cm.* 5 au niveau du fémur du côté malade. Le tibia droit a 2 *mm.* de plus de largeur à sa partie moyenne que le gauche ; même différence pour les fémurs.

Le *16 Septembre 1942, première veinographie :*

Au niveau du pied et de la jambe, varices multiples. Cliché de cuisse : veine poplitée normale jusqu'à 4 travers de doigt au-dessus de l'interligne, à ce niveau, on la voit se diriger franchement en dehors sur 1 *cm.*, puis se perdre sous la crête fémorale.

On fait alors une série d'infiltrations lombaires : nette amélioration : l'œdème diminue, les veines sont mieux lessivées.

Le 30 Décembre 1942, nouvelle radiographie veineuse : à la cuisse, absence de veine fémorale, dérivation du courant poplité par une veine longeant la crête fémorale pour gagner le système ischiatique. Cette dernière veine est plus visible que lors du premier examen, mais on ne peut la suivre jusqu'à la partie moyenne de la cuisse. On refait quelques infiltrations lombaires.

Le 27 Janvier 1943, troisième veinographie avec du Ténébryl 411. Cette fois on a nettement l'image de la circulation veineuse à la cuisse : veine poplitée normale. Toujours pas de veine fémorale, la poplitée aboutit après un passage étroit dans une énorme veine ischiatique qui reste constamment au contact du fémur.

De ces 3 examens radiographiques, je conclus à l'absence de veine fémorale avec une énorme veine de suppléance longeant la crête du fémur. L'intervention pratiquée le 16 Février 1943 par mon Maître le Prof. Leriche et par moi-même, confirme le diagnostic : artère poplitée de calibre à peu près normal, mais montant verticalement au lieu de gagner le canal des adducteurs. Artériographie per-opératoire : il s'agit bien d'une artère ischiatique. La veine poplitée est plus petite et adhérente à la face externe de l'artère, puis passe devant elle et monte à sa face interne. Quelques veinules transversales de petit calibre croisent l'artère en arrière et vont à une veine interne collée aussi à l'artère. Au fur et à mesure que la veine poplitée est libérée, elle double presque de calibre.

Il y a ici persistance d'une disposition fœtale : le paquet ischiatique est demeuré le paquet principal. Tous les troubles proviennent encore de la malformation veineuse.

La malade a été très nettement améliorée par l'intervention, l'œdème du pied et de la jambe a complètement disparu, les varices se sont affaissées.

Ces 2 cas répondent cliniquement à ce que Klippel et Trénaunay ont individualisé sous le nom de *nævus variqueux ostéo-hypertrophique*. Cependant, dans notre deuxième observation, il n'y a pas de nævus, mais nous avons vu que les auteurs avaient décrit une forme sans nævus. D'autre part, s'agit-il vraiment d'une ostéo-hypertrophie ? Dans la première observation, il s'agit surtout d'un allongement qui atteint 3 *cm.* au niveau du fémur et 2 *cm.* au niveau du tibia. Mais ce même fémur a 3 *mm.* de diamètre de moins que celui du côté sain, les tibias sont identiques. L'augmentation de longueur dans la deuxième observation est moins marquée (1 *cm.* 5 au niveau du tibia et 0 *cm.* 5 au niveau du fémur) ; mais, par contre, le tibia a 2 *mm.* de plus de diamètre que celui du côté sain. Il s'agit d'une croissance osseuse régulière, avec surtout une augmentation de longueur comme s'il y avait un hyperfonctionnement du cartilage de conjugaison.

La veinographie permet de se rendre compte que les varices ne constituent pas seulement une hypertrophie du système veineux au même titre que l'hypertrophie osseuse. Dans nos 2 cas, les varices sont secondaires à un obstacle sur la circulation de retour : bride congénitale dans un cas, malformation vasculaire congénitale dans l'autre.

Il ne s'agit donc pas, comme très souvent d'ailleurs, de varices primitives, mais bien secondaires à une cause anatomique. C'est ici que le problème prend toute son importance. Nous avons, dans nos 2 observations, mis en évidence radiographiquement puis vérifié opératoirement la cause véritable de ce que nous appelons jusqu'à présent nævus variqueux ostéo-hypertrophique. L'obstacle anatomique entraîne une gêne évidente dans la circulation de retour d'où dilatation secondaire des réseaux veineux sous-jacents et création, comme toujours dans ces cas, de voies de dérivation pour ramener le sang, malgré l'obstacle et en le contournant. Ce que nous appelons varices, ce sont simplement des voies de sauvetage de la circulation de retour. J'y insiste, car très souvent ces voies de suppléance qui sont la représentation superficielle d'un obstacle ou d'une thrombose profonde sont prises pour de simples varices et attaquées médicalement par les injections sclérosantes (comme dans un de nos cas) ou même chirurgicalement. On comprend les accidents qui peuvent survenir.

Mais cette stase veineuse ne se borne pas à faire dilater les veines sous-jacentes superficielles et profondes. Elle retentit sur toute la circulation du membre inférieur et il est facile de comprendre qu'il existe une stase avec hypertension dans les petites veinules terminales, et en particulier au niveau des cartilages de conjugaison, d'où l'accroissement de longueur du squelette intéressé. Chez une de nos malades il y a un très net allongement du squelette du côté où siègent les troubles de la circulation de retour.

Policard, dans son livre récent sur « l'appareil de croissance des os longs », signale sans y apporter une grande foi les expériences de Kishhawa (1936) qui, par des ligatures veineuses, a provoqué sans exception un allongement du squelette allant de 0,74 à 1,77 pour 100. Mieux que de nouvelles expériences, nos 2 observations cliniques viennent à l'appui de la théorie de l'auteur japonais.

De même, le nævus, quand il existe, doit être considéré lui aussi comme secondaire à la stase veineuse avec hypertension. D'ailleurs, dans notre première observation, le nævus siège sur la peau sous laquelle existent les pelotons variqueux les plus importants. Il nous faut donc abandonner la conception de Klippel et Trénaunay suivant laquelle le nævus serait à l'origine de tous ces troubles. L'élément initial est l'obstacle à la circulation veineuse de retour qui entraîne secondairement l'apparition des varices, puis les troubles trophiques osseux et l'apparition du nævus. La dénomination de nævus variqueux ostéo-hypertrophique n'est guère plus heureuse puisqu'elle met en évidence un symptôme qui est non seulement secondaire, mais encore inconstant.

Tout ceci nous permet d'analyser la quantité de faits que Parkes Weber a rangés sous le titre d'Hémangiectasie hypertrophique, faits qui déroutent un peu le lecteur à première vue. Dans ce groupe, l'auteur anglais fait en effet rentrer non seulement ce qu'en France nous appelons le syndrome de Klippel et Trénaunay, mais encore les hypertrophies que l'on voit dans des affections vasculaires telles que anévrysmes artério-veineux, anévrysmes circoïdes, angiomes. Ces faits ne sont pas rares et l'hypertrophie porte sur un segment de membre ou sur tout le membre intéressé.

Ce que nous avons vu dans nos 2 observations et dans les artériographies d'anévrysmes artério-veineux ou circoïdes nous permet de comprendre pourquoi dans ces cas il y a hypertrophie du membre. En effet, dans l'anévrysme artério-veineux, dans l'anévrysme circoïde, il y a une hypertension veineuse évidente puisqu'une partie du sang artériel passe directement par ces orifices anormaux dans les veines. L'artériographie ne fait que confirmer ces faits. Nous nous retrouvons donc dans les mêmes conditions physio-pathologiques de stase avec hypertension veineuse : dans nos 2 cas, l'hypertension veineuse est provoquée par une bride et une malformation de la veine principale ; dans l'hémangiectasie hypertrophique de Parkes Weber, l'hypertension veineuse est due à un apport anormal du sang artériel à la suite d'une ou plusieurs fistules artério-veineuses.

Toutes ces considérations physio-pathologiques n'ont pas qu'un intérêt scientifique. La thérapeutique doit en tirer de solides directives. En France, un certain nombre d'auteurs ont incriminé la syphilis dans l'étiologie des faits que nous rapportons. Nos amis anglais, à la Royal Society of Medecine, nous en ont fait la critique et, en particulier, au sujet d'un cas « d'hémangiectatic hypertrophy » rapporté par Beatty en 1926, 3 membres de cette Société se sont élevés contre cette conception et le Dr Cockayne déclara en particulier : « *Judgin from the French literature, scarcely any child was free from syphilis in France.* » Nos 2 observations montrent bien que cette idée d'accuser la syphilis quand nous ne savons pas exactement mettre une étiquette est encore bien vivace. Dans les faits qui nous occupent, comme dans les artérites, comme dans l'angine de poitrine, la syphilis ne joue qu'un rôle tout à fait secondaire quand elle existe. Nos radiographies et nos constatations opératoires apportent quelques éclaircissements à ceux qui incriminent la syphilis comme aussi à ceux qui, comme Parkes Weber, émettaient l'hypothèse d'un dérèglement du système nerveux local pendant la vie intra-utérine entraînant un plus grand apport de sang.

Tout ceci démontre bien qu'en pathologie vasculaire, qu'il s'agisse d'affections artérielles, veineuses ou lymphatiques, si nous voulons arriver à quelques résultats théoriques et pratiques, il faut nous aider de la radiographie vasculaire. En présence d'un enfant présentant une augmentation de volume du membre, avec augmentation de longueur (le lymphœdème ne donne pas d'augmentation de longueur) la clinique nous permettra, s'il existe un thrill de penser à un anévrysme artério-veineux ou circoïde. L'artériographie en précisera la localisation et la topographie, l'intervention chirurgicale s'attaquera tout de suite à la véritable cause (suppression de la fistule artério-veineuse, extirpation de l'anévrysme circoïde). Par contre, s'il existe une hypertrophie du membre inférieur avec des varices, il faudra dès que possible en chercher la cause par la veinographie. Je crois qu'il faut agir assez vite Les troubles qui en résultent ne sont pas toujours réversibles, en particulier l'allongement osseux Dans notre premier cas, l'augmentation de longueur atteint 4 *cm.*, et on ne doit pas oublier qu'Ollier a rapporté un allongement de 10 *cm.* C'est pourquoi il faut intervenir dès le jeune âge, vers 4 ou 5 ans, la veinographie pouvant être faite sans danger. Une de nos observations nous montre que ce n'est pas toujours dès la première radiographie que le diagnostic sera fait.

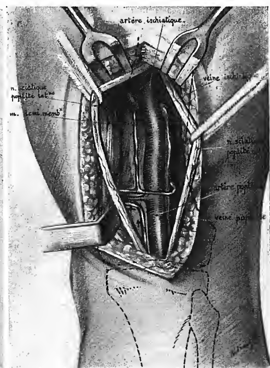


Fig. 1 et 2. — (Mlle D.) Veinographie du 1er Mai 1943 et dessins opératoires.

SOCIÉTÉS DE PARIS

ACADÉMIE DES SCIENCES

16 Août 1944 [1].

Etude du mécanisme de l'agglutination microbienne. — M. **Max Viscontini**. Les émulsions microbiennes suivent les lois colloïdales générales des particules en suspension, aussi bien en ce qui concerne l'absorption des électrolytes qu'en ce qui concerne la floculation consécutive à une diminution de leur charge électrique, et ceci sans intervention de variations dans les forces de cohésion. L'agglutination en présence du sérum d'un animal immunisé est un phénomène absolument indépendant de ces lois physico-chimiques. Elle peut se produire lors que les charges électriques portées par les microbes sont telles que des émulsions microbiennes normales devraient se conserver dans un état de stabilité parfaite.

La feuille de Tilleul dans l'alimentation humaine. — M. **Léon Binet** a obtenu, des feuilles de Tilleul, rapidement desséchées, écrasées et tamisées, une poudre verte : 300 *g.* de feuilles fournissent de 80 à 100 *g.* de poudre et cette farine considérée au point de vue alimentaire est remarquable par sa teneur en azote, 27,87 pour 1.000. Cette poudre est disloquée, solubilisée par les ferments digestifs : la pepsine, la trypsine l'attaquent sûrement, surtout après cuisson ; 80 pour 100 de l'azote peuvent être solubilisés par la trypsine. Cette farine renferme en outre de la chlorophylle (2 *g.* 5 pour 1.000) c'est-à-dire un corps qui peut jouer utilement comme correcteur les états anémiques. Mélangée à de la farine d'orge, cette farine verte est utilisée depuis 3 ans dans l'alimentation humaine.

Sur quelques propriétés du trichloronitrométhane pratiquement utilisables. — M. **Gabriel Bertrand**. Le trichloronitrométhane (chloropicrine) se prête à un grand nombre de recherches de laboratoires ; on peut l'appliquer en grand aux liquides les plus divers, alimentaires ou industriels ; il convient particulièrement bien pour la fabrication des laits condensés ou desséchés, de la caséine et du lactose, des masses textiles ou plastiques à base de lait.

Développement de la production de l'antigélatinase tétanique chez les chevaux au cours de leur hyperimmunisation au moyen de l'anaferment spécifique. — MM. **Gaston Ramon** et **Louis Nicol** ont mis dernièrement en évidence le principe de la transformation d'un ferment microbien tel que la gélatinase tétanique en anaferment, dépourvu de pouvoir gélatinolytique, mais capable cependant de provoquer l'apparition, dans le sérum sanguin de l'animal auquel on l'injecte, d'un antiferment qui, mélangé en proportion convenable au ferment spécifique, le met hors d'état de manifester sa propriété enzymatique. Etendant le champ de leurs investigations, les auteurs étudient le développement de l'antiferment chez des chevaux soumis à des injections du filtrat de culture tétanique qui a subi l'action du formol et de la chaleur et dont le ferment qu'il renferme a été, de ce fait, transformé en anaferment et la toxine en anatoxine.

Le développement de l'antiferment tétanique sous l'influence de l'hyperimmunisation du cheval au moyen de l'anaferment suit les lois générales de la production des anticorps.

J. Couturat.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

19 Juin 1945.

Notice nécrologique sur M. Tiffeneau. — M. **Delépine.**

Présentation d'un jeune déporté castré dans le camp d'Auschwitz en 1943. — MM. **Courrier** et **Poumeau-Delille** présentent un déporté français d'origine polonaise qui a été castré en 1943 au camp d'Auschwitz sans aucune raison d'ordre médical ; l'opération a été faite par un chirurgien déporté de nationalité étrangère sous la surveillance d'un médecin S.S. ; le chirurgien a prétendu avoir agi par contrainte et avoir laissé un fragment de glande. D'autres sujets jeunes ont été castrés à la même époque, certains après avoir subi des irradiations ; la plupart auraient succombé. Il y a donc toutes raisons de supposer que ces castrations ont été faites dans un but expérimental.

Intérêt de la culture des crachats ou du liquide de tubage pour le diagnostic de la tuberculose chez les prisonniers rapatriés. — MM. **F. Bezançon**, **Braun** et **Vergès** insistent sur l'intérêt de la culture sur milieu de Petragnani-Lœwenstein qui est actuellement la méthode de choix en raison des difficultés de l'inoculation au cobaye. Sur 139 cultures de crachats avec examen direct et homogénéisation négatives, 34 ont été positives ; sur 168 cultures de liquide de tubage chez des sujets dont l'examen des crachats par les méthodes usuelles n'avait pas montré de bacilles, 14 ont été positives. Faute de pratiquer la culture, on aurait fait un diagnostic inexact dans 1/6 des cas. Les auteurs soulignent les conséquences de ces insuffisances techniques : contagion, insuffisance de traitement, invalidité trop basse.

Intérêt de la culture des crachats pour la détermination du caractère évolutif de lésions pulmonaires révélées par les examens radiographiques systématiques. — MM. **F. Bezançon**, **Braun** et **Torchaussé** rappellent que ces lésions sont plus souvent qu'on ne le pense des tuberculoses faiblement évolutives ne renfermant que de très rares bacilles. Sur 217 examens de crachats, 179 ont été négatifs par les méthodes usuelles et la culture ; dans 21, l'examen direct ou l'homogénéisation ont montré de rares bacilles ; la culture a révélé 17 autres cas positifs. Sur 109 examens de liquide gastrique, l'examen direct n'a montré les bacilles que dans un cas, la culture en a révélé dans 14. La technique de la culture a donc modifié le diagnostic dans 1 cas sur 9. Il faudrait organiser mieux les laboratoires car la culture et l'inoculation nécessitent des installations bien aménagées et le contrôle de bactériologistes spécialisés.

Transformation des fibro-adénomes mammaires transplantables du rat en tumeurs complexes. — MM. **Roussy** et **Guérin** ont déjà montré que ces tumeurs pouvaient présenter des métaplasies graisseuses et sébacées ; ils décrivent deux nouveaux aspects de ces métaplasies, ostéo-chondroïdes et épidermoïdes dont la présence justifie l'appellation de tumeurs mixtes ; c'est un argument important en faveur de la théorie purement métaplasique contre celle des inclusions embryonnaires. Les auteurs ont pu suivre aux dépens des métaplasies épidermoïdes le développement d'épithélioma malpighien ; si l'on se rappelle la rareté des épithéliomas mammaires spontanés chez le rat, leur développement dans ces tumeurs greffées en métaplasie plaide en faveur du rôle des phénomènes d'irritation cellulaire chronique dans la cancérisation. Le parallélisme avec la pathologie humaine est incontestable. Cette analyse n'a été possible que par l'artifice de la greffe en série qui permet à une tumeur d'extérioriser toutes ses potentialités d'évolution.

Que faut-il penser de l'hémicraniose de Brissaud-Lereboullet ? — M. **Lhermitte**, à propos de deux nouveaux cas, rappelle que cette affection est caractérisée par la survenance dans la jeune enfance d'une déformation fronto-pariétale et l'apparition tardive de signes tels que l'hémiplégie et l'épilepsie. Le rapprochement avec l'hémiatrophie faciale est injustifié ; dans tous les cas, l'autopsie a montré un méningiome en plaque infiltrant très lentement le crâne et déterminant l'hyperostose. Le traitement neuro-chirurgical s'impose.

Ordre du jour au service de Santé militaire. — M. **Debenedetti** donne lecture de cet ordre du jour mettant en lumière l'œuvre réalisée et rendant hommage à tous ceux qui par leur courage et leur valeur ont permis de l'accomplir.

L'aconitine, remède polyvalent. — M. **Denigès** montre les bons effets de l'aconitine dans les névralgies du trijumeau et le zona douloureux ; c'est aussi un tonicardiaque susceptible de régulariser le pouls.

La tuberculine exerce-t-elle une action sensibilisante ? — M. **Boquet** montre que dans certains cas les intradermo-tuberculinations répétées chaque semaine à forte dose créent parfois, chez le cobaye, une sorte de sensibilisation mixte qui s'adresse à la fois aux protéides dénaturées de la tuberculine et aux protides complexes d'origine animale contenus dans le bouillon ; les faits d'activation d'anciennes épreuves tuberculiniques négatives signalées par de nombreux auteurs peuvent être liés à cette action préparante de la tuberculine.

Teneur en bacilles de Koch et en bacilles de Bang des laits mis en vente dans la région parisienne. — M. **Verge** a examiné, de 1935 à 1939, 116 laits (16 crus et 100 pasteurisés) mis en vente dans la région parisienne et n'a trouvé dans aucun cas le bacille tuberculeux ou le bacille de Bang.

Lucien Rouquès.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

20 Juin 1945.

Tumeur du cou probablement d'origine nerveuse. — M. **Roux-Berger**. Le diagnostic de ces lésions, très rarement posé, est très difficile. Du point de vue opératoire, l'exérèse des tumeurs nerveuses du cou peut être très délicate. En effet, elles contractent souvent des adhérences intimes avec l'axe laryngo-trachéal et avec les gros vaisseaux cervicaux. L'opération correcte doit comporter la découverte et l'isolement préalable de ces derniers.

Sur un cas d'hypertension artérielle due à une hydronéphrose. Néphrectomie. Disparition de l'hypertension. — MM. **Fontaine** et **Ambard** (Strasbourg). M. **Leriche**, rapporteur. Les auteurs apportent une observation longuement suivie où la découverte d'une hydronéphrose et le traitement par ablation rénale amena une chute nette de la tension de 25 à 16, chute qui se maintient. Il y a donc une preuve de plus du rôle d'une seule lésion rénale sur l'hypertension permanente.

— M. **Pasteau** rappelle l'hypertension transitoire des urinaires en rétention.

— M. **Moulonguet** cite une thèse récente sur ce sujet.

Opérations réparatrices pour prolapsus consécutif aux amputations du rectum chez la femme. — M. **Moulonguet**, après **Gernez**, a utilisé la diathermo-coagulation massive des tumeurs étendues du périnée inextirpables chirurgicalement. Le procédé évite les douleurs, les hémorragies et les infections graves dues à la résorption. Après ces destructions élargies, les survies sont souvent remarquables. Mais il peut être nécessaire de faire des opérations plastiques pour lutter contre les prolapsus secondaires. A l'aide de deux lambeaux prélevés sur chaque fesse, l'auteur crée un pont cutané qui s'oppose suffisamment aux chutes viscérales, bien que non doublé à sa face profonde.

— M. **Bréchot** pense que les diathermo-coagulations peuvent être très shockantes.

— M. **Sénèque** parle de prolapsus coliques après amputation basse du rectum. Les plasties musculaires à l'aide du droit interne peuvent donner d'excellents résultats.

— M. **Hepp** utilise une technique à lambeaux du même genre décrite par M. Mallet-Guy (Lyon).

Anesthésie péridurale haute. — M. **Bonniot** critique cette anesthésie souvent incomplète et qui est dangereuse. Sur 26 cas il y a 2 morts. La diffusion du liquide se faisant le long des gaines nerveuses peut gagner le liquide céphalo-rachidien par perméabilité exagérée, même sans qu'on ait créé une lésion méningée.

— M. **Maurer**, sur un total de 80 cas, a également constaté des accidents graves ; allant de la syncope à la mort subite. Des contrôles sur le sujet ont montré que le liquide injecté diffusait autour de l'étui dural. La méthode est donc dangereuse.

— M. **Moulonguet** cite aussi quelques échecs.

Etude fonctionnelle d'une œsophagoplastie préthoracique. — M. **Gueullette**. L'opération de Läwen avec ses temps multiples est peu dangereuse et peut donner d'excellents résultats. L'auteur en présente un remarquable exemple où il a pu vérifier après guérison totale le fonctionnement spécial du tube néoformé. Il insiste sur les difficultés techniques des temps de raccordement entre tube cutané et intestin d'une part, et tube cutané et œsophage d'autre part. Les clichés qu'il apporte montrent l'existence d'une dilatation cervicale inférieure là où est fait le premier raccord. Ensuite le tube cutané demeure rigide, puis le péristaltisme de l'intestin intervient. L'auteur envisage la possibilité d'un raccord sans pont cutané, directement de l'intestin grêle à l'œsophage. Il montre les sections du mésentère que cela implique.

Les statistiques remarquables de Judin affirment que l'anastomose directe œsophago-jéjunale n'est pas toujours possible.

— M. **Dufourmentel** a vu des opérés de Judin et a été frappé par la possibilité qu'ont ces malades de déglutir tête basse.

Ostéolyse progressive de la main. — MM. **Badelon** et **Daydé** (Marine). Présentation de radiographies par M. **Mouchet.**

Jean Calvet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

15 Juin 1945.

A propos de la communication de M. Nicaude. — M. **Poumeau-Delille** souligne l'intérêt de l'artériographie. Chez les sujets résistants l'artériectomie est le meilleur traitement. Chez les sujets moins résistants, l'intervention sur le sympathique doit être préférée ; mais on ne doit la pratiquer qu'après avoir apprécié les effets d'une infiltration novocaïnique du sympathique.

— M. **Fiessinger** a vu l'artériographie affirmer la perméabilité d'artères qui paraissaient non battantes.

— M. **Cl. Vincent** rappelle l'innocuité absolue des artériographies cérébrales.

Un cas de diabète insipide avec dissociation permanente extrême entre la soif et la polyurie. — MM. **Raoul Kourilsky**, **H. Hinglais**, M[lle] **Welti** ont observé chez une jeune fille de 15 ans atteinte du syndrome de Simmonds, un diabète insipide caractérisé par une polydipsie importante (14 litres par jour) alors que la polyurie n'était que de 6 à 7 litres. Cette constatation a été faite dans des conditions rigoureuses excluant toute supercherie.

Préalablement à l'installation de ce diabète insipide, *existait une phase* d'oligurie (250 à 700 *cm³* par 24 h.) avec dissociation *quantitative* entre la diurèse et l'ingestion, dans le même rapport de 1 à 2. Le diabète insipide persista 6 mois et s'atténua à l'approche de la mort survenue par tuberculose pulmonaire.

L'analyse biologique de ce diabète insipide par la méthode de la restriction des boissons montre qu'il appartenait à la variété *polydipsique* : la restriction des urines frisa presque l'anurie (50 à 60 *cm³*) en 44 heures, sans entraîner d'incident grave. Il existait d'autre part un trouble du métabolisme du sel avec hypochlorurie, et habituelle et en phase oligurique, une rétention alcaline sèche. De plus, le diabète était relativement résistant à la pituitrine. L'origine de la maladie était vraisemblablement une tuberculose infundibulaire.

L'existence de cette dissociation considérable entre la polyurie et la soif dans le rapport de 1 à 2 est jusqu'ici une constatation unique. *Elle constitue un nouvel argument contre la pathogénie uniciste de la polyurie primitive que l'auteur* a démontré être inexacte dans la majorité des cas de diabète insipide, et a la valeur d'une vérification expérimentale cruciale de la thèse qu'il a soutenue. Elle apporte un élément séméiologique nouveau dans la description du diabète insipide et particulièrement des formes polydipsiques.

Sur le plan physiologique, elle démontre, à côté de la polyurie, l'existence d'un *très grand dérèglement de l'élimination extra-rénale de l'eau.* L'exagération de cette dissociation dans la cachexie hypophysaire fait pendant à la diminution de cette fonction dans les oliguries avec rétention d'eau que l'auteur a précédemment étudiées avec M. H. Hinglais.

Enfin, l'existence d'un trouble spécial du métabolisme du sel caractérisé par une rétention chlorurée sèche sans fixation corrélative d'eau et une constatation jusqu'ici iné

---

1. Le mode de publication tardif des *C. R. de l'Académie des Sciences* ne nous permet pas de donner plus rapidement le résumé des séances de cette Académie.

dite dans les atteintes métaboliques d'origine infundibulaires. L'ensemble de ces faits ouvre à la réflexion physiologique, des aperçus nouveaux.

Polyurie permanente isolée sans polydipsie. — MM. **Raoul Kourilsky** et **Paul Larget** ont observé chez un homme de 61 ans, une polyurie permanente de 4.500-5 litres sans modification corrélative de la soif (1.200-1.500 en 24 heures) et ont pu suivre ce malade durant un an et demi. Accompagnée au début d'un amaigrissement très important qui s'est maintenu durant un an, malgré une polyphagie considérable, la polyurie cède spontanément peu à peu en 6 mois en même temps qu'un accroissement de poids de 26 kg. fut enregistré. L'origine du syndrome était vraisemblablement une complication infectieuse d'origine otitique. Cette polyurie ne s'accompagnait d'aucun autre dérèglement métabolique : pas de diabète sucré ; l'élimination du sel était normale. La localisation centrale était confirmée par l'existence d'un Romberg isolé qui disparut peu à peu.

L'étude biologique de la polyurie montrait qu'elle n'était pas indépendante des boissons malgré le grand décalage des deux valeurs. D'une sensibilité extrême aux actions réflexes, elle était relativement peu influencée par la pituitrine et de façon transitoire. Par contre, la chlororation qui ne provoque pas de grandes exacerbations de la soif, exagère fortement et électivement la polyurie. Celle-ci se réduit en régime déchloruré et se rapproche du taux des boissons.

Cette observation est importante, parce qu'elle apporte une nouvelle preuve de la dissociation possible entre la polyurie et la soif. A côté des diabètes insipides, à forme polydipsique (2/3 des cas) des diabètes insipides avec dérèglement portant à la fois sur la polydipsie et la polyurie : il existe donc des polyuries isolées. Ainsi se trouve démontrée l'existence d'une véritable gamme entre la polydipsie et la polyurie. Cette notion doit remplacer l'ancienne conception du diabète insipide.

D'autre part, cette observation de polyurie isolée fait pendant à celle inverse de grande polydipsie avec faible élimination urinaire déjà publiée par l'auteur. Elle pose le problème de savoir si dans l'écart excessif entre ces deux variables, n'intervient pas un trouble de l'élimination extrarénale de l'eau. La notion de ce trouble ressort de plus en plus de l'étude faite par les auteurs : il existe dans l'oligurie hypophysaire, dans le diabète polydipsique avec faible élimination d'eau ; il peut expliquer en partie la polyurie isolée ; la totalité de l'eau ingérée et de formation endogène passant par les urines. On doit donc faire une place à ce dérèglement jusque-là négligé.

— M. **N. Fiessinger** s'étonne de la stabilité du poids du malade qui éliminait trois fois plus de liquide qu'il n'en buvait. Peut-être faut-il envisager l'importance d'une alimentation très riche en légumes verts.

Considérations sur les sténoses bronchiques des tuberculoses pulmonaires, à propos de 24 cas. — MM. **L. Letacon** et **F. Magnin** (d'Hauteville). Ces 24 cas de sténose bronchique ont été observés chez les tuberculeux pulmonaires de la station de cure d'Hauteville en 18 mois. Cet état pathologique qui passe pour rare, est donc assez fréquent, quand on sait l'observer.

Ce sont surtout des faits de condensation rétractile qui le font chercher, mais aussi un catarrhe bronchique sans rapports avec les lésions pulmonaires, des bruits respiratoires anormaux, des images cavitaires nettes de souffles, qui l'ont fait chercher.

C'est la bronchoscopie qui en démontre la réalité, sténoses infundibuliformes ou rétrécissement en fente.

Elles peuvent guérir spontanément, ou s'améliorer par aspirations bronchiques, quelquefois amener la mort par complications propres.

Paradoxes de l'atélectasie pulmonaire massive. Sténose bronchique et bronchectasie sous-cavitaire des tuberculeux. — MM. **Ameuille, J.-M. Lemoine** et **Berthet,** critiquent l'habitude qu'on a prise de poser le diagnostic d'atélectasie pulmonaire massive sur l'aspect radiologique de condensation pulmonaire rétractile. Jamais ces aspects ne correspondent à de l'atélectasie pulmonaire pure. De plus ils ne sont pas associés nécessairement à une obstruction bronchique totale. Chez les tuberculeux on les voit dans des *sténoses bronchiques* qui sont rarement complètement oblitérantes mais aussi dans les *bronchectasies sous-cavitaires*, c'est-à-dire dans des conditions de perméabilité bronchique opposées.

Ce paradoxe est plus facilement explicable si, au lieu de la physiologie pathologique du « courant d'air » on fait intervenir la notion très féconde de stase bronchique.

— M. **Paraf** rappelle la fréquence des lésions bronchiques (sténoses ou ulcérations) au cours des tuberculoses qui réagissent mal au collapsus.

— M. **Lenègre** a souvent constaté des lésions des bronches et bronchioles chez des sujets classés comme scléreux pulmonaires ou emphysémateux.

— M. **Rist** a vu une dilatation des bronches se développer au cours d'une insuffisance cardiaque avec retentissement pulmonaire.

J. Fauvet.

SOCIÉTÉ DE GASTRO-ENTÉROLOGIE DE PARIS

16 Avril 1945.

La gastrectomie pour ulcère est-elle une opération bénigne ? — MM. **Hillemand, R. Viguier** et **Rousseau** rapportent leur statistique hospitalière de gastrectomie. Sur 660 ulcéreux vus par eux en deux ans 58 ont été gastrectomisés. Onze sont morts dans les jours qui ont suivi l'intervention, deux tardivement. Leur statistique de 22,4 pour 100 de décès s'éloigne donc considérablement des statistiques très faibles rapportées par nos collègues chirurgiens. Cette différence entre ces statistiques médicales et chirurgicales est due au fait que leurs malades n'ont pas été opérés par un seul chirurgien, mais par l'ensemble des opérateurs d'un centre hospitalier. Ils rapportent les causes de mort (2 hémorragies, 3 péritonites, 1 infarctus du cæcum, une nécrose du pancréas, une bronchopneumonie, une mort subite, 1 abcès du poumon, 3 morts d'origine indéterminée). Ils étudient les différents facteurs qui ont pu jouer (soins pré-opératoires, état des malades, siège de l'ulcère, anesthésie, etc.). Ils arrivent à cette conclusion que presque tous les décès ont été secondaires ou à une mauvaise préparation, ou à une faute de technique, ou à une mauvaise appréciation des indications de la gastrectomie. Tout ulcère ne doit pas être gastrectomisé. Certains sont justiciables de la gastroentérostomie, d'autres réclament une gastrostomie transpylorique ou une jéjunostomie préalable. La gastrectomie opération bénigne en certaines mains, ne l'est pas dans toutes. Les auteurs ne croient pas la discréditer en rapportant ces faits. Bien au contraire, c'est la multiplication excessive des indications opératoires, la répétition des accidents qui la discréditent, et ils sont convaincus, que plus l'on répétera que c'est une opération sérieuse, plus on arrivera à la rendre bénigne et à se rapprocher des belles statistiques évoquées plus haut.

— M. **Bergeret** pense que la préparation du malade a une grosse importance. Dans certains ulcères pyloroduodénaux, il faut parfois savoir faire une intervention en deux temps. La gastro-entérostomie est surtout indiquée lorsqu'il existe une sténose pylorique.

— M. **Lenoir** a l'impression que l'on fait trop de gastrectomies. Les malades ayant subi une gastro-entérostomie ont de bons résultats s'ils continuent à suivre un traitement longtemps après l'intervention.

— M. **Fauvert** remarque que les mauvais résultats statistiques rapportés par H. sont dus à des raisons contingentes auxquelles il est possible de remédier. Il rappelle les bons résultats éloignés des gastrectomies.

— M. **Gutmann** dit que les restrictions actuelles ne sont pas sans influencer les résultats immédiats de la gastrectomie. Il préconise l'adjonction de vitamines et surtout de vitamine A au traitement pré-opératoire. Tous les ulcères ne doivent pas être opérés. L'intervention doit être réservée aux ulcères compliqués ou qui résistent au traitement médical. Il ne faut pas opérer un malade en poussée ulcéreuse.

— M. **Sénèque** dit que la statistique de H. montre que la gastrectomie est une intervention sérieuse. Il évite d'opérer les malades qui présentent une polynucléose élevée.

— M. **Caroli** pense que la gastro-entérostomie ne doit pas être réhabilitée. Il a constaté, plus qu'auparavant la survenue d'ulcère peptique après gastrectomie. Il croit pouvoir mettre en cause le manque de matières grasses.

— M. **Lambling** relève l'influence sociale qui ressort de la statistique de H. selon laquelle il semble que pour les malades de ville la gastrectomie donne beaucoup moins de mortalité que pour les malades d'hôpital. Il y aurait intérêt à ce que seuls des chirurgiens qualifiés puissent faire, à l'hôpital, des gastrectomies.

— M. **Lenoir** rappelle que dans certaines conditions il est officiellement possible de modifier le régime des opérés ou des malades.

— M. **Chiray** croit que l'insuffisance des moyens de traitement médical des ulcéreux fait qu'on les confie davantage actuellement au chirurgien.

— M. **Ameline** souligne les difficultés d'un bon et suffisant enseignement de la chirurgie.

— M. **Moutier** pense que la mortalité des gastrectomies est fonction surtout de la personnalité du chirurgien.

Une nouvelle indication des épreuves à la morphine et à l'ipéca, la pharmacoradiographie du canal pylorique, de l'antre et de la petite courbure gastrique. — MM. **Guy Albot, R. Le Canuet, J. Feffer, S. Buhot** ont utilisé l'hypertonie et l'hyperkinésie gastrique, que provoquent la morphine et l'ipéca pour rechercher ou préciser de petites déformations gastriques.

Selon l'état fonctionnel, la région, la lésion, ils utilisent la morphine, qui est plutôt hyperkinétique ou l'ipéca, qui est plutôt hypertonique.

Ils réservent ces techniques aux estomacs qui ne sont ni hypertoniques, ni hyperkinétiques.

La région pylorique et l'antre bénéficient davantage de l'action morphinique ; ils ont pu, grâce à cette technique faire la preuve de l'intégrité pariétale dans certains aspects fonctionnels pseudo-lacunaires ; en outre, il leur a été possible d'identifier de petites lésions de l'antre, masquées par d'importantes déformations fonctionnelles surajoutées. Ils montrent une petite niche du canal pylorique et une niche de face de l'antre visibles grâce à la morphine.

L'ipéca est également susceptible d'améliorer le diagnostic pour le pylore et l'antre ; mais ces résultats sont là un peu moins bons que ceux de la morphine.

Par contre, pour la petite courbure, l'ipéca procure d'excellents résultats et les auteurs lui donnent la préférence toutes les fois qu'il s'agit d'analyser des images de niches, tandis qu'ils réservent alors la morphine pour l'étude des rigidités segmentaires.

— M. **Hillemand** pense que l'épreuve à la morphine donne de meilleurs renseignements pour l'étude du bulbe que pour celle de la petite courbure.

Invaginations intestinales de l'adulte par tumeur du tube digestif. — MM. **Bergeret, Megret** et **Champeau** rapportent 12 observations d'invagination intestinale de l'adulte et montrent les clichés qui dans quelques cas permettent de faire le diagnostic. Sur 18 cas d'invagination intestinale de l'adulte, 12 avaient pour point de départ une tumeur, les 6 autres étaient spontanées.

— M. **Hillemand** a observé à plusieurs reprises des cancers sigmoïdiens situés au-dessus du rectoscope qu n'étaient pas toujours décelables, mais seulement lors qu'ils s'invaginaient vers le rectum.

J.-M. Gouse.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

3 Mai 1945.

La pénicilline. Naissance d'une industrie française dans l'armée. — MM. **P. Broch, J. Kerharo** e **J. Netik.** Cette communication relate les condition dans lesquelles le Service de Santé de l'armée a orga nisé la première industrie française de la pénicilline Prenant à sa charge l'usine biologique de culture e surface, il a confié l'extraction chimique à des établis sements privés. Dans les circonstances économique actuelles, des difficultés matérielles considérables on dû être surmontées pour mettre en route, en moins d 6 mois, cette fabrication délicate qui a démarré l 10 Avril 1945.

Une expérience française de récupération de l pénicilline. — MM. **P. Broch, J. Kerharo** et **J. Netik** Pour se procurer de la pénicilline le plus rapidemen possible et utiliser une installation d'extraction chi mique plus facile à réaliser et prête depuis Janvier 1945 les auteurs ont récupéré industriellement dans les hôpi taux américains de la région parisienne la pénicillin excrétée dans les urines des blessés traités avec c médicament. Ils décrivent l'organisation de la collect et les procédés de stabilisation qu'ils ont mis au poin pour éviter la destruction de la pénicilline, normalemen très rapide. On obtient ainsi, avec un rendement inté ressant, une pénicilline dont l'action sur l'animal e sur l'homme est absolument superposable à celle d produit américain.

Fabrication biologique et contrôle de la pénicilline de l'armée française. — MM. **P. Broch, J. Kerharo** et **J. Netik.** L'installation biologique du Centr militaire de la pénicilline utilise la culture du *Penicil lium notatum* sur milieu liquide en boîte de Roux. Ell réalise industriellement la préparation, la mise en bou teilles, la stérilisation, l'ensemencement et la récolte d milieux qui, au dernier stade, sont riches en pénicilline Ces liquides refroidis sont envoyés à l'usine chimique Les auteurs insistent sur la nécessité de contrôles systé matiques (entretien des souches, stérilité des diverse manipulations, variations du pH et de la teneur e pénicilline des milieux).

Les syndromes épigastriques douloureux systématiques d'une lésion de l'encéphale. — MM. **P Nouail** et **A. Charlin** rapportent deux observations d syndromes douloureux épigastriques purs sans sympto matologie neurologique en dehors d'un signe de Ros solino, d'une hyper-extensibilité et qui se sont révélés après examens encéphalographique et ventriculographique comme symptomatiques d'une lésion de l'encéphale (mé ningiome dans un cas, arachnoïdite dans l'autre).

Le traitement neuro-chirurgical a fait disparaître ce crises douloureuses qui doivent être rattachées à l'épi lepsie viscérale.

Nouvelles données sur la vitamine PP. — M. **H Gounelle** rassemble l'essentiel des travaux que l'équip du Centre de Recherches de l'Hôpital Foch a consacré ces dernières années à l'étude de la vitamine PP. Son successivement envisagées les variations normales et pa thologiques de la nicotinamidémie, l'appréciation de besoins quotidiens de la vitamine chez l'homme, cer taines précisions dans les teneurs du foie humain e nicotinamide et les enseignements tirés de l'étude d'un épidémie de pellagre.

R. Trial.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

27 Avril 1945.

Le terrain cancéreux. — M. **Taguet** attire l'atten tion sur la nécessité dans la lutte contre le cance d'attacher une grande importance au terrain cancéreu dont la tumeur n'est que la manifestation apparente S'il y a des individus cancéro-résistants, un gran nombre sous des causes diverses perdent cette défens innée ou présentent héréditairement un état réceptif Aussi, en matière thérapeutique, doit-on ne pas s contenter de l'action anti-tumorale qui ne donne tro souvent que des résultats éphémères, mais de cherche concurremment à agir sur le terrain. Il faut institue une véritable prophylaxie pré-cancéreuse et, à la périod évolutive, une lutte contre le terrain cancérisé.

Le cancer est-il transmissible ? — M. **Pocho** apporte des observations de cancer qui ont évolu comme des maladies transmissibles. En conséquence, i conseille de prendre contre lui toutes les précaution d'usage d'hygiène et de prophylaxie. Dans l'étude de maisons à cancer, il faut envisager, non le bâtimen isolé, mais son entourage et les agglomérations de maisons.

Luquet.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE EXOTIQUE

11 Mars 1945.

Notice nécrologique sur M. J. Cloitre. — M. **G Girard.**

Les « Grands Suspects » de Trypanosomiase dan les environs d'Ebolowa (Cameroun). — MM. **J. Cha beuf** et **J. Mbappe** ont observé, à l'hôpital d'Ebolowa

6 malades nerveux chroniques ; des trypanosomes ont été trouvés dans le sang de 2 sujets et dans le liquide céphalo-rachidien de 3 sujets ; la réaction de Vernes-Péréthynol a été trois fois positive. La majorité des malades correspond cliniquement à des trypanosomés ; cependant la limite entre la trypanosomiase et la syphilis est difficile à faire dans certains cas ; il faut aussi songer aux rickettsioses. Le neurotropisme des maladies tropicales est un domaine à étudier avec soin.

La rage humaine en Afrique Equatoriale française. — MM. **J. Ceccaldi, A. Pellissier, E. Trinquier** et **R. Vargues** rapportent 1 cas de rage humaine observé à Brazzaville, le virus isolé apporte une preuve indiscutable de l'existence de la rage humaine en A.E.F. (comportement chez le lapin, le cobaye et le chien, examen histo-pathologique), la virulence très élevée a entraîné la mort de la malade, malgré une vaccination précoce.

Vaccination contre le typhus exanthématique par la méthode de Castaneda. — Mme **L. Kopciowska** décrit la méthode de préparation du vaccin de Castaneda et suggère l'emploi du vaccin bivalent pour la vaccination contre le typhus.

Contamination de laboratoire par le typhus exanthématique chez des individus vaccinés. — M. **R. Silva** et Mme **L. Kopciowska** signalent que 2 travailleurs de laboratoire vaccinés, l'un avec du vaccin murin, l'autre avec du vaccin bivalent ont contracté, le premier une maladie du type classique, le second du type mixte. Les deux infections étaient bénignes et ont dû être identifiées par les réactions séro.ogiques.

Le traitement économique du paludisme par la « quinine activée ». — M. **H. Floch** fait connaître que le traitement du paludisme à *Plasmodium vivax* ou à *P. falciparum* par la quinine associée à la résorcine et au bleu de méthylène peut être employé efficacement et permet l'économie de la quinine dans une proportion de 3 à 1 ; il rappelle à ce sujet les résultats déjà obtenus par MM. Ragiot et Delbove.

La cholérine du Soudan. — MM. **G. Lefrou, P. Kervan. Y. Loudoux** et **N. Le Poncin** estiment qu'au Soudan les affections microbiennes provoquant des syndromes diarrhéiques doivent être prospectées avec soin ; ces diarrhées qui surviennent périodiquement chez les indigènes à la saison des pluies semblent en rapport avec l'absorption d'eau souillée par les premiers ruissellements sur le sol.

Essais négatifs de conservation par le froid (— 25 C.) des schizontes, des gamètes et des sporozoïtes de « Plasmodium gallinaceum ». — MM. **E. Brumpt** et **Dao van Ty**, contrairement aux observations de Coggeshall qui aurait réussi à conserver vivants pendant 70 jours à 76° des parasites du paludisme du singe, n'ont obtenu aucun résultat dans les essais de conservation des schizontes, des gamètes et des sporozoïtes du paludisme de la pou'e à — 25°. Ces expériences négatives sont utiles à publier afin d'éviter aux auteurs de perdre un temps précieux en les répétant.

— M. **R. Deschiens** rappelle à l'appui des constatations faites par les auteurs que des pro ozoaires beaucoup moins fragiles que les hématozoaires du paludisme, comme l'amibe dysentérique, sont tués par la congélation et la décongélation, ainsi que les épreuves de culture permettent de l'établir.

A propos du nom à donner à la filaire de l'onchocercose humaine. — M. **P. Dollfus** montre que la désignation exacte du parasite de l'onchocercose humaine est *Onchocerca volvulus* et non *Onchocercus volvula*.

Troubles de la vue et onchocercose cutanée au Sénégal. — M. **J. Tisseuil.**

R. Deschiens.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

15 Mai 1945.

Gangrène massive de la jambe chez un nourrisson. — MM. **Marcel Lelong, R. Joseph** et **Laumonier** présentent un nourrisson mongolien qui, à l'âge de 16 mois fit une gangrène massive avec nécrose totale des deux tiers inférieurs de la jambe et du pied droits. A la suite de l'amputation qui s'imposait, les suites opératoires furent normales.

Cette gangrène était le fait d'une artérite oblitérante du tronc tibio-péronier. elle-même consécutive à une broncho-pneumonie. Il est intéressant de noter l'indolence absolue des lésions et l'absence de retentissement marqué sur l'état général.

Croissance des écoliers d'un groupe scolaire pendant l'année 1943-1944. — M. **Boulanger-Pilet** et Mlle **Breuille** communiquent l'étude de 270 enfants d'un groupe scolaire du XVIIIe arrondissement. Le nombre des amaigrissements, dans les deux sexes, est peu élevé (3 pour 100 environ), mais *près de la moitié des garçons et des filles a un accroissement de poids insuffisant*. De même, si le nombre des tailles stationnaires est peu important (0.75 à 5 pour 100), *plus d'un tiers des garçons* (40,45 pour 100) *et des filles* (37,41 pour 100) *a un accroissement statural inférieur à la normale*.

La comparaison avec la croissance de l'année scolaire précédente montre que si la proportion des accroissements de poids inférieurs à la normale est *un peu plus élevée chez les garçons* cette année (46,56 pour 100) contre 36.19 pour 100 en 1942-1943), *celui des filles est un peu moindre* (44.50 pour 100 contre 51.31 pour 100 en 1942-1943).

Le trouble grave de la croissance signalé en 1942-1943 se poursuit donc d'une manière encore inquiétante en 1943-1944. Toutefois il faut noter une *très légère amélioration de la croissance* due à un départ massif des enfants à la campagne après le bombardement de La Chapelle.

Poids et taille des écoliers parisiens en 1938 et en 1944. — M. **Boulanger-Pilet** (*au nom des Médecins Inspecteurs et Assistantes des Ecoles de Paris*). Après plusieurs années de sous-alimentation, il était intéressant de comparer les chiffres actuels de poids et taille des enfants avec ceux d'avant-guerre. Cette étude porte sur 2.595 enfants : 1.299 garçons, 1.296 filles.

Poids. — Dans l'ensemble, pour chaque âge, *le poids en 1944 se montre inférieur au poids de 1938.*

Chez les garçons en 1944, le poids est, en moyenne, inférieur de 2 *kg*. 500 à celui de 1938. Jusqu'à l'âge de 10 ans, les diminutions de poids sont peu marquées, comme l'ont déjà montré d'autres études sur la croissance actuelle. Les abaissements maxima se voient dans la quatorzième année (5 *kg.*) et dans la dix-septième année (4 *kg.* 300) et l'on voit encore les différences de 3 *kg.* 500 à la douzième et la quinzième année.

Chez les filles la diminution du poids est moindre. Elle est seulement, en moyenne, de 1 *kg.* 500 au-dessous du poids de 1938, avec les maxima de — 3 *kg.* 400 et de — 3 *kg.* 200 dans la douzième et la dixième année.

Taille. — Comme le poids, *la taille de 1944 est inférieure à celle de 1938.*

Chez les garçons l'abaissement moyen est de 3 *cm.* 5 avec un maximum dans la onzième année (— 8 *cm.* 5).

Chez les filles, ainsi que pour le poids, *la diminution de taille est moindre que chez les garçons.* Elle est en moyenne de — 2 *cm.* 2. avec un maximum dans la sixième et la douzième année (3 *cm.* 7).

Les chiffres apportés constituent des moyennes. Mais il existe de grandes différences suivant les circonscriptions scolaires considérées. Les chiffres les plus bas ne sont pas toujours constatés dans les quartiers apparemment les plus pauvres, mais les constatations effectuées confirment une fois de plus que les troubles actuels de la croissance sont uniquement dus à une alimentation insuffisante, carencée et déséquilibrée.

Une question se pose : les troubles actuellement constatés vont-ils survivre à la reprise d'une alimentation normale ? Nous pensons qu'on peut être assez optimiste pour l'avenir. En effet, il suffit d'un séjour à la campagne de quelques mois, dans une région convenable, pour voir les chiffres de poids et de taille antérieurement très diminués, reprendre une valeur égale ou supérieure à celle de 1938. De plus, dans les écoles où fonctionne le « Goûter Suisse » nous voyons des enfants particulièrement « dénutris » reprendre taille et poids normaux après une participation de quelques mois à ce goûter généreusement offert par nos amis suisses.

Aussi croyons-nous que lorsque le ravitaillement sera mieux assuré par nos administrations responsables et aidé par nos alliés, la croissance de nos enfants si gravement perturbée reprendra son évolution normale.

Spasme pylorique grave du nourrisson guéri par de fortes doses d'antispasmodiques. — M. **Delthil** communique l'observation d'un nourrisson qui présentait un spasme pylorique total. L'examen radiologique révéla un blocage complet du pylore durant plus de cinq heures. Les doses habituelles de belladone et d'atropine se montrèrent inopérantes. Le spasme ne put être jugulé que par l'emploi de doses d'atropine et de gardénal (1/10 de milligramme et 3 *cg.*) représentant trois fois la dose classique. L'association de ces deux médicaments à forte dose semble nécessaire pour venir à bout des spasmes pyloriques graves.

— M. **Levesque** utilise depuis plusieurs années cette association médicamenteuse contre les spasmes pyloriques. Il est indiqué, en pareil cas, d'administrer le gardénal en injections.

Spondylo-typhus. — MM. **R. A. Marquézy, Ch. Bael** et **J. Darbord** ont observé chez une fillette de 12 ans un cas de fièvre typhoïde ayant débuté par des douleurs lombaires extrêmement violentes, douleurs permanentes avec crises si intenses qu'elles n'étaient calmées que par la morphine. En dehors de ces douleurs existait un état fébrile avec oscillations entre 39 et 40. La dissociation du pouls et de la température permit au bout de quelques jours d'invoquer le diagnostic de fièvre typhoïde confirmé par la séro-réaction. Il s'agissait d'un cas de spondylo-typhus. Cette localisation initiale de la fièvre typhoïde est exceptionnelle alors que les spondylites de la convalescence ne sont pas rares. La symptomatologie est la même dans les deux cas, mais la difficulté du diagnostic de spondylo-typhus mérite d'être soulignée.

Les engelures dans un foyer scolaire parisien. — Mlle **Tisserand**, pendant l'hiver 1944-1945 a observé qu'au point de vue des engelures les effets de la sous-alimentation se manifestent au maximum chez les filles. Celles qui ont des engelures ont des troubles menstruels plus accusés.

— M. **J. Huber** signale que des cas graves avec engelures accentuées et parfois même décès ont été observés chez les enfants et particulièrement chez des nourrissons des régions sinistrées.

Statistiques relatives à l'apparition des règles à Paris pendant la guerre. — Mlle **Tisserand** communique des données statistiques portant sur 483 fillettes. L'âge moyen d'apparition des règles a été de 13 ans et 5 mois. Le retard de l'apparition des règles a augmenté avec les années de guerre.

G. Schreiber.

SOCIÉTÉS DE PROVINCE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU NORD

27 Avril 1945.

Péricardite purulente chez un enfant de 8 ans. Opération de Larrey. — MM. **Ingelrans, Christiaens, Groult** et **Watel**. Observation d'un enfant de 8 ans, opéré d'abord de pleurésie purulente à pneumocoque et, 6 jours plus tard, d'une volumineuse péricardite dont la symptomatologie clinique se résume presque entièrement en un énorme foie douloureux. L'intervention par la voie de Larrey a tenu toutes ses promesses : rapidité et sécurité technique ; drainage excellent. Par la suite, l'enfant est décédé par infection générale avec un très gros foyer pulmonaire. A l'autopsie, la péricardite était guérie.

A propos de l'hydromyélie cervicale. — MM. **P. Decoulx** et **Merlen** présentent un cas de tumeur médullaire par hydromyélie cervicale dont le tableau neurologique resta longtemps fruste et dont le diagnostic fut fait par les examens paracliniques : ponction lombaire, radiolipiodol.

L'incision médullaire, après laminectomie décompressive, non suivie de drainage permanent n'a pu enrayer l'évolution. Au cours de celle-ci une simple ponction transcutanée du kyste en pleine cicatrice opératoire fait régresser tous les symptômes pendant 24 heures. La malade refuse le réintervention.

Réticulo-endothéliose à manifestations osseuses simulant une ostéo-cancérose diffuse. — MM. **E. Delannoy, J. Driessens, F. Vanderdorp** et **M. Verhaeghe.** Une femme de 35 ans se plaint depuis 3 ans de douleurs de la hanche droite. Une radiographie du bassin montre une image d'ostéo-cancérose diffuse : on trouve d'autre part de nombreux nodules métastasiques sous-cutanés, mais on ne peut pas mettre en évidence l'épithélioma primitif. Les douleurs devenant intolérables, on institue un traitement par stérogyl et gluconate de calcium intraveineux.

Résultat excellent. Deux mois plus tard on revoit la malade. Il n'y a plus aucun nodule sous-cutané et devant cette disparition spontanée on pense qu'il s'agit d'une réticulo-endothéliose à manifestations osseuses et cutanées ainsi qu'en témoigne l'étude de trois biopsies cutanées. Evolution mortelle rapide après 3 séances de radiothérapie. Autopsie impossible.

Hématémèses au cours d'anémies graves avec atrophie de la muqueuse gastrique. — MM. **C. Auguste, J. Paris** et **M. Hénaut** rapportent 3 observations de sujets ayant présenté des hématémèses abondantes en l'absence de signes d'ulcère ou de néoplasme gastriques, d'atteinte splénique ou hépatique, de maladie hémorragique. La constatation d'une atrophie de la muqueuse gastrique avec présence d'un lacis veineux sous-muqueux permirent de penser à l'origine gastrique des hémorragies par transsudation globulo-plasmatique plutôt que par une rupture vasculaire.

Malformations multiples. Mégaœsophage, hernie diaphragmatique, hernie pelvienne, prolapsus génital, sténose hypertrophique du pylore chez un nourrisson. — MM. **L. Christiaens, S. Bianay** et **Julien Pierret.** Le point intéressant consiste en la non-fermeture de la cavité abdominale vers le haut et vers le bas. Une radiographie après lavement et ingestion de baryte met en évidence une double ouverture dont aucun exemple n'a été retrouvé. La sténose a été vérifiée au cours de l'opération de Fredet dont les résultats initiaux avaient été bons. Exitus à 6 semaines.

Dystonie d'attitude complexe associant torticolis spasmodique et mouvements involontaires athénariens. — MM. **P. Nayrac, M. Fontan** et **Mollet.** A l'origine de ces mouvements involontaires ne s'accompagnant d'aucun autre contexte clinique, on note des modifications notables du liquide céphalo-rachidien (albumine 0.40, éléments 25 par millimètre cube avec 100 pour 100 de lymphocytes, sans germes microbiens, Kahn négatif, benjoin colloïdal normal). Il n'y a pas d'épine irritative focale cervicale ou de la région athénarienne. Les auteurs pensent donc à une atteinte optostriée par un virus neurotrope. Seules les injections de génoscopolamine améliorent le syndrome morbide.

Syndrome cérébelleux aigu d'origine syphilitique. — MM. **Fontan** et **J. Desruelles.** Une femme de 57 ans présente brutalement un syndrome cérébelleux complet sans aucun signe moteur associé. La tension artérielle est de 13,5-8. La ponction lombaire montre une augmentation de l'albumine à 0.55, du nombre des éléments à 9 un Guillain dévié vers la gauche et un B.-W. positif. Une série d'injections veineuses de cyanure de Hg. amène une amélioration rapide et très nette. Ce syndrome est vraisemblablement dû à un processus diffus de cérébellite d'origine syphilitique.

Quadriplégie et hernie discale cervicale. — MM. **Nayrac, Warembourg, Laine, Linquette** et **Belbenoit.** Symptomatologie généralisée d'irritation pyramidale chez un malade porteur d'une hernie discale cervicale. Intervention. Pas de changements du tableau neurologique.

Hémoptysies d'origine nerveuse par trouble extra-pulmonaires. — M. **A. Breton.**

R. Pierret.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

17 Janvier 1945.

La pénicilline. — Colonel **Ensey** et Capitaine **Drosd** font une revue générale sur la pénicilline. Après un rapide historique, ils envisagent successivement la préparation, le dosage, le mode d'emploi, le mode d'action, les indications et les résultats. Cet exposé est une excellente mise au point de la question.

Génétique et Médecine. — M. **Lienhard**, biologiste, fait tout d'abord un important rappel de la génétique animale dont il montre la relative facilité d'observation. En génétique humaine, le médecin ne peut procéder qu'à des études fragmentaires, ne reposant que sur des observations limitées dues à la longévité de l'homme, à la dispersion des divers membres d'une famille et enfin à l'étroitesse de celle-ci en regard à la fécondité animale. L'importance insoupçonnée du milieu, la difficulté d'être assuré de la parenté exacte, tels sont tous les facteurs bien mis en évidence par l'auteur qui a ainsi établi un très beau parallèle avec le livre de Maurice Lamy.

A propos d'un cas d'inversion viscérale totale. — MM. **Jacob, Malraison et J. Simonin.** L'examen d'un homme de 35 ans atteint d'un syndrome d'inversion viscérale totale est l'objet pour les auteurs d'une étude et de considérations génétiques intéressantes. Il s'agit d'une mutation se transmettant suivant le type mendélien récessif. Pour que cette anomalie existe il est nécessaire qu'il y ait la rencontre de deux gamètes possédant dans la moitié au moins de leur matériel chromosomique le caractère inverse et ensuite le rapprochement dans un même œuf de deux groupes de chromosomes possédant le caractère inverse. Ce qui explique la relative rareté de l'affection.

Brûlures et coxarthrie. — MM. **Mutel** et **P. Louyot.** Un sujet de 17 ans est grièvement brûlé sur toute la région inférieure de l'abdomen et sur la face antérieure des deux cuisses. Une importante suppuration y fait suite. Deux ans plus tard apparition de douleurs lombaires. Les troubles s'accentuent. Ce n'est que 22 ans plus tard qu'un examen radiographique montre une coxarthrie bilatérale. Les auteurs soulèvent le problème médico-légal de relation de cause à effet entre la brûlure et les troubles du métabolisme calcique local. Ils pensent que la brûlure a joué un rôle déterminant dans l'évolution de la coxarthrie.

Ascaridiose et hématuries. Évolution mortelle. — MM. **Mathieu** et **Faivre.** Un malade fait un syndrome caractérisé par des douleurs abdominales diffuses, à type de striction. En même temps émission d'urines noires contenant des hématies. Chaque crise est accompagnée d'un rejet par la bouche de quelques ascaris.

Ce malade après un long épisode fébrile avec ictère meurt quelques mois plus tard. Il paraît logique d'attribuer les hématuries à l'infestation ascaridienne. Ce syndrome ne saurait s'expliquer par l'action directe du toxique d'origine cœlomique mais par un phénomène du type Schwarzmann, chez un sujet préalablement sensibilisé.

Acropathie ulcéro-mutilante familiale. — M. **L. Mathieu,** M[lles] **S.** et **E. Hadot** et M. **Sadoul.** Cette observation se rapproche trait pour trait de celles publiées sous le nom de formes lombo-sacrées de la syringomyélie. L'observation concerne un père et une sœur chez qui les lésions étaient extrêmement voisines.

Réflexes des extenseurs aux membres supérieurs. — M. **P. Michon.** L'intérêt de cette observation réside dans le fait que les réflexes sous-épicondyliens provoquent une contraction à la fois faible, lente et soutenue des extenseurs du poignet et des doigts au cours de la paralysie radiale. La retombée à la position initiale ne s'effectue que très lentement et évoque le phénomène de galvanotonus. Ce fait qui a été constaté chez d'autres malades atteints identiquement, confirme le diagnostic de section totale du nerf et les conclusions thérapeutiques et pronostiques qui en découlent.

Sympathome abdominal chez un enfant de 17 mois. — **Caussade, Florentin** et **Guillemin.** Depuis 6 mois, pâleur, perte de poids. Augmentation du volume abdominal. Température 39-40. Diarrhée. Tuméfaction dure et mamelonnée de l'hypochondre droit. L'urographie confirme le diagnostic de tumeur du rein.

Intervention. Masse d'aspect encéphaloïde, très vasculaire, bourgeonnante, inextirpable.

La nécropsie permet de voir son développement à la surface du rein. L'examen histologique montre des îlots de cellules sombres ayant un noyau fortement colorable et à cytoplasme réduit. Elles sont séparées par des tractus finement fibrillaires rappelant les faisceaux des nerfs amyéliniques. Aucun dispositif glandulaire ou pseudo-glandulaire analogue à ceux que l'on rencontre dans les tumeurs du blastème rénal. Il s'agit d'un neuro-blastome dérivé des cellules nucléées de la chaîne sympathique abdominale à laquelle s'apparente la médullo-surrénale dans les premières phases du développement.

14 Février.

Recherches histopathologiques sur la rate hémolytique. Déductions pathogéniques. — M. **P. Florentin.** Le sang artériel ne peut parvenir à la pulpe rouge qu'après avoir traversé des corpuscules neuro-musculaires situés dans la région terminale des artérioles pénicillées. L'auteur a constaté dans la rate hémolytique la complète disparition de ces formations. De plus le système artériolaire est frappé de dégénérescence, notamment la musculature. Le sang parvient ainsi sans rémission ni modération dans les cordons et sinus. Or, les tuniques musculaires artérielles sont sous la dépendance des centres sympathiques. Ce serait donc au niveau de ces centres qu'il faudrait rechercher la possibilité d'un processus lésionnel.

A propos des corps étrangers œsophagiens. — M. **Grimaud.** Une femme absorbe sans s'en rendre compte une épingle de sûreté ouverte. Tolérance quasi parfaite. L'auteur insiste sur le rôle néfaste des appareils de prothèse dentaire qui suppriment la sensibilité.

Syphilis tertiaire gommeuse évoluant depuis 8 ans. — MM. **J. Watrin** et **G. Herr.** Il s'agit d'une femme de 44 ans, chez laquelle une syphilis méconnue s'est manifestée à trois reprises depuis 1937 par des gommes cutanées du cou, de l'épaule, du coude droit, qui ont toutes guéri sans aucun traitement en laissant des cicatrices souples, non pigmentées. Une nouvelle poussée survenue en 1944 intéressant la face et plus spécialement la région rétro-commissurale droite, où il existe un vaste ulcère gommeux, térébrant, résultant de la fusion de trois gommes distinctes, amène la malade à l'hôpital. En dehors de cet ulcère gros comme une petite paume de main, il existe trois autres gommes : une à la région sus-orbitaire, une de la région zygomatique et une de la branche montante du maxillaire ; le traitement mixte associé à l'iodure de potassium a cicatrisé toutes ces ulcérations, mais la perte de substance a été telle, qu'elle a nécessité une intervention chirurgicale.

Syphilides lenticulaires et acnéiformes. — MM. **J. Watrin** et **Odile Lienhart** présentent une jeune malade de 22 ans qui a contracté la syphilis en Novembre 1944, et qui est entrée à l'hôpital Fournier le 11 Février 1945 ; elle était atteinte à son entrée de vestiges de roséole palmaire, de papules typiques avec collerettes de Biette, mais surtout de petites papules miliaires rouge sombre, localisées à la face antérieure des avant-bras et à la région lombaire ; à ce niveau également, coexistence de papules surmontées de vésico-pustules, qui, à première vue, sont des éléments d'acné banale. La face et le cou sont indemnes de toute éruption, même d'acné vulgaire. Il existe d'autre part une volumineuse adénopathie cervicale droite, rétro-maxillaire. Cette jeune malade présente en outre des stigmates d'hérédo-syphilis, les incisives supérieures sont ponctuées. Elle a perdu 3 frères et une sœur en bas-âge ; elle-même a mis au monde un fœtus macéré. Le traitement spécifique fait fondre rapidement les papules qui font place à des macules rouge sombre encore visibles le 1[er] Mai. L'adénopathie a par contre résisté au traitement. Il s'agit certainement d'une association syphilitico-tuberculeuse signalée par Milian et Bonnet.

14 Mars.

Syphilides lichéniennes et folliculaires et cuti-réaction à la tuberculine fortement positive. — MM. **J. Watrin** et **Véra Zakusilo.** Prostituée clandestine de 22 ans ayant contracté la syphilis fin Novembre 1944. Elle présente : 1° des lésions lenticulaires plates à facettes brillantes très prurigineuses datant d'un mois, localisées aux avant-bras, aux plis du coude et à la face interne des cuisses ; 2° des syphilides papulo-érosives de la région vulvaire ; 3° des papules folliculaires, acuminées, très nombreuses, de la région abdominale, de la région lombaire et du pli inter-fessier, donnant au toucher la sensation de râpe. Le dos et la face sont indemnes, il n'y a pas de kératose pilaire à la face postérieure des bras. Le B.-W. est fortement positif, micropolyadénopathie, surtout cervicale. La cuti-réaction à la tuberculine est phlycténulaire ; la mère de la malade est morte de tuberculose pulmonaire. Conformément à la théorie de Milian et Bonnet, la tuberculose et non pas la kératose explique cette localisation folliculaire des syphilides. Le traitement mixte (arsenic et bismuth) fait disparaître les lésions et le prurit (lichen plan syphilitique ?)

A propos d'un cas de néphrose amyloïde. — MM. **Abel** et **J. Simonin.** Les caractères particuliers de l'hydropisie ont fait rapporter cette observation. Des épanchements pleuraux donnaient un liquide clair eau de roche, culot minime, rares lymphocytes et 0 g. 20 d'albumine. Le liquide d'œdème prélevé montre la même composition. Les endothéliums séreux et capillaires se seraient comportés comme des membranes sélectives ayant retenu tous les colloïdes, phénomène voisin de celui qui se passe au niveau des plexus choroïdes.

Myélomes multiples. — MM. **Drouet** et **Herbeuval.** Les particularités de l'observation résident tout d'abord dans sa longue évolution qui actuellement atteint 3 ans, dans l'intégrité parfaite des constantes biologiques et l'absence d'albuminurie de Bence Jones. Les auteurs insistent sur l'existence d'une anémie fortement hyperchromique avec leucopénie et hypogranulocytose d'allure pseudo-biermérienne. Traitement : téléræntgenthérapie à faible degré mais à séances fréquentes.

Iléite terminale avec une obstruction simulant un mégacôlon. — M. **Guibal.** Une femme présente un important mégadolichocôlon. Traité par les infiltrations anesthésiques du splanchnique, grosse amélioration clinique et radiologique mais passagère. Recrudescence des accidents. L'intervention révèle une importante iléite terminale. L'examen de la pièce montre un processus inflammatoire sans caractère de spécificité. Guérison persistante depuis 3 ans.

A propos des gangrènes gazeuses consécutives aux injections médicamenteuses. — MM. **Mutel** et **Pierquin** au sujet de deux observations de gangrène gazeuses mortelles survenues après injections d'un produit mangano-calcique et d'adrénaline, soulignent l'obscurité pathogénique de tels accidents. Acceptant toutefois la théorie actuelle de l'infection endogène, ils concluent à l'irresponsabilité médicale.

R. Herbeuval.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE, CHIRURGIE ET PHARMACIE DE TOULOUSE

Avril 1945.

Les « virages spontanés », à l'occasion de la primo-infection, de réactions tuberculiniques antérieurement négatives. — M. **J. Gadrat** a recueilli chez des élèves infirmières, 5 observations superposables. Certaines étaient amenées par des signes de fatigue générale, d'autres s'étaient rendues compte elles-mêmes qu'« leurs cuti-réactions antérieures avaient viré ». En fait 3 malades étaient porteuses chacune de 3 réactions positives correspondant à des cuti pratiquées 1, 3 et 5 mois auparavant ; chez les 2 autres, 4 réactions positives étaient visibles, la dernière faite en Juin 1944 remontait donc à 8 mois. Le virage spontané était traduit en chaque cas par un érythème net, 5 à 8 mm. de diamètre avec infiltration légère et réapparition de traces linéaires de scarification. Chaque malade a été soumise à une nouvelle cuti pratiquée sur l'autre bras et qui s'est toujours montrée fortement positive les jours suivants. Il est intéressant de noter que, 12 heures après cette nouvelle sollicitation tuberculinique, chaque réaction spontanée devenait plus rouge et plus saillante, phénomène focal qui se prolongeait environ jusqu'à la 36[e] heure, comme une réaction de Herxeimer. L'enquête sur les circonstances épidémiologiques et la radiographie ont toujours confirmé la primo-infection. Des faits de cet ordre ne peuvent s'expliquer que par la persistance d'un foyer dermo-épidermique subissant une véritable congestion « focale » au moment de la première diffusion tuberculinique issue des lésions de primo-infection.

Le traitement de l'hyperthyroïdie par l'aminothiazol. — M. **J. de Brux** rapporte des observations de maladie de Basedow améliorées ou guéries par l'aminothiazol. Dans une des observations, le métabolisme basal à + 112 pour 100 est tombé en 3 semaines de traitement à + 37 pour 100 avec disparition de tous les signes de cardiothyréose et cessation des douleurs osseuses engendrées par la décalcification. Dans un autre observation où existait une iodorésistance, l'aminothiazol a permis la chute du métabolisme basal de + 77 pour 100 à + 31 pour 100 et permis une intervention sinon impossible tout au moins hasardeuse.

Les autres observations concernent de petits basedowiens guéris après 1 ou 2 cures aminothiazolées. L'auteur insiste sur la tolérance parfaite du produit et pense que les médicaments antithyroïdiens représentent un progrès énorme pour la thérapeutique des hyperthyroïdies.

Parotidites suppurées guéries par le massage. — M. **Favre.** Sur les 4 cas de parotidite suppurée rapportés 1 cas, vu tardivement, a dû être opéré. Le second cas où le cathétérisme du canal n'avait pas donné de pus a guéri après radiothérapie anti-inflammatoire. Les deux autres cas, où le cathétérisme a permis au pus d'être évacué, ont guéri par simple expression quotidienne de la glande. Après chaque massage, on notait une évacuation importante de pus et un affaissement de la tuméfaction parotidienne.

L'auteur attire l'attention sur la fréquence des cas de lithiase salivaire. Le régime végétarien actuel ne semble pas étranger à cette fréquence anormale.

Traumatisme et tuberculose rénale. — M. **J.-P. Tourneux** communique l'observation d'un homme âgé de 40 ans, exerçant la profession de charron, sans aucun passé pathologique autre qu'une crise d'appendicite aiguë en 1932, qui, à la suite d'un violent traumatisme de la région lombaire droite, survenu en Décembre 1939, ayant déterminé une contusion rénale (hématurie), présenta au mois de Mai 1940 les symptômes classiques de la tuberculose rénale. L'ablation du rein droit eut lieu en Juillet 1941 sans incidents.

L'auteur estime qu'il y a dans ce cas une relation très nette de cause à effet : soit que la contusion rénale en déterminant des ruptures vasculaires et des lésions de néphrite ait créé un excellent terrain d'appel pour une bacillémie latente, soit que le traumatisme ait réveillé un petit foyer de tuberculose rénale complètement latent enkysté en quelque sorte.

Virage tardif d'anciennes cuti-réactions négatives. — MM. **L. Morel** et **J. Laporte** ont observé chez 5 étudiants ou infirmières, stagiaires dans le service du Prof. J. Tapie, une cuti-réaction devenue positive (+ respectivement 3, 4 et 5 semaines, 2 et 3 mois après le dépôt de la tuberculine sur la scarification cutanée. Ce phénomène a coïncidé avec les premières manifestations cliniques ou radiologiques de la primo-infection, ou les a précédées de peu de temps, et a été confirmé par une nouvelle cuti-réaction qui s'est révélée phlycténulaire.

Une des anciennes cuti-réactions est restée lisible pendant 12 jours, une autre l'est encore après plus de 2 mois. Deux des étudiants faisaient partie d'un groupe dans lequel on a constaté un total de 6 primo-infections.

Outre l'intérêt général, les auteurs soulignent l'intérêt pratique qu'il y a à signaler tout sujet exposé à la contagion bacillaire et chez lequel la cuti-réaction est restée négative pendant les premiers jours.

Deux cas de cancer cavitaire à type d'abcès du poumon. — MM. **Gourdou** et **Dambrin.**

Syndrome sympathique cervical postérieur. — MM. **Baudot** et **Talamet.**

A propos d'une appendicectomie rétro-cæcale. — M. **Bounhoure.**

Sur le rhumatisme chronique. — M. **Valatx.**

Résorption des cataractes traumatiques. — MM. **Calmettes** et **J. Garipuy.**

Forme atypique de tuberculose ganglionnaire. — M. **J. Fabre.**

J.-L. Tourneux.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES D'ENDOCRINOLOGIE
(Paris)

C. Champy, R. et C. Coujard (Paris). ***Essais de localisation d'une des hormones nerveuses*** (*Annales d'Endocrinologie*, t. **5**, n°s 4-5, 1944, p. 165-177). — ans cet intéressant mémoire plein d'aperçus nouveaux, ., R. et C. ont essayé de préciser la localisation du système de sécrétion de l'un des intermédiaires chimiques, elui du système adrénalinergique. Recherchant la raison himique de la coloration de Champy à l'acide osmique —, iodure alcalin, qui met en évidence —, avec les granulations intracellulaires, les terminaisons sympathiques, ls ont vu qu'il s'agissait d'une réaction phénolique. On ouvait penser que la sympathine, ou la substance qui a précède immédiatement, était ainsi mise en évidence himiquement et C., R. et C. l'ont démontré. Il y a lonc un réseau protoplasmique terminal dont les méhodes neurofibrillaires ne montrent pas une des propriétés essentielles : son cytoplasme renferme une fonction phénolique et c'est lui qui est chargé de l'intermédiaire chimique. Pour déterminer le lieu de l'élaboration, 'étude de divers appareils montre que les éléments d'origine neurale ont deux manières différentes d'employer 'intermédiaire chimique : d'une part les cellules interstitielles du sympathique, d'autre part les cellules des para-ganglions avec deux systèmes, l'un de relation de voisinage cellulaire, l'autre de déversement sanguin. Peut-être les cellules ganglionnaires elles-mêmes participent-elles dans une certaine mesure à l'élaboration de substances efficientes.

André Varay.

P. L. Chigot (Paris). ***Tumeur de la thyroïde aberrante latérale*** (*Annales d'Endocrinologie*, t. **5**, n°s 4-5, 1944, p. 183-188). — Observation d'un cas de tumeur du cou s'étant révélée histologiquement de nature thyroïdienne. Après une revue de la littérature médicochirurgicale sur la question, l'auteur précise certains caractères cliniques : développement lent et insidieux qui commence à la puberté, variations chez la femme au moment des menstruations, tendance kystique au fur et à mesure du développement. Le problème pathogénique reste obscur. Pour l'auteur, le fait qu'il s'agit de tissus débordant largement l'aire des anomalies bronchiales et sans rapports pleinement prouvés avec elles, le caractère anormal de la structure histologique, la coexistence avec une glande en place normale, permettent d'envisager une origine métastatique de tumeur à malignité réduite. L'ablation s'impose, les récidives sont rares si l'exérèse a été complète.

André Varay.

REVUE MÉDICALE FRANÇAISE
(Paris)

A. Touraine. ***Hérédité et corrélation du psoriasis*** (*Revue médicale française*, t. **25**, n° 11, Novembre 1944, p. 169-170). — L'importance du facteur héréditaire dans la pathogénie du psoriasis est diversement appréciée. Son incidence familiale est estimée par T. à 24 pour 100 des cas. Sur 143 observations dont 25 personnelles, 86 sont en ligne directe, 88 en ligne fraternelle, 49 en ligne collatérale. Chez les divers membres d'une même famille, l'affection débute souvent au même âge et affecte les mêmes localisations, fussent-elles rares et anormales.

Le psoriasis obéit à une hérédité en dominance. L'irrégularité dans cette hérédité disparaît lorsque l'on considère le psoriasis comme un des éléments d'un groupe d'anomalies interdépendantes dont l'ensemble réalise un état constitutionnel qui, lui, est héréditaire en dominance régulière.

Le psoriasis a des parentés pathologiques assez étroites avec le diabète, le rhumatisme chronique à tendance déformante et ankylosante. Les troubles du métabolisme des lipides et des cholestérols ont des rapports avec la dermatose qui coexiste parfois avec la lithiase biliaire. On a encore signalé l'association du psoriasis avec l'eczéma, l'ichtyose, la migraine, l'asthme, la goutte, l'hypertension artérielle juvénile, les équivalents épileptiques et quelques dysendocrinies. Comme consolation, le psoriasique généralement robuste, de bonne santé générale, échappe ou résiste bien aux infections microbiennes et notamment à la tuberculose.

Le fond héréditaire commun qui se transmet de manière continue d'une génération à l'autre suivant la règle de dominance simple, est une véritable chaîne dont le psoriasis n'est qu'un maillon.

Robert Clément.

JOURNAL DES SCIENCES MÉDICALES DE LILLE

C. Lepoutre, L. Langeron et P. Michaux. ***Le traitement des arthrites chroniques de hanche par la section du nerf obturateur.*** (*Journal des Sciences médicales de Lille*, t. **62**, n° 10, 14 Mai 1944, p. 173-177). — La neurotomie de la branche profonde du nerf obturateur, opération de Lorenz, pour le traitement des arthrites chroniques de la hanche, est basé sur le rôle de la branche profonde de ce nerf qui donne son innervation sensitive à la capsule de l'articulation de la hanche.

Dans 5 cas, on a employé pour la section de la branche profonde du nerf obturateur, la voie crurale extra-pelvienne qui paraît plus simple que la voie intra-pelvienne.

Sur 5 interventions pour des arthrites chroniques douloureuses, on a obtenu 4 résultats excellents et un échec. Celui-ci peut être interprété par une section trop basse qui n'intéresserait qu'une partie des rameaux articulaires postérieurs et la nécessité de compléter parfois l'innervation par la section du nerf du carré crural.

C'est une intervention bénigne. Il est bon de pratiquer l'injection anesthésique du nerf obturateur avant de poser l'indication opératoire. Si elle suffit à calmer les douleurs temporairement, il y a lieu de faire la neurotomie dont on pourra attendre les meilleurs résultats.

Il ne peut être question d'appliquer la méthode aux arthrites aiguës de cause médicale. Les grandes indications en sont surtout les arthrites chroniques, peu évolutives ou stabilisées, avec ou sans malformations congénitales dont le type est le « morbus coxæ senilis », surtout lorsqu'il y a contre-indication d'arthrodèse ou d'arthroplastie. La neurotomie peut être encore employée comme complément d'une intervention ostéo-articulaire s'il persiste quelques douleurs.

Les meilleurs résultats sont obtenus lorsqu'il n'y a pas propagation dans la fesse ou vers la région lombaire.

Robert Clément.

P. Langeron et J. Denecker. ***Les traumatismes de la moelle par projectiles de guerre.*** (*Journal des Sciences médicales de Lille*, t. **63**, n° 2, 21 Janvier 1945, p. 21-28). — A propos de 2 observations de plaie de la moelle par projectiles de guerre, L. et D. passent en revue les diverses modalités, leur pronostic et leur traitement. Dans le premier cas, il existait une paralysie des quatre membres et une fracture de la 6e vertèbre cervicale. Il y eut cependant amélioration progressive des signes moteurs et sensitifs du début dont l'étendue et la gravité avaient incité à porter un pronostic réservé. Il est probable qu'il n'y avait ni section, ni compression de la moelle et qu'il faut attribuer les signes observés à des foyers d'hématomyélie et de contusion médullaire siégeant au niveau des segments inférieurs de la moelle cervicale. L'examen électrique avait montré l'absence d'interruption de la conductibilité nerveuse et une simple hypo-excitabilité. On peut donc espérer une bonne récupération motrice.

Le 2e blessé avait des dégâts osseux importants de la colonne cervicale. Il n'avait pas de paralysie, mais une abolition des réflexes. 3 mois plus tard, les mouvements volontaires des 4 membres sont possibles et il ne persiste que quelques troubles de la sensibilité et des réflexes. L. et D. expliquent ces séquelles par quelques foyers d'hématomyélie.

Robert Clément.

LYON MÉDICAL

Ch. Clavel. ***Séméiologie pleuro-pulmonaire des réactions péritonéales sus-ombilicales*** (*Lyon Médical*, t. **171**, n° 17, 23 Avril 1944, p. 381-387). — Une grande partie du péritoine sus-ombilical est topographiquement situé dans le thorax, séparé du poumon par le mince diaphragme. Il n'est donc pas étonnant que la plèvre et le poumon réagissent aux infections de l'étage sus-mésocolique de l'abdomen.

3 courtes observations illustrent le fait que les réactions péritonéales de la région sus-ombilicale donnent souvent lieu à une symptomatologie pleuro-pulmonaire localisée à la base : submatité, obscurité respiratoire, souffle à timbre pleurétique, égophonie, pectoriloquie aphone, parfois quelques râles à la base du poumon.

Ces symptômes ne comportent pas forcément l'existence de lésions anatomiques de la plèvre ou du poumon ; mais ils correspondent en principe toujours à la présence de liquide séreux, puriforme aseptique, ou purulent dans le péritoine sous-phrénique.

Chez les opérés des voies biliaires et de l'estomac, la présence de ces signes doit faire craindre une complication post-opératoire abdominale, localisée ou diffuse.

Chez les malades présentant un syndrome abdominal aigu, ces symptômes de péritonite doivent être considérés comme une indication à l'urgence de l'opération.

Les signes pleuro-pulmonaires de la base disparaissent avec la guérison de l'affection qui en est la cause, en quelques jours, par résolution spontanée ou par traitement chirurgical. Parfois, malgré le traitement heureux de la maladie péritonéale causale, une pleurésie séro-fibrineuse continue à évoluer pour son propre compte.

Robert Clément.

M. Mallet-Guy. ***L'exploration radiographique et manométrique des voies biliaires au cours de l'intervention*** (*Lyon Médical*, t. **172**, n° 35, 27 Août 1944, p. 149). — Les indications opératoires dans les affections vésiculaires sont souvent difficiles à poser. On en était venu à préconiser la cholécystostomie parce qu'elle permettait, grâce à l'étude post-opératoire du transit biliaire, de fixer, pour un deuxième temps, l'indication chirurgicale correcte.

La cholangiographie opératoire de Mirizzi, permettant, à la suite de l'injection d'un produit de contraste, de dépister les obstacles mécaniques qui peuvent échapper à une palpation soigneuse et même au cathétérisme de la voie principale, assure à l'acte opératoire une inappréciable sécurité.

M.-G. a apporté une nouvelle amélioration à ces techniques en pratiquant le contrôle manométrique de l'exploration radiologique au cours de l'opération.

Son expérience portant sur 120 observations a montré qu'un tel contrôle manométrique pendant l'intervention apporte des précisions inédites sur l'état anatomique et physiopathologique des voies biliaires.

Dans la cholécystite calculeuse, cette technique permet d'obtenir les éclaircissements nécessaires sur l'état de la voie principale et de décider s'il faut faire une cholécystostomie ou non. Lorsque l'opération a été entreprise avec le diagnostic de cholécystite chronique et que l'on trouve des voies biliaires apparemment normales, la prise extemporanée de clichés et leur interprétation contrôlée par les données manométriques indiquent quel est le trouble fonctionnel en cause, et quelle est l'intervention la meilleure.

Dans la lithiase de la voie principale, l'étude radiomanométrique autorise à affirmer que tel cholédoque dilaté est en réalité libre de calcul et dispense d'une cholédocotomie exploratrice. Elle permet aussi de découvrir des calculs cholédociens complètement latents.

Dans les compressions néoplasiques du cholédoque, cette technique précise le siège strictement vatérien de l'obstacle.

Dans toutes les circonstances de la chirurgie biliaire le contrôle radiomanométrique extemporané, par les précisions qu'il fournit, a d'heureuses répercussions sur les indications opératoires.

Robert Clément.

REVUE MÉDICALE FRANÇAISE DU MOYEN-ORIENT

Adolphe H. Israël (Beyrouth). ***L'épreuve de la trinitrine dans les spasmes artériels*** (*Revue médicale française du Moyen-Orient*, n° 2-3, 1944). ***L'épreuve de la trinitrine dans l'hypertension artérielle.*** (Id. n° 9, 1944). — L'hypertension artérielle peut résulter aussi bien d'un spasme que de sclérose vasculaire ; l'indice oscillométrique lui-même peut être identique, que l'artère soit sclérosée ou spasmée.

L'emploi de la trinitrine donne un sens nouveau à l'étude oscillométrique de la circulation artérielle : elle permet d'interpréter les valeurs de l'indice oscillométrique et d'apprécier l'importance du spasme. On peut ainsi mieux préciser le diagnostic et le pronostic et instituer une thérapeutique physiologique.

L'épreuve de la trinitrine, employée systématiquement chez les hypertendus, permet de les classer en 3 groupes distincts : 1° Ceux dont le coefficient de dilatabilité artérielle est voisin de 1, chez qui l'emploi des antispasmodiques vasculaires n'est pas contre-indiqué. 2° Ceux dont le coefficient est inférieur à 0,85 chez qui l'emploi des vaso-dilatateurs est d'autant plus contre-indiqué que le coefficient est plus bas. 3° Hypertendus dont le coefficient de dilatabilité est nettement supérieur à 1,20 chez qui l'emploi de la méthode vaso-dilatatrice est à discuter.

Robert Clément.

BRITISH MEDICAL JOURNAL
(Londres)

M. Narasimha-Pai. ***Les troubles psychiques consécutifs à la méningite cérébro-spinale*** (*British Medical Journal*, n° 4391, 3 Mars 1945, p. 289-293). — N.-P. ne pense pas, comme Netter et Debré, que la M. C. S., non suivie d'hydrocéphalie, ne laisse aucun trouble mental. Dans les pays anglo-saxons, on a insisté beaucoup sur les changements de caractère que l'on observe chez les enfants : instabilité, irritabilité, manque d'initiative, perte de la joie de vivre, impossibilité de se livrer à un travail régulier, difficulté à l'effort intellectuel, tels sont au moindre degré les troubles que l'on rencontre chez ces malades. On trouve souvent une « détérioration » mentale plus accentuée : lenteur à l'idéation, perte de la mémoire d'évocation et de fixation, troubles de l'attention, pauvreté des associations d'idées et finalement : confusion mentale, désordres de la conduite, réactions antisociales.

Cette étude est basée sur 51 cas de M.C.S. chez lesquels, dans un délai de 10 à 14 mois, N. observa des troubles psychiques. Chez 16 de ces malades, ces troubles pouvaient être rattachés à une lésion organique, mais chez les autres, on ne pouvait invoquer qu'un trouble fonctionnel dont le mécanisme reste à découvrir : modifications vasculaires, déficiences vitaminiques, désordres biochimiques.

André Plichet.

THE BRITISH JOURNAL of UROLOGY (Londres)

H. J. Jewett (Baltimore). ***Cancer infiltrant de la vessie. Une nouvelle méthode d'anastomose uretéro-intestinale, employée dans 29 cas. Indications de la cystectomie totale.*** (*The British Journal of Urology*, vol. **15**, n° 4, Décembre 1943, p. 121-135, 5 fig.). — Si la cystectomie totale était pratiquée de bonne heure, elle perdrait de sa gravité. Et si l'on pouvait effectuer une dérivation des urines, mieux qu'à la peau, dans l'intestin suivant une technique qui obvie à ses accidents redoutables : anurie et péritonite, précocement, infection pyélo-rénale par la suite, le problème du traitement du cancer vésical serait vu sous un jour meilleur.

Les premiers essais d'abouchement des deux uretères dans l'intestin ne datent, certes, pas d'aujourd'hui. Weyrauch, dans un mémoire de 1936, en dénombrait 1.000 tentatives faites en utilisant plus de 60 procédés. On en est, donc, encore à chercher le meilleur, qui procurerait une bouche parfaitement continente, sans nulle tendance à la sténose, évitant à coup sûr l'infection ascendante.

La technique nouvelle d'H. J. J. répond-t-elle à tous ces desiderata ? Elle comporte deux phases successives. Dans un premier temps, les uretères, sur environ 5 *cm.*, sont inclus, en évitant toute coudure, tension, torsion ou constriction, sous la muqueuse du sigmoïde que l'on fixe, ensuite, solidement au plan rétro-péritonéal. Dans un second temps, un mois plus tard, on se préoccupe d'aboucher les deux uretères dans l'intestin. Pour ce faire, on charge chaque uretère avec une électrode construite à cet effet ; on lui fait parcourir un chemin intramural, avant de perforer la muqueuse et de créer l'ostium adéquat.

H. J. J. a employé cette technique 29 fois, et il eut à déplorer 3 décès : l'un par nécrose urétérale, le second par péritonite, et le troisième par infection ascendante.

JEAN PATEL.

THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (Chicago)

J. Gottesman, D. Castex et **H. J. Beller** (New-York). ***Les troubles qu'apporte à l'électrocardiogramme la pancréatite aiguë. Etude expérimentale et clinique*** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **123**, n° 14, 4 Décembre 1943, p. 892-894). — Cet essai repose sur 6 observations personnelles et sur des recherches sur le chien.

Ayant remarqué chez leurs malades, au cours de syndromes graves que l'intervention d'urgence révéla être réalisés par des pancréatites aiguës — dont le diagnostic précis est loin d'être facile —, les modifications de l'électrocardiogramme qui sont celles que l'on met au compte de la thrombose des coronaires, puis ayant vérifié, sur des animaux d'expérience, la quasi constance de ces troubles, G. D. et B. estiment qu'il y a là un symptôme spécialement utile dans bien des syndromes dramatiques.

JEAN PATEL.

H. Selye, O. Sylvester, C. E. Hall et **C. P. Leblond** (Montréal). ***Production hormonale d'arthrites*** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **124**, n° 4, 22 Janvier 1944, p. 201-207, 9 fig.). — Voici brièvement ce qu'apprennent les expériences des 4 auteurs : 1° l'acétate de désoxycorticostérone, administré à fortes doses, provoque, chez le rat, des lésions de polyarthrite avec toujours atteinte cardiaque et parfois, formation de nodules artériels, comme cela se voit au cours des rhumatismes fébriles ; 2° ces lésions se produisent beaucoup plus régulièrement chez le rat surrénalectomisé ou chez le rat éthyroïdé que l'on expose ensuite au froid.

La démonstration du rôle que joue le cortex surrénalien dans la genèse du rhumatisme aigu se trouverait ainsi faite.

JEAN PATEL.

F. E. Whitacre et **B. Barrera** (Manille). ***Aménorrhées de guerre. Etude clinique et biologique*** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **124**, n° 7, 12 Février 1944, p. 399-403, 4 fig.). — W. et B. ont eu l'occasion d'observer aux Philippines, sur 1.042 femmes internées 123 cas (donc 14,8 pour 100) d'aménorrhées déclenchées par des causes variées : restrictions alimentaires très sévères et facteurs psychiques, dont on sait l'influence sur le cycle ovarien.

Ce qui est très intéressant, c'est que ces femmes présentaient toutes dans les urines un taux quasi normal d'hormone gonadotrope, mais une absence complète de substances œstrogènes.

Il s'ensuit que la thérapeutique doit remédier à cette carence, et que les grandes lignes doivent en être : administration d'œstradiol ou, à défaut, de vitamine E, et suppression des causes morales.

JEAN PATEL.

E. Holman et **P. Pierson**. ***Kystes hydatiques multiples du poumon, du foie et de l'abdomen*** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **124**, n° 14, 1er Avril 1944, p. 955-958, 8 fig.). — Trois observations de kystes multiples sont la raison de ce travail qui n'apporte rien de bien nouveau. Dans le premier cas, il s'agissait de deux kystes intra-pulmonaires. Dans le second, d'un kyste du foie et d'un kyste de la base du poumon droit. Dans le dernier, d'aspects qui évoquaient, sur plusieurs clichés pulmonaires, aussi bien des kystes qu'un cancer ; aucune vérification ne fut faite.

Cliniquement, ces kystes hydatiques étaient, comme souvent, sans grands signes : une dyspnée réduite à peu de chose et des réactions biologiques incertaines.

JEAN PATEL.

F. E. Whitacre et **B. Barrera**. ***L'Aménorrhée de guerre*** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **124**, 12 Février 1944). — Cette étude a été faite à Manille sur des femmes prisonnières des Japonais dans un camp d'internement. Malgré les difficultés pour obtenir les animaux d'expérience, W. et B. ont été capables de mener à bien plusieurs études intéressantes sur les facteurs endocriniens associés à cette aménorrhée. 14,8 pour 100 des femmes dans le camp d'internement de Santo-Thomas à Manille étaient atteintes d'aménorrhée. Bien qu'on puisse invoquer les restrictions alimentaires comme cause de l'aménorrhée tardive, il semble que, dans celle qui s'établit dès les premières semaines de la captivité, il faille incriminer un autre facteur. Chez deux malades, l'œstrogène était absent des urines alors que la substance gonadotropique, en provenance de la pituitaire antérieure, était en quantité accrue. Il semble bien que ce trouble soit dû aux chocs psychiques, angoisses et soucis, qui par l'intermédiaire du système nerveux autonome provoquent une suppression complète de la fonction ovarienne. Rassurer les malades fait partie du traitement, mais il ne faut pas négliger d'administrer des substances œstrogènes et à défaut, de la vitamine E, sous forme d'huile de germe de blé plutôt que des substances gonadotropiques. Les bons résultats sont peut-être dus simplement à l'action psychogène du traitement.

ANDRÉ PLICHET.

WAR MEDICINE

J. H. Ahronheim. ***L'albuminurie émotive.*** (*War Medicine*, n° 5, Mai 1944). — Cette étude porte sur 1.000 jeunes gens âgés de 17 à 26 ans, s'entraînant pour l'aviation. Après une prise de sang pour la recherche de la réaction de Kahn, 304 sujets avaient de l'albuminurie quinze minutes après qu'un échantillon d'urines fut obtenu sans albumine. Chez 127 sujets qui s'étaient évanouis au cours de la prise de sang, on trouva de l'albumine chez tous. Cette albuminurie d'ordre émotionnel disparaît rapidement et semble sans importance chez les sujets bien portants. Elle peut constituer cependant un test pour l'examen psychotechnique.

ANDRÉ PLICHET.

SOUTHERN MEDICAL JOURNAL (Birmingham)

Ed. J. Mc Grath (Cincinnati). ***Technique améliorée pour le traitement de l'empyème*** (*Southern Medical Journal*, vol. **37**, n° 3, Mars 1944, p. 127-137, 8 fig.). — G. est partisan, comme tant d'autres, de la pleurotomie a minima, au trocart. Il emploie un trocart à kyste, muni d'un embout latéral par lequel est glissée une sonde de Pezzer, qu'on unit, pour le siphonage, à l'appareil de Waugensteen.

Ainsi furent traités et guéris 4 empyèmes sévères qui, dit G., semblaient être plutôt justiciables d'une très large pleurotomie.

JEAN PATEL.

L. Schiff (Cincinnati). ***Le traitement de l'ulcère saignant : 160 cas traités par le principe de l'alimentation précoce*** (*Southern Medical Journal*, vol. **37**, n° 6, Juin 1944, p. 335-341). — S. estime que le chirurgien n'a que rarement à être appelé pour ces cas, et propose un traitement dont voici les grandes lignes :

Assurer, autour du malade que l'on rassure sur son état, le calme et le silence.

Ne pas craindre d'user de sédatifs ; préférer aux barbituriques, que quelques auteurs prônent encore, la morphine et l'atropine.

La soif étant vive, il convient d'administrer vite, par la bouche et par voie sous-cutanée, du glucose, et de faire, par voie endoveineuse, du sérum salé hypertonique.

La transfusion, que beaucoup repoussent parce qu'elle élèverait la tension, doit au contraire être employée.

La vacuité de l'intestin mérite toujours d'être assurée, par des lavements dès le cinquième jour, puis par la prise d'huile, *per os*, dès le début de la première semaine.

Le fer, surtout les alcalins (bicarbonate de soude et sous-carbonate de magnésie), sont également à conseiller.

Il faut, enfin, alimenter très précocement ces malades, comme l'a souligné Meulengracht (lait, crème, beurre, œufs, sucre, céréales, fruits), et n'opérer que s'il s'agit d'un ulcère angio-térébrant.

L. S. a traité, ainsi, 160 cas d'ulcères. Il en perdit 3,1 pour 100.

JEAN PATEL.

MEDICINA (Madrid)

E. Romero Velasco. ***Les sulfamides dans le paludisme*** (*Medicina*, an. **12**, t. 1, n° 4, Avril 1944, p. 249-263). — C'est Diez de Léon qui, le premier, traita le paludisme par les sulfamides, sans grand succès d'ailleurs.

R. V. dresse la bibliographie d'une trentaine de travaux, d'où résulte que les sulfamides enrayent les accès mais ne détruisent pas l'agent.

12 observations personnelles, parmi lesquelles un seu[l] cas de guérison complète par les sulfamides seuls.

Les sulfamides agissent, semble-t-il, en s'opposant [à] l'évolution du parasite. Les accès ne sont pas assimilable[s] à une septicémie par le streptocoque par exemple. Auss[i] la quinine conserve-t-elle toute sa valeur thérapeutique.

G. D'HEUCQUEVILLE.

N. Gonzalez Ribas. ***Emphysème médiastinique généralisé d'origine extra-médiastinique*** (*Medicina*, an. **12**, t. 1, n° 5, Mai 1944, p. 352-366). — L'emphysème du médiastin, que Galellier a bien étudié dans sa thèse, s'observe dans les traumatismes du thorax, l'anesthésie générale, les opérations chirurgicales sur le cou, l[e] pneumothorax thérapeutique, la coqueluche, les affections pulmonaires chroniques.

R. publie 2 cas mortels au cours de l'évolution d[e] lésions du sommet. Début brutal, infiltration gazeus[e] sous-cutanée, dyspnée, image radiographique caracté[ristique], ponctions sans effet.

Galellier niait que l'emphysème sous-cutané pût ga[gner] le médiastin. Selon R., l'air s'insinue entre le[s] muscles de la région sus-claviculaire dans le médiastin antérieur.

Il conseille l'incision d'urgence supra-sternale, avec dissection digitale profonde et aspiration.

G. D'HEUCQUEVILLE.

A. Lombart et **V. Jabonero**. ***Le problème des tumeurs multiples : déductions d'une statistique d'autopsies*** (*Medicina*, an. **12**, t. 2, n° 1, Juillet 1944, p. 467-485). — L. et J., qui avaient étudié les tumeurs multiples chez un même sujet, distinguaient les cas o[ù] ces tumeurs appartenaient ou non à un même système.

Les tumeurs multiples non systématisées s'observent chez les malades atteints de tumeurs simples, dans de[s] proportions qui varient selon les statistiques de 1 [à] 40 pour 1.000, alors que le calcul des probabilités don[ne]rait 7,78 pour 1.000 si le hasard jouait seul. L. et J. apportent 42 autopsies ayant révélé des tumeurs dou[bles] ou multiples : 9 associations de tumeurs malignes, 17 de tumeurs malignes et bénignes, 12 de tumeur[s] bénignes.

Leur statistique conduit à une proportion de 21,5 pou[r] 1.000, supérieure à celle du calcul des probabilités : la prédisposition des sujets joue donc dans l'étiologi[e] des tumeurs.

G. D'HEUCQUEVILLE.

P. Piulachs et **J. Paravisini**. ***Perforation en péritoine libre d'un cancer de la vésicule biliaire*** (*Medicina*, an. **12**, t. 2, Juillet 1944, p. 486-491). — Observation d'une malade de 64 ans, qui présente un drame péritonéal brutal. A l'opération, on trouve un[e] perforation de la vésicule, celle-ci dure et adhérente.

Mort rapide. L'autopsie montre un cancer gélatineu[x] de la vésicule avec métastases dans le foie, le péritoin[e] et les trompes.

De tels cas sont rares. La cholécystectomie est le seu[l] traitement, quand elle est réalisable.

G. D'HEUCQUEVILLE.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA (Stockholm)

R. Luft (Stockholm). ***Recherche sur l'hirsutisme, le syndrome de Cushing et la puberté précoce*** (*Acta medica Scandinavica*, Suppl. 149, 1944, 117 p.). — Il existe cliniquement de nombreuses ressemblances entre l'hirsutisme, le syndrome de Cushing et la puberté précoce, en particulier en ce qui concerne les caractères sexuels secondaires et la fonction génitale. Des recherches sur l'excrétion d'hormone gonadotrope, de substances œstrogènes et de substances androgènes ont montré qu'il existe une hypersécrétion de substance androgènes dans les tumeurs surrénales virilisantes, mai[s] pour le reste les résultats sont contradictoires. L. s'es[t] donc donné pour tâche de préciser l'excrétion de ce[s] diverses substances chez des malades bien étudiés et d[e] dégager les traits communs à ces trois états patholo[gi]giques.

Dans 14 cas d'hirsutisme observés, les signes clinique[s] les plus saillants étaient la pilosité de type masculin, des troubles menstruels, dans quelques cas une mascu[]linisation plus ou moins marquée du corps et de l[a] voix, et chez 2 patientes une hypertrophie du clitoris. Dans 4 cas on trouva des formations kystiques des ovaire[s] tapissées de cellules identiques à celles de la granulos[a] avec une theca interna très épaissie, formée de grande[s] cellules riches en lipoïdes. Ces formations kystiques don[]naient dans 3 cas un volume anormal aux ovaires. Dan[s] un cas où les surrénales furent examinées, on trouv[a] un adénome cortical. Dans 3 autres cas, elles étaien[t] normales macro- et microscopiquement et la réactio[n] du rouge ponceau-fuschine qui fait apparaître des granu[]lations rouges dans les cellules corticales était négative. L'excrétion quotidienne d'hormone gonadotrope se mon[]trait normale avec la méthode de Allen-Doisy tandi[s] que dans 6 cas elle était inférieure à la normale avec l[a] méthode de Thomsen. L'excrétion de folliculine étai[t] diminuée; par contre, celle des substances androgène[s] était augmentée et voisine des valeurs trouvées che[z] l'homme, se montrant à peu près parallèle à la pilosité. La cholestérolémie, la potassiémie et la natrémie étaien[t] normales.

10 cas de syndrome de Cushing présentaient les symp[]tômes caractéristiques : asthénie, adiposité du tronc, facies lunaire, hypertrichose, vergetures, acné, acrocya[]nose, troubles menstruels et impuissance, ostéoporose

ypertension, diminution de la tolérance au glycose, hypercholestérolémie, tendance marquée aux hémorragies cutanées. Dans 4 cas où l'hypophyse fut examinée, on trouva des modifications cytoplasmiques et nucléaires des cellules basophiles ainsi que des altérations de l'anté-hypophyse décrites par Mellgren dans les tumeurs corticales virilisantes. Dans 5 des 8 cas où les ovaires furent examinés histologiquement il existait de l'atrophie et de la sclérose. Les follicules primordiaux et les follicules de Graaf étaient rares. Dans 3 cas se voyaient des kystes bordés de grosses cellules de type granulosa, à côté d'une theca interna très épaissie. Dans 2 cas le cortex surrénal présentait une légère hyperplasie ; dans il était normal, ce qui va à l'encontre de l'opinion courante qui veut que le cortex soit hypertrophié dans le syndrome de Cushing. La réaction du ponceau-fuchsine se montra faiblement positive dans 2 cas et négative dans 4. On n'observa pas d'augmentation de l'excrétion des substances gonadotropes. Dans 6 cas féminins elle était particulièrement basse. L'excrétion de folliculine était notablement diminuée. Celle de substances androgènes, déterminée photométriquement, était très accrue comparée à celle des femmes normales, et déterminée biologiquement, correspondait à celle des femmes normales. Il n'y avait pas de rapport entre l'excrétion des substances androgènes et la pilosité ni les altérations du cortex surrénal. Natrémie, potassiémie et chlorémie étaient normales.

Deux cas de puberté précoce sont relatés. L'un du type obèse, qui présentait plusieurs symptômes appartenant au syndrome de Cushing ; l'autre du type « enfant Hercule ». Dans deux cas il y avait développement excessif du pénis et pilosité pubienne débutante. Dans le premier cas on rencontrait, d'une part des altérations des cellules de l'anté-hypophyse semblables à celles du syndrome de Cushing, d'autre part les modifications cytologiques décrites par Mellgren dans les tumeurs virilisantes du cortex surrénal. Ce malade présentait des symptômes communs aux deux états. Chez les deux malades existaient des altérations du cortex surrénal : carcinome à point de départ cortical chez le premier, grosse hypertrophie d'une surrénale chez le second. La réaction du ponceau-fuchsine était positive et l'excrétion d'hormone androgène considérablement accrue.

Quelle corrélation y a-t-il entre l'hypertrichose, la fonction sexuelle et l'excrétion hormonale ? La pilosité à type masculin et un trouble de la fonction génitale constituent un trait clinique commun aux cas féminins d'hirsutisme et de syndrome de Cushing. Ces cas présentaient aussi une hyperexcrétion de substances androgènes et une hyposécrétion de folliculine. Même hypersécrétion de substances androgènes chez les deux garçons à puberté précoce. L. fait jouer un rôle important aux troubles du cortex surrénal et de l'anté-hypophyse dans ces affections. Des tentatives thérapeutiques comportant l'excision partielle des surrénales et la radiothérapie de l'hypophyse ont donné une certaine amélioration.

P.-L. Marie.

K. Lundbaek (Copenhague). ***Thyroïdite chronique, goitre de Riedel, goitre de Hashimoto et goitre lymphadénoïde*** (*Acta medica Scandinavica*, 1942, **112**, n° 1, 55-69). — La classification des thyroïdites chroniques demeure très confuse. A propos d'un cas de thyroïdite qui cliniquement ne se caractérisait que par de légers symptômes de compression, vite guéris par la radiothérapie, et qui histologiquement pouvait être rangé parmi la forme plasmocytique du goitre de Riedel, L. discute l'existence de quatre types de thyroïdite chronique : 1° le goitre fibroplastique de Riedel, conception purement clinico-macroscopique, se manifestant par un goitre très dur, tendant à pénétrer dans les tissus adjacents et d'évolution bénigne, le plus souvent dû à une thyroïdite chronique, mais parfois se produisant sur un goitre exphtalmique éteint, histologiquement constitué par du tissu fibreux infiltré de cellules rondes, impossible à différencier microscopiquement de la thyroïdite chronique ; 2° le goitre de Hashimoto, dont la structure histologique se confond avec celle de la thyroïdite chronique, si bien qu'il semble illogique de maintenir ce goitre de Hashimoto comme un type spécial ; 3° la thyroïdite chronique proprement dite, histologiquement constituée, en dehors de la prolifération du tissu conjonctif et de la dégénérescence des cellules glandulaires, par une infiltration par des lymphocytes et des cellules plasmatiques, la présence possible de centres germinatifs, parfois des cellules géantes, qui présente des formes de passage avec les deux précédents types dont elle est bien difficile à séparer ; 4° le goitre lymphadénoïde de Williamson et Pearse, caractérisé exclusivement par une accumulation de lymphocytes accompagnant la disparition du tissu glandulaire, type histologique spécial, semblant distinct de la thyroïdite chronique. Son étiologie et sa pathogénie restent obscures ; L. croit devoir incriminer une hyperplasie du tissu lymphoïde existant dans la thyroïde de certains sujets, en particulier chez les femmes âgées.

P.-L. Marie.

E. Lundsteen (Aarhus). ***Recherches sur la coagulation du sang et spécialement sur le problème de l'hémophilie*** (*Acta medica Scandinavica*, 1942, **112**, n° 1, 90-103). — L. a remarqué que le plasma sanguin citraté coagule plus rapidement après avoir été recalcifié quand on le fait séjourner d'abord quelque temps à 37°. Il en est de même pour le plasma des hémophiles, qui, après 3 heures de séjour à 37°, peut devenir aussi rapidement coagulable que le plasma normal, ce qui montre que le plasma des hémophiles contient une quantité suffisante de la substance nécessaire à une coagulation normale.

L. montre que cette augmentation de la coagulabilité du plasma des hémophiles est due au fait que des substances hâtant la coagulation sont mises en liberté aux dépens des plaquettes dans le plasma. Les résultats de ces expériences semblent indiquer que la prolongation du temps de coagulation dans l'hémophilie est due au défaut de pouvoir des plaquettes de libérer ces substances qui vraisemblablement font partie du complexe thrombokinase.

P.-L. Marie.

ACTA PSYCHIATRICA ET NEUROLOGICA (Copenhague)

M. Lomholt. ***Etude clinique et pronostique des paralytiques généraux traités par la malaria*** (*Acta psychiatrica et neurologica*, Supplément 30, 1944, 166 pages). — Le pronostic de la démence paralytique a été complètement changé par l'introduction dans la thérapeutique de cette affection de la malariathérapie.

L'important travail actuel porte sur 747 malades hommes, dont 623 ont été traités par la malaria entre 1922 et 1935.

La durée moyenne d'incubation de la P. G. a été de 18 ans, ce temps étant passé de 15 à 21 ans, variation en rapport sans doute, avec le fait que les syphilitiques sont de plus en plus activement soignés. Sur tous les malades 78 seulement avaient été traités par le salvarsan à la période primaire et secondaire de leur syphilis. Les autres n'avaient reçu que du mercure.

L'aspect clinique des malades était le suivant : 82 étaient déprimés, neurasthéniques, légèrement affaiblis ; 100 présentaient un aspect expansif et mégalomane ; 414 étaient des euphoriques, déments et satisfaits. Les statistiques montrent que dans ce dernier groupe le début de la P. G. avait précédé de beaucoup l'instauration du traitement, un an au moins dans la moitié des cas. L'existence d'hallucinations dans plus d'un tiers des cas de malades traités. Sur les 579 malades, 119 avaient des hallucinations avant le début du traitement, 36 en présentèrent dès le début du traitement, et chez 48 les hallucinations n'apparurent qu'à la suite du traitement. Sur 107 P. G. qui ne furent pas traités par la malaria, 39 présentaient des hallucinations. Ces constatations ne sont pas en faveur de l'opinion émise par Gettstman, de la transformation de la P. G. par la malaria, puisque les hallucinations peuvent s'observer à toutes les étapes de la maladie, chez les sujets traités par la malaria, comme chez ceux qui ne le sont pas. Les résultats obtenus par la malariathérapie ont été les suivants. Sur 576 malades traités : 60 furent guéris sans déficit intellectuel ; 68 furent guéris avec un léger déficit, aptes à travailler ; 38 restèrent dans le même état ; affaiblis, capables de travailler en partie ; 103 restèrent stationnaires, affaiblis et incapables de travailler ; 46 restèrent stationnaires, déments et hospitalisés ; 20 subirent une involution progressive ; 247 moururent pendant la durée d'observation consécutive au traitement.

Ainsi donc, le pronostic est très différent dans les diverses formes de P. G., étant surtout favorable chez les sujets déprimés, chez les sujets légèrement affaiblis et expansifs, dans les formes mégalo-maniaques. Mais ce qui compte surtout, c'est l'instauration précoce des traitements.

Quand aux réactions humorales, dans le sang le Wassermann était positif dans 522 cas sur 548. Dans les 26 cas négatifs, la réaction devint positive dans 7 cas après l'impaludation. Pour le liquide, sur les 579 cas, toutes les réactions étaient positives dans 413 cas. Dans 21 cas, une seule réaction était positive ; leucocytose, albuminose ou Wassermann. En tout cas il ne semble pas y avoir de parrallélisme entre les modifications de l'état général et celles du liquide céphalo-rachidien, du fait du traitement.

Finalement, si les résultats consécutifs à la malariathérapie ne sont pas plus favorables, c'est parce que les malades ne se font pas traiter plus précocement. Tous les syphilitiques avec des réactions humorales positives dans le liquide, même s'ils ne présentent aucun signe clinique, devraient être soumis à l'impaludation.

H. Schaeffer.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Bâle)

Ernst Ruppanner. ***Infections à funduliformis.*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **74**, n° 24, 17 Juin 1944, p. 654-656). — Le *Bacillus funduliformis* qui est un bacille Gram-négatif strictement anaérobie, donne lieu à des infections graves décrites d'abord en France puis en Suisse et dont R. a observé deux cas.

Dans le premier cas, il s'agit d'une jeune fille de 18 ans qui présente une angine avec abcès péritonsillaire gauche et dont l'état s'aggrave rapidement. On procède à un traitement par le prontosil et par le dagénan puis on lie la veine jugulaire interne qui présente une vaste thrombose où on trouve du funduliforme qui existe également dans le sang. Après une amélioration passagère, il est survenu des métastases dans le bras gauche, dans la plèvre droite, etc.

Dans le second cas, il s'agit d'un homme de 37 ans qui présente un abcès appendiculaire qu'on ouvre et qui est suivi d'un phlegmon rétropéritonéal dans le pus duquel existait du bacille funduliforme. Dans les deux cas, la mort est survenue.

En générale, dans ces infections, le funduliforme entre seul en cause. D'autres fois, il y a des associations comme dans le premier cas où on trouvait en même temps du pyococcus aureus.

Dans tous les cas, cette septicémie est grave et on doit toujours faire un essai avec les sulfamides qui n'ont d'ailleurs pas réussi à sauver les malades de R. Cependant, comme le bacille en cause est sensible pour l'arsenic, on a recommandé aussi les arsénobenzols. Dans un cas de Ammann, le sang d'un donneur qui avait lui-même subi une infection par funduliforme, a donné de bons résultats.

P.-E. Morhardt.

Henri Jeanneret. ***Contribution à l'étude de l'action anticoagulante de la dicoumarine synthétique sur l'organisme humain.*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **74**, n° 25, 24 Juin 1944, p. 696-700). — La dicoumarine qui apparaît dans le trèfle blanc avarié, freine la production de la prothrombine pendant la première phase de la coagulation. Elle peut s'administrer par voie buccale et parentérale et ses effets se font encore sentir 24 à 36 heures plus tard par retour à la normale 5 à 10 jours après le traitement. Les effets de ce médicament ont été étudiés par J. chez une série de 35 sujets âgés de 30 à 75 ans et ne présentant pas d'affection thrombosante. La tolérance digestive a toujours été excellente. On n'a constaté aucun retentissement défavorable sur le foie. L'hypoprothrombinémie ainsi provoquée s'est accompagnée 8 fois sur 13 d'une diminution du taux des protéines du sang avec abaissement du rapport sérine-globuline.

En outre, la dicoumarine prolonge simultanément le temps de coagulation et le temps de prothrombine sans qu'il y ait proportionnalité entre les deux phénomènes. L'hypoprothrombinémie s'accompagne d'altérations vasculaires surtout chez les sujets présentant de la sclérose vasculaire généralisée, de l'hypertension artérielle, une dénutrition intense. L'allongement du temps de prothrombine dure 3 semaines quand l'absorption de dicoumarine s'est étendue 8 à 12 jours à raison de 150 *mg.* par jour. Ce temps atteint alors 180 à 210 secondes entre le 11ᵉ et le 15ᵉ jour. La dose quotidienne avoisine 2 *mg.-kg.*

La vitamine K est sans effet sur l'hypoprothrombinémie ainsi provoquée. Un temps de prothrombine de 40 à 45 secondes ne provoque d'hémorragie que chez les hépatiques. Dans 3 cas, la dicoumarine a exercé une action défavorable (gingivorragie, ecchymoses, hématurie, épistaxis, etc.). Ce médicament pourrait être utilisé avec avantage à titre prophylactique ou curatif dans les phlébites récentes, les endocardites lentes, les thrombartérites oblitérantes aiguës, les menaces de thromboses et d'embolies postopératoires, le traitement de la thrombose de la veine centrale de la rétine et de la thrombose des sinus veineux.

P.-E. Morhardt.

Brunner. (Zurich). ***Lésions cardiaques et circulatoires en cas d'anévrisme artérioveineux et leur traitement.*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **74**, n° 26, 1ᵉʳ Juillet 1944, p. 707-711). — B. donne deux observations de plaie ayant entraîné des troubles cardiaques. Dans un cas, il s'agit d'un homme de 30 ans qui se plaint depuis l'âge de 17 ans de palpitations, de fatigabilité, etc., et qui présente en fait et malgré sa constitution débile, une augmentation du volume du cœur. Il accuse enfin l'existence d'un frémissement au niveau de la cuisse gauche dans une région où il avait reçu accidentellement une balle de pistolet. La cuisse malade est, un peu au-dessus du genou, plus grosse que l'autre et on entend un frémissement net un peu plus bas que la cicatrice, sous laquelle on sent une résistance animée de pulsations. La compression de l'artère fémorale fait disparaître le frémissement. L'intervention permet de constater que l'artère est élargie ainsi que la veine avoisinante. On trouve la fistule artérioveineuse dont on pratique l'exérèse. On constate, 23 jours après l'opération, que le diamètre du cœur, qui atteignait 17 *cm.*, est réduit à 15 *cm.*

Dans le 2ᵉ cas, il s'agit d'un jeune homme de 23 ans chez qui une plaie grave de la cuisse a eu très rapidement pour conséquence un anévrisme artérioveineux avec tumeur pulsatile bien nette, 14 *cm.* au dessous du pli de l'aine. Là encore, il fut constaté une augmentation de volume appréciable du cœur avec phénomène de stase pulmonaire. Vingt-deux jours après l'opération, le diamètre du cœur s'était réduit de 18 à 16 *cm.*

Dans les 2 cas, le pouls de la pédieuse a reparu immédiatement après l'opération, ce qui montre qu'il ne s'était pas produit de thrombose malgré l'intervention. Il semble en conséquence qu'en pareil cas, l'intervention puisse faire disparaître des phénomènes d'insuffisance cardiaque même grave.

P.-E. Morhardt.

PETITES CLINIQUES DE "LA PRESSE MÉDICALE"

N° 676.

Primo-infection tuberculeuse

par Louis Ramond.

Ce jeune homme, Michel B..., que vous trouvez aujourd'hui couché au lit n° 4 de la salle Cruveillhier, encore fatigué, la face couverte de sueurs, avec une température à 39°, est entré il y a trois jours à l'hôpital sur le conseil de son médecin pour complément d'enquête avec une fièvre continue dont la cause restait encore incertaine. Provisoirement, notre confrère s'en tenait au diagnostic d'attente de « *foyer congestif pulmonaire central* ».

Le début de la maladie remonte au *Vendredi 10 Novembre 1944* — il y a aujourd'hui treize jours. — Il s'est manifesté par des frissonnements, des courbatures, du malaise général et du manque d'appétit. En même temps s'est installée une toux sèche, pénible, avec sensation douloureuse rétrosternale au moment des accès de toux.

Néanmoins Michel B... a continué son métier d'électricien encore pendant quarante-huit heures. Il ne s'est alité que le *Dimanche 12 Novembre* en raison de l'aggravation de son état. Sa température, qu'il n'avait pas prise auparavant, était alors de 39° 4.

Son médecin, n'ayant trouvé aucune localisation infectieuse justifiant cette pyrexie, l'a considérée tout d'abord comme une *grippe* et lui a prescrit des antithermiques et une potion calmante.

Mais, loin de s'améliorer, la situation a empiré et, *le Mercredi soir 15 Novembre*, au cinquième jour de la maladie, la fièvre atteignait 40°, tandis que la toux ramenait des crachats muco-fibrineux, non colorés, mais suspects de traduire une alvéolite infectieuse. Dans ces conditions, une sulfamidothérapie discrète — 3 *g.* de thiazomide par jour — fut instituée. Elle se montra sans effet sur la maladie : la température se maintint tous les jours au-dessus de 40° le soir et de 39° 4 le matin, tandis que persistaient les symptômes généraux, la toux et l'expectoration muco-fibrineuse, qui, par trois fois fut striée de sang. Cette expectoration, examinée bactériologiquement, se montra assez riche en pneumocoques, mais complètement exempte de bacilles de Koch, tant à l'examen direct qu'après homogénéisation. Et l'examen général et l'auscultation la plus attentive de l'appareil pulmonaire restaient toujours négatifs ! Aussi le médecin a-t-il décidé d'envoyer son malade à Laënnec pour permettre la mise en œuvre de moyens d'exploration complémentaires. Celui-ci est arrivé salle Cruveillhier *Lundi soir, 20 Novembre 1944*.

Le lendemain matin nous nous sommes trouvés en face d'un jeune homme robuste, solidement charpenté et très musclé, de teint légèrement bronzé (son père est haïtien) qui paraissait, comme aujourd'hui, assez fatigué. Il n'était pourtant pas prostré, et c'est de lui que nous avons tenu tous les détails de son histoire. Il avait encore 38° 9 de fièvre, et son corps était couvert de sueurs. Il n'avait pas d'herpès labial. Il n'avait pas de dyspnée et il toussait peu. Il crachait moins encore, et il n'y avait dans son crachoir que 2 ou 3 crachats muqueux blanchâtres, sans caractères pathologiques. L'examen stéthacoustique le plus minutieux de son thorax ne nous a pas permis de découvrir la moindre modification de la sonorité, des vibrations vocales ou de la respiration, ni d'entendre le moindre râle.

Le cœur était régulier ; nous n'y avons entendu aucun souffle. La tension artérielle était de 13×8 au Vaquez.

La langue était humide, un peu sale au centre. La gorge était absolument normale. L'appétit, quoique diminué, n'était pas aboli. Sur le ventre, ni ballonné ni rétracté, il n'y avait pas de taches rosées lenticulaires. La palpation de la fosse iliaque droite ne déterminait pas de gargouillement. D'ailleurs les selles avaient été toujours régulières et normales. La rate n'était pas palpable, ni percutable. Le foie ne débordait pas les fausses côtes.

Il n'y avait aucune arthralgie ni aucun signe neurologique pathologique.

Les urines étaient claires, d'abondance moyenne. Elles ne contenaient pas de sucre; mais elles étaient légèrement albumineuses.

Quelles hypothèses fallait-il discuter devant cette fièvre continue qui durait depuis onze jours sans aucun signe de localisation ?

1° Tout au début le médecin de cet électricien avait pensé à une *grippe*. Mais ce diagnostic n'était plus acceptable, vu la durée de la maladie et l'absence de localisations viscérales secondaires. Du reste, notre confrère avait lui-même abandonné cette hypothèse.

2° Mais ne s'agissait-il pas d'une *fièvre typhoïde* ou *paratypoïde?* L'âge du sujet, le fait qu'il n'avait pas été vacciné préventivement contre les infections typhiques ou paratyphiques, l'époque actuelle, marquée par une recrudescence des infections éberthiennes ou paratyphoïdiques, l'ascension progressive de la température et son maintien autour de 40° depuis cinq jours... c'étaient là bien des raisons d'y penser. Pourtant le début relativement brusque de la maladie, l'absence de toute prostration, l'inexistence de gargouillement dans la fosse iliaque droite et aussi de taches rosées lenticulaires, bien que nous fussions au onzième jour de la maladie, l'absence de splénomégalie, de xanthochromie palmo-plantaire et d'angine ulcéreuse de Duguet devaient nous faire douter de la réalité d'une infection du groupe typhique, d'autant plus que la toux et l'expectoration orientaient le diagnostic vers une affection des voies respiratoires, et que nous n'entendions dans la poitrine aucun râle de bronchite ou de congestion pulmonaire comme il est habituel d'en trouver dans la fièvre typhoïde ou dans les infections paratyphiques.

3° Nous en arrivions donc à l'opinion du médecin de ce jeune homme : à savoir que nous avions affaire sans doute à un *foyer congestif pulmonaire central*.

a) Comme lui, nous devions envisager tout d'abord l'hypothèse la plus favorable, celle d'un foyer central de *pneumonie franche aiguë*. En sa faveur nous trouvions un certain nombre d'arguments : le début relativement brusque, l'apparition de la toux dès les premiers jours, la douleur thoracique, l'expectoration muco-fibrineuse et même légèrement sanglante à trois reprises, l'hyperthermie à 40° en plateau depuis cinq jours, la présence de pneumocoques en assez grand nombre dans les crachats et l'action des sulfamides auxquels nous pouvions peut-être attribuer l'amorce d'une chute thermique puisque, depuis la veille, le thermomètre ne dépassait plus 39°. Cependant nous remarquions : que le début de la maladie n'avait pas été brusque et solennel : qu'il n'avait pas été marqué pas un frisson violent et prolongé, mais par de petits frissonnements répétés ; que la fièvre ne s'était élevée que lentement, en lysis, à 40°, pour n'atteindre ce degré qu'au cinquième jour seulement de la maladie ; que la douleur thoracique n'avait pas eu le siège, l'acuité ni la permanence du point de côté pneumonique ; que la dyspnée faisait défaut, ainsi que l'herpès labial ; que les crachats n'étaient pas visqueux, collants et rouillés ; que la langue n'était pas saburrale... ; enfin, que l'examen le plus soigneux du thorax ne permettait de mettre en évidence aucune modification stéthoscopique quelconque en rapport avec le développement d'un foyer d'hépatisation pulmonaire profond.

b) C'est pourquoi — la possibilité d'un *foyer gangréneux pulmonaire profond* étant éliminée par le peu d'importance de la douleur thoracique et par l'atteinte relativement légère de l'état général ainsi, bien entendu, que par l'absence de fétidité de l'haleine — nous nous sommes orienté vers l'hypothèse d'une *pneumopathie tuberculeuse*.

Or, l'interrogatoire, poursuivi dans ce sens nous a appris que, si Michel B... n'a jamais eu dans son enfance que des affections aiguës banales, — une pneumonie franche aiguë à 6 ans, la rougeole, la coqueluche, les oreillons — il a une mère tuberculeuse de longue date et il vient de partager depuis dix-huit mois sa chambre avec son frère reconnu tuberculeux depuis le mois de *Mai 1943*, et qui doit incessamment partir en sanatorium. Obligé d'aller travailler en Allemagne en *Novembre 1942*, notre malade a réussi à rentrer en France en *Juillet 1943*, date à laquelle il a commencé à vivre aux côtés de son frère reconnu bacillaire deux mois plus tôt. Examiné lui-même au dispensaire antituberculeux en *Octobre 1943* il a été reconnu indemne de tuberculose à cette époque.

Pour compléter notre enquête nous devions 1° pratiquer une *cuti-réaction à la tuberculine* 2° faire un *examen radiologique du thorax*.

La *cuti-réaction à la tuberculine*, faite séance tenante, il y a deux jours, est, comme vous le voyez, franchement *positive* sous la forme d'une papule saillante, de teinte rouge uniforme.

Quant à la *radioscopie*, pratiquée le jour même elle a éliminé la pneumonie franche en montrant deux champs pulmonaires normaux sans trace de foyer d'ombre triangulaire d'hépatisation pneumonique et des sinus costo-diaphragmatiques aigus clairs et mobiles. Mais elle nous a révélé une augmentation considérable des dimensions des hiles pulmonaires, en particulier du hile droit, que la *radiographie* permet de rattacher à la fois à l'hypertrophie des ganglions trachéo-bronchiques et à une condensation plus ou moins marquée du parenchyme pulmonaire voisin ; c'est-à-dire à un *complexe ganglio-pulmonaire typique*.

Ces résultats confirment d'une manière indiscutable le diagnostic de primo-infection tuberculeuse chez ce jeune homme. En effet, nous trouvons chez lui tous les éléments nécessaires pour l'affirmer : 1° la fièvre continue ; 2° la notion de contamination tuberculeuse récente par une personne de l'entourage du malade ; 3° la positivité de la cuti-réaction à la tuberculine ; 4° le complexe ganglio-pulmonaire, visible aux rayons X et constitué surtout par une adénopathie trachéobronchique augmentant les dimensions des hiles pulmonaires et donnant naissance à des ombres médiastines d'allure ganglionnaire, et aussi parfois par des taches et des marbrures dans le parenchyme pulmonaire en rapport avec le chancre pulmonaire d'inoculation de la tuberculose.

Le pronostic à porter ici doit être réservé *pour le présent*. Cette primo-infection peut marquer le début d'une tuberculose pulmonaire chronique. Elle peut aussi être le point de départ d'une forme aiguë granulique ou se compliquer de méningite tuberculeuse. Cependant on a le droit d'espérer, que, suivant la règle, elle se terminera par la chute de la fièvre et le retour à la santé, au moins d'une façon temporaire.

Il conviendra de profiter de cette accalmie momentanée pour fortifier l'organisme de ce sujet tuberculisé et le mettre à l'abri de poussées évolutives ultérieures de tuberculose toujours à craindre *dans l'avenir* de tels malades.

Comme traitement nous allons :

1° Actuellement : *a*) laisser le malade *au lit* ; *b*) lui donner une *alimentation variée et reconstituante* ; *c*) lui faire prendre une fois par semaine *15 mg. de vitamine D per os* ; *d*) lui faire un jour sur deux une injection intraveineuse de *1 g. de gluconate de calcium* et, les jours intermédiaires, une injection sous-cutanée de 2 cg. de *Chlorhydrate de Choline*.

2° Plus tard, quand la température sera redevenue normale, nous lui demanderons d'aller faire un *séjour d'au moins six mois à la campagne ou à la montagne, au repos complet*.

CHRONIQUES
VARIÉTÉS • INFORMATIONS

Centenaire d'Élie Metchnikoff

CHOSES VÉCUES

Tout a été dit et écrit sur Elie Metchnikoff, sur sa personnalité hors ligne, sur son œuvre magnifique, la phagocytose. Etant, hélas, un de ses derniers élèves encore en vie, je voudrais évoquer ici des souvenirs personnels qui, depuis 1900, date à laquelle je devins son disciple, et jusqu'à sa mort, me rattachent étroitement à lui. Ces souvenirs permettront de faire revivre une époque attachante entre toutes, où les découvertes offraient un éclat et déchaînaient des passions inconnues de nos jours. Par surcroît, ils dévoileront, je l'espère, certaines particularités ignorées du caractère, éminemment complexe, de ce prodigieux savant.

*
* *

Nous sommes en 1898. La lutte est acerbe entre les partisans de la théorie cellulaire de l'immunité, formulée par Metchnikoff et ses élèves, et ceux qui soutiennent la conception humorale de cette même immunité. Tout le problème réside dans la signification du « phénomène de Pfeiffer ». On connaît ce phénomène : vaccinons un cobaye contre le vibrion cholérique, injectons ce vibrion dans la cavité péritonéale d'un tel animal immunisé et observons ce qui s'y passe. En quelques instants, et en dépit de la présence de rares leucocytes, le microorganisme se transforme en granules et finit par se dissoudre « comme sucre dans l'eau ». Constatation en opposition flagrante avec la théorie de Metchnikoff, suivant laquelle tout état réfractaire acquis et spécifique est l'œuvre des globules blancs, lesquels englobent, digèrent et anéantissent l'agent pathogène, en l'absence de toute intervention humorale.

C'est le premier choc que reçoit le concept phagocytaire. Metchnikoff le ressent vivement, en saisit l'importance et entreprend des expériences de contrôle. Or, affirme-t-il, il suffit de « préparer » la cavité péritonéale par une injection préalable de bouillon, pour constater que, dans ces conditions, la transformation granulaire du vibrion est totalement supprimée et remplacée par une phagocytose intense de germes intacts. Le savant slave triomphe : il peut donc il y avoir immunité sans le concours des bactériolysines, les leucocytes seuls étant une arme défensive efficace. Il veut convaincre Pfeiffer, réaliser l'expérience de concert avec lui, mais, disait-il, lorsqu'il fit le voyage à Breslau, le savant allemand se porta malade et manqua « involontairement » le rendez-vous.

Par surcroît, son élève Jules Bordet, devenait chaque jour davantage le champion de la théorie humorale de l'immunité, et cela, tout près du Maître, dans la même atmosphère de l'Institut Pasteur. Par d'ingénieuses expériences concernant les bactériolysines de Buchner et les hémolysines, qu'il venait de découvrir, Bordet en précisait la constitution complexe, où alexine et ambocepteur s'associent, et proclamait leur rôle essentiel dans l'immunité acquise. Parallèlement, Ehrlich et Morgenroth étudiaient le phénomène de l'hémolyse et l'invoquaient en faveur de la théorie des « chaînes latérales ». Véritable joute, se traduisant par des notes et mémoires qui, à un rythme accéléré, paraissaient dans les « Annales de l'Institut Pasteur » et la « Deutsche medizinische Wochenschrift ».

C'est en pleine bataille que Metchnikoff me fait l'honneur de m'accepter comme élève. Ayant terminé mes travaux à la Faculté de Médecine, je quittai mon maître Charrin, chercheur émérite, esprit d'une remarquable acuité, et dirigeai mes pas vers l'Institut Pasteur, où, grâce à Jean Cantacuzène, je fus mis en rapport avec mon futur Maître. Celui-ci m'engagea à faire un stage au Laboratoire d'Ehrlich, à Francfort, afin de me familiariser avec des méthodes nouvelles. Je m'exécutai et pris ainsi contact avec le promoteur de la théorie des chaînes latérales. Avec une ardeur juvénile, je m'assimilai l'essence de cette théorie, et, désireux de la porter à la connaissance du public médical français, je publiai 2 articles dans la « Presse Médicale » (1900), insistant sur son importance dans le mécanisme de l'état réfractaire acquis.

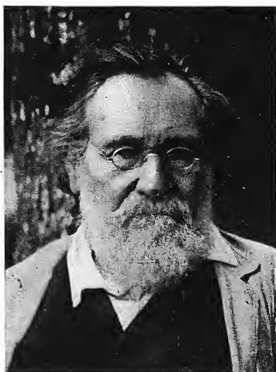


Photo Jeanet.

ELIE METCHNIKOFF.

Dès mon retour à Paris, je me présentai au Laboratoire de Metchnikoff, satisfait de mes publications et ravi de travailler désormais sous sa haute direction. « Vous voici, me dit mon futur Maître, sur un ton courroucé. Que me voulez-vous, après avoir déclaré, dans vos articles, que la théorie d'Ehrlich est la seule capable d'expliquer l'immunité ? » Le diapason du monologue montait, frisant la colère ; je m'estimais perdu et regardais la porte avec angoisse. Mais, quelques instants après, la figure léonienne de Metchnikoff se détendit et avec aménité, il ajouta : « Venez demain, je vous ferai étudier certains problèmes qui vous convaincront du bien fondé de la théorie phagocytaire. » Je le quittai heureux, commençai mes travaux sur le sort des vibrions cholériques injectés dans la circulation générale des cobayes vaccinés, et sur l'état de l'alexine dans le sang. Ma conviction fut totale et définitive. Par la suite, et en de nombreuses occasions, j'ai invoqué la phagocytose comme moyen défensif efficace, peu importe s'il s'agissait d'immunité spécifique, ou de résistance chimiothérapique (sulfamides et pénicilline).

A la mort de Duclaux, Metchnikoff devint le collaborateur de Roux, au titre de sous-directeur. Cette collaboration eut une durée éphémère. Antinomie flagrante entre ces deux grands esprits, tout au moins sur le terrain administratif. Roux était la précision même, Metchnikoff la fantaisie incarnée. Si Roux connaissait les possibilités et ne s'en écartait point, Metchnikoff vivait dans un rêve où seule la recherche scientifique, fût-elle la plus dispendieuse, comptait. Stricte économie d'un côté, projets de dépenses illimitées de l'autre, donc désaccord complet.

Nous voici en 1903, date mémorable, puisqu'elle marque l'époque des études expérimentales de la syphilis, problème d'une importance scientifique et sociale de premier plan, auquel, pour la première fois, l'Institut Pasteur s'intéressait. L'idée d'entreprendre un tel travail émane, sans doute, de Metchnikoff ; pour quelles raisons, je l'ignore. Les moyens de réalisation, particulièrement coûteux, puisqu'il s'agissait d'entreprendre des recherches sur les singes anthropoïdes, sont fournis par Roux, dans les circonstances que voici : l'Académie des Sciences crée un prix de 100.000 francs, dû à la générosité d'un banquier, Osiris, prix qu'elle attribue à Emile Roux. Celui-ci le refuse, pour la raison qu'il n'accepte pas de dons émanant de personnes qu'il ne connaît guère. Etonnement de l'Institut, entrevue du lauréat et du fondateur du prix, entrevue dont le résultat fut un parfait accord. Osiris est conquis par les rares qualités du Directeur de l'Institut Pasteur, intelligence hors pair, droiture, amour passionné pour la maison qu'il dirige, fierté rigide, souvent mitigée d'une aménité captivante. Le résultat fut le legs de 50 millions de francs qu'Osiris laissa, après sa mort, à l'Institut Pasteur, dont les finances étaient précaires. Pour une fois, la syphilis servait à quelque chose de bien !

Roux accepte donc le prix de l'Académie des Sciences. Plusieurs admirables mémoires furent le fruit de sa collaboration avec le savant slave, collaboration à laquelle participait le grand syphiligraphe Alfred Fournier, associé en tant qu'expert en matière de spécificité humaine. Syphilis du chimpanzé et des singes inférieurs, étude de l'incubation, prophylaxie médicamenteuse, etc..., furent autant de problèmes résolus par les travaux de l'Institut Pasteur, dont Metchnikoff était l'âme et, en grande partie, le réalisateur.

Restait la découverte de l'agent étiologique de la syphilis et le diagnostic sérologique de cette maladie. Pour ce qui a trait à la première de ces questions, grand fut son étonnement, lorsque Metchnikoff reçut des mains de Kraus les préparations de Schaudin, révélant la présence du *Treponema pallidum* dans les lésions syphilitiques humaines. Etonnement et scepticisme aussi. « Spirochète ? impossible, objecte Metchnikoff. J'ai chargé Levaditi de chercher des spirochètes dans le suc d'un chancre du Chimpanzé et il n'en a pas trouvé. » J'en fais *mea culpa*. En effet, j'ai pratiqué un tel examen, mais sans insister, comme toujours quand la question ne passionne pas outre mesure. Quoi qu'il en soit, Metchnikoff se met aussitôt à dépister le tréponème dans les syphilômes simiens et l'y décèle en abondance, ce qui dissipe son scepticisme et l'autorise à confirmer la belle découverte de Schaudin. Peu après, j'eus la bonne fortune de déceler le même spirochète dans les organes des hérédo-syphilitiques, en dehors de toute contamination, toujours possible, et cela non seulement sur frottis, mais encore sur des coupes imprégnées à l'argent. L'ensemble de ces constatations établit, sur des bases solides, le rôle du *Treponema pallidum* en tant qu'agent étiologique de la syphilis.

Quant au séro-diagnostic, découvert en 1906 par Wassermann et ses collaborateurs, il intéressa au plus haut degré le savant russe. Il m'engagea à le vérifier et à l'introduire dans la syphiligraphie française. C'est au cours de ces recherches, qui devaient aboutir à la création d'un Service de Séro-diagnostic à l'Institut Pasteur, qu'il me fut donné d'établir la non-spécificité de l'antigène et sa solubilité dans les solvants des lipides, point de départ des réactions de séro-diagnostic modernes.

Mais voici que le concept phagocytaire de Metchnikoff reçoit un second choc, non moins important que le premier. Sir Almroth Wright, ami intime de mon Maître, venait de découvrir les « opsonines », principes de nature inconnue, présents dans le sérum sanguin des sujets vaccinés, et capables de déclencher la phagocytose des germes pathogènes. Une circonstance fortuite me mit en rapport avec Sir Almroth Wright et, indirectement, avec le problème des opsonines. Mon bon Maître franchit un jour la porte de mon laboratoire, en compagnie d'une jeune et fort jolie égérie, et me tint à peu près ce langage : « Regardez Madame X., comme c'est dommage ! C'est de l'acné, n'est-ce pas ? Vous savez que Sir Almroth Wright a mis au point une méthode de vaccination contre le staphylocoque. Allez à Londres, assimilez-vous cette méthode pour que, en rentrant, vous puissiez préparer un auto-vaccin pour cette aimable dame. » Sitôt dit, sitôt fait. J'eus ainsi l'occasion inespérée de connaître de près l'extraordinaire personnalité du savant irlandais, et de m'initier, grâce à lui, à sa méthode de vaccination et à la technique des opsonines. De retour à Paris, j'organisai, dans le laboratoire de Legroux, une petite usine-pilote pour la fabrication des vaccins, première ébauche du Service des Vaccins de l'Institut Pasteur, dont nul n'ignore le prodigieux développement actuel.

« Opsonines ? voyez donc ce que sont, en réalité, ces nouveaux moteurs de la phagocytose », me dit Metchnikoff. Je me mis au travail, et avec l'anglais Inman (1907), nous découvrîmes que les opsonines normales étaient identiques à l'alexine, et que les opsonines spécifiques étaient composées (comme d'ailleurs les bactérolysines), d'alexine et de sensibilisatrice. Si les opsonines déclenchent et intensifient la phagocytose, c'est qu'elles agissent sur les germes, qu'elles rendent aptes à être englobés ; elles confèrent, de la sorte, au globule blanc une efficacité de premier plan, dans le complexe défensif de l'organisme vacciné. Ainsi, il nous fallait admettre que la phagocytose était, jusqu'à un certain point, sous la dépendance de facteurs humoraux sélectifs, et que les modifications de surface que ces facteurs impriment aux microbes, sont à la base du phénomène de l'englobement.

Metchnikoff supporta avec calme et résignation ce second choc subi par sa théorie, mais il fallait se rendre à l'évidence. Petit à petit, le concept phagocytaire évoluait vers un plan humoral ; sa valeur, loin d'être amenuisée, se voyait, au contraire, complétée, perfectionnée.

Mais il y eut plus. En 1910, en collaboration avec Mutermilch, j'établissais que ce qui, avant tout, prime dans le phénomène de la phagocytose sélective, c'est l' « attachement » de l'objet phagocytable sur le globule blanc. Pour que l'englobement devienne possible, il faut que cet objet s'accole à la surface de ce globule. Or cet attachement est de nature physico-chimique. Les modifications que l'opsonine imprime au corps microbien font que le germe, en vertu d'une affinité nouvelle, se fixe sur le leucocyte, et cela en dehors de toute activité dite vitale du phagocyte. L'attachement s'opère, en effet, même en présence de globules blancs préalablement tués, et sur ces globules seulement. Un film, réalisé en collaboration avec Commandon, rendait parfaitement visibles les détails du processus (trypanosomes et sérums anti-trypanosomiques). Il était tout naturel que les recherches modernes, concernant la définition chimique des antigènes, cadrassent avec l'ensemble de ces constatations préliminaires, vieilles de 35 ans.

1908. Metchnikoff voit sa belle découverte recevoir la haute récompense du Prix Nobel, qu'il partage avec Ehrlich. Ce partage, il ne l'accueille qu'avec réserve. Pourquoi lui associe-t-on celui-ci ? Cette association de deux théories, radicalement opposées, celle de la phagocytose et celle des chaînes latérales, le choque, ...mais le comité Nobel veut paraître impartial ! Mon Maître prépare donc son voyage à Stockholm et commence à rédiger son rapport. Il y avait, cependant, dans ce rapport, une lacune à combler, des expériences complémentaires à effectuer ; il m'en charge. Hélas, je me passionnais alors pour des questions étrangères au sujet proposé et, tout surprenant que cela puisse paraître, je négligeai de satisfaire Metchnikoff. Mon bon Maître vint me demander les résultats. Je restai muet. La scène qui s'ensuivit fut impressionnante. Metchnikoff entra dans une colère jupitérienne (c'est le mot), à telle enseigne que j'eus peur de le voir s'écrouler sans connaissance. Colère russe, c'est tout dire... Il ne me pardonna pas avant que je lui aie donné entière satisfaction. Pour la seconde fois : « *mea culpa* ».

Puis ce fut la guerre de 1914, et le vide à l'Institut Pasteur. Metchnikoff éprouva un désespoir sans nom, lorsque, arrivant de Sèvres, où il habitait, il trouva la maison de la rue Dutot déserte. Pacifiste convaincu, la vie n'avait pour lui qu'un seul but : la recherche scientifique. Mon Maître vivait dans un monde à part, fait d'art et de philosophie, et dont la dominante était la découverte du nouveau. Musicien, il l'était du fond de l'âme. Il adorait aussi la peinture et attribuait le flou des œuvres de Carrière à un défaut de vision. Vers la fin, il me disait qu'une décantation progressive s'était opérée dans ses préférences musicales, et qu'il n'éprouvait d'émotions intenses qu'à l'audition du finale de la VII[e] Symphonie et de certains passages de Don Juan. Losqu'il reçut des mains de Roux la cravate de Commandeur de la Légion d'Honneur, il faisait remarquer, non sans une fierté tant soit peu ironique, qu'il partageait le titre de « commandeur » avec celui du « Commandeur » de Don Juan de Mozart !

Malade en 1916, il s'éteignit doucement. D'autres ont décrit sa fin mieux que je ne saurais le faire. En ce qui me concerne, je me souviens l'avoir vu quelque jours avant sa mort. Je lui parlais de projets d'avenir ; d'un geste hésitant, mais sans nulle tristesse apparente, il me désigna la terre, et ce geste me fit comprendre que cette terre, fière de l'avoir porté, était désormais, hélas ! prête à l'accueillir.

Personnalité exceptionnelle, savant de génie, érudit, chercheur infatigable, philosophe aussi, et surtout slave jusqu'au fond de l'âme, tel fut mon grand Maître Elie Metchnikoff.

C. LEVADITI.

Société française d'Histoire de la Médecine

5 Mai 1945.

Le président fait part de la mort du D[r] KLEBS, de Nyons, qui faisait aussi partie de la Société internationale d'Histoire de la médecine.

M. RENÉ BÉNARD met en évidence la valeur de l'œuvre de *Joseph du Chesne, sieur de la Violette, médecin de Henri IV, chimiste, diplomate et poète, d'après la thèse du D[r] LONDEZ. Quercetanus* (1546-1609) pour Guy Patin était « un grand charlatan, un grand ivrogne et un franc ignorant ». « Docteur errant », écrit Colletet, il séjourna surtout à la cour du landgrave de Hesse ; on le trouve à Cologne, Leyde, Bâle, Padoue.

De ses 13 ouvrages scientifiques son « Pourtraict de la Santé » et sa « Pharmacopée des dogmatiques » sont les plus importants.

En poésie « la Folie, vanité et circonstance du monde », et le « Grand Miroir du monde » contiennent des vers dignes de la Pléiade. Hygiéniste, Joseph du Chesne insiste sur l'action bienfaisante du thermalisme. Mais surtout, en soutenant que les maladies sont engendrées par des semences comme les végétaux et en reconnaissant dans le nitre l'existence « d'un esprit qui est de la nature de l'air et qui loin d'entretenir la flamme l'éteint plutôt » il a découvert l'azote et se montre un précurseur de Pasteur et de Priestley.

Le médecin général des Cillenls résume l'activité de l'Ecole militaire de Chirurgie renoueuse (1778-1789).

Le 24 Octobre 1775, il est délivré pour la première fois un brevet de « chirurgien renoueur des Camps et Armées du Roi ».

Ce brevet est concédé au Sieur DUMONT DE VALDAJOU, qui est chargé « en qualité de démonstrateur d'instruire les élèves en chirurgie qui se destinent au service militaire ».

Moins de deux ans plus tard, le 16 Juillet 1778, Louis XVI crée l'Ecole Militaire de chirurgie renoueuse. Sa fondation paraît bien être l'œuvre de DUMONT DE VALDAJOU, dont elle consacre ainsi officiellement l'activité.

Le fonctionnement de l'Ecole est précisé dans les 14 articles d'un règlement signé du Prince de Montbarey. La scolarité était en principe d'une année. Le chiffre des élèves admis à suivre les cours était de 4. Le démonstrateur portait l'uniforme de chirurgien major d'armée et les élèves celui des chirurgiens aides majors des hôpitaux militaires.

Pendant les trois premières années de fonctionnement de l'Ecole, Dumont assuma seul l'enseignement théorique et pratique. Puis, le 15 Août 1781, le chirurgien Bailly, des Gardes Françaises, lui fut adjoint avec le titre de chirurgien major renoueur. Les crédits alloués au fonctionnement de l'Ecole étaient renouvelés chaque année, non sans quelques difficultés. Ils furent supprimés en Janvier 1790 et l'Ecole militaire de Chirurgie renoueuse fut ainsi obligée de fermer ses portes. Renoueur est synonyme de rebouteur, guérisseur de fractures.

M. LAIGNEL-LAVASTINE présente la thèse de *Françoise Boinet* qu'il a inspirée : étude historique sur *le lit d'hôpital en France*, parue chez Foulon, 29, rue Deparcieux. Depuis l'hôpital d'Arles fondé en 542 jusqu'au Nouveau Beaujon, M[lle] Boinet montre les changements survenus dans la literie hospitalière. Elle agrémente son texte de figures évocatrices telles que la miniature du XV[e] siècle du « Livre de vie active des Religieuses de l'Hôtel-Dieu » de Jean Henry ou la gravure de l'époque révolutionnaire « le duc de Chartres venant soigner un malade à l'Hôtel-Dieu ».

M. LAIGNEL-LAVASTINE présente ensuite de la part de son auteur le D[r] HENRY CHAUMARTIN (de Vienne en Dauphiné) *Cythère* XVIII[e] siècle, 4[e] plaquette de 59 pages de la collection *Petite histoire de la médecine*, imprimée chez Ternet-Martin en Vienne-la-Romaine. On y trouve une évocation fort piquante du Paris galant du XVIII[e] siècle dont le cicérone averti est Restif de la Bretonne avec le *Pornographe* et *Monsieur Nicolas*, doublés des *Mémoires secrets* de Bachaumont.

LAIGNEL-LAVASTINE.

Livres Nouveaux

Précis de Mycologie (Mycologie générale, Mycologie médicale), par M. LANGERON. 1 vol. de 676 pages avec 393 figures [*Collection de Précis médicaux*] (*Masson et C[ie]*, éditeurs), Paris, 1945. — Prix : broché, 350 fr. cartonné, 450 fr.

La collection des « Précis médicaux », publiée par la Librairie Masson et C[ie], vient de s'enrichir d'un volume qui sera accueilli avec une faveur particulière par tous ceux qui s'intéressent à la connaissance des Champignons.

Bien que M. Langeron, dès la première ligne de son « Avertissement », déclare n'avoir « jamais eu de prédilection pour les Champignons », le lecteur averti ne voudra voir dans cette assertion autre chose qu'un acte de modestie, car la Science doit au D[r] Langeron des travaux sur les Dermatophytes, les Actinomycétales et les Champignons levùriformes qui suffisent amplement pour lui assurer une place d'honneur parmi les Cryptogamistes modernes.

Depuis 1929, le D[r] Langeron professe à l'Institut de Parasitologie de la Faculté de Médecine de Paris un enseignement mycologique dont le caractère de démonstrations pratiques devait exercer une influence dominante sur l'allure générale de son *Précis*, qui représente la mise au point de ses leçons d'initiation à la Mycologie générale et médicale.

La morphologie des Champignons occupe, au début du volume, une place très importante : principes généraux, modalités du thalle, anastomoses entre filaments courants cytoplasmiques, organes reproducteurs et propagateurs, libération et dispersion des spores en constituent les principaux chapitres.

Vient ensuite un exposé très détaillé des techniques d'étude des Champignons, principalement de celles applicables aux espèces parasites des végétaux et surtout des animaux et de l'homme. Réactifs et méthodes sont décrits minutieusement et, parmi eux, on retrouvera nombre de tours de main dus ou perfectionnés par M. Langeron ou ses collaborateurs.

Les procédés d'isolement et de culture, aussi bien des saprophytes que des pathogènes, constituent un chapitre très documenté, complété par l'exposé des techniques modernes de diagnostic basées sur l'étude raisonnée de la fermentation des matières sucrées : méthode de Guerra, méthode auxanographique de Beijerinck et Lodder, élection culturale des sucres, application à la production des ascospores des Champignons levùriformes étude spéciale des Microsiphonés et des Dermatophytes, etc.

Le dépistage et la description des Mycoses revêtent ainsi qu'il était facile de le prévoir, une importance particulière. Les travaux personnels de M. Langeron suffisent à en souligner tout l'intérêt, d'autant mieux qu'ils lui permettent de discuter nombre d'opinions antérieures, basées le plus souvent sur des observations superficielles.

Les manifestations de la sexualité présentent, chez les Champignons, une diversité extraordinaire. Les phénomènes nucléaires qui sont à leur base au sein des mycéliums et des hyméniums, ainsi que les principes de l'analyse sexuelle, sont exposés avec beaucoup de clarté et sont à lire en entier.

Enfin un dernier chapitre résume la classification. M. Langeron y apporte ses conceptions personnelles basées sur la connaissance de la complication progressive des organes, tout en reconnaissant qu'une telle classification, de même que ses devancières, ne peut que présenter un caractère provisoire, les données biologiques sur lesquelles pourrait être édifiée une classification vraiment rationnelle faisant encore défaut dans un grand nombre de groupes.

Les actuelles difficultés auxquelles se heurte l'édition ont été heureusement surmontées par MM. Masson et C[ie] qui ont réussi, cette fois encore, l'impeccable présentation qui est une des traditions de leur Maison.

L'ouvrage de M. Langeron, par sa haute tenue scientifique et par l'abondance de sa documentation, a sa place marquée parmi les instruments de travail de tous les mycologues et parasitologistes.

L. LUTZ,
Professeur honoraire de Cryptogamie
à la Faculté de Pharmacie de Paris

Étapes de maladies, par Noël Fiessinger. 206 pages (*Vigot*, éditeur), Paris.

Ce nouvel ouvrage du professeur de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu se présente avec une simplicité, presque une humilité de format, qui risquerait de tromper sur son précieux contenu. Le titre lui-même, raccourci par les étapes que l'auteur nous révèle, ne peut donner une idée de la substance qui fait la rare densité du livre, ni de la diversité des chapitres qui en sont l'attachante chaîne.

Je n'indique, avec leurs désignations si peu conventionnelles, que quelques-uns de ces chapitres : l'exode bactérienne dans la maladie infectieuse, une curieuse glande endocrine : le leucocyte, la perte des automatismes, le côtoiement de lésion et réaction, perpétuité lésionnelle, les intermédiaires chimiques, pathologies de relais et d'entraînement, les défaillances de la défense viscérale, les réserves de la santé en face de la maladie, subconscient et maladies fonctionnelles, le rythme de la vie...

La claire position d'un des esprits les plus originaux devant d'importantes et d'actuelles questions, le reflet de son enseignement réputé, la confrontation savoureusement objective de ses idées et de celles des autres, la joie de souligner les progrès, le goût, le bonheur des néologismes et des formules, la préséance de l'esprit de finesse sur celui de géométrie, tout concourt au profit et au charme de la lecture.

La liberté, parfois la poésie, sont là pour témoigner que la rédaction en fut entreprise, loin des bibliothèques, « dans le calme lumineux d'une maison des champs, en face du plus riche panorama du monde ». C'est ainsi que Noël Fiessinger, jugeant des ressources de la clinique, quand elle explore le sentier sinueux de la vie ou son complexe ondulatoire, nous montre que ce chemin « ici largement dégagé, s'éclaire de toutes les lumières, quand, là, encombré de broussailles et d'épines, il s'assombrit brusquement, dissimule ses traces dans le lit des feuilles sèches et ondule, comme il peut, épousant les accidents du terrain et contournant les arbres. »

Je crois qu'une raison de plus explique la séduction du livre : on y entend un peu la voix et presque les souvenirs d'un biologiste, d'un clinicien et d'un homme sensible, unis en un grand médecin. La dédicace, enfin, n'a pu, sous la plus discrète des lignes, tout cacher de son émotion.

H. Mondon.

Les problèmes du mongolisme infantile, par M. Pehu et A. Brochier. (*Imprimerie du Salut Public*, édit., Lyon, 1944).

Dans cette monographie, Pehu et Brochier se sont surtout attachés à l'étude de quelques problèmes particuliers touchant le mongolisme. Ce sont d'abord : la distribution géographique de cette maladie, que l'on considère actuellement comme très répandue dans le monde entier. Les hypothèses diverses formulées sur la physio-pathologie de cette affection et notamment ses rapports avec la syphilis congénitale, sont ensuite envisagés : nature germinale du mongolisme, théorie dysplasmatique, théorie de la mutation ; hypothèse raciale, théorie péristasique. Le problème purement obstétrical du mongolisme infantile ne présente pas de donnée particulières.

Si des liens peuvent exister entre la syphilis congénitale et le mongolisme, une critique rigoureuse des cas et des statistiques montre que les relations entre les deux affections ne sont ni étroites ni nombreuses.

S'il est fréquent d'observer des jumeaux mongoliens, on ne connaît de jumeaux de sexe différent ou de jumeaux certainement bivitellins qui soient tous deux atteints de mongolisme.

Les chapitres suivants envisagent l'avenir des mongoliens, leur psychologie, l'éducation dont ils sont susceptibles et les médications à leur appliquer.

Enfin, un court chapitre expose les parentés du mongolisme, les rapprochements qui ont été faits entre cette affection, l'achondroplasie, le myxœdème, l'hypertelorisme, les dysostoses craniennes, la tache mongolique, etc.

Robert Clément.

LA MÉDECINE A TRAVERS LE MONDE

Angleterre.

En Angleterre, on soigne maintenant les angines et les stomatites en faisant sucer aux patients des tablettes de pénicilline. Il semble que ce moyen thérapeutique soit le traitement spécifique de cette stomatite spéciale que les médecins des armées alliées appellent « trench mouth ». En vingt-quatre heures les symptômes disparaissent et la muqueuse buccale est complètement cicatrisée en cinq jours. Dans les cas d'amygdalite streptococcique, la gorge est nettoyée en vingt-quatre heures et la fièvre disparaît en quarante-huit heures. Cependant ce traitement n'arrive pas à stériliser la gorge des porteurs de germes ; dans la plupart des cas les microbes réapparaissent quand on cesse l'administration des tablettes de pénicilline. Enfin ce traitement combat d'une façon active les infections buccales dans les interventions chirurgicales, telles que l'ablation des amygdales et des végétations adénoïdes et les extractions dentaires.

A. P.

Belgique.

Le colonel médecin J. Voncken, directeur de l'Office international de Documentation de Médecine militaire et secrétaire général du Comité international de Médecine militaire, vient d'être promu au rang de Général-Major par Monseigneur le Prince Régent de Belgique, et appelé à remplir les fonctions d'Inspecteur général du Service de Santé de l'armée belge.

Le général médecin J. Voncken, qui organisa les Congrès internationaux de Médecine et de Pharmacie militaires pendant l'entre-deux guerres, s'est donné pour mission de rendre au Service de Santé tout son éclat et de doter la nouvelle armée belge d'un corps médical d'élite.

*
* *

En Décembre dernier mourait à Liége le Dr L. Delrez, professeur de chirurgie à l'Université de Liége. Président de l'Académie de Médecine, ancien combattant de la guerre 1914-1918, le Dr Delrez laisse à tous ceux qui l'ont connu le souvenir d'un homme droit, d'un chirurgien habile, d'un pédagogue éminent dont une génération de médecins liégeois a pu apprécier la haute intelligence et l'esprit éclairé.

*
* *

Vient de mourir, à Bruxelles, le Dr Paul Vandevelde qui fut pendant longtemps chef des Services universitaires de Médecine à l'Hôpital Saint-Jean à Bruxelles, puis à l'Hôpital Saint-Pierre. Nommé médecin honoraire des Hôpitaux depuis 1930, le Dr Vandevelde consacra une grande partie de son activité à la Commission d'Assistance publique et à la surveillance de la Santé des infirmières de la ville de Bruxelles.

*
* *

Des conférences médicales organisées sous les auspices de l'Office international de Documentation de Médecine militaire réunissent chaque mois à Liége des médecins belges et américains. Ces réunions, au cours desquelles les Américains apportent à leurs confrères belges le résultat de leurs expériences de quatre années de guerre, sont suivies avec assiduité et donnent l'occasion de resserrer l'amitié qui unit les deux pays.

*
* *

La question des Assurances sociales est en voie de réalisation en Belgique.

J. Voncken.

États-Unis.

La production de guerre des Etats-Unis pour mettre la pénicilline à la portée de tous les Hôpitaux et de tous les médecins en Amérique a levé les restrictions mises sur la vente du médicament. Elle sera vendue désormais par flacons de 100.000 unités dans les mêmes conditions que les autres médicaments. Elle n'est pas encore fabriquée en quantité suffisante pour en permettre l'usage sous forme de pilules, tablettes ou pommades. Les quantités exportées ne seront pas touchées par cette autorisation de mettre la pénicilline à la disposition des civils aux Etats-Unis, on parle au contraire de les augmenter.

*
* *

Un important progrès en thérapeutique vient d'être réalisé. Il s'agit de la mise au point de l'administration par pilules de la pénicilline. Le Dr R. Libby a trouvé en effet une solution au problème de la destruction de la Pénicilline par le suc gastrique en suspendant le produit dans une huile végétale ou minérale et en l'enrobant dans une capsule de gélatine. Cette nouvelle présentation a été essayée sur l'animal et sur l'homme dans un hôpital de New-York avec de bons résultats. Ces pilules peuvent rester des mois à la température ordinaire sans être altérées et la pénicilline garde toute son efficacité. Ce nouveau mode de traitement permettrait l'administration continue de la pénicilline sans exiger l'hospitalisation.

A. P.

*
* *

On peut récupérer, dans l'urine des malades traités par la pénicilline, près de 30 pour 100 de la substance injectée, dit L. H. Sophian dans le *Journal of laboratory and clinical medecine*. D'autre part, J. Romansky et G. E. Rittmann, en injectant la pénicilline en suspension dans un mélange de cire et d'huile d'arachide, prolongent la présence du médicament pendant six ou sept heures [1].

Ph. D.

*
* *

Un nouveau produit semblable à la pénicilline est expérimenté actuellement aux Etats-Unis contre certains germes et en particulier contre les bacilles typhique et paratyphique.

La streptomycine, c'est le nom de ce nouveau produit, empêche la croissance de ces bacilles. Elle a été expérimentée avec succès par le Dr Hobart Reimann et ses collaborateurs (de Philadelphie) dans une petite épidémie de fièvre typhoïde, en Décembre 1944.

Pays-Bas.

La situation sanitaire aux Pays-Bas.

Avant la libération totale du territoire, le Gouvernement hollandais avait formé des équipes de secours qui devaient se rendre dans les provinces de l'est sitôt leur libération. Les Américains ont mis à leur disposition de la nourriture concentrée, l'Angleterre du sang conservé. Des centaines de médecins et d'étudiants anglais et belges ont rejoint ces équipes. De son côté, le Gouvernement français a envoyé des secouristes de la Croix-Rouge française dans les provinces déjà libérées et l'Institut Pasteur a envoyé du vaccin contre le typhus, la typhoïde et la diphtérie.

*
* *

La famine pendant les derniers mois de l'occupation a laissé ses traces parmi la population néerlandaise. A Amsterdam, plus de 8.000 personnes sont mortes des suites de la sous-alimentation. A un moment donné il y avait à Amsterdam plus de 1.000 morts, entassés dans les églises faute de cercueils. Dans tout le pays on compte plus de 30.000 morts par la famine. Même après la libération il y a encore dans la population hollandaise bien des cas d'*œdème*.

La mortalité par la *tuberculose*, avant la guerre la plus basse du monde, a plus que doublé. La lutte contre la tuberculose, la médecine préventive, fruit du travail des médecins hollandais qui ont consacré leur énergie à doter leur pays d'un état hygiénique et sanitaire incomparable, ont été anéantis pendant les derniers mois de l'occupation.

Les *maladies vénériennes*, qui avant la guerre étaient presque inconnues en Hollande, ont considérablement augmenté. Parmi les rapatriés et prisonniers de guerre qui rentrent on en signale bien des cas et les malades sont immédiatement soumis au traitement obligatoire.

L'état de santé des *enfants* est déplorable. Le Gouvernement anglais a déjà installé en Angleterre des maisons pour enfants malades et faibles. 50.000 enfants hollandais seront envoyés en France pour améliorer leur état de santé.

U. R. S. S.

Les chirurgiens russes ont trouvé une manière originale de nourrir leurs blessés abdominaux. Sur la table d'opération, ils introduisent une quantité assez importante de nourriture directement dans l'intestin. Les résultats sont paraît-il excellents. L'état de choc disparaît rapidement et dès le cinquième jour de l'opération les blessés demandent à manger. Cette méthode préconisée par Spasokukotski consiste à introduire dans l'intestin un repas composé de 1/2 litre de lait, 2 œufs un petit cube de beurre, 50 *g*. de sucre, un peu de sel de 50 à 70 *cm*³ d'alcool.

*
* *

Les chirurgiens soviétiques, grâce à une méthode mise au point par le Prof. Michelson, directeur de l'Institut de traumatologie et d'orthopédie, guérissent maintenant rapidement les soldats atteints de fractures de machoires et peuvent les renvoyer à l'armée dans la proportion de 71 pour 100. En opposition avec l'idée ancienne que les plaies de la face ne peuvent être suturées immédiatement, qu'il faut attendre sept ou huit mois avant la cicatrisation et un an au moins avant de procéder à des opérations plastiques, les chirurgiens soviétiques commencent à faire des greffes cutanées dès la troisième ou quatrième semaine et quelquefois même sans attendre que les plaies soient complètement cicatrisées et des greffes osseuses dès le premier et le deuxième mois. Un appareillage spécial a été inventé pour établir la contention si difficile à réaliser au niveau de la mâchoire inférieure, et ainsi les fonctions de mastication sont rapidement et complètement restaurées.

(D'après *Medical Newsletter*.)

A. P.

1. Après avoir pratiqué la récupération systématique de la pénicilline dans les urines des malades traités, le Service de Santé de l'Armée a organisé un centre où, maintenant, la pénicilline est cultivée et récoltée. (Voir dans ce numéro le compte rendu de la *Société de Médecine militaire française*, p. 356.)

INFORMATIONS

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

— Par arrêté du 15 Juin 1945, M. le docteur GAIRPPY est nommé chef de cabinet du ministre de la Santé publique.

CONSEIL SUPÉRIEUR DES MÉDECINS

60, BOUL. DE LATOUR-MAUBOURG, PARIS-7e.

Deuxième Session : 25 et 26 Mai 1945

Etaient présents : MM. BARANGÉ, BEAUCHAMP, CAROUAT, CHEVILLOTTE, COUTELA, DESCOMPS, DUVELLEROY, FRITSCH, Mlle GUILLERMET, MM. MOUTIER, OBERLIN, PLICHET, ROUX-BERGER, VERGER-PRATOUCY, VILLEY, VINCENT.

Excusés : MM. DUCUING, FLANDRIN, GERNEZ-RIEUX, LEFRANÇOIS, NÉDELEC, ROHMER.

Après avoir salué la mémoire du Prof. Bourde (de Marseille), membre du Conseil Supérieur, décédé des suites d'une blessure reçue au cours de la libération de Marseille, M. COUTELA, *Président, résume l'action du Conseil Supérieur pendant le premier trimestre :*

« Notre premier geste, bien naturel, a été de réclamer que soit hâtée la reconstitution de nos Syndicats. Pour certains, il a fallu un complément d'information, mais l'art. 4 de l'Ordonnance du 31 Janvier 1945 est formel. Si leur demande avait été faite à temps, tous et de droit seraient déjà rendus à l'activité. Qu'ils le soient donc bien vite ainsi que soit rapidement créé le nouvel Ordre des Médecins, Ordre largement élu que nous attendons tous.

Jusqu'au jour où les conditions requises se trouveront simultanément remplies, les dispositions provisoires qui nous régissent, s'appliquent intégralement sans discrimination. D'ici là nous devons au Gouvernement provisoire de la République qui nous a désignés — et nous devons plus encore à nos confrères — d'assurer toutes les fonctions dont nous avons provisoirement la charge.

Y a-t-il d'ailleurs inconvénient à ce que, provisoirement ou non, à chaque échelon départemental ou national, deux organismes, même recrutés différemment, soutiennent les mêmes revendications ? On a parlé de dispersion des efforts. N'est-ce pas plutôt donner aux arguments leur maximum de valeur ? D'ailleurs et pour prendre un exemple : si un médecin, un seul, même non élu, même non mandaté arrivait à convaincre le ministre du Travail du bien-fondé de nos propositions, n'aurait-il pas droit à nos remerciements et devrions-nous lui reprocher son intervention ? Qu'importe que ce soit celui-ci ou celui-là qui obtienne satisfaction, le temps n'est vraiment pas aux histoires de prépondérance. L'intérêt général — comme la défense de nos institutions — n'a pas à s'embarrasser de vaines questions de personne... »

Rapport de M. PLICHET, Secrétaire général.

K. V. D. — Depuis le 1er Mai les travailleurs revenant d'Allemagne ne sont plus assujettis à la Caisse d'Assurances sociales allemande. Il en résulte que les intéressés, qui étaient remboursés par les Caisses d'Assurances Sociales Françaises, doivent dorénavant acquitter directement les honoraires du médecin.

Les Conseils départementaux sont priés d'envoyer, le plus rapidement possible, leur compte trimestriel et le compte du mois d'Avril au Conseil Supérieur.

Matières contingentées. — La répartition des vélomoteurs et des bicyclettes est assurée par les délégations régionales de l'Office des Produits finis. Ces délégations doivent servir par priorité les médecins. Les Conseils départementaux doivent centraliser les demandes et les envoyer aux délégués régionaux en leur donnant un ordre de priorité. Toutes les anciennes demandes qui avaient été transmises au Comité d'Organisation de l'Automobile et du Cycle — et qui jusqu'ici n'ont pas reçu une attribution directe chez un constructeur — doivent être considérées comme nulles — et de ce fait renouvelées auprès des agents régionaux.

Automobile. — La fabrication des voitures touristes n'a pas été encore reprise par les constructeurs.

Pneus. — Les pneus de bicyclettes et d'automobiles doivent être demandés aux Préfets des départements.

Bottes de caoutchouc. — Pas de répartition.

Chaussures. — 2.881 bons ont été répartis entre les Conseils départementaux au prorata du nombre de leurs membres.

Alcool. — Attributions nouvelles semblables aux trimestres précédents.

Papier. — L'Office du Papier nous informe que 2 kg. de vieux papier devront être fournis pour avoir 1 kg. de papier blanc.

Bons matières. — Pour les demandes de bons matières, il est rappelé que les dossiers des postulants doivent être complets, c'est-à-dire comprendre : 1° la demande des médecins accompagnée d'un devis détaillé du fournisseur, indiquant bien la nature et le poids de matière nécessaire. Ces deux pièces sont indispensables pour obtenir satisfaction. L'Office des Fers, Fontes et Aciers a fait savoir qu'il ne prendrait plus en considération les demandes dont les dossiers sont incomplets.

Récupération des objets volés par les Allemands. — Les médecins qui ont eu leur domicile pillé par la Gestapo, et par les troupes allemandes, peuvent signaler les objets facilement identifiables (voitures, pianos, appareils de radiologie, machines à écrire — à cause des numéros immatriculés sur ces objets ; tableaux de Maître à cause de la signature, etc.), à : l'Office des Biens et Intérêts Privés, 146, avenue Malakoff, Paris-16e. Leur notice, portant leur nom, leur adresse, le signalement de l'objet et le numéro, doivent parvenir avant le 15 Août 1945.

Rapport de M. DUVELLEROY, Trésorier.

1° *Caisse de Secours des médecins âgés et veuves de médecins :* M. Duvelleroy, Trésorier, précise le fonctionnement de la Caisse de secours, l'Œuvre d'Entr'aide établie par les Conseils antérieurs de l'Ordre pour les médecins âgés et les veuves de confrères. Le Conseil National avait décidé que sur la somme de 200 frs, réclamée à chaque médecin inscrit à l'Ordre, il serait alloué 50 fr., soit le 1/4 à cette Caisse de secours. C'est sur ce fonds ainsi constitué qu'ont été distribués en 1944 les secours.

Le Conseil Supérieur en réclamant 250 fr. comme cotisation avait décidé de verser 125 fr., soit la *moitié* de cette cotisation, en raison du nombre toujours croissant des misères médicales à soulager.

Malheureusement les cotisations de 1945 demandées par le Conseil Supérieur rentrent mal, si bien que la Caisse de secours pour continuer les versements aux médecins âgés et remplir vis-à-vis de ces confrères les engagements qui ont été pris par les Conseils antérieurs, a été obligée de faire appel aux fonds de fonctionnement de l'Ordre. C'est ainsi que nous avons dû prélever sur ces fonds 300.000 fr. pendant le 1er trimestre de 1945 pour assurer à environ 200 médecins et veuves de médecins les quelques milliers de francs trimestriels qui les aident à vivre, à défaut de la retraite qui n'est pas encore faite.

Si d'ici le mois d'Août les Conseils départementaux ne nous ont pas envoyé leurs cotisations, nous ne pourrons distribuer aucun secours pour l'automne et pour l'hiver de cette année.

Caisse de Secours.
(Médecins âgés et veuves de médecins).

Part sur les cotisations encaissées en 1944	601.775 fr.
Part sur les cotisations de 1943 encaissées en 1944 (50 fr. sur 200 fr. de la cotisation au Conseil National)	311.950 fr.
	913.725 fr.
Secours attribués en 1944	941.200 fr.
Déficit fin 1944	27.475 fr.
Secours attribués en Février 1945	216.200 fr.
Engagements à régler (secours trimest.)	78.200 fr.
Déficit au 15 Mai 1945	321.875 fr.

2° *La Caisse de secours aux médecins sinistrés.* — Cette caisse est une Caisse autonome indépendante de la Caisse du Conseil Supérieur.

Elle a été alimentée par les versements des Conseils départementaux d'abord en 1943, puis par un appel individuel en 1944 qui s'est prolongé jusqu'en 1945.

En 1943-1944, les Conseils départemntaux ont versé à la Caisse de secours aux médecins sinistrés une somme de 4.207.968 fr.

Pour 1944-1945, les souscriptions individuelles des médecins se sont élevées à 3.400.000 fr.

Depuis la création de l'Ordre il a été versé : 7.298.500 francs pour 690 médecins victimes de la guerre, auxquels s'ajoute 1.630.000 fr. à 326 médecins alsaciens-Lorrains — ce qui fait un total de : 9.558.000 fr. pour 1.216 médecins.

Tarifs. — A la suite du rapport de M. VINCENT sur les tarifs, le Conseil Supérieur décide d'adopter à l'unanimité les conclusions suivantes :

1° Le tarif national minimum de la visite médicale devra être calculé en multipliant par le coefficient 3, sa valeur au tarif syndical moyen du 2 Septembre 1939 avec possibilité de majoration pour les grandes agglomérations.

2° Le tarif minimum des autres actes médicaux sera donné par la nomenclature des Assurances sociales.

3° Une proportion fixe sera établie avec la valeur de K et celle de V, de C et de P. C.

$$P.\ C. = K \qquad V = K \times 2{,}25 \qquad C = K \times 1{,}50$$

4° La valeur de K sera révisée ultérieurement chaque fois que le niveau des salaires se sera élevé de 20 pour 100.

5° Des démarches seront faites auprès des Pouvoirs publics, pour obtenir : *a)* provisoirement l'application immédiate du coefficient 3 aux tarifs de 1938 pour l'A.M.G., les A.T. et pensionnés de guerre ; *b)* définitivement l'alignement de ces tarifs sur le tarif de clientèle avec adoption de la nomenclature corrigée.

Une enquête sera faite auprès des Conseils départementaux pour obtenir leurs tarifs en vigueur au 2 Septembre 1939.

Nomenclature. — La nomenclature revue par le Conseil Supérieur dans sa séance du 25 Février, sur demande du ministre de la Santé publique, et de plusieurs confrères a été transmise. Il semble qu'elle soit sur le point d'aboutir dans les plus brefs délais.

Retraite. — Continuant l'étude dont l'avait chargé l[e] Conseil Supérieur lors de sa première Session, M. VA[U]ZANGES apporte les précisions suivantes : pour pouvoi[r] verser à 65 ans une retraite de 45.000 fr. à un médeci[n] ayant cotisé pendant 35 ans, il faudrait que la prim[e] annuelle soit de 6.500 fr. Cette prime de 6.500 fr ne sau[-]rait être considérée comme très élevée si on la compar[e] aux retenues effectuées sur le traitement des fonction[-]naires. Sur cette prime, 3.000 fr, seraient affectés à l[a] retraite par répartition, 1.550 fr. à l'épargne (capitalisa[-]tion) 2.000 fr. à l'assurance-maladie, accident, invalidité allocations d'études.

Les médecins âgés — ayant dépassé l'âge de la re[-]traite ou près de la retraite — n'ayant pas versé d[e] prime ou en ayant versé peu, seraient obligés dans c[e] projet de verser un certain capital pour pouvoir joui[r] immédiatement d'une retraite de 25.000 fr., somme supé[-]rieure aux arrérages de ce capital abandonné. On peu[t] supprimer ce versement de capital en augmentant l[a] prime qui serait alors de 8.000 et 9.000 fr.

Le Conseil Supérieur adoptant le dernier projet pri[e] M. VAUZANGES de rédiger une brochure qui sera envoyé[e] aux Conseils départementaux dans le plus bref délai et u[n] projet d'Ordonnance qui sera soumis au ministère de l[a] Santé.

Orphelins de guerre. — A l'unanimité, le Consei[l] Supérieur, après avoir entendu le rapport de M. OBERLIN est d'avis de créer une caisse de solidarité, prolonge[-]ment et continuation de la Caisse Nationale des Médecin[s] sinistrés, pour s'occuper des Orphelins et des Victime[s] de la guerre, et pour financer des prêts d'honneur. U[n] appel spécial a d'ailleurs paru dans la presse.

Organisation hospitalière. — Après discussion du rap[-]port de M. OBERLIN, le Conseil Supérieur adopte le vœ[u] suivant :

« Le Conseil Supérieur des Médecins, dans sa séanc[e] du 26 Mai 1945, ému des conséquences de l'applicatio[n] des dispositions de la loi du 21 Décembre 1941 et d[u] décret du 17 Avril 1943, concernant l'admission de[s] malades payants de 2e et de 1re catégorie dans le[s] hôpitaux publics, ainsi que le calcul et le mode de ver[-]sement de leurs honoraires, demande à M. le Ministr[e] de la Santé publique de vouloir bien faire différe[r] l'application de ces mesures et prescrire un exame[n] approfondi de ces textes, examen auquel le Corps Mé[-]dical demande à pouvoir apporter une large partici[-]pation.

Depuis la réunion du Conseil Supérieur, à la suit[e] de nos démarches, une réunion s'est tenue le 6 Jui[n] au ministère de la Santé. Un profond remaniement d[u] décret du 17 Avril 1943 est envisagé, créant notam[-]ment des cliniques ouvertes dans les hôpitaux de[s] villes ne possédant pas de maisons de santé. En atten[-]dant cette création, le Directeur de l'Assistance du minis[-]tère de la Santé examinera, dans l'esprit le plus large les demandes individuelles qui lui seront transmise[s] par les chirurgiens intéressés. Ces demandes doiven[t] être accompagnées de l'avis favorable des Commission[s] administratives des hôpitaux et du Directeur regiona[l] de la Santé.

CONSEILS DÉPARTEMENTAUX DES MÉDECINS

Comité de coordination

(Région parisienne)

Modification du régime des Assurances sociales agricoles — Le *J. O.* du 20 Avril 1945 publie une ordonnance e[n] date du 19 Avril 1945 qui porte, à compter du 1er Avril le nombre des catégories de 4 à 5, la cinquième corres[-]pond à un salaire moyen annuel compris entre 50.00[0] et 60.000 fr. Le chiffre limite atteint donc 60.000 fr. e[t] l'indemnité journalière atteint 75 fr., comme pour le[s] assurés du commerce et de l'industrie.

Nouveau tarif de responsabilité des Caisses agricole[s] d'Assurances sociales. — Le ministère de l'Agricultur[e] publie au *J. O.* du 9 Mai 1945 un arrêté du 24 Avri[l] 1945.

Ce tarif subit une majoration de 100 pour 100 en c[e] qui concerne le chapitre Maternité et de 50 pour 10[0] en ce qui concerne les autres soins.

Voici quelques nouveaux chiffres :

	FRANCS
Consultation	60
Visite à domicile (Indemnité forfaitaire pour déplacement de médecin à l'intérieur de la localité, 7 50)	60
Visite du dimanche	90
Visite de nuit	120
P. C.	37 50
K. à domicile ou chez le praticien......	37 50
K. à la maison de santé..................	30
Accouchement normal	1.200
(Dans le département de la Seine le tarif de responsabilité pour la visite à domicile est donc de 67 fr. 50. On sait qu'il est de 80 fr. pour les assurés sociaux du commerce et de l'industrie.)	
Indemnité kilométrique applicable au double de la distance du domicile du médecin le plus proche du domicile du malade	4 50

Tous ces chiffres sont valables, à partir du 1er Avril 945, pour les départements de Seine, Seine-et-Oise, eine-et-Marne.

Tarif de responsabilité des Caisses d'Assurances sociales u commerce et de l'industrie dans la région parisienne 'epuis le 1er Mars 1945, en ce qui concerne la maternité.

	SEINE	SEINE-ET-OISE ET SEINE-ET-MARNE
	Fr.	Fr.
Accouchement simple	»	1.500
Accouchement plural (majoration).	»	400
Dystocie : D.1.	»	500
Dystocie : D.2.	»	600
Examen prénatal :		
Examen médical général........	60	50
Accompagné de : Radioscopie..	45	45
Bordet-Wassermann	37	37
Examen obstétrical au 5e mois.	30	30
Examen obstétrical au 8e mois.	30	30
Prestations postnatales :		
Examen médical général......	60	50
Surveillance des nourrissons par consultation (maximum 12).	28	28

Pour le Secrétaire général :
Le Secrétaire administratif : Dr P. Coquin.

CENTENAIRE
de la naissance d'A. LAVERAN

Le ministre de la Guerre a décidé de commémorer, le 12 Juillet prochain, le centenaire de la naissance du grand savant français Alphonse Laveran, dont le nom reste attaché à la découverte de l'agent causal du paludisme (Hôpital militaire de Constantine, 1880).

Pendant dix ans, A. Laveran occupa, au Val-de-Grâce, la chaire d'Hygiène et de Clinique médicale ; il poursuivit, compléta ses recherches sur la malaria et publia son « Traité du paludisme », exposé magistral où l'auteur déploie tout à la fois sa vaste érudition et sa maîtrise anatomo-clinique.

La maison de Pasteur l'accueillit en 1896 ; il y mena de front ses recherches sur les protozoaires pathogènes, les trypanosomiases et les leishmanioses.

En 1893, il était élu à l'Académie de Médecine, en 1901, à l'Institut et en 1907, le prix Nobel de médecine lui fut attribué.

A. Laveran illustre le Corps de Santé militaire et la médecine française. La France, justement soucieuse du culte de ses grands hommes, a le devoir d'honorer sa mémoire.

Le programme de la commémoration du 12 Juillet prochain comportera une cérémonie solennelle qui aura lieu, à 15 h., dans le Grand Amphithéâtre de la Sorbonne, sous la présidence de M. Dietrelm, ministre de la Guerre, avec le concours de la Musique de la Garde Républicaine.

Entrée libre : 47, rue des Ecoles.

Médaille du Professeur A. SÉZARY

Les amis et les élèves du Prof. A. Sézary, membre de l'Académie de Médecine, ont décidé de lui marquer leur sympathie et leur attachement en lui offrant une médaille dont l'exécution a été confiée au Maître graveur Dropsy.

En raison des circonstances, cette médaille lui sera remise dans l'intimité, lors de son départ de l'Hôpital Saint-Louis, qui aura lieu à la fin de l'année.

Les souscriptions sont reçues par M. Georges Masson, trésorier, 120, boulevard Saint-Germain, Paris-6e. — Compte C. P. 599. Tout souscripteur pour la somme minima de 300 fr. recevra un exemplaire de la médaille.

DÉCRET DU 14 MAI 1945
partant réglement d'adminitsration publique pour l'application de l'ordonnance du 3 Mars 1945 relative à
la fixation des tarifs des Assurances Sociales

Voici les principales dispositions de ce décret :

Les tarifs sont adressés en triple exemplaire par chaque syndical professionnel de praticiens ou d'auxiliaires médicaux intéressé au ministre du Travail qui les transmet sans délai au ministère de la Santé publique et au ministère de l'Economie nationale. Préalablement à leur homologation, les tarifs sont soumis par le ministre du Travail à l'examen d'une commission permanente constituée auprès du Conseil Supérieur des Assurances sociales.

La commission propose aux ministres soit l'homologation, soit le rejet des tarifs, soit l'adoption d'un nouveau tarif.

Le ministre du Travail peut aussi inviter la commission à établir des propositions en vue de la fixation d'un tarif pour le département considéré.

Les règles prévues ci-dessus sont applicables en cas de modification des tarifs.

(J. O. des 28 et 29 Mai 1945.)

CENTENAIRE
de la naissance d'Élie METCHNIKOFF

Le centième anniversaire de la naissance d'Élie Metchnikoff, sera célébré à l'Institut Pasteur de Paris le mardi 3 Juillet 1945 à 16 heures, sous la présidence de M. Billoux, ministre de la Santé publique.

M. le Professeur Tréfouël, Directeur de l'Institut Pasteur, fera une conférence sur *la vie et l'œuvre de Metchnikoff.*

Cette conférence sera suivie de la présentation du film de M. Commandon sur *la phagocytose.*

A cette occasion, l'Institut Pasteur a rassemblé dans le laboratoire et le bureau mêmes de Metchnikoff, des documents et des souvenirs sur la vie et l'œuvre de l'illustre biologiste russe. L'exposition sera ouverte gratuitement au public à partir du 4 Juillet, jusqu'à la fin du mois.

XXXIXe Congrès de l'Association française d'Urologie

Le XXXIXe Congrès de l'A.F.U. aura lieu cette année à la Faculté de Médecine de Paris du 8 au 11 Octobre 1945.

Pour tous renseignements s'adresser au Secrétaire général : Dr Louis Michon, 40, rue Barbet-de-Jouy, Paris-7e.

SYNDICAT NATIONAL DES MÉDECINS-RADIOLOGISTES QUALIFIÉS

Les médecins électro-radiologistes qui désirent poser leur candidature à la « Qualification » sont priés de s'adresser : pour la Seine, Seine-et-Marne et Seine-et-Oise, au Dr Delherm, 1, rue Las-Cases, Paris-7e. Pour les autres départements, au Président des médecins électro-radiologistes de leur circonscription sanitaire.

Cet avis s'adresse surtout : 1° aux absents pendant les années 1940-1945 ; 2° aux nouveaux installés pendant la même période.

MODE D'EMPLOI
du lait concentré, non sucré, apporté par les Alliés

Pour éviter toute erreur et malentendu dans la préparation des biberons des nourrissons, il est bon de rappeler que le lait concentré, non sucré, fourni par les alliés, dit « évaporé », est simplement du lait pur, condensé à la moitié de son volume originel. Pour l'allaitement du nourrisson, il doit être dilué et sucré.

Comme il contient au minimum 40 *g.* de matières grasses par litre (au lieu des 35 *g.* des laits français), il faut, pour obtenir du lait entier correspondant, ajouter environ 125 *g.* d'eau à 100 *g.* de lait. Il faut le couper au tiers le premier mois et au quart le deuxième mois et le sucrer à 5 pour 100.

Voici, à titre indicatif, un tableau pour la préparation des biberons avec ce lait concentré non sucré :

AGE	TÉTÉES	LAIT CONCENTRÉ en centimètres cubes	EAU en centimètres cubes	SUCRE en grammes	TOTAL en centimètres cubes
15 jours	6	20	65	7	85
1 mois	6	30	70	7	100
2 mois	6	35	80	7	115
3 mois	6	40	85	7	125
4 mois	6	45	90	7	135
6 mois	5	65	85	7	150

Universités de Province

Faculté de Médecine de Lyon. — M. Froment, agrégé, est nommé, à titre provisoire, à compter du 1er Octobre 1945, professeur titulaire de la chaire de *thérapeutique* (chaire transformée).

Hôpitaux et Hospices

Hospice Paul-Brousse. — M. le Prof. agrégé Jacques Delarue vient d'être nommé médecin-chef de l'Hospice Paul-Brousse à Villejuif, en remplacement du Prof. agrégé Lhermitte, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

SANATORIUMS PUBLICS

Sanatorium de Franconville, Saint-Martin-du-Tertre (S.-et-O.). — Un poste de médecin adjoint est actuellement vacant. Adresser les candidatures au ministère de la Santé publique (direction du personnel, 2e bureau), 7, rue de Tilsitt, Paris-8e.

Sanatorium de la Tuyolle, à Taverny (S.-et-O.). — Un poste de médecin adjoint est actuellement vacant. Adresser les candidatures au ministère de la Santé publique (direction du personnel, 2e bureau), 7, rue de Tilsitt, Paris-8e.

Sanatorium de Plougonven (Finistère). — Un poste de médecin directeur est actuellement vacant.

Adresser les candidatures au ministère de la Santé publique (direction du personnel, 2e bureau), 7, rue de Tilsitt, Paris-8e.

STATIONS THERMALES

Vichy. — Etablissement Thermal ouvert en toutes classes du 18 Juin au 15 Septembre.

Concours et places vacantes

Caisse départementale des Assurances sociales de l'Aube. — Un poste de médecin contrôleur adjoint, chargé également du service de radiologie de son contrôle médical, est vacant. Demander tous renseignements à la Caisse départementale des Assurances sociales de l'Aube, 56, boulevard du 14-Juillet, Troyes.

Office antituberculeux d'Ille-et-Vilaine. — Deux postes de médecin phtisiologue de dispensaires actuellement vacants sont à pourvoir d'urgence ; envoyer titres et références et s'adresser pour conditions au Président de l'Office antituberculeux : 14, rue d'Echange, à Rennes.

Nouvelles diverses

En souvenir des défunts du Corps Médical. — Le 3 Juin 1945 a été dite, en *l'Eglise Saint-Louis des Invalides*, une messe en souvenir des défunts du Corps Médical. La cérémonie, organisée par l'Association Médecine et Famille, avait réuni de nombreux médecins entourés de leurs femmes et de leurs enfants. La messe a été dite par l'Abbé Lereboullet, fils du regretté Professeur, et le sermon prononcé par le R. P. Verdun, ancien interne des Hôpitaux.

Le 10 Juin a eu lieu une cérémonie analogue au *Temple de la Rédemption*, pour les familles de médecins protestants, qui ont entendu une magnifique allocution du pasteur Rey-Lescure.

Centre régional d'Education sanitaire d'Orléans. — Par arrêté en date du 8 Juin 1945, un Centre régional d'Education sanitaire est créé à *Orléans*, sous l'autorité du directeur régional de la Santé, dans le cadre de sa circonscription.

M. Victor Le Page, médecin phtisiologue assermenté, est nommé directeur de ce Centre.

Conseillers sanitaires techniques. — M. Desoille, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris est nommé conseiller sanitaire technique du ministère de la Santé publique (hygiène industrielle et médecine du travail).

Syndicat médical de Seine-et-Oise. — Le bureau définitif du Syndicat de Seine-et-Oise est composé de la manière suivante :

Président : Dr Remilly (Versailles) ; *Vice-Présidents :* Drs Lemesle (Vernouillet) et Rouzaud (Argenteuil); *Secrétaire général :* Dr Mouthon (Meudon) ; *Secrétaire général adjoint :* Dr Bilouet (Versailles) ; *Trésorier :* Dr Philippe (Saint-Germain-en-Laye).

Le Secrétariat du Syndicat médical de Seine-et-Oise reste 28, *rue Serpente, à Paris, Tél.:* DANton 88-04.

Substances vénéneuses. — Par décret du 15 Juin 1945, sont inscrits sur la liste des substances vénéneuses dangereuses dont l'emploi dans la fabrication de jouets ou d'amusettes est interdit : le *dinitrobenzène ;* le *sulfocyanure* de mercure.

Médecins du service de contrôle de l'Assistance publique. — Par arrêté du 7 Mai 1945, les taux des indemnités fixes allouées aux médecins du service de médecine préventive et de contrôle de l'Assistance publique à Paris sont modifiés : médecin-chef : nouveau taux, 42.000 fr. ; médecin-chef adjoint : nouveau taux 19.000 fr. ; médecin titulaire : nouveau taux, 10.500 fr (*Bull. municip. off. Paris*, 17 Juin 1945).

Salaires dans les pharmacies et dans les laboratoires d'analyses biologiques. — Le J. O. du 20 Juin

1945 publie deux arrêtés fixant les salaires du personnel des pharmacies vendant au détail et les salaires du personnel des établissements effectuant des analyses biologiques.

Retour d'Allemagne

Nous avons eu le plaisir d'apprendre le retour d'Allemagne des Docteurs :

— E. Anbeit, de Paris (rentré de Orianenbourg).

— P. Lohéac, de Gourin [Morbihan] (rentré de Hambourg-Neuengamme).

— Moneau, de Maël-Pestivien (Côtes-du-Nord).

— Comdeau, de Saint-Mars-la-Jaille (Loire-Inférieure).

— J. Brau, de la Ferté-sous-Jouarre [S.-et-M.] (rentré de Buchenwald).

— Aïtoff, de Paris (rentré de Buchenwald et Halberstadt-Malachyt).

— A. Bouchez, d'Amiens (rentré de Neuengamme).

— Pierre Ségelle, d'Orléans.

— Nous sommes heureux d'apprendre le retour du docteur E. Coudert, de Paris, dont nous avions annoncé le décès sur des renseignements erronés. Le docteur Coudert refusant son rapatriement était resté au Camp d'Orianenbourg pour soigner nos compatriotes malades. Il vient de rentrer avec 85 de ceux-ci.

Nos Échos

Naissances.

— Paul, Philippe et Françoise Gala sont heureux d'annoncer la naissance de leur petit frère *Patrick*. De la part du docteur et de Madame P. Gala (12 Juin 1945, Saintes, Charente-Maritime, 8, place du Champ-de-Foire).

— Le docteur Jean Ribay, aux armées, et Madame sont heureux de faire part de la naissance de leur fille *Dominique* (18 Mai 1945, Marcigny, S.-et-L.).

— Le docteur et Madame Emile Noël ont le plaisir de faire part de la naissance de leur fils *Jean-Claude* (Issy-les-Moulineaux, 28 Mai 1945).

— Marie-Madeleine, Chantal, Brigitte, Stéphane et Edith ont la joie d'annoncer la naissance de leur petit frère *Patrick* (de la part du docteur et Madame S. Desreumaux-Denys. Bergues, 31 Mai 1945).

— Le docteur et Madame Pierre Tanret sont heureux de faire part de la naissance de leur deuxième enfant *Anne* (Paris, 49, rue Saint-Roch, 17 Avril 1945).

— Le docteur Edouard Deslandes, interne des Hôpitaux de Paris et Madame, sont heureux de faire part de la naissance de leur fils *Michel* (Paris, 9 Juin 1945).

Mariage.

— De Marseille on annonce le mariage du docteur Raymond Weillen, ancien interne des Hôpitaux de Strasbourg, ancien médecin du Sanatorium « Le Mont Blanc », à Passy, avec Mademoiselle Georgette Pierre agrégée de l'Université.

Décès.

— Une messe de *requiem* sera dite à la Chapelle de l'Hôpital Laennec, le lundi 2 Juillet, à 11 h., à la mémoire de Jean et Henri Brissaud, fils du Dr Etienne Brissaud et frères du Dr Edouard Brissaud, tués par l'ennemi les 7 et 16 Avril 1945.

— On annonce de Montpellier le décès de Robert Bonifas, étudiant en médecine de 1re année, déporté décédé au camp de Buchenwald.

— On apprend tardivement la mort du docteur George Porcené, originaire de Saint-Germain-de-Marencennes, tué aux armées en 1940.

— On annonce la mort du docteur Roquefeuil médecin commandant de réserve, survenue à Montpellier

— Madame le docteur Jeanne Héon-Canonne a la douleur de faire part de la mort du docteur Michel Canonne son mari, déporté à Buchenwald, décédé quatre semaines après son retour d'Allemagne (Angers, le 5 Juin 1945)

— Le Dr Robert Rabut fait part de la mort de son fils *Noël* déporté politique, fusillé par les Allemands le 19 Avril 1945, au cours de l'évacuation du camp de Stassfurt.

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

Les Petites Annonces dans La Presse Médicale *sont acceptées sous réserve d'un contrôle extrêmement sérieux. Aucune annonce commerciale n'est acceptée.*
Prix : 20 fr. la ligne (15 fr. pour les abonnés).

Visiteur médical bonnes référ. présentation parfaite, 7 ans même labo, ayant connaissances dans corps médical et pharmaceut. ch. 2e Labo. Paris. Ecr. *P. M.*, n° 615.

Jne femme bonne éducation, cherche place au pair période vacances. Aiderait tenue intérieur. Ecr. *P. M.*, n° 616.

On demande à l'Office d'Hygiène Sociale de l'Oise des Assistantes sociales diplômées d'Etat ou à défaut des Aides-Médico-Sociales. Prière s'adresser au Siège Social, 2, rue Philippe-de-Beaumanoir, à Beauvais.

Chirurgien, région du Centre, demande remplaçant pour un mois, Juillet ou Août. Ecr. *P. M.*, n° 624.

Spéc. O.R.L. et Ophtalmo. cherche clientèle à reprendre, rég. parisienne de préférence. Ecr. *P. M.*, n° 638.

Jne médecin cherche place, aide ou assistant auprès chirurgien ou dans maison de santé obst.-chir. Préfér. poste stable. Ecr. *P. M.*, n° 643.

A vendre lits métal. matelas, traversins, oreillers, tables, brancards pour cures. Ecr. *P. M.*, n° 649.

Dame visitant corps médical parisien depuis quinze ans, réf. 1er ordre, s'adjoindre. Labo sér. Ecr. *P. M.*, n° 650.

Poste campagne à reprendre dans chef-lieu canton Centre-Ouest. Seul médecin. Chiffre important. Cause santé. Ecr. *P. M.*, n° 653.

Jne chirurgien, 35 ans, après plusieurs années remplacements, cherche pour installation définitive associat. ou succession, rég. parisienne de préfér. Ecr. *P. M.*, n° 654.

Basses-Pyrénées. Médecin actif cherche à reprendre poste médecine générale. Ecr. *P. M.*, n° 656.

AIHP ch. pr Sept proch. succes. conf. Paris ou banl. imm. de préf. anc. coll. Ecr. *P. M.*, n° 661.

Visiteur médical, région Sud-Est, 10 années de pratique, très bien introduit, références 1er ordre, cherche 2e Labo pour 1er Septembre prochain. Ecr. *P. M.*, n° 664.

Echangerais belle clientèle médicale, radio., banl. paris., 35 km., gde maison, tout confort, dépendances, jardins, parc 6.000 mq, légumes, basse-cour, 10 pièces, principales. Site tr. agréable, ttes commodités, 5 minutes gare, contre clientèle Paris, vaste appart. confort, quartiers Nord, Europe, Latin ou Centre. Cause éducation des enfants. Ecr. *P. M.*, n° 666.

Méd. spéc. remplacerait électroradiologiste Juillet, Août, Sept. Paris, banl., mer ou montagne. Ecr. *P. M.*, n° 669.

A vendre bicycl. Dilecta luxe, homme, fabric. 42, absol. neuve. Ecr. *P. M.*, n° 675.

Dactylo de Secrétariat médical demande emploi chez Docteur ou Hôpital. Logée, nourrie, préférence. Mlle Moult, 11, rue Juifs, Granville (Manche).

Médecin, 34 a., actif, célib., prisonnier rapatr. ch. remplacem. durée plus ou moins longue en vue success. ds bon poste, maison et install. modernes, auto. Clientèle le petite ville avec campagne. Ecr. *P. M.*, n° 681.

A vendre : 1° belle table urologique et chirurgic. Quiniou, métal inoxyd.; 2° Poste Hte fréquence type Marion, marque Hennuy, avec montre, réostats pour cautère-lumière et accessoires. Ecr. *P. M.*, n° 683.

Dans beau quart. Paris tr. bel appartem. 8 p. av. import. matériel pr diagnostic et traitement : Electroradiologie, Electrothérapie, Hydrothérap., Actinothérap., etc. Conviendrait parfaitem. p. Polyclinique. Ecr. *P. M.*, n° 684.

A vendre Mécanographie. Très beaux appareils actifs et passifs, état neuf. Ecr. *P. M.*, n° 685.

A vendre un transfuseur de Jubé, seringue de 10 cm^3, neuf. Ecr. *P. M.*, n° 689.

Infirmière manipulatrice radiologie, 12 a. pratique ; dactylo, ch. sit. aupr. Dr radiologue, préf. rég. parisienne. Ecr. *P. M.*, n° 692.

Vve confrère vend trousse O.R.L. usagée avec housse. S'adresser Dr Engel, 11, rue Talma, Paris-16e.

Cherchons médec. radiologue pour remplacement longue durée pour important cabinet d'électro-radiologie dans grande ville du centre. Ecr. *P. M.*, n° 697.

A céder très bonne clientèle 100 *km*. Paris, pays riche. Ecr. *P. M.*, n° 698.

Chirurgien expérimenté (chirurgie génér. et gynécolog.), temporairement disponible, fer. remplacem. Ecr. *P. M.*, n° 700.

A vendre : Panhard, pneus, batterie et état mécanique parfait état, actuellem. en service. Ecr. *P. M.*, n° 702.

A vendre table d'examen. série boîtes chromées. A vendre, autoclaves Bellanger. Ecr. *P. M.*, n° 706.

Dr ch. cabinet médec. génér. av. appartem., ou assoc. en vue success., Paris ou banl. immédiate. Urgent. Ecr. *P. M.*, n° 708.

Infirmière dipl. Etat, tr. au cour. des salles opérat. ch. empl. instrumentiste pr. chirur., anesthésiste, à Paris. Ecr. *P. M.*, n° 709.

A vendre Microscope Stiassnié, 3 oc., 3 obj., 1 immers. Boîte et instr. chirurgie. Ecr. *P. M.*, n° 710.

Sage-femme, 30 a. ch. situat. clinique, maison d'accouchements pour Paris ou banl. Ecr. *P. M.*, n° 711.

Achèterai ou échangerai cabinet médic. Paris, beaux quartiers, contre cabin. médic. Grenoble. Poste très intéres. Ecr. *P. M.*, n° 712.

A vendre bureau compl., style Empire, excell. ét. instr. médic. div. et de laryngol., armoire et table métall. Tél. pr rend-vous Gob. 45-74 entre 8 et 9 h. du mat., 22, av. des Gobelins, ou entre 12 et 14.

Importante clientèle chirurgicale à céder, proche banlieue. Jas. 67-79.

Echangerais radiogénérateur Securix ét. neuf, type D, scopie, graphie, 50 millis. Pied support type D, démontable av. écran. Diaphragme. Pédale interruptrice. Minuterie, contre Microsecurix complet ou transfoleix Simplex. Ecr. Dr Natalelli, 3, r. du Cloître, Arles.

Jne médecin demande remplacement Juillet Bretagne ou Sud-Ouest. Ecr. *P. M.*, n° 715.

A céder : appar. à U. V. Chenaille, fabric. av. guerre, brûleur neuf, marchant sur 110 ou 220 volts. Appar. de diathermie Gaiffe av. accessoires permettant faire diathermo-coagulation gynécologique et autres. Appar. à ionisation de Chenaille. Conditions intéressates. Dr Garraud, 395, r. de Vaugirard. Vau. 18-75.

Demande une Doctoresse pour direction de Sanatorium Ecr. *P. M.*, n° 717.

A vendre un lit condensateur et un milli ampère. Ecr. *P. M.*, n° 718.

On demande traducteur interprète langue anglaise, homme ou femme, ayant connaissances médicales permettant de traduire couramment presse scientifique d'Angleterre et des Etats-Unis. S'adresser Section d'Etudes du Service de Santé, 10, rue Lincoln. Paris.

On demande anc. interne des hôp. pr reprendre dans Paris clientèle de médec. générale (clientèle de relations et non de quartier). Ecr. P. M., n° 720.

Secrétaire assistante médicale dactylo demandée ville Sud-Ouest. Ecr. *P. M.*, n° 721. Visa S. M. O., n° 2 La Rochelle.

A céder, fauteuil roulant pr malades ou blessés de Dupont, porte-pied coulissant, poignée poussoir au dossier, état de neuf. Occasion. Dr V. 69, r. de Rome Paris-8e, Lab. 18-50.

Dr av. fem. 3 enf. 9, 7, 2 ans, rempl. conf. ou loue mais. 1 mois près plage déminée ou d'eau douce. Ecr *P. M.*, n° 723.

A vendre : 1 douche Marvel neuve, 1 urinal caoutchouc p. incontinence, neuf, 1 bocal analyse 2 litres 1 dossier pupitre X. S'adresser 115, av. La Bourdonnais 1er à droite, entre 13 et 14 h. 30. Paris-7e.

Visiteur médical, rég. Sud-Ouest, cherche 2e Labo pour Docteurs ou Dentistes. Ecr. *P. M.*, n° 725.

Laboratoire Paris rech. visiteurs médic. province (Bordeaux, Toulouse, Marseille, Lyon, Nancy, Lille) pour lancement produit visa nouveau. Env. : *curriculum vitæ* laborat. représentés, sect. exact, à Bordet, 83, r. Dutot Paris-15e. Visa n° 11073, O.R.T.

A vendre matériel radiologie et d'électrologie. Ecr *P. M.*, n° 727.

A vendre 4 pneus us. auto 140×40, 3 ch. à air, exc. ét., 2 pneus neufs 145×40. Ecr. *P. M.*, n° 728.

Le Dr Tregouet, de Mont-St-Martin, Hôtel-Dieu, Meurthe-et-Moselle, recommanderait à confrère jeune fille possédant dipl. secrétariat médic. Ecr. *P. M.*, n° 729.

Suis acheteur micro Zeiss. Faire offre, modèle et prix, Dr Prince, Fleurance (Gers).

Femme-médecin cherche situation médicale, préférence Sud-Ouest. Ecr. *P. M.*, n° 731.

Visiteur médical, région Sud-Est, meilleures références, cherche Labo. Ecr. *P. M.*, n° 732.

Chirurgien, A.I.H.P., très au courant clientèle, cherche remplacement. Ecr. *P. M.*, n° 733.

Chirurgien, A.I.P.H., marié, cherche poste chirurgical province, association ou cession, préférence Midi ou Sud-Ouest. Ecr. *P. M.*, n° 734.

Laboratoire d'analyses médicales ville Côte d'Azur demande d'urgence jeune médecin biologiste expérimenté pour situat. stable et d'avenir. Ecr. *P. M.*, n° 735.

Sage-femme, puéricultrice, 32 a., ch. direction pouponnière Paris ou Colonies. Ecr. *P. M.*, n° 736.

Médecin, anc. int. pr. des hôp. de Paris, 40 a., sinistré, ch. poste médecin d'usine, ou situat. de médec. du travail, ou contrôle d'assurance, ou poste médical avec fixe important. Ecr. *P. M.*, n° 737.

Médecin-Pharmacien, 36 a., libre apr.-midi à partir Sept. prat. chimie biol. rech. sit., préfér. Labo Anal. médic. Ecr. *P. M.*, n° 738.

A céder : luxueux ensemble composé de bureau style Louis XIV, 1 m. 60×0 m. 80, 3 tiroirs, bois de rose et marqueterie. Cuivre et grosses cariatides bronze, bibliothèque assortie, 3 portes grillagées, haut. 1 m. 80, large 1 m. 60. Petit, 59, r. des Carreaux, Fontenay-sous-Bois, Seine, métro Château de Vincennes et autobus 118, après-midi.

AVIS. — Prière de joindre aux réponses un timbre de 2 francs pour transmission des lettres.

Le gérant : F. Thomas.

Imprimé par l'Ancne Imprimerie de la Cour d'Appel, 1, rue Cassette, à Paris (France).

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées aux Périodiques, la Direction scientifique de La Presse Médicale *a dû fixer à 4 colonnes maximum l'étendue des mémoires originaux. Tout manuscrit dépassant cette étendue sera retourné à son auteur.*

SPORT ET CHRONAXIE VESTIBULAIRE LE « TEST DE RÉCUPÉRATION CHRONAXIQUE »

PAR MM.

G. MOURIQUAND et J. COISNARD

(Lyon)

Nos recherches expérimentales sur la chronaxie vestibulaire (ou indice chronologique vestibulaire de G. Bourguignon) du pigeon [1] nous ont conduits à l'étude du « test de récupération chronaxique » des sportifs.

Chez le pigeon la « chronaxie vestibulaire basale » se situe aux environs de 21 sigma (21 sigma 32: d'après 119 mesures chronaximétriques chez 9 pigeons normaux [2]). Toute activité musculaire quelque peu intense — telle que celle que nous avons obtenue par « l'épreuve du vol » [3] — s'accompagne d'une baisse rapide et profonde de cette chronaxie (par exemple de 17 sigma, après cinq minutes de vol).

La mesure chronaximétrique vestibulaire (biauriculaire) pratiquée de cinq en cinq minutes après la fin du vol nous a montré que le pigeon normal (à un régime équilibré) revenait par degrés à sa « chronaxie vestibulaire basale » au bout de quatre-vingt-dix minutes environ.

La carence en B_1, certains médicaments « abaisseurs » (thyroxine, acide acétyl salicylique, etc.) allongent ce temps de récupération. Certains médicaments « élévateurs » de la chronaxie vestibulaire vitamine B_1, sucre) le raccourcissent. La baisse chronaxique antérieure au vol (obtenue par les « abaisseurs ») peut favoriser la mort de l'animal.

* * *

Nous nous sommes demandé si de tels faits pouvaient être observés chez l'homme du fait d'une activité musculaire du type sportif.

Dans ce but nous avons soumis 7 « volontaires » [4] plus ou moins entraînés à des courses de fond (5.000, 3.000 *m.*) ou de vitesse (100 *m.*) [5]. Les épreuves ont été renouvelées plusieurs fois chez chacun, en vue d'obtenir une moyenne de leur « temps de récupération chronaxique vestibulaire » et d'apprécier les causes de ses variations.

La « chronaxie vestibulaire basale » (technique mono-auriculaire de G. Bourguignon) de chacun de ces sujets a été mesurée avant chaque épreuve. Celle-ci a été en moyenne la suivante:

9 sigma	M. Fi.	2 courses (à blanc).
9 sigmn	M. Mi.	2 courses (à blanc).
9 sigma 25	Mlle Ma.	2 caurses (à blanc).
11 sigma 50	Mlle Ti.	9 courses (à blanc).
12 sigmn	M. Br.	1 course (à blnuc).
10 sigma 25	M. Yv.	2 courses (à blanc).
22 sigmn	M. Ja.	2 courses (à blnnc).

1. G. Mouriquand, G. Morin et H. Edel : *Société de Biologie de Lyon*, 20 Mai 1935. — G. Mouriquann, G. Morin et Czenskowska : *Société de Biologie de Lyon*, 17 Avril 1930. — J. Coisnard : *Thèse de Médecine de Lyon*, 1041.
2. G. Mouriquann et J. Coisnane et Mme Edel : *Société de Bialogie de Lyan*, 22 Janvier 1945.
3. G. Mauriquand et J. Coisnarn : *La Presse Médicale*, 17 Octobre 1942, n° 46, 642.
4. Naus remercians pour leur précieuse collaboration Mlle Chiauizola, aide-technique ; Mlle Manchane, professeur d'éducatioe physique, athlète ; Mlle Tignadou, championne du Lyonnais du 200 *m.* (Junior) ; MM. Mialle, Yves, Fillion ; Jacob et Brisgaun (élèves de l'Ecole du Service de Santé militaire).
5. M. G. Bourguignon et Mlle Dejean : *Académie des Sciences*, séance du 10 Mai 1927, **97**, 1341.

Rappelons que M. G. Bourguignon et Mlle Dejean donnent pour les sujets normaux les chiffres de 22 à 12 sigma. Des mesures chronaximétriques répétées sur 48 sujets [5] nous ont donné les chiffres de 25 à 8 sigma, après forte prédominance des chiffres situés entre 12 et 22 sigma [7].

Quelle qu'ait été l'importance de l'épreuve sportive (course de fond, de longueur variable, suivant la capacité du sportif, ou course de vitesse), la prise de la chronaxie vestibulaire faite dès l'arrêt de l'épreuve a toujours montré une importante « plongée » chronaxique au niveau de 0 sigma 5, 1 ou 2 sigma.

La hauteur de la chronaxie vestibulaire basale (initiale) a été sans effet sur le chiffre minimum atteint. C'est ainsi qu'un sujet parti de 22 atteint le minimum de 1 sigma ou 0 sigma 50 aussi bien que celui parti de 9 sigma.

Cette « plongée » chronaxique est constante, identique, après les diverses activités musculaires envisagées et chez les sujets entraînés ou non.

* * *

Nous inspirant encore des résultats obtenus chez le pigeon, nous avons recherché chez l'homme le « temps de récupération chronaxique vestibulaire », c'est-à-dire le temps mis par le sujet après la fin de l'épreuve sportive pour revenir de son niveau chronaxique le plus bas, à son chiffre initial (à sa chronaxie vestibulaire basale) [8].

L'étude de ce temps de récupération s'est montrée — contrairement à celle de la « plongée chronaxique » — d'un réel intérêt. Elle apparaît comme un véritable « test » de la valeur sportive « actuelle » du sujet. La répétition chez un même coureur des mesures nous a permis, dans des conditions identiques, d'établir sa moyenne de temps de récupération chronaxique vestibulaire.

Chez 7 sujets (2 femmes et 5 hommes) il s'est montré à peu près fixe pour chacun dans des conditions physiques et sportives identiques et variable chez un même sujet suivant des circonstances que nous avons pu préciser.

Nous avons observé :

1° *Que chez des sujets normaux en dehors de tout état de fatigue, d'action médicamenteuse ou autre, il y a un rapport assez fixe entre le temps de récupération chronaxique et l'importance de l'épreuve sportive.*

Voici les chiffres obtenus :

	Récupération	
Course de 100 *m.*	27'30"	sujet entraîné
Caurse de 4.800 *m.*	61'	sujet non entraîné
Course de 5.800 *m.*	23'7"	sujet entraîné
Course de 5.800 *m.*	19'53"	sujet entraîné
Caurse do 3.800 *m.*	40'	sujet non entraîné
Course de 2.550 *m.*	06'	sujet non entraîné
Course de 4.500 *m.*	55'	sujet non entraîné
Course de 5.400 *m.*	58'	sujet non entraîné

Le tableau ci-dessus montre que :

2° *L'entraînement raccourcit fortement le temps de récupération chronaxique.*

Alors que nos amateurs ont eu une moyenne de récupération de cinquante-cinq minutes, notre « athlète », particulièrement entraînée a eu un temps de récupération qui a constamment évolué entre dix-neuf et vingt-trois minutes (course de 5.000 *m.*). A signaler que contrairement aux autres « coureurs », elle ne présentait après cette course aucune fatigue notable, et se proposait de refaire une course identique [9].

3° *Le point de départ vestibulaire initial n'influe pas sur le temps de récupération.*

C'est ainsi que nos sujets peu entraînés, qu'ils soient partis de 21 sigma ou de 9 sigma, ont eu des temps de

6. G. Mouriquann et J. Coisnard : *Soc. de Biologie de Lyan*, 22 Janvior 1945.
7. En évitant les causes d'erreurs que nous avons signalées : G. Mouriquann, J. Coisnard et Mme V. Edel, *Société de Bialogie*, Mai 1945.
8. G. Mouriquann et J. Coisnard : Activité musculaire. Chronaxie vestibulaire et temps de récupération chronaxique. *Société de Bialagie de Lyon*, 22 Janvier 1945.
9. En raison du peu de sujets « entraînés », mis à notre disposition, il y a lieu de tenir ces indications comme provisoires.

récupération chronaxique vestibulaire voisins pour une même longueur de course.

4° *L'état de fatigue antérieur allonge le temps de récupération chronaxique vestibulaire.*

Chez notre spécialiste des 100 *m.* nous notons un temps moyen de récupération de quarante-neuf minutes pour le lundi (2 courses), de quarante-huit minutes pour le mardi (1 course), de vingt-sept minutes trente secondes le jeudi (2 courses). L'allongement du temps de récupération au début de la semaine est en liaison avec la fatigue du dimanche, jour où elle se livre régulièrement à un entraînement intensif ou à un match de compétition.

Chez un sujet non entraîné, un pénible travail de déblaiement (bombardement) accompli la veille a allongé le temps de récupération de cinquante-cinq minutes à quatre-vingts minutes ; soit + vingt-cinq minutes pour une course de 5.000 m. Un brancardage dans la nuit précédant l'épreuve lui a fait perdre onze minutes (passage du temps de récupération de cinquante-cinq minutes à soixante-six minutes).

5° *La tension « psychomotrice » précédant* une course *de vitesse* brusquement arrêtée au départ chez notre championne du 100 *m.*, nous a donné les chiffres suivants :

a) Sans départ : chute de 9,5 à 3 sigma, temps de récupération 7' (arrêt brusquement imposé au départ).

b) avec départ : chute de 10,5 à 2 sigma, soit 8 sigma 2, temps de récupération 14' (arrêt à 20 mètres).

c) avec départ : chute de 9.5 à 1, soit 8 sigma 5, arrêt à 30 mètres. Récupération 13'5.

d) Course entière de 100 mètres : chute de 14 sigma à 1,5. Récupération 27'5.

6° *L'usage avant l'épreuve de certains « médicaments abaisseurs » de la chronaxie, allonge le temps de récupération*, malgré le faible niveau chronaxique initial.

Nous avons vu que certaines substances (thyroxine [10], acide acétyl salicylique [11]) abaissaient brusquement et profondément la chronaxie vestibulaire chez le pigeon et chez l'homme.

L'activité musculaire intense du pigeon (épreuve du vol) à chronaxie vestibulaire ainsi abaissée, et en particulier au cours de la maladie chronaxique [12] peut entraîner une mort brusque ou rapide. Chez les survivants, le temps de récupération chronaxique (départ de 1 sigma, chute à 0 sigma 02, retour à 1 sigma) est augmenté.

Chez l'homme, la course de fond de sujets à chronaxie abaissée, notamment par l'acide acétyl salicylique, ne paraît pas non plus sans inconvénients.

En tout cas le temps de récupération chronaxique de tels sujets est nettement allongé : chute de 0 sigma 5 (initial) à 0 sigma 04 avec retour à 0 sigma 5 en cent vingt minutes (au lieu de cinquante-cinq minutes en l'absence d'acide acétyl salycilique), ou chez un autre chute de 3 sigma 5 à 0 sigma 5 et retour à 3 sigma 5 en cent cinq minutes au lieu de cinquante-cinq minutes.

7° *L'association fatigue antérieure et médicament « abaisseur » de la chronaxie vestibulaire allonge le temps de récupération chronaxique et peut provoquer des accidents plus ou moins sévères* (syncope chez un de nos coureurs ci-dessus, à chronaxie à 0,50, au départ, chute chronaxique à 0,04 ; Temps de récupération : cent vingt minutes).

8° *Par contre, certaines substances antagonistes des facteurs abaissant la chronaxie vestibulaire raccourcissent notablement le temps de récupération chronaxique* (en particulier le sucre, l'aneurine, l'acide ascorbique, l'acide phosphorique, les phosphates). Exemples :

	Récupération
Premier sujet :	
Course de 100 *m.* à blanc.	27'30'
Course de 100 *m.* à blanc + B1 (20 *mg.*).....	24'
Course de 100 *m.* à blanc + PO^4H^3 pur (0 cm³ 8)	20'
Course de 100 *m.* à blanc + acide ascorbique (0 *g.* 90)	20'
Course de 100 *m.* à blanc + acide ascorbique + biphosphate de Ca + sucre.............	18'
Course de 100 *m.* à blanc + biphosphate de Ca + B1 + acide ascorbique + sucre........	16'
Deuxième sujet :	
Course de 3.000 *m.* à blanc.	72'
Course de 3.600 *m.* à blanc + sucre (20 *g.*) ..	37'
Course de 3.600 *m.* + B1 (20 *mg.*).........	45'
Troisième sujet :	
Course de 4.800 *m.* à blanc	61'
Course de 4.800 *m.* + sucre (20 *g.*).........	43'
Quatrième sujet :	
Course de 3.000 *m.* à blanc.	55'
Course de 3.600 *m.* + sucre (20 *g.*)	25'
Cinquième sujet :	
Course de 4 800 *m.* à blanc	55'
Course de 4.800 m. + sucre (20 *g.*)	27'
Course de 5.700 *m.* + B1 (20 *mg.*)...........	37'
Course de 5.700 *m.* + sucre (10 *g.*) + B1 (20 *mg.*)	36'

10. G. Mouriquann, J. Coisnard et Mme V. Edel : *La Presse Médicale*, Novembre 1943, n° 42, 617.
11. G. Mouriquand et J. Coisnard : *Journal de Médecine de Lyon*, 5 Décembre 1943.
12. G. Mouriquand et J. Coisnard : Maladie chronaxique. *La Presse Médicale*, 25 novembre 1944, n° 18.

Conclusions.

L'activité musculaire du sujet sportif (course de 'ond, course de vitesse, etc.) détermine une « plon- ;ée rapide et profonde de la chronaxie vestibulaire ıux environs de 2 sigma, 1 sigma ou 0 sigma 5 ıuel que soit le niveau chronaxique initial (de 22 à) sigma).

Cette chute chronaxique identique chez tous les ;ujets quel que soit leur entraînement ne permet ɔas de juger, semble-t-il, de leur capacité sportive.

Il n'en est pas de même du « temps de récupé- ·ation chronaxique vestibulaire » qui donne sur :ette capacité d'importantes précisions. Ce temps le récupération est le même chez un sujet normal, ɔour un entraînement donné et proportionnel à 'effort musculaire. L'entraînement raccourcit ce emps de récupération, la fatigue antérieure l'al- onge ainsi que certains « facteurs médicaments » ou ıutres « abaisseurs » de la chronaxie vestibulaire thyroxine, acide acétylsalicylique, etc.). L'associa- ion de la course à la fatigue antérieure + médi- ·ament « abaisseur » de la chronaxie peut être dan- ;ereuse.

Par contre certains aliments ou médicaments ıntagonistes de précédents, raccourcissent ce temps le récupération (sucre, aneurine, phosphates, acide ıscorbique, etc.).

De nombreuses épreuves et mensurations nous ncitent à penser que le test de la « récupération hronaxique vestibulaire » mérite de prendre place côté des autres tests (cardiovasculaire, tension- ıel, etc.) [13] permettant d'apprécier la capacité spor- ive des individus [14].

13. Nous avons poursuivi avec le médecin commandant ·ırLME la recherche des tests « cardiovasculaires » chez nos portifs, parallèlement au « test » de récupération de la ıronaxie vestibulaire. Nous en publierons ultérieurement ;s résultats.

14. Les travaux classiques de L. et M. Lapicque (1928), ;. Bourguignon et Laugier (1928), A. Laugier et Liberson 1931), G. Bourguignon (1941) sur les variations chronaxiques ans le travail ou la fatigue ont porté sur la chronaxie euro-musculaire. Nous n'avons pas trouvé (en particulier ans l'exposé des recherches de G. Bourguignon) d'indica- ions relatives, à ce point de vue, à la chronaxie vestibu- ıire (ou indice chronologique vestibulaire de G. Bourgui- non), ui concernant le « temps de récupération chronaxique estibulaire » après l'effort.

SUR LES

TUBERCULOSES MILIAIRES CHRONIQUES

« LES ÉPISODES MILIAIRES AUTONOMES »

PAR

Étienne BERNARD, Mlle A. LOTTE et Jacques WEIL

(Paris)

Il y a pour une miliaire différentes façons d'être ɔisodique. On connaît depuis longtemps, par les ·rits d'Andral, de Louis, de Cruvelhier, ceux de lérard et Cornil, ces poussées de granulie, au reste ocalisées, qui surviennent *au cours* de la tuber- ulose pulmonaire chronique. Les descriptions de es auteurs concernent surtout des poussées termi- ıales qui ont pu avoir leur retentissement clinique lans une éclosion de troubles fonctionnels aggra- ·ants, mais qui, dans beaucoup de cas, n'ont été évélées qu'à l'autopsie. Il a fallu l'ère radiolo- ;ique pour nous enseigner la fréquence de ces épi- odes et aussi pour nous apprendre qu'ils peuvent tre, non seulement terminaux, mais contempo- ains de la phtisie évolutive, et parfois même pré- ɔces (E. Rist et Doubrow [1]), et parfois torpides et ırables (R. Burnand [2]). Mais dans ces cas il s'agit, e plus souvent, d'une bouffée de miliaire qui s'in- ègre dans le tableau radio-clinique d'une forme ɔanale de tuberculose pulmonaire chronique. Et 'on ne saurait élever cette poussée transitoire et localisée de granulations à la hauteur d'une entité pathologique (R. Burnand [3], A. Dufourt [4]).

Dans un ordre de faits tout différent, il s'agit d'une granulie froide du type classique Burnand-Sayé [5] qui, après une courte période d'autonomie, dégénère en tuberculose ulcéro-caséeuse commune. En effet, à côté des granulies froides où le syndrome clinique et radiologique se maintient pareil à lui-même pendant des mois, voire des années, après quoi il rétrocède et guérit à moins qu'il ne se termine brusquement par méningite (Burnand et Sayé, E. Rist [6], Hautefeuille [7]), il existe maintes observations où le processus miliaire est chronique mais de durée limitée. Après un temps variable, le semis micro-nodulaire se transforme, les taches fines et isolées du début deviennent des images plus larges et floues; peu à peu, et comme par coalescence, elles se groupent en images colonneuses et pommelées et bientôt excavées. Là encore, la vie trop brève de la miliaire et sa métamorphose plus ou moins précoce et parfois galopante (J. Delarue [8]) interdisent, sinon toujours, du moins le plus souvent, de lui accorder une autonomie nosologique (L. Bernard [9]). Or, comme l'a bien dit Ameuille [10], le problème des granulies froides est un problème de nosologie.

Les faits que nous avons en vue sont différents. Ils ne concernent ni une miliaire par surcroît au cours d'une phtisie chronique, ni une miliaire froide qui, après une autonomie transitoire, dégénère en phtisie commune. Il s'agit de cas où les faits se déroulent ainsi : on observe dans les deux champs pulmonaires un aspect micro-nodulaire typique et généralisé, au moins très étendu, sans qu'il y ait sur le film aucune image de tuberculose d'un autre type. Après une évolution dont le début a pu être fébrile, mais qui se comporte ensuite comme une granulie froide, l'aspect granité rétrocède et disparaît. C'est en somme une poussée évolutive, pour user de l'expression classique de F. Bezançon et de Serbonnes, mais une poussée qui s'est faite sous le type miliaire; après quoi la tuberculose continue, et on assiste, soit sans transition, soit après un certain délai, à une poussée évolutive nouvelle dont le type anatomo-clinique varie selon les cas.

Parce que généralisées aux deux poumons, parce que dotées d'une traduction radiologique pure jusqu'au bout de tout alliage [11], il s'agit là de miliaires autonomes, mais auxquelles convient la qualification d'épisodes car elles ne constituent qu'un épisode, un épisode curable, dans le déroulement d'une tuberculose dont le pronostic varie en fonction des épisodes ultérieurs.

E. Rist [12] a rapporté le cas d'un garçon de 14 ans qui, en 1932, après un début insidieux, a été trouvé porteur d'une miliaire généralisée aux deux poumons. Il avait également deux petits lupus, et sa cuti-réaction était fortement positive. L'évolution fut chronique et froide. En 1932, les films montrèrent une régression très frappante des images miliaires. Au début de 1934, ce jeune sujet pouvait être considéré comme guéri. Or, quelques mois plus tard, on décelait chez lui une lobite excavée, sans qu'aucun aspect miliaire fût visible à ce moment sur le film.

Nous avons publié, en 1938 [13], l'observation d'une fillette de 12 ans, traitée à l'hôpital pour amaigrissement, asthénie, toux et fièvre à 38°5. L'examen stéthacoustique des poumons ne révèle rien, mais la cuti-réaction est fortement positive, et une radiographie montre de gros hiles, et surtout un semis de fines granulations envahissant dans leur presque totalité les deux champs pulmonaires. Dans le liquide gastrique, recueilli par tubage, on met en évidence par homogénéisation de rares bacilles de Koch. L'évolution va affecter une allure chronique et froide. L'état général est très satisfaisant. Le poids remonte en flèche. Des radiographies successives montrent, après quelques mois de stabilisation, un effacement lent mais progressif des images miliaires. Dix mois après le début, ces images ont presque complètement disparu. En particulier, le côté droit est totalement nettoyé. On parle déjà de guérison. C'est à ce moment qu'apparaissent les signes stéthacoustiques et radiologiques d'une infiltration excavée du sommet droit.

En 1940, nous relations [14] l'observation d'une femme de 25 ans, soignée en Août 1932 pour une pleurésie. Au lieu d'une convalescence franche, il subsiste de la fatigue, un amaigrissement, un état subfébrile et de la toux qui ramène une expectoration peu importante mais où la présence de bacilles de Koch peut être décelée. Un film révèle un semis de fines granulations disséminées sur toute la hauteur des deux champs pulmonaires. Trois mois plus tard, apparition d'une ostéo-arthrite scapulo-humérale gauche, suivie peu après, en Juin 1933, d'un abcès froid de la partie supérieure du bras gauche. L'état général se maintient satisfaisant et la température normale. Mais en Mai 1934 la malade est fatiguée et maigrit. Une radiographie montre la disparition complète des taches miliaires précédemment observées, mais il existe dans la région sous-hilaire droite une image annulaire du volume d'une pièce de 2 francs. Et c'est, à partir de ce moment, l'évolution par pousées successives d'une phtisie ulcéro-caséeuse commune.

Ces trois observations sont comparables. Elles n'autorisent point à parler, comme dans les faits que nous évoquions plus haut, d'une miliaire qui dégénère en un processus ulcéro-caséeux. Lorsque celui-ci est apparu, la miliaire n'existait plus. Ces malades ont donné aux observateurs l'occasion d'assister à deux poussées évolutives successives, la première du type miliaire, la seconde du type de l'infiltration excavée.

Dans l'observation suivante publiée par le Prof. F. Bezançon, Schwob et l'un de nous [15], les faits sont différents, et par le début aigu et par l'évolution :

Un garçon de 24 ans fait en Mai 1928 un épisode aigu intitulé « grippe » qui guérit mais laisse de la dyspnée d'effort. En Septembre 1928, une hémoptysie survient, accompagnée d'une fièvre à 40°, de dyspnée avec polypnée. Un film montre un feutrage d'éléments micro-nodulaires dans les deux champs pulmonaires. La température est d'abord instable, puis s'installe autour de 37°5. La polypnée persiste, c'est le phénomène dominant. D'autres clichés pratiqués en Novembre 1928 sont superposables au premier. C'est seulement en Septembre 1929 que la température se fixe à la normale. L'état général est bon. En une année, le poids s'est élevé de 13 kg. ; mais la dyspnée réapparaît au moindre effort. Un film pratiqué en Septembre 1930, deux ans après le début, montre pour la première fois des changements importants : à droite, nettoyage de l'aspect granité, à gauche, rétraction de l'hémithorax avec attraction du cœur et de la trachée, nettoyage de la moitié inférieure et apparition dans la moitié supérieure d'une obscurité diffuse où il est impossible de reconnaître l'aspect de granulations primitif. Dès lors, l'état se maintient satisfaisant.

Ainsi, chez ce malade, c'est une tuberculose du type fibreux qui a fait suite à la miliaire. Lorsque le syndrome de rétraction se constitua, l'aspect micro-nodulaire avait disparu. Cette observation nous permet de souligner après d'autres (Burnand, Hautefeuille) les rapports entre la miliaire chronique et la fibrose tuberculeuse à tel point que l'interprétation de certains aspects granuleux radiographiques peut être délicate, comme l'ont souligné F. Bezançon, Braun et Duhamel [16].

Voici encore un autre type, différent des précédents non point par les caractères propres à l'épisode miliaire mais par la poussée évolutive qui lui a fait suite.

Il s'agit d'un homme de 28 ans, dont E. Rist a rapporté l'histoire, qui, dans la convalescence d'une opération pour ulcus gastrique, présente une douleur dans l'hémithorax gauche et une température à 39°. En même temps, il tousse et crache et on décèle des bacilles de Koch dans son expectoration. Un film montre un semis de taches miliaires dans la moitié inférieure des deux champs pulmonaires. Une cure de repos amène une amélioration rapide avec notable augmentation de poids. En Octobre, cinq mois après le début, un film montre que le semis est moins étendu et beaucoup plus fin.

1. E. Rist et S. Doubrow : Les épisodes miliaires évolu- ifs au cours de la tuberculose pulmonaire chronique. *Bull. lcad. de Méd.*, 11 Avril 1933.

2. R. Burnand : Physionomie clinique des poussées gra- ıuliques au cours de la tuberculose pulmonaire. *Annales de lédecine*, 1923, 526

3. R. Burnand : Considérations sur la granulie froide. *Soc. Méd. des Hôp.*, 15 Juin 1934.

4. A. Dufourt et J. Brun : Etude critique du syndrome de granulie pulmonaire froide. *La Presse Médicale*, 17 Mars 1934.

5. Burnand et Sayé : Granulies froides et granulies chroniques. *Annales de Médecine*, Mai 1924.

6. Rist, Rolland, Jacob et Hautefeuille : Contribution à l'étude anatomo-clinique de la tuberculose miliaire. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 4 Juin 1926.

7. Hautefeuille : Contribution à l'étude de la granulie froide et chronique. *Thèse Paris*, 1924.

8. J. Delarue : Les formes anatomo-cliniques des granulies pulmonaires. *Thèse Paris*, 1910.

9. Léon Bernard : La signification des tuberculoses miliaires dites « granulies froides ». *Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 15 Juin 1934.

10. P. Ameuille : Le problème des granulies froides. *Soc. méd. Hôp. de Paris*, 15 Juin 1934.

11. Sauf dans certains cas une surcharge hilaire témoin de l'adénopathie primaire.

12. E. Rist : Quelques réflexions à propos de deux cas de tuberculose miliaire curable. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 8 Novembre 1937.

13. Etienne Bernard, Mlle A. Lotte et Ch. Wolff : Tuberculose miliaire chronique épisodique. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 14 Octobre 1938. — Ch. Wolff : Contribution à l'étude de la tuberculose miliaire chronique épisodique. *Thèse Paris*, 1938.

14. Etienne Bernard et Jacques Weil : Sur un nouveau cas de miliaire épisodique. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 8 Novembre 1940.

15. F. Bezançon, E. Bernard et Schwob : Nettoyage radiologique et guérison dans un cas où existait dans les deux poumons un semis extrêmement confluent d'images micro-nodulaires. *Revue de la Tuberculose*, Avril 1932.

16. F. Bezançon, Braun et Duhamel : De l'interprétation de l'aspect granulique et trabéculaire au cours de certaines tuberculoses fibreuses hémoptoïques. *Paris Médical*, 19 Février 1927.

'ar ailleurs, à ce moment apparaît un abcès froid tuberuleux du bord droit de la langue. En Janvier 1933, une adiographie de contrôle montre une image pratiquement ıormale, et, par ailleurs, la lésion linguale semble guérie. Mais en Décembre 1934 on observe une récidive le cette tuberculose linguale et, en même temps, un ilm montre une miliaire de la moitié supérieure des leux poumons. Quelques mois plus tard, tout s'aggrave : a fièvre s'allume, la tuberculose linguale s'étend, les ésions pulmonaires s'ulcèrent, des adénopathies cervi-ales surviennent qui précèdent la mort.

Ainsi, dans cette observation, c'est une poussée nouvelle de tuberculose miliaire, poussée cette fois mortelle, qui succède après deux années au premier épisode miliaire. Une récidive de ce genre est moins fréquente chez l'adulte que chez l'enfant où ne sont pas exceptionnelles les observations de sujets qui résistent à une première atteinte de miliaire et succombent à une seconde atteinte (Ribadeau-Dumas). L'adolescent et l'adulte, parce qu'ils sont à l'âge de la phtisie, font plus volontiers une nouvelle poussée évolutive sous le type de l'infiltration excavée.

*
* *

Le *début* de l'épisode miliaire autonome est polymorphe : insidieux par une toux qui se prolonge, un amaigrissement qui s'accentue, une convalescence de pleurésie qui ne s'affirme pas, brusque par une poussée fébrile ou par une hémoptysie, mais même après un début aigu, le caractère froid de l'évolution apparaît et se confirme par un bon état général. Il suffit, le plus souvent, de mettre les malades au repos pour observer une très notable augmentation de poids. Les bacilles de Koch ne sont pas toujours faciles à mettre en évidence car l'expectoration est rare, elle peut manquer.

La *durée* de la miliaire épisodique est inégale selon les cas. Dans les observations rapportées plus haut, elle a varié entre huit et vingt mois environ, mais une appréciation exacte est difficile, elle est fonction de la fréquence des radiographies.

Le *délai* est variable entre la fin de l'épisode miliaire et le début apparent de la poussée évolutive qui lui fait suite. Tantôt l'apparition d'une infiltration excavée coïncide avec le moment où l'aspect granité achève sa rétrocession, tantôt l'aspect micro-nodulaire a déjà disparu depuis plusieurs mois quand l'image d'une caverne est mise en évidence.

Quant au type anatomo-clinique de la nouvelle poussée évolutive, s'il s'agit le plus souvent d'une infiltration excavée, on peut observer aussi, comme nous l'avons vu, soit une tuberculose du type fibreux, soit une nouvelle miliaire.

Les malades sont le plus souvent des sujets jeunes : des enfants, des adolescents ou de jeunes adultes.

A quelle *étape du cycle* de l'infection tuberculeuse cet épisode miliaire se situe-t-il ? Il est possible de le soupçonner dans un certain nombre de cas. Dans les faits rapportés plus haut qu'observons-nous ? Ici, le sujet présente une cuti-réaction très fortement positive, papuleuse, et le film montre, en plus de la miliaire, des hiles hyperplasiés. Là, le début de la maladie se fait par une pleurésie, deux mois plus tard survient une ostéoarthrite de l'épaule, puis un abcès froid du bras. Dans un autre cas le sujet a une cuti fortement positive et il présente deux lupus. Un autre sujet a un abcès froid de la langue en même temps que la miliaire.

On admet que la période post-primaire est celle de la dissémination bacillaire avec forte allergie. Les faits que nous venons de rappeler permettent, dans un certain nombre de cas tout au moins, de rattacher à cette période les épisodes miliaires autonomes. Il s'agit donc de miliaires précoces par opposition aux miliaires terminales depuis longtemps décrites. L. Bayard [17] nous a fait connaître une observation de Maendl concernant un enfant de 9 ans qui fut atteint de tuberculose miliaire des poumons (laquelle disparut au bout de six mois) et qui présenta en même temps, ou après un court délai, des tuberculides, un mal de Pott, une tuberculose testiculaire et rénale.

Une observation de ce genre illustre le stade II de Ranke. Cette théorie des stades remarquablement présentée par le Prof. Dufourt dans un traité récent [18] se vérifie souvent chez les sujets jeunes. Chez l'adulte, la distinction des stades est souvent moins évidente. Cependant une de nos observations est caractéristique : chez une adulte jeune on constate coup sur coup : une pleurésie, une miliaire bilatérale, une ostéo-arthrite et un abcès froid. C'est bien la phase de dissémination. Deux ans plus tard apparaît un foyer de tuberculose ulcéro-caséeuse qui va évoluer en poussées locales à l'exclusion de toute localisation extra-pulmonaire. Ce sont là deux groupes de manifestations bien différentes. Les lésions du premier groupe ont été nombreuses et disparates, mais elles ont régressé et guéri en quelques mois, y compris la miliaire. Les lésions du second groupe n'ont affecté que le parenchyme pulmonaire et ont amené lentement le malade à l'état de cachexie.

Ainsi la miliaire autonome trouve sa place, sinon toujours, au moins souvent, dans la période post-primaire du cycle de la maladie tuberculeuse.

Quelle est sa *fréquence?* Il est difficile d'en connaître avec précision, car cette connaissance est tributaire de nos curiosités radiographiques, nous disons radiographiques, car les miliaires ne sont pas décelées par la vision de l'écran fluorescent, de sorte qu'elles échappent aux examens systématiques. Les plus bénignes d'entre elles doivent rentrer dans le cadre des formes inapparentes de la maladie.

Au point de vue du *pronostic*, l'apparition d'une miliaire généralisée aux deux poumons, quelque inquiétante qu'elle soit dès l'abord, n'est pas toujours aussi grave qu'on pourrait craindre, puisqu'il peut ne s'agir que d'un épisode voué à l'évanescence. Mais cette destinée ne signifie pas toujours sécurité. Si la miliaire disparaît, la tuberculose souvent continue et porte en soi des lendemains imprévisibles.

17. L. Bayard : Granulies curables au cours de la primo-infection. *Thèse Lyon*, 1938.

18. Dufourt : *Traité de Phtisiologie clinique.* (Vigot), 1943.

NOUVELLE CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

DES HÉMATOMES INTRA-CÉRÉBRAUX SPONTANÉS

PAR MM.

M. DAVID et **H. HÉCAEN**

(Paris)

A mesure que se multiplient les observations d'hématomes intracérébraux en apparence spontanés survenant chez des sujets non hypertendus, il devient possible de préciser certains de leurs caractères. Il nous a paru, en effet, que les cas observés et opérés par nous jusqu'ici réalisaient dans la grande majorité des observations *un type anatomo-clinique* que nous avions déjà esquissé dans une étude précédente [1]. Nous croyons qu'il y a quelque intérêt, alors que notre expérience s'est enrichie de nouveaux cas depuis ce travail, à tenter une systématisation de ce tableau clinique, systématisation qui permet un diagnostic précoce avant l'apparition de la stase papillaire, signe parfois relativement tardif [2].

L'hématome siège à la partie moyenne et postérieure du lobe temporal en mordant plus ou moins sur la région pariéto-occipitale adjacente (9 cas sur 11 observations).

Le début est brutal, marqué par une *céphalée atroce* qui arrache des cris au malade ; elle est souvent accompagnée de nausées, de vomissements. Cette céphalée paraît assez souvent unilatérale et peut revêtir une certaine valeur localisatrice. Parfois on note à cette phase des crises d'épilepsie bravais-jacksoniennes, mais celles-ci paraissent assez rares dans la forme anatomo-clinique qui nous occupe. Au contraire, elles sont fréquentes lorsque l'hématome siège dans la région fronto-rolandique, comme cela a été rencontré dans une série de cas d'ailleurs beaucoup plus rares. Ensuite, se manifeste rapidement un état d'obnubilation, d'obtusion, de confusion ; le coma véritable ne paraît pas très fréquent.

Dans une seconde phase, le tableau clinique s'amende, la somnolence ou l'obtusion se dissipent en partie. On peut alors constater une série de signes.

1° *Une hémiplégie* de degré variable pouvant aller de l'atteinte pyramidale la plus discrète jusqu'aux formes massives et totales s'accompagnant de déviation conjugée de la tête et des yeux. Le mode d'apparition est également variable, soit que les troubles moteurs soient d'emblée contemporains de la céphalée initiale réalisant un véritable ictus, soit que, comme c'est le cas le plus habituel, ils s'accentuent progressivement (ingravescent apoplexy).

2° *Des troubles sensitifs à disposition hémiplégique* eux aussi de caractères variés. La recherche de ces troubles est d'ailleurs en général difficile en raison des troubles intellectuels.

3° *Une hémianopsie latérale homonyme* sur laquelle Bagley, Lhermitte et Guillaume et nous-mêmes avons déjà insisté. Elle représente un élément capital du diagnostic. L'hémianopsie peut ne pas exister, mais le malade peut signaler la présence d'hallucinations visuelles traduisant, elles aussi, l'atteinte des voies optiques.

4° *Troubles aphasiques.* Ils n'existeront évidemment que si la lésion siège à gauche chez les droitiers. Ces troubles sont surtout du type réceptif réalisant une aphasie de Wernicke ; les troubles lexiques peuvent y prédominer si l'hématome déborde plus particulièrement sur la région occipitale. En raison des phénomènes de diaschisis, de l'œdème concomitant, des troubles expressifs peuvent parfois être décelés, mais ils demeurent au second plan.

5° *Troubles controlatéraux de la somatognosie*, si la lésion siège à droite. *Les perturbations du schéma corporel semblent fréquentes dans cette affection, relativement à la rareté du syndrome d'Anton-Babinski ou du trouble similaire dans les lésions pariétales droites d'une autre nature.*

Pour notre part nous les avons rencontrés 3 fois sur 7 cas d'hématomes temporo-pariétaux de l'hémisphère droit, soit dans une proportion d'environ 43 pour 100. Voici, à titre d'exemple, l'observation d'un de nos malades :

Observation I. — C..., 48 ans, présente le 1er Juin 1943 un ictus sans perte de connaissance : hémiplégie gauche sensitivo-motrice avec déviation conjuguée de la tête et des yeux d'emblée. Des céphalées très violentes apparaissent aussitôt. Atteinte rapide de l'état général. Traité par Acécoline (B.-W. négatif. Urée : 0,33). Dans les antécédents on note un paludisme assez sévère.

A l'examen, *le 9 Juin* : malade fatigué, prostré, désorienté dans le temps, gémissant et se plaignant sans cesse de la tête. Torpeur, obtusion, langue sèche, lèvres fuligineuses. Tension artérielle : 12-8. Température : 38°7. Hémiplégie gauche totale ; parésie faciale gauche de type central. A droite, signe de Babinski sans atteinte de la force musculaire. Hémianesthésie à tous les modes sur tout le côté gauche (face comprise). Hémianopsie latérale gauche. Légère raideur de la nuque. Papilles en myosis ; pas d'Argyll-Robertson ; très léger flou de la papille gauche à l'examen du fond d'œil.

10 Juin. Légère atténuation des céphalées à la suite d'injection intraveineuse de sulfate de magnésie. Urée : 0,83. Ni albumine, ni cylindrurie. *L'examen oculaire* (Dr Prudhommeau) montre cette fois *une stase papillaire nette* quoique légère des deux côtés, *une paralysie des mouvements de latéralité vers la gauche* et une hémianopsie latérale gauche.

11 Juin. Intervention (Dr David). Petit volet pariéto-temporal droit. Ponction transdure-mérienne au trocart de Cushing de la partie postérieure de T. 1. Evacuation de 30 cm^3 environ de sang noirâtre, poisseux. La dure-mère se détend et se met à battre. Remise en place du volet osseux. Sutures.

13 Juin. Etat général très atteint ; respiration rapide ; ébauche de Cheynes-Stockes. Température : 39°6 ; tension artérielle : 12,5-8. Le signe de Babinski à droite et la raideur de la nuque ont disparu.

Dans les jours suivants, amélioration légère : baisse de la température. Tension artérielle : 12,5-7,5 ; la torpeur diminue, quelques mouvements réapparaissent dans le membre inférieur gauche.

18 Juin. Nouvelle aggravation. Pouls : 112 ; température : 38°6 ; tension artérielle : 13,5-10. Semi coma. Urée : 1 *g*. 10. Urines normales.

1. *Semaine des Hôpitaux de Paris*, Août 1943.

2. Nous écrivions déjà dans cet article : « Nous pensons qu'à mesure que nos connaissances se perfectionneront, le diagnostic clinique pourra être posé, même en l'absence de stase papillaire. »

Dès le 20 Juin, nouvelle amélioration. Urée : 0 *g.* 70 ; température normale ; tension artérielle : 12,5-8. Disparition de la torpeur et de l'obnubilation. A partir de cette date le malade peut être considéré comme hors de danger, mais les mouvements sont lents à réapparaître du côté paralysé, surtout au membre supérieur. Pas de contracture, pas de Babinski ; l'hémianesthésie reste totale. L'amélioration permet alors de constater *une atteinte très nette de la somatognosie du côté gauche*, atteinte qu'il a présentée dès le début, puisqu'il nous dira plus tard, en parlant de cette période : « J'ai eu l'impression qu'il y avait dans le lit une jambe qui n'était pas à moi et que ma jambe gauche avait disparu. » A aucun moment, il ne se préoccupe de son côté gauche et quand on lui donne l'ordre d'exécuter un mouvement à gauche, il le fait d'abord avec le bras ou la jambe droite ; puis, quand on le lui fait remarquer, il dit alors sans insister : « Je ne peux pas à gauche, surtout pour le membre supérieur. » Il paraît s'agir plus d'oubli que d'inconscience véritable, car si on insiste, il reconnaît son erreur mais reste indifférent sans tenter de remuer son côté gauche. Quelques minutes après, le même ordre est encore exécuté avec le côté droit. Mis debout, il s'effondre sur le côté gauche ; sa jambe tourne en tous sens si on le soutient et il paraît ignorer totalement ce membre. Il se comporte presque exactement comme le malade décrit par Garcin, Varay et Hadji Dimo. Il en est aussi de même pour la manœuvre suivante : si on cache avec le drap la main et l'avant-bras gauches du malade et que dans le prolongement du bras on mette la main et l'avant-bras de l'observateur, il admet qu'il s'agit du sien en s'étonnant seulement d'y voir une bague. Il reconnaît volontiers sa paralysie gauche, mais s'en montre totalement indifférent. Il existe d'ailleurs chez ce malade une inertie et une apathie extrêmes qui contrastent avec l'intégrité parfaite de l'intelligence lorsqu'on stimule son attention.

Fin Juillet. Au membre supérieur gauche, aucun mouvement n'est possible ; la récupération est en bonne voie au membre inférieur ; contracture modérée ; pas de Babinski. La sensibilité est atteinte, les troubles prédominant sur les sensibilités profondes, la stéréognosie (ahylognosie et amorphognosie) et la thermoalgésie. Les troubles du schéma corporel ont disparu ; l'apathie et l'inertie se sont dissipées parallèlement.

Décembre 1944 (renseignements fournis par le Dr Rouquès) : hémiplégie gauche surtout marquée au membre supérieur où il existe une contracture importante. Au membre inférieur la contracture est peu accusée et la marche est possible sans canne. Réflexes polycinétiques tant au M. S. qu'au M. I. Cutané plantaire en extension. Mêmes troubles de la sensibilité qu'en Juillet. L'état mental paraît être redevenu normal :

Chez un autre malade, bien que d'une manière moins nette, la somatognosie était également perturbée du côté gauche. Le malade ne reconnaissait plus sa main gauche qui était d'ailleurs « oubliée », puisque les sollicitations parvenaient à la lui faire reconnaître et que les épreuves diverses sur ordre étaient bien exécutées au niveau de ce membre supérieur gauche.

Nous rappelons plus loin l'observation d'un troisième malade chez qui il fut constaté la présence de troubles de cet ordre. Déjà auparavant l'un de nous avait eu l'occasion d'opérer, pour un hématome de siège pariétal droit, une malade étudiée par Thiébaut [3] qui présentait des manifestations de cet ordre (ignorance complète du côté paralysé). Il faut en rapprocher également l'observation de Massion-Vermory [4] dans laquelle il s'agissait d'une hémorragie intra-tumorale. L'hémiplégie gauche, d'apparition brutale, s'accompagnait d'hémianesthésie dissociée avec anosognosie et alloesthésie.

Nous pensons donc que, contrastant avec la relative rareté de l'hématome intracérébral, la fréquence le perturbations somatognosiques dans cette affection revêt un gros intérêt diagnostique. En effet, leur apparition soudaine, coïncidant avec un syndrome d'hypertension intracranienne, doit faire songer plus à un hématome qu'à une tumeur ; le syndrome d'Anton-Babinski n'étant que très rarement observé dans ce dernier cas.

D'un point de vue plus général, ces faits sont aussi à retenir car ils ouvrent une voie d'accès à la compréhension des raisons d'apparition ou d'absence des troubles spécifiques, lors de la mise hors d'usage d'une zone centrale par un processus morbide [5]. A côté d'autres facteurs la nature de la lésion est à étudier.

Ainsi Garcin, Varay et Hadji Dimo avaient-ils suggéré que l'apparition de la dimidiation de l'image corporelle pouvait être en relation avec l'adjonction à une lésion focale précise d'un œdème central ou d'un état congestif péri-focal. Mais nous avons vu (obs. I) persister l'hémiasomatognosie longtemps après l'intervention, alors que le rôle de l'œdème cérébral ne pouvait plus être invoqué. Aussi serions-nous tentés de croire que l'apparition brutale de l'œdème, en supprimant toute possibilité de suppléance mutuelle entre les impressions kinesthésiques, vestibulaires ou visuelles, interdit une nouvelle intégration du moi corporel lorsque le dispositif anatomique, où s'exerce à l'état normal la synthèse de nos sensations et de nos mouvements, a été détruit par la lésion pariétale.

6° *Signes d'atteinte pédonculaire* liés à la compression du tronc cérébral par l'hématome ou par un cône de pression temporal. Nous pensons en effet que la brusque poussée œdémateuse, ainsi que la constitution rapide de la masse pseudo-tumorale que représente l'hématome, peut entraîner *un engagement du cône temporal* et cela surtout en raison du siège d'élection pariéto-temporal de ces hémorragies.

L'atteinte pédonculaire se manifeste surtout ici par des troubles oculo-pupillaires (abolition des réflexes photomoteurs et de l'accommodation ; syndrome de Parinaud ; paralysie de la III° paire).

Peut-être aussi l'atteinte mésocéphalique permet-elle d'expliquer des signes fréquemment signalés dans les observations tels que raideur de la nuque, signe de Babinski homolatéral et, jusqu'à un certain degré, la torpeur. L'hyperthermie et l'hyperazotémie (1 *g.* 13) sans lésion rénale décelable observées dans le cas Go... (obs. I) relèvent peut-être de ce mécanisme.

Nous rapportons brièvement une de nos observations, car elle apporte une confirmation presque expérimentale à notre hypothèse en montrant *l'apparition après ponction lombaire des signes pédonculaires et leur disparition presque immédiate après l'intervention.*

Observation II. — Georges Tr..., 64 ans.

Le *9 Octobre 1943*, violente céphalée à début brutal avec élévation thermique à 38°5. L'examen est alors négatif.

Le *11 Octobre*, la céphalée persiste. Urée : 0,47. Examen toujours négatif. Une ponction lombaire est pratiquée le 15 Octobre ; liquide hypertendu, dissociation albumino-cytologique (0,68). La céphalée est temporairement diminuée, mais reprend avec plus de violence le lendemain.

A l'examen, le *16 Octobre* : Babinski net à gauche, ébauché à droite. Par la suite apparaît une hémiplégie gauche, ainsi qu'un état subcomateux.

Le *17 Octobre*, état de torpeur, le malade répond encore aux questions. Déglutition bonne, mais bâillements fréquents, quelques secousses de hoquet. Bradycardie (50). Hémiplégie gauche. Babinski bilatéral. Troubles du schéma corporel à gauche : le malade recherche son côté gauche qu'il dit avoir perdu. Ni raideur de la nuque, ni Kernig. Tension artérielle : 13-7. Urines normales.

A son arrivée à la clinique, le *17 Octobre*, même état subcomateux. Mêmes constatations neurologiques.

Examen oculaire (Dr Bregeat) : O. G. impossible à examiner (synéchie antérieure post-traumatique) ; O. D. Ophtalmoplégie interne (mydriase, réflexes photomoteurs et à l'accommodation abolis). Fond d'œil normal. Syndrome de Parinaud. Hémianopsie latérale homonyme gauche probable.

Le matin de l'intervention, le malade est comateux.

Intervention (Dr David) le *18 Octobre*. Petit volet pariéto-temporal droit. Dure-mère tendue. On ponctionne au trocart de Cushing le cerveau par une boutonnière dure-mérienne, approximativement au niveau de la partie moyenne et postérieure de T 1. A 3 *cm.* de profondeur : issue de sang poisseux, noirâtre. On en évacue environ 50 *cm*³. La dure-mère se détend et se met à battre. Remise en place du volet osseux. Sitôt après l'intervention : amélioration manifeste du coma et de l'hémiplégie ; le malade remue les doigts gauches. Mais le lendemain il est plus fatigué, répond moins bien aux questions et remue plus mal son membre supérieur gauche. Le surlendemain : amélioration considérable tant de l'état général que de la motilité. Amélioration progressive les jours suivants. Quinze jours après l'intervention, *un nouvel examen oculaire montrera la disparition de tous les signes ophtalmologiques.*

Un mois après l'intervention, l'opéré est redevenu complètement normal. L'examen neurologique se montre rigoureusement normal.

Ces faits nous paraissent très importants du point de vue pratique et *il faut se rappeler que toute suspicion d'hématome intracérébral doit contre-indiquer formellement la ponction lombaire au même titre que dans les tumeurs.*

Évolution. — Après cette phase d'accalmie relative où les symptômes prennent toute leur valeur (période qui peut d'ailleurs faire défaut), la somnolence réapparaît ; les troubles fonctionnels augmentent. C'est à ce stade que *la stase papillaire*, généralement, se précise. Mais, comme nous y avons déjà insisté, le diagnostic doit être posé avant son apparition en se basant sur le tableau clinique que nous venons de tracer. Celui-ci, malgré son caractère très schématique, suffit habituellement pour conclure, *dans la forme anatomo-clinique la plus fréquente : l'hématome temporal ou pariéto-temporo-occipital.*

Traitement. — Il importe de poser un diagnostic précis, car le diagnostic d'hématome intracérébral spontané commande l'évacuation du sang épanché *par une trépanation limitée.* L'évacuation sera effectuée par ponction transdure-mérienne au trocart de Cushing. Cette manœuvre nous semble préférable à l'évacuation des caillots après incision cérébrale qui favorise parfois la reprise *secondaire* de l'hémorragie [6]. Mais la ponction ne sera, sinon possible, du moins effective, qu'une douzaine de jours au minimum après le début des accidents, l'hémolyse des caillots n'étant pas suffisante auparavant. La date la plus favorable paraît être la fin de la deuxième semaine ou le début de la troisième. Cependant, quoique ce fait soit assez rare, l'aggravation de l'hypertension intracranienne ne permet pas toujours d'attendre ce moment. Dans ces conditions, la taille immédiate d'un volet décompressif temporo-pariétal sans ouverture de la dure-mère est indiquée, de manière à parer aux accidents d'hypertension intracranienne tout en favorisant la liquéfaction des caillots. On pourra, ce faisant, aspirer par ponction trans-dure-mérienne au trocart de Cushing quelques centimètres cubes de sang déjà hémolysé, certifier le diagnostic et repérer également le point précis où pourra être effectuée ultérieurement la ponction évacuatrice. Un trou de trépan sera foré immédiatement en regard de ce point, au niveau de la partie correspondante du volet. On évitera de cette manière un nouveau soulèvement du volet lors de l'évacuation de l'hématome. Dans ce second temps en effet, douze à quinze jours plus tard, une petite incision cutanée sera pratiquée dans le cuir chevelu au niveau du trou de trépan ainsi préparé, la dure-mère et le cortex seront incisés à l'électro, et le trocart de Cushing facilement introduit. L'hématome sera évacué par aspiration lente à la seringue.

Dans le cas où, malgré le volet décompressif, la situation s'aggraverait précocement, le volet serait basculé à nouveau sans attendre et les caillots évacués après incision cérébrale.

3. Thiébaut : Discussion de la communication de Garcin, Varay, Hadji Dimo. *Soc. de Neur.*, Mai 1938.

4. *Journ. Belge de Neur. et Psych.*, Juillet 1938 ; *ibid.*, 1940, n° 6.

5. L'un de nous se propose d'ailleurs de revenir avec Ajuriaguerra dans un travail général sur ces rapports de la lésion et du symptôme.

6. Quand on a le moindre doute quant à l'éventualité d'une hémorragie liée à la présence d'une tumeur, la dure-mère doit être ouverte et le cerveau incisé.

L' « ASEPTIC ANASTOMOSIS »

(Technique d'anastomose intestinale peu connue en France)

Par **Germain GILLET**

(Paris)

Pendant notre séjour de trois mois dans un Hôpital d'Evacuation Américain nous avons eu l'occasion de voir pratiquer ou de retrouver les dossiers de nombreux opérés ayant subi des résections de l'intestin grêle avec d'excellents résultats et toujours par la technique de Parker Kerr (aseptic anastomosis), qui est extrêmement employée en Amérique depuis une dizaine d'années et qui semble peu connue, sinon inconnue, en France. Nous ne l'avons trouvée dans aucune publication. Seul le *Traité de technique chirurgicale*, publié par MM. Félix Mocquot, Oberlin, Quénu et Truffert décrit très rapidement, sans les recommander, les anastomoses aseptiques d'après Rankin. Cette technique est assez différente et certainement beaucoup moins satisfaisante que la technique de Parker Kerr. Aussi pensons-nous utile de la rappeler :

I. — 1° *Fermeture temporaire* des deux bouts à nastomoser par deux pinces de Kocher placées de elle façon que :

— le bec déborde de 4 à 5 *mm.*, le bord mésentérique de l'intestin ;

— la résection soit un peu moins importante sur e bord mésentérique que sur le bord libre ou la ascularisation est moins riche ;

— le bord du pincement intestinal ne coïncide

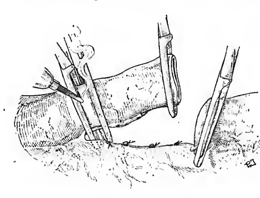


Fig. 1. — Section au thermocautère au ras des pinces de Kocher.

pas avec l'insertion mésentérique mais en soit distante de 4 à 5 *mm.* Les pinces sont placées de part et d'autre du bord mésentérique de telle manière qu'au moment de la suture les zones d'insertion mésentérique plus difficiles à enfouir ne coïncident pas.

2° Section au ras des pinces de Kocher ou thermocautère du segment à réséquer qui est bien entendu fermé à ses deux extrémités par deux autres pinces de Kocher (fig. 1).

3° Passage d'un surjet avec un fil fin résistant et lisse de part et d'autre de chaque pince à la manière de de Martel pour l'enfouissement du duodénum. Seule la séreuse est chargée et les points assez larges sont intercalés sans se chevaucher.

4° Ablation des pinces pendant que l'aide tire les deux extrémités du surjet. De cette façon la tranche de section déjà fermée par l'écrasement modéré de la pince se trouve enfouie. Il est possible de régler la longueur du surjet et par conséquent la longueur de la future suture en serrant plus ou moins ce surjet, la pression des deux pouces (fig. 2) faisant aisément coulisser l'étoffe intestinale sur le fil.

II. — *Suture des deux bouts* par un surjet au fin catgut chromé ou au lin ou par une fine soie. Ce surget ne présente rien de particulier. L'aide en tenant les chefs des deux surgets temporaires expose admirablement les surfaces à coudre. Le surjet

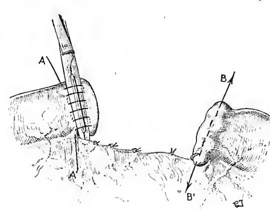


Fig. 2. — Préparation et serrage du surjet d'enfouissement provisoire. Noter que l'extrémité du surjet ne coïncide pas avec l'insertion mésentérique.

définitif commence au début des deux surjets de fermeture temporaire ; arrivé à l'autre extrémité, il est ramené sur l'autre versant et noué au chef de départ. La suture est alors terminée. Les fils peuvent être passés à l'aiguille de couturière, à l'aiguille enfilée courbe, ou avec une fine aiguille intestinale de Reverdin. Le surjet peut être bloqué par quelques « points passés ». Bien entendu les points ne doivent pas être perforants, seule la séreuse doit être fortement chargée et le plus près possible du surjet d'enfouissement (fig. 3).

III. — *Rétablissement de la continuité intestinale* : En maintenant l'intestin on retire l'un après l'autre les deux fils de fermeture temporaire qui coulissent facilement sans déchirer, puis en prenant entre pouce et index l'anneau de suture on force les écrasements initiaux et on vérifie, tout en le rétablissant, la perméabilité de l'anastomose (fig. 4).

IV. — *Fermeture de la brèche mésentérique* par quelques points séparés.

Modalités : Bien que ce ne soit pas indispensable on peut faire un deuxième surjet séroséreux, renforçant le premier et assurant une plus grande solidité des sutures, mais aussi augmentant la hauteur de l'anneau d'enfouissement. L'enfouissement peut être fait d'une façon plus rapide mais moins sûre

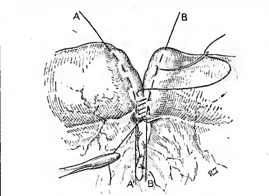


Fig. 3. — Début du surjet postérieur.

et moins aseptique ; en écrasant fortement avec un fort écraseur, cet écrasement est ramené par section aux ciseaux ou au thermocautère à une largeur de 2 à 3 *mm.* et un surjet total est faufilé en son milieu. Beaucoup d'Américains utilisent pour cette technique, depuis 1943, le clamp de Furniss [1] qui écrase fortement en ondulant la partie écrasée. De plus il est perforé et permet le passage d'une longue aiguille assez flexible qui renforce la fermeture de la tranche de section pendant les sutures et qui est très facile à enlever ensuite.

Pour les sutures latéro-terminales ou latéro-latérales, la technique est exactement la même. On

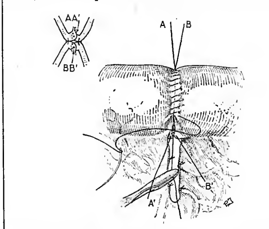


Fig. 4. — Le surjet antérieur va être terminé. En cartouche, on voit les surjets provisoires qui sont toujours en pince.

attire toute l'épaisseur de la paroi intestinale avec une ou deux pinces à griffes de Chaput et on pince, sur la longueur désirée pour l'anastomose, la paroi sur toute son épaisseur avec une pince de Kocher. Cette pince placée, la technique est ensuite la même (fig. 6).

Avantages de cette technique : Elle est très simple, facile, rapide et sûre. Il n'y a pas de clampage, pas d'ouverture de la paroi, pas d'hémostase, pas d'enfouissement de muqueuse, pas d'incongruité possible. Les deux surfaces à anastomoser sont toujours de la même longueur puisqu'on les réduit à volonté en serrant plus ou moins les surjets d'enfouissement.

Enfin, c'est une technique passe-partout. Elle sert pour les anastomoses termino-terminales, termino-latérales et latéro-latérales sur le grêle et sur le côlon. Elle est également utilisée pour les anasto-

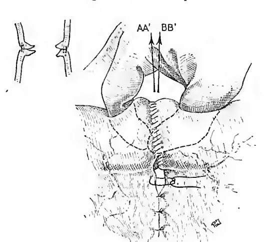


Fig. 5. — Les surjets provisoires viennent d'être retirés. La perméabilité de l'anastomose est vérifiée entre pouce et index. Fermeture de la brèche mésentérique.

moses cholécysto-duodénales, et Wangensteen [2] en 1940, a décrit l' « aseptic gastric resection » selon le même procédé, et Culligan [3] en 1944 décrit « the aseptic gastric resection » en employant le clamp de Furniss. Il publie 46 gastrectomies avec un seul décès par anurie et ictère qu'il attribue à la transfusion, ou à la Sulfamidothérapie. Enfin, en 1944, Shilder [4] préconise l' « aseptic appendicectomy » qui ne nous paraît pas plus sûre et est certainement plus compliquée que la technique habituelle avec ligature.

Des objections cependant apparaissent facilement à l'esprit :

C'est un enfouissement et non un affrontement aussi satisfaisant qu'une suture en 3 plans. On peut craindre que les tranches de section qui n'ont fait l'objet que d'un écrasement modéré, ou il n'y a eu ni hémostase, ni surjet hémostatique, puissent saigner. Nous n'avons jamais vu d'hémorragie ; mais cette objection nous paraît tout de même sérieuse quand il s'agit d'une intervention sur l'estomac. On peut craindre aussi qu'il ne se forme un rétrécissement. Nous n'avons jamais vu d'occlusion post-opératoire. Il est vrai que les malades avaient une aspiration gastrique ou duodénale, pendant quatre à cinq jours. Les chirurgiens américains prétendent qu'il n'a pas été signalé de rétrécissement cicatriciel.

Enfin et surtout on peut redouter un lâchage de ce simple surjet séro-séreux (qu'on peut d'ailleurs doubler). Il n'en n'est rien, tous les opérés ont

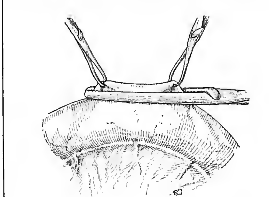


Fig. 6. — Préparation d'une anastomose latérale.

guéri et les vérifications autopsiques chez les opérés morts, soit de péritonite causée par l'infection péritonéale par la blessure intestinale, soit pour d'autres raisons, n'ont jamais montré (même en cas de péritonite) le moindre lâchage d'une suture, ni la moindre distension en amont d'une résection.

1. H. D. Furniss : *Am. J. Surgery*, **23**, 379.
2. O. H. Wangensteen : *Surgery Gynecology and obstetric*, 1940. **70**. 59.
3. Leo C. Culligan : Technique of aseptic or closed gastric resection using the Furniss Clamp *in Surgery, gynecology and obstetrics*, 1944, **79**, 620.
4. F. P. Schilder : Aseptic appendicectomy. The application of the Parker Kerr. Suture to the appendical Stump *Surgery*. 1944. **15**. 634.

SOCIÉTÉS DE PARIS

ACADÉMIE DE MÉDECINE

26 Juin 1945.

Après lecture du procès-verbal et de la correspondance, l'Académie se réunit en comité secret pour discuter la question de la **réforme des études médicales**.

LUCIEN ROUQUÈS.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

27 Juin 1945.

Sur la gastrectomie totale. — M. **d'Allaines** fait état de 19 cas dont 4 ulcères haut situés et 15 cancers. La mortalité fut de 7 cas, ce qu'expliquent bien les difficultés de l'intervention. Lorsqu'il s'agit de cancer haut situé de la petite courbure, bien que la gastrectomie soit la seule opération possible, les récidives sont extrêmement fréquentes. Le cancer de la grosse tubérosité est plus facile à enlever et plus favorable comme pronostic ultérieur. L'auteur insiste sur certains points de technique des sutures œsophago-jéjunales.

La tuberculose gastrique à forme hypertrophique. — A propos d'une observation de M. **Logeais** (de Quimper), M. **d'Allaines** montre que le diagnostic qui n'est habituellement posé que chez des tuberculeux avérés pourrait être fait dans les cas où la manifestation gastrique se montre isolée. Disproportion entre les signes cliniques et radiologiques ; grosse tumeur pseudo-cancéreuse, mais évoluant très lentement et demeurant longtemps mobile ; aspect clinique d'ulcère rebelle à tout traitement et rapidement mortel. Images radiographiques anormales en face de l'histoire clinique, de sténose en diabolo, de bulbe irrégulier en carotte. Tels sont les principaux éléments qui permettraient ce diagnostic. A l'intervention, la tumeur est à la fois dure et fragile, les adérences souvent anormales. La gastrectomie est le seul traitement possible.

Ostéomyélite de la hanche chez le nourrisson. — M. **Leveuf** décrit la technique qu'il emploie dans le traitement des énormes destructions articulaires secondaires à l'ostéomyélite du nourrisson. Les enfants sont trop souvent abandonnés à leur infirmité et leur luxation pathologique de la hanche s'aggrave avec le temps. En général, cependant, si la tête est détruite, le col rongé et s'il existe des arthrophytes cartilagineux, le cotyle apparaît intact. Dans ce cas il est donc nécessaire de faire une résection arthroplastique en modelant le col restant, en abaissant le trochanter et en réintégrant ce qui reste dans le cotyle débarrassé des résidus libreux qui l'obstruent. Cette intervention peut être pratiquée assez tôt. L'auteur l'a fait 8 fois chez des enfants de 2 ans à 13 ans 1/2. Mais il est presque toujours utile, pour obtenir un meilleur appui, de compléter l'opération par une ostéotomie au ras du col. Les résultats sont variables mais la stabilité excellente et il n'y a jamais d'ankylose.

— M. **Lance** estime que le traitement orthopédique donne souvent d'excellents résultats lorsqu'il y a conservation du col, d'une partie de l'épiphyse fémorale. On peut alors réduire la luxation pathologique comme une luxation congénitale en profitant de ce que la destruction du cotyle l'ouvre largement. Six cas ont été ainsi traités par lui et les résultats à longue distance se montrent excellents. La récupération fonctionnelle est excellente et il se produit un véritable remodelage de l'articulation, reprise du cotyle, tête fémorale reparaissant, refonte de l'interligne.

Note sur les blessures par éclatement de mines. — M. **Hébrand**. M. **d'Allaines**, rapporteur, après avoir rappelé les diverses variétés de mines utilisées, insiste sur l'importance des dégâts. En dehors des blessés tués par l'effet de souffle de l'explosion, d'autres meurent de blessures multiples contenant à une très grande profondeur de la terre et des débris de métal, de bois, de verre, de ciment ou de bakélite. Chez les blessés moins gravement atteints, l'effet de souffle produit également de larges pertes de substance, des brûlures étendues et des fractures multiples.

L'opération de nettoyage de ces plaies est donc spécialement longue et minutieuse. Les sulfamides, le sérum antitétanique et antigangréneux doivent être largement employés.

L'auteur demande que l'Académie émette le vœu que le déminage soit effectué par des spécialistes prisonniers allemands et le plus rapidement possible.

Sur les lésions fermées du membre inférieur par explosion de mines. — M. **Merle d'Aubigné** rapporte le travail de M. **Delvoye** (armée) sur ce sujet. Il insiste sur l'importance des dégâts osseux : fractures du calcanéum dont on retrouve des fragments jusque dans la jambe, lésion de l'astragale et du pilon tibial se montrent associées. Le gonflement souvent énorme rend le pied cylindrique, monstrueux, avec toute l'apparence de lésions vasculaires : lividité, refroidissement, douleur. Chez les sujets qui échappent à l'amputation, ces lésions vasculaires apparentes sont curables spontanément et l'avenir fonctionnel pas aussi sombre qu'on pourrait le penser.

Présentation de malades. — M. **Merle d'Aubigné**. Rétraction de Volkmann après plaie par balle ayant nécessité la ligature de l'humérale. Grâce à une résection des deux os de l'avant-bras et à un appareil de redressement ingénieux, excellent résultat.

JEAN CALVET.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

22 Juin 1945.

Rejet de calculs biliaires par vomissement au cours d'une colique hépatique. — MM. **Hillemand, Rousseau** et **G. Autin** rapportent l'observation d'une malade qui au cours d'une colique hépatique très violente rejeta par vomissements 3 calculs à facettes. A l'intervention on ne trouve pas trace de fistule. A ce propos les auteurs rappellent les très rares observations antérieurement publiées.

Acropathie ulcéro-mutilante non familiale. Traitement par les infiltrations du sympathique lombaire. — MM. **S. de Sèze** et **A. Fourcade** ont observé chez un homme d'une cinquantaine d'années un cas typique et non familial d'acropathie ulcéro-mutilante, bien caractérisée par : ulcérations trophiques des pieds, résorption osseuse (ostéolyse) portant sur plusieurs phalanges et métatarsiens, aréflexie achilléennes, anesthésie dissociée du type syringomyélique à topographie distale segmentaire. Évolution chronique par poussées successives, manifestations douloureuses associées.

En dehors de son intérêt nosographique général (rapport hypothétique avec la syringomyélie lombo-sacrée et le *status dysraphicus*) cette observation offre une particularité assez remarquable : les clichés successifs montrent, parallèlement à l'aggravation de l'ostéolyse sur divers segments osseux, le développement sur d'autres segments d'un processus de *recalcification* et de reconstruction osseuse allant jusqu'à la reconstitution intégrale d'un segment osseux déjà presque entièrement anéanti par le processus ostéolytique. Ce processus de reconstruction partielle s'est développé parallèlement à un traitement par les infiltrations répétées du sympathique lombaire tandis que l'élément douloureux associé était notablement amélioré. Les infiltrations du sympathique lombaire préparant la résection éventuelle de la chaîne sympathique méritent d'être essayées dans le traitement de l'acropathie ulcéro-mutilante.

— M. **N. Fiessinger** a vu une malade qui présentait une ulcération plantaire par laquelle s'éliminaient des débris osseux. Ces troubles étaient en rapport avec un *spina bifida* qui avait été décelé par Chauffard.

— M. **Pl. Coste.** L'existence d'une lésion du système nerveux central responsable de ces troubles n'est pas douteuse mais n'a pas encore été prouvée par le contrôle anatomique.

Quels sont les rapports avec la polyarthrite ? L'ostéolyse, qui est la caractéristique radiologique de ces acropathies, est très rare dans la polyarthrite. Cependant l'auteur en présente 2 cas indiscutables : l'un au cours d'une polyarthrite chronique évolutive, l'autre apparu chez un malade qui présentait des lésions articulaires au décours d'une crise de rhumatisme articulaire aigu.

Septicémie à pneumocoques avec néphrite aiguë, hyperazotémie. Echec de la pénicilline. — MM. **Marquézy, Diriart,** Mlle **Gueret** et **M. P. Renault** rapportent l'observation d'une septicémie à pneumocoques chez un garçon de 6 ans 1/2 avec hémoculture positive et état général très grave. Trois localisations attirent l'attention : rénale, pulmonaire et articulaire. La néphrite aiguë avec hyperazotémie à 2 *g*. 72 domine le tableau clinique. Le traitement fut commencé au 6ᵉ jour de l'évolution : 12 *g*. de thiazomide en 36 heures et 440.000 unités de pénicilline en 4 jours, plus 40.000 unités intrapleurales en deux fois.

La pénicilline intramusculaire fit disparaître le pneumocoque du sang en moins de 2 jours ; la pénicilline intrapleurale stérilise très vite l'épanchement et atténue très rapidement les signes pleuro-pulmonaires. Par contre, l'atteinte rénale ne fut en rien modifiée et la néphrite continua à évoluer de façon inexorable.

— M. **Lemierre** a constaté un échec de la pénicilline au cours d'une septicémie à pneumocoques. L'hémoculture devint stérile mais on vit apparaître une ophtalmie purulente. Un traitement au Dagénan amena une amélioration mais le malade succomba à une pneumonie double.

Au cours des septicémies à staphylocoques, les complications pulmonaires ne sont guère améliorées par la pénicilline. Lemierre a même vu en cours de traitement apparaître un foyer pulmonaire qui ne réagit pas à la pénicilline.

— M. **Marquézy** insiste sur la valeur de l'association pénicilline-sulfamides. Au cours d'une méningite à streptocoques traitée par la pénicilline le liquide céphalorachidien ne s'éclaircit qu'après emploi conjugué des sulfamides.

Le citrate de soude intraveineux en thérapeutique. — M. **Courbin** (Bordeaux). Les injections intraveineuses répétées de 5 cm^3 de citrate de soude en solution à 20 pour 100 ont été employées par l'auteur sur une vaste échelle avec des résultats favorables dans un grand nombre d'affections vasculaires. Ces résultats sont particulièrement intéressants dans le traitement des accidents cérébraux de l'hypertension artérielle.

Remarques cliniques et étiologiques sur une anémie érythroblastique de l'adulte. — MM. **J. Olmer** et **H. Sarles** (Marseille) ont observé une érythroblastose de l'adulte se caractérisant par la présence dans le sang de 17 érythroblastes pour 200 leucocytes (14 normoblastes et 3 macroblastes) et de 39 pour 100 d'érythroblastes sur les frottis de rate.

La moelle osseuse participait au processus puisqu'on y comptait 40 pour 100 d'érythroblastes. Ils soulignent que ce malade était traité pour un tabes et présentait, en réalité, un syndrome neuro-anémique qui révéla son affection. Ils insistent également sur le fait qu'on retrouvait dans ses antécédents un kala-azar traité et guéri complètement 17 ans auparavant. Si la plupart des auteurs admettent la nature infectieuse de l'érythroblastose, jamais encore, semble-t-il, pareille étiologie n'avait été signalée.

Epithélioma glandulaire bronchique et tuberculose giganto-cellulaire. — MM. **P. Nicaud** et **A. Lafitte**. Un néoplasme du sommet du poumon gauche a évolué d'une façon très torpide et s'est manifesté simplement par quelques hémoptysies et une condensation du lobe supérieur gauche, avec atteinte profonde et rapide de l'état général. Il existait sur la radiographie une opacité assez homogène du tiers supérieur du poumon gauche, avec déviation de la trachée et ascension du diaphragme du même côté. L'examen histo-pathologique a montré l'existence d'un épithélioma de type glandulaire assez limité, constitué par des éléments cavitaires plus ou moins végétants et qui paraissait développé aux dépens des glandes bronchiques ou des canaux excréteurs de ces glandes. Les bronches de voisinage paraissaient intactes. La nappe néoplasique était littéralement encadrée par un tissu homogène, rempli de cellules géantes. Ces cellules étaient en nombre extraordinaire. Le bacille de Koch a pu être découvert dans la nappe et il est très rare de voir un tissu tuberculeux giganto-cellulaire à cellules géantes aussi multipliées.

Les néoplasmes développés aux dépens des glandes bronchiques ont paru aux auteurs plus rares que les cancers de type paramalpighien ou que les cancers dits à « petites cellules ».

Polio-encéphalite curable par sulfamidothérapie. — MM. **P. Nicaud** et **A. Lafitte** ont pu observer, chez une femme de 57 ans, une ophtalmoplégie totale, à début brusque, précédée de quelques troubles visuels et caractérisée par des vertiges intenses. Le premier signe a été un ptosis bilatéral, complet à gauche, partiel à droite ; puis l'ophtalmoplégie est devenue totale, la malade ne pouvant ni élever, ni baisser les yeux, ni regarder à droite, ni regarder à gauche. Il n'y avait pas de troubles pupillaires, pas de troubles du réflexe photo-moteur. L'acuité visuelle était restée normale, ainsi que le fond de l'œil. A droite, l'ophtalmoplégie était presque totale, à gauche persistait une légère action du droit inférieur et du releveur de la paupière supérieure. Tous les examens humoraux sont restés négatifs dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Le traitement anti-infectieux par injection de salicylate de soude et de cyanure de Hg intraveineux n'a donné aucun résultat. Par contre, la sulfamidothérapie, continuée pendant 14 jours, avec une dose totale de 88 *g*. de thiazomide a eu une action curative extrêmement rapide. L'amélioration a été sensible dès le 3ᵉ jour et s'est accélérée avec une très grande rapidité. La guérison a été obtenue en 8 jours.

Ces paralysies des nerfs craniens bien étudiées par R. Garcin et G. Renard, et qui paraissent dues à un virus neurotrope, ont souvent une évolution favorable, mais la sulfamidothérapie, dans ce cas particulier, a provoqué la guérison complète en quelques jours.

— M. **R. Garcin** a observé un cas où une paralysie de tous les nerfs craniens a été suivie de guérison.

— M. **Decourt** remarque qu'il faut discuter le rôle possible du virus zostérien, l'éruption zonateuse pouvant être extrêmement latente.

J. FAUVET.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

23 Juin 1945.

Les troubles de l'excitabilité neuro-musculaire dans l'intoxicaton saturnine chronique expérimentale et leur suppression par l'hyposulfite de soude. — MM. **Léon Binet, P. Chauchard** et **L. Pérel** dressent le tableau chronaximétrique de l'intoxication saturnine chronique et le comparent à celui de l'intoxication aiguë. Dans les deux cas l'action porte primitivement sur les centres nerveux. Alors que l'effet curateur de l'aneurine est faible et transitoire, celui de l'hyposulfite de soude supprime les troubles ou les prévient.

Les vitamines à action nerveuse antagoniste de celle de la thyroxine. — M. **P. Chauchard** et Mme **H. Mazoué** montrent que l'antagonisme entre les actions nerveuses de la thyroxine et de l'aneurine se retrouve avec la riboflavine, l'amide nicotinique, l'acide pantothénique et l'acide ascorbique, mais pas avec les vitamines A et D, l'adénine ou le glutathion qui n'empêchent pas l'action de la thyroxine sur les chronaxies nerveuses.

Action des injections intraveineuses de vitamines sur la réserve alcaline. — M. **Raoul Lecoq** apporte une nouvelle contribution à l'étude des substances agissant sur la réserve alcaline. Alors que l'injection intraveineuse des vitamines C et D se montre sans action appréciable sur la réserve alcaline du lapin, les vitamines du groupe B introduites par la même voie exercent, quand elles sont complétées par addition d'acide pantothénique et seulement dans ce cas, une action alcalinisante très nette.

Virus rabique fixe et corps de Négri. — M. **C. Levaditi** a appliqué au virus fixe la méthode récemment décrite pour la mise en évidence des corps de Négri dans la rage à virus des rues. Les recherches ont montré que la conception suivant laquelle le virus fixe serait totalement dépourvu de négrigénèse, devra être révisée. En effet, il suffit de s'adresser à un procédé de coloration plus perfectionné pour constater que, du point de vue négrigénétique, seules des différences de degré séparent le virus des rues de sa mutante, le virus fixe.

Réaction de Kline, avantages, modifications de la technique originelle, stablisation de la suspension antigénique. — M. **R. Laporte** et Mme **Hardré de Looze** mettent en évidence l'absence d'inhibition, par excès de positivité des sérums, de la réaction de Kline utilisée pour le diagnostic sérologique de la syphilis. Cette réaction habituellement effectuée sur lame et lue ensuite

LA PRESSE MÉDICALE

120, Boulevard Saint-Germain — PARIS (6e)

La répartition des Internes et des Externes des Hôpitaux de Paris n'étant pas encore prévue, ce tableau ne donne, exceptionnellement, *que les noms des Chefs de services, Assistants, Attachés, Chefs de cliniques, Chefs de laboratoires.*

Hôpital AMBROISE-PARÉ-BOILEAU

82, rue de Saint-Cloud, à Boulogne-sur-Seine
Transféré: 12, rue Boileau, Paris.
Tél.: AUTeuil 80-84.
Directeur: M. L. Riou.

Médecins :

M. Célice.
Assistant: M. André Grossiord.
Attaché médical: M. J. Gournay.

M. Clément Launay.
Assistant: M. Pierre Gabriel.

M. Péron.
Attachée médicale: Mlle Marcelle Barnaud.

Chirurgien :

M. Sauvé.
Assistant: M. Meillère.

Consultation de médecine : M. Albeaux-Fernet.
Assistant: M. Lajouanine.

Consultation de chirurgie : M. Sauvé.
Assistant: M. Bretégnier.

Consultation d'oto-rhino-laryngologie :
M. Loiseau.
Attaché: M. Guiller.
Attaché adjoint: M. Raboin.

Electro-Radiologie : M. Détré, *Chef du service central.* — *Assistant:* M. Falcoz.
Pharmacien : Prof. Régnier.

Clinique d'accouchement BAUDELOCQUE

125, boulevard de Port-Royal. Tél. :ODEon 24-90.
Directrice: Mme Gobert.

Gynécologue-Accoucheur :

Clinique obstétricale : Prof. Lévy-Solal.
Assistant: M. Morin.
Chef de clinique: M. Hanon.
Chef de laboratoire: M. Giraud.
Attachée médicale: Mme Debain.

Electro-Radiologie : M. Jacques Busy, *Chef du service.*
Pharmacien : Prof. Bach.

Hôpital BEAUJON (Clichy)

Boul. de Lorraine, à Clichy. — Tél.: PEReire 57-99.
(Réquisitionné.)
Directeur: M. Vincent.

Pharmacien : Prof. Valette.

Hospice de BICÊTRE

78, rue du Kremlin, à Bicêtre. — Tél.: ITAlie 35-30.
Directeur: M. Le Brigand.

Médecins :

M. R. Moreau.
Assistant: M. René Cler.
Chef de laboratoire: M. R. Nativelle.

M. Lemaire.
Assistant: M. Jean Catinat.

M. Boudin (*faisant fonction*).
Assistant: M. N...

Service de chroniques : M. Faulong (faisant fonction).

Service de désencombrement : M. R. Moreau.
Assistant: M.

Service de galeux : M. Boudin.

Service d'aliénés : M. Delay.
Attachés médicaux: MM. Durand et Vidart.

Chirurgien :

M. Toupet.
Assistant: M. Alain Mouchet.

Service temporaire chirurgical : M. Toupet.

Consultation de médecine : M. R. Moreau.

Consultation de chirurgie : M. Toupet.
Attaché: M. Orsoni.

Consult. d'ophtalmologie (Malades hospitalisés):
M. André Hudelo.
Attaché: M. L. Maussion.

Consultation d'oto-rhino-laryngologie
(Malades hospitalisés.)
M. Bourdial.
Attaché: M. J.-M. Lefebvre.

Consultation de stomatologie : M. Houzeau.

Electro-Radiologie : M. Truchot, *Chef du service central.* — *Chef adjoint:* M. Cassan (*faisant fonction*).
Pharmacien : M. Poirot.

Hôpital BICHAT.

Boulevard Ney. — Tél.: MARcadet 75-30.
Directeur: M. Coupez.

Médecins :

Clinique médicale :
Professeur Pasteur Vallery-Radot.
Assistant: M. André Domart.
Chefs de clinique: MM. Loeper, Dreyfus, Mme Robbes, Richet.
Chefs de laboratoire: MM. Maurie, Bousser, Tabone, Wattez, Mme Holtzer, M. Domart.

M. Gautier.
Assistant: M. Seidmann.

M. Faroy.
Assistant: M. Jean Arnous.

M. A. Ravina.
Assistant: M. Drognet.

Service de tuberculeux et centre de triage:
M. Paraf.
Assistants: MM. Calamy, Pigeon, Mlle Laulmann.
Attachés: M. Vibert, Mlle Lécuyer (*faisant fonction*).

Chirurgiens :

Professeur: Petit-Dutaillis.
Assistant : M. Pierre Guénin.

M. Charrier.
Assistant: M. Chigot.
Attachés de consultation: Mme Wechsler, M. Piquet.

M. Ameline.
Assistant: M. Th. Gibert.

Gynécologue-Accoucheur :

M. Desnoyers.
Assistants: Mme Fayot-Petitmaire, M. Dardanne.
Assistant de syphiligraphie: M. P. Lefèvre.
Assistants de puériculture: MM. Bohn, Ripault, Péchenard.

Ophtalmologiste :

M. Prélat.
Attaché: M. Sénéchal.
Attachés de consultation: MM. Bursaux, Moussier.

Oto-rhino-laryngologiste :

M. Maurice Aubry.
Assistant: M. Leroux-Robert.
Assistant de consultation: M. Bernardini.

Consultation de médecine : M. Bousser.
Attachée: Mlle Huguet.

Consultation de chirurgie: M. Boudreaux.
Attaché chirurgical: M. Walther.

Consultation de stomatologie : M. Fleury.
Adjoint: M. Bornet.
Attaché: M. Mesnard.

Laboratoire de bactériologie de secteur :
M. Mauric.
Attachés: MM. A. Durupt et Jean Martin.

Policlinique du boulevard Ney.

Consultation de médecine infantile :
M. H. Grenet.
Attachée: Mlle Bonnenfant.

Consultation d'oto-rhino-laryngologie :
M. Aubry.
Attaché de consultation: M. Oudot.

Consultation de stomatologie : M. Fleury.
Attaché: M. Mesnard.

Electro-Radiologie : *Chef du service central:* M. Pierre Lehmann. — *Chefs adjoints:* Mme B. Tedesco (*faisant fonction*), M. Huant (*faisant fonction*). — *Attachés:* MM. Wattez, Vienne (*faisant fonction*), Guéret (*faisant fonction*), Guillemot (*faisant fonction*), Sauvegrain (*faisant fonction*), de la Beausserie (*faisant fonction*).
Pharmacien : M. David. — *Chef de laboratoire de Chimie biologique:* M. German.

Hôpital BOUCICAUT.

78, rue de la Convention. — Tél.: VAUgirard 26-11.
Directeur: M. Vatier.

Médecins :

M. R. Even.
Attaché: M. Bucquoy.

M. Weissmann-Netter.
Assistant: M. R. Lévy.

Centre de phtisiologie : M. Even.
Attachés: MM. Damon, Lecœur.

Chirurgien :

M. Guimbellot.
Assisant: M. G. Seillé.

Gynécologue-Accoucheur :

M. Ecalle.
Assistants: MM. Suzor, Bidoire.

Oto-rhino-laryngologiste :

M. A. Moulonguet.
Assistant: M. Giraud.
Attaché de consultation: M. E. Orliac.

Consultation de médecine : M. Moussoir.
Attaché: M. Katchoura.

Consultation de chirurgie : M. Guimbellot.
Attaché de consultation: M. Roger Petit.
Assistant: M. G. Seillé.

Consultation de stomatologie :
Mme Papillon-Léage.

Laboratoire de bactériologie de secteur :
M. J.-L. Parrot.

Consultation de dermato-vénéréologie du soir : M. Weissenbach. — *Assistants:* MM. Bouwens, Le Baron.

Electro-Radiologie : M. Marchand, *Chef de service central.* — *Adjoint:* M. Blanche (*faisant fonction*). — *Assistant:* M. Quivy.
Pharmacien : Prof. Valette.

Hôpital BRETONNEAU.

2, rue Carpeaux. — Tél.: MARcadet 02-78.
Directrice: Mme Benoist.

Médecins :

M. Janet.
Attaché médical: Mme Aupinel.

M. R. Turpin.
Assistant: M. P. Chassagne.
Attachés médicaux: Mlle Marie-Suzanne Tisserand, M. Duchène.

Chirurgien :

M. Boppe.
Attaché chirurgical: M. Ch. Garnier.
Attaché d'orthopédie: M. Niel.
Attaché de consultation: M. Sabourin.

Gynécologue-Accoucheur :

M. Sureau.
Assistants: MM. Robey, Job.
Attaché de gynécologie: M. François.
Consultation de nourrissons: Mlle Wetzlar.

Consultation de médecine infantile :
Mme Roudinesco.
Attaché: Mlle Papaioannou.

Consultation d'oto-rhino-laryngologie :
M. Lallemant.
Attachés: MM. Roulin, Daudier.

Consultation de stomatologie : M. Caunépé.

Electro-Radiologie : M. Ordioni, *Chef du service central.* — *Adjoint:* M. Huant (*faisant fonction*).
Pharmacien : M. A. Goris.

Hospice de BRÉVANNES.

Limeil-Brévannes (Seine-et-Oise). Téléphone 0-11 à Boissy-Saint-Léger.
Directeur: M. Poujoulas.
(Tub. pulm. et mixtes: adultes et enfants).

Médecins :

M. Chauveau (*f. f.*).
Adjoint (Chirurgie): M. Delahaye.
Assistants médicaux: Mme Boquet, Mlle Poidevin, MM. Thiel, Lerond, Barrier, Galland, Le Naour.

M. Maurice Renaud.
Assistants: M. Casalta, Mme Lesueur, MM. Berger, Delatre (*faisant fonction*).

Consultation d'oto-rhino-laryngologie : (Malades hospitalisés): M. Granet.

Consultation de stomatologie : M. R. Marie.
Attachés: MM. Frak et Sarrabère.

Pharmacien : M. Moreau.

Hôpital BROCA.

111, rue Broca. — Tél.: GOBelins 48-20.
Directeur: M. Weitz.

Chirurgien :

Clinique gynécologique :
Professeur Mocquot.
Assistant: M. G. Cordier.
Chef de travaux de gynécologie: M. Palmer.
Chef de clinique: M. Musset.
Chef de laboratoire: M. Moricard.
Monitrice: Mlle Gothié.

Service chronique de chirurgie :
Professeur Mocquot.

Consultation de dermato-vénéréologie :
M. Degos.
Attachés: MM. Delort, Delzant.
Chef de laboratoire: M. Garnier.

Electro-Radiologie : M. Stuhl. *Chef du service central.* — *Assistant:* M. Pulsford. — *Attaché:* M. Bonan.
Pharmacien : M. Delsart.

Hôpital BROUSSAIS-LA CHARITÉ

96, rue Didot.
Tél.: VAUgirard 13-27, 37-62 et 37-63.
Directeur: M. André Ranson.

Médecins :

Clinique médicale propédeutique :
(Tél. Vaugirard 72-49.)
Professeur: M. Maurice Villaret.
Assistants: Prof. L. Justin-Besançon et Prof. agrégé R. Cachera.
Attaché médical: M. Fr. Moutier.
Chefs de clinique: MM. Bellin, Cornet, Paillas, Mme Teyssier, Mlle Lotte.
Chefs de laboratoire: MM. Cachera, Barbier, Brunet, Mouton, Lefèvre.

Clinique cardiologique :
Prof. Donzelot.
Assistant: M. Pierre Bardin.
Chefs de clinique: MM. Hardel, Perrier, Meyer-Heine, Sikorav.
Chefs de laboratoire: MM. Heim de Balsac et Escalle.

Ancienne clinique médicale : M. N...
M. Cachera, agrégé, chargé d'Enseignement.

M. Chevallier.
Attaché: M. Marcel Colin.

Chirurgiens :

M. Basset.
Assistant: M. Jacques Coldefy.

M. de Gaudart d'Allaines.
Assistant: M. Jean Patel.

Oto-rhino-laryngologiste :

M. Aubin.
Attaché: M. Clerc.
Attaché de consultation: M. Vernede.
Adjoint: M. Roddier.

Consultation de médecine :
Professeur L. Justin-Besançon.
Assistant: M. Rubens-Duval.

Consultation de chirurgie : M. Bréchot.
Attaché: M. Lackmann.

Consultation de stomatologie : M. Crocquefer.

Electro-Radiologie : M. Thoyer-Rozat, *Chef du service central.* — *Chefs adjoints:* MM. N... et Perroy (*faisant fonction*). — *Assistants et attachés:* MM. Bellin, Mathis, Tassel (*faisant fonction*), N..., Cipriani (*faisant fonction*).
Pharmacien : M. Guillot. — *Chef de laboratoire de Chimie biologique:* M. H. Renault.

Hôpital temp. ANTOINE-CHANTIN.

33, rue Antoine-Chantin.
Tél.: VAUgirard 18-22.
Directeur: M. Riethmuller.

Chirurgien :

M. Oberlin.
Assistant: M. Cl. Rouvillois.
Chef de laboratoire: M. Bulliard.

Electro-Radiologie : *Assistant:* M. Méry.
Pharmacien : M. Guillot.

Hôpital temporaire de la CITÉ UNIVERSITAIRE. (Fondation Deutsch de la Meurthe)

37, boulevard Jourdan, Paris (14e).
Tél.: GOBelins 27-76.
Directrice: Mme Guillon.

Médecins :

(Pavillon Gréard): M. Soulié.
Assistant: M. Yves Bouvrain.

(Pavillons Gréard et Curie): M. S. de Sèze.
Assistant: M. Paul Ordonneau.

(Pavillon Curie): M. Lenègre.
Assistants: MM. André Mathivat et Henri Chevalier.

Maladies des Enfants:
(Pavillon Liard: Médecine Infantile).
(Pavillon Appel: Contagieux).
M. Fernand Benoist (*faisant fonction*).
Assistant: M. Maurice Raynaud.

Consultation d'oto-rhino-laryngologie :
M. Meunier.

Electro-Radiologie : *Chef du service central:* M. R. Delapchier. — *Attaché:* M. N...
Pharmacien : M. Harlay.

Hôpital CLAUDE-BERNARD.

Porte d'Aubervilliers. — Tél.: NORd 11-03.
Directrice: Mlle Dapon.

Médecins :

Clinique maladies infectieuses : **Prof. Lemierre.**
Attaché médical: **M. Marcel Morin.**
Chefs de clinique:
M. Jacquot, Mlle Corre, MM. Audry, Milliez.
Chef de laboratoire: M. Reilly.

M. A. LAPORTE.
Assistant: M. André Jacquot.

Consutation d'oto-rhino-laryngologie :
M. Jean LEROUX-ROBERT.

Laboratoire de bactériologie de secteur :
M. REILLY.

Radiologie : M. LIQUIER.
Pharmacien : M. COLOMBET.

Hôpital COCHIN.

27, faubourg Saint-Jacques. — Tél.: ODEon 25-90
Directrice : Mme Daricaud.

Médecins :

Clinique médicale : Prof. HARVIER.
Assistants: M. Jean Antonelli.
Chefs de clinique: Mme Pécher, MM. Bach, Brault, Rouault.
Chefs de laboratoire: MM. de Traverse, Lavergne, Sarrazin, Thiébault, Barreau.

M. F. COSTE.
Attachés: MM. Marceron et Boyer.
Chef de laboratoire : Mlle Tissier.

Service de tuberculeux : M. AMEUILLE.
Attachés: MM. Lemoine, Hinault, Kudelski, Fauvet.
Chef de laboratoire: Mme Dubois-Verlière.

Chirurgiens :

Clinique chirurgicale : Prof. QUÉNU.
Assistants: MM. G. Menegaux, Cauchoix, B. Laseaux.
Chefs de clinique: MM. Ronsin, Fénelon, Marzet.
Chefs de laboratoire: MM. Perrot, Lempérière.
Attachée de radiologie: Mlle Brou (f. f.).

Clinique de chirurgie orthopédique :
Prof. MATHIEU.
Assistant: M. P. Padovani.
Chefs de clinique: MM. Raynaud, Etienne, Verstraete.
Assistant d'orthopédie: M. Lance.
Chef de laboratoire: M. Champeau.
Attaché de radiologie: M. R. Busy.

Clinique urologique : Professeur FEY.
Assistants: MM. R. Couvelaire, agrégé, et Dossot.
Chefs de clinique: MM. Compagnon, Magder.
Chefs de laboratoire: M. Ferrier, Mlle Lebert, M. Busser.
Assistant de radiologie: M. Degand.

Oto-rhino-laryngologiste :
M. Louis LEROUX.
Adjoint: M. Lemoyne.
Attachés: MM. Chevallier, Galland.

Consultation de médecine : M. POLLET.

Consultation de chirurgie : Prof. QUÉNU.
Asssistant: M. Georges Menegaux.

Consultation d'ophtalmologie : M. DOLLFUS.
Attaché: M. Man.

Consultation de stomatologie : M. LATTÈS.
Adjoint: M. Vrasse.

Consultation de maladies rhumatismales (lundi et jeudi, à 10 h.) : M. F. COSTE.

Laboratoire de bactériologie de secteur (centre de sérodiagnostic de la syphilis) : M. DEMANCHE.

Consultation antivénérienne du soir :
M. F. COSTE (mardi, jeudi, vendredi).

Electro-Radiologie : M. DARIAUX, *Chef du service central.* — *Chef adjoint:* M. Monmignault. — *Assistants:* MM. Dubois, Degand, Buhler, R. Busy, Barreau, Noix. — *Attachés:* MM. Watez (*faisant fonction*) et Richard (*faisant fonction*).
Pharmacien : Prof. BACH.

Hospice ALQUIER-DEBROUSSE.

148-150, rue de Bagnolet. — Tél. : ROQuette 04-06.
Directeur : M. Richel.

Médecin : M. GROSSIORD.

Pharmacien : M. CHEYMOL.

ENFANTS-MALADES.

(v. *Groupe hospitalier NECKER-ENFANTS-MALADES*).

Hôpital HÉROLD.

5, place du Danuble. — Tél. : NORd 01-96 et 00-28.
Directeur : M. Franc.

Médecins :

M. Robert CLÉMENT.
Assistant: M. Gerbeaux.

M. Julien MARIE.
Assistant: M. Philippe Seringe.

Consultation de médecine infantile: M. LAPLANE.
Assistante: Mlle Œhmichen.

Consultation d'ophtalmologie: M. DESVIGNES.

Consultation d'oto-rhino-laryngologie :
M. R. BOURGEOIS.
Attaché: M. G. Franck.

Consultation de stomatologie : M. LAMBERT.

Electro-Radiologie : M. DUBOST, *Chef du service.*
Pharmacien : M.M. GIRARD.

HOTEL-DIEU.

Parvis Notre-Dame. Tél.: ODEon 25-71 et 72.
Directeur : M. Pernot.

Médecins :

Clinique médicale : Prof. Noël FIESSINGER.
Assistant: M. Aussanaire.
Chef de clinique: M. Deprez.
Chefs de laboratoire:
MM. Glomaud, Dognon, Merklen, Mme Laur, M. Lietard, Mlle Simonot, M. Gajdos.
Moniteur: M. J. Fauvet.

Prof. Henri BÉNARD.
Assistant: M. André Rambert.

M. BARIÉTY.
Assistants: MM. M. Cord, A. Hanaut, R. Lesobre.

M. Raymond GARCIN.
Assistant: M. Marcel Kipfer.

M. NICAUD.
Assistant: M. Abel Lafitte.

Centre de triage : M. BARIÉTY.

Chirurgien :

Clinique chirurgicale : Prof. BROCQ.
Assistants: MM. R. Gueullette, J. Gosset et J.-C. Rudler.

Chefs de clinique:
MM. Germain, Eudel, Gandrille.
Chefs de laboratoire:
MM. Feyel, Vieillefosse.

Centre de traitement des tumeurs :
Prof. BROCQ.
Chef du service de Rœntgenthérapie et Curiethérpie: M. Nadal.
Assistant: M. Taillefer.

Gynécologue-Accoucheur :

M. CLEISZ.
Assistant: M. Jules Bret.
Chef de laboratoire: Mme Baumann.

Ophtalmologiste :
Clinique ophtalmologique : Prof. VELTER.
Assistant: M. Desvignes.
Assistant de consultation: M. Joseph.
Attaché du service de réfraction: M. Moussette.
Attaché de consultation: M. Prudhommeaux.
Chefs de clinique: MM. Sénéchal, Boudon, Blancart.
Moniteur: M. Vidal.
Chef de laboratoire: M. Offret.
Assistants étrangers: Mme Suzanne Corvez, M. Djafar.

Consultation de médecine : M. DÉROT.
Attachés: MM. L. Lafourcade, J. Lefort.

Consultation de chirurgie : Prof. BROCQ.
Assistant: M. Poilleux.

Consultation de stomatologie : M. RAISON.
Adjoint: M. Friez.
Assistant: M. Corbeil.

Electro-Radiologie : M. Marcel JOLY, *Chef du service central.*
Radiodiagnostic: *Chefs adjoints:* MM. Lagarenne et Prunel. — *Attaché:* M. Albert.
Physiothérapie et Hydrothérapie: *Chefs adjoints:* MM. Gauillard et Hanoune. — *Assistants:* Mme Delaplace, MM. Arraud et Azoulay.
Pharmacien : Prof. R. HAZARD. — *Chef de Laboratoire de Chimie biologique:* M. Morel.

Hospice D'IVRY.

Avenue de la République, Ivry (Seine).
Tél. : ITAlie 21-08.
Directeur : M. Basson.

Médecin :

M. PERRAULT (*faisant fonction*).
Assistant: M. J.-B. Bouvier.

Chroniques et Admissions : M. PERRAULT.

Service temporaire de désencombrement :
M. PERRAULT.

Chirurgien :

M. WELTI.
Assistant médical: M. Landolt.

Service temporaire chronique de chirurgie :
M. WELTI.

Consultation d'oto-rhino-laryngologie
(Malades hospitalisés).
Attaché: M. Raboin.

Consultation de stomatologie :
(Malades hospitalisés).
Attaché: M. Govaerts.

Electro-Radiologie : M. COBET, *Chef du service central.* — *Chef adjoint:* M. Deille (*faisant fonction*).
Pharmacien : M. MOREAU (*faisant fonction*).

Hôpital LAENNEC.

42, rue de Sèvres. — Tél.: LITtré 87-45 et 46.
Directeur: M. Ringuet.

Médecins :

Clinique de la tuberculose (Tél.: LITtré 77-16).
Prof. Troisier.
Assistant: M. Brouet.
Chefs de clinique: MM. Tulou, Bourdin, Duret, Lefebvre.
Chefs de laboratoire: MM. Bariéty, Harispe, Mlle Kohler.

M. P. Pruvost.
Attachés: Mme Blanchy-Roux-Berger, Mlle Aubin, MM. Teyssier, Brincourt, Hautefeuille, Depierre.
Chef de laboratoire: M. Mabileau.

M. Léchelle.
Attaché médical: M. S. Vialard.

M. R. A. Gutmann.
Attaché médical: M. R. Dupuy.

M. René Bénard.
Attaché médical: M. Royer de Véricourt.

Service de la Crèche : Prof. Troisier.
Assistant: M. Le Melletier.

Dispensaire Léon-Bourgeois : Prof. Troisier.
Assistants: MM. Herrenschmidt, Brissaud.
Attachés: MM. Chadourne et Nico.
Chef de laboratoire: M. Brocard.

M. Pruvost.
Attachés: Mme Blanchy-Roux-Berger, Mlle Aubin, MM. Hautefeuille, Brincourt, Teyssier, Depierre.
Chef de laboratoire: M. Mabileau.

Chirurgiens :

M. Robert Monod.
Assistants chirurg.: MM. Beuzart et Olivier Monod.
Assistant médical: M. Azoulay.

M. Raoul Monod.
Assistants: MM. Gérard-Marchant, Vuillième.

Ophtalmologiste :

M. Parfonry.
Attaché: M. Després.
Attaché de consultation: M. R. Boelle.
Attaché adjoint: Mlle Valroff.

Oto-rhino-laryngologiste :

M. Ramadier.
Assistant: M. Maspétiol.
Attaché adjoint: M. Eyriès.
Attaché (Dispensaire Léon-Bourgeois): M. Soulas.
Attaché de consultation: M. Ebstein.
Adjoint: M. Reich.

Consultation de médecine : M. Guy Albot.
Attaché médical: M. Blanchon.

Consultation de chirurgie : M. Raoul Monod.
Assistant : M. Gérard-Marchant.

Consultation de stomatologie : M. Dargissac.
Adjoints: MM. Maleplate, Malingre (Ass. f. f.).

Consultation antivénérienne du soir
(Lundi et Jeudi 18 h. 30):
M. Touraine.
Assistant: M. Duperrat. — *Attaché:* M. Golé.

Electro-Radiologie : M. Aimé, *Chef du service central.* — *Chef adjoint:* M. Hélie (*faisant fonction*). — *Assistant:* M. Angammarre. — *Attachés:* MM. Dramez, Cernés, Denis.
Pharmacien : Professeur Picon.

Hôpital LARIBOISIÈRE.

2, rue Ambroise-Paré.
Directeur : M. Cours.

Cet établissement vient d'être remis à la disposition de l'Assistance publique.

Maison de retraite DE LA ROCHEFOUCAULD.

15, avenue d'Orléans. — Tél.: GOBelius 25-53.
Directeur: M. Lalande.

Médecin : M. N...
Attaché: M. Kudelski.

Institution SAINTE-PÉRINE. Maison de retr. CHARDON-LAGACHE et Fondation ROSSINI.

11, rue Chardon-Lagache. — Tél.: AUTeuil 02-47.
Directrice: Mme Cotty.

Médecin :

M. R. Cachera.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ

200, faubourg Saint-Denis. — Tél.: NORd 16-07.
Directeur: M. Pillu.

Médecin :

Mme Bertrand-Fontaine.
Attaché: M. Boris-Goutner.

Chirurgien :

M. Longuet.
Attaché chirurgical: M. Jean Bénassy.

Consultation de médecine : M. R. Fauvert.

Consultation de chirurgie : M. Longuet.
Attaché: M. Blondin-Walter.

Electro-Radiologie : M. Peuteuil, *Chef de service.* — *Attaché:* M. N...
Pharmacien : M. Courtois.

Poste de Secours. FONDATION MARMOTTAN.

19, rue d'Armaillé. — Tél.: ETOile 44-79.
Directeur: M. Barras.

Chirurgien :

M. Banzet.
Assistants: MM. Adam, Debeyre (*résidents*).
Assistants adjoints: MM. Beuzart, Lance.

Radiologie : *Chef-adjoint* : M. Dupouy (*faisant fonction*).
Pharmacien : M. A. Goris.

Hôpital de la MATERNITÉ.

123, boul. de Port-Royal. — Tél.: ODEon 04-18.
Directrice: Mme Daricaud.

Gynécologue-Accoucheur :

Clinique obstétricale :
Professeur Portes.
Assistants: MM. F. Lepage, M. Mayer.
Attaché de puériculture: M. Chabrun.
Attaché de syphiligraphie: M. Girand.
Chef de clinique: M. Thoyer-Rozat.
Chef de laboratoire : M. Varangot.

Pharmacien : Prof. Bach.

Hospice des MÉNAGES (Issy).

Tél.: MIChelet 35-50 et 35-59.
Directeur: M. Hamon.

Médecin :

M. Layani.
Attachés médicaux: M. André Aubin, Mlle Blanchier.
Service de désencombrement :
M. Layani.
Attaché: M. Aschkenasy.

Chirurgien :

M. Gatellier.
Assistant: M. Chastang.
Attachée de consultation: Mme Briand-Garfield.

Oto-rhino-laryngologiste :
M. Remy-Néris.

Consultation d'ophtalmologie : M. Desvignes.

Electro-Radiologie : M. Brunet. — *Assistant:* M. Pioux (*faisant fonction*).
Pharmacien : M. Delauney.

Groupe hospitalier. NECKER, ENFANTS-MALADES.

Directeur: M. Tisnès.

Hôpital Necker.

151, rue de Sèvres. — Tél. SEGur 07-25.

Médecins :

Professeur Léon Binet.
Assistant: M. Michel Conte.

Prof. Ch. Richet.
Attaché médical: M. G.-L. Lesueur.

M. Maurice Debray.
Attachée médicale: Mlle M. Provendier.

M. A. Jacquelin.
Assistant: M. J. Turiaf.

Chirurgiens :

M. Gouverneur.
Adjoint: M. P. Aboulker.
Assistant: M. A. Dufour.
Attachés de consultation: MM. Jaupitre, Giard.

M. Huet.
Assistant: M. César Nardi.

M. J. Berger.
Assistant: M. Jacques Mialaret.

Centre de traitement des tumeurs :
M. J. Berger.
Chef du service de Rœntgenthérapie et Curiethérapie: M. Robert Colifz.
Assistant: M. Mion.
Attaché: M. Loiseau.

Consultation de médecine : M. Lambling.
Attaché: M. J. Soullard.

Consultation de chirurgie : M. G. Küss.
Attaché: M. Fayot.

Electro-Radiologie : M. Gilson, *Chef du service central.* — *Assistant:* M. Hickel. — *Attachés* Mme Gaucher, M. Roger Lamy.

Enfants-Malades.

149, rue de Sèvres. — Tél.: SEGur 92-85.

Médecins :

Clinique médicale infantile :
Professeur Robert Debré.

Assistants: MM. St. Thieffry et R. Mande.
Chefs de clinique: MM. Mozziconacci, Grenet, J. Nouaille, Mlle Grumbach.
Chef de laboratoire: M. Costil.
Moniteurs: Mmes Couchond, Fauvert.

M. Heuyer.
Attaché médical: Mme Andrée Dauphin.

M. Julien Huber.
Attaché médical: M. Jacques Florand.

M. Chevalley.
Attaché médical: M. Henri Le Loc'h.

M. Maurice Lamy.
Attachées médicales: Mlles M.-L. Jammet et Pauliac.

Sélection : M. Kaplan.

Crèche : M. Chevalley.

Service temporaire (Poliomyélite): Professeur Robert Debré.

Centre de vaccination antidiphtérique :
M. Laffaille.
Monitrice: Mlle Pauliac.

Chirurgien :

Clinique chirurgicale infantile :
Professeur Jacques Leveuf.
Assistant de chirugie: M. Gabriel Laurence.
Attaché d'orthopédie: M. Pierre Bertrand.
Chefs de clinique:
MM. Pointeau, Aupinel, Debost, Leroy.
Chef de laboratoire: M. Cartier.

Service médical Antony : Professeur Leveuf.

Consultation médicale infantile : M. Kaplan.

Laboratoire général de bactériologie :
M. L. Girard.

Electro-Radiologie : *Chef du service central:* M. Lomon. — *Chef adjoint:* Mme C. Cremer. — *Assistants:* MM. Lerique, Remond, Mignon.

Groupe hospitalier.

Ophtalmologiste :
M. Monbrun.
Adjoint: M. P. Morax.
Attachés: MM. Ducroix, Deschamps, Masson, Le Nail et Pavy.

Oto-rhino-laryngologiste :
M. Le Mée.
Adjoint: M. J. Richier. — *Assistant:* M. J. Zhâ.
Attaché: M. Tran-Hun-Tuoc.
Attachés de consultation:
MM. H. Devaux, S. Mazarakis.
Attaché au service des nourrissons:
M. J.-P. Delormeau.
Attaché de bronchoscopie: M. A. Soulas.
Attachée de radiologie: Mme J. Evrard.

Consultation de stomatologie : M. Gornouec.
Adjoint: M. Lepoivre.
Assistante: Mme Cernéa.

Pharmacien: Professeur R. Fabre. — *Chef de laboratoire de Chimie biologique:* M. A. Fabre.

Hôpital temporaire PICCINI.

6, rue Piccini, Paris (16e). — Tél. KLEber 61-61.
Directeur: M. Tissier.

Médecin :
M. de Gennes.
Assistant: M. Daniel Mahoudeau.

Oto-rhino-laryngologiste :

Clinique Oto-rhino-laryngologique :
Professeur Lemaitre.
Assistant: M. Gaston.
Chefs de clinique: MM. Bouche, Joinville, Henrot.
Chefs de laboratoire: MM. Ardoin, Tarneaud (Phoniatrie), Rachet (Maxillo-Faciale).
Attachés de consultation: MM. Chaillonet, Moulin.
Moniteurs: MM. Rancoule, Durand.

Electro-Radiologie : M. Frain. — *Attaché:* M. Lenoir (*faisant fonction*).
Pharmacien : M. A. Goris.

Hôpital de la PITIÉ.

20, rue Jenner.
Directeur: M. P. Chatelain.

Etablissement en partie réquisitionné.

Médecin :

Clinique de neuro-chirurgie :
(Bâtiments de la Maternité). Tél. Gob. 23-48.
Professeur Cl. Vincent.
Attaché médical: M. Fr. Thiebault.
Attaché de neuro-chirurgie: M. Jacques Le Beau.
Attaché militaire: M. Klein.
Chefs de clinique: MM. Guiot, Feld, Trotot.
Chef de laboratoire: M. Berdet.
Moniteurs: MM. Klein, Thiebaut.

Pharmacien : M. Piette.

Hôpital RAYMOND-POINCARÉ (Garches).

104, boul. Raymond-Poincaré, à Garches (S.-et-O.).
Tél.: MOLitor 56-14.
Administrateur: M. Boyet.

Etablissement réquisitionné.
Transféré à l'Hôpital Foch, à Suresnes.

Hôpital temporaire POINCARÉ-FOCH (Suresnes).

Suresnes (Seine). — Tél.; LONgchamp 18-00.
Directeur: M. Brelet.

Médecins :
M. L. Rouquès.
Assistant: M. Pautrat.

M. Kourilsky.
Assistants: M. Jean Regaud, Mme Kourilsky, MM. Fourestier et Couland.

Chirurgien :
M. André Richard.
Assistant: M. Allard.
Assistant d'orthopédie: M. Girel.
Chef de laboratoire: M. Etévé.
Attachés médicaux: Mlle Roussy, M. Benoit.

Consultation d'ophtalmologie (Mal. hospitalisés):
M. Voisin.

Consultation d'oto-rhino-laryngologie (Malades hospitalisés): M. Debain.

Consultation de stomatologie (Mal. hospitalisés): Mme Chaput.

Electro-Radiologie : M. Humbert, *Chef du Service central.* — *Assistant:* M. de Rudelle.
Pharmacien : *Assistant:* M. Picat.

Hôpital SAINT-ANTOINE.

184, rue du Faub.-St-Antoine.— Tél.: DIDerot 09-93.
Directeur: M. Acquaviva.

Médecins :

Clinique thérapeutique médicale :
Professeur Loeper.
Assistant: M. A. Varay.
Chefs de clinique: MM. Vignalou, Le Sourd, Vermenouze.
Chefs de laboratoire: MM. J. Cottet, Lesure (*Chimie générale*), Mme David (*Electrocardiographie*).
Assistant de radiologie: M. Ordioni.
Attaché de gastroscopie: M. Buneau.
Institut de thérapeutique: M. Mallarmé.

Clinique médicale :
Professeur Chabrol.
Chefs de clinique: MM. Pergola et Blanchon.
Assistant: M. Marcel Cachin.

M. M.-P. Weill.
Assistante: Mlle Montalent.

M. Decourt.
Assistant: M. Jean Guillemin.

M. Boulin.
Assistants: MM. Henri Bour et Uhry.

M. Mouquin.
Assistant: M. Claude Macrez.

Service de tuberculeux : M. Jacob.
Attachée: Mme Cans.

Centre de triage : M. Jacob.
Attachés: Mlle Scherrer, Mme Langle, M. Fouris.

Transfusion sanguine (53, boulevard Diderot. Tél.: DORian 47-28).
M. Tzanck.
Assistant: M. André.

Chirurgiens :

Clinique chirurgicale : Prof. Cadenat.
Assistant: M. Monsaingeon.
Chef de clinique: M. Marchak.
Chef de laboratoire: Mlle Desmonts.

M. Bergeret.
Assistant: M. Jacques Hepp.

Gynécologue-Accoucheur :
M. Lacomme.
Assistant: M. Weill.

Ophtalmologiste :
M. Favory.
Attachée du service: Mlle Schauwing.
Attaché de consultation: M. Decorps.
Attaché adjoint: M. Durandy.

Oto-rhino-laryngologiste :
M. Halphen.
Adjoint: M. Marcel Ombrédanne.
Assistant: M. Bérard. — *Attaché:* M. Jourdan.
Attaché de tuberculose: M. Wisner.
Attaché de consultation: M. Buneau.

Consultation de médecine : M. Hillemand.
Assistant: M. R. Viguié.

Consultation de chirurgie : M. Funck-Brentano.
Attaché: M. J. Martinet.

Consultation de stomatologie : M. Thibault.
Adjoint: M. Hennion. — *Attaché:* M. Cabrol.

Electro-Radiologie : M. Porcher, *Chef du service central.* — *Chefs adjoints:* MM. J. Bernard et Pierquin (*f. f.*). — *Attachés:* MM. Boudaghian, Chaussé (*f. f.*), Cousin (*f. f.*), Gilles (*f. f.*), Kritter.
Pharmacien : Prof. Mascré. — *Chef de laboratoire de chimie biologique:* M. Deysson (*f. f.*).

Hôpital SAINT-LOUIS.

8, 40 et 42, rue Bichat. — Tél.: BOTzaris 48-60.
Directeur: M. Muret.

Médecins :

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques: Prof. H. Gougerot.
Attachés: MM. Burnier, Paul Blum, Carteaud.
Moniteurs: MM. Dechaume (*Stomatologie*), Grollet (*Urologie*).
Chefs de clinique : MM. Danel, Louis Gougerot, Deuil.
Chefs de laboratoire : MM. Giraudeau (*Radiothérapie*), Jean Meyer (*Photothérapie*), E. Peyre (*Bactériologie*), Ch. Desgrez (*Chimie*), Louis Gougerot (*Physique*), Duché (*Mycologie*), Duperrat (*Histologie*), Mlle Eliascheff.

Prof. M. Duvoir.
Assistant: M. G. Poumeau-Delille.
Chef de laboratoire: Mlle L. de Cursay.

Prof. Sézary.
Assistants: MM. Ducourtioux, Duruy, Horowitz. Chauvillon.
Chefs de laboratoire: MM. Bolgert et Georges Lévy.

M. Weissenbach.
Attachés: MM. Bocage, Bouwens, Mlle Tourneville.
Chef de laboratoire: M. Martineau.

M. Touraine.
Attaché: M. Solente.
Chef de laboratoire: M. Lortat-Jacob.
Attachés de dispensaire: MM. Golé, François.

M. Flandin.
Assistants: M. Richon, Mlle Saint-Cène, MM. Basset, Fr. Flandin.
Chef de laboratoire: M. Rabeau.

M. Tzanck.
Attaché: M. Sidi.
Adjoint: M. Ferroir.
Attaché de consultation: M. Moline.
Chef de laboratoire: Mlle Dobkevitch.

Enfants teigneux : Prof. Sézary.
Attachés: MM. Rabut et Gallerand.
Chef de laboratoire: M. Rivalier.

Chirurgiens :

M. Desplas.
Assistants: MM. R. Chevallier et Ch. Neyraud.

M. R. Leibovici.
Assistant: M. J. Calvet.

M. Louis Bazy.
Assistants: MM. Sylvain Blondin et J.-L. Lortat-Jacob.
Attachés: MM. Chené et Segond.

Urologie : M. Louis Michon.
Assistant: M. Pierre Delinotte.

Gynécologue-Accoucheur :

M. Jean Ravina.
Assistant: M. Bernard Jamain.

Oto-rhino-laryngologiste :

M. Bouchet.
Assistant : M. Huet.
Assistants adjoints: MM. Debain, Broutmann.
Attachés de consultation: MM. Fouquet, Pigache.

Ophtalmologiste :

M. G. Renard.
Assistant: M. Brégeat.
Attaché de consultation: M. Lelièvre.

Consultation de médecine: M. Jean Lereboullet.
Attaché: M. René Prieur.

Consultation de chirurgie : M. Roubier.
Attaché: M. Baudelot.

Consultation d'urologie : M. Louis Michon.
Attachés: MM. Mallah et Grollet.

Consultation de stomatologie : M. Richard.
Adjoint: M. Cernéa.
Assistant: M. Parent.

Annexe Grancher.

Tél.: NORd 87-71.

Médecin :

M. Stévenin.
Attaché médical: M. J.-P. Brisset.

Chirurgien :

M. Fèvre.
Assistant: M. J. Barcat.
Assistant d'orthopédie: M. J. Judet.
Attaché de consultation: M. A. Arviset.
Attachée médicale de gymnastique : Mme Triboulet-Chassevant.

Consultation de médecine infantile: M. Stévenin.
Attaché: M. Franchel.

Electro-Radiologie : M. Cottenot. *Chef du service central.* — *Chef adjoint :* M. Proux. — *Assistants:* MM. Fischgold, Giraudeau, Le-Dinh-Thi. — *Attaché:* M. G. Lemerle. — *Interne:* M. Debost.
Radiothérapie : M. Juster.

Consultation de blennorragie du soir (tous les soirs de 18 à 19 h. 30): M. Michon.

Pharmacien : M. Chéramy. — *Chef de Laboratoire de Chimie biologique:* M. Douris.

Hôpital-Hospice SAINT-VINCENT-DE-PAUL.

74, rue Denfert-Rochereau. — Tél.: DANton 37-40.
Directeur: M. Dupoux.

Médecin :

M. Marcel Lelong.
Assistants: MM. R. Joseph, A. Rossier et Vialatte.
Attachés médicaux: MM. André Bohn, Charousset.
Chef de laboratoire: M. Detrois.
Assistant d'oto-rhino-laryngologie : M. Jacques Lemoyne.

Chirurgien :

M. Pierre Petit.
Attaché de chirurgie: M. N...
Attaché d'orthopédie : M. Brisard.

Gynécologue-Accoucheur :

M. Henri Vignes (rempl. par M. Mayer).
Assistant: M. Landrieu.

Consultation de médecine infantile : M. Marcel Lelong.
Assistant: M. R. Joseph.
Chef de laboratoire: M. Le Breton.

Consultation de stomatologie : M. Dechaume.
Adjoint: M. Palmer.
Attaché: M. Boiseau.

Electro-Radiologie : M. Desgrez, *Chef du service central.* — *Assistant:* M. Perachon.
Pharmacien : Prof. Picon.

Hospice de la SALPÊTRIÈRE.

47, boul. de l'Hôpital. — Tél.: GOBelins 84-90.
Directeur: M. Bruneau.

Médecins :

Clinique des maladies du système nerveux : Prof. Guillain.
Assistant: M. Pierre Mollaret.
Chefs de clinique: MM. Ristelhueber, Fressinaud-Masdefeix, Mlle Feder.
Chefs de laboratoire: MM. Ivan-Bertrand, J. Lereboullet, Mathieu, Fallot.

M. Alajouanine.
Attaché médical: M. Robert Thurel.

M. Haguenau.
Assistants: MM. J. Christophe et W. Aubrun.

Serv. désenc. (Déportés Rapatriés): M. Charles Debray.

Serv. de chron. et Serv. temp. d'adultes : M. Mollaret.

Service de médecine maternelle et infantile : M. Levesque.
Assistant: M. Raoul Perrot.

Service de psychiatrie : M. Léon Michaux.
Attaché: M. Gallot.

Service de désencombrement : M. Mollaret.

Chirurgiens :

Clinique chirurgicale : Prof. Mondor.
Assistants (Chirurgiens des Hôpitaux): MM. A. Sicard et L. Léger.
Assistants (Médecins des Hôpitaux): MM. Gutmann et Guy Albot.
Assistant chirurgical: M. Debeyre.
Attachés médicaux: MM. Godet, Périer et Mme Lannegrace.
Chefs de clinique: Mlle O. Jurain, MM. Desfosses, Leandri.
Chefs de laboratoire: Mlle Gauthier-Villars, Mme François.
Moniteurs: MM. Libaude, Yere, Gordet.
Attaché d'orthopédie: M. Ducroquet.

Service de neuro-chirurgie : Prof. Mondor.
Assistant: M. Guillaume.
Attaché neuro-chirurgie: M. Ch. Ribadeau-Dumas.
Chef de laboratoire: M. Berdet.

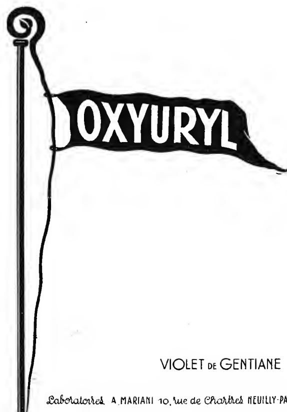
Service chronique de chirurgie : Prof. Mondor.

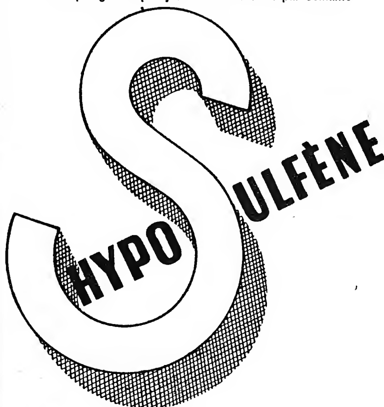
Centre de traitement des tumeurs : Prof. Mondor.
Chef du service de Rœntgenthérapie et Curiethérapie : M. Gibert.
Assistants: MM. Olivier, Puyaubert et Wallon.

Electro-Radiologie : *Chef du service central:* M. Gally. — *Chefs-adjoints:* Mlle Marquis et M. Mathieu. — *Assistants:* Mlle Mottez, M. Duchamp. — *Attachés:* M. Crozat (*f. f.*), M. Vromet.
Charge de cours de Radiologie clinique à la Faculté : M. Ledoux-Lebard.
Centre de Prothèse dentaire : M. Lacaisse. — *Adjoint:* M. Mercat (*Assistant faisant fonction*). — *Attachés:* MM. Bochatel et Valtat.
Pharmacien : M. Grut.

Clinique d'accouchement et de gynécologie TARNIER.

89, rue d'Assas. — Tél.: DANton 49-78.
Directrice: Mme Bigard.


OXYURYL
VIOLET DE GENTIANE
Laboratoires A. MARIANI 10, rue de Chartres NEUILLY-PARIS


HYPO
SULFÈNE



Prof. Lantuéjoul.
Assistants: MM. R. Merger, Couinaud.
Chefs de clinique: M. Moullé, Mlle Mage.
Chef de laboratoire: M. Heraux.

Pharmacien : Prof. Picon.

Hôpital TENON.

4, rue de la Chine. — Tél. : MENilmontant 88-40.
Directrice : Mlle Jansse.

Médecins :

Professeur Lian.
Assistant: M. J.-J. Welti.

Professeur Guy Laroche.
Attaché médical: M. Etienne Bompard.

M. P.-A. Carrié.
Attaché médical: M. Maurice Roux.

M. Brulé.
Attaché médical: M. Emile Gilbrin.

M. Etienne May.
Assistant: M. Albert Netter.
Attaché médical: M. Jean Ollivier.

M. Jean Rachet.
Assistant: M. André Busson.

M. Etienne Bernard.
Assistants: Mlle Lotte, MM. Kreis, Jacques Weil et Cros-Decam.

M. G. Marchal.

Chirurgiens :

Professeur Moulonguet.
Assistant: M. J.-M. Verne.
Anesthésiste: Mlle Chevillon.

M. Houdard.
Assistant: M. Robert Judet.

Chirurgie thoracique : M. Maurer.
Assistant de chirurgie: M. J. Mathey.
Attaché médical: M. Rolland.

Centre de traitement des tumeurs :
M. Moulonguet.
Chef du service de Rœntgenthérapie et Curiethérapie: M. Mallet.
Assistants: MM. Le Camus et N...

Gynécologue-Accoucheur :

M. Digonnet.
Attaché: M. L. Bigey.

Ophtalmologiste :

M. Bollack.
Chef adjoint: M. Voisin.
Attachée: Mme Delthil.
Attachée de consultation: Mme Odie.

Oto-rhino-laryngologiste :

M. Chatellier.
Assistant: M. Rémy-Néris.
Attachés: MM. Hervé et Bouquet.
Attaché de consultation: M. Ramaroni.

Consultation de médecine : M. Facquet.
Attaché: M. Guilly.

Consultation de chirurgie : M. Deniker.
Attaché: M. Viala.

Consultation de stomatologie : M. Lacronique (Service journalier).
Adjointe: Mme Chaput. — *Assistant:* M. Béal.

Electro-Radiologie : M. Lepennetier, *Chef du service central.* — *Chef adjoint:* M. Grain (*faisant fonction*). — *Assistants:* MM. Godefroy, Grain. — *Attachés:* MM. Simon, Mallebrand, Aubert.
Pharmacien : M. Cheymol. — *Chef de Laboratoire de Chimie biologique:* M. Sassier.

Hôpital TROUSSEAU.

158, av. du Général-Bizot. — Tél. : DIDerot 96-71.
Directrice : Mme Constanty.

Médecins :

Hygiène et Clinique de la première enfance :
Prof. Cathala.
Assistant: M. P. Auzépy.
Chefs de clinique: MM. Grislain, Combes-Hamelle, Mlle Rist, M. de Lignières.
Chef de laboratoire: M. Daguin.

M. Marquézy.
Attachée médicale: Mlle Ladet.

Service de la diphtérie : Prof. Cathala.

Service des contagieux : M. Marquézy.

Chirurgien :

M. Sorrel.
Assistant: M. Champeau. — *Attaché:* M. Boisseau.
Attachée de consultation: Mme Sorrel-Déjerine.
Attachée d'orthopédie: Mme Legrand-Lambling.
Attachée de gymnastique: Mlle Dreyfus.

Oto-rhino-laryngologiste :

M. Rouget.
Adjoint: M. Lemariey. — *Attaché:* M. Hamelin.
Attaché suppléant: M. Lemoine.
Attachés de consultation: MM. Maillard, B. Petit, Prévost.

Consultation de médecine infantile: M. Fouquet.
Attachée: Mme Teyssier.

Consultation d'ophtalmologie : M. Guy Offret.
Attaché: M. Mathieu.

Consultation de stomatologie : M. Lebourg.
Adjoint: M. Lambert. — *Attaché:* M. Giacomini.

Laboratoire de bactériologie de secteur :
M. Duchon.

Electro-Radiologie : M. Beau, *Chef du service central.* — *Assistant:* M. Chenilleau.
Pharmacien : M. A. Goris.

Hôpital de VAUGIRARD.

Fondation franco-brésilienne.
389, rue de Vaugirard. — Tél. : VAUgirard 46-09.
Directeur : M. Chatelain.

Chirurgien :

Clinique thérapeutique chirurgicale :
Prof. Sénèque.
Assistant: M. Marcel Roux.
Chefs de clinique: MM. Hertzog, Lenoel.
Chefs de laboratoire: MM. Dumont, Le Canuet.

Consultation d'O.-R.-L. : M. Miégeville.

Consultation de stomatologie : M. Hénault.

Electro-Radiologie : M. Foubert, *Chef du service central.* — M. Le Canuet, *Chef de Laboratoire.* — *Attaché:* M. N...
Pharmacien : Prof. Valette.

PHARMACIE CENTRALE DES HOPITAUX.

47, quai de la Tournelle, Paris (5e).
Tél. : ODEon 22-09.

Pharmacien en chef, Directeur technique:
M. Charonnat.
Pharmacien-adjoint: M. Liot.
Chefs de laboratoire: Mme Doudon, M. Langlois.
Chimistes: M. Morin, Mlle Breugnot.
Aide de laboratoire: N...

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

dépendant du ministère de la Santé Publique (Région parisienne), de l'Assistance Publique à Paris, de la Ville de Paris, de la Préfecture de la Seine et de la Préfecture de Police

Annexe de l'Hospice Saint-Vincent-de-Paul, 26, avenue de la Croix-de-Berny, à Antony (Seine). Tél. : GOBelins 44-82. — *Médecin :* M. M. Garnier.

Asile pour Enfants de la Ville de Paris, à Hendaye (Basses-Pyrénées). — *Médecin :* M. Morancé. — *Chirurgien :* M. Perret. — *Pharmacie, assistant :* M. Lagarde.

Asile national des convalescences du Vésinet (Seine-et-Oise), 72, avenue de la Princesse. Tél. : 33, le Vésinet. — Directeur : M. Blanchet. — *Médecins :* MM. Calbet, Pelisse. — *Pharmacien :* M. Gibergy. — *Interne :* M. N...

Asiles nationaux des convalescents et Vacassy, 14, rue du Val-d'Osne, à Saint-Maurice (Seine). Tél. : ENTrepôt 29-19. — Directeur : M Chabrat. — *Médecins chefs :* MM. Cugnet, P. Oury. — *Radiologie :* M. Rebuffel. — *Orthopédie :* M. Rœderer. — *Physiothérapie :* M. Préaut. — *Stomatologiste :* M. Meuret. — *Pharmacien :* M. Paris. — *Internes :* MM. Estival, Beaudoin, Britsch, Vizquel.

Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher). Tél. : 7, à Dun-sur-Auron. — *Médecin-directeur :* M. Masson. — *Médecin-chef :* M. Leyritz. — *Médecins assistants :* MM. Dupont et Mandryka.

Dispensaire de salubrité, 9, cours de la Ferme Saint-Lazare, Paris-10e. Tél. : Préfecture de Police 672. — *Médecin-chef :* M. N... — *Médecin-chef adjoint :* M. Blum. — *Médecin épidémiologiste :* M. Durel. — *Médecins titulaires :* MM. Barthélemy, Roberti, Bocage, Solente, Ducourioux, Rimé, Renault, de Douhet, Lafourcade, Lortat-Jacob, Golé, Boulle, Collart, Duperrat, Colin, Boudin, Boursen, Bouwens, Lafontaine, François. — *Médecins adjoints :* MM. Delzant, Lardat, Flandin, Doukan, Bastard et Dubarry. — Chef de Laboratoire : M. Rabreau; assistante : Mme de Rio-Branco. — *Assistante sociale :* Mme Serres.

Ecole départementale Adolphe Chérioux, 4, route de Fontainebleau, Vitry (Seine). Tél. : ITAlie 23-85. — *Médecin :* M. Méténier. — *Interne :* M. N. ...

Fondation Emile-Zola, à Medan (S.-et-O.). Tél. : 0-52 à Villennes-sur-Seine. — *Médecin :* M. Fauvel.

Fondation Galien, à Croissy (S.-et-O.). Tél. : 21-21. *Médecin :* M. Darré.

Groupe hospitalier Paul-Brousse (Hospice Paul-Brousse, Maison de retraite Emile-Deslandres et Institut du Cancer), 14,16 et 16 *bis* av. des Ecoles, Villejuif. Tél. : ITAlie 20-00 et ITAlie 17-01. — Directeur : M N...

Hospice Paul-Brousse (Tél. : ITAlie 20-00).

Médecin-chef : M. le Prof. agr. Delarue. — *Médecins :* MM. Méténier, Mouzon, Sigwald ; *internes :* M. Mollon, Mme Lacourt, MM. Botte, Blanot. — *Chirurgien :* M. M. Barbier ; *internes :* MM. Le Cain et Montagne. — *Laboratoire :* M. Peyre. — *Radiologie :* M. Auguste-Nemours. — *Oto-rhino-laryngologie :* M. Chabert. — *Ophtalmologie :* M. Offret. — *Stomatologie :* M. Pierson. *Pharmacien :* M. Malmy ; *internes :* MM. Fevrier, Patte, Petit, Jouan, Jolly.

Institut du Cancer (Tél. : ITAlie 17-01).
Directeur : Prof. G. Roussy.
Directeur administratif : M. N...

A. Section hospitalière : *Directeur médical :* Prof. Roussy. — *Médecins :* Prof agrégés Huguenin et Delarue. — *Chirurgien :* M. Redon ; *assistants :* MM. Barbier et Denoix. — *Radiologie :* Chef de service : M. Belot ;

ssistants : MM. Surmont, Pouey et Bertrand. — *Radiumtogie :* chef de service : Mme Simone Laborde ; ssistants : MM. Wickham, Kritter, Giles et Chauvin. — *Oto-rhino-laryngologie :* MM. Huet et Rossert. — *Ophtalmologie :* M. Offret. — *Gastrologie :* M. Albot et Mme Lannegrace. — *Endoscopie :* M. Bertillon et Mme Ancien. — *Urologie :* M. Bouchard. — *Pharmacien :* M. Malmy. — *Internes :* MM. T. Sarracino, Mme Roujeau, MM. Montagnon, Bonnet, Delmas et Bergerot.

B. SECTION DES LABORATOIRES : *Sous-directeur :* Prof. agrégé Huguenin. — *Laboratoire d'Anatomie pathologique : assistant :* MM. Perrot et Vermès. — *Laboratoire de Chimie et Chimie physique : chef de service :* M. Truhaut ; assistant : M. Helleux. — *Laboratoire de Cytologie :* chef de service : Prof. Verne. — *Laboratoire de Bactériologie :* Mme *Vermès ;* assistant : M. N... — *Laboratoire de Médecine expérimentale :* préparateur : M. Guérin. — *Photographie :* M. Mangini.

Hôpital de Forges-les-Bains (Seine-et-Oise) [Maison de convalescence]. Tél. : 14. — *Médecin :* M. André Bisot.

Hôpital Franco-Musulman de Paris et du Département de la Seine, route de Stalingrad, Bobigny (Seine). Tél. : NORd 64-15. — *Directeur :* M. Bimaniol ; *économe :* M. Walhin.

MÉDECINS. — *Médecine générale :* M. E. Nicolas ; *assistants :* MM. Sfar et Bourgin ; interne : M. Gladu. — *Urologie :* M. Bordier ; interne : M. N... . — *Tuberculose :* M. Sakka ; assistant : M. Somia ; internes : MM. Hajaji et Bellalonna.

Chirurgien : M. Thalheimer ; assistant : MM. Th. Gibert, di Chiara et El Okby ; internes : M. N...

Ophtalmologie : M. Monbrun ; assistant : M. Masson ; interne : M. Sarradj. — *Oto-rhino-laryngologie :* M. Louis Leroux ; assistant : M. A. Chevalier ; interne : M. Flamand. — *Laboratoires :* M. Jausion ; assistant : M. Calop ; interne : M. Bénard. — *Radiologiste :* M. Ledoux-Lebard ; assistant : Mlle Mottez. — *Stomatologiste :* M. Bertier. — *Pharmacien :* Mlle Rollen ; internes : Mlle Doublet et M. El Mellouli.

Hôpital Henri-Rousselle (CENTRE DE PROPHYLAXIE MENTALE RATTACHÉ AU CENTRE PSYCHIATRIQUE SAINTE-ANNE), 1, rue Cabanis, Paris-14e. Tél. : GOBelins 99-50 et la suite. — Directeur intérimaire : M. René Bessière. — *Médecin-directeur :* M. Genil-Perrin.

DISPENSAIRE ET CONSULTATIONS. — *Psychiatrie générale :* MM. Genil-Perrin, Mâle, Mlles Badonnel et Barret, MM. Barbé, N... — *Médecins-Assistants :* Mlle Badonnel, M. Pichard, Mlle Barret, M. Maleyrie. — *Médecin du service social :* M. Mâle. — *Médecin du service central :* M. Dupouy. — *Médecine générale :* M. Teisseire. — *Toxicomanies :* M. Dupouy. — *Psychiatrie infantile :* M. Roubinovitch. — *Epileptiques :* M. Marchand. — *Alcooliques :* M. Mignot. — *Syphilitiques :* M. Targowla. — *Neurologie :* M. André Thomas. — *Endocrinologie :* M. Sainton. — *Physiothérapie :* M. Giraudeau. — *Ophtalmologie :* M. Dubar. — *Oto-rhino-laryngologie :* M. Labarraque. — *Dermatologie :* M. Colin. — *Psychothérapie :* M. Minkowski.

Service social. — Assistante en chef : Mlle Hébrard. — *Propagande d'hygiène mentale :* Mme Lebas.

Services d'hospitalisation : MM. Genil-Perrin, Dupouy, Pichard.

Pharmacien-chef : M. Fleury.

LABORATOIRES. — *Physiologie :* M. Simonnet. — *Chimie biologique :* M. Delaville. — *Psychologie et orientation professionnelle :* M. Zazzo. — *Bactériologie et sérologie :* M. Mutermilch. — *Anatomie pathologique :* M. Marchand. — *Hématologie :* M. Gnieysse. — *Radiologie et diathermie :* M. Missel. — *Coprologie :* M. Dursent.

Hôpital psychiatrique de Chezal-Benoit (Cher). Tél. : 1. — *Directeur-médecin :* M. A. Donnadieu. — *Assistants :* M. B. Félix et Mme P. Félix.

Hôpital psychiatrique de Maison-Blanche, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). Tél. : 11 et 40 à Neuilly-sur-Marne. — *Directeur :* M. Roulot. — *Médecins-chefs :* MM. Beaudoin, Chatagnon, Demay, Martimor, Vié et Mlle Cullerre. — *Pharmacien-chef :* M. Cavier.

Hôpital psychiatrique de Moisselles, à Moisselles (Seine-et-Oise). Tél. : 8 à Moisselles. — *Directeur-médecin :* M. Pierre Menuau. — *Internes :* MM. Périn, Van Eecloo. — *Stomatologiste :* M. Clavel (*faisant fonction*). — *Ophtalmologiste :* M. Bégué.

Centre psychiatrique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, Paris-14e. Tél. : GOBelins 99-50 et la suite. — *Directeur intérimaire :* M. René Bessière.

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET DE L'ENCÉPHALE. *Professeur :* M. J. Delay, agrégé faisant fonction. — *Chefs de clinique :* MM. Deselaux, Maillard. — *Chefs de clinique adjoints :* M. N..., Mlle Moreau. — *Chefs de laboratoire :* MM. Cuel, Bourean, Mlle Jouannais, M. Soulayrac. — *Internes :* MM. Stévenin, Mallet, Digo.

HÔPITAL.

1re *section femmes : médecin-chef :* M. Guiraud ; internes : Mlle Messin, M. Morice. — 2e *section femmes : médecin-chef :* M. Sengès ; internes : M. Pasche, Mlle Roubleff. — 1re *section hommes : médecin-chef :* M. Bessière ; internes : MM. Suttel, Hauser. — 2e *section hommes : médecin-chef :* M. Sengès ; internes : M. Lamaire, Mlle Micucci. — *Service de l'admission :* M. Xavier Abély ; internes : MM. Leroy et Suttel.

SERVICE DE CHIRURGIE DES HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES DE LA SEINE.

Chirurgien en chef : Mme Brian-Garfield (*faisant fonction*) ; assistant : M. Bernadou. — *Ophtalmologiste :* M. Prieur. — *Oto-rhino-laryngologiste :* M. Granet. — *Urologiste :* M. Kapandji. — *Radiologiste :* M. Mariage ; aide-radio : M. Marot.

SERVICE DE NEURO-CHIRURGIE.

Neuro-chirurgien en chef : M. Pierre Puech ; assistants : MM. Buvat et J. Perrin. — *Attaché :* M. Brun ; internes : MM. Bernard, Renard, Ronault de la Vigne. — *Ophtalmologiste :* M. Desvignes. — *Oto-rhino-laryngologiste :* M. Leroux-Robert. — *Radiologiste :* M. Stuhl; aide-radio : M. Marot.

SERVICE DE STOMATOLOGIE : M. Pietkiewicz ; assistant : M. Chapotel.

PHARMACIEN : M. le Prof. Fleury ; internes : Mlles Bizos, Conrath, MM. Forest, Vaunier, Maillot, Bzoura.

Hôpital psychiatrique de Vaucluse, à Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise). Tél. : BELle-Epine 40-55 et 111 à Epinay-sur-Orge. — *Directeur :* M. Guérineau. — *Médecin-chef :* M. Brissot. — *Ophtalmologiste :* M. Bégué. — *Stomatologiste :* M. Janets. — *Pharmacien :* M. Malangeau.

N.-B. — La partie de l'Hôpital psychiatrique réservée aux adultes est réquisitionnée par l'armée et transformée en Hôpital Complémentaire.

Hôpital psychiatrique de Ville-Evrard, 2, avenue Jean-Jaurès, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). Tél. : 6 et 33 à Neuilly-sur-Marne. — *Directeur :* M. Lesueur. — *Médecins :* MM. Sivadon (division hommes, Chanès (division femmes), Dublineau (service spécial). — *Stomatologiste :* M. Janets. — *Ophtalmologiste :* M. Bégué. — *Phtisiologue et radiologue :* M. Lacorne. — *Pharmacien :* M. Truhaut.

Hôpital de la Rocheguyon (Seine-et-Oise). Tél. : 18. — *Médecin :* M. Pierre Marc.

Hospice Boucicaut, à Bellème (Orne) [Fondation Boucicaut]. Tél. : 40. — *Médecin :* M. G. Meltz.

Hospice départemental des vieillards, Fondation Favier, 2, rue du Four, Bry-sur-Marne (Seine). Tél. : TBEmblay 19-13. — *Médecin :* M. J. Aubert.

Hospice National des Quinze-Vingts (et CLINIQUE NATIONALE OPHTALMOLOGIQUE), 28, rue de Charenton, Paris. Tél. : DIDerot 56-10 (3 lignes groupées). — *Directeur :* M. Louis Garret.

HOSPICE.

Médecin-chef : M. Amigues ; *médecin adjoint :* M. Vernaz.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE.

Service de M. MARCEL KALT, *ophtalmologiste en chef ;* assistant : M. Toufesco ; assistants adjoints : MM. Oudot et Debrousse ; aides de clinique : MM. Fakhfakh, Goéré et Archaix.

Service de M. GUILLAUMAT, *ophtalmologiste en chef ;* assistant : M. Mau ; assistants adjoints : MM. Preney et Le Naïl ; aides de clinique : MM. Hong-Tuan, Bursaux, Vouters et Mlle Thévenot.

Service de M. DUBOIS, *ophtalmologiste adjoint ;* assistant : M. Hallot-Boyer ; assistants adjoints : M. Flon et Mlle Cornu ; aides de clinique : MM. Roulin, Rozan et Aubry.

Service de M. N..., *ophtalmologiste adjoint :* M. Frileux (*faisant fonction*) ; assistant : M. Marmier ; assistants adjoints : M. Baron et Mlle Gaillard ; aides de clinique : MM. Jacquet-Lagrèze, Chabert et Le Pavec.

Hospice Raspail, 13, rue Galliéni, Cachan (Seine). Tél. : ALEsia 06-63. — *Médecin :* M. Boury.

Hospice Saint-Michel et Lenoir-Jousseran, 35, avenue Courteline, Paris-12e ; 10, avenue Victor-Hugo, à Saint-Mandé. Tél. : DIDerot 11-71. — *Directeur :* M. Guyot-Jeannin. — *Médecin :* M. Lafosse.

Infirmerie spéciale des Aliénés près la Préfecture de Police, 3, quai de l'Horloge, Paris. Tél. : ODEon 43-80. — *Médecin-chef :* M. Heuyer ; médecin-chef adjoint : M. Brousseau ; médecin adjoint : M. Michaux ; médecin suppléant : M. Cénac ; internes : Mme Sauguet, MM. Ronault de La Vigne et Le Moal.

Institut départemental des aveugles de la Seine (Ecole Braille), 7, rue Mongenot à Saint-Mandé (Seine). Tél. : DAUmesnil 32-48 et 37-32. — *Directeur :* M. Drège. — *Econome :* M. Grégoire. — *Médecin :* M. Maufrais. — *Ophtalmologiste :* M. Morax. — *Stomatologiste :* M. Diondonnat. — *Oto-rhino-laryngologiste :* M. Grippon de La Motte.

Institut municipal et Laboratoires départementaux d'électro-radiologie. — *Directeur :* M. Chemin.

INSTITUT MUNICIPAL, 37, boulevard Saint-Marcel, Paris. Tél. : GOBelins 23-98. — *Médecin-chef :* M. Ordioni ; adjoint : M. Buhler ; assistants : MM. Misset, Chavany et Pecker. — Chef de laboratoire : M. Giraud.

LABORATOIRE DÉPARTEMENTAL, 88, rue de la Jonquière, Paris. Tél. : MARcadet 19-36. — *Médecin-chef :* M. Le Goff ; adjoints : MM. Archainbault et Tison ; assistant : M. Lefebvre.

LABORATOIRE DÉPARTEMENTAL, 189, rue Vercingétorix, Paris. Tél. : VAUgirard 30-15. — *Médecin-chef :* M. Stoïanoff ; adjoint : M. Guéret.

Institution départementale Gabriel-Prévost, Cempuis (Oise). Tél. : 20, à Grandvilliers (Oise). — *Médecin :* M. de Saint-Fuscien.

Institution nationale des sourds-muets de Paris, 254, rue Saint-Jacques, Paris-5e. — Tél. : ODEon 06-58. — *Directeur :* M. Xeridat (F.). — *Médecin-chef :* M. Busslé. — *Ophtalmologiste :* M. d'Ayrenx. — *Chirurgien-dentiste :* M. Vanel. — Interne : M. Jacques Bonnardot.

SERVICE ANNEXE : CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE. — *Chirurgien-chef :* M. Jonet. — 1er *chirurgien adjoint :* M. Thévenard. — 2e *chirurgien adjoint :* M. Vilenski. — *Chef de clinique :* M. Neetoux.

Maison départementale de Nanterre et Asile Chevreul, 403, avenue de la République, à Nanterre (Seine). Tél. : MALmaison 10-36 et 15-46. — *Directeur :* M. Marc Paoli.

Médecins : MM. Michaux, Bith, Bourgeois (Jean), Lefranc.

Chirurgien : M. Raymond Bernard ; chirurgien adjoint : M. Iselin ; assistants : MM. Fieheux, Blanguernon.

Internes en médecine et en chirurgie : M. Dieckmann-Bois, Mme Peret, M. Guillon, M. Chamouard, M. Romani ; interne provisoire : M. Verlingue ; internes suppléants : MM. Schwartz (Robert), Jacquemart, Barrier, Mlle Ducamp. — *Ophtalmologiste :* M. Desco'a. — *Oto-rhino-laryngologistes :* MM. Engel, Grain (René) ; assistant : M. Martin (André) ; *Dermatologiste :* M. Bocage (André). — *Urologiste :* M. Bouchard. — *Radiologiste :* M. Huet ; assistant : M. N... — *Stomatologiste :* M. Vigneron (Alfred). — *Pharmacien :* M. Gonnard ; chef de laboratoire : M. Bory ; internes suppléantes : Mlles Bissou, Chanard, Angenscheidt et Augustin.

Maison maternelle de Châtillon-sous-Bagneux (Seine). [ANNEXE DE L'HOSPICE SAINT-VINCENT-DE-PAUL], 19, route Stratégique, à Châtillon-sous-Bagneux. Tél. : ALEsia 52-57. — *Médecin :* M. Charousset (Ass.).

Maison maternelle nationale (ex-MAISON NATIONALE DE SANTÉ), 57, Grande-Rue, Saint-Maurice (Seine). Tél. : ENTrepôt 27-39. — *Directeur :* M. Maraval ; secrétaire : M. Pézier ; économe : M. Jacquelin ; receveur : M. Michelou.

Maladies mentales (service hommes). — *Médecin-chef :* M. Henri Baruk ; assistante : Mlle Leuret ; internes : MM. Lesueur et Lyantey. — (*Service femmes*). *Médecin-chef :* M. Daday ; assistant : M. Labonnelée ; internes : MM. Fassin et Rellay. — (*Service libre*). *Médecin-chef :* M. Baruk.

Maternité, Puériculture. — *Médecin-chef :* M. Briand ; assistant : M. Cavaillès ; int. : MM. Thévenin et Pottet. *Chirurgien-chef :* M. Beaussenat ; adj. : M. Séjourné. *Ophtalmologiste :* M. Favory. — *Oto-rhino-laryngologiste :* M. Aubry ; assistante : Mlle Onmikof. — *Stomatologiste :* M. Pillon. — *Cadiologiste :* M. Racine.

Maison de retraite Bigottini, 3, avenue du Clocher, à Aulnay-sous-Bois (Seine-et-Oise). Tél. : 3. — *Médecin :* M. J. Perlis.

Maison de retrate Cousin de Méricourt et Besson, 3, avenue Cousin-de-Méricourt, à Cachan (Seine), Tél. : ALEsia 58-57. — *Médecin :* M. Renault ; adjoint : M. Barnier.

Maison de retraite Galignani et Fondation Belœil, 89, boulevard Bineau et 57, rue Borghèse, à Neuilly-sur-Seine. Tél. : MAIllot 61-48. — *Directeur :* M. Pernot ; économe : Mlle Balland. — *Médecin :* M. Maréchal ; assistant : M. Thuvien.

Maison de retraite de Vineuil-Saint-Firmin, 27, rue de la Duchesses-de-Chartres, à Vineuil-Saint-Firmin (Oise). Tél. : 343, à Chantilly. — *Médecin :* M. Maurat.

Maison départementale de retraite de Sarcelles (Seine-et-Oise), 1, rue de Giraudon. Tél. : 25, à Sarcelles. — *Médecin :* M. E. Louvet. — *Chir.-dent. :* M. R. Oziol.

Maison de Saint-Lazare et Dispensaire Toussaint-Barthélémy. — MAISON DE SAINT-LAZARE, 9, cours de la Ferme-Saint-Lazare, Paris-10e. Tél. : PROvence 15-55. — *Directeur :* M. Doublier ; régisseur : M. Rambaud.

Médecins chefs de service :
M. P. Fernet ; interne : M. Bataillard.
M. Clément Simon ; interne : M. Blau.
M. B. Rabut ; interne : Mme Leroy.

Service d'Epidémiologie : M. Durel ; interne : M. Sisbonlet. — *Ophtalmologiste :* M. Dupuy-Dutemps. — *Stomatologiste :* Mme Nicolle-Munier. — *Oto-rhino-laryngologiste :* M. Leroux. — *Laboratoire : Directeur :* M. Lévy-Bing ; *chef :* Mlle Gasne. — *Assistantes sociales :* Mlles Burckhardt, Benier, Davoine.

DISPENSAIRE TOUSSAINT-BARTHÉLÉMY, 107, rue du Faubourg-Saint-Denis, Paris-10e.

Service de M. P. Fernet. — Assistants : MM. Collart, Fournier, Bastard, Deniziaut.

Service de M. Clément Simon. — Assistants : MM. Marceron, Leclercq, Chalet, Lafontaine, Lardat, G. Lévy.

Service de M. R. Rabut. — Assistants : MM. Belgodère, Morin, Le Balc'h, Serrès.

Assistante sociale : Mlle Claudel.

Maison spéciale de santé de Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise), 2, avenue Jean-Jaurès. Tél. : 6 et 33 à Neuilly-sur-Marne. — *Directeur :* M. Lesueur. — *Médecin-chef :* M. Rondepierre. — *Stomatologiste :* M. Janets. *Ophtalmologiste :* M. Bégué. — *Phtisiologue et radiologue :* M. Lacorne. — *Pharmacien :* M. Truhaut.

Maternité Boucicaut, Chalon-sur-Saône (Saône-et-Loire) [Fondation Boucicaut]. — *Médecin-accoucheur :* M. Georges Perrin.

Sanatorium Paul-Doumer, Labruyère, par Liancourt (Oise). Tél. : 35, à Liancourt. — *Directeur :* M. Leclerc. — *Médecin-chef :* M. Fourès ; assistants : MM. Durel, Pellier, Gonita, Sheller. — *Assistante de pharmacie :* Mme Pellier.

Sanatorium G.-Clémenceau, à Champcueil (Seine-et-Oise). Tél. : 299, à Corbeil. — *Directeur :* M. Muret.

Médecin-chef : M. Le Moniet (*faisant fontion*) ; assistants : MM. Baussan, Fabre-Talout, Miltgen. — *Chirurgien :* M. Olivier Monod. — *Stomatologiste :* M. Robichou.

Consultation d'oto-rhino-laryngologie (malades hospitalisés) : M. Granet. — *Assistante de pharmacie :* Mme Baussan.

Sanatorium Joffre, à Champrosay, par Draveil (Seine-et-Oise). Tél. automat. : DRAveil 109 et 112. — *Directeur :* M. Lanfranchi.

Médecin-chef : M. Nouvion ; assistants : MM. Blondeau, Chovelon, Guilbaud et Place-Verghne.

Consultation d'oto-rhino-laryngologie (malades hospitalisés) : M. Granet. — *Assistante de Pharmacie :* M. Lagarde.

Sanatorium Villemin, à Angicourt, par Liancourt (Oise). Tél. : 40, à Liancourt. — *Directeur :* M. Claude. — *Médecin-chef :* M. Braillon ; médecins-assistants : MM. Ronce, Crouzatier, Mme Crouzatier, M. Desvignes. — *Assistant de pharmacie :* M. J. Rucar.

u microscope peut être réalisée en tube, la lecture 'effectuant alors à l'aide d'un miroir concave, comme our la réaction de Kahn. Le Kline en tube donne des ésultats extrêmement nets, sa sensibilité et sa spécificité ont les mêmes que celles de la technique originelle ; il st spécialement adapté, en raison de sa facilité d'interrétation, au travail en grande série.

Les auteurs ont réussi à stabiliser la suspension antiénique, ce qui simplifie beaucoup l'exécution de la réacion réalisable ainsi à tout moment sans préparation préable.

Détermination de la masse sanguine chez le chien normal et chez le chien hémorragié. — MM. **Léon Binet** et **M.-V. Strumza** exposent la base d'une nouvelle méthode de détermination de la masse sanguine chez le hien. Ils obtiennent une valeur de $9.2 \pm 0{,}59$ pour 100 u poids comme moyenne de la masse sanguine chez 'animal normal.

Lorsque l'on pratique une hémorragie suraiguë et aussi omplète que possible, on retrouve les 2/5 de la masse anguine persistant dans l'organisme saigné à blanc.

Le rétablissement d'urgence de la masse sanguine, chez l'animal hémorragié. — MM. **Léon Binet** et **M.-V. Strumza** étudient la valeur des méthodes assuant le rétablissement de la masse sanguine chez l'animal témorragié. Le plasma ou sérum sanguin restent dans le ystème circulatoire. Le sérum physiologique qui a ermis d'abord de réanimer l'animal, quitte secondairenent la circulation.

L'addition de sang au sérum (sang dilué) permet la urvie définitive de l'animal, l'analyse du phénomène nontre que finalement le sérum dialyse et le sang est etenu dans les vaisseaux.

Sur l'origine du liquide formé dans l'intestin à la suite de la section des nerfs mésentériques. — MM. **Guillaume Valette** et **Raymond Gavier** montrent que la formation du liquide paralytique est soumise à 'action élaboratrice de la muqueuse intestinale et insistent sur la notion de perméabilité irréciproque de cette muqueuse pour le glucose, observée même chez des animaux rendus fortement hyperglycémiques.

La formation du liquide est bien due à la suppression le l'innervation de l'anse intestinale et non à l'irritation produite au niveau des filets nerveux au cours de leur ection.

Enfin l'action de l'atropine a permis aux auteurs l'éclaircir la nature du processus qui règle l'apparition le ce liquide. Le fait que la formation du liquide paralyique est complètement entravée chez les chiens atropiisés permet d'admettre que l'on est en présence d'une écrétion de la muqueuse et non d'une transsudation ésultant de la dilatation paralytique des vaisseaux.

A. Escalier.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

3 Mai 1945.

Notice nécrologique sur Sir Henry Head. — M. Lhermitte.

Exposé des travaux du fonds Charcot : Œdème cérébral et transsudats séreux ; les processus d'inhibition cérébrale. — M. J. **Gruner** montre que dans 'œdème cérébral s'associent à des degrés variables transudat et hydratation cellulaire. Les principaux types en ont :

a) L'œdème collatéral des tumeurs et des hémorragies : on note le gonflement par imbibition des tissus lacunaires, du centre ovale surtout ; selon leur siège et leur nature, es tumeurs sont plus ou moins œdématogènes ; les gliones vasculaires et certaines métastases sont parmi les umeurs celles qui donnent le plus d'œdème.

b) L'œdème inflammatoire (méningites, abcès, etc...) : a transsudation, l'amiboïdose gliale, la liquéfaction sont importantes et rapides ; le cortex et l'album sont atteints ; les infiltrats fusent à distance et provoquent une désintégration pseudo-laminaire.

c) Les œdèmes toxiques, infectieux, allergiques : ils sont liés à la vaso-dilatation brutale avec érythrodiapédèse ; les infiltrats des méninges, du cortex, des noyaux gris s'accompagnent vite de lésions cellulaires.

Au stade initial, la rétrocession peut être complète ; 'œdème n'est que l'exagération d'un processus physiologique normal ; à un stade ultérieur, la démyélinisation, a gliose amiboïde, la liquéfaction traduisent des lésions irréparables ; l'œdème-nécrose diffus ou avec dégénérescence collagène, sans nettoyage par des corps granuleux est l'aboutissant d'un œdème durable. L'œdème et les transsudats laissent en séquelle un état spongieux variable selon le siège, la rapidité et la durée et indépendant d'un territoire vasculaire.

Les transsudats, l'inhibition, la diffusion jouent un rôle dans le mécanisme et la topographie d'un certain nombre de processus anoxémiques (intoxication par l'oxyde de carbone, syndromes neuro-anémiques, pseudosclérose) et plus rarement dans d'autres affections.

Deux cas de petits abcès froids du canal rachidien simulant une lésion du disque intervertébral. — M. **Ferey** (Saint-Malo), rapporte deux cas de douleur sciatique à début brusque, avec accrochage lipiodolé au niveau du disque L3-L4, sans lésion osseuse visible sur les radiographies ; le diagnostic de lésion discale fut porté mais l'intervention montra un abcès froid entre le rachis et la dure-mère ; l'abcès fut cureté, sa cavité comblée par un bouchon musculaire et la dure-mère suturée ; la guérison persiste dans un cas depuis un an et dans l'autre depuis 5 mois. Dans un cas antérieur, où la cavité de l'abcès froid n'avait pas été comblée, une méningite tuberculeuse survint peu après l'intervention. En l'absence de lésion osseuse décelable, ces abcès froids doivent avoir leur point de départ dans les ligaments.

— Mme **Sorrel-Déjerine** a rapporté l'observation d'un mal de Pott dans lequel les radiographies n'avaient montré aucune lésion osseuse, même sur la pièce prélevée à l'autopsie ; or, la dissection a révélé l'existence d'un double foyer osseux.

Sur le traitement de certaines névralgies temporales. — M. **Guillaume** rappelle que Dandy a proposé de traiter les névralgies temporales par la section de la méningée moyenne, intervention qui supprime une partie des fibres qui innervent la méninge ; mais cette intervention ne donne que des résultats incomplets lorsque les névralgies sont antérieures, fronto-temporales ; il faut alors associer à la section de la méningée moyenne celle du contingent ophtalmique du trijumeau ; l'auteur a ainsi obtenu des résultats durables.

Sur un syndrome clinique caractérisé par une atrophie musculaire distale avec déformations des pieds, arthropathies, nodosités calcaires sous-cutanées, artérite calcaire et perturbation du métabolisme phospho-calcique. — MM. **Alajouanine** et **Boudin** présentent une malade ayant une amyotrophie distale en manchette des quatre membres avec grosses déformations des pieds, abolition des réflexes tendineux et fibrillations, des arthropathies d'un coude et du rachis, des nodosités calcaires sous-cutanées, une artérite calcaire des membres inférieurs, une calcification aortique et des perturbations du métabolisme phospho-calcique. L'étiologie de ce type clinique spécial reste indéterminée.

Tumeur perlée de l'angle ponto-cérébelleux. — — MM. **Alajouanine** et **Thurel** rapportent un cas de tumeur perlée de l'angle opérée avec succès ; une paralysie faciale périphérique à début brusque en avait été pendant 10 ans la seule manifestation, puis la symptomatologie s'était complétée par l'adjonction des troubles cochléo-vestibulaire et cérébelleux.

Lucien Rouquès.

SOCIÉTÉS DE PROVINCE

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON

7 Décembre 1944.

La mort du rein restant après néphrectomie pour tuberculose. — M. J. **Gibert** montre que l'urémie terminale relève parfois, à côté de la destruction du rein restant par le bacille de Koch, de sa destruction par urétéro-hydronéphrose ascendante dont la cause est trouvée dans un obstacle urétral, prostatique, cervical, vésical et surtout urétéral, par atrésie du méat urétéral au contact d'une vessie tuberculeuse. Discutant longuement ces différentes causes, l'auteur envisage le traitement applicable à chacune d'elles.

Un cas de gastrectomie totale. — M. P. **Bazin** (Voiron). Il s'agissait d'un cancer gastrique. Anastomose œsophago-jéjunale à la suture ; jéjunostomie au bouton, jéjunostomie d'alimentation. Trois mois plus tard, reprise de 14 *kg*.

Deux observations de tumeur bénigne, rares, du rectum (angiome et schwannome) traitées par amputation abdomino-sacrée. — M. P. **Santy**. La gravité des symptômes observés, l'excellence des résultats fonctionnels obtenus habituellement quand le sphincter est conservé, justifiait une exérèse large. De fait, le résultat fut chaque fois excellent.

Rupture par effort d'une rate saine. — M. **Desjacques**. L'accident survint au cours du travail chez un mineur de 40 ans, par simple contraction musculaire, semble-t-il. Splénectomie. La rate était anatomiquement et microscopiquement saine.

Sur une cicatrice douloureuse d'appendicectomie. — MM. **Desjacques** et **Jacquemet**. Après échec d'infiltrations novocaïniques répétées, la réintervention montra l'englobement de la branche génitale du génitocrural dans la cicatrice. Excision du nerf. Guérison.

A propos des accidents éloignés d'injection intra-artérielle de thorostrat. — MM. P. **Santy** et **Ph. Frieh**.

21 Décembre.

Enervation du genou par le procédé de M. Tavernier. — M. **Clavel**. Chez un homme de 60 ans, atteint d'arthrite chronique du genou, l'auteur sectionne les nerfs articulaires venus du sciatique poplité interne. Amélioration immédiate, mais l'observation manque encore de recul.

Tumeur conjonctive sur cicatrice d'appendicectomie. — M. **Santy**, sur un nombre très élevé d'appendicectomies, a observé deux fois une telle complication cicatricielle. Il s'agissait chaque fois d'appendicite suppurée.

Tumeur conjonctive sur cicatrice d'appendicectomie. — M. **Clavel**, à propos d'un cas qui récidiva deux fois, se demande s'il ne s'agissait pas là d'une coïncidence, la tumeur étant née peut-être aux dépens du tissu fibreux de la crête iliaque.

Urétérotomie terminale pour lithiase de l'uretère terminal. — M. **Perrin**, confirmant le travail de Leger et Germain (*Journ. Urologie*, 1944) et avec une observation à l'appui, pense que cette voie permet de guérir, sans grands risques, des malades qui ne pourraient supporter une intervention plus complète.

Perforation tuberculeuse de l'intestin grêle. — M. **Tissot** (Grenoble). Depuis 2 ans le malade présentait des troubles intestinaux. La perforation siégeait à 20 *cm*. du cæcum. Suture, drainage. Guérison.

Perforation de l'œsophage cervical consécutive à un corps étranger dégluti et compliquée de suppuration péri-œsophagienne, médiastinotomie cervicale, extraction du corps étranger. Guérison. — M. J. **Naulleau** (Angers).

21 Décembre 1944.

Maladie de Morton suivie d'une ostéite névralgique de la malléole péronière. — M. **Tavernier**. Une ultime radiographie montra enfin, après plus d'un an d'évolution, une petite tache opaque entourée d'une zone décalcifiée. L'ablation du noyau d'os compact qu'elle représentait amena radicalement la guérison.

Maladie ostéogénique avec exostoses multiples et luxation de la tête radiale droite et association d'un syndrome de paralysie obstétricale du membre supérieur droit. — MM. J. **Soustelle** et **Bardonnet**. Cette observation, ajoute M. Tavernier, plaide en faveur de l'origine congénitale de certaines paralysies obstétricales du membre supérieur.

A propos des ulcères peptiques après gastrectomie. — MM. **Santy** et **M. Latarget**. Dans l'observation relatée, il s'agissait primitivement d'un ulcus duodénal, traité par large gastro-duodénectomie, type Péan-Kocher-Santy. Un an plus tard, récidive clinique. Grosse niche duodénale à l'examen radiologique. Confirmation opératoire. Gastro-entéro-anastomose. Ce fut le seul cas observé sur une série de 200 gastrectomies réalisées suivant cette technique.

Ulcère peptique après gastrectomie, par le procédé de Kocher-Santy. — MM. **Desjacques** et **Gignoux**. L'ulcère peptique post-opératoire siégeait en amont de l'anastomose duodéno-gastrique. Gastrectomie itérative type Billroth II. Guérison.

Quelques réflexions au sujet de la myométrectomie. — M. **Cotte** pense que l'opération de Cirio permet d'étendre encore les indications de la chirurgie conservatrice dans le traitement des myomes utérins. On conserve ainsi une quantité suffisante d'endomètre nécessaire au bon fonctionnement de l'ovaire, alors que l'existence de myomes multiples au niveau de l'isthme ou du col conduirait à une hystérectomie subtotale ou totale.

Tumeur perforante de la voûte cranienne. — M. **Peycelon**. Il s'agissait trois fois de tumeur isolée où l'exérèse fut relativement aisée. Radiothérapie complémentaire. Sans conclure formellement, l'auteur pense qu'il s'agissait là de « myélome solitaire ».

4 Janvier 1945.

A propos de la myométrectomie. — M. A. **Chalier**. Moyen terme entre la myomectomie et l'hystérectomie, elle permet de conserver la synergie « ovaire-endomètre ». L'auteur expose enfin les indications des différentes techniques chirurgicales dans le traitement des fibromes utérins.

Tumeur perforante de la voûte du crâne. — MM. P. **Bertrand** et J. **Soustelle**. Il s'agissait d'un sarcome musculaire ayant perforé secondairement la voûte cranienne.

Calcul de l'ampoule de Vater. — MM. **Desjacques** et **Jacquemet**. Le calcul fut extrait par duodénostomie. En l'absence d'infection biliaire évidente, les auteurs terminèrent par une simple cholécystostomie. Guérison.

Calcul du segment pancréatique du cholédoque. — MM. **Desjacques** et **Jacquemet**. Extraction par cholédocotomie transpancréatique postérieure après décollement duodéno-pancréatique. Drainage du cholédoque *in situ*. Guérison.

Calcul de l'ampoule de Vater. — M. A. **Chalier**. Le calcul fut découvert par exploration lipiodolée d'une fistule biliaire 9 ans après une cholécystostomie pour cholécystite calculeuse aiguë. Duodénotomie, extraction de deux calculs par taille de l'ampoule, fermeture du duodénum. On se contente de la dérivation assurée par la fistule. Guérison.

Cancer d'une bouche de G. E. A. — M. **Delannoy** (Lille) pense qu'il s'agit dans ces complications exceptionnelles de l'évolution maligne d'un ulcère peptique post-opératoire méconnu.

Pneumatocèles intra-craniennes. — MM. **Ricard** et **Devic** présentent le 10e cas connu de pneumatocèle spontanée. Il s'agissait d'un ostéome du sinus frontal droit ayant ulcéré la dure-mère (pneumatocèle intradurale et extra-cérébrale). Guérison après résection de l'ostéome et suture de la brèche dure-mérienne.

Une deuxième observation relate l'histoire d'une pneumatocèle post-traumatique intra-cérébrale pure, après fracture s'étendant de l'ethmoïde au vertex. Cliniquement, intervalle libre de 2 ans, puis apparition de phénomènes hémiplégiques transitoires. La radiographie permit le diagnostic. Intervention. Guérison. Les auteurs combattent à ce propos la thèse abstentionniste défendue par Worms.

Il faut intervenir même s'il n'existe que des troubles encore légers.

Pancréatite hémorragique mortelle trois semaines après une gastro-duodénectomie pour ulcère duodénal. — MM. **Mansuy** et P. **Marion**.

R. Guillet.

CHRONIQUES
VARIÉTÉS • INFORMATIONS

La Maladie de la Canne de Provence

L'Arundo Donax, vulgairement appelé Canne de Provence, est une plante qui semble douée d'un certain avenir en papeterie. Notre industrie, privée de l'apport des pâtes de bois d'importation, s'est tournée vers les espèces indigènes capables de fournir des fibres convenables à la fabrication. Or, l'Arundo Donax donne une excellente fibre pour papier et même, dépouillée chimiquement de sa silice, procure un élément convenant à l'industrie des textiles artificiels. Des essais de fabrication ont été faits dans diverses papeteries et c'est à leur occasion que des troubles morbides sont survenus chez les ouvriers manipulant les Cannes, troubles bénins en eux-mêmes, mais assez importants pour entraver la fabrication par manque de main-d'œuvre.

La bibliographie en notre possession est uniquement française. Les circonstances présentes ne nous ont pas permis de faire des recherches dans la littérature étrangère et en particulier dans les ouvrages italiens. L'Arundo Donax est, en effet, utilisé assez largement en Italie et c'est un auteur de ce pays, Serra, qui a isolé la maladie de la Canne en 1898. En France, en 1906, Lévy-Sirurgue, dans un article de la *Gazette des Hôpitaux* sur les dermatoses professionnelles, décrit le « mal des Cannes de Provence ». En 1927, Courtois-Suffit, dans le *Traité d'hygiène industrielle* de Martin et Brouardel, donne à peu près la même description de « la maladie des cannissiers ». En 1936, Milian en fait un tableau très semblable dans le *Traité de Dermatologie*. En 1934, Margaret, Rimbaud, Ravoire et Delmas publient une observation de cette affection à la Société des Sciences Médicales et Biologiques de Montpellier. En 1943, Harant, Nguyen Duc et Huttel font une communication à la Société de Pathologie exotique. Enfin, en 1944, Duche, au laboratoire de mycologie de l'Hôpital Saint-Louis, fait des travaux très intéressants sur cette affection.

Par ailleurs, notre enquête a été faite dans les diverses usines utilisant la Canne de Provence. L'usine n° 1 emploie la Canne depuis plusieurs mois. Lorsque nous avions visité cette usine, il y a environ un an, nous nous étions déjà préoccupés de cette question, mais à l'époque aucun accident n'avait encore été observé et il en a été ainsi pendant plusieurs mois. Mais dans la suite, à plusieurs reprises, la fabrication a été gênée par la survenue de troubles morbides. La papeterie n° 2 a effectué des essais d'utilisation de la Canne à quatre reprises. A chacun de ces essais, sauf au premier, des accidents ont été observés. Dans l'usine n° 3, un seul essai fut fait, suivi d'accidents. Enfin, la papeterie n° 4 utilise depuis assez longtemps la Canne. La première année, de très gros ennuis sont survenus, mais depuis, grâce aux précautions prises, aucun ouvrier n'est plus atteint.

Etiologie et Pathologie. — L'Arundo Donax est une graminée de 2 à 5 *m.* de hauteur, comprenant d'une part, la tige en matière ligneuse qui se présente sous la forme d'un tube de 10 à 25 *mm.* de diamètre avec des nœuds espacés de 10 à 30 *cm*, et d'autre part, la feuille dont une partie est collée autour de la Canne et l'autre pendante sur une longueur de 20 à 30 *cm.* et une largeur de 2 à 5 *cm.* Elle pousse dans les terrains humides et les vases d'étangs et abonde dans la région méditerranéenne.

Elle appartient à une même famille avec d'autres roseaux parmi lesquels Arundo phragnitis, Arundo pliniana, etc... qui sont susceptibles elles aussi d'être utilisées en papeterie.

La Canne de Provence est utilisée depuis très longtemps pour divers travaux et ces cannissiers qui font l'objet des rapports de Lévy-Sirurgue et Courtois-Suffit s'en servaient pour la fabrication des canetis pour plafonds. Margaret et ses collaborateurs relatent l'observation d'un pépiniériste qui utilisait la Canne pour emballer des plants. Par ailleurs, la plante sert encore à la fabrication des cannes à pêche, des tuteurs pour arbres fruitiers, pour la protection contre le vent, etc... En papeterie, les accidents ne s'observent que chez les travailleurs manipulant la plante avant toute immersion. C'est au cours des transbordements, déchargements des wagons, transport du lieu de stockage à l'atelier de coupage-broyage et lors de cette dernière opération que les ouvriers peuvent être atteints. A partir du moment où les fragments de Canne sont immergés dans la lessive aucun trouble n'est plus à craindre.

La Canne n'est pas directement responsable des manifestations pathologiques qu'elle provoque et au contraire ne joue un rôle pathogène que par un champignon dont elle est vectrice, le parasite se développant sur les feuilles où il constitue une moisissure. En effet, on constate de loin en loin et en plus ou moins grande abondance deux variétés de taches, les unes blanchâtres, les autres noires. L'incertitude semble encore régner sur le véritable responsable des accidents. En effet, certains auteurs, en accord d'ailleurs avec la croyance populaire, attribuent les troubles à la moisissure blanche, alors que d'autres tiennent pour la moisissure noire. Par ailleurs, il faut noter que selon certains, seules les Cannes de deux ans seraient atteintes. Le parasite ne se développerait que sur les feuilles, à la base d'une tige âgée et surtout sur les feuilles fanées. Le fait demande à être confirmé, car il est d'une grande importance pratique; il suffirait, en effet, de n'employer que de jeunes tiges pour éviter les accidents.

La nature du champignon a été très diversement interprétée. Serra le dénomme Ustilago Hypotides de la famille des Ustilaginées, Lévy-Sirurgue et Courtois-Suffit en font le Sporotrichum Dermatodes. Harant et ses collaborateurs attribuent également l'affection à un Sporotrichum. Pour Duche, en réalité le véritable nom mycologique de ce champignon serait Coniosporium arundinis ou popularia arundinis.

Quoi qu'il en soit de sa nature exacte, il reste bien établi que c'est un champignon qui, en se disséminant dans l'air, provoque sur les ouvriers les accidents signalés. Il serait vain d'ailleurs de voir dans ces troubles une véritable mycose, dont comme nous le verrons ils ne possèdent aucun des caractères. Il semble plus exact de leur reconnaître une nature allergique ou toxique, mais cette donnée reste encore à préciser.

Conditions d'apparition. — Les manifestations pathologiques dues à la Canne de Provence semblent d'après notre enquête apparaître plus facilement dans certaines conditions. Plusieurs industriels sont d'accord pour admettre qu'elles sont particulièrement provoquées par les Cannes stockées depuis longtemps, surtout lorsque la plante a été emmagasinée encore humide et est restée ensuite longtemps exposée à la chaleur. Ceci explique que l'éclosion des troubles se voit plus particulièrement à l'automne, la Canne étant restée tout l'été exposée au soleil. C'est en Octobre-Novembre que les accidents sont survenus dans les papeteries n°s 1 et 3. Dans l'usine n° 1 cela est très net, cette usine utilisant la Canne depuis plusieurs mois sans incidents et n'ayant fait connaissance avec eux qu'en Septembre, en employant des roseaux stockés depuis Mai. Dans l'entreprise n° 2, alors qu'un premier essai en Mai s'était déroulé sans incident, au deuxième, fin Août, la presque totalité des travailleurs fut atteinte et la fabrication fut interrompue. Ultérieurement, deux autres tentatives furent faites, immédiatement arrêtées par les incidents qui se produisirent. Par contre, dans la papeterie n° 4, les troubles ont été observés au printemps avec des Cannes stockées depuis l'automne précédent.

Il semble qu'il n'y ait à l'égard de la maladie ni sensibilité, ni immunité individuelle. Lorsque les accidents surviennent, l'équipe de travail est touchée dans sa totalité. Cependant, à Angoulême, sur les quinze hommes et les deux femmes employés à ce travail, un homme et les deux femmes furent indemnes. Par ailleurs, il nous est signalé que les blonds sont plus fortement atteints, mais c'est un fait commun que ces sujets sont plus sensibles aux irritations cutanées. Il y aurait peut-être également des différences raciales et les annamites et les arabes seraient peu touchés.

Nous avons cherché à savoir si une atteinte antérieure provoquait une immunisation ou une sensibilisation, mais nous n'avons pour l'instant aucune information suffisamment sûre pour en faire état. Mais c'est un problème qui doit être examiné, étant donné son importance pratique.

Etude clinique. — Les caractères de la maladie sont bien connus, et il suffit de les rappeler. Parfois le début est rapide (quelques heures après la manipulation des Cannes), parfois c'est en deux à trois jours que s'installe l'éruption qui est alors précédée de quelques symptômes généraux, céphélalgie, courbature, élévation thermique.

Les lésions s'observent essentiellement à la racine des cuisses et aux organes génitaux. Le scrotum est le siège d'un érythème avec gonflement considérable des bourses rendant la marche impossible. Les parties découvertes : face dorsale des doigts et des mains, avant-bras, visage, ainsi que les aisselles sont également atteintes. La peau se couvre de plaques érythémateuses avec œdème des téguments. Puis en deux à trois jours sur ces plaques apparaissent de fines vésicules plus ou moins confluentes qui se rompent en donnant lieu à des croûtes. Rarement les vésicules se transforment en pustules. L'éruption s'accompagne d'un prurit intense avec sensation de cuisson. Les muqueuses peuvent être touchées et il est fréquent d'observer de la conjonctivite, de la rhinite avec écoulement nasal parfois sanguinolent, de la pharyngite, voir de la trachéo-bronchite. Cette atteinte des muqueuses a été nettement plus grave dans certaines usines que celle des téguments.

L'évolution est toujours bénigne. La guérison survient dans des délais variant de une à trois semaines. Parfois le prurit persiste encore quelque temps après la disparition de l'éruption.

Le traitement appliqué est généralement extrêmement banal : désinfection et lavage avec des solutions antiseptiques, application de pâte à l'eau. Parfois un véritable traitement étiologique a été tenté : teinture d'iode localement et iodure de potassium *per os*. En réalité, il semblerait plus favorable alors d'essayer l'effet d'une thérapeutique par les antihistaminiques de synthèse.

Prophylaxie. — Affection essentiellement bénigne, la maladie de la Canne de Provence peut par sa répétition, être une gêne extrême au point de vue industriel. Elle a dans certaines usines provoqué l'arrêt de la fabrication par manque de main-d'œuvre, mais elle peut être efficacement combattue par un certain nombre de mesures prophylactiques.

Tout d'abord le stockage semble devoir être fait suivant des conditions déterminées :

1° Depuis l'apparition des feuilles jusqu'à leur chute, les roseaux récoltés sont passés directement en fabrication. S'il doit s'écouler un certain délai entre la coupe et le ramassage, les fagots son

laissés sur place, mais jamais mis en tas plusieurs jours avant leur enlèvement par camion.

2° Tous les roseaux récoltés en période favorable devant constituer la réserve sont stockés par temps sec à l'intérieur dans une position aussi verticale que possible en ménageant des couloirs d'aération entre les lots.

L'utilisation des Cannes doit également observer certaines précautions :

1° L'arrosage des Cannes avant la manipulation est déjà préconisé par Lévy-Sirurgue ; empêchant les parasites de se disséminer dans l'atmosphère, il diminue les risques de troubles. Il peut être pratiqué simplement avec de l'eau ou être fait avec des produits divers : eau de Javel, solutions anticryptogamiques.

2° Les Cannes peuvent être passées dans des dépoussiéreurs de grande dimension. Ce temps n'a d'intérêt que s'il précède le travail des coupeuses-broyeuses. Par contre, la ventilation de la salle où se pratique le coupage est de grande utilité.

3° Le port de masques, de gants et de vêtements protecteurs serrés aux chevilles et aux poignets semble une excellente mesure de protection. Nous croyons moins par contre à l'efficacité des pommades protectrices.

4° Certaines usines utilisent après le travail le dépoussiérage des vêtements et le lavage avec une solution d'hypochlorite de chaux. Si la douche après le travail est à tous points de vue à recommander, il ne nous semble pas logique d'appliquer de l'hypochlorite sur des téguments déjà irrités.

L'important à noter au point de vue industriel est que partout où des mesures de prévention ont été appliquées l'affection a pratiquement disparu et la marche de la fabrication n'est plus entravée.

Problème médico-légal. — Il n'est pas inutile de discuter si la maladie des Cannes de Provence relève de la législation sur les accidents du travail ou de celle sur les maladies professionnelles.

En effet, l'accident du travail n'implique pas à fortiori le traumatisme ; il signifie simplement, (définition de la Cour de Cassation), action soudaine et violente d'une cause extérieure. Or, il est incontestable que les manifestations pathologiques dues à l'Arundo Donax surviennent parfois avec une brutalité déconcertante puisque pendant des mois, la même matière était utilisée sans incident. Il est d'ailleurs des exemples faisant jurisprudence de « maladies » indemnisées comme accidents du travail.

Mais qu'un événement soit rapide dans son apparition ne signifie pas qu'il faut l'éliminer en tant que maladie professionnelle. En effet, certaines affections actuellement indemnisables ont un caractère incontestablement brutal tel que l'ivresse benzolique.

En réalité, le meilleur élément distinctif entre accident et maladie semble être le caractère inopiné et imprévisible de l'événement. Or, s'il n'est pas possible actuellement de prévoir qu'un stock de Cannes va déterminer des accidents, il est aisé de deviner qu'une fois ces accidents déclenchés ils continueront à se produire avec les mêmes stocks. Il nous semble donc bien démontré que les manifestations pathologiques de la Canne constituent une « maladie professionnelle ».

Comment peut donc s'envisager la réparation de cette affection ? Elle n'est inscrite ni sur la liste des maladies à déclarations obligatoires, ni sur celles actuellement indemnisables (car on ne peut la faire entrer dans le cadre des dermatoses chroniques). Mais l'employé peut toujours se retourner contre l'employeur en invoquant le droit commun. Et il a droit à être pris en charge par les Assurances sociales, en attendant le résultat de la jurisprudence.

Mais il est certain qu'il serait souhaitable que le mal de la Canne de Provence soit inscrit parmi les maladies professionnelles indemnisables et, pour arriver à ce but, nous ne saurions trop recommander de déclarer à l'Inspection du Travail tous les cas de cette affection qui surviendront.

Avant de conclure, nous voudrions ajouter que la maladie de la Canne de Provence ne résume pas toute la pathologie de ce végétal. En effet, il nous est signalé que les blessures provoquées par cette plante sont assez ennuyeuses par leurs complications. C'est un fait bien connu que l'agent traumatisant joue un rôle dans l'évolution de la plaie et on n'ignore pas par exemple avec quelle fréquence certains alliages tels que le dural donnent des complications infectieuses. Il semble en être de même pour certains végétaux et la Canne de Provence (ainsi que l'alfa) en serait un exemple, les blessures faites par un éclat de la plante s'infectant à peu près fatalement.

Tel est le tableau général des troubles morbides dus à l'Arundo Donax.

Il faut surtout en retenir que ces troubles sont en définitive bénins, mais peuvent provoquer une gêne sérieuse dans le travail d'une entreprise. Ceci ne saurait en rien freiner l'emploi de ce roseau comme élément de remplacement ou même interdire d'envisager son emploi sur une large échelle après la guerre. En effet, dès maintenant on dispose de moyens de prévention assez sûrs (et pouvant encore s'améliorer) pour être certain d'assurer une marche normale de fabrication.

R. Génévrier (Paris)

Ernest Sacquépée

(1874-1944)

Avec le médecin général inspecteur Ernest Sacquépée, qui vient de s'éteindre après une longue maladie, disparaît un des savants les plus connus en matière de bactériologie, d'hygiène et d'épidémiologie.

E. Sacquépée né à Nielles-lès-Andres, dans le Pas-de-Calais, le 14 Mars 1874, aîné d'une nombreuse famille, quitte de bonne heure le milieu familial pour entrer comme interne au Collège d'Arras où il emporte tous les premiers prix. Attiré par la médecine il demande alors à l'Armée, comme beaucoup d'étudiants aux ressources modestes, les moyens d'acquérir le diplôme qu'il convoitait.

Après avoir commencé ses études médicales à Lille, il est admis en 1893 à l'Ecole du Service de Santé de Lyon où il se fait remarquer par sa modestie et sa maturité d'esprit. En 1897, il sort major de promotion de l'Ecole d'Application du Val-de-Grâce. Il est alors attaché au laboratoire de bactériologie de cet établissement et cette première affectation va décider de l'orientation de sa carrière. Elève assidu de l'Institut Pasteur, guidé par un maître de valeur, le Prof. Vaillard, il s'initie rapidement aux techniques de laboratoire.

En 1899, il est désigné pour prendre le laboratoire de bactériologie de Rennes. Dans cette région de l'Ouest où sévissaient les infections typhoïdiques, il entreprend avec Bodin et surtout avec Chevrel l'étude clinique et bactériologique de ces maladies. Professeur agrégé du Val-de-Grâce en 1906, il est nommé à la chaire d'hygiène. Sa valeur et son autorité s'étaient déjà affirmées dans le monde scientifique. C'est ainsi qu'en 1900 (Sacquépée n'avait alors que 26 ans) le Dr Roux demandait à la Direction du Service de Santé au Ministère de la Guerre sa mise hors cadres pour lui confier la direction du Service antirabique de Constantinople.

... « J'ai pu apprécier l'instruction bactériologique et le caractère de M. Sacquépée, écrivait l'éminent Directeur de l'Institut Pasteur, vous penserez comme moi qu'il serait honorable pour un médecin militaire de collaborer à cette diffusion de l'influence française. » Les dispositions réglementaires s'opposèrent à cette nomination.

En 1911, comme médecin major de 1re classe, il part diriger la mission de prophylaxie contre la peste qui régnait au Maroc aux Doukkalas. Il tire de ces observations épidémiologiques, avec Garcin, des notions entièrement neuves concernant les réservoirs de virus et la transmission de cette maladie, notamment la contagion interhumaine par les ectoparasites de l'homme. Pendant la guerre 1914-1918, d'abord médecin chef de l'ambulance 11/3, le médecin major Sacquépée prend ensuite la Direction du Laboratoire d'armée de la IVe armée. Un nouveau et vaste champ d'observations et de recherches s'ouvre devant lui : la plaie de guerre. En 1920, ses travaux le désignent tout naturellement pour occuper la chaire d'hygiène et de prophylaxie au Val-de-Grâce.

Promu médecin général en 1925 et médecin général inspecteur en 1930, il succède au médecin général inspecteur Vincent à la Direction du Laboratoire central de recherches bactériologiques et de sérothérapie de l'armée et à l'inspection des services d'hygiène et d'épidémiologie de l'armée, postes qu'il occupera jusqu'en 1936 date de son passage au cadre de réserve.

Les dernières années de sa carrière militaire furent tout aussi laborieuses et fécondes que les premières. Entre deux inspections dans les différentes garnisons de France où la situation épidémiologique nécessitait sa présence, E. Sacquépée reprenait la recherche un moment interrompue, s'informant auprès de ses collaborateurs des résultats de l'expérience en cours ; en quelques mots précis, il redressait l'erreur et indiquait la route à suivre. Le 2 Septembre 1939, M. Sacquépée reprenait les mêmes fonctions. Jusqu'en Juin 1940, entouré de collaborateurs comme Stodel, Bonnet, Gastinel, Reilly et de son vieil ami Chevrel, il dirigea l'activité du laboratoire central de l'armée.

Commandeur de la Légion d'honneur, décoré de la Croix de Guerre, le médecin général inspecteur Sacquépée, membre du Comité consultatif de Santé, membre du Conseil supérieur d'Hygiène publique de France, avait été élu membre de l'Académie de Médecine en 1934.

Les principaux travaux d'E. Sacquépée peuvent se classer entre quatre grands chapitres : les infections paratyphoïdes et la fièvre typhoïde, l'infection des plaies de guerre, l'hygiène générale, enfin l'étude de diverses maladies infectieuses.

Après avoir signalé, en 1905, la fréquence relative des infections paratyphoïdiques, il fait connaître de nouveaux procédés de laboratoire permettant la différenciation de l'agent pathogène, il précise, à la suite d'enquêtes épidémiologiques menées avec rigueur, les modes de propagation par l'eau ou par les porteurs de germes.

L'évolution biologique des plaies de guerre n'avait donné lieu avant la guerre 1914-1918 à aucune étude suivie. E. Sacquépée combla cette lacune. Il étudie l'infection de la plaie dans son ensemble, précise l'horaire de la multiplication apparente des germes aérobies et anaérobies. Mais ce sont principalement ses études sur la gangrène gazeuse qui sont restées classiques. Avant 1914, cette redoutable infection était peu connue ; il décrit, à côté de la forme gazeuse, la forme œdémateuse (érysipèle blanc). Il montre que la maladie est avant tout toxique, provoquée dans la forme œdémateuse, par un germe nouveau qu'il isole, identifie et auquel il donne le nom de *Bacillus bellonensis*, connu aujourd'hui sous le nom de *Bacillus œdematiens*.

Parmi les travaux si nombreux et si variés consacrés par E. Sacquépée à l'hygiène, il faut surtout citer ceux relatifs à l'étude étiologique des empoisonnements alimentaires qu'il fut le premier à aborder en France. En matière d'hygiène militaire, il est peu de problèmes qu'il n'ait abordés ; hygiène des camps, épuration des eaux potables, désinfection et désinsectisation, ration alimentaire du soldat en campagne et vitamines.

Cet aperçu rapide des travaux d'E. Sacquépée serait incomplet s'il n'était parlé de ses études sur les maladies infectieuses. Outre la peste, ses recherches les plus originales portèrent sur les infections streptococciques et la scarlatine. L'épidémie mondiale de psittacose de 1929-1931, les infections pneumococciques, la grippe, les méningites furent aussi l'objet d'études particulièrement poussées au point de vue étiologique. Enfin, la mise en pratique de la vaccination associée triple lui permit, avec Jude, de montrer l'efficacité des procédés d'immunisation préconisés par Ramon et Zoeller.

J'ai dit précédemment l'estime et la notoriété dont jouissait E. Sacquépée dans les milieux scientifiques. Il fut appelé à rédiger de nombreux articles pour divers traités de médecine. Il collabora au *Nouveau Traité de Médecine*, au *Traité de Médecine et de Thérapeutique*, au *Traité du Sang*, au *Cours d'Hygiène* de Léon Bernard et R. Debré, etc... Mais il me faut surtout signaler, pour terminer, la rédaction, avec le Prof. Dopter, du *Précis de Bactériologie*, ouvrage aujourd'hui classique, bréviaire des bactériologistes.

L'œuvre si variée, si pleine, si vivante, qu'il laisse derrière lui, le médecin général inspecteur Sacquépée l'a accomplie sans bruit. Dès le début de sa carrière, ses chefs notent à la fois son ardeur au travail, la rectitude de son jugement, la fermeté de son caractère et sa modestie. C'était un timide, et comme il arrive fréquemment, il réagissait contre cette timidité par un abord réservé, quelquefois bourru. Certains ne l'ont connu que sous cet aspect un peu rude qui cachait en réalité une exquise sensibilité et une grande bonté que connaissaient bien ceux qui avaient l'honneur de vivre dans son intimité.

Sa silhouette était trapue, robuste ; son visage coloré, barré autrefois de moustaches à la gauloise qu'il avait depuis sacrifiées à la mode, était éclairé

par des yeux bleus enfoncés sous des sourcils broussailleux; son regard lumineux reflétait bien la fraîcheur de son esprit. C'est ce regard que j'ai retrouvé après plusieurs années d'absence, quelques semaines avant la mort de ce travailleur infatigable, que l'inexorable maladie avait fini par user.

Le 8 Décembre 1944, à l'Hôpital du Val-de-Grâce, il s'éteignit doucement, au milieu des siens, de Madame Sacquépée qui, jusqu'à la fin l'entoura de soins attentifs, de ses enfants auxquels il avait consacré toutes les heures que le laboratoire ne lui réclamait pas. Dans l'intimité du foyer s'épanouissait la masse des sentiments affectifs qu'il portait en lui et qu'il prodiguait à ses amis et à ses élèves. Aussi sa fin a-t-elle été douloureusement ressentie par sa famille, par ses fils, fiers du noble héritage légué par ce savant dont le Corps de Santé Militaire s'énorgueillit à juste titre et dont il gardera pieusement le souvenir.

Lucien Jame.

H. Tillé

(1901-1945)

H. Tillé, chef de laboratoire aux Quinze-Vingts, prit part avec la 2e D. E. O. où il s'était engagé, aux combats de Royan. On le vit, le 15 Avril, traverser à la nage une zone couverte de mines pour porter secours à des blessés; le 16, il voulut faire partie d'une reconnaissance; il y fut tué.

Avec d'autres travaux, Tillé laisse le bel « Atlas d'ophtalmoscopie photographique » édité chez Masson en collaboration avec Couadau.

Il avait gardé l'ardeur et la droiture de l'enfant, confondant quelquefois rêve et réalité. Sa mort héroïque ne surprendra pas ceux qui l'ont connu.

Bailliart.

L'aide alimentaire Américaine aux Pays libérés

La satisfaction des besoins urgents en blé de l'Europe libérée est un problème de transport plutôt qu'un problème de production, car la production mondiale dépasse de plus de 109 millions d'hectolitres l'ensemble des besoins. Les besoins actuels pour 1945 de l'Europe libérée, en blé et en farine, s'élèvent à environ 136 millions, ceux de l'Angleterre et d'autres pays importateurs s'élèvent à 100 millions d'hectolitres.

Des mesures sont prises pour transporter 62,7 millions d'hectolitres de blé et 31 millions d'hectolitres de farine des Etats-Unis. 109 millions d'hectolitres de blé et 11 millions d'hectolitres de farine du Canada, pendant l'année 1945 aux pays libérés et aux autres pays importateurs.

Les sacs et les facilités de mise en sacs en Amérique du Nord ne suffisent pas à la manipulation de cette importante quantité de blé. Il faut augmenter la capacité des transports de blé dans les ports d'Europe.

La production de viande en 1945 dans le monde libre sera inférieure à celle de 1944. Cette diminution de production est le résultat de la sécheresse en Australie et en Amérique du Sud, de l'abatage des porcs aux Etats-Unis et au Canada par suite de l'épuisement des stocks alimentaires. De plus, l'augmentation des revenus des citoyens « qui ne peuvent les dépenser en frigidaires, en automobiles, en postes de radio » a provoqué une plus grande consommation de viande, et les Etats-Unis en ont expédié, pendant le premier trimestre 1945, 315.000 tonnes à l'U. R. S. S. et à l'Angleterre, pendant le deuxième trimestre, 135.000 tonnes à l'U. R. S. S., 1.250 tonnes à l'Angleterre.

En ce qui concerne les régions libérées, il sera nécessaire de mettre en conserve une grande partie, sinon la totalité, de la viande qui leur est destinée, car les entrepôts et les facilités de transport ne permettent pas de manipuler beaucoup de viande fraîche.

Comme l'intensification de la guerre dans le Pacifique augmentera la demande des forces armées en viande de conserve, il n'est pas sûr que la production américaine suffise aux demandes des forces armées et des régions libérées. Cependant les Etats-Unis feront un effort pour fournir de la viande de conserve aux régions libérées au cours du quatrième trimestre de 1945.

Le sucre. — Avant la guerre la consommation par tête, aux Etats-Unis et au Canada, était de peu inférieure à 45 kg. par tête et par an et en Angleterre quelque peu supérieure à 45 kg. En 1944, la consommation civile aux Etats-Unis était en moyenne de 40 kg. par tête, au Canada de 38 kg., en Angleterre de 32 kg. Ces trois pays sont importateurs pour 85 pour 100 de leurs besoins. La consommation mondiale a été, en 1944, de 13,5 millions de tonnes. La production pour 1945 sera probablement de 13 millions. Il faudra que ces trois pays diminuent encore leur consommation de sucre.

Graisses et huiles. — Dans la plus grande partie de l'Europe libérée la production de graisses et d'huiles est déplorablement faible. On estime que sous l'occupation allemande les fournitures par habitant, dans les pays comme la France, la Belgique et les Pays-Bas étaient inférieures à 9 kg. par an et n'atteignaient que 40 pour 100 du niveau d'avant-guerre. La situation a empiré depuis la libération. Une partie de la production a été détruite pendant les combats ou confisquée par les nazis.

Les Etats-Unis sont de grands consommateurs de graisse et d'huile. Avant guerre la production en corps gras comestibles s'équilibrait avec la consommation, qui était de 20 kg. par tête et par an. En 1944, la consommation n'était plus que de 18 kg. 900. En 1945, la production sera inférieure aux autres années en raison de la diminution du troupeau porcin par suite de l'épuisement des réserves alimentaires dont on disposait au début de la guerre.

Pour pouvoir envoyer à l'Europe libérée 800.000 tonnes de graisses et d'huile, comme ils l'ont prévu à leur programme de reconstruction, il faudra que les citoyens des Etats-Unis limitent leur consommation à 16 kg. par tête.

A. P.

(D'après les Services américains d'information.)

Correspondance

A propos de l'article de M. Raphaël Massart sur « **Les diastasis sacro-iliaques** ».

J'ai, au cours de ces dernières années, depuis 1940, publié une série de travaux sur la laxité ligamentaire et fait faire à mon élève Maizin une thèse sur le même sujet.

Il semble que l'étiologie de la laxité ligamentaire — dont une des localisations les plus fréquentes est en effet le diastasis sacro-iliaque — soit lié à des troubles endocriniens et, avant tout, à des dysfonctions de l'hypophyse.

En effet, il semble qu'il y ait un parallélisme absolu entre l'accentuation des symptômes cliniques fonctionnels observés et la courbe de la folliculine. En période d'hyper-folliculinisme les laxités s'accentuent et le blocage de l'hypophyse, soit par la radiothérapie, soit par une hormonothérapie intensive de blocage, donne de bons résultats.

Le processus évolutif de cette affection est toujours le même. Il y a une laxité ligamentaire, secondairement apparaissent les lésions cartilagineuses qui précèdent de peu les lésions osseuses qui se traduisent par des transferts calciques appréciables radiologiquement. Les douleurs apparaissent lorsque le cartilage souffre et plus encore lorsque l'os se décalcifie.

La thérapeutique de cet état doit être endocrinienne puis, à un stade avancé, orthopédique, et chirurgicale le plus souvent.

Il est en effet exact de constater que ce sont presque toujours les femmes qui souffrent le plus de ces diastasis. Néanmoins j'ai observé plusieurs cas de laxité ligamentaire familiale où des enfants des deux sexes présentaient les mêmes lésions.

J.-A. Huet.

Erratum

Dans l'article de M. Servelle, sur **la veinographie**, paru dans notre n° 26 de 1945, p. 353 et 354, les légendes des figures ont été interverties. Les 2 clichés de la page 353 se rapportent à la première observation tandis que les 2 autres, page 354, se rapportent au second cas.

Livres Nouveaux

L'urographie intraveineuse (U. I. V.), par Bernard Fey et Pierre Truchot. 1 vol. de 214 pages, illustré de 242 reproductions de radiographies (*Masson et Cie*, éditeurs), Paris, 1944. — Prix : 320 fr.

Il faut au radiologue beaucoup de soins pour faire une urographie intraveineuse, et à l'urologue beaucoup d'expérience pour en tirer tous les renseignements qu'elle peut donner. Ces réserves faites, on est en droit de proclamer hautement avec MM. Bernard Fey et Truchot, l'immense valeur de l'urographie dans le diagnostic urologique. Cependant, même au bout des quinze ans qui ont passé depuis que l'urographie est d'un emploi courant, tous n'en sont pas encore convaincus. Sous prétexte qu'on lui a fait dire beaucoup plus ou beaucoup moins qu'elle ne saurait le faire. Bien des spécialistes restent encore sur cette méfiante réserve qui est devenue l'attitude de la médecine française devant toute innovation, depuis que l'art d'exposer les faits y a relégué au dernier plan celui de les faire surgir et parler. Le livre de MM. Bernard Fey et Truchot sera l'antidote de cette méfiance et de cette réserve. La technique de l'urographie y est décrite avec tant de soins et dans de si humbles détails qu'il faudra un véritable don pour ne pas y réussir. Il y est ensuite démontré que l'urographie intraveineuse est une exploration sans danger; qu'elle est toujours possible. Si ses résultats ne sont pas toujours suffisants, si son « test photographique » manque de sensibilité, si elle est une exploration complexe et si l'interprétation de ses résultats est difficile, elle est, en revanche, une *exploration complète*: elle permet une *étude physiologique* en même temps qu'une *étude anatomique* de l'appareil urinaire. Elle renseigne non seulement sur la morphologie des cavités rénales et de l'uretère, mais encore sur l'étude de la sécrétion rénale : sécrétion globale, sécrétion des reins séparés pour laquelle elle donne deux tests, l'un est très simple : comparaison de l'intensité des deux ombres séparés pour laquelle elle donne deux tests ; l'un est moins sensible que l'autre (test de Ravasini) qui consiste en l'appréciation de la précocité de l'apparition de l'opacité dans chacun des deux bassinets. Neuf fois sur dix, d'ailleurs, ces deux tests concordent. Parfois l'urographie montre le rein lui-même (néphrographie) avec une extrême netteté, alors que rien n'apparaît dans le bassinet. Il n'a pas encore été tiré de ces néphrographies toutes les conclusions qu'on est en droit d'en attendre. L'urographie renseigne encore sur l'état des fonctions musculaires urétéro-pyélo-calicielles (tonicité, contractilité). Elle est enfin capable de fournir des renseignements, anatomo-physiologiques eux aussi, sur la vessie et sur l'urètre (urographie mictionnelle).

Ces généralités exposées avec autant de clarté que de précision, MM. Bernard Fey et Pierre Truchot étudient avec les mêmes qualités les données de l'urographie dans l'exploration des différentes affections urinaires. Partant des données fournies par l'exploration de l'appareil urinaire normal, ils interprètent les urogrammes obtenus dans les malformations pyélo-rénales, les néphrites, les traumatismes, les tumeurs solides et liquides du rein, les pyonéphrites, les pyélites, les pyonéphroses, la tuberculose, la lithiase rénale et l'hydronéphrose. Ils terminent leur ouvrage en étudiant le retentissement rénal des lésions de l'appareil urinaire inférieur.

Une seule critique de détail est à faire à ce livre : le chapitre de la périnéphrite suppurée y a été omis. Cependant l'urographie y donne parfois un renseignement précieux : la silhouette rénale, opacifiée par le ténébry. (néphrographie) se trouve séparée par une zone de moindre opacité (collection, foyer infectieux périnéphrétique) de l'ombre claire du côlon.

C'est la seule et bien légère critique à faire à un livre dont la présentation, la typographie et l'illustration sont au-dessus de tout éloge : l'éditeur est parvenu à rendre lisibles les reproductions de 242 clichés d'urographie, ce qui est un tour de force sur lequel nous ne sommes pas encore blasés.

G. Wolfromm.

Précis de Chimie biologique et médicale, par G. Florence. Un volume de 1.200 pages avec 187 fig. (*Librairie Maloine*, éditeur, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris). — Broché, 440 fr. ; cartonné 480 fr.

Comme l'indique son auteur, mon excellent ami, le professeur G. Florence, ce livre est le reflet de l'enseignement donné aux étudiants de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon, et l'on sait la valeur de ce enseignement dispensé avec tant de maîtrise par notre collègue depuis déjà bien des années.

Dans ce précis, on trouve exposés dans un style clair et sous une forme concise, les problèmes les plus importants de la Biochimie que l'auteur sait parfaitement mettre à la portée de ses lecteurs en extrayant la « substantifique moelle » de l'abondante littérature parfois confuse qui constitue la documentation biochimique actuelle. Ce n'est certes pas là le moindre mérite de G. Florence, d'avoir su, grâce à ses magistrales qualités pédagogiques, accomplir une œuvre de synthèse aussi parfaite. C'est ce que j'aurais voulu exprimer de vive voix à l'auteur dès que j'ai reçu et lu ce Précis ; hélas notre collègue est actuellement déporté et c'est en lui adressant le témoignage de ma très cordiale sympathie et en lui souhaitant un prompt retour que je tiens à terminer cette courte notice sur un Précis qui intéressera certainement tous les lecteurs curieux de connaître le problèmes les plus actuels de la biochimie.

R. Fabre.

Les applications de la génétique à la médecine par Maurice Lamy. 145 pages (*Doin et Cie*, édit., 1944)

Ce petit livre expose clairement les notions de génétique qu'un médecin ne peut plus ignorer à l'heure actuelle et qui le rebutent souvent par leur complexité et le caractère ardu de leur étude.

Sont envisagés successivement l'hérédité dominante l'hérédité récessive, l'hérédité liée au sexe, la liaison entre les gènes, les allélomorphes multiples, les effet du gène et leurs variations, les anomalies dans le mécanisme chromosomique.

Les chapitres des mutations spontanées et des mutations provoquées, celui des rapports entre l'hérédité et le milieu ambiant viennent ensuite.

Le médecin parcourra avec intérêt le panorama de la pathologie héréditaire et les notions actuellement connues que nous possédons sur la transmission de certaines maladies.

Débarrassée de la partie technique et théorique qui en rend l'abord difficile, la génétique est mise ainsi à la portée de tous.

Robert Clément.

INFORMATIONS

CONSEIL RÉGIONAL DES MÉDECINS

Région de Paris

Séances des 10 et 24 Juin 1945.

Dans sa séance du 10 Juin 1945, le Conseil Régional es Médecins a examiné les dossiers de 14 médecins do ı région Parisienne inculpés d'abus dans la délivrance e certificats de suralimentation.

Le Conseil a décidé que pour 4 de ces médecins il n'y vait lieu de prononcer aucune sanction.

Il a été prononcé pour les 10 autres médecins des eines allant de l'avertissement en Chambre du Conseil l'interdiction de l'exercice de la profession pour une ériode de six mois.

Au cours de sa séance du 24 Juin 1945 un médecin ondamné pour les mêmes infractions s'est entendu onfirmer une peine infligée précédemment avec une ggravation portant ainsi la suppression du droit d'exer- :er à une durée de quinze mois.

Au cours de sa séance du 24 Juin 1945, le Conseil Régional des Médecins a émis le vœu suivant qui a été ransmis à M. le ministre de la Santé, constatant :

« Que malgré la libération de la France et la cessation les réquisitions allemandes, la ration alimentaire de la population demeure notoirement insuffisante, qu'elle s'est accompagnée cet hiver, pour la première fois, d'un manque total de chauffage, qu'il est possible qu'il en soit de même l'hiver prochain.

« Qu'ainsi cette population se trouve obligée :

Soit de recourir au « marché noir », quand ses moyens de fortune le lui permettent ;

Soit de recevoir des colis familiaux quand cela lui est possible, ce qui n'est pas le cas pour tous ;

Soit de demander aux médecins des certificats de suralimentation.

Faute de quoi elle est réduite à la famine.

Situation d'autant plus tragique que l'on peut lui opposer une classe de privilégiés groupant près d'un million d'individus dans la seule région parisienne, se nourrissant en effet dans les cantines, mess, coopératives ou restaurants affiliés à certains groupements.

« Devant un tel état, le Conseil Régional des Médecins estime que son rôle serait grandement facilité par *une égalité dans les rations alimentaires, exception faite pour les enfants, J 3, les femmes enceintes, mères nourrices, régimes de malades et régimes des travailleurs de force, prisonniers et déportés.*

LES MÉDECINS et les États Généraux de la Renaissance Française

De plus en plus, la profession médicale devient une fonction sociale. De plus en plus, la société, dans ses manifestations les plus variées, fait appel aux médecins. Cette notion prend corps, à savoir que la maladie ne doit pas constituer une catastrophe pour celui qui en est atteint ; que la santé individuelle n'est pas un problème personnel, mais un problème social. Et la notion de la création d'un système de sécurité sociale au point de vue sanitaire s'impose avec une urgence croissante et devient réalité dans nombre de pays.

Dans le rouage chaque jour plus complexe de la société humaine, le médecin est devenu le conseiller et le technicien indispensable. L'école, l'usine, la pouponnière, la crèche, les groupements sportifs, les administrations ne peuvent concevoir leur fonctionnement sans la participation du médecin.

Ces quatre années d'occupation, de prison, de camp de concentration, de déportation, de misère physiologique ont terriblement atteint la santé physique et morale de notre pays, pour ne citer que les ravages de la tuberculose et l'augmentation du nombre des enfants délinquants. Il faudra de grands efforts pour guérir ce mal. Dans le domaine sanitaire, comme dans les autres, les besoins d'une rénovation, d'une réorganisation large et énergique s'imposent d'une façon impérieuse.

C'est pourquoi nous, médecins, ne pouvons qu'applaudir à l'idée des Etats Généraux de la Renaissance Française dont le but consiste à réunir toutes les initiatives aussi bien d'ordre local que général, venant de toutes les catégories productives, et d'élaborer un programme pratique de rénovation des différentes branches de la vie de la nation.

Les Etats Généraux de la Renaissance Française siégeront les 11, 12 et 13 Juillet 1945.

L'Union des Médecins Français demande à tous ses adhérents de participer activement à leur préparation et d'apporter, dans les réunions convoquées par les Comités locaux de Libération, toutes les suggestions susceptibles d'améliorer l'organisation sanitaire du pays et l'exercice de la profession.

Le Président de l'U. M. F.,
L. de Gennes.

CENTRES DE Traitement par la Pénicilline

1° Centres parisiens

A Bichat (Prof. Petit-Dutaillis). — *A Claude-Bernard* (Prof. Lemierre). — *Aux Enfants-Malades et Necker* (Prof. Debré et Leveuf). — *A La Pitié* (Prof. Clovis-Vincent). — *A La Maternité de Port-Royal* (Prof. Portes). — *A l'Hôpital Pasteur* (Dr René Martin). — *A Saint-Antoine* (Prof. Cabenat). — *A La Salpêtrière* (Prof. Mondon). — *A Trousseau* (Prof. Cathala et Dr Rouget [O.-R.-L.]).

2° Centres de province

Ajaccio (Dr Ripert, à l'Hôp. Civil). — *Amiens* (Dr Canaven, au Nouvel Hôp.). — *Angers* (Dr Bigot, à l'Hôp.-Hospice). — *Annecy* (Dr Ratien, à l'Hôp. d'Annecy). — *Avignon* (Dr Lesbros, à l'Hôp. Sainte-Marthe). — *Bastia* (Dr Zucarelli, à l'Hôp. Civil). — *Besançon* (Dr Gomet, à l'Hôp. Saint-Jacques). — *Bordeaux* (Dr Dupénié, à l'Hôp. Saint-André). — *Bourges* (Dr Esenbach, à l'Hôpital de Bourges). — *Caen* (Dr Villey, à l'Hospice Général). — *Châlons-sur-Marne* (Dr Leloup, aux Hospices Unis). — *Châteauroux* (Dr Cotillon, à l'Hôp. de Châteauroux). — *Cherbourg* (Dr Callegari, à l'Hôp. Pasteur). — *Colmar* (Dr Kuhlmann, à l'Hôp. Pasteur). — *Clermont-Ferrand* (Dr Tennasse, à l'Hôtel-Dieu). — *Dijon* (Drs Veillet, Leblanc et Deslandre, aux Hospices de Dijon). — *Grenoble* (Dr Bethoux, aux Hôp. Civils). — *Epinal* (Dr Zuber, à l'Hôp. Civil). — *Laon* (Dr Macon, à l'Hôtel-Dieu). — *Le Havre* (Dr Gambillard, à l'Hospice Général). *Le Mans* (Dr Babbe, à l'Hôp.-Hospice). — *Lille* (Dr Gernez, à l'Institut Pasteur). — *Limoges* (Dr de Léobardy, aux Hospices de Limoges). — *Lyon* (Dr Sedaillan, à l'Hôp. Edouard-Herriot). — *Marseille* (Dr Mattei, à l'Hôp.-Hospice de la Timone). — *Metz* (Dr Jung, à l'Hôp. Bon-Secours). — *Montpellier* (Dr Giraud, aux Cliniques Saint-Eloi). — *Nancy* (Dr Abel, à l'Hôp. Central). — *Nantes* (Dr Boquien, à l'Hôp. Général Saint-Jacques). — *Nevers* (Dr Benton, à l'Hôp. de Nevers). — *Nice* (Dr Chiol, à l'Hôp. Pasteur). — *Niort* (Dr Joubert, à l'Hôp. de Niort). — *Orléans* (Dr Renevey, à l'Hôp. d'Orléans). — *Pau* (Dr Biot, à l'Hôp. de Pau). — *Périgueux* (Dr Crozet, à l'Hôp. de Périgueux). — *Perpignan* (Dr Puig, à l'Hôp. Saint-Jean). — *Poitiers* (Dr Le Blaye, à l'Hôtel-Dieu). — *Reims* (Dr Jacquinet, à l'Hôp. Civil). — *Rodez* (Dr Vinenque, à l'Hôp. Combarel). — *Rennes* (Dr Lenoy, aux Hospices Civils). — *Rouen* (Dr Fleury, à l'Hôp. Général). — *Saint-Etienne* (Dr Mullen, à l'Hôp. Bellevue). — *Saint-Quentin* (Dr Lenoir, à l'Hôtel-Dieu). — *Strasbourg* (Dr Fontaine, aux Hospices Civils). — *Toulouse* (Dr Tapie, aux Hospices Civils et Hôtel-Dieu). — *Tours* (Dr Desbuquois, à l'Hôp. Bretonneau). — *Versailles* (Dr Remilly, aux Hospices Civils).

VALIDATION DES EXAMENS subis et des études accomplies dans les camps de prisonniers de guerre et déportés

Le *J. O.* du 8 Juin 1945 publie un décret fixant les conditions dans lesquelles les anciens prisonniers de guerre et déportés pourront obtenir du Doyen de la Faculté ou du directeur de l'Ecole dont ils postulent les diplômes, la validation des examens qu'ils ont subis et des certificats qu'ils ont obtenus dans les camps.

Conseil Supérieur d'Hygiène publique de France

Par arrêté en date du 23 Juin 1945, MM. Poncet et Lévy, directeurs régionaux de la Santé et de l'Assistance, respectivement à Dijon et à Orléans, ont été nommés membres de droit du Conseil Supérieur d'Hygiène public de France.

Université de Paris

Faculté de Médecine. — Par arrêté du 5 Juin 1945, le titre de professeur honoraire est conféré à M. Chevassu, ancien professeur de la Faculté.

— Par arrêté du 26 Juin 1945, la chaire de *Pathologie médicale* de la Faculté de Médecine de l'Université de Paris (dernier titulaire : M. Chabrol, transféré) est déclarée vacante.

Un délai de 20 jours à dater du 30 Juin 1945 est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

— M. J. Tarneaud est chargé, à dater du 1er Mars 1945 et pour l'année scolaire 1944-1945, des fonctions de *Chef de Laboratoire de Phoniatrie* à la clinique O.-R.-L.

Universités de Province

Ecole de Médecine de Dijon. — M. Dubard, nommé professeur titulaire de la chaire de pathologie externe par arrêté du 19 Février 1945, est nommé, à compter du 1er Octobre 1943, *professeur titulaire en surnombre*.

Ecole de Médecine de Tours. — M. Leccia est chargé, à dater du 1er Mai 1945, des fonctions de professeur suppléant de *clinique obstétricale*.

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

— M. P. Leculier, médecin-chef de service à l'Hôpital psychiatrique de Fleury-les-Aubrais, est affecté, sur sa demande, en la même qualité, à l'Hôpital psychiatrique de *La Chartreuse*, à Dijon (poste vacant).

— Mlle le docteur Petit, médecin-chef de service à l'Hôpital psychiatrique de la *Charité-sur-Loire* (Nièvre), est nommée médecin directeur au même établissement (poste vacant).

SANATORIUMS PUBLICS

— M. Rauzier, médecin directeur du sanatorium François-Mercier, est affecté, en la même qualité, au *Sanatorium Marie-Mercier*, au Tronget (Allier), en remplacement de Mlle le docteur Boudon, mise en disponibilité sur sa demande.

— M. Amat, médecin adjoint au sanatorium de la Chapelle-des-Pots (Charente-Maritime), est nommé médecin directeur du *sanatorium François-Mercier*, à Bocles (Allier), en remplacement de M. le docteur Rauzier.

SERVICES PÉNITENTIAIRES

Sont nommés médecins :

— des maisons d'arrêt : de *Mulhouse* : M. J. Rust ; de *Colmar* : M. L. Feberey ; de *Foix* : M. J. Lafue, en remplacement de M. Carbonne, démissionnaire.

— de l'annexe « Naugeat », à *Limoges* : M. L. Dupuy, en remplacement de M. Bouchacourt, démissionnaire.

— du centre d'observation pour mineurs de la rue de Madrid *à Paris* : M. R. Mattern.

Nouvelles diverses

Académie de Chirurgie. — Vacances. — La dernière séance de l'Académie aura lieu le mercredi 11 Juillet 1945. La séance de rentrée est fixée au mercredi 17 Octobre 1945.

Service de Santé de la Marine. — Par décret du 16 Juin 1945, M. le Médecin général de 2e classe F. Le Chuiton, est nommé directeur du service de Santé pour compter du 25 Septembre 1943.

Nos compatriotes à l'étranger. — Invité par la Ligue Suisse contre la tuberculose et l'Université de Genève, le docteur Berthet, médecin des dispensaires antituberculeux de l'Isère, a fait plusieurs conférences en Suisse Romande, notamment à Genève, Leysin, Lausanne sur le reclassement professionnel et social des tuberculeux guéris. A Genève il donna à la clinique de M. le Prof. Roch, une leçon sur « les grandes dates de l'histoire de l'évolution médico-sociale de la tuberculose » et une conférence aux infirmières visiteuses sur « le rôle des travailleuses sociales dans le monde moderne ». Partout ces conférences furent l'occasion de manifestations de sympathie du corps médical suisse à l'égard de la France.

La ***Treizième Session Scientifique Annuelle de la Société Médicale d'Aix-les-Bains,*** organisée avec le concours de la Ligue Française contre le Rhumatisme et de la Société Savoyarde des Sciences médicales, aura lieu le dimanche 15 Juillet, à 8 h. 45, aux Nouveaux Thermes d'Aix-les-Bains.

Elle sera consacrée à l'exposé du Prof. Delore, de Lyon, sur l'application de la Médecine sociale au Thermo-climatisme, à des présentations de malades, à des communications relatives aux affections rhumatismales, à des discussions.

Cette réunion est ouverte librement aux médecins et étudiants en médecine. S'inscrire au Secrétariat Médical, Nouveaux Thermes d'Aix-les-Bains.

Un déjeuner amical aura lieu sur les bords du lac. Pour y participer, s'adresser au docteur Gerbay, 7, square Alfred-Boucher, Aix-les-Bains.

Ecole des parents et des éducateurs. — La dernière conférence a été faite le mercredi 4 Juillet à l'Ecole de Médecine, salle de Thèse, n° 2, par le docteur Heuyer, médecin des Hôpitaux.

Retour d'Allemagne

Nous avons été heureux d'apprendre le retour des Docteurs :

Pénigoud, de Limoges. — H. Zeiler, de Trentemoult-lès-Nantes (L.-I.). — Aimée Abeille-Batier, de Saint-Mandé (rentrée de Ravensbrück).

Luscan, de Montpellier. — Duclos, de Perpignan. — Bertrand, de Narbonne. Ces trois médecins ayant prolongé volontairement leur séjour en Tchécoslovaquie afin de donner leurs soins aux malades et blessés français.

Nos Échos

Naissances.

— Pierre Bonnicel a la joie de faire part de la naissance de son frère *Gérard* (Paul Bonnicel, interne des Hôpitaux de Paris et Madame, 9, rue Galilée, Paris-16e, 1er Avril 1945).

— Le docteur et Madame Paul Breton sont heureux de faire part de la naissance de leur fille *Françoise*, leur deuxième enfant (Port-de-Penne [Lot-et-Garonne], 25 Avril 1945).

— M. Pierre Vendoux, externe des Hôpitaux et Madame, née Garnier, interne des Hôpitaux, sont heureux de faire part de la naissance de leur fille *Elisabeth* (Paris, 20 Mai 1945).

— Madame et le docteur F. Spira sont heureux de faire faire part de la naissance de leur fils *Alfred-Victor* (Tarbes, 17 Juin 1945).

— Le docteur André Meyer (Paris), actuellement médecin commandant au 3e Bataillon médical et Madame, ont la joie de faire part de la naissance de leur troisième enfant *Jean-Claude*.

— Jacques, Catherine, François et Philippe Rodier ont la joie de faire part de la naissance de leur frère *Yves* (docteur et Madame P. Rodier, 3, rue Gounod, Paris, 22 Mai 1945).

— Philippe et Marie-Dominique Brault ont la joie de faire part de la naissance de leur petit frère *Bertrand* (de la part du docteur et Madame Albert Brault, Paris 11 Juin 1945).

— Le docteur et Madame Paul Losay sont heureux de faire part de la naissance de leur fille *Geneviève* (Rouen 16, rue Sporck Leprince).

Mariages.

— Le docteur Manuel Bruker et Madame ont l'honneur d'annoncer le mariage de leur fille le docteur Nadine Bruker, avec M. Pierre-Georges Bernard (Paris 6 Juillet 1945, 1, rue d'Anjou).

— On annonce le mariage du médecin sous-lieutenant Jean Gaultier avec Mademoiselle Micheline Weyl (Paris 30 Juin 1945).

— Nous apprenons le mariage de Mademoiselle Colette Mélin, fille du docteur André Mélin, de Boucau (B.-P.) et de Madame, née Morin, avec Monsieur Maurice Marchand, industriel, à Beaucamps-le-Vieux (Somme).

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

Les Petites Annonces dans La Presse Médicale *sont acceptées sous réserve d'un contrôle extrêmement sérieux. Aucune annonce commerciale n'est acceptée.*
Prix : 20 fr. la ligne (15 fr. pour les abonnés).

Serons reconnaissant à toute personne pouvant fournir un renseignement sur le docteur André **Malinsky**, anc. int., anc. chef de clinique de la Faculté de Médecine de Paris, déporté en Allemagne en Novembre 1943, destination Birkenau, et en 1945 dirigé sur région Prague. Ecr. ou téléphoner à M. Malinsky, 90, rue Raynouard, (16e), tél. : Jas. 66-15.

Visiteur médical bonnes référ. présentation parfaite, 7 ans même Labo, ayant connaissances dans corps médical et pharmaceut. ch. 2e Labo. Paris. Ecr. *P. M.*, n° 615.

Jne femme bonne éducation, cherche place au pair période vacances. Aiderait tenue intérieur. Ecr. *P. M.*, n° 616.

Chirurgien, région du Centre, demande remplaçant pour un mois, Juillet ou Août. Ecr. *P. M.*, n° 624.

Poste médical à céder (Drôme). Belle situation. Ecr. *P. M.*, n° 634.

A vendre lits métal. matelas, traversins, oreillers, tables, brancards pour cures. Ecr. *P. M.*, n° 649.

Poste campagne à reprendre dans chef-lieu canton Centre-Ouest. Seul médecin. Chiffre important. Cause santé. Ecr. *P. M.*, n° 653.

Jne chirurgien, 35 ans, après plusieurs années remplacements, cherche pour installation définitive association. ou succession, rég. parisienne de préfér. Ecr. *P. M.*, n° 654.

Basses-Pyrénées. Médecin actif cherche à reprendre poste médecine générale. Ecr. *P. M.*, n° 656.

Visiteur médical, région Sud-Est, 10 années de pratique, très bien introduit, références 1er ordre, cherche 2e Labo pour 1er Septembre prochain. Ecr. *P. M.*, n° 664.

Echangerais belle clientèle médicale. radio., banl. paris., 35 km., gde maison, tout confort, dépendances, jardins, parc 6.000 mq, légumes, basse-cour, 10 pièces principales. Site tr. agréable, ttes commodités, 5 minutes gare, contre clientèle Paris, vaste appart. confort. quartiers Nord, Europe, Latin ou Centre. Cause éducation des enfants. Ecr. *P. M.*, n° 666.

Médec. électro-radiol. remplacerait confr. Août-Sept., rég montagne préf. Ecr. *P. M.*, n° 669.

Médecin sinistré, 38 a. ayant sauvé auto et matériel de médec. génér. et d'électro-radiolog. ch. remplacement, assist. ou assoc. Paris ou banl. Est. Ecr. *P. M.*, n° 686.

Infirmière manipulatrice radiologie, 12 a. pratique ; dactylo, ch. sit. aupr. Dr radiologue, préf. rég. parisienne. Ecr. *P. M.*, n° 692

Vve confrère vend trousse O.R.L. usagée avec housse. S'adresser Dr Engel, 11, rue Talma, Paris-16e.

Cherchons médec. radiologue pour remplacement longue durée pour important cabinet d'électro-radiologie dans grande villa du centre. Ecr. *P. M.*, n° 697.

A vendre table d'examen, série boîtes nickelées ; autoclaves Bellanger. Ecr. *P. M.*, n° 706.

Cherchons médecin pour campagne bien située dans l'Est. Logement assuré. Ecr. *P. M.*, n° 707.

A vendre Microscope stiassnié, 3 oc., 3 obj., 1 immers. Boîte et instr. chirurgic. Ecr. *P. M.*, n° 710.

Importante clientèle chirurgicale à céder, proche banlieue. Jas. 67-79.

Echangerais radiogénérateur Securix ét. neuf, type D. scopie, graphie, 50 millis. Pied support type D, démontable av. écran. Diaphragme. Pédale interrupteur. Minuterie, contre Microsecurix complet ou transfoleix Simplex. Ecr. Natalolli, 3, r. du Cloître, Arles.

A céder : appar. à U. V. Chenaille. fabric. av. guerre, brûleur neuf marchant sur 110 ou 220 volts. Appar. de diathermie Gaiffe av. accessoires permettant faire diathermo-coagulation gynécologique et autres. Appar. à ionisation de Chenaille. Conditions intéressantes. Dr Garrand, 395, r. de Vaugirard. Vau. 18-75.

A vendre un lit condensateur et un milli ampère. Ecr. *P. M.*, n° 718.

On demande anc. interne des hôp. pr reprendre dans Paris clientèle de médec. générale (clientèle de relations et non de quartier). Ecr. *P. M.*, n° 720.

Visiteur médical, rég. Sud-Ouest, cherche 2e Labo pour Docteurs ou Dentistes. Ecr. *P. M.*, n° 725.

Laboratoire Paris rech. visiteurs médic. province (Bordeaux, Toulouse, Marseille, Lyon, Nancy, Lille) pour lancement produit visa nouveau. Env. : *curriculum vitæ*, laborat. représentés, sect. exac. à Bordet, 83, r. Dutot, Paris-15e. Visa n° 11073, O.R.T.

Suis acheteur micro Zeiss. Faire offre, modèle et prix, Dr Prince, Fleurance (Gers).

Femme-médecin cherche situation médicale, préférence Sud-Ouest. Ecr. *P. M.*, n° 731.

Chirurgien, A.I.H.P., très au courant clientèle, cherche remplacement. Ecr. *P. M.*, n° 733.

Chirurgien, A.I.P.H., marié, cherche poste chirurgical province, association ou cession, préférence Midi ou Sud-Ouest. Ecr. *P. M.*, n° 734.

Médecin, 55 a., libre chaque matinée, anc. anesthésiste. 15 a. ds une clin. rech. sit. analog. Ecr. *P. M.*, n° 740.

J femme, av. fillette 5 a. demande empl. secrét. infir. ch. médecin. Irait campagne ou bord mer, s'occuperait intérieur. Ecr. *P. M.*, n° 741.

Infirmière demandée pr. clin. chirurgic. ville du Centre. S'adress. Mairie de Vendôme. Visa n° 1815.

Poste médical à céder (Cher), suite décès, médec. génér., accouch., U. V., diath. fixes transm. Bon rapport. Ecr. *P. M.*, n° 743.

O.R.L. déraciné par la guerre, ay. exercé pend. 12 a. la spécialité, ch. à reprendre succession ou poste à créer ds rég. intéressante. Ecr. *P. M.*, n° 744.

Sanatorium demande interne au courant de la phtisiologie. Bonne santé exigée. Ecr. *P. M.*, n° 745.

A vendre 2 micro ét. neuf. parfaits, l'un 2 oc. 4 obj. dont 2 immers., l'autre 2 oc., 3 obj. dont 1 immers., platine circulaire. Ecr. *P. M.*, n° 746.

Radiologiste, province, cherche assistant ou associé diplômé, électro-radiologie, ou assistant hôpitaux. Ecr. *P. M.*, n° 747.

Chirurgien cherche clientèle chirurgicale, ou ferait remplacement. Ecr. *P. M.*, n° 748.

Laboratoires cherchent excellente sténo-dact., parfaitem. au courant du serv. de publicité et des visiteurs médic., capable de faire un chef de service dans l'avenir. Ecr. renseignements et prétent. à Mme Jodeau, 14, av. Perrichont, Paris. Visa O.P.T., n°12181.

Maison de Santé neuro-psych., rég. paris. bien achalandée : part à céder. Neff, 35 *bis*, r. St-Sabin, Paris-11e, tél. : Vol. 04-76.

J. F. veuve, fille et sœur de médecins, active, intelligente, ch. sit. visiteuse méd. pr Labo Paris, ou secrétariat méd. pr Sept. sér. réf. Ecr. *P. M.*, n° 751.

Chirurgien d'Arcachon demande infirmières. Ecr. Office Travail Bordeaux. Visa n° 201.

Très urgent. Jne médecin cherche petite voiture 5 ou 6 HP (Fiat de préférence), bons pneus et parfait état de marche. Ecr. *P. M.*, n° 753.

Postes Ophta O.R.L., petite ville env. Paris, conviendraient médecins demi-activité, long remplacement ou succession. Ecr. *P. M.*, n° 754.

Secrétaire médicale sténo-dact. dipl. et assistante chirurgic. ch. pl. dans clinique ou hôpital. Libre de suite. Sér. référ. Ecr. *P. M.*, n° 755.

Indiquerais poste médec. campagne, rég. Toulouse. Fixe important assuré pour débuts. Aucune indemnité à verser. Ecr. *P. M.*, n° 756.

Docteur en médec., compétence publicitaire étendue activité restreinte par circonstances actuelles, collaborerait av. Labo même petit, voulant augmenter l'efficacité de sa publicité et lui donner une allure plus scientifique et plus technique. Ecr. *P. M.*, n° 757.

Etud. méd. 16 inscript. validées, ext. f. f. hôp. ch remplacement tous apr.-midi Paris, à partir 25 Juillet Ecr. *P. M.*, n° 758.

Médecin radiologue disposant capitaux cherche association ou reprise clientèle. Ecr. *P. M.*, n° 759.

A vendre : Microscope Leitz neuf, 3 objectifs, dont un par immersion. Ecrire : Moreau, 226, bd Raspail Paris-14e.

Poste médical à vendre en Savoie av. logement et cabinet clientèle de ville et de campagne. Poste très, très intéressant. Ecr. *P. M.*, n° 761.

A vendre table d'opérations chir. Pied à pompe déplacem. ds tous plans. Et. neuf. Ecr. *P. M.*, n° 762.

Médecin cherche cession clientèle Paris, banl. imméd Ecr. *P. M.*, n° 763.

On demande docteur médecine, anc. externe préfér. libéré service milit. pour poste assistant clin. et visites en ville. Nécessité demeurer clinique. Ecr. Blanc, 150 rue de Vanves. Paris.

A vendre appareil anesthésie protoxyde avec accessoires. Ecr. *P. M.*, n° 765 ou tél. Port-Royal 25-37.

Médecin libre demi-journée assisterait confrère longue durée, Paris, banl. imméd. Ecr. *P. M.*, n° 766.

A vendre radiothérapie profonde 300.000 volts. 10 milli. Générateurs et pupitre de commande. Appareillage absolument neuf. Ecr. *P. M.*, n° 767.

Cherche poste radiologie. cuve Securit, forceps Tarnier, vitrines, table roulante. Ecr. Dr Fonta, Mugron (Landes).

Doctoresse franç. dipl. d'Université, ch. occupat. médic. ou para-médic. Ecr. *P. M.*, n° 769.

Jeune médecin cherche poste médecine générale. Ecr. *P. M.*, n° 770.

Achèterai 4 tables gynécologiques ayant talonnières, tiroir. S'adresser : Prieuré St-Joseph. Brou-s-Chantereine (S.-et-M.).

Jne chirurgien ayant exercé recherche association, assistance ou succession. Ecr. *P. M.*, n° 772.

A vendre : boîte verres d'essai gd mod. et petits instrum. d'ophtalm. Elys. 62-40 de 12 à 15 h. ou écr. *P. M.*, n° 773.

Radiologiste, dipl. Université Paris, anc. chef de grands services hospital., grande expér. ch sit., associat. ou clin. Ecr. *P. M.*, n° 774.

Doctoresses 30 à 40 ans, connaissant tuberculose extra-pulmonaire, demandées pour Sanatoria, région Tours et La Rochelle. Urgent. Ecr. *P. M.*, n° 775.

Médecin Commandant, spécialiste radiologie, étranger, ex-prisonnier, obligé séjourner France plusieurs mois, ch. remplacement ou aide confrère surchargé, cabinet, clinique ou hôpital. Ecr. *P. M.*, n° 776.

Cherchons pour dispensaire Municipal, infirmière dipl. si possible, ayant fait service social si possible. S'adres. Mairie de Gennevilliers, pl. Jean-Grandel ou téléphoner Mme Bardel, Gré 15-64, tous les jours de 10 h. à 12 h. et de 15 h. à 17 h., sauf samedi après-midi.

Laboratoire Grigaut, 43, rue du Colisée demande bactériologiste.

AVIS. — Prière de joindre aux réponses un timbre de 2 francs pour transmission des lettres.

Le gérant : F. Thomas.

Imprimé par l'Ancne Imprimerie de la Cour d'Appel, 1, rue Cassette, à Paris (France).

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées aux Périodiques, la Direction scientifique de La Presse Médicale *a dû fixer à 4 colonnes maximum l'étendue des mémoires originaux. Tout manuscrit dépassant cette étendue sera retourné à son auteur.*

LA POLYGLOBULIE DANS LE DÉPART DES DIVERSES ATTEINTES VISCÉRALES AU COURS DES SYNDROMES MALINS DIPHTÉRIQUES

PAR MM.

P. SEDALLIAN et **P. MONNET**

(Lyon)

L'on connaît les nombreuses discussions qu'a fait naître la cause de la mort dans le syndrome diphtérique malin, qu'il soit précoce, secondaire ou tardif, et la question de savoir à quelle atteinte viscérale prédominante devait se rapporter cette évolution fâcheuse. Sur la foi d'examens anatomiques, Marfan avait insisté sur l'atteinte cardiaque et la thrombose qui en était la conséquence. Chalier, en de nombreux travaux et thèses, inspirées, sans nier de façon absolue la participation cardiaque majeure, la considérait comme rare et faisait jouer le rôle principal aux atteintes surrénales et rénales, celles-ci lui paraissant constantes au cours des diphtéries mortelles, alors que la participation anatomique surrénale pouvait faire défaut parallèlement, Lereboullet eut le mérite de mettre l'accent sur l'entrée en jeu de la déficience surrénale et s'efforça d'en découvrir les tests biologiques.

Plus récemment, l'un d'entre nous, dans la thèse de son élève, P. Tournoux en particulier, et en diverses publications, a montré l'intérêt que présentait la polyglobulie au cours des diphtéries malignes. Véritable test de déficience surrénale, comme l'ont montré les expériences des physiologistes, elle révèle l'atteinte surrénale et permet d'en mesurer l'intensité et la durée, cependant que sa correction par les extraits corticaux (de synthèse) signe l'amélioration parallèle obtenue.

Or, jusqu'à ce jour, la polyglobulie nous est apparue pratiquement constante au cours des diphtéries malignes mortelles, mis à part, bien entendu, les croups et les broncho-pneumonies secondaires, où la polyglobulie se retrouve, mais ne peut être interprétée correctement en raison de la dyspnée concomitante. Ainsi, dans le syndrome toxique diphtérique, l'atteinte surrénale nous apparaît essentielle. Et si les examens anatomiques ne l'objectivent pas de façon constante, comme l'on peut s'en rendre compte à la lecture du mémoire fort bien documenté de MM. Chalier, Levrat, R. Froment et Roman-Monnier, cela tient sans doute à ce que les techniques histologiques ne peuvent prétendre à la même précision que les tests biologiques.

Nous ne prétendons pas nier l'atteinte rénale, et une azotémie élevée garde pour nous sa valeur pronostique réservée encore que des exceptions fréquentes se font jour dans la loi de Chalier et qu'une azotémie élevée, même au-dessus de 1 *g.*, n'est pas obligatoirement la signature d'une mort à plus ou moins brève échéance. Dans ces diphtéries graves, il y a habituellement atteinte rénale associée et révélée, par les examens habituels : albuminurie, cylindrurie, élévation de l'urée sanguine. Mais jamais encore il ne nous a été donné d'observer une diphtérie mortelle de par la seule atteinte rénale objectivée par la clinique, toujours il existait concomitamment une polyglobulie révélatrice de la lésion surrénale. Cette atteinte rénale peut persister sous forme d'albuminurie et de cylindrurie, un plus ou moins long temps, alors que la polyglobulie a elle-même rétrocédé. Elle peut s'accompagner d'une déficience des épreuves de perméabilité rénale. Mais elle n'imprime plus alors un tour fâcheux au tableau clinique. Il est juste d'ajouter, que dans ces cas, l'urée sanguine est revenue ou s'est maintenue dans son taux normal.

Il en est de même pour les signes cardiaques. De nombreux travaux récents en ont objectivé la présence, surtout si l'on s'adresse à l'exploration électrocardiographique. Mais, là encore, dans l'immense majorité des cas ces signes cardiaques ou bien n'apparaissent que comme un élément second du syndrome d'intoxication générale ou bien coexistent avec une polyglobulie, révélatrice de l'atteinte surrénale.

Nous venons cependant d'observer un exemple de l'évolution au cours d'une diphtérie maligne, d'un syndrome d'insuffisance cardiaque à peu près pur d'autres atteintes viscérales et c'est justement la numération globulaire qui, révélant un chiffre normal, nous a permis d'écarter l'éventualité d'une atteinte surrénale, cependant qu'aucun signe clinique ne pouvait permettre d'envisager une atteinte rénale.

Il s'agissait d'une jeune fille de 17 ans 1/2, Mlle Victorine B..., entrée le 28 Novembre 1944 pour une diphtérie reconnue tardivement au dixième jour et présentant de nombreux signes de malignité : fausses membranes très extensives, gros œdème des piliers et de la luette, extrême fétidité de l'haleine, gros enchifrènement avec ulcérations sous-narinaires et épistaxis, cou proconsulaire, pâleur, tachycardie, albuminurie importante avec cylindrurie, polyglobulie à 6.602.000 globules rouges et 42.000 globules blancs. Par contre, l'urée sanguine était peu élevée : 0,55 pour 1.000 et la tension se maintenait à 12-6.

Sous l'influence d'une sérothérapie intensive et d'une administration d'extraits corticaux de synthèse à doses importantes : 60 *mg.* par jour pendant quatre jours, puis 40 pendant cinq jours, l'état de la malade s'améliore rapidement.

Mais à partir du onzième jour, après l'entrée, il se développa un état d'insuffisance cardiaque extrêmement grave, qui fit à plusieurs reprises croire à une mort imminente, qui se prolongea plus de quinze jours et ne fut jugulé que par une thérapeutique intensive à base de solucamphre, à doses massives, d'injections d'ouabaïne répétées plusieurs fois par jour et pendant quinze jours, de morphine et d'insuline, glucose. Cette asystolie fut d'ailleurs d'un type exceptionnellement observé dans les maladies infectieuses et se rapprocha par de nombreux points de l'asystolie classique avec crise d'œdème aigu du poumon, galop, pouls alternant, gros foie, œdème des membres supérieurs et inférieurs, formation d'infarctus à plusieurs reprises. Elle subit même deux reprises à l'occasion, semble-t-il, d'épisodes pulmonaires infectieux, avec chaque fois nouveau développement du même syndrome. Il est à noter que des électrocardiogrammes ultérieurs décelèrent l'installation d'un trouble rythmique très particulier, type bloc périodique à périodes de Lucieni Wenckebach [1].

Or ce syndrome débuta alors que les injections de cortine de synthèse avaient été régulièrement continuées et que deux numérations globulaires, pratiquées les jours précédents, à distance, bien entendu, des injections d'extrait, avaient révélé des chiffres sensiblement normaux. Il paraissait donc vraiment indépendant de toute déficience surrénale et cela nous permit de suspendre les injections de syncortil et de les remplacer par le traitement tonicardiaque sus-décrit. Et lors de l'évolution de la scène asystolique, jamais le chiffre globulaire ne se révéla à un taux supérieur. Parallèlement, les signes urinaires, loin de progresser, s'améliorèrent, l'albuminurie disparut alors que la malade était encore en plein état de défaillance cardiaque et tout au cours de l'évolution jamais l'urée n'excéda les taux normaux.

Ainsi, dans cette observation, l'insuffisance cardiaque apparut évoluer à l'état à peu près pur, vraiment dépourvu de tout appoint surrénal et rénal, et là est peut être la raison de la guérison inespérée de cette scène d'asystolie majeure.

Il n'en est pas ainsi habituellement et les deux observations suivantes, prises au hasard parmi les cas récents, nous montrent l'aspect le plus souvent réalisé par le syndrome secondaire malin.

Jean Perr..., 4 ans, observation n° 2.418. Entré le 5 Novembre 1944 avec un tableau de diphtérie sévère : fausses membranes extensives, œdème des piliers, disque moyen d'albumine avec cylindrurie, polyglobulie avec 6.018.000 globules rouges et 38.000 globules blancs. Urée à 0,50. Là encore, amélioration rapide sous l'influence de la thérapeutique, sérum et cortine de synthèse et le nombre de globules rouges, huit jours après l'entrée, n'était plus que de 4.650.000, malgré la présence d'accidents sériques, qui s'accompagnent en règle d'une légère élévation du taux globulaire, cependant que l'albuminurie disparut un peu plus tardivement.

Or le vingt-cinquième jour de la maladie, l'enfant, jusque-là en parfait état, se plaignait de vagues douleurs abdominales et l'on fut frappé par sa pâleur et son état d'abattement, contrastant avec sa gaîté et sa vivacité des jours précédents.

L'examen restait totalement négatif, la tension artérielle n'était pas modifiée, les urines normales, l'urée sanguine à 0,50 et, seule, la numération globulaire, révélant une ascension à 5.558.000 du taux des hématies, venait objectiver une défaillance surrénale que rien autre n'eût pu faire reconnaître.

Le même état se prolongea d'ailleurs un certain temps, et la polyglobulie persista parallèlement, pendant plus de quinze jours. Une complication pulmonaire infectieuse banale vint même aggraver le tableau. Mais l'enfant finit par guérir ; cependant que le chiffre globulaire revenait à la normale.

Un électrocardiogramme pratiqué pendant cette période troublée et interprété par le Dr Gonin montrait bien la présence de quelques altérations en D III segment S. T. vaguement curviligne, onde T négative (en D III) et surtout large et arrondie. Mais il ne fait pas de doute que ces altérations électrocardiographiques étaient elles-mêmes sous la dépendance de la déficience générale.

La deuxième observation est comparable, à ceci près, qu'il existait en sus un syndrome paralytique :

Jacqueline B..., 3 ans. Entrée le 24 Décembre 1944 pour un syndrome de diphtérie sévère avec fausses membranes extrêmement extensives, grisâtres et sanguinolentes, coryza séro-purulent ; adénopathies importantes sans cou proconsulaire vrai, hémorragies aux points de piqûres, albuminurie avec cylindrurie, polyglobulie à 6.200.000 globules rouges et 36.000 globules blancs. Par contre, urée sanguine à 0,26.

Là encore, l'état s'améliore rapidement sous l'influence de la thérapeutique conjuguée maintenant classique dans le service des maladies contagieuses, et le chiffre globulaire revint à la normale cependant que l'albuminurie disparaissait.

Vers la troisième semaine apparut une paralysie du voile, qui se compléta d'une paralysie des membres.

Et le 17 Janvier, l'enfant présente une scène de collapsus avec pâleur. Là encore le seul signe évident était représenté par l'état d'indifférence absolue de l'enfant, qui reste immobile dans son lit des heures entières, sans s'amuser jamais. L'examen clinique est entièrement négatif. La tension artérielle à 11,5-7. L'urée sanguine à 0 *g.* 22 pour 1.000. Seul signe objectif : le nombre des globules rouges s'est brusquement élevé à 6.000.000 et restera à ce taux pendant plus de dix jours. Pour des raisons d'ordre matériel, un électrocardiogramme n'a pu être pratiqué.

Ces quelques exemples, pris entre d'autres, montrent l'intérêt évident qui s'attache à la pratique de la numération globulaire systématique au cours de la diphtérie. Test biologique de la déficience surrénale, elle l'objective au début de la maladie au milieu de l'intrication des atteintes viscérales multiples de la diphtérie maligne. Et cet examen demande à être répété lorsque survient tout signe annonciateur du syndrome secondaire malin. Tous les auteurs ont insisté sur la fréquente pauvreté symptomatique de celui-ci : l'hyperglobulie permet de l'affirmer, car elle en représente souvent le seul signe objectif. La thérapeutique corrective s'impose alors, tant que le chiffre globulaire ne sera pas revenu à la normale.

Et parfois aussi, la présence d'un taux globulaire normal permet de distinguer comme dans notre première observation, entre ce qui revient au cœur et ce qui doit être distrait des surrénales, réalisant une véritable dissociation biologique des diverses atteintes viscérales au cours du syndrome malin secondaire.

Quoi qu'il en soit, cette observation représente un fait inhabituel. La règle au cours du syndrome secondaire est de voir évoluer une atteinte surrénale à l'état pur ou presque. C'est là, pour nous, l'atteinte prédominante qu'il est aisé d'objectiver par un examen rapide, simple, riche en enseignements et source de déductions thérapeutiques de la plus haute importance, à tel point, qu'actuellement nous ne saurions nous en passer pour suivre l'évolution et conduire le traitement des diphtéries malignes.

1. L'observation détaillée paraîtra dans un article en cours du *Journal de Médecine de Lyon*.

DIX-HUIT MOIS D'EXPÉRIENCE SUR LE TRAITEMENT DES SYPHILIS ACTIVES PAR UN DÉRIVÉ DE LA PHÉNYLDICHLORARSINE

Par **L. MARCERON**

Médecin-chef de Service de Saint-Lazare, Paris.

Dans l'été 1943, nous avons entrepris à Saint-Lazare le traitement accéléré des syphilis actives par l'arsenoxy, mais au lieu de partir de l'arsenoxy lui-même, nous lui avons préféré la chlorarsine correspondante (4.000 M) qui en solution hydrique convenablement étendue, alcalinisée et sucrée donne extemporanément, d'abord l'arsenoxy puis, sans délai le parahydroxymétaaminophénylarsinite sodique désiré pour son action thérapeutique. La dichlorarsine est plus facile à préparer pure, rend peu à l'état sec à donner des dérivés pentavalents et cela nous a permis des doses tréponémicides plus élevées. Nous avons ainsi pu administrer en une seule injection chez des hommes, jusqu'à 0 *g*. 30 de 4.000 M. ce qui équivaut à la dose de 0 *g*. 24 d'arsénoxy.

Au bout de six mois d'expérience, nous avions apporté nos premières impressions dans une communication à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie (3 Mars 1944) et plus explicitement par un exposé fait avec le regretté Pierre Lagrange, devant la Société de Médecine de Paris, le 28 Avril 1944. Les résultats que nous apportons aujourd'hui, s'ils confirment dans l'ensemble ce que nous avions observé, ont pris leur importance du fait que les événements de l'été 1944 ont fourni des enseignements sur les cas d'abandon de traitement.

Nos essais ont porté à peu près exclusivement sur des syphilis actives, primo-secondaires ou des formes sérologiques que nous avions toutes raisons de croire d'acquisition récente. Pourtant nous avons traité une tabétique au début et une malade porteuse d'une gomme du foie. Hormis ces exceptions nous n'avons mis en traitement que des sujets de 17 à 50 ans, la plupart féminins, dont les appareils rénal, hépatique et pulmonaire se révélaient intacts.

Par mesure de précaution supplémentaire, nous avons maintenu les sujets sous surveillance directe, mais si l'hospitalisation nous semble désirable, celle-ci peut être relâchée chez les sujets tolérants et raisonnables ; quant à la diète prévue, elle est de trois heures avant et après l'injection.

Notre technique s'est progressivement stabilisée. Nous avons renoncé totalement aux injections intramusculaires qui, malgré l'emploi des solvants les plus divers, se sont avérées trop douloureuses. Nous n'employons que la voie intraveineuse. La cure normale est de 16 injections à doses croissantes partant de 0 *g*. 10 et s'élevant de 2 cg. à chaque injection pour en arriver à une dose maxima théorique de 0 *g*. 0045 par kilogramme « d'animal ».

Pratiquement, nous n'avons pas dépassé 0 *g*. 28 chez la femme, nous en tenant le plus souvent à la dose maxima de 0 *g*. 24. La quantité totale de 4.000 M. injectée au cours de la cure a été d'environ 3 *g*., ce chiffre étant atteint sans fatigue dans un bon tiers des cas. Au début, nous faisions les dernières injections à partir de 0 *g*. 18 tous les deux jours. Actuellement, après avoir vérifié que l'organisme normal éliminait pratiquement 0 *g*. 24 du produit en vingt-quatre heures, nous faisons l'injection quotidienne même à ces doses, ce qui réduit à seize jours la durée du traitement d'attaque d'une syphilis active Dans tous les cas, nous continuons sans interruption la cure de 4.000 M. par la cure bismuthique, 0 *g*. 07 ou 0 *g*. 08 de bismuth-métal 2 fois par semaine, donnant la préférence aux oléo-solubles.

Nous avons abandonné le 4.000 M. non glucosé et nous avons constaté la presque disparition des incidents locaux depuis que nous étendons la dose contenue dans l'ampoule de 20 cm^3 de sérum glucosé. Dès le mélange, il y a dégagement de gaz carbonique et lorsque la mousse a disparu, il reste un liquide clair, très légèrement teinté, dont l'injection doit être extemporanée.

Résultats

Action sur les accidents cliniques. — L'action du traitement sur les plaques muqueuses et la roséole est extrêmement rapide. En quatre à cinq jours, les condylomes les plus exubérants et les plus suintants sont flétris et asséchés. Chez une de nos malades cependant, ce résultat ne fut obtenu qu'au septième jour. Les éruptions roséoliques sont au moins aussi sensibles au 4.000 M., leur disparition en trois jours est habituelle. Dans les vingt-quatre heures qui suivent la première injection, il est très fréquent que la roséole soit exaspérée passagèrement Cette réaction de Herxeimer, dans 2 cas, a été caractérisée par l'apparition d'une roséole jusqu'alors invisible, puis son extinction en deux jours.

Action sur la présence du tréponème dans les lésions. — Dans 18 cas où l'examen initial nous a révélé la présence du tréponème dans les lésions primaires ou secondaires, nous avons vu disparaître celui-ci dans un délai qui a varié de six heures à soixante-seize heures. Dans un cas, pourtant, celui-là même dont le condylome ne fut asséché qu'au septième jour, on retrouvait encore des microbes six jours après la première injection, ce qui fait penser à de grandes variations dans la résistance de l'affection au médicament, analogue à ce qu'on sait des arsénobenzènes.

Action sur le Wassermann. — 2 cas pris à la période pré-sérologique ont vu le W rester définitivement négatif. Une autre syphilis prise dans les mêmes conditions a vu son Wassermann se positiver dès les premières piqûres pour se négativer seulement au bout de trois semaines.

Dans l'ensemble, les Wassermann amorcent une courbe descendante au bout de trois semaines. L'un d'eux a commencé à se négativer au huitième jour, mais presque toujours, à la fin de la cure de 4.000 M., le Wassermann est encore positif, la négativation se laissant attendre parfois plusieurs semaines.

1 cas s'est réduit à la fin de la première semaine, 1 en quinze jours, 11 se sont réduits en trois semaines, 19 en quatre semaines, 25 entre un et deux mois, 2 entre deux et trois mois, 3 n'étaient pas réduits après quatre mois.

Telle était notre statistique au mois d'Août, celle-ci ne comportant que les 62 cas qui avaient reçu un traitement pratiquement complet et que nous avions pu suivre assez longtemps. Sur ces 62 sujets, 41 ont pu continuer leur traitement bismuthique de façon satisfaisante pendant les événements d'Août. (En principe, nous continuons la cure de 4.000 M. par 16 bivatol, repos d'un mois, puis nouvelle cure de 16 bivatol).

Aucun des cas de W. négatif de ce dernier lot n'est redevenu positif ou même douteux. Par contre, un des W. résistants signalés plus haut appartenant à cette catégorie régulièrement a été mis au novarsénobenzol. La réaction commence seulement à virer sept mois après la cure de 4.000 M. et après sa deuxième série de 914, ce qui évoque l'hypothèse d'une forme arséno-résistante.

21 malades ont disparu lors de la Campagne de Libération, 7 de façon définitive (dont les 2 autres W. tenaces), 14 étant revenus dans nos dispensaires après une absence minima de trois mois — 4 d'entre eux traités ailleurs par le bismuth sont restés négatifs — 10 n'ont pas été traités. Sur ces derniers, 6 sont restés négatifs, 2 anciens négatifs sont redevenus légèrement positifs, 2 autres également négatifs à la fin de la cure sont redevenus positifs francs, l'un d'eux sans accidents. L'autre, une femme de 21 ans, est revenue après quatre mois d'absence avec des syphilides psoriasiformes. Nous l'avons mise aussitôt au Novar, à la troisième injection, elle ébaucha une crise nitritoïde qui nous obligea à la remettre au bismuth, ce qui fut sans effet sur les syphilides comme sur le Wassermann. Devant cette ténacité, nouvelle tentative au Novar. Crise nitritoïde franche nous obligeant à renoncer à l'arsenic. Actuellement, à la quatorzième injection de Quinio-bismuth, le Wassermann est toujours positif, une partie seulement des syphilides ont disparu. Ce cas soulève l'idée d'une sensibilisation à l'arsenic et celle de l'élaboration d'une arséno-résistance. La malade avait en effet, en Juin 1944, admirablement supporté une cure normale de 4.000. ; les événements obligent six mois après à reprendre une autre cure arsenicale et dès la dose de 0 *g*. 60 apparaissent des accidents toxiques: *arséno-sensibilisation*. Dans le même temps, la négativation ayant été obtenue primitivement, réapparaissent une sérologie positive et des accidents cutanés contre lesquels les traitements arsenicaux ébauchés et un traitement bismuthique opiniâtre sont de peu d'action : *arséno- et bismutho-résistance*.

Les problèmes soulevés par les arsénoxy sont dans l'ensemble superposables à ceux relevant des arsénobenzènes.

Accidents et Incidents. — Ils sont ceux des arsenicaux trivalents et n'en diffèrent que par des nuances qui semblent relever du fait du moindre poids et de la moindre complexité moléculaire de l'arsénoxy, ce qui en accélère la filtration. C'est ce qui donne l'allure *en flambée* des incidents et caractérise *la crise d'arsénoxy*. Celle-ci comporte le larmoiement, le picotement des gencives, les nausées, la température. Le larmoiement est devenu exceptionnel. Le picotement des gencives aussi devenu plus rare, est de règle au niveau des dents cariées ou aux emplacements d'avulsions récentes. Les nausées s'observent dans un quart des cas et aboutissent parfois au vomissement. La température est rare, sauf peut-être après la toute première injection qui souvent détermine un clocher vers 38°5.

La crise d'arsénoxy est brève et dure rarement plus de trois quarts d'heure. Elle peut être prévenue par l'absorption un quart d'heure avant l'injection de XL gouttes d'adrénaline sur un morceau de sucre. Curativement, l'adrénaline s'est montrée plus infidèle que la belladone. La crise d'arsénoxy, dans l'ensemble bien tolérée, n'a été que rarement une cause d'abandon du traitement.

Au début, nous observions très couramment des douleurs le long du trajet des veines injectées. Ces phlébalgies, quelquefois tenaces, ont pratiquement disparu depuis l'emploi du sérum glucosé et la précaution d'étendre considérablement la solution à injecter. Les autres accidents sont semblables à ceux qu'on observe par l'emploi des arsénobenzols.

Nous avons observé 3 érythèmes du neuvième jour et par 2 fois leur équivalent thermique. Dans cette dernière forme caractérisée par une poussée de température vers 39° au neuvième jour, nous avons remarqué que dès la première injection, il y avait eu une poussée thermique isolée, si bien que la courbe de température marquée d'un clocher au premier jour et d'un autre au neuvième jour, avec apyrexie intercalaire, est très caractéristique.

Depuis nos premières communications, nous n'avons pas eu de nouvelles ébauches d'érythrodermies ; nous rappelons que nous en avions observé 3 : Dans l'une, il était difficile de préciser la responsabilité du 4.000 M. Il s'agissait d'une malade pour laquelle l'intensité de la crise d'arsénoxy nous avait obligé à l'abandon pour le sulfar. Une érythrodermie de moyenne intensité débuta après la deuxième injection de cet arsenical. Dans un autre cas, dermite à la douzième injection, mais si fugace, que nous avons tenté une treizième injection à demi-dose. L'éruption et les démangeaisons s'étant ranimées, nous avons renoncé, l'érythème fut net et évolua en quelques jours. Dans un dernier cas, dès l'érythème, nous avons cessé ; en trois jours, il y eut disparition de la rougeur et du prurit.

En ce qui concerne les crises nitritoïdes, nous disions : « Nous n'avons pas observé de crises nitritoïdes comparables à celles observées avec les arsénobenzols ». Cependant une de nos malades

qui, antérieurement, avait fait un érythème du neuvième jour, eut, cinq heures après une injection bien supportée, une bouffissure brusque du visage avec pouls accéléré, tremblement, subdélire, sans éruption, qui ont fait penser au service de garde à une vraie crise nitritoïde ; mais le délai d'apparition nous oblige à réserver notre opinion jusqu'à l'observation de cas analogues. Nous n'avons pas eu depuis cette occasion.

Nous avons observé 2 subictères qui, le traitement abandonné, ont duré quatre à cinq jours.

Enfin, nous avons observé 1 cas d'encéphalopathie post-arsenicale. Nous résumons brièvement ce cas qui fut présenté à la Société de Dermatologie, en Novembre 1944. Une jeune malade de 36 ans, atteinte d'une syphilis secondaire, est mise au 4.000 M. à doses progressives. Le sujet n'en a pas reçu plus de 0 *g*. 75 *cg*. que brusquement, au neuvième jour du traitement, elle est prise d'une céphalée intense préludant à une salve de crises comitiales et l'établissement progressif d'un coma. Celui-ci dura plusieurs jours au cours desquels la patiente fit une hémiplégie. Enfin très lentement les phénomènes cédèrent et deux mois après il n'y avait plus aucune séquelle. Alors on tenta prudemment une injection de 0 *g*. 01 *cg*. de 4.000 M. Il n'y eut pas la moindre réaction. Quelques jours plus tard, une autre tentative faite avec 0 *g*. 05 *cg*. du produit fut de même parfaitement tolérée. Il s'agit donc bien d'une de ces encéphalopathies du neuvième jour, sorte d'équivalent de la manifestation cutanée de même date. Pratiquement indépendante des doses, ne conférant pas au survivant une sensibilité spéciale, de l'avoir observée au cours d'un traitement par un arsénoxy, ne permet pas de conclure autrement qu'en constatant que ces corps partagent une propriété de tous les arsenicaux.

Après dix-huit mois d'expérience du 4.000 M., nous en arrivons aux conclusions suivantes : Le 4.000 M. répond dans l'ensemble à toutes les propriétés des autres arsénoxy et a sur ces derniers l'avantage de pouvoir être employé à des doses supérieures, du fait de la pureté du produit initial et de son élimination rapide. L'activité thérapeutique en est grande, la disparition à l'examen ultra-microscopique du tréponème, le flétrissement des accidents cutanéomuqueux, l'extinction des roséoles se faisant dans des temps records. Le traitement d'attaque est de seize jours, ce qui fait gagner plusieurs semaines sur le traitement novarsenical classique et réduit au minimum la période de contagiosité. Mais, pas plus que les autres arsenicaux, la cure de 4.000 M. n'est une cure de stérilisation et demande à être prolongée par le traitement bismuthique et sans que les repos entre les séries n'en soient plus longs qu'après le traitement au Novar. Le Wassermann est réduit avec le retard observé habituellement sur les accidents cliniques, mais s'il y a abandon de traitement après la première série d'arsénoxy-bismuth, il se ranime assez facilement, des accidents cliniques peuvent reparaître plus résistants. Enfin, si la crise d'arsénoxy tend à se raréfier par les perfectionnements de la technique, si la phlébalgie a pratiquement disparu, le 4.000 M. comme les autres arsénoxy, est susceptible de déterminer des accidents toxiques ou biotropiques superposables à ceux provoqués par les arsénobenzènes avec, circonstance atténuante, une évolution en flambée violente parfois, mais de courte durée.

En résumé, méthode permettant le blanchiment accéléré, comportant les risques des arsénobenzènes, nécessitant une surveillance méticuleuse des sujets traités et même l'hospitalisation, et d'être continuée par les traitements d'entretien classiques. C'est actuellement le traitement d'attaque le mieux approprié aux sujets « socialement dangereux », aux prostituées en particulier.

POLYRADICULITE LOMBAIRE UNILATÉRALE AVEC IMPORTANTE SYMPATHITE ADJACENTE

Par **Paul BLANCHET**

(Grenoble)

Il ne s'agit ni de la simple névrite du crural, ni d'une méralgie paresthésique, ni d'une plexite lombaire, ni d'une sympathite lombaire, ni d'un syndrome poly-radiculo-névritique déjà décrit, mais d'une *méningo-poly-radiculo-névrite lombaire unilatérale associée à une inflammation considérable de la chaîne sympathique lombaire adjacente*.

De cette *curieuse, grave et douloureuse* maladie, nous résumerons 8 observations, à peu près identiques, dans l'exposé que voici.

Maladie, rare jusqu'à ce jour, de saison froide, *infectieuse, fébrile, essentiellement féminine*, elle semble procéder par petites épidémies, frappant des personnes entre 30 et 60 ans, de constitution nerveuse plutôt délicate, et chez lesquelles on ne décèle aucune intoxication.

Après quelques jours de malaises dits grippaux, cette maladie entre en scène la nuit, tyrannise ses victimes particulièrement la nuit, de même que la sympathite cervico-brachiale à laquelle elle emprunte quelques traits.

Algies permanentes unilatérales, *à paroxysmes nocturnes*, ces douleurs atroces, exaspérantes, lancinantes, piquantes, souvent brûlantes, revêtant le caractère *causalgique*, s'étendent, par ordre d'intensité, aux régions suivantes : région antéro-supérieure de la cuisse, régions externe et interne de la cuisse, région antéro-inférieure de la cuisse, région latéro-interne de la jambe, périnée, région inguinale et région lombaire.

Ces douleurs sont exagérées par les émotions, les bruits inattendus, le moindre attouchement, le moindre frôlement, même de régions étrangères aux zones indiquées ci-dessus. Ces transferts douloureux, — rappelant les *synesthésalgies* décrites par Souques dans les causalgies post-traumatiques de Weir-Mitchell, — trahissent l'irritation intense du sympathique, de même que le caractère brûlant des douleurs, au sujet duquel notre Maître, le professeur Jules Froment, exprima sa pensée, en une formule imagée, « la causalgie, c'est le cri du sympathique ».

En plus de l'acuité des douleurs, le second caractère très particulier de cette maladie est un *aspect à la fois pseudo-érysipélateux et pseudo-phlegmoneux de la partie antéro-supérieure de la cuisse*, celle-ci semblant avoir doublé de volume.

L'incision et la ponction, — l'une et l'autre à éviter, — restent blanches et ne font qu'accroître démesurément les tourments de la malade, à laquelle il faut appliquer, du point de vue thérapeutique locale, la règle « noli me tangere ».

Souvent la zone érythémateuse est délimitée par des bords pouvant en imposer pour une importante plaque d'érysipèle de la partie antéro-supérieure de la cuisse.

Dans le quart des cas, en plus des manifestations décrites ci-dessus, on constate des éruptions zostériennes à la région latéro-interne de la jambe (innervée par le nerf saphène interne, br. du n. crural) à la région externe de la cuisse (n. fémoro-cutané), et à la région interne de la cuisse (n. obturateur).

L'examen neurologique proprement dit de la patiente (qui reste implacablement dans le décubitus dorsal, la cuisse malade en légère abduction) décèle les caractères suivants :

Il n'y a pas de véritable paralysie. Il y a surtout une *diminution de tonus* des muscles intéressés, conformément aux recherches expérimentales de Charles Foix et Bergeret sur le chien auquel ils avaient pratiqué une section du sympathique lombaire. On note cependant une diminution de flexion et d'adduction de la cuisse, par suite de la parésie des muscles fléchisseurs et adducteurs.

La flexion combinée de la cuisse et du tronc (les bras étant croisés) est impossible, à moins qu'on aide la malade en lui soulevant un peu les épaules. On constate alors, — et nous attirons l'attention sur ce point, — que la cuisse malade reste horizontale sur le lit, tandis que la cuisse indolore forme un angle avec celui-ci.

Du point de vue *troubles de la réflectivité*, on note également rarement une abolition complète. On constate, le plus souvent, une diminution du réflexe rotulien du côté malade, une diminution du réflexe d'adduction de la cuisse, une diminution de la réponse crurale du réflexe médio-pubien de Guillain, et une diminution du réflexe inguino-vulvaire.

Enfin, nous avons noté exceptionnellement une diminution des réflexes cutanés abdominaux du côté malade (car ceux-là empruntent surtout mais non exclusivement les racines médullaires dorsales).

La diminution du réflexe rotulien persiste longtemps après la guérison, de six mois à deux ans suivant la gravité du cas. Ce fait (analogue à celui constaté dans les séquelles de syndrome Guillain-Barré) mérite d'être souligné afin d'éviter des erreurs ultérieures de diagnostic (tabes, poliomyélite, etc.).

A la cheville du côté malade, on constate, en général, une *diminution d'amplitude des oscillations artérielles*.

La vitesse de sédimentation globulaire sanguine est augmentée, au voisinage de 35, (indice de Katz, méthode de Westergren). Importante parenthèse biologique : de même que dans maintes infections non influençables cliniquement par le salicylate de soude, nous avons observé que la vitesse de sédimentation diminue nettement lorsque la malade est soumise au salicylate, bien que celui-ci s'y révèle totalement inefficace.

L'analyse du liquide céphalo-rachidien, — tout en décelant une légère réaction albumino-lymphocytaire et un faible élargissement de la réaction du benjoin colloïdal de Guillain dans les deux zones, — montre l'absence totale de germe visible. Il semble donc s'agir, jusqu'à plus ample informé, d'une infection par virus filtrant, par *virus neurotrope*, vraisemblablement introduit par les voies respiratoires.

Certains éléments cérébraux, principalement *diencéphaliques*, semblent momentanément souffrir de la propagation de l'irritation du sympathique. En effet, la malade présente une tachycardie disproportionnée avec l'élévation thermique, et, dans certaines positions, des tremblements discrets. En outre, on constate une exagération des réflexes de posture de Foix et Thévenard. Corrélativement à cette dystonie, on observe le phénomène de la « roue dentée », décrit par Negro chez les parkinsoniens dans les mouvements passifs de flexion-extension de l'avant-bras, un symptôme analogue décrit par le professeur Froment dans le test « flexion-extension du poignet », et encore un signe de « roue dentée » parkinsonienne que nous avons nous-même observé sur le muscle jambier antérieur dans les mouvements passifs et lents de flexion-extension de la cheville.

Les modifications psychiques sont, en général, discrètes, mais constantes. Le plus souvent, on constate seulement de l'irritabilité, de la susceptibilité, un peu de bizarrerie dans la conversation ; la malade « se fait des idées ».

Dans un seul cas, — le premier que nous ayons observé et qui malheureusement s'est terminé par un décès, — les troubles mentaux ont nettement revêtu le type de l'encéphalite psychosique, que Marchand a bien mis en lumière. Les troubles psychiques se sont développés de jour en jour, pour donner naissance, au bout d'une semaine, à des hallucinations permanentes et à une agitation telle que la malade ne put être gardée à domicile. Fait intéressant à signaler : à partir de ce moment-là, malgré la persistance des symptômes ob-

jectifs, la malade oublia, pour ainsi dire, ses douleurs. Elle cherchait continuellement à se lever. En outre, nous constatâmes une endocardite mitrale.

Pour plusieurs raisons, le *pronostic* de cette étrange maladie doit donc être considéré comme *sérieux*. Dans les cas énergiquement et précocement traités, il faut néanmoins compter environ deux semaines aiguës, au cours desquelles les symptômes régressent très progressivement.

Le degré et la durée des séquelles sont proportionnels au degré de gravité de l'affection : algies plus ou moins persistantes, quoique considérablement atténuées, amyotrophie et faiblesse du membre inférieur, principalement diminution de force de flexion de la cuisse, légère claudication, troubles vago-sympathiques, dépression nerveuse, anxiété, faiblesse de l'attention.

Au point de vue *thérapeutique*, il importe de ne pas perdre un temps précieux à certaines médications antiinfectieuses qui, même à doses élevées, ne nous ont donné que des déboires, en particulier le salicylate de soude, les métaux à l'état colloïdal, et les arsenicaux. Contrairement à ce qui se passe pour la plexite lombaire, la diformine-iodobenzométhylée se montre peu active. De tous les sulfamides préparés jusqu'à ce jour, un seul nous a paru d'une efficacité constante et remarquable, — de même que dans les sympathites en général, — c'est le *para-amino-benzo-sulfamido-thiazol*, connu sous l'abréviation de 2090, et fabriqué, sous différentes marques, tant en France qu'à l'étranger. Dans cette maladie, c'est un antiinfectieux qui dispense de l'abcès de fixation, à condition de le donner, *per os*, à la dose minima de 3 *g*. par jour (si possible associé avec la vitamine P.P.) pendant environ six jours, durant lesquels il y a lieu, en outre, d'injecter, chaque jour, par voie intra-veineuse de préférence, 5 *cg*. de *vitamine B1* cristallisée.

La ponction lombaire peut apporter quelque soulagement, mais est particulièrement pénible, étant donné l'exagération des douleurs par la moindre tentative de mobilisation. Il en est de même pour l'infiltration du sympathique lombaire (de Leriche), quoique celle-ci procure une diminution plus nette des douleurs, action un peu comparable à l'infiltration stellaire dans les sympathites cervico-brachiales.

De même que dans celles-ci, la morphine est à rejeter, soit qu'elle n'apporte pas une sédation particulièrement remarquable, soit que des doses importantes et rapprochées risquent d'entraîner la malade à la morphinomanie.

Pour prendre patience, les malades se trouvent bien des associations pyramido-barbituriques, de préférence en suppositoires, afin de ménager l'estomac.

Au bout d'une semaine, et jusqu'à guérison, il y a lieu d'alterner, jour par jour, les injections intra-veineuses de vitamine B1 et de solutions iodurées concentrées [1].

1. Depuis la rédaction de cet article, nous avons eu l'occasion d'observer, de cette affection, deux cas avec œdème érythralgique localisé seulement au territoire du nerf obturateur. Même traitement, même résultat.

MOUVEMENT MÉDICAL

CONCEPTIONS RÉCENTES SUR LA PATHOGÉNIE ET LE TRAITEMENT DE L'INTOXICATION PAR L'ALCOOL MÉTHYLIQUE

L'intoxication par l'alcool méthylique qui était devenue extrêmement rare, a subi, du fait de la guerre, une recrudescence considérable et de nombreux cas, isolés ou collectifs en ont été publiés depuis plusieurs années.

Le mécanisme de cet empoisonnement est encore discuté. Des doutes planent sur la toxicité directe de l'alcool méthylique et l'on aurait tendance à expliquer ses effets apparents soit par la naissance de produits qui en dériveraient par oxydation dans l'organisme (acide formique ou plutôt aldéhyde formique), soit par l'action des impuretés qui l'accompagnent, notamment par celle des hydrocarbures empyreumatiques qui se produisent dans la distillation du bois.

C'est dire l'intérêt des considérations émises, il y a environ deux ans, par Oluf Roe et qui sont assez différentes des opinions habituellement admises sur la pathogénie et la thérapeutique de l'empoisonnement par l'alcool méthylique. Il ne nous paraît pas sans intérêt de les faire connaître.

Cet auteur constatant que les opinions sont fort opposées quant aux causes de la toxicité de l'alcool méthylique, déclare que les réactions varient sans doute suivant les sujets. Uhthoff, par exemple, considère qu'un quart seulement des individus qui ont absorbé de l'alcool méthylique présentent des accidents. Goldflam admet que la gravité de ceux-ci est généralement proportionnelle à la dose consommée mais remarque que certains intoxiqués présentent des accidents très sévères après absorption de petites doses. Poulsson en a constaté après absorption de 11 *g*. Ziegler a vu un sujet devenir aveugle pour avoir bu une cuillerée à thé d'alcool méthylique. L'un de nous a observé un cas identique à la suite de l'ingestion de 2 cm^3 d'alcool méthylique pur seulement. Jackson considère aussi que la sensibilité personnelle joue une large part dans la gravité des accidents.

Tel n'est pas cependant l'avis de tous les auteurs. Pohl, Brückner considèrent que l'action toxique dépend uniquement de la dose donnée. Mais s'il est encore difficile d'aboutir sur ce point à une certitude, on peut d'ores et déjà penser que l'évolution variable de l'intoxication dépend d'autres facteurs que l'alcool lui-même.

Il existe de grandes différences d'opinion sur les causes de la toxicité de l'alcool méthylique. Pohl, Krohl, Schmiedeberg considèrent qu'elle dépend de l'acide formique. Brückner, Flury et Virth Kasas, incriminent la formaldéhyde; Egg, l'alcool méthylique lui-même.

Par contre tous les auteurs sont d'accord sur le fait que l'ingestion d'alcool méthylique exerce une action élective sur la rétine.

Parmi les sujets touchés, certains sont des alcooliques chroniques, d'autres au contraire n'ont absorbé de l'alcool qu'une fois et par accident.

Roe a étudié 16 malades intoxiqués par l'alcool méthylique; l'un d'eux avait absorbé 90 cm^3 d'alcool méthylique. Le lendemain il resta plusieurs heures au grand soleil; au bout de ce temps il eut la notion que sa vue se troublait; quatre jours après il était presque complètement aveugle. Tous les autres cas à peu près analogues permettaient de constater l'existence constante de signes de faiblesse musculaire, de nausées, de vomissements et d'amblyopie.

Roe considère qu'il existe une certaine ressemblance entre les symptômes de l'acidose et ceux de l'intoxication par l'alcool méthylique. Dans les deux cas, on retrouve à l'amblyopie près, les mêmes phénomènes lorsque la réserve alcaline est tombée à la moitié de son taux normal.

La réserve alcaline n'a pu être déterminée chez tous les intoxiqués observés par Roe, mais chez beaucoup d'entre eux elle était très basse. Au cours de la période aiguë de l'empoisonnement elle tomba suivant les malades à 7,8, 9, 14,7, 16, 16,4, 17,5 et 19 volumes. Dans tous ces cas, des troubles visuels sévères de la vision coexistaient avec un épuisement profond. Les trois malades dont la réserve alcaline était la plus basse moururent. Au contraire, dans deux autres cas où elle s'était maintenue à 26 et 33 volumes, les troubles de la vision furent relativement légers. Roe considère donc que le degré de l'amblyopie dépend de celui de l'acidose. Sur tous ses malades, il n'a noté qu'une exception, une amblyopie sévère avec une réserve alcaline de 26 pour 100, mais l'examen du sang fut pratiqué assez longtemps avant celui des yeux et avant que l'état général ne se fût sérieusement aggravé.

Roe étudie ensuite le mécanisme de l'acidose. La rétine contient plus d'hydrate de carbone et le consomme plus rapidement qu'aucun des autres tissus de l'œil. Or, l'alcool méthylique paraît réduire considérablement la respiration de ces tissus, en même temps qu'il entraîne une inhibition générale des processus d'oxydations organiques.

Reste à savoir si les manifestations de l'empoisonnement dépendent de l'action de l'alcool méthylique, de la formaldéhyde ou de l'acide formique.

Pour beaucoup d'auteurs, c'est la formaldéhyde qui est l'agent actif. L'oxydation de l'alcool méthylique étant très lente, la formaldéhyde n'est toutefois présente dans les tissus qu'en très petite quantité à la fois. Brückner considère qu'elle agit par réaction sur les molécules des protéides, toutefois l'acide ainsi produit, l'est en trop petites quantités pour expliquer l'acidose.

Pohl, qui incrimine l'acide formique, a montré expérimentalement que le taux maximum de celui-ci s'observait, chez l'animal, le troisième et le quatrième jour après l'absorption d'alcool méthylique, alors que les accidents sont les plus marqués. Roe admet d'ailleurs que cette lenteur d'oxydation de l'alcool méthylique entrave l'action de l'acide formique. Une grande partie de celui-ci est convertie en effet en dioxyde de carbone et en eau. Cependant la quantité demeurée intacte est susceptible de provoquer une certaine acidose. On peut admettre aussi que l'acide formique, agissant un peu comme l'acide prussique, produit avec le fer de l'organisme un composé complexe d'action nocive. Le processus d'oxydation cellulaire est graduellement inhibé et de petites quantités d'acide formique se produisent aussi longtemps que l'alcool méthylique est présent dans l'organisme.

Expérimentalement, Nicloux et Placet ont démontré que du fait de sa lente élimination et de son accumulation dans l'organisme, l'alcool méthylique devenait, surtout lors d'absorptions fractionnées et conformément aux lois de Rabuteau et Richardson, beaucoup plus toxique que l'alcool éthylique dont la toxicité absolue est cependant beaucoup plus forte. Chez le chien une dose d'alcool éthylique s'élimine en vingt-trois heures, la même dose d'alcool méthylique en cinq jours.

D'ailleurs, chez l'animal comme chez l'homme, les effets toxiques se déclenchent après une phase assez longue de latence.

Certains facteurs, d'autre part, influencent le degré de l'acidose. C'est le cas, en particulier de l'augmentation du métabolisme. Toutes choses étant égales, l'acidose peut devenir plus grave et les symptômes cliniques plus alarmants, s'il existe de grandes demandes en oxydation.

L'alcool éthylique agit également sur l'acidose, et semble-t-il, de manière favorable. Roe ayant observé des malades ayant absorbé, immédiatement avant ou après leur intoxication par l'alcool méthylique, de fortes doses d'alcool éthylique, a pu faire à ce sujet des observations presque expérimentales. Deux malades avaient bu ensemble une même quantité d'alcool méthylique, l'un d'eux avait absorbé, aussitôt après, environ 100 cm^3 d'alcool éthylique. Le premier fut hospitalisé au bout de trois jours avec des signes graves, une diminution considérable de la vision et une réserve alcaline de 14,7 volumes. Le deuxième, hospitalisé le même jour, fut beaucoup moins sérieusement atteint. La réserve alcaline ne descendit pas au-dessous de 37 pour 100 et la vue ne fut que peu troublée.

Un autre malade qui avait bu environ 170 cm^3 d'alcool pur après avoir pris de l'alcool méthylique n'eut pas d'accidents. Deux autres qui avaient pris une quantité considérable d'alcool éthylique dans les jours qui avaient suivi l'empoisonnement, guérirent complètement. Un dernier malade, ayant observé 300 cm^3 d'alcool méthylique pur suivi de quantités considérables d'alcool éthylique eut des accidents immédiats, mais ne garda aucune trace de son intoxication.

Ces observations cliniques, tendant à prouver que l'alcool éthylique est un antidote de l'intoxication par l'alcool méthylique paraissent confirmées par des expériences d'Aser. Celui-ci a constaté que les chiens ayant reçu de l'alcool éthylique et méthylique, excrètent moins d'acide formique par les urines que ceux ayant reçu seulement de l'alcool méthylique.

Roe admet pour expliquer ce phénomène que l'alcool éthylique est capable de déplacer l'alcool méthylique de la surface des cellules et d'entraver son oxydation en acide formique. La capacité qu'a l'alcool éthylique de réduire le métabolisme est aussi un facteur capable d'influencer favorablement la marche de l'intoxication.

Enfin l'apport d'une quantité importante de liquide semble agir sur l'acidose. Voltz et Dœtrich ont montré que dans des conditions normales 1,5 pour 100 de l'alcool méthylique peut être excrété par l'urine, mais que ce taux peut atteindre 15 pour 100 lorsque la diurèse s'accroît. Pohl admet, de son côté, que la quantité d'acide formique excrétée est augmentée par l'injection intraveineuse de sérum physiologique. Dans plusieurs des observations de Roe, l'issue favorable de l'intoxication paraît pouvoir être imputée à l'absorption de grandes quantités de liquide.

Roe considère enfin qu'il existe des relations de cause à effet entre l'acidose et l'amblyopie. Tous ses malades ayant présenté une acidose importante ont eu des troubles sérieux de la vision. Des cas analogues ont été, selon lui, observés dans d'autres exemples d'acidose: intoxication par le formol ou l'oxyde de carbone, diabète grave, toxémie de la grossesse, cachexie cancéreuse, brûlures étendues.

Etant donnée la sensibilité de la rétine, on peut penser que la réduction de la capacité tampon du bicarbonate, des phosphates et des protéides provoquée par l'acidose peut léser cet organe plus facilement que n'importe quel autre tissu. Il reste d'ailleurs assez difficile d'expliquer le fait que l'amblyopie due à l'empoisonnement par l'alcool méthylique soit plus forte que celle due à n'importe quelle autre acidose. L'existence d'une plus grande accumulation d'alcool méthylique dans la rétine est loin d'être prouvée. Roe admet qu'une fois le fer de l'enzyme respiratoire inhibé, le défaut d'oxygénation se fait sentir plus intensément dans la rétine que dans les autres organes.

La lumière jouerait également un grand rôle dans la pathogénie de l'amblyopie. Dans les 16 observations de Roe, on trouve en effet 2 cas de coexistence d'une acidose relativement modérée avec une atteinte profonde de la vision. Mais ces deux malades avaient été exposés, immédiatement après l'absorption toxique à une lumière extrêmement vive, au bord de la mer.

La thérapeutique de l'intoxication par l'alcool méthylique préconisée par Roe diffère assez nettement de celle conseillée jusqu'alors. En 1921, Ziegler recommandait déjà les alcalins pour enrayer l'acidose, mais en plus utilisait les lavages d'estomac, la sudation qu'il obtenait par l'emploi de boissons chaudes, de bains de vapeur, de pilocarpine. Il préconisait également l'emploi de l'extrait thyroïdien, de la morphine à petites doses, des purgations salines, des lavements alcalins. Harneck a employé plus tard le permanganate de potasse par voie buccale, et en cas de symptômes nerveux la pituitrine, l'hydrobromate d'hyoscine et la liqueur de Donovan. Dans les cas d'intensité moyenne il a utilisé le traitement électrique sous forme de courant continu. Zethelius et Wersen ont recommandé après Pincus la ponction lombaire. Ils pratiquaient une soustraction de 20 cm^3 de liquide céphalo-rachidien tous les cinq jours et ont annoncé des résultats extrêmement favorables.

Wilhemse s'est adressé en 1936 au carbone intraveineux à 7,5 pour 100 en raison de son rôle d'absorption. Il en injectait 10 cm^3 toutes les heures, durant la période aiguë des accidents.

Selon Roe, la thérapeutique de l'amblyopie, doit consister en un traitement rapide de l'acidose par absorption de grandes quantités de liquide et par protection des yeux contre la lumière. Le traitement le plus rationnel de l'acidose est d'administrer une solution isotonique, soit à 1 pour 100, de bicarbonate de soude. Il faut arriver à élever le taux du bicarbonate dans le plasma à 12 à 14 *mg.*, correspondant à une réserve alcaline d'environ 30 pour 100 et il est nécessaire de maintenir ce taux pendant plusieurs jours.

En l'absence de complications cardiaques sérieuses, on doit injecter 1 litre en dix à quinze minutes et suivre ensuite, si cela est possible, la réserve alcaline par des dosages répétés. Il faut en général injecter 2 litres de cette solution, pour que les signes d'acidose disparaissent. On peut y adjoindre du bicarbonate par voie buccale, jusqu'à ce que les urines deviennent alcalines. En plus de ce traitement Roe recommande de donner de l'alcool éthylique pour mettre en échec l'oxydation de l'alcool méthylique. Mais le dosage de l'alcool ne doit pas élever la concentration du sang à plus de 0,1 ou 0,2 pour 100. Plus tard le taux de l'alcool donné doit correspondre à celui qui est oxydé, c'est-à-dire environ 7 *g.* par heure.

Une diurèse importante doit enfin être obtenue par l'usage de solutions salées ou normales qui corrigent l'hypochlorémie lorsqu'elle existe.

Les lavages d'estomac sont indiqués. Mais la concentration de l'alcool méthylique dans l'estomac est légèrement plus élevée que dans le sang; ce traitement ne paraît donc pas pouvoir retirer beaucoup d'alcool méthylique. Le lavage gastrique ne doit, en tout cas, être pratiqué qu'après injection de bicarbonate intraveineux. Enfin, les yeux doivent être protégés contre la lumière, surtout pendant la période d'intoxication aiguë.

Roe s'élève, en raison de ces constatations physiopathologiques, contre certains des éléments du traitement de Ziegler, en particulier contre la recherche de la sudation et l'emploi de l'extrait thyroïdien. Il lui paraît d'autre part difficile d'apprécier les effets de la ponction lombaire, un certain nombre d'intoxiqués par l'alcool méthylique présentant une amélioration spontanée dans les premiers jours du traitement. Dans la plupart des cas qu'il a observés, la pression du liquide céphalo-rachidien s'est montrée normale ou légèrement augmentée. L'action favorable de la ponction lombaire lui paraît au moins douteuse.

A. RAVINA et JEAN VOISIN.

BIBLIOGRAPHIE

Olaf ROE : Clinical investiagations of methyl alcohol Poisoning with special Reference to the Pathogenesis and Treatment of amblyopia *Acta medica scandinavico*, vol. **113**, fasc. VI, 12 Avril 1913. — MAGNUS ZETHELIUS et AXEL WERSEN : *Klin. Monatsbl. f. Augenh*, 65, **2**, 1920, 81. — ZIEGLER : *The british Journal of Ofhtalmology*, **5**, 1921, 365 et 411. — WILHEMSE : Ned Tijds. v. Geneesk, 4, **16**, 14 Novembro 1036, 518-520. — GOUGET : L'intoxication par l'alcool méthylique. *La Presse Médicale*, 20, **32**, 20 Avril 1912, 329-330.

SOCIÉTÉS DE PARIS

ACADÉMIE DE MÉDECINE

3 Juillet 1945.

Notice nécrologique sur M. Carrière. — M. **Laubry.**

Sur l'action du di-éthylstilboestrol chez l'animal et chez l'homme. — MM. **Loeper, Vignalou** et **Trémolières** signalent chez l'animal l'abaissement du métabolisme basal, l'augmentation du cortex surrénal, la diminution de la prostate et parfois des réactions cellulaires, nucléaires et glycogéniques du foie. Ils retrouvent chez l'homme le même abaissement du métabolisme de base, l'augmentation de poids, la gynécosmastie à partir de 80 *mg.*, la réduction du volume des organes génitaux, parfois de petites coliques urétrales dues à l'élimination de bouchons épithéliaux et presque toujours une raie pigmentaire pénienne et médioscrotale qui semble l'équivalent dans le sexe masculin de la ligne abdominale sous-ombilicale dans le sexe féminin.

De telles manifestations se produisent chez le sujet normal comme chez le prostatique, parallèlement à la réduction de la prostate cancéreuse, à l'amélioration de l'état général, à la disparition des douleurs et à l'atténuation des métastases. Elles montrent bien l'action féminisante du médicament.

Métabolisme de base et dépense de fonds chez les personnes âgées ; leurs variations. — MM. **Binet, Bourlier** et Mlle **Bochet** montrent l'intérêt du métabolisme de base chez les sujets âgés ; ils soulignent la valeur de la mesure de la dépense de fonds, c'est-à-dire les échanges respiratoires par 24 heures dans les conditions basales, non rapportés à la surface corporelle ; cette dépense de fonds est très abaissée et voisine de 1.000 calories au-dessus de 70 ans ; la chute des échanges respiratoires est réversible sous l'action de certaines thérapeutiques endocriniennes.

Production expérimentale d'œdèmes par déséquilibre alimentaire. — M. **R. Lecoq** rappelle que les conditions économiques ont favorisé l'apparition des nombreux cas d'œdèmes sur lesquels les vitamines sont sans action et qui sont dus au déséquilibre alimentaire ; la déficience azotée est habituellement considérée comme leur cause déterminante, mais on est conduit à admettre l'existence de causes adjuvantes ou de prédispositions individuelles, car parmi les sujets recevant une même ration pauvre en protides, peu sont atteints. L'auteur a pu obtenir constamment chez le jeune rat blanc des œdèmes par déséquilibre alimentaire à l'aide d'un régime reproduisant la composition d'un chocolat composé de 40 pour 100 de cacao et de 60 pour 100 de sucre ; la déficience azotée, facteur essentiel, n'aboutit à la formation d'œdèmes qu'autant qu'un facteur second en permet le déclenchement ; dans ces expériences, le facteur second est constitué par les bases puriques (caféine et théobromine) ; il est remplacé en pathologie humaine par la fatigue, les tares viscérales et les troubles endocriniens.

Correction par les sucres des effets excitants de la caféine ou de la théobromine sur le système nerveux. — MM. **P. Chauchard, Lecoq** et Mme **Mazoué** montrent que l'effet excitant des bases puriques (caféine et théobromine) est expérimentalement compensé par le lactose ; le saccharose, le galactose et le glucose donnent des résultats identiques. L'antagonisme physiologique sucres-bases puriques paraît d'une spécificité assez grande ; il s'exerce non seulement sur le système nerveux périphérique, mais encore sur l'excitation cardiaque.

Etude photographique de la coagulation du plasma sanguin. — MM. **P. Chevallier, Guillot** et **Fiehrer** ont mis au point une technique d'étude photographique de la coagulation de plasma citraté dilué sous l'influence de recalcifiants ; elle permet l'examen direct des centres de coagulation artificiellement accélérée, les centres sont très nombreux, de petite taille et le caillot a un aspect homogène ; dans les plasmas à coagulation artificiellement retardée, les centres sont rares, de gros volume et le caillot a un aspect ponctué. Des aspects analogues existent dans les troubles pathologiques de la coagulation, dans l'hémophilie par exemple ; sous l'influence de la thérapeutique, on constate la répression des anomalies des centres.

LUCIEN ROUQUÈS.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

4 Juillet 1945.

Rectites proliférantes et sténosantes. — M. **Ameline** cite un exemple de rétrécissement fibreux du rectum qui a récidivé malgré l'ablation. Et pourtant il s'agissait d'un cas choisi pour la chirurgie, alors qu'à l'ordinaire l'auteur utilise le traitement physiothérapique et les médicaments chimiques (antimoine, sulfamides). C'est dire qu'il faut attendre longtemps avant de juger des résultats de la chirurgie dans cette grave localisation de la maladie de Nicolas-Favre.

Sur la luxation de l'os coxal. — M. **Siméon.** M. **Sicard,** rapporteur. Le traitement de telles lésions est extrêmement pénible. Heureusement on arrive à des résultats fonctionnels très suffisants malgré la persistance d'une grosse déformation.

Contribution à la technique de la suture termino-terminale de l'intestin grêle. — M. **Rudler** rapporte le travail de M. **Lenthier** qui, à l'aide d'un artifice technique (conservation temporaire des bouts intestinaux ou delà de la section à pratiquer) obtient plus d'aisance dans la suture termino-terminale.

Vaste cavité pleurale d'origine streptococcique rendue aseptique par ensemencement spontané par « l'aspergillus fumigatus. — M. **Pierre Jourdan.** M. **Roux-Berger,** rapporteur. Au cours d'une pleurectomie pour vaste cavité résiduelle, on trouve une fistule broncho-pleurale. Mais l'étonnement des auteurs est de constater l'existence de moisissures sur les parois de la cavité. Ils s'agissait d'aspergillus. La guérison se fit aussitôt après suture de la fistule, la cavité étant totalement aseptique. C'est un exemple remarquable de l'action d'une pénicilline spontanée.

Traitement chirurgical des plaies des parties molles. — M. **Fruchaud** montre les résultats obtenus par les médecins français dans l'épopée africaine. Il estime que les meilleurs résultats ont été acquis par l'incision large, sans tentative de fermeture.

Les plaies contuses sont des plaies où en plus de la région détruite (manchon central d'écrasement), il existe une région périphérique (manchon périphérique) de contusion, s'étendant très à distance de la première.

Dans cette zone les tissus semblent encore sains mais leur vitalité est profondément troublée. C'est la tuméfaction qui domine là, amenant l'étranglement dans les aponévroses inextensibles et l'anoxémie locale. Par trouble de la perméabilité capillaire la tuméfaction se trouve augmentée.

C'est cette zone périphérique qui est à la base des accidents secondaires. Il est nécessaire de débrider largement les zones tissulaires. Il est également évident que cette notion directrice interdit absolument toute suture primitive.

Il n'est pas nécessoire de faire des tamponnements considérables si on observe ces règles.

Bien entendu ces considérations ne valent pas pour les plaies synoviales et osseuses où ces phénomènes de contusion n'entrent pas en ligne de compte.

L'emploi de sulfamides ou de pénicilline est accessoire et ne saurait remplacer le traitement chirurgical des plaies fraîches.

L'immobilisation absolue est un acte complémentaire indispensable.

La réfection du revêtement cutanée doit être envisagée dès que possible, après l'ablation du premier pansement, par suture secondaire ou par greffes.

Traitement du cancer du col utérin par l'association radium-chirurgie. — MM. **Desplas** et **Brenier** pensent que ni la thérapeutique physiothérapique ni la chirurgie n'ont à elles seules des résultats suffisants.

La chirurgie entraîne une mortalité importante, des récidives fréquentes, des complications urinaires. Le radium, s'il n'encourt pas les mêmes reproches, peut être insuffisant et son association avec les rayons X et la télécuriethérapie n'a guère amélioré les résultats obtenus.

L'association radium puis chirurgie est plus favorable. Opération plus aisée, pas d'essaimage opératoire, résultats rapides, guérisons longuement suivies.

L'exérèse doit être faite un mois et demi après le radium pour les cancers malpighiens ; trois mois après pour les cancers glandulaires.

L'hystérectomie sera totale s'il s'agit d'un cas I, ou un Wertheim si le col est dépassé par le néoplasme.

Dans les cas II on fait d'abord du radium, puis un Wertheim, enfin de la rœngenthérapie complémentaire.

— M. **Roux-Berger** montre la difficulté du diagnostic précis des stades de début du cancer du col. La chirurgie donne de très bons résultats à ce stade et permet surtout de voir directement les lésions.

— M. **Moulonguet** pense qu'à côté de la topographie de l'atteinte cancéreuse, c'est la radio-sensibilité qui détermine surtout la qualité des résultats.

— M. **Fruchaud** fait des opérations élargies avec ablation ganglionnaire du type Leveuf.

— M. **Mocquot** voudrait qu'on n'oublie pas, dans l'appréciation des résultats, les données de la clinique : âge des malades, forme ulcéreuse ou bourgeonnante, etc., qui jouent un très grand rôle.

JEAN CALVET.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

30 Juin 1945.

La forme méningée de la fièvre récurrente. — MM. **Cattan, Corios** et **H. Cohen** rapportent plusieurs observations de fièvre récurrente observées en Tunisie et remarquables par la prédominance des signes méningés. Dans deux de ces cas le liquide céphalo-rachidien était normal, dans un autre il y avait une petite hémorragie méningée. Un quatrième était caractérisé par une lymphocytose rachidienne modérée. Ces observations permettent de décrire différentes variétés de la forme méningée pure de la fièvre récurrente. Le méningotropisme est un caractère commun à toutes les spirochétoses humaines.

— M. **Rist**, au cours d'un voyage récent au Maroc, a eu connaissance de l'apparition de fièvres récurrentes à forme méningée et psychosique.

Le rôle du bulbe duodénal dans la pathogénie et l'évolution de l'ulcère. A propos de deux observations expérimentales. — MM. **P. Hillemand, A. Bergeret** et **P. Dumery**, après avoir insisté sur la multiplicité des théories pathogéniques de l'ulcère, sur la difficulté de l'expérimentation (l'animal n'étant pas atteint spontanément par la maladie ulcéreuse), rapportent 2 observations à caractère expérimental qu'ils versent au débat.

Dans la première, il s'agissait d'un malade ayant subi une gastrectomie pour exclusion pour ulcère duodénal et porteur d'un ulcère peptique récidivant de la bouche. L'intervention consista en la résection du moignon antropylorobulbaire et fut suivie d'une disparition et des douleurs et de l'image radiologique. Cette guérison dure actuellement depuis 13 mois.

Dans la seconde, il s'agissait d'un malade ayant subi une gastrectomie pour exclusion pour ulcère duodénal et porteur d'un ulcère peptique de la bouche. L'intervention consista en la résection du moignon. L'examen histologique de la pièce montra qu'il s'agissait uniquement du bulbe duodénal. La guérison dure actuellement depuis 8 mois.

S'appuyant sur ces 2 observations, les auteurs concluent :

Que dans la première la résection du moignon antropylorobulbaire a suffi pour entraîner la guérison et arrêter l'évolution de la maladie ulcéreuse, en diminuant la sécrétion des glandes du fundus ; ceci vient confirmer des faits analogues rapportés par R. Monod, Dor, von Haberer, etc.

Que dans la seconde l'ablation seule, isolée, du bulbe a abouti aux mêmes résultats et que par conséquent le bulbe duodénal joue un rôle dans la pathogénie de l'ulcère et la sécrétion gastrique.

Les auteurs se proposent de revenir, dans une communication ultérieure, sur les différentes hypothèses que l'on peut soulever à propos de leurs observations pour expliquer la pathogénie de l'ulcère. Mais, restant uniquement sur le domaine des faits, ils en tirent les déductions pratiques suivantes :

a) Il faut considérer la gastrectomie pour exclusion comme un premier temps opératoire qui doit être obligatoirement suivi de la résection du moignon bulbaire resté en place, résection qui dans un second temps se fera sans difficulté.

b) En cas d'ulcère peptique sur gastrectomie, au lieu d'avoir recours à des résections de l'anastomose ou à une nouvelle gastrectomie, il faut réséquer le moignon gastroduodénal restant, opération bénigne et sans danger.

Enfin, en cas d'ulcère haut situé de la petite courbure, ils se demandent si la résection du bulbe et de l'estomac, en laissant en place l'ulcère, ne suffirait pas à obtenir la guérison.

— M. **N. Fiessinger** rappelle qu'il a étudié, avec Palmer, l'ulcère expérimental du chien. Quand on fait une anastomose en Y, il apparaît presque toujours au niveau de la bouche de gastro-entérostomie un ulcère typique, si l'espacement entre cette bouche et le duodénum est inférieur à 30 *cm*. Il semble donc qu'il faut faire jouer un rôle à la bile dans la genèse de ces ulcus.

Un nouveau cas de tuberculose miliaire aiguë du « post partum » ayant pour point de départ une tuberculose génitale (tuberculome de la corne utérine droite et tuberculose caséeuse de la trompe correspondante). — M. **P. Jacob.** A l'autopsie d'une femme secondipare venant d'accoucher de deux jumeaux et ayant commencé, le soir même de l'accouchement, une granulie aiguë, révélée par une radiographie pulmonaire, qui devait entraîner la mort en 45 jours, trouve comme dans 3 autres observations similaires antérieurement publiées par lui, de grosses lésions caséeuses de l'appareil génital. Ces lésions consistaient ici en un volumineux tuberculome de la corne utérine droite faisant une saillie en chou-fleur dans la cavité utérine et en une tuberculose caséeuse massive de la muqueuse de la trompe correspondante. Malgré le séjour dans cet utérus tuberculeux, les deux jumeaux sont, jusqu'à ce jour, bien portants. Le mécanisme de la dissémination peut se discuter. L'absence de granulations sur le foie, sur la rate et sur les reins rend douteuse une dissémination hématogène. La prédominance des lésions sur la séreuse péritonéale serait en faveur d'une dissémination par voie lymphatique ou même par propagation directe, au moment de l'accouchement, sous l'influence du traumatisme obstétrical et des contractions de l'utérus.

Leucémie à monocytes avec purpura chronique et modifications cutanées rappelant le parapsoriasis lichénoïde. — MM. **F. Coste, J. Boyer** et **R. Tourneur** présentent un homme de 54 ans chez qui est apparue depuis 1 an 1/2 une affection cutanée caractérisée par un purpura chronique récidivant généralisé sans syndrome hémorragique, une coloration ocre de la peau, de l'atrophie cutanée, un peu d'hyperkératose, un état sclérodermique de la main et des doigts. Ces altérations du revêtement s'accompagnent d'adénomégalies modérées et d'une subleucémie à monocytes. Le derme superficiel et les ganglions sont infiltrés de cellules monocytaires. Par son aspect et ses lésions histologiques cette dermatose complète se situe au voisinage du parapsoriasis lichénoïde de Brocq et Civatte. Elle représente un nouvel exemple de transition possible entre ce syndrome et les réticuloses typiques ou atypiques (réticulose histio-monocytaire, leucémie, mycosis fongoïde).

Angiome en nappe très étendue, avec troubles de la coagulation sanguine du type hémophilique. — MM. **J. Decourt, L. Lafourcade** et **M. Audry.** Chez un homme de 46 ans s'est développé progressivement depuis une dizaine d'années un hémangiome en nappe d'une extension considérable, formant une sorte de cuirasse sur la plus grande partie du thorax et de l'abdomen. Il n'existe par ailleurs aucune télangiectasie, aucune tendance hémorragique comparable à celle de la maladie de Rendu-Osler. Une seule fois s'est produite une hémorragie prolongée aux dépens d'une excoriation traumatique de la lésion. En dehors de son extension considérable, cet angiome a l'intérêt de coexister avec un retard de la coagulation sanguine atteignant en moyenne 2 heures, et que corrigent *in vitro* l'adjonction d'une goutte de sang normal, *in vivo* la transfusion de sang humain ou l'injection sous-cutanée de sérum antidiphtérique. On note aussi des adénopathies inguinales, dont la ponction a montré une hyperplasie réticulo-endothéliale avec réaction myéloïde. Une enquête, à vrai dire sommaire, n'a pas permis de retrouver des cas semblables dans la famille.

Le syndrome traduit à l'évidence une dysplasie embryonnaire ayant frappé les cordons de l'aire vasculaire ou cordons de His, éléments mésodermiques dont dérivent, d'une part, les cellules du sang, et, d'autre part, les endothéliomes vasculaires. Le retard de la coagulation sanguine est imputable à un défaut de thrombokinase, ce ferment activant qui tire précisément son origine des cellules endothéliales vasculaires, des plaquettes et des leucocytes.

Duodénites aiguës. — M. **Gutmann.**

J. FAUVET.

SOCIÉTÉ DE GASTRO-ENTÉROLOGIE DE PARIS

14 Mai 1945.

A propos du procès-verbal. — M. **Ameline** rapporte la statistique de son service hospitalier en ce qui concerne les gastrectomies. La mortalité atteint juste 0,75 pour 100. Cette statistique est établie sur 132 gastrectomies dont 6 ont été faites d'urgence pour hémorragie, 4 pour perforation. Dans 20 cas, il existait des ulcères multiples. L'auteur attribue aux carences alimentaires la lenteur actuelle de la convalescence.

— M. **Fauvert** dit qu'il est inadmissible que les différentes statistiques de mortalité des gastrectomies varient de 17 à 0,75 pour 100.

Tumeurs bénignes du canal pyloro-duodénal. — MM. **d'Allaines, A. Lambling** et **F. Debusschère** rapportent 2 cas de ces très rares tumeurs bénignes dont ils n'ont pu retrouver que 36 observations dans la littérature. Dans le premier cas il s'agissait d'un homme de 46 ans présentant un syndrome hémorragique et de l'anémie. Les clichés montraient une tumeur occupant le versant duodénal du canal pylorique. Il s'agissait d'un adénome dont quelques points étaient suspects de dégénérescence. Dans le deuxième cas la malade âgée de 52 ans se plaignait de douleurs épigastriques précoces avec amaigrissement. A la radio la tumeur siégeait sur le versant gastrique du canal pylorique. Il s'agissait d'un papillome.

— M. **Gutmann** soulève la question des tumeurs bénignes du duodénum capables de dégénérer.

— M. **d'Allaines** pense que l'on doit traiter de la même manière les tumeurs bénignes du canal pyloroduodénal, qu'elles siègent sur le versant gastrique ou sur le versant duodénal, car la résection économique du duodénum est difficile.

Les niches géantes de l'estomac (à propos de 28 observations). — MM. **R.-G. Ledoux-Lebard, J. Crozat** et M[lle] **Pannetier** disent que les niches géantes de l'estomac sont rarement malignes, leur statistique n'en comporte que 4 cas. S'il s'agit d'ulcères, ils peuvent affecter 3 formes : *chronique*, *aiguë*, évoluant vers la guérison spontanée ou *pseudo-tumorale*, que le chirurgien peut confondre avec un cancer inopérable. L'étude de la base de la niche, de l'estomac, avec ou sans compression, donne plus de renseignements pour préciser la nature de la lésion que l'étude des plis de la muqueuse. L'évolution radio-clinique en cas d'hésitation permettra de lever tous les doutes.

— M. **Hillemand** considère que les niches géantes sont rarement cancéreuses. Leur fréquence est grande. Leur définition délicate.

— M. **Perrier** a observé 20 cas de niche géante ayant tous évolué rapidement vers la guérison radiologique.

Syndrome pseudo-appendiculaire pneumatique et appendiculé. — M. **Marcel Chaton** après plusieurs constatations opératoires soulève la question des coliques appendiculaires d'origine gazeuse.

L'ulcère gastrique récidivant « in situ » à mutation anatomique et évolutive. — M. **F. Moutier,** chez deux malades ayant présenté un ulcère gastrique a vu survenir, dans le premier cas, 10 jours, dans le deuxième cas, 3 semaines après la cicatrisation du premier ulcère, de petites ulcérations térébrantes. Bien que ces malades ne présentassent aucun signe de la série allergique, c'est à ce syndrome néanmoins que l'on pense devant de vastes ulcérations qui guérissent, faisant place un certain temps après leur guérison à une ulcération térébrante d'apparition brutale. L'auteur admet que, dans la pathologie de l'ulcère, l'œdème joue un rôle essentiel, le rôle du spasme des fibres musculaires de la *muscularis mucosæ* n'est pas négligeable, quant aux phénomènes vasculaires, il s'agissait surtout de vasoconstriction. Dans les observations rapportées, les faits observés rappellent le phénomène d'Arthus.

— M. **Gutmann** dit que certaines expériences confirment l'idée de l'origine allergique de l'ulcère.

— M. **Rochet** rapproche cette interprétation de celle qu'il a donnée de la pathogénie des recto-colites hémorragiques.

De l'association aménorrhée-augmentation de poids et constipation. — M. **P. Vendryes** rapporte plusieurs observations de ce syndrome. Dans un cas, l'hormone gonadotrope faisait réapparaître les règles alors que la folliculine les arrêtait. Dans un deuxième cas, c'est le prolan qui déterminait le retour des règles ; mais dans aucun cas la constipation n'était influencée par l'hormonothérapie. Existe-t-il un rapport et quel est-il entre ces troubles ? Le rôle du système neuro-végétatif est peut-être essentiel et c'est lui qui tiendrait la constipation sous sa dépendance, ce n'est que, secondairement et par l'intermédiaire de l'hypophyse, que sur viendraient les troubles endocriniens. En conclusion, l'auteur pense que l'hormonothérapie ne saurait avoir grande efficacité dans le traitement de la constipation c'est le système neuro-végétatif qui doit être traité avant tout.

— M. **Hillemand** indique le régime proposé par de Gennes pour combattre l'aménorrhée : viande et fromage.

— M. **Rochet** doute de la nature endocrinienne de beaucoup de maladies.

— M. **Fauvert** rappelle que bien des aménorrhées ne sont pas d'origine endocrinienne.

— M. **Lambling** note que le régime proposé par de Gennes contre les aménorrhées se rapproche de celui utilisé en cas de néphrose lipoïdique.

J.-M. GONSE.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE EXOTIQUE

11 Avril 1945.

Démonstration faite au sujet des corps homogènes, inclusions du typhus exanthématique. — M. **P. Giroud** note que dans les infections expérimentales à rickettsies on observe la présence de corps homogènes qui doivent être considérés comme des éléments de résistance analogues aux spores ; ceux-ci se transforment en petites sphérules, en anneaux puis en rickettsies, dans d'autres cas on voit apparaître des éléments colorés en bleu (technique de Machiavello) dans lesquels on observe des enclaves centrées par des corps colorés en rouge on voit ensuite se différencier des grappes serrées de rickettsies.

Essais de traitement des oxyuroses par la thiodipbénylamine. — M. **Guilhon** apporte les observations de 22 malades traités avec succès par la thiodiphénylamine à la dose de 0 *g.* 05 par kilogramme et par jour pendant 3 jours consécutifs ; il rappelle les résultats favorables obtenus dans le traitement des oxyuroses animales et plus particulièrement dans celles des oiseaux du lapin et du cheval ainsi que dans les strongyloses du gros intestin des équidés ; il estime que la thiodiphényl

mine utilisée pour la première fois par les anglo-axons et écartée par eux, en raison de sa toxicité aux oses élevées qu'ils utilisaient, doit trouver sa place ans les médications anti-oxyuriques.

— M. **Deschiens** rappelle les bons résultats que M. ɩoeper et lui-même ont obtenus, et qu'ils ont signalés, ans le traitement de l'oxyurose humaine par l'usage e la thiodiphénylamine. Ils ajoutent aux données ecueillies par M. Guilhon, 15 observations originales écentes, le traitement a consisté dans l'administration ɩendant 5 jours consécutifs de thiodiphénylamine à la ose de 0 *g.* 05 à 0 *g.* 06 par kilogramme et par jour, ɩ cure étant renouvelée après un repos de 21 jours ; n raison des incidents d'intolérance observés par les nglo-saxons, il n'a pas été traité d'enfants ou de sujets ɩrésentant des tares sanguines, hépatiques ou rénales. Dans la série de la quinone-imine à laquelle se rattachent a thiodiphénylamine, la thio-oxy-diphénylamine, la thio-ine et le bleu de méthylène se montrent anthelmin-hiques à des degrés divers ; cependant avant de géné-aliser les prescriptions de cette série, il y a lieu de aire une étude toxicologique très précise.

Etude expérimentale des acides et des sels biliaires dans l'oxyurose. — MM. **R. Deschiens** et **'. Cottet** ont étudié expérimentalement l'action anthel-ninthique du déhydrocholate de sodium, du désoxicho-ate de sodium, du cholalate de sodium et de la bile de Plattner dans l'oxyurose, suivant un test de détermina-ion précis de propriétés anthelminthiques des médi-ations. Le déhydrocholate de sodium n'est pas anthel-ninthique expérimentalement, mais il est actif dans 'oxyurose cliniquement, ce qui amène à considérer le léhydrocholate de soude comme un adjuvant utile au raitement de l'oxyurose par les dérivés triphénylmétha-iques (violet de cristal, fuchsine basique, vert mala-hite) ; la dose à prescrire est de 1 *g.* à 2 *g.* 50 chez 'adulte par jour, et de 0 *g.* 30 à 1 *g.* 20 chez l'enfant ɩendant 7 jours dans l'intervalle des cures des dérivés riphénylméthaniques.

Fréquence de la syphilis et de certains de ses aspects cliniques dans un service hospitalier de médecine générale à Alger. — M. **Marill** apporte une statistique concernant la syphilis en Algérie, montrant a fréquence relative de la neuro-syphilis parenchyma-euse chez les Noirs africains ; la proportion des syphi-itiques est voisine dans le groupe des malades euro-péens et des juifs, elle est de l'ordre de 30 pour 100 ; chez les Berbères et les Arabes elle est de l'ordre de 15 pour 100 ; la fréquence des neuro-syphilis par rapport au nombre des syphilitiques est plus élevée chez les Européens.

— M. **R. Montel** rappelle qu'il a toujours insisté sur la fréquence des syphilis parenchymateuses chez les indigènes en Indochine, il a montré la relativité des localisations dermotropes et neurotropes de la syphilis sur le plan ethnique ; la statistique de M. Marill apporte à cette thèse une confirmation nouvelle.

Œdèmes et viandes salées. — M. **Gauducheau** appelle l'attention sur la fréquence des œdèmes liés à un excès de chlorure de sodium alimentaire, cet excès peut être en rapport avec la consommation de viande de conserve et de viandes salées, certaines de celles-ci renfermant 7 à 8 pour 100 de chlorure de sodium, sans compter le nitrate de potassium que l'on ajoute habi-tuellement aux salaisons ; on peut obtenir ainsi une surcharge du régime alimentaire en chlorure de sodium de 10 *g.* par jour ; il faut limiter la consommation de la viande salée à une dose rationnelle.

Contribution à l'étude de l'ictère épidémique. — M. **J. Tisseuil** relate l'histoire clinique d'une épidémie d'ictères observée en A.O.F. dans le cours de l'année 1944, des mesures prophylactique portant en particulier sur les urines et les déjections ont été appliquées.

Protozoaires observés en Iran dans le sang des animaux domestiques. — M. **L. Delpy.**

Les papilles anales des larves de Culicides dans les conditions naturelles et expérimentales. — M. **J. Callot.**

Destruction naturelle des « Vers blancs » en Tunisie par une fourmi doryline. — M. **A. Ristor-celli.**

Les métaux du sous-sol camerounais. — MM. **Dufour** et **Le Floch.**

R. Deschiens.

SOCIÉTÉS DE PROVINCE

SOCIÉTÉ MÉDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

27 Février 1945.

L'artériographie dans les artérites des membres inférieurs. Etude 34 cas. — MM. **L. Langeron, J. Béra** et **V. Nolf**, classent ces artériographies en trois catégories : images de réduction artérielle progressive, sans interruption du trajet de l'artère ; images d'inter-ruption artérielle localisée, avec reprise sous-jacente ; images d'interruption totale semblant définitive. Les alté-rations pariétales peuvent, dans certains cas, aider au diagnostic.

Ces trois types correspondent à des formes cliniques de gravité croissante et peuvent, d'une manière générale, orienter l'acte thérapeutique : médication vaso-motrice et physiothérapique dans le premier cas ; artériectomie dans le deuxième cas ; amputation dans le troisième. Ils permettent un pronostic assez précis, d'autant plus grave que la lésion siège plus haut.

Les auteurs insistent sur le caractère général de la ma-ladie dans les formes artério-scléreuses, où l'on trouve soit des foyers multiples sur le même cliché, soit des foyers se succédant dans le temps à des niveaux différents.

L'artériographie complète l'oscillométrie, elle en pré-cise les données et la corrige en certains cas paradoxaux. Elle ne renseigne malheureusement qu'imparfaitement sur la circulation collatérale du membre, qu'il importe d'estimer parfaitement, en vue de l'indication thérapeu-tique. C'est dans ce sens qu'il faut perfectionner la technique d'injection.

Les auteurs signalent enfin, à propos d'une observation personnelle, les oblitérations spasmodiques pures, qu'il convient de ne pas oublier, et que l'artériographie ne différencie pas des autres.

Kyste de l'ovaire, cause d'avortement. — MM. **M. Favreau** et **Deswarte.** Il s'agit d'une jeune femme, qui avait présenté antérieurement des symptômes géni-taux semblables, classés sous la rubrique « grossesse extra-utérine ». Elle consulte, pour les mêmes troubles, mais le diagnostic de kyste de l'ovaire est porté. La laparotomie en permet l'ablation. L'intérêt de ce cas réside dans la difficulté du diagnostic exact et la néces-sité d'insister sur le fait que le kyste de l'ovaire doit toujours être opéré, même chez la femme enceinte, sur-tout quand le diagnostic est fait au début.

La césarienne extra-péritonéale définitive. — M. **M. Favreau.** Cette intervention consiste à opérer hors de la cavité péritonéale. Elle est définitive, car toutes les autres césariennes se feront hors de cette cavité, à cause de l'adhérence qu'on aura obtenu entre le segment infé-rieur et la paroi abdominale.

La technique, assez simple, exige cependant un peu d'adresse au moment du décollement du péritoine utérin. Après laparotomie supra-symphysaire, on incise le péri-toine au segment inférieur, longitudinalement ; on décolle la vessie de l'utérus, puis on suture le péritoine utérin au péritoine de la paroi abdominale, de façon qu'il n'y ait, au cours de l'intervention, aucun suintement dans la cavité péritonéale. La surface opératoire est donc isolée. On incise alors le segment inférieur, longi-tudinalement ; l'enfant est extrait. Le segment inférieur est refermé, d'abord par des points séparés assez rap-prochés pour obtenir une bonne suture, puis par un surjet. Les muscles droits et leur aponévrose sont sutu-rés. S'il s'agit d'un cas très impur : drainage avec fais-ceau de crins, au-dessus du surjet utérin. Il se produit ultérieurement une adhérence de l'utérus à la paroi, qui permet une itérative extra-péritonéale. Les opérations faites jusqu'ici suivant cette technique ont donné d'excel-lents résultats.

Le nodule douloureux de l'oreille. — MM. **G. Didier, V. Cordonnier** et **E. Marroyen** font l'historique du nodule douloureux de l'oreille ; ils en rappellent l'aspect histologique et fixent son traitement, qui doit être radical : excision large, si elle peut être pratiquée sans trop nuire à l'esthétique. Dans les deux cas opérés selon cette technique, les douleurs ont totalement et immé-diatement disparu et aucune récidive ne s'est produite depuis un an.

Les bases biochimiques de la sulfamidothérapie. — M. **M. Paget,** après une brève esquisse du métabo-lisme des sulfamides, tel qu'il résulte de ses recherches personnelles, montre l'intérêt du dosage des sulfamides dans les humeurs et met en relief, par des observations cliniques très suggestives, les avantages qui découlent d'une thérapeutique sulfamidée contrôlée et dirigée par l'étude des concentrations sanguine et rachidienne et par celle des débits urinaires.

Recherches sur la sulfamidémie et la sulfamidurie après ingestion « unique et subcontinue » de cam-phosulfonate de diaminophénylsulfamide (Silénan). — MM. **M. Paget, E. Henninot** et **C. van Agt.** L'inges-tion d'une dose unique de sulfamide (8 *g.*) permet d'atteindre, chez l'adulte, parfois en une demi-heure, plus souvent après une heure et deux heures, une concen-tration sanguine bactériostatique. La concentration ob-tenue est plus élevée en clinostatiurie qu'en orthosta-tiurie. L'élimination par les urines est rapide ; elle peut atteindre 95 pour 100 de la dose ingérée dans les 24 heures qui en suivent l'ingestion. Vitesse d'obtention d'une forte concentration sanguine, élimination urinaire très forte, sont explicables par la solubilité du Silénan, qui est beaucoup plus élevée que celle du Septoplix. Une dose initiale de 4 *g.*, suivie de l'ingestion, chaque heure qui suit, de 1 *g.* à 1 *g.* 50 selon les cas, permet d'obtenir très vite et de maintenir le temps voulu une concentration bactériostatique optimum.

Les recherches des auteurs soulignent l'intérêt d'em-ployer des doses plus élevées qu'avec les sulfamides courants, ce qui ne semble pas présenter d'inconvénients majeurs.

20 Mars 1945.

Infarctus du myocarde à forme abdominale. — MM. **L. Langeron, V. Nolf** et **J. Legrand.** Homme de 44 ans ayant présenté une brusque crise douloureuse abdominale, avec vomissements alimentaires. Foie dou-loureux et très volumineux. Gros souffle systolique de la pointe. Leucocytose avec polynucléose. A la radio le cœur et les poumons semblent normaux. Malgré toute thérapeutique, le malade meurt. A l'autopsie on trouve un gros foie cardiaque et surtout un infarctus du myo-carde.

Profitant de cette observation, les auteurs discutent le diagnostic de cette forme anormale d'infarctus avec les perforations d'ulcus, l'abcès sous-phrénique et, acces-soirement, l'hépatite amibienne.

Persistance chez un adulte de l'os acétabulaire coïncidant avec des douleurs de la hanche. — MM. **L. Courty** et **J. Lemaitre** présentent l'observation d'un homme de 48 ans, souffrant de la hanche gauche depuis 5 ans. La radio révèle la présence d'un os acétabulaire, pouvant expliquer l'origine de ces douleurs. L'ablation de cet os amène une amélioration de l'état du malade, sans toutefois supprimer toutes les douleurs.

Tumeur basophile de l'hypophyse à expression clinique de myxœdème. — MM. **L. Langeron, L. Lefebvre, P. Giard** et **E. Bracq.** Une femme présente un aspect clinique assez typique de myxœdème. A l'au-topsie, on est étonné de trouver une tumeur hypophy-saire, qui est un adénome basophile, point de départ de la maladie thyroïdienne. La thyroïde est scléreuse et renferme des îlots de tissu thymique.

Trois cas de plaies cranio-cérébrales insuffisam-ment traitées immédiatement. Abcès du cerveau. Méningites. — M. **G. Desorghier.**

L'étude de l'eczéma expérimental. — MM. **V. Cor-donnier** et **J. Leroy.**

24 Avril

Présentation de photographies d'une série de monstres doubles ayant vécu. — M. **M. d'Halluin** présente 17 photographies de monstres doubles vivants ou ayant vécu. Il en résume l'histoire et insiste sur leur double personnalité, malgré les associations fonction-nelles constatées chez les pygopages et les monstres en gamma. Il évoque, en terminant, le problème endocri-nien que posent certains de ces monstres : chez Hélène et Judith les règles ne se produisaient pas en même temps et variaient de quantité pour chacune ; Rosa étant de-venue enceinte, les deux sœurs eurent de la congestion des seins, les règles persistèrent durant 7 mois chez Joséphа et la montée laiteuse se produisit chez les deux sœurs.

Sur les localisations annexielles typho-paraty-phiques. A propos de deux observations. — MM. **A. Bernard** et **A. Montaigne.** Il s'agit de complications rares de la fièvre typhoïde. Les auteurs en on. observé deux exemples, l'un ayant nécessité une intervention chirurgicale, l'autre ayant guéri médicalement. Ils sou-lignent, à cette occasion, les caractères d'apparition, la symptomatologie de l'affection et en discutent la patho-génie.

P. David.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

11 Avril 1945.

Hépatite fébrile abdominale, distomatose hépa-tique probable. — M. **Ledoux.** Une malade présente durant un mois du ballonnement abdominal avec diar-rhée puis ictère foncé. Selles variables de coloration. Episodes pseudo-palustres. Prurit et éruption érythéma-teuse en placards circinés. Très gros foie. Rate percep-tible. Température : 39° ; G. R., 3.340.000 ; G. B., 11.600 ; Eosinophiles, 19 pour 100. Guérison spontanée. On institue malgré cela stovarsol et émétine. Chute de l'éosinophilie. Malgré de nombreux examens, le parasite n'a pu être mis en évidence.

Péritonite à pneumocoques. — MM. **Chalnot, P. Louyot** et **Haushalter** rapportent 1 cas de pneumo-coccie extrêmement grave à localisation appendiculaire avec péritonite généralisée chez une fillette de 4 ans. Le traitement par les sulfamides malgré les signes d'in-tolérance gênant l'application de fortes doses a permis d'obtenir une guérison rapide malgré l'épanchement péritonéal et un abcès diffus de la paroi qui se sont manifestés.

Les accidents oculaires de l'intoxication par l'alcool méthylique. — MM. **Calhoun** (U. S. Army), **Thomas, Cordier** et **Rohr.** 16 cas sont rapportés, 11 cécités totales, 5 partielles, 7 cas mortels. Deux types de lésions oculaires : 1° le déficit de l'acuité ; 2° les modifications des champs visuels Celles-ci sont très soi-gneusement étudiées. L'altération est du type de l'hémi-anopsie hétéronyne. Ce qui a permis de constater les scotomes soit hémianopsiques paracentraux bitemporaux, binasaux à figuration arciforme, soit en quadrants supé-rieurs binasaux. Les auteurs pensent à une lésion réti-nienne et éliminent ainsi l'atteinte des centres et rétro-chiasmatique. Les constatations anatomiques sont for-melles : atteinte profonde des articles de cones, bâtonnets. Pycnose et tuméfaction trouble des cellules multipolaires.

Eczéma et déséquilibre sérique. — MM. **Watrin** et **J. Girard** présentent l'observation d'une femme de 36 ans qui succombe avec un tableau clinique d'ana-sarque d'apparition rapide et d'évolution aiguë compli-quant un eczéma étendu et secondairement infecté évo-luant depuis plusieurs mois. L'albuminurie urinaire était de 1,30 avec nombreuses cellules rénales, cylindres hya-lins et granuleux et quelques hématies altérées. Pas de corps biréfringents. L'examen du sérum révèle : Choles-térol, 0,93 ; Albumines totales, 42 *g.* 3 ; Sérine, 2,8 ; Globulines 39,8 ; Rapport S/G, 0,07 ; Plasma, 690 cm^3 ; Globules, 310 cm^3 ; NaCl, 3,18 pour 1.000 cm^3 de plasma ; 1,42 pour 1.000 cm^3 de globules ; Rapport Cl. Glob./Cl. plasmat., 0,44. Les auteurs discutent le diagnostic. Soit néphrose amyloïde d'origine exception-nelle consécutive à la suppuration cutanée, soit troubles de l'équilibre protéique analogues à ceux déjà signalés dans l'eczéma des nourrissons et dans la maladie de Duhring-Brocq. Ils interprètent des troubles par la spo-liation en albumine réalisée au niveau des lésions cuta-nées et soulignent l'intérêt des examens sériques pour le diagnostic, le pronostic et la thérapeutique de ce type d'affections cutanées.

R. Herbeuval.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

PUBLIÉES PAR LES SOINS DE L. ROUQUÈS

Traitement des douleurs ulcéreuses rebelles par les injections intrapéritonéales de novocaïne

MM. Auguste et Héraud [1] ont employé pour calmer les douleurs rebelles des ulcères gastro-duodénaux les injections intrapéritonéales de novocaïne qui avaient déjà été utilisées avec succès par MM. Ameuille et Lebourg dans le traitement des manifestations douloureuses de l'entérite tuberculeuse.

Les injections sont faites sur la ligne médiane, à égale distance de l'ombilic et de l'appendice xiphoïde, après s'être assuré que le foie non hypertrophié ne risque pas d'être blessé ; si le malade a subi une laparotomie, l'injection est pratiquée à droite ou à gauche de la cicatrice suivant le siège des douleurs ; le malade à jeun est en décubitus dorsal, le siège relevé par un coussin ; avec une aiguille à biseau court, de 1 *mm.* de diamètre et de 6 à 7 *cm.* de long, on traverse d'un coup la paroi et on pénètre franchement dans la cavité péritonéale, en recommandant au malade d'éviter les grands mouvements respiratoires ; après avoir vérifié l'absence de sang à l'aspiration, on injecte lentement la solution tiédie ; le malade reste allongé deux heures, puis peut regagner son domicile.

Pensant obtenir une anesthésie plus durable, les auteurs avaient d'abord employé une solution huileuse, mais celle-ci n'est pas toujours bien tolérée et peut entraîner des réactions abdominales sans gravité, mais désagréables. Aussi les auteurs n'utilisent-ils plus que des solutions de novocaïne dans le sérum physiologique qui ne déterminent aucun trouble local et dont l'action, dans l'ensemble, est comparable à celle des solutions huileuses, peut-être cependant plus rapide et un peu moins durable.

Afin de tenir compte des susceptibilités individuelles et de se mettre à l'abri des incidents d'ordre toxique, il convient d'éviter les solutions d'une concentration supérieure à 5 pour 100 et de ne pas dépasser la dose de 7 à 8 *mg.* de novocaïne par kilogramme; il n'y a d'ailleurs aucun avantage à augmenter les doses, car les doses faibles sont presque aussi efficaces que les doses fortes.

Sur 38 ulcéreux traités par les solutions aqueuses, 10 n'ont observé aucune modification des douleurs et 9 qu'une diminution légère ; les 19 autres ont déclaré que leurs douleurs avaient disparu ou considérablement diminué ; la sédation s'est manifestée au plus tard une ou deux heures après l'injection et a persisté trois ou quatre jours au moins et souvent plus ; dans quelques cas même, la disparition des douleurs a été durable. Lorsqu'il y a eu une rechute, les douleurs n'ont pas repris leur intensité première et dans la plupart des cas, les auteurs ont pu faire une deuxième injection suivie d'une nouvelle accalmie ; certains malades ont été soulagés efficacement à 3 ou 4 reprises.

Cette dernière constatation ainsi que la rapidité de la sédation dans les cas favorables rendent peu vraisemblable l'hypothèse d'après laquelle le traitement n'aurait fait que coïncider avec la cessation spontanée des douleurs. La localisation ou le stade évolutif de l'ulcère ne paraissent pas influencer les résultats ; les auteurs ont seulement noté que les effets les plus démonstratifs avaient été obtenus dans des ulcères largement excavés de la portion verticale de la petite courbure. Lorsqu'une première injection a échoué, il n'est pas inutile d'en tenter une seconde qui peut être plus efficace.

La méthode est indiquée chaque fois qu'un ulcéreux souffre de douleurs continues ou intolérables résistant aux médications usuelles ; elle peut notamment être très utile pour faire attendre dans le calme les malades qui doivent être opérés. La seule contre-indication paraît être la menace de perforation.

Aucune constatation ne permet de supposer que l'injection intrapéritonéale de novocaïne modifie l'évolution de l'ulcère ; c'est un traitement purement symptomatique qui ne doit faire négliger aucune des autres thérapeutiques médicales ou chirurgicales, mais qui soulage efficacement les douleurs rebelles dans la moitié des cas.

LUCIEN ROUQUÈS.

1. C. AUGUSTE et M. HÉRAUD : La novocaïne intrapéritonéale dans le traitement de la douleur de l'ulcère gastro-duodénal. *L'Echo médical du Nord*, 1944, **15**, 545-550.

Le traitement par la vitamine K des hémorragies du nouveau-né

La notion de la carence en vitamine K proposée d'abord par Dam, Plum et Tage Hansen, a complètement modifié les notions classiques sur l'étiologie des hémorragies du nouveau-né dont l'insuffisance était manifeste, nombre de cas ne pouvant être expliqués par les infections aiguës, le traumatisme obstétrical ou la syphilis. Sans revenir sur les bases de cette conception déjà étudiées à plusieurs reprises dans ce journal, nous indiquerons les résultats que M. Lacomme [1] a retirés de l'application systématique de la vitaminothérapie K à 22 cas de mélænas et d'hématémèses et à 9 cas d'hémorragies ombilicales observés d'Octobre 1941 à Juin 1944 sur les 7.000 accouchements effectués à la Maternité de Port-Royal.

Dès le diagnostic posé, les nourrissons recevaient une injection sous-cutanée de 10 *mg.* de vitamine K (dibenzol-2-méthyl-naphto-hydroquinone disulfonate de sodium); dans les cas graves, l'injection était renouvelée dans la journée; dans tous, le lendemain et assez souvent le surlendemain. Les injections sont douloureuses et ont fréquemment provoqué une réaction locale légère; ceci donne à penser qu'après l'attaque initiale d'urgence, la voie digestive serait peut-être préférable à la voie sous-cutanée; des doses trop élevées ont déterminé dans 2 cas un syndrome d'intolérance avec refus de téter, pâleur, mauvais état général.

L'action sur l'hémorragie a presque toujours été rapide, son arrêt survenant dans les heures suivant l'injection; si le traitement a été poursuivi, c'est plus pour prévenir une récidive que pour compléter une hémostase déjà acquise. Sur les 22 mélænas et hématémèses, 19 ont été légers, 1 de gravité moyenne et 2 seulement graves; l'un, déjà abondant avant la mise en œuvre du traitement, a guéri facilement; l'autre, après avoir résisté au traitement pendant plus de vingt-quatre heures et nécessité des doses plus élevées que de coutume, a guéri simplement; à noter que parmi les 19 cas légers figurent ceux de 3 prématurés pesant 1.450, 1640 et 1980 *g.*; 2 décès sont survenus le sixième et le septième jour, mais non imputables à l'hémorragie. Dans 9 hémorragies ombilicales, 2 seulement, ont présenté une certaine gravité; toutes ont guéri.

Pour apprécier ces résultats, il suffit de se reporter à la thèse de Saint-Pierre (1925); sur 23 mélænas soignés par les traitements classiques, y compris l'injection de sang maternel, 7 morts sont survenues dont 5 dues incontestablement à l'hémorragie. La vitamine K a tellement amélioré le pronostic de ces accidents qu'en près de trois ans, dans un grand service hospitalier, M. Lacome n'a pas rencontré 1 cas où l'arrêt de l'hémorragie n'ait pu être obtenu.

Il se peut que des résultats analogues soient obtenus dans les autres hémorragies du nouveau-né, et en particulier dans les hémorragies méningo-encéphaliques; mais dans ces cas, l'hémostase ne suffit plus pour guérir et, seule, la thérapeutique prophylactique serait réellement efficace. Fiechter pense que les injections de vitamine K, pour agir, doivent être faites à la mère au moins sept semaines avant la naissance; mais Plum estime qu'à la condition d'employer des préparations hydrosolubles et non pas des vitamines naturelles liposolubles, la diffusion à travers le placenta est rapide; 14 femmes ayant reçu 2 *mg.* d'une préparation hydrosoluble dans un temps ayant varié d'un quart d'heure à vingt-sept heures avant l'accouchement, ont donné le jour à des enfants ayant tous un taux de prothrombine supérieur de plus de 20 pour 100 à la normale, ce qui les met au-dessus de la limite dangereuse; 4 seulement de 18 témoins atteignaient les mêmes chiffres.

L'espoir d'une prophylaxie efficace des hémorragies est donc permis; d'un intérêt assez minime pour les hémorragies digestives pour lesquelles la thérapeutique curative peut suffire, cette prophylaxie apparaît comme capitale pour les hémorragies méningo-encéphaliques responsables de tant de morts de nouveau-nés et présentant pour l'avenir neurologique et psychique de l'enfant une si grande importance.

LUCIEN ROUQUÈS.

1. M. LACOMME : Hémorragies du nouveau-né et carence en vitamine K; résultats du traitement vitaminique dans les hémorragies digestives et ombilicales. *La Semaines des Hôpitaux*, 1945, **21**, 252-254.

Traitement des porteuses de gonocoques

La blennorragie féminine est souvent rebelle à la sulfamidothérapie, et après une cure sulfamidée bien conduite nombre de malades ont encore dans leurs sécrétions vaginales des gonocoques qu'une simple coloration sur lame sans culture suffit à déceler. C'est ainsi que sur 24 malades traitées par voie buccale par la sulfapyridine ou plus rarement par le sulfathiazol avec une dose moyenne de 44 *g.*, MM. Degos et Garnier [1] n'ont constaté la disparition des gonocoques que dans 12 cas. Quatre des malades restant porteuses de germes ont été soumises à une seconde cure sulfamidée (39 *g.* en moyenne) et les gonocoques ont disparu. Dans les 8 autres cas, les auteurs ont utilisé la technique de Rabut qui consiste à faire tous les jours un tamponnement vaginal avec le sérum antigonococcique de l'Institut Pasteur; la disparition des germes a été obtenue dans tous les cas après un nombre de tamponnements variant de 5 à 8 (7 en moyenne).

Le sérum ne paraît pas avoir seulement une action adjuvante sur les germes dont la vitalité a été diminuée par les sulfamides car, dans 2 autres cas, il les a fait disparaître sans sulfamidothérapie préalable; on peut penser que le sérum antigonococcique agit sur les gonocoques comme le sérum antidiphtérique en applications locales chez les porteurs de germes. De toute façon, la méthode de Rabut, simple et pratique, peut épargner aux malades une deuxième cure sulfamidée.

LUCIEN ROUQUÈS.

1. R. DEGOS et G. GARNIER : Persistance de gonocoque après sulfamidothérapie. Disparition à la suite de tamponnements vaginaux de sérum antigonococcique. *Bulletin de la Soc. fr. de Dermatol. et Syphil.*, 1944, 314.

CHRONIQUES
VARIÉTÉS • INFORMATIONS

La Médecine au Bagne

BUCHENWALD, JANVIER 1944-AVRIL 1945

Par Charles Richet.

De notre dernière communication à l'Académie le Médecine (séance du 12 Juin 1945) et d'un livre que, en collaboration avec Jacqueline et Olivier Richet nous publions chez Ferenczi : « Trois bagnes Buchenwald, Ravensbrück et Dora) », nous extrayons quelques faits susceptibles, croyons-nous, l'intéresser un certain nombre de lecteurs.

Grâce aux conditions dans lesquelles nous avons vécu, on pourrait ouvrir en Pathologie un chapitre sinon nouveau, puisqu'il aurait pu être écrit sur la fin de sa vie par un capitaine de vaisseau négrier il y a quelque cent ans, du moins bien oublié : *la Pathologie de l'Encombrement.*

Sans entrer dans les détails rappelons que Buchenwald, construit pour 10.000 déportés en hébergea en 1945 à peu près 40.000 et que les wagons qui nous transportaient (40 hommes) contenaient entre 75 et 120 hommes ; ces transports duraient de deux à cinq jours.

Dans le petit camp de B. nous arrivâmes nombreux, si bien qu'en Janvier 1944 nous étions 750. Or le bloc avait une surface de 500 mq et nous couchions 12 par étage de demi-box dont les dimensions étaient de 4 *m.* sur 1 m. 70, soit 3 hommes par mètre courant. Mais notre situation fut privilégiée car un an après il y eut 1.350 hommes par bloc et dans un bloc de juifs il y en eut jusqu'à 2.100. Naturellement dans ces deux derniers cas il était impossible à tous les pensionnaires de dormir, et ceux qui n'avaient pas de place s'entassaient dans un semble-couloir. On pouvait donc s'étendre une nuit sur deux ou deux sur trois. Cet encombrement nocturne n'était pas pire que l'encombrement diurne (pour les repas en particulier). Il y avait impossibilité de s'isoler matériellement et moralement. Les hommes, souvent malades, n'avaient pas toujours la force d'aller aux latrines et les couvertures souillées n'étaient individuelles que de nom.

C'est peut-on dire une étude expérimentale de l'épidémiologie que l'on pouvait ainsi poursuivre. Couverture commune, poux communs, d'où propagation du typhus, d'autant plus aisée que la distribution d'eau était très irrégulière et fut à maintes reprises arrêtée.

L'érysipèle était la maladie-type de l'encombrement. Nous en avons étudié plus de 1.500 cas en un an, soit une morbidité de 5 pour 100. La dysenterie, rare et bénigne en 1944, prit des proportions effroyables en 1945. Nous évaluons à 6.500-7.000 le nombre de cas constatés en trois mois et elle fit plus de 3.500 victimes. De même nous sommes amenés à affirmer le caractère épidémiologique de la pneumococcie qui tua des milliers d'hommes en un an. Combien ? Nous ne pouvons le dire car la plupart des malades restèrent dans les blocs sans être soignés (du moins en 1945), vraisemblablement de l'ordre de 10 à 15.000. Cette pneumococcie affecta un type grave, celui qu'elle présente chez le lapin, avec foyers suppuratifs multiples. Les moins graves étaient encore les pleurésies purulentes, et pourtant celles-ci tuaient malgré l'intervention, d'après ce que m'ont dit les chirurgiens, 75 pour 100 des cas. Quant à la mortalité globale de la pneumonie, nous l'évaluons à 25 pour 100. L'encombrement joua certainement un rôle dans le développement de la tuberculose, mais probablement moindre que celui de l'insuffisance alimentaire car un groupe de Danois remarquablement nourris bien que très nombreux dans un bloc ne présenta pas de tuberculose. Par contre, pneumonie, érysipèle et scarlatine les décimèrent.

Que la mortalité fût fonction de l'encombrement, cela était évident. Un chiffre peut le confirmer. Il m'a été donné par le Dr Renet. Dans le bloc 55 il y eut pendant longtemps 525 invalides, avec 3,4 pour 100 de morts par mois. A partir de Janvier 1945, le nombre de bagnards qui y couche augmente et il y en a 1.350 au début d'Avril. Or en même temps la mortalité s'accroît et fut en moyenne de 10 pour 100 par mois dans ce trimestre. Tous les médecins militaires du Premier Empire avaient déjà signalé ce prodigieux accroissement de la mortalité dans les hôpitaux surencombrés.

Les troubles de la Nutrition jouèrent également un rôle capital. Troubles de la Nutrition : un grand mot pour désigner la simple famine. Cette famine, disons-le, n'était ni plus ni moins accentuée que dans la plupart des autres camps. Et nous croyons que s'il n'y avait pas eu de colis de la Croix-Rouge tous les prisonniers, sauf quelques rares privilégiés : cuisiniers, médecins, infirmiers, chefs de bloc et garçons de salle, seraient morts de faim.

On peut évaluer — vu le travail et le froid — à 3.000 calories la dépense moyenne. Or l'alimentation officielle de Janvier 1944 à Janvier 1945 apportait environ 1.750 calories, les dix dernières semaines, 1.050 calories. Ainsi il y avait un déficit d'environ 40 à 65 pour 100. La quantité de protides peut être évaluée à 30-50 *g.* ; celle des lipides à 15-25 *g.*, presque toutes (lipides et protides) d'origine végétale. Naturellement il y avait insuffisance de certains acides aminés, de certains acides gras, de calcium, de fer, de vitamine C, E et surtout PP.

Trois types de troubles furent la conséquence de cette insuffisance alimentaire : l'amaigrissement, les œdèmes de faim et les carences. Inutile de les décrire. L'amaigrissement était progressif. A un certain moment il devenait irréversible, surtout chez les gens âgés qui supportent, rappelons-le, très mal les restrictions ; l'œdème de la faim aboutissait souvent à une anasarque (irréversible) ; il est peut-être exagéré d'insister sur la carence de tel ou tel élément minéral, aminé ou vitaminique quand il y a carence globale.

Revenons sur la faiblesse musculaire maximale observée sur les juifs de Hongrie ou de Pologne, retour d'Auschwitz. Ils sont appelés pour un transport nouveau, ce qui signifie la mort probable. Cette loque humaine se laisse alors tomber sur le chemin cahoteux qui conduit à la place. Pour l'inciter à aller de l'avant, les « lager-schutz », bagnards eux aussi, mais qui ont accepté la mission fructueuse peut-être, certainement ingrate d'être gardechiourmes, l'encouragent. Par une persuasion appuyée de quelques coups, d'ailleurs légers (ils frappaient moins que la plupart des chefs de bloc, bagnards eux aussi), ils font avancer les victimes désignées. Mais beaucoup tombent ; la plupart se relèvent ; pas tous pourtant et en effet les jours de grand convoi on en voit tous les 20 à 25 mètres qui restent sur le chemin ; ils sont morts non de coups mais de lassitude, fille de la faim et du travail excessif.

A la faiblesse musculaire nous rattachons la faiblesse des muscles cardiaque et artériel. La myocardite était de règle, nous allions écrire constante, soit primitive soit secondaire à un état infectieux déterminé ou non, se traduisant par de l'essoufflement, de la tachycardie, de l'hypotension (Sur des milliers de bagnards nous n'avons vu que 2 à 3 pour 100 de tensions supérieures à 11-8). La lésion myocardique était constante à l'autopsie [1].

Et puis il y avait la baisse progressive intellectuelle de nombreuses personnes surtout âgées, même appartenant à la classe sociale élevée. Proportionnellement à leur nombre en France, il y eût, en effet, notablement plus de médecins, de prêtres, d'ingénieurs, d'officiers, etc., que de tout autre groupement professionnel, du moins à Buchenwald. Cela on peut le dire pour qu'aucun autre groupe n'essaye d'accaparer la gloire d'avoir été interné. Tout d'abord les déportés dont le tonus baissait se détachaient de tout ce qui n'était pas guerre ou vie matérielle — puis la guerre cessa de les intéresser — puis la seule conversation qu'ils eurent désormais portait sur la qualité de leur soupe, la raréfaction du pain ou le paquet de la Croix-Rouge qui était en retard. Ils s'attachaient à écrire en recette des plats compliqués et succulents et invraisemblables, cristallisant toute leur vie intellectuelle (?) autour du menu de la libération. D'autres n'avaient même plus cette réaction et devenaient de véritables déments, très comparables aux alcooliques chroniques, ne prenant aucun soin de leurs vêtements qu'ils laissaient tomber en lambeaux, ou même commettaient des actes délictueux. Cette psychose de la faim aboutissait au vol ou à l'assassinat, parfois à l'anthropophagie (camp de Belzen par exemple, mais à ma connaissance non au camp de Buchenwald). Nous avons groupé ces syndromes sous le nom de « Complexe de la faim ». Même chez les meilleurs, l'égoïsme physiologique reprenait le dessus sur l'altruisme que l'éducation s'était efforcée de leur inculquer. Rares étaient ceux qui firent complètement abnégation d'eux-mêmes ; nous connaissons pourtant quelques-uns de ces hommes, des saints et des héros.

La conséquence de cette inanition fut le développement prodigieux de la tuberculose extraordinairement fréquente et évoluant dans certains cas avec la rapidité d'une typhoïde, voire d'une pneumonie quelque peu traînante. Elle tuait parfois en quatre à six semaines. De façon un peu trop mélodramatique peut-être nous avons donné à de tels cas le nom de formes sauvages de la tuberculose. De fait et sauf en période de dysenterie 40 pour 100 des autopsies montraient des tuberculoses en évolution.

Et puis il y avait le *travail* de dix à douze heures par jour parfois davantage qui souvent consistait à décharger des wagons, à porter des pierres, à déblayer des routes et sur ceux qui ne travaillaient pas il y avait le harcèlement des chiens.

Et puis les « *appels* » venaient se surajouter. Appels de une heure à quatre heures, dehors, par tous les temps. Des hommes tombaient dans les rangs, des hommes y mouraient.

Et puis il y avait le *froid* qui certains jours fut terrible, tenaillant les travailleurs.

Et l'on comprend ce dialogue d'un bagnard et d'un officier S.S. entendu par un de mes camarades.

— Depuis combien de temps est-tu ici ?

— Depuis un an.

— Eh bien ! tu es un mauvais bagnard, un bon bagnard est mort en six mois.

Et l'on comprend aussi la gravité des maladies infectieuses.

Et l'on comprend que de notre transport du 24 Janvier 1944, il n'en restât plus que 25 pour 100 à notre libération le 11 Avril, 75 pour 100 au moins étaient morts en quinze mois.

Et l'on comprend que le 1er trimestre 1945, le

---

1. Cette faiblesse du myocarde se retrouve chez les rapatriés. Nous venons d'observer avec Boltanski une malade, retour d'Auschwitz, avec un reste de dysenterie (à Flexner) et une fièvre de moyenne intensité. La radio ne montre pas de dilatation cardiaque à l'entrée, mais une seconde radio, six jours après, décèle une dilatation extrême des cavités cardiaques droites et gauches ; en même temps le foie grossit, les œdèmes apparaissent avec épanchement pleural, etc., etc. Bref, c'est un tableau de myocardite et d'asystolie

seul pour lequel nous ayons eu des chiffres précis, 13.000 hommes sur un camp de 40.000 hommes, soient morts.

Et l'on comprend que tous au camp de Buchenwald, comme tout lien avec la civilisation : social, religieux, familial, professionnel, était supprimé, se soient raccrochés au médecin et à la médecine.

Et nous ne pouvions pas faire grand chose. Hospitaliser ? Oui. Mais il y avait 2.500 places et nous en aurions eu besoin de 10.000. Nous étions donc obligés de laisser « crever » (la vulgarité de ce terme est voulue) les vieux, les infirmes, les cachectiques, les moribonds, ceux pour qui nous n'avions pas d'espoir.

Leur donner des médicaments ? Les sulfamides, les tonicardiaques étaient en quantité faible, tellement faible que nous ne les utilisions ni chez ceux qui n'étaient que peu malades (la nature se chargeait de les guérir), ni chez ceux qui étaient trop malades. Ce gaspillage eût été criminel.

Naturellement les juifs n'y avaient pas droit. Il était facile d'ailleurs de tourner cette défense... faite par les S. S.

Et nous nous efforcions d'être (je parle des médecins français que je connaissais mieux, mais un certain nombre de médecins russes étaient parfaits) consolateurs de misère. Action morale. La boutade lancée avec un sourire, la phrase optimiste appuyée d'une fraternelle tape sur l'épaule ou d'une cordiale poignée de mains, la glose d'un bon communiqué furent pour beaucoup un élément de réconfort, donc de guérison.

Un grave problème se pose.

L'organisation de ces camps eut-elle pour but le désir de tuer le plus grand nombre d'entre nous ? Je me suis posé cette question en toute objectivité, sans haine contre un pays qui fut une grande nation et a donné au monde, dans le passé, nombre de savants éminents, et je suis forcé de répondre « *Oui* ». Une mortalité de 10 pour 100 par an dans un bagne est quasi normale ; une mortalité de 10 pour 100 par mois impliquait de façon certaine le désir de nous supprimer. Tous, juifs, communistes ou résistants « ils » nous considéraient comme leurs pires ennemis, donc à supprimer.

Cette cruauté est-elle l'apanage d'une race élue de Satan, comme il en est qui sont élues de Dieu ? Hypothèse absurde. Nous, Français, sommes à peu près de la même race que les Allemands, tant dix siècles d'invasions et dix siècles de combats ont mélangé le sang de nos guerriers.

Et alors on doit admettre l'influence de l'éducation. Deux notions en expliquent le sens.

D'une part le Reich était dirigé par des gens atteints *d'idiotie morale :* il y a bien des idiots intellectuels.

Ensuite, depuis vingt ans, existait une charte, une Bible Hitlérienne, dont un mot résumait la tendance : « Soyez durs ». C'est l'opposé de toute la civilisation morale, de la civilisation chrétienne au sens le plus profond du mot, c'est-à-dire de la civilisation humaine.

Et les Allemands ont cru, en toute bonne foi, il se peut, que bonté, justice, pitié étaient des mots dangereux — car antiréalistes.

Trop logiques et trop disciplinés ils ont alors suivi les directives de leurs chefs. Ainsi chez eux, s'est développée cette « Psychose de cruauté » dont le sadisme, cette modeste perversion sexuelle, n'est qu'une forme bien atténuée. A cette psychose nous avons donné le nom, *d'Himmlerisme*. Il nous paraît justifié.

Société française d'Histoire de la Médecine

2 Juin 1945.

Le président E. Olivier présente de la part de son auteur, F. Bonnet-Roy, un volume des Horizons de France sur *Balzac, les médecins, la médecine et la science*, avec avant-propos par Marcel Bouteron, orné de 4 portraits en héliogravure. Après un essai sur les opinions scientifiques de Balzac, Bonnet-Roy établit l'observation médicale de Balzac artério-scléreux, cardio-rénal, hypertendu, mort asystolique, surmené par un labeur écrasant et victime d'une hygiène néfaste.

L'auteur termine par une analyse du *Traité des excitants modernes* : alcool, sucre, thé, café, tabac.

Le médecin général des Cilleuls présente un certificat de caractère semi-officiel, délivré en 1779 au chirurgien Favareille-Placiat, faisant fonction de chirurgien-major de la Division des Grenadiers et Chasseurs de l'Avant-Garde de l'Armée du comte de Vaux.

Ce document, dont l'analogue est rarement rencontré dans les dossiers individuels de l'époque, porte la signature de nombreux officiers des régiments de Neustrie, Languedoc, Turenne et Royal-Roussillon.

A propos de cette présentation, M. des Cilleuls donne un aperçu de la variété des certificats établis à la fin de l'Ancien Régime. Le nombre de ces sortes de pièces s'accrut beaucoup à la période révolutionnaire, au détriment de leur valeur.

En terminant, M. des Cilleuls évoque la physionomie curieuse de Favareille-Placiat et les vicissitudes de sa carrière militaire, sous quatre régimes gouvernementaux successifs.

Jean Vinchon résume l'*Histoire de l'alcoolisme dans l'Islam*. Une opinion toute faite veut que l'alcoolisme n'existe pas au pays musulman et que la prohibition du vin et des liqueurs y soit absolue. Or, le Coran enseigne, après avoir interdit le vin dans La Sourate « La Table », ou Sourate V, qu'il est permis de consommer des aliments défendus si l'on conserve la foi en Dieu et l'amour du bien. Il y a là une contradiction qui se retrouve aussi bien dans l'histoire des mœurs en Turquie et en Perse.

Les poètes persans, qui ont chanté l'ivresse comme une manière d'extase mystique, ne doivent pas faire illusion ; car dans une des époques les plus raffinées de l'histoire persane, le roi Chah-Abbas II mourut d'alcoolisme. En Turquie, les ivrognes ont pu se livrer pendant longtemps à leur vice, à condition de payer une redevance au magistrat. Seuls les Arabes sont restés vraiment sobres.

G. Lavier évoque un *pionnier français de la Médecine tropicale : J. B. R. Pouppé-Desportes* (1704-1748). Après avoir fait ses études à Paris et pris ses grades à Reims, Pouppé-Desportes fut en 1732 nommé médecin du Roi à Saint-Domingue ; il s'installa au Cap Français où il fut médecin de l'Hôpital et y mourut prématurément après quinze années de séjour ininterrompu. Avant sa mort, il avait adressé en France, à son frère, d'abondantes notes manuscrites. Celles-ci furent publiées en 1770 sous le nom d'*Histoire des maladies de Saint-Domingue*, en 3 volumes. Les deux premiers tomes seulement justifient le titre. Il y donne sous le nom de « maladie de Siam » la première description clinique de la fièvre jaune où est précisée son évolution si particulière, en deux phases bien tranchées. Il donne aussi une description de l'ankylostomose sous le nom de « mal d'estomac » et de la sprue sous le nom de « flux cœliaque ». En ce qui concerne Pian et Syphilis il est uniciste, comme tous à son époque ; mais il relève longuement les différences cliniques entre la maladie des blancs et celle des noirs.

En somme, ce livre de Pouppé-Desportes constitue le premier Traité français de médecine tropicale. A sa parution, en 1770, il passa presque inaperçu.

M. Laignel-Lavastine lit quelques passages d'un volume de *Souvenirs* écrit à la fin de sa vie (1819-1913) par Hippolyte Hérard. Dans ses années d'apprentissage, il évoque le souvenir de Leuret, Velpeau, Roux, Cruveilhier, Baudeloque. Médecin des Hôpitaux, il soigne les cholériques en 1855. La guerre de 1870 ni la Commune ne l'éloignent de Paris. Il fit sans interruption son service à l'Hôtel-Dieu et décrit avec émotion le défilé spectaculaire des Prussiens dans les Champs-Elysées, le 1er Mars 1871. « L'attitude des Parisiens fut très digne. Partout les boutiques étaient fermées, les statues de la place de la Concorde voilées de noir ; un silence effrayant régnait sur la ville. »

Laignel-Lavastine.

Correspondance

A propos du « di-coumarol, anti-vitamine K ».

Dans *La Presse Médicale* du 16 Juin 1945, nous avons relevé sous le titre « Un nouvel anti-coagulant : le dicoumarol » un article fort intéressant d'ailleurs sur les applications cliniques de ce nouveau dérivé coumarinique naturel, dont l'identification est due aux américains Stahmann, Huebner et Link [1]. Il y est question en particulier des résultats favorables obtenus en 1943-1944 à la clinique Mayo. Au cours de cette expérimentation, les auteurs ont signalé quelques accidents (hémorragies), qui peuvent être combattus « en fournissant à l'organisme de la prothrombine par la transfusion de sang frais. L'administration de vitamine K par contre ne les arrête pas, *d'où le nom d'antivitamine K que l'on donne parfois au dicoumarol* ». Il y a là manifestement une confusion au sujet de laquelle quelques remarques s'imposent.

Nous avons été les premiers en 1942 à classer le dicoumarol parmi les antivitamines et à proposer de le nommer antivitamine K précisément par ce que nous avions observé que son action, exactement inverse de celle d'une vitamine K, pouvait être corrigée par cette dernière, au moins dans certaines conditions de posologie [2]. Il faut en particulier que la quantité de dicoumarol administrée ne soit pas trop grande, sans quoi les doses même massives de vitamine K ne peuvent plus neutraliser l'effet obtenu. D'ailleurs depuis notre première constatation divers auteurs ont retrouvé cet effet antagoniste à la foi sur l'animal et chez l'homme (Voir en particulier, [3, 4, 5]) Enfin A. J. Quick en Juillet 1944, dans une revue d'en semble [6], sans prononcer encore le mot d'antivitamine développe l'idée que nous avions émise en 1942 et aprè avoir comparé l'intoxication par le dicoumarol à l'intoxi cation oxycarbonée, s'exprime ainsi : « Dans les deu intoxications la fonction est restaurée quand la substanc toxique est déplacée et le déplacement est accéléré pa l'agent que le toxique tend à éliminer de la cellule l'oxygène dans le cas de l'oxyde de carbone, *la vita mine K dans l'intoxication par le dicoumarol* ». En 1942 nous disions déjà : « Nous montrerons bientôt que cett notion de *contre-poison* (pour la vitamine K) peut aujour d'hui être précisée dans son mécanisme et qu'il nous fau dès maintenant envisager la 3-3'méthylène bis-oxycou marine (le dicoumarol) comme une *anti-vitamine K* » [2]

Immédiatement après le passage précédent, Quicl ajoute [7] : « Les séquelles les plus sérieuses dans ces deu types d'empoisonnement viennent de l'anoxie tissulaire » C'est sans doute grâce à leur effet sur l'anorexie tissu laire que des substances qui n'interviennent pas directe ment elles-mêmes dans l'élaboration de la prothrombin favorisent la remontée de la prothrombinémie par u organisme intoxiqué au dicoumarol. On a récemmen reconnu ce rôle favorable à l'acétyl-choline [7], à la vita mine [8] et aux alcaloïdes du groupe de la caféine [9].

P. Meunier et Ch. Mentzer.

(*Laboratoire de Chimie biologique de la Faculté des Sciences. Prof.* M. Javillier.)

1. *Journ. biol. Chem.*, 1941, **138**, 513.
2. *Bull. Soc. Chim. biol.*, 1942, **24**, 371.

3. Overman, Field, Baumann et Link : Chez le Rat. *Journ Nutrit.*, 1942, **23**, 589.
4. Brodie, Miestana et Jenkins : Rat. *J. Am. Pharm Assoc.*, 1945, **34**, 73.
5. Lucia et Aggeler : Chez l'homme. *Proceed. Soc. exp biol. Med.*, 1944, **56**, 36.
6. A. J. Quick, *Physiol. Reviews*. 1944, **24**, 297-318.
7. K. N. von Kaulla : *Klin. Wochen.*, 16 Octobre 194[illegible] 648.
8. Sullivan, Gangstad et Link : *Journ. biol. Chem.*, 194[illegible] **151**, 477.
9. Field, Larsen, Spero et Link : *Journ. biol. Chem* 1944, **156**, 725.

Livres Nouveaux

Le cancer (*Etudes biologiques médico-chirurgicales e sociales*, 1918-1943). *Livre jubilaire de la Ligue Fran çaise contre le cancer*. 166 pages, 5 figures (*Masso et Cie*, éditeurs), Paris. — Prix : 120 fr.

La Ligue Française contre le cancer vient de fair paraître un livre jubilaire pour commémorer ses vingt cinq ans d'existence. On y trouve exposé, en une séri d'articles, confiés aux savants et aux spécialistes le plus qualifiés, l'essentiel des progrès réalisés depuis s fondation, tant du point de vue biologique ou expé rimental, que du point de vue du diagnostic et de l thérapeutique du cancer. Les résultats que l'on peu attendre de la chirurgie, des radiations ou de l'associa tion de ces deux disciplines y sont successivement envi sagés par les principales localisations du cancer, ains que pour les tumeurs malignes du squelette et les tu meurs cérébrales. A propos de chaque variété topo graphique sont rappelées les étapes parcourues depui ce quart de siècle. Ainsi se dégagent les indications de différentes méthodes thérapeutiques à la lueur de résultats obtenus, leurs possibilités et leurs limites. Le avantages que la thérapeutique a déjà retirés de l'examer histologique peropératoire pour le diagnostic précoc des cancers du sein ou du corps thyroïde, ou de l méthode radio-clinique pour celui des cancers de l'esto mac ou du poumon ressortent avec évidence et ne pour ront que s'affirmer par la suite. La lecture de cet ouvrag ne peut qu'être fructueuse pour quiconque désire fair le point de nos connaissances sur le cancer et mesure l'effort à accomplir, du point de vue biologique, théra peutique et aussi du point de vue social, pour le mieu combattre encore dans l'avenir.

P. D.

Etat actuel de la question de la cryptorchidie : l cryptorchidie chez l'enfant au Portugal (*Moura Marquès, Coïmbra*), par A. Cesar Anjo et A. Santo Veloso.

Monographie, avec bibliographie, basée sur 26 cas d cryptorchidie chez un millier d'enfants portugais. Anj et Veloso relèvent donc une ectopie chez 2,61 pour 10 des enfants examinés, unilatérale dans les 3/4 des cas Souvent l'ectopie s'accompagne de hernies inguinales d'hypospadias, d'énurésie, de retard mental et de dystro phies adiposo-génitales de même cause première.

Quand le testicule demeure en ectopie après l puberté, il provoque la stérilité, l'eunuchoïdisme. Il pré dispose aux orchites gonococciques graves, et 1 sur des cancers du testicule frappe un testicule en ectopie Anjo et Veloso rendent compte de ces complications pa des désordres endocriniens. Ils conseillent, à partir d 10 ans, l'hormone gonadotrope de l'hypophyse anté rieure, puis la testostérone, traitements qui ne sont pa toujours anodins d'ailleurs. En cas d'échec, l'interven tion chirurgicale, *orchidopexie* dans les bourses, s'im pose.

G. d'Heucqueville.

INFORMATIONS

CONSEILS DÉPARTEMENTAUX DES MÉDECINS

Comité de coordination

(Région parisienne)

EXTRAITS DE LA CIRCULAIRE N° 38 DU 28 JUIN 1945.

Réunion du 3 Juin 1945. — Tous les membres présents ont été d'accord pour maintenir, vis-à-vis de l'ordonnance du 3 Mars et du règlement d'administration publique du 26 Mai 1945 [1], relatifs à la taxation des honoraires médicaux en matière d'Assurances sociales du Commerce et de l'Industrie, la position déjà prise lors de sa précédente séance du 25 Mars.

Ils ont été d'avis de maintenir et d'appliquer les conventions actuellement en vigueur sans participer au fonctionnement de l'ordonnance du 3 Mars qu'ils considèrent comme une loi de régression sociale, nocive à la fois pour les assurés et pour le Corps médical.

Tant vis-à-vis des Caisses d'Assurances sociales agricoles que des Sociétés de Secours mutuels, le Comité de Coordination a été d'avis de suivre la même politique générale qu'à l'égard des Caisses d'Assurances sociales du Commerce et de l'Industrie et de rechercher la signature de conventions analogues à celles d'Avril 1942.

Importante réunion du Conseil supérieur des Assurances sociales. — Les 25 Juin 1945 et jours suivants, s'est réuni au Ministère du Travail le Conseil supérieur des Assurances sociales nouvellement reconstitué.

A l'ordre du jour figuraient deux projets d'ordonnance, l'un portant organisation de la sécurité sociale, l'autre fixant le régime des Assurances sociales, applicable aux assurés des professions non agricoles.

Le premier projet se propose de remplacer les multiples caisses actuelles par une seule caisse départementale de la caisse locale de Sécurité sociale. Cette caisse unique gérerait non seulement les Assurances sociales, comme aujourd'hui, mais aussi les accidents du travail et les allocations familiales.

Le second projet modifie profondément la Loi des Assurances sociales. Au point de vue médical, non seulement il reproduit le texte de l'ordonnance du 3 Mars 1945, mais encore, entre autres nouveautés désagréables, il prévoit pour les Caisses la possibilité de contracter avec certains médecins pour donner les soins aux assurés. Comme n'a pas hésité à le déclarer M. Legras, le rapporteur du projet, celui-ci tend à rapprocher le plus possible le régime français de celui en vigueur en Alsace et en Lorraine, c'est-à-dire du régime allemand.

Il y a lieu de penser que ces projets, aussitôt qu'ils seront connus, vont provoquer de vives réactions dans le Corps médical et aussi dans d'autres milieux. Dès maintenant les deux représentants du Corps médical au Conseil supérieur, les Drs CIBRIE et DROUET, ont fait les plus expresses réserves sur le bouleversement qu'apporterait l'adoption du projet dans l'exercice de la médecine.

Le chiffre limite maximum pour l'assujettissement aux Assurances sociales est porté de 60.000 à 120.000 fr. — Cette ordonnance qui a effet à compter du 1er Avril 1945, est précédée d'un exposé des motifs dans lequel il est notamment exprimé : « Si l'on se réfère aux relèvements de salaires décidés depuis le 1er Septembre 1939, il semble que le plafond pourrait être fixé à 90.000 fr. Mais, d'autre part, les réformes actuellement en préparation dans le domaine des Assurances sociales vont vraisemblablement aboutir à étendre le champ d'application de cette législation à l'ensemble des travailleurs, sans limite d'assujettissement. Un plafond serait simplement maintenu comme limite des salaires soumis à retenue. »

Cette considération conduit, en vue de ménager une transition entre le chiffre actuel et le régime ainsi prévu, à proposer l'adoption du chiffre de 120.000 fr. comme limite provisoire d'assujettissement aux Assurances sociales.

Aide médicale temporaire en faveur des prisonniers et déportés. — Une ordonnance en date du 26 Mai 1945, instituant une aide médicale temporaire en faveur des prisonniers et déportés, est parue au *Journal officiel* du 27 Mai 1945.

Précédée d'un exposé des motifs précisant la volonté du législateur de compléter d'une façon efficace le contrôle médical obligatoire institué par l'ordonnance du 20 Avril pour les rapatriés, cette ordonnance est divisée en trois titres.

Le *titre Ier* traite des dispositions générales :

Les rapatriés, y est-il dit, ont droit à une aide médicale temporaire à la charge de l'Etat pendant les 9 mois qui suivent leur retour en France pour toute maladie ou blessure à l'exception de celles qui n'ont aucun lien avec la captivité ou la déportation.

Ne peuvent prétendre à cette aide : *a*) les prisonniers tant qu'ils ne sont pas démobilisés ; *b*) les rapatriés bénéficiaires de soins gratuits, en ce qui concerne les infirmités leur donnant droit à ces soins ; *c*) les travailleurs transférés à l'étranger qui ont bénéficié du régime particulier des Assurances sociales pendant la durée de leur éloignement.

L'ordonnance divise les rapatriés en deux catégories, les assurés sociaux et les non assurés sociaux.

Le *titre II* donne les dispositions concernant les rapatriés non assurés sociaux. Ceux-ci, après avoir fait reconnaître leur droit à leur mairie, sont inscrits sur une liste communiquée à la préfecture. Ils peuvent être admis dans les hôpitaux, sanatoria ou établissements agréés à cet effet par le préfet. Pour les consultations et les soins ne nécessitant pas l'hospitalisation, les intéressés ont le libre choix du praticien.

Les honoraires des médecins, chirurgiens et dentistes sont réglés aux praticiens sur la base des tarifs fixés par l'ordonnance du 3 Mars 1945, ou à défaut, sur la base du tarif de responsabilité de la Caisse départementale d'Assurances sociales. Les tarifs syndicaux homologués et les tarifs de responsabilité sont frappés d'un abattement de 20 pour 100. Toutes les sommes dues sont liquidées et mandatées par le préfet.

Les bénéficiaires de l'aide médicale temporaire peuvent recevoir une indemnité journalière, en cas de maladie.

Le *titre III* donne les dispositions concernant les rapatriés assurés sociaux et assimilés.

Ceux-ci bénéficient des mêmes avantages que les non assurés sociaux mais les organismes d'Assurances sociales sont tenus de rembourser au Trésor les frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation ainsi que les indemnités journalières.

Ces remboursements sont effectués selon les modalités prévues pour les assurés sociaux bénéficiaires de l'assistance médicale gratuite.

En résumé, les prisonniers et les déportés rapatriés qui peuvent être bénéficiaires de cette ordonnance auront droit pendant 9 mois aux soins gratuits pour maladie ou blessure occasionnées par leur détention. Le mode de rémunération des médecins sera analogue à celui du régime de l'article 19 (assurés assistés). A noter qu'à Paris tous les médecins, et non seulement ceux de l'assistance à domicile, auront le droit de soigner cette catégorie de malades.

Commissions administratives des hôpitaux et hospices publics (*J. O.*, 16 Juin 1945). — Cette ordonnance apporte quelques modifications à la Loi du 21 Décembre 1941, réglementant l'organisation hospitalière.

C'est ainsi que sur les 6 membres plus le maire, qui composent la Commission administrative, 2 de ces membres doivent être élus par le Conseil municipal. Les autres membres sont nommés par le préfet ; parmi eux doivent figurer un médecin présenté par le Conseil départemental des Médecins, institué par l'ordonnance du 11 Décembre 1944 ; un représentant des Caisses d'Assurances sociales et un représentant des organisations syndicales. Ces différents organismes doivent soumettre au préfet une liste de trois noms parmi lesquels est choisi le titulaire.

Les directeurs régionaux de la Santé et de l'Assistance, les inspecteurs départementaux des services de l'Assistance ou leurs adjoints, peuvent assister avec voix consultative aux séances des Commissions administratives.

Le renouvellement total des commissions administratives sera effectué dans un délai de 3 mois.

Les Conseils départementaux sont donc priés d'établir le plus rapidement possible les listes des 3 médecins pour chaque Commission administrative des hôpitaux de leur circonscription respective.

Une motion en faveur de la nationalisation des établissements de soins privés. — Le Conseil national des Services publics et des Services de santé adhérant à la C. G. T. s'est tenu les 7 et 8 Juin 1945.

Dans un compte rendu de cette réunion publié dans le journal *Le Peuple* du 16 Juin 1945, nous relevons cette phrase : « Devant la carence du patronat des établissements privés à l'égard des lois sociales, notamment en matière de rémunération et de conditions de travail du personnel et l'insuffisance de garanties pour la santé publique, le Comité demande la nationalisation de ces établissements. »

Conseil régional des Médecins

Le Conseil régional des Médecins de la région de Paris a tenu séance le 15 Avril et le 27 Mai 1945, sous la présidence du Dr RIDADEAU-DUMAS.

Au cours de ces séances, 9 dossiers ont été examinés. Sur ces 9 affaires, plusieurs ont été remises à une séance ultérieure pour supplément d'enquête, 3 ont donné lieu à sanctions :

Un confrère de Seine-et-Oise ayant profité de la déportation du médecin qu'il remplaçait pour le supplanter dans sa clientèle, s'est vu infliger :

a) L'interdiction d'exercer la médecine au lieu de résidence du médecin qu'il avait remplacé et dans un rayon de 20 km. ;

b) Une suspension temporaire du droit d'exercer la profession pendant cinq années.

Pour avoir adressé des cartes de visite dans la clientèle d'un confrère déporté qu'il avait remplacé, un médecin de la Seine s'est vu infliger un simple avertissement en Chambre du Conseil, après qu'il eut été reconnu qu'il avait agi inconsidérément et n'avait pas eu l'intention de détourner les clients du confrère absent.

Enfin, un médecin de la Seine a été condamné à un an d'interdiction du droit d'exercer la médecine, pour s'être livré au trafic des titres de rationnement en remettant à des clients des certificats de suralimentation, alors que leur état ne justifiait pas, dans la plupart des cas, un tel traitement de faveur, et pour avoir délivré des certificats de complaisance au titre des Assurances sociales.

De plus, conformément aux prescriptions de l'ordonnance du 27 Avril 1945, le Conseil régional a procédé à la désignation des médecins habilités pour représenter en 1945 la profession médicale au sein de la *Commission départementale des impôts directs.*

Ce sont, POUR LA SEINE : *Membres titulaires* : Drs Biard, Fanton d'Andon, Herpin, Labey ; *suppléants* : Drs Baumgartner, Duvelleroy, Lechelle, Pochon.

POUR LA SEINE-ET-OISE : *Membres titulaires* : Drs François, Coidin, Lamy, Thiet ; *suppléants* : Drs Boyer, Dufour, Kurzenne, Lecourt.

Conseil départemental de Seine-et-Marne

Le tarif horo-kilométrique en Seine-et-Marne a été fixé, à partir du 15 Juillet 1945, à 5 fr. par kilomètre parcouru.

Pour le Secrétaire général :
Le Secrétaire administratif : Dr P. COQUIN.

ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR

Liste d'aptitude aux fonctions de chef de travaux dans les Facultés de Médecine. — A la liste que nous avons publiée dans notre numéro 25 du 23 Juin 1945, il convient :

— A la rubrique *Histologie*, d'ajouter M. PICARD.

— A la rubrique *Anatomie pathologique*, de supprimer M. LATARJET, qui figure sous une nouvelle rubrique : *Anatomie.*

— A la rubrique *Chimie*, de supprimer M. POLICARD.

(Ext. du *J. O.*, 1er Juillet 1945.)

Université de Paris

Clinique de la Tuberculose, Laennec (42, rue de Sèvres, Prof. Jean TROISIER). — Un COURS EN VUE DE L'EXAMEN D'APTITUDE AUX FONCTIONS DE MÉDECIN DES SERVICES ANTITUBERCULEUX sera fait du 15 Octobre au 24 Novembre 1945, avec le concours de MM. BEZANÇON, RIST, COURCOUX, AMEUILLE, PRUVOST, SONNEL, JACOB, R. MONOD, MAURER, E. BERNARD, KOURILSKY, CLÉMENT, LENOUX-ROBERT, DELARUE, P. BOURGEOIS EVEN, POIX, EVNOT, VITRY, BARON, ROLLAND, AZOULAY, THIBOULET, THOYER, DOUADY, NICO, CHADOURNE, BRETEY, BROCARD, HERRENSCHMIDT, LESOBRE, LE MELLETIER, BOUR, BOULENGER, LACORNE, BOURDIN, DUBET, PAILLAS.

Ce cours s'adresse également aux médecins et aux étudiants désireux de revoir, en un cycle complet, les notions récentes cliniques, thérapeutiques, sociales et administratives concernant la tuberculose.

Le matin, des stages cliniques avec interprétation de clichés radiographiques seront organisés dans le service. Les leçons auront lieu l'après-midi, de 16 h. à 17 h. et de 17 h. à 18 h., à la Salle de Conférences de la Clinique de la Tuberculose.

Ce cours sera suivi, du 26 Novembre au 8 Décembre 1945, d'un cours théorique et pratique sur « LES MÉTHODES DE LABORATOIRE APPLIQUÉES AU DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE » (nombre d'inscription limité).

Inscriptions : le premier cours, 1.000 fr. ; le second cours, 1.000 fr. ; les deux cours, 1.500 fr.

Un nombre limité de bourses et de remboursements de droits d'inscription seront accordés par le Comité National de Défense contre la Tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris, où les demandes doivent être adressées avant le 30 Septembre.

Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de la Faculté de Médecine (guichet n° 4) tous les matins, de 10 h. à midi, et les lundis, mercredis, vendredis, de 14 h. à 16 h.

Des ***Conférences sur le cheminement de la pensée médicale*** seront faites par le médecin colonel A. TZANCK, au CENTRE NATIONAL DE TRANSFUSION SANGUINE ET DE RECHERCHE HÉMATOLOGIQUE (53, boulevard Diderot, Métro Reuilly-Diderot).

22 Juillet, 11 h. I. *Essai d'une pathologie individuelle :* « Idiosyncrasie, Allergie, Intolérance ». — 23 Juillet, 17 h. II. *La place de la dermatologie en médecine :* « Les constantes de la pathologie ». — 24 Juillet, 17 h. III. *L'avenir de l'hématologie :* « Les étapes du diagnostic médical ». — 25 Juillet, 17 h. IV. *La pathologie rénale vue par un ignorant :* « Essai d'une pathologie générale ». — 26 Juillet, 17 h. V. *Contribution à l'étude de la psychiatrie :* « Biologie, Psychologie, Sociologie. » — 27 Juillet, 17 h. VI. *Le médecin dans la vie de la nation :* « Réforme nécessaire de l'enseignement et de la profession médicale ». — 28 Juillet, 17 h. VII. *La méthode biologique et la formation du caractère :* « Le biologisme dialectique ».

Nouvelles diverses

Une ***Exposition sur les conséquences pathologiques de la sous-alimentation,*** a été organisée par un Comité dont le Président est M. le Professeur Guy LAROCHE, les Vice-Présidents : MM. les Professeurs MOURIQUAND, JUSTIN-BESANÇON, RICHET, et le Docteur GOUNELLE, et le Secrétaire général, le Docteur Jean SAIDMANN.

Cette Exposition sera ouverte au public au Palais de la Radiodiffusion Française, jusqu'au 15 Juillet 1945, 91, avenue des Champs-Elysées et ensuite, 40, boulevard Suchet.

1. Voir *La Presse Médicale*, 30 Juin 1945, n° 26, 367.

Les Médecins sont admis gracieusement sur présentation de leur carte.

Un volume contenant 19 rapports dus à MM. les Docteurs Laroche, Richet, Debré, Le Noir, Dumestre, Saidmann, Mande, Gounelle, Bachet, Mouriquand, Justin-Besançon, Gougerot, Coste, Marchal, Trémolières, Bompart, Bariéty, Et. Bernard, Mme Randoin et M. Boulanger-Pilet, sur les conséquences de la sous-alimentation pendant l'occupation allemande, a été publié à cette occasion (Edition S.L.E.P., 13, rue Puits-Gaillot, à Lyon).

Société Médicale des Hôpitaux de Paris. — Vacances. — La dernière séance de la Société aura lieu le vendredi 13 Juillet 1945. La séance de rentrée est fixée au vendredi 12 Octobre 1945.

Une « Place du Docteur Lobligeois ». — Le nom de « *Place du Docteur Félix-Lobligeois* » vient d'être attribué au carrefour des rues Legendre et des Batignolles (17e) [Arrêté du 7 Juillet 1945 du Préfet de la Seine].

Hospice National des Quinze-Vingts (*Rectificatif* à la page VIII du Tableau des Services hospitaliers). — M. Dubois, *ophtalmologiste adjoint*, a été nommé *ophtalmologiste en chef*.

Au lieu de : *Service de* M. N..., *ophtalmologiste adjoint*, lire : Mme Schiff-Wertheimer, *ophtalmologiste en chef*.

Fédération Nationale des Médecins du Front (*Section des Médecins de l'Avant 1939-1945*). — Au sein de la Fédération Nationale des Médecins du Front, et faisant partie de la Section des Médecins de l'Avant 1939-1945, vient de se constituer une Association des Médecins anciens déportés. Elle a pour but principal de grouper tous les médecins récemment rapatriés des prisons allemandes qui désirent conserver et faire vivre dans leur groupement les principes qui ont dicté leur conduite au cours de l'occupation. La Fédération des Médecins du Front les accueillera au même titre que les Médecins des corps combattants.

Les candidatures devront être adressées au Docteur Gallet, 33, rue Poussin, Paris-16e. Tél. : AUT 42-94.

Bourses de Vacances. — Les laboratoires du docteur F. Debat rappellent qu'ils consacrent, comme les années précédentes, une somme de 100.000 fr. à la création de *Bourses de vacances* de 1.000 ou 500 fr. destinées à de jeunes étudiants en médecine, de santé délicate, et dont les conditions d'existence sont particulièrement difficiles.

Les demandes devront être adressées, 60, rue de Monceau (Service des Bourses de Vacances) avant le 30 Juillet 1945. Elles seront accompagnées d'une lettre de recommandation du professeur de l'élève et indiqueront la situation de famille, l'état de santé du postulant ou toutes autres informations susceptibles de servir de moyen d'appréciation.

Retour d'Allemagne

Nous avons le plaisir d'apprendre le retour des Docteurs :

— Mongenstern, de Paris.
— P. Hallot-Boyen, de Paris (rentré de Dachau).
— Bouvier, de Troyes (rentré de Dachau).
— Casse, d'Ervy-le-Châtel (rentré de Hambourg).
— Manée, de Troyes (rentré de Dachau).
— Maillard, de Troyes (rentré de Flossenburg).
— Tabuteaux, de Chavanges (rentré de Dresde).
—R. Ellenbogen, de Fontenay-sous-Bois (rentré de Buchenwald).
— J. Chaumerliac, de Clermont-Ferrand (rentré de Dachau).
— Carbonel, de Guesnain [Nord] (rentré de Dachau).
— L. Brenman, de Crillon [Oise] (rentré d'Auschwitz et Buchenwald).
— Nisard, de Paris (rentré d'Auschwitz).
— Bonneau, de Bourges (rentré de Buchenwald).
— R. Léveillé, de Sancoins (Cher).
— Cliquet, de Vierzon (rentré de Buchenwald).
— P. Denis, du Havre (rentré de Buchenwald).

Nos Échos

Naissances.

— Alain et Odile Maury ont la joie de faire part de la naissance de leur petit frère *Didier* (Docteur et Madame Pierre Maury, 30, rue Berthelot, Le Mans).

— Le docteur et Madame Marc Paganelli, ont la joie de faire part de la naissance de leur fille *Jeannin* (Marseille, 24 Juin 1945).

— Annie, Alain, Francis, ont le plaisir d'annoncer la naissance de leur petit frère *Marc-Pierre* (Docteur Wallet Connerré, 19 Juin 1945).

— Catherine Chabaud est heureuse d'annoncer la naissance de sa petite sœur *Frédérique* (Docteur et Madame Robert Chabaud, 10, place Pey-Berland, Bordeaux 16 Avril 1945).

Fiançailles.

— On annonce les fiançailles du docteur Pierre Danset interne des Hôpitaux de Paris, avec Mademoiselle Paule Beckmans.

Mariage.

— Le docteur Emile Poitau et Madame ont l'honneur de faire part du mariage de leur fils *Jacques*, étudiant en médecine, avec Mademoiselle Jenny Delepoulle (Saint-Pol-sur-Ternoise, 31 Juillet 1945).

Décès.

— On annonce le décès, survenu en captivité, du docteur Mazurier, de Saint-Maurice-sur-Moselle (Meurthe-et-Moselle).

— Le Conseil départemental du Morbihan fait connaître la mort du docteur J. Lecoq, de Ploumelec (Morbihan) fusillé le 27 Juillet 1944 au fort de Penthièvre (presqu'île de Quiberon).

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

AVIS. — Prière de joindre aux réponses un timbre de 2 francs pour transmission des lettres.

Le gérant : F. Thomas.

Imprimé par l'Ancne Imprimerie de la Cour d'Appel, 1, rue Cassette, à Paris (France)

TRAVAUX ORIGINAUX

LE CYTO-DIAGNOSTIC SALIVAIRE PAROTIDIEN

(Application au diagnostic des oreillons et d'autres affections de la parotide)

PAR MM.

R. SOHIER et **M. LEVRAT**

(Lyon)

On a l'habitude de considérer que le diagnostic des oreillons ne présente aucune difficulté. Il est vrai qu'en milieu épidémique, lorsque plusieurs sujets ont déjà été atteints et ont présenté, outre les signes généraux, des localisations (orchite, méningite, etc.), considérées comme relevant du virus ourlien, il n'est habituellement pas difficile d'identifier la maladie, même lorsqu'elle n'évolue pas de façon absolument typique. Il en va différemment lorsqu'il s'agit de cas isolés sans notion de contage, ou du début d'une épidémie, ou de formes sans signes généraux notables, et aussi lorsque la collectivité où apparaît la maladie est composée de sujets de couleurs, chez lesquels peuvent se développer des hypertrophies parotidiennes sans rapport avec les oreillons. D'autres éventualités se présentent, qui ne peuvent toutes être citées.

Lorsque manquent les localisations cliniques décelables apportant la preuve quasi absolue de la nature ourlienne de la parotidite observée et en l'absence de méthodes de laboratoire permettant l'identification directe ou indirecte de l'agent causal, on peut se demander si l'examen de la salive n'apportera pas d'utiles indications. La question se pose aussi pour des affections des glandes salivaires relevant d'autres processus morbides.

Or, dès 1905, Sicard et Dopter, à la suite des travaux de Widal et Ravaut, ont étudié les modifications cytologiques de la salive obtenue par cathétérisme du canal de Sténon et identifié des cellules épithéliales des acini et des canaux excréteurs [1], des polynucléaires, des lymphocytes et des grands mononucléaires. La présence de ces éléments apportait des précisions diagnostiques intéressantes.

Mais cette méthode ne semble pas avoir été utilisée, vraisemblablement en raison des difficultés rencontrées pour cathétériser dans la pratique courante le canal de Sténon. Par ailleurs les examens n'avaient porté que sur 19 salives d'oreillards et ne paraissaient pas avoir été confrontés avec ceux de salives provenant de sujets ayant des lésions des glandes salivaires d'autre nature.

Nous croyons donc devoir rapporter les observations que nous avons pu faire depuis plusieurs années chez de nombreux malades ou sujets sains.

1. Cette abondance des cellules des canaux excréteurs, que nous n'avons pas retrouvée, était due sans doute au traumatisme de la sonde.

Elles ont été possibles grâce à un petit appareil très simple, mis au point avec Nabonne [2] et qui permet d'obtenir facilement et sans douleur la sécrétion parotidienne, à telle enseigne que certains patients adroits peuvent prélever eux-mêmes leur salive.

Avec ce procédé la salive parotidienne normale, ainsi que nous avons pu le vérifier sur de très nombreux prélèvements, est limpide, « eau de roche », et ne contient que de rares cellules pavimenteuses isolées ou en placard provenant de l'épithélium buccal, si l'on a eu soin toutefois de faire procéder au préalable à un lavage de bouche et si l'on a essayé avec un tampon de coton la région de l'orifice du canal de Sténon.

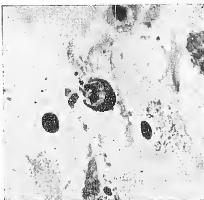


Fig. 2

Nous résumerons les constatations faites au cours des oreillons et de diverses affections parotidiennes [3].

Cytologie des salives d'oreillards.

Elle a été établie d'après 265 examens pratiqués à divers stades de la maladie.

Nous procédions soit à un cyto-diagnostic « rapide » obtenu par simple centrifugation, puis coloration du culot étalé et séché (méthode post-vitale entre lame et lamelle avec 1 goutte de bleu de Sabrazès ou après fixation et emploi du Giemsa ou de la méthode de Pick-Jacobson), soit à un cyto-diagnostic « différé » réalisé sur le culot de centrifugation inclus en gélose fixé et coupé comme une pièce anatomique, selon une méthode que nous employons pour de nombreux prélèvements.

Le cyto-diagnostic rapide a révélé la présence des éléments suivants :

a) cellules provenant du sang ou du tissu interstitiel : polynucléaires neutrophiles normaux ou très souvent altérés avec noyau pycnotique, lymphocytes normaux ou éléments du même type mais plus petits et à noyau très dense avec protoplasme à peine visible, moyens mononucléaires, cellules du type blastique avec gros noyau nucléolé et protoplasme en mince couronne très basophile. Eléments du type histiocytaire (voir fig. 1, 3 et 4).

b) Des macrophages de tous types, dont beaucoup à noyau excentrique en croissant et dont le protoplasme contenait soit des débris chromatiniens, soit des boules hyalines peu colorables (voir fig. 1), soit des polynucléaires entiers (fig. 2).

c) Cellules épithéliales, les unes pavimenteuses du revêtement buccal aisément reconnues, les autres bien plus difficiles à identifier, car le plus souvent altérées, provenant des acinis. Leur noyau est tantôt dense, avec points nodaux très colorés, tantôt à chromatisme réticulé, tantôt pâle et comme « ballonisé ». Le protoplasme de structure le plus souvent aréolaire est de couleur mauve et contient parfois des grains.

d) Cellules difficilement identifiables. Les difficultés tiennent essentiellement aux altérations qu'elles présentent : leur noyau a des contours peu nets, qui semble déchiqueté, poussiéreux et des masses se colorant intensément paraissent s'en détacher. Tout se passe comme si on assistait à une lyse endo-cellulaire (fig. 1 et 4). Le noyau parfois rejeté sur l'un des bords et les débris trouvés dans leur protoplasme pouvaient les faire considérer comme étant des macrophages. Les constatations faites sur les ponctions-biopsies de parotide et les différents stades observés de cellules appartenant certainement au même type originel, nous conduisent à les considérer comme provenant des éléments glandulaires.

Plus difficiles encore à interpréter sont des cellules volumineuses à noyau multilobé, donnant un aspect en « marguerite » dont le protoplasme contient quelques masses incluses.

Signalons enfin la présence de nombreux noyaux nus, le plus souvent ovalaires, parfois arrondis, à chromatine dense et vermiculée, ou déchiquetée ou spongieuse et dont les bords sont plus ou moins nettement délimités (voir fig. 4).

Le cyto-diagnostic « différé » nous a permis de mettre en évidence avec Ch. Jaulmes [4], après coloration de Mann, des inclusions cellulaires oxyphiles rouge vif, entourées d'un halo clair et d'autres rouge violacé avec zone claire périphérique moins nette (fig. 5). Elles sont comparables à celles vues par Johnson et Goodpasture dans les parotidites ourliennes expérimentales du singe et ont été signalées dans une biopsie de parotidite d'oreillards par de Lavergne, Kissel et Leichtman.

La proportion des divers éléments cellulaires varie au cours de l'évolution de la maladie.

Les trois premiers jours les cellules sont en très grand nombre, donnent à la salive un aspect trouble, laiteux

2. Sohier et Nabonne : *C. R. Soc. Biol.*, 1939, **131**, 881. Voir aussi Aubry : *La Presse Médicale*, 1941, 250.
3. Voir aussi Lévrat : *Thèse Lyon*, 1943.
4. *C. R. Soc. Biol.*, 1939, **131**, 1000.

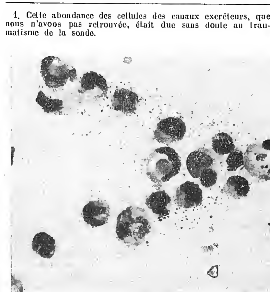


Fig. 1.

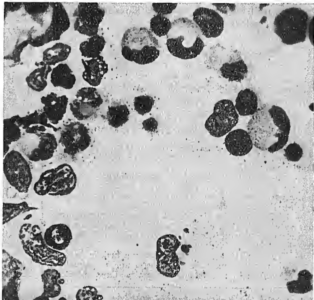


Fig. 3.

t forment un culot important. Tous les types décrits e rencontrent en proportion variable.

Vers le 4e et le 5e jour, les cellules du type *b*, *c* et *d* ommencent à diminuer, il reste d'assez nombreux éléments du type *a*, les noyaux nus restent abondants. Entre le 5e et le 6e jour, on voit disparaître les cellules lu type *b* et *c* et diminuer les noyaux nus ; il y a de noins en moins de polynucléaires, mais surtout des éléments mononucléés lymphocytaires. Après le 10e jour, on ne rencontre guère que ces dernières cellules.

C'est entre le 13e et le 15e jour que la salive reprend e plus souvent ses caractères normaux, parfois beaucoup plus tôt, lorsque l'atteinte parotidienne a été discrète, arement plus tard.

Il convient de noter que parfois pendant les premiers jours de la maladie il est impossible d'obtenir le la salive.

Il est curieux de constater que malgré cela les malades n'accusent en général ni les manifestations qui accompagnent l'obstruction des voies excrétrices, ni sécheresse importante de la bouche. Tout se passe comme s'il y avait, d'une part, arrêt de la sécrétion parotidienne et, l'autre part, sécrétion normale ou peut-être même accrue des autres glandes salivaires. Après un ou deux jours, rarement plus, on peut obtenir de la salive qui contient des cellules dont le caractère et la proportion sont fonctions du stade auquel elle a été prélevée.

Fig. 4.

L'étude de la cytologie salivaire apporte des précisions sur l'histopathologie encore discutée des oreillons.

On peut admettre qu'il y a simultanément atteinte de l'épithélium et réaction du tissu interstitiel avec phénomènes macrophagiques importants. Il paraît intéressant de rapprocher les cellules observées de celles décrites par Manouélian [5] au cours de la parotidite rabique et plusieurs figures de son mémoire représentent des cellules strictement superposables à celles que nous avons décrites (fig. 1 et 2). En outre, la présence d'inclusions cellulaires est un argument en faveur de l'intervention d'un virus filtrant invisible dans le déterminisme de la maladie ourlienne, ainsi que l'avaient pensé, sans toutefois apporter des preuves histologiques, différents auteurs, Philibert en particulier.

Mais tout développement sur ces faits ne peut trouver place ici et nous désirons surtout attirer l'attention sur la valeur diagnostique de la méthode qui apparaîtrait mieux après étude comparée du cyto-diagnostic salivaire.

Cytologie de la salive parotidienne en dehors des oreillons.

Il est possible de classer les sujets que nous avons eu l'occasion d'examiner en deux groupes :

1° *Atteintes parotidiennes de cause connue.*

— Deux hypertrophies parotidiennes chez des syphilitiques anciens à réactions sérologiques positives. Cytologie normale [6].

— Une parotidite tuberculeuse confirmée par ponction-biopsie puis exérèse : salive claire, cellules pavimenteuses, très rares éléments arrondis du type lymphocytaire. Examens bactériologiques négatifs.

— Quatre maladies de Besnier-Bœck-Schaumann, dont une avec parotidite : cytologie normale. Dans le cas avec hypertrophie parotidienne, très rares éléments de type lymphocytaire et histiocytaire.

— Hypertrophie parotidienne chez une malade hérédo-syphilitique ayant un méga-œsophage, une mégatrachée, un mégacôlon [7] : cytologie normale. Une ponction-biopsie ne révélait d'ailleurs aucune altération notable des acinis et du tissu interstitiel.

— Deux cas dont l'étiologie reste imprécise méritent de retenir l'attention. Ces deux malades présentaient des poussées douloureuses de gonflement parotidien unilatéral, paraissant déclenchées, chez l'un, par certains aliments acides, alors qu'aucune cause apparente n'était décelée chez l'autre. Entre les poussées, la parotide restait le plus souvent légèrement tuméfiée. Dans la salive de ces deux sujets, nous avons trouvé de façon constante, pour l'un (4 examens à plusieurs mois d'intervalle) et deux fois sur trois pour l'autre, des cellules à granulations éosinophiles, dont certaines avaient la morphologie de polynucléaires, alors que les autres plus volumineuses avaient un noyau rond ou ovalaire et paraissant souvent en voie de désintégration intra-cellulaire. Il n'y avait que de rares polynucléaires neutrophiles, de rares éléments de type macrophagique, pas de cellules épithéliales nettement identifiables.

Si pour un des malades la sialographie et la radiographie avaient laissé quelques suspicions concernant l'existence d'un calcul que le sujet a cru avoir éliminé un jour, pour l'autre aucune lithiase n'avait été démontrée. Quoi qu'il en soit, les symptômes présentés d'une part, la présence de cellules éosinophiles d'autre part, incitent à rapprocher ces deux cas et à pratiquer un cyto-diagnostic salivaire en présence de faits analogues.

— Hypertrophie parotidienne intermittente douloureuse de nature vraisemblablement goutteuse. Observée chez un sujet de 65 ans ayant depuis plusieurs années présenté des manifestations morbides considérées comme de nature « goutteuse ». Gonflement intermittent de la parotide droite avec état luisant « pelure d'oignon » de la peau sus-jacente ; point douloureux « exquis » très limité. Signes généraux discrets. Pas de calculs décelables. La salive contenait de nombreux polynucléaires neutrophiles, les uns normaux, d'autres altérés. Nombreux noyaux nus ovalaires ou réniformes à chromatisme homogène ou réticulé. Très rares éléments mononucléés. Aucun macrophage.

2° *Atteintes parotidiennes de cause encore inconnue.*

Dans les services qui nous étaient confiés et où étaient hospitalisés surtout des sujets jeunes, ce sont ces hypertrophies parotidiennes à évolution subaiguë ou chronique et ne s'accompagnant pratiquement d'aucun trouble fonctionnel qui risquaient d'être confondues le plus souvent avec les oreillons. Les sujets à peau teintée sont les plus fréquemment atteints.

Les hypertrophies des races de couleurs. — D'après les faits rapportés dans la littérature et nos recherches personnelles, elles sont surtout fréquentes chez les noirs malgaches (alors qu'elles nous ont paru exceptionnelles chez les Sénégalais), assez fréquentes aussi chez les Indochinois, plus rares chez les Arabes. Décrites chez les Malgaches sous le nom de « mangy » et signalées en particulier par Fontoynont (1911), leur étude que nous avons reprise avec Martin-Sibille [8] du point de vue cytologique et histopathologique, ne saurait trouver place ici. Bornons-nous à rappeler qu'il s'agit d'une augmentation de volume parfois importante, soit chronique, soit évoluant par poussées, mais habituellement sur un fond d'hypertrophie permanente. L'affection est souvent confondue avec les oreillons et nous avons retrouvé plusieurs exemples de collectivités dont divers groupements avaient été isolés pendant des semaines parce qu'on croyait, à tort, qu'y sévissait cette affection contagieuse. Cette erreur tient soit à la méconnaissance de la maladie, soit à l'évolution d'un cas d'oreillons authentique dans un groupement où de nombreux sujets sont porteurs de grosses parotides passées inaperçues (la conformation du visage de certaines races rend l'erreur possible), soit enfin à ce qu'un sujet présente un épisode fébrile (rhino-pharyngite aiguë, état grippal) et consulte le médecin, lequel découvre à cette occasion les grosses parotides et les rend responsables du syndrome infectieux qu'il étiquette « oreillons ».

Or, à l'examen de 36 salives de Malgaches atteints de « mangy », de 7 hypertrophies parotidiennes chez des Indochinois et de 5 observés chez des Arabes, nous avons constaté :

Pour 23 d'entre eux, la cytologie était normale. Cinq salives contenaient des éléments amphophiles, certains ovalaires, d'autres étalés ressemblant à ce que l'on décrit sous le nom « d'ombres nucléaires » dans les frottis de sang. Enfin dans 8 salives on décelait de rares cellules de type lympho-histiocytaire, dont certaines avaient un noyau intensément coloré, leur protoplasme étant difficilement retrouvé et deux fois seulement de très rares polynucléaires. Les examens bactériologiques sont restés négatifs.

Les ponctions-biopsies pratiquées chez les mêmes sujets ont révélé une structure normale des acinis et des tubes excréteurs, rarement un très léger œdème du tissu interstitiel et de façon très exceptionnelle dans le conjonctif de soutien un petit amas de 5 à 6 lymphocytes ou plasmocytes, tout se passant, dans la majorité des cas, comme s'il s'agissait d'une hyperplasie régulière de la glande sans aucun processus inflammatoire.

Les hypertrophies de même type chez les sujets de race blanche. — Nous en avons observé un certain nombre de cas, le plus souvent chez des sujets ayant dépassé la trentaine et plutôt pléthoriques.

Sur 13 sujets examinés, 11 ont fourni une salive dont la cytologie était normale. Deux salives contenaient de rares débris difficilement identifiables et quelques éléments de type lymphocytaire. Aucune étiologie précise ne pouvait être retenue. Les réactions sérologiques (de la syphilis en particulier) étaient négatives, comme elles l'étaient chez les sujets à peau teintée.

Une parotidite aiguë d'étiologie indéterminée. — Signalons enfin les résultats de l'examen pratiqué chez une malade qui au décours d'un état infectieux fébrile avec état confusionnel et manifestations encéphalitiques, présenta une parotidite unilatérale.

La salive claire contenait d'assez nombreux débris blanchâtres, ressemblant à de l'albumine coagulée et non

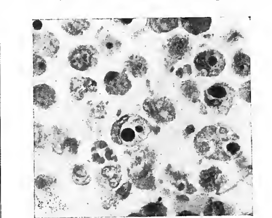


Fig. 5.

dissociables. Microscopiquement on décelait de très nombreux polynucléaires pour la plupart peu altérés, quelques lymphocytes, mais pas de cellules épithéliales, pas de noyaux nus, pas d'éléments de type macrophagique. Examens bactériologiques négatifs. Il était difficile de savoir s'il s'agissait d'une encéphalite ourlienne primitive avec parotidite secondaire et cytologie anormale ou d'une encéphalite d'autre nature s'étant accompagnée d'atteinte parotidienne, puisqu'on a admis que le virus encéphalitique pouvait léser directement ou indirectement les glandes salivaires.

Notons que de nombreux prélèvements effectués chez des sujets atteints de maladies infectieuses (rougeole, rubéole, scarlatine, grippe, fièvre typhoïde, brucellose, etc.), ont toujours fourni une salive à cytologie normale.

*
* *

Des recherches que nous avons effectuées chez plusieurs centaines de sujets, nous croyons pouvoir conclure que :

La salive parotidienne peut être prélevée aisément et rapidement avec un petit appareil simple e peu coûteux, permettant d'effectuer dans un déla très court un cyto-diagnostic.

Les modifications cytologiques observées dans la salive des oreillards en particulier au début de la maladie, semblent vraiment caractéristiques de cette maladie. Elles n'ont été retrouvées au complet dan aucune des affections parotidiennes d'autre nature dont la salive a été examinée. Elles apportent de indications utiles pour le diagnostic mais auss pour la compréhension de l'histopathologie et la pathogénie des oreillons.

Il conviendrait de vérifier d'autres formules cytologiques correspondant à une étiologie définie et si par exemple, l'éosinophilie est caractéristique d'at teintes parotidiennes ou canaliculaires relevan d'une même maladie.

Il serait nécessaire d'étudier la cytologie salivair au cours d'affections diverses de la parotide que le circonstances ne nous ont pas permis de rencontrer Mais dès maintenant le cyto-diagnostic effectu selon la méthode que nous avons proposée parai devoir rendre d'utiles services.

5. *Annales de l'Institut Pasteur*, 1914, **28**, 233 et 1924, **38**, 621.
6. Lire pour cytologie normale ou cyto-diagnostic négatif : aspect comparable à celui d'une salive de sujet sain.
7. L'observation de cette maladie a été publiée par Mouriquand-Kuhn et Meyer : *Lyon Médical*, 20 Février 1944, n° 8, 169.
8. Sur une affection parotidienne observée chez les Malgaches. Ses rapports avec le Mangy. *Thèse de Lyon*, 1943.

SUR LE DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE DES CANCERS DU LARYNX

(Étude statistique d'après la classification de Baclesse)

Par **R. MATHEY-CORNAT**
(Bordeaux)

Malgré les grands progrès accomplis par le radio-diagnostic laryngé, certaines critiques persistent encore sur la valeur qu'il faut lui attribuer. A vrai dire, ces critiques peuvent être facilement réfutées sur la base de l'expérience maintenant acquise.

La radiographie laryngée, ou plutôt pharyngo-laryngée, est née des travaux de Coutard en 1924 [1]. Je crois avoir été un des premiers en France à exposer ici même les résultats donnés par le radiodiagnostic dans l'étude des tumeurs malignes du larynx et de l'hypopharynx [2]. Les observations rapportées en 1943 et émanant du Centre anti-cancéreux de Bordeaux et du Sud-Ouest réunissaient 50 cas qu'il m'avait été donné de suivre à la consultation anti-cancéreuse de la Fondation Bergonié. Je voudrais reprendre à la faveur d'une nouvelle statistique dressée depuis 1935 avec la clinique O. R. L. de la Faculté de Médecine de Bordeaux, la classification des résultats obtenus et les indications qui en découlent.

La statistique peut être scindée en deux tranches de valeur numérique inégale, la première de 1935 à 1939, la deuxième de 1939 à 1945 où l'on peut dire que la méthode a été systématisée. Les constatations opératoires et histologiques donnent à la statistique une valeur non discutable puisque durant toute cette période 54 laryngectomies totales (Portmann) ont été pratiquées dans le seul service hospitalier de la clinique.

En décomposant, on trouve, de 1935 à 1939 :

Cancers de l'hypopharynx	45
Cancers du larynx	35
Nombre de cas soumis à la radiographie pharyngo-laryngée	80
Et 24 laryngectomies totales (thèse de Laclau-Lacrouts, Bordeaux, 1938).	

De 1939 à 1945 :

Cancers de l'hypopharynx	75
Cancers du larynx	65
Nombre de cas soumis à la radiograhie pharyngo-laryngée	140
Et 30 laryngectomies totales, soit un total de 54 laryngectomies suivant le procédé de sécurité de Portmann (thèse de Mousset, Bordeaux, 1945).	
Le total des cas observés est donc de	220

Soit :

Cancers de l'hypopharynx	120
Cancers du larynx	100

J'ai adopté pour plan de la classification radiologique celle de Baclesse, la plus conforme [3]. Les cancers ont été classés en cancers de l'étage *sus-glottique*, *glottique* et *sous-glottique*. Suivant la localisation radiologique, pour 100, les cancers se répartissent comme suit :

Face laryngée de l'épiglotte	12
Bande ventriculaire	50
Vestibule (partie haute)	12
Ventricule	8
Corde vocale	13
Sous-glotte	5

On voit que les cancers classés comme appartenant à la bande et à la partie inférieure du vestibule sont de beaucoup les plus fréquents dans la statistique.

Les cancers de la *corde vocale* sont les plus difficiles à radiographier et à détecter. Il faut des radiographies très fines et la primauté, pour l'expression des détails, me paraît revenir à la tomographie. L'interprétation avec les radiogrammes-standard est malaisée en raison des petites dimensions du cancer. Elle est cependant possible et le lipiodol pratiqué dans un deuxième temps dessine le soulèvement de la corde ou la déviation de la colonne opaque sur le cliché de face. La radiographie est intéressante pour les cancers de la corde propagés.

La radiographie des cancers de la *face laryngée de l'épiglotte* décèle précocement et mieux que la laryngoscopie l'extension à la base et à la loge pré-épiglottique. Ici, on peut redonner une certaine primauté à la radiographie-standard. Sur celle-ci, on distingue les ulcérations localisées, à l'emporte-pièce, leur topographie et leur confluence. Avec une bonne radiographie donnant la densité des parties molles, la propagation à travers le cartilage, vers la membrane hyo-thyroïdienne, est facile à saisir, et ceci est d'un grand intérêt pour le pronostic et l'indication thérapeutique.

Pour la radiographie des *cancers vestibulaires* et de la *bande ventriculaire* qui sont, comme on l'a vu les plus fréquents, le lipiodol doit compléter la radiographie standard. Il est très souvent difficile de situer le point de départ de la tumeur et de la localiser avec précision à la bande. Indépendamment du contrôle opératoire et des coupes histologiques sériées, comme l'a fait Leroux-Robert, et comme j'ai pu le confirmer, les schémas de Baclesse rendent un grand service pour la localisation radiologique de chacune des lésions vestibulaires, de la corde vocale ou du ventricule, de la sous-glotte et de l'hypopharynx [4]. La régression après radiothérapie dans les cancers irradiés, constitue également un moyen de contrôle. Ces cancers de la bande sont bien diagnostiqués néanmoins, en règle générale, par la radiologie,

1. H. Coutard : Note préliminaire sur la radiographie du larynx normal et du larynx cancéreux. *Journal de Radiol.*, Paris, 1924, **8**, 461. — Coutard et F. Baclesse : Utilisation du radio-diagnostic au cours de la roentgenthérapie des cancers du larynx et de l'hypopharynx. *IIIe Congrès internat. de Radiol.*, Paris, 1931. Résumés des communications, page 87 (*Masson et Cie*, édit.). — Roentgen diagnosis during the course of roentgentherapy of epitheliomas of the larynx and hypopharynx. *Amer. Journ. of Roentgenol.* Springfield, 1932, **33**, 113-128.

2. R. Mathey-Cornat : Contribution à l'étude du radio-diagnostic des tumeurs malignes du larynx et de l'hypopharynx. *La Presse Médicale*, 21 Mars 1934, n° 23, 457-460, 9 fig. — Sur le radio-diagnostic des épithéliomas du larynx et de l'hypopharynx. *Revue de Laryngo-Oto-Rhin.*, Bordeaux, 55e année, Novembre 1934, n° 9, 1105-1115, 16 fig.

3. F. Baclesse : *Le diagnostic radiologique des tumeurs malignes du pharynx et du larynx* (Étude anatomo-topographique et radiologique). Un vol. 236 fig. (*Masson et Cie*, édit.), Paris, 1938, 269.

4. Dans ces schémas, les principales localisations sont groupées d'après la prédominance de la tumeur dans l'un des quadrants formés par une horizontale passant par le niveau glottique et une perpendiculaire passant en avant de l'ombre pharyngo-laryngée postérieure.



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3.

Fig. 1. — Tumeur sous-glottique. Radiographie standard. A l'examen histologique, chondrome.

Fig. 2. — La même tumeur sous-glottique telle qu'elle apparaît dessinée par le lipiodol sur un radiogramme de profil. Le transit glottique est libre.

Fig. 3. — Tumeur de la corde vocale droite. Le lipiodol (profil) montre une lacune et une interruption de la colonne opaque à la hauteur de la corde. Vérification opératoire (thyrotomie avec résection sous-péri-chondrale interne) et histologique (épithélioma spino-cellulaire).

:t leur extension, soit en avant vers la loge pré-
ipiglottique, soit vers le haut, le vestibule, soit
u arrière vers le versant aryténoïdien, si ce n'est
eur bilatéralisation, qui est beaucoup plus fré-
juente que ne le supposent les classiques sur la
oi de la seule laryngoscopie pré-opératoire, est
epérée d'une manière quasi-constante.

Les *cancers ventriculaires* ne sont pas nom-
)reux dans la statistique (8 cas) parce que je n'y
ii classé que les formes sûres, après vérification
)pératoire (cas laryngectomisés). Leur fréquence
ıbsolue doit être plus grande que celle qu'on
eur attribue en général, mais ils sont fréquem-
nent confondus avec d'autres variétés ou englobés
lans cette appellation un peu vague d'épithélio-
nas de « l'hémi-larynx ». La disparition du fuseau
lair ventriculaire n'est pas un signe suffisant
)our leur identification radiographique car ce peut
:tre une simple image de projection qu'on trouve
lans les cancers de la bande ou dans ceux qui se
)ropagent sur toute la hauteur du larynx jusqu'à
a sous-glotte. Il faut faire des recoupements par



Fig. 5. — Tumeur très étendue du vestibule avec stase lipiodolée et lacunes « en dents de peigne ». Lipiodol de profil. Trachéotomie préalable.

plusieurs radiogrammes de profil, en Valsalva qui
éalise une véritable insufflation physiologique du
pharynx et du larynx, et sous lipiodol. Le diagnos-
ic de localisation ventriculaire reste néanmoins épi-
neux : on ne peut en clinique que s'en approcher.
Pour le radiodiagnostic de ces formes, l'étude des
cartilages est fondamentale en raison de leur parti-
cipation fréquente au processus néoplasique, on
peut même dire constante à un certain stade. Les
radiogrammes montrent l'envahissement de ces car-
tilages, leur perforation localisée ou leur destruc-
tion plus ou moins étendue, procédant par lacunes
juxtaposées, encore que parfois la pénétration soit
discrète et l'interprétation douteuse. Il faut scruter
les clichés à la loupe.

Le lipiodol, à condition d'opérer sous une bonne
anesthésie locale de surface, permet de réaliser une
véritable *laryngographie* qui a le mérite de mon-
trer toutes les déformations de l'image laryngée,
surtout de l'image médiane, plus facile à interpré-
ter, avec le chapelet des sténoses sus- ou sous-glot-
tiques. On peut ainsi reconnaître les dilatations sus-
glottiques, les amputations à la base, les lacunes de
la bande ou du ventricule comme on est habitué à
les voir dans d'autres chapitres de la radiologie des
muqueuses. Le lipiodol de profil ou image latérale
n'est pas dépourvu, non plus, d'enseignement,
bien qu'il faille s'accoutumer à la dissociation des
profils. L'étude et le diagnostic de l'extension au



Fig. 1. — Tumeur ventriculaire droite sous lipiodol de face. La tumeur a envahi la totalité du ventricule : celui-ci se montre béant et lacunaire. La colonne lipiodolée est déviée. Retentissement sur les sinus piriformes. Stase lipiodolée observée au cours d'examens ultérieurs. Vérification opératoire (laryngectomie totale) et histologique (épithélioma pavimenteux de type malpighien).

sinus piriforme ainsi qu'aux autres secteurs du versant pharyngo-laryngé, des plis pharyngo-épiglottiques, des fossettes glosso-épiglottiques, de la paroi pharyngée postérieure, toutes lésions qui peuvent échapper à la laryngoscopie, même directe, sont du plus réel intérêt avec l'exploration lipiodolée. C'est pourquoi on ne saurait s'en passer.

Les *cancers sous-glottiques* comptent pour peu dans la statistique exposée (5 cas dont 1 chondrome). Il est probable que lorsqu'on les connaîtra mieux, on les dépistera plus facilement, même et surtout par la radiographie. Leur localisation au-dessous du fuseau ventriculaire ou sur le cricoïde, dans l'espace clair que ménage la sous-glotte, n'est pas au-



Fig. 7. — Exemple typique d'épithélioma ventriculaire bilatéralisé. L'image lacunaire « en pinces de homard » intéressant les deux parois du larynx est particulièrement caractéristique. On distingue au-dessus les fossettes glosso-épiglottiques dont la gauche est altérée. Péri-chondrite. La lésion primitive a dû intéresser le ventricule droit. Vérification opératoire (laryngectomie totale) et histologique (épithélioma spino-cellulaire).

dessus des possibilités de l'exploration radiologique actuelle. Leur extension à la commissure antérieure est indiquée par le signe de Baclesse, c'est-à-dire le refoulement en arrière de cette commissure avec épaississement des plans sous-glottiques antérieurs. On peut, de même, identifier une extension postérieure, vers le chaton. Le lipiodol, très utile, donne une vue de la limite supérieure et de la limite inférieure de l'opacité tumorale à partir de laquelle l'image muqueuse de la trachée redevient normale.

*
* *

En conclusion, les critiques qui ont été quelquefois opposées à la radiologie laryngée et pharyngo-laryngée ne paraissent tenir qu'à des insuffisances techniques — bien compréhensibles dans la période de début — et ne résistent pas à l'expérience des faits. L'exploration radiologique, à condition d'être totale comme je l'ai dit et correctement exécutée, avec des temps de pose de l'ordre de 3/100 à 5/100 de seconde, doit nécessairement faire partie de toute observation clinique et sup-



Fig. 6. — La même tumeur sur le lipiodol de face montre l'extension à tout l'hémi-larynx droit avec bourgeonnement intra-laryngé. Epithélioma de la bande ventriculaire droite étendu au sinus piriforme et au ventricule. Vérification opératoire (laryngectomie totale) et histologique (épithélioma épidermoïde).

pose, pour l'interprétation, une liaison parfaite du
laryngologiste et du radiologiste. Cette exploration
complète admirablement la laryngoscopie, même la
laryngoscopie directe, peu employée ; elle est d'un
grand intérêt pour le dépistage des formes de début
en un mot pour le *diagnostic précoce* des cancers
du larynx dont l'objectif est encore très loin d'être
atteint.

On peut dire, en schématisant, que le radiodia-
gnostic montre toujours plus que la laryngoscopie
car il permet de reconnaître des extensions néopla-
siques impossibles à identifier ou simplement soup-
çonnées, sans preuve certaine, avant lui ; mais il
montre généralement moins que les constatations
opératoires chez les laryngectomisés, peut-être
parce que notre expérience gagnera encore à être
étendue dans ce domaine.

Toutefois, en pratique, il est utile de se souvenir
qu'on diagnostique généralement des lésions laryn-
gées beaucoup moins étendues qu'elles ne le sont
dans la réalité et que l'on pèche par défaut. Ceci
explique bien des échecs opératoires ou radiothéra-
piques. On doit désormais envisager les indications
du traitement du cancer du larynx sous un jour
nouveau, grâce à une *classification* plus exacte des
lésions explorées, et à ce titre, le radiodiagnostic
acquis droit de cité en laryngologie.

(Clinique O.-R.-L. de la Faculté de Médecine de Bordeaux et Service Central de Radiologie des Hôpitaux Pellegrin-Le Tondu. Dr Mathey-Cornat, *Chef de Service.*

TRAITEMENT DES PLEURÉSIES PURULENTES GRAVES DU PNEUMOTHORAX PAR LA THORACOTOMIE LARGE

Par H. JOLY

Chirurgien du Centre sanatorial de Passy.

L'idée de cette intervention revient à Jacques Arnaud. Le traitement des pleurésies purulentes l'avait toujours intéressé et, au sanatorium le Mont-Blanc, parmi les prisonniers rapatriés, il eut l'occasion d'observer un nombre assez important de pleurésies purulentes graves non améliorées par les traitements habituels.

Que faire chez ces malades lorsque, malgré un drainage correct par pleurotomie, malgré des lavages et l'aspiration pleurale continue, la température demeure élevée et la suppuration pleurale abondante, tandis que l'état général décline progressivement ? Nous savons que, abandonnées à elles-mêmes, ces formes aboutissent fatalement à la mort par généralisation tuberculeuse ou dégénérescence amyloïde des viscères.

Cette inefficacité de la pleurotomie est due au fait qu'un foyer parenchymateux actif, caséeux, est largement perforé dans la cavité pleurale ; ses sécrétions entraînent la réinfection constante de la plèvre et font échec à l'action du drainage.

Jacques Arnaud pensa qu'il fallait agir directement sur la caverne perforée, détruire à son niveau le tissu caséeux par des cautérisations répétées; à cette seule condition il serait possible d'obtenir la désinfection de la cavité pleurale et d'améliorer l'état du malade. Il nous demanda donc de mettre au point une technique d'ouverture large de l'hémithorax, de thoracotomie large, donnant un bon accès sur la lésion perforée, tout en conservant la possibilité de pratiquer ultérieurement une thoracoplastie pour affaisser la poche pleurale.

Ajoutons qu'avant d'en arriver à cette intervention nous avions pratiqué des thoracoplasties d'emblée, réalisées à chaud dans le but de faire disparaître la poche pleurale suppurante et de collaber les lésions pulmonaires perforées. Elles aboutirent toutes à des échecs, les résections costales étant suivies, chez ces malades fébriles et à suppuration pleurale en pleine activité, d'une infection post-opératoire de la plaie venant interrompre les temps de thoracoplastie et aggraver l'état du malade.

En l'espace de deux ans, de 1942 à 1944, nous avons pratiqué 5 thoracotomies larges au sanatorium le Mont-Blanc. Ce sont ces observations correspondant à la phase d'expérimentation d'une méthode, que nous présentons dans cet article. Si les 4 premières interventions réalisées trop tardivement ou chez des malades trop graves aboutirent finalement à des échecs après avoir seulement provoqué une amélioration locale, la dernière donna un magnifique résultat ; avant sa mort tragique pour la France, Jacques Arnaud eut la joie de constater le bien-fondé de ses idées sur le traitement de ces pleurésies purulentes graves et de voir un premier malade guéri à la suite de l'intervention qu'il avait préconisée.

Depuis nous avons opéré plusieurs autres malades avec d'excellents résultats et l'un d'eux, le plus ancien, semble devoir donner un résultat complet.

*
* *

Le premier malade du sanatorium le Mont-Blanc chez lequel nous avons pratiqué une thoracotomie large présentait des lésions unilatérales collabées par un pneumothorax incomplet. Une perforation se produisit en Octobre 1941, suivie d'une infection pleurale fébrile résistant aux ponctions et lavages répétés. Une pleurotomie exécutée en Janvier 1942 n'amena pas la chute thermique habituelle et des lavages demeurèrent sans action ; la température se maintenait aux environs de 39°, la suppuration était abondante, le malade perdait 10 kg. C'est seulement en Août 1942, sept mois après le drainage inefficace, que nous pratiquâmes une thoracotomie large. Localement son action fut des plus favorables tandis que la température tombait au-dessous de 38°. Mais en Octobre apparurent des signes d'amylose et le malade succomba en Février 1943. A l'autopsie, la plèvre était très propre, la caverne perforée avait des parois bien détergées et était très réduite de volume.

Nous sommes maintenant persuadés que si nous avions pratiqué la thoracotomie large rapidement après la pleurotomie, au lieu d'attendre sept mois, nous aurions évité la dégénérescence amyloïde des viscères et guéri ce malade.

En raison de l'excellent résultat local obtenu, nous n'avons pas hésité à tenter cette intervention chez des malades très graves, et, il faut bien le dire, nous avons voulu trop lui demander. La seconde observation est celle d'un bilatéral grave traité par pneumo double, avant perforé du côté gauche et dont l'état général était des plus médiocres ; la thoracotomie large pratiquée deux mois après pleurotomie inefficace permit d'obtenir une amélioration locale, mais le malade fit une phlébite du membre supérieur correspondant et succomba à une embolie. La troisième observation est, elle aussi, celle d'un malade bilatéral très grave qui succomba à une hémorragie pleurale diffuse huit jours après l'intervention ; l'autopsie mit en évidence des lésions broncho-pneumoniques diffuses et une dégénérescence amyloïde des reins. La quatrième observation concerne un bilatéral ayant fait spontanément un pyopneumothorax en perforant une grosse caverne ; il succomba deux jours après l'intervention à une méningite tuberculeuse ; l'autopsie mit en évidence des lésions méningées typiques certainement antérieures à la thoracotomie et une tuberculose intestinale demeurée cliniquement latente.

Ces observations malheureuses nous ont toutefois montré que la thoracotomie large est une intervention peu choquante, bien supportée même par des malades graves ; dans tous les cas où les pansements désinfectants ont pu être poursuivis un certain temps, nous avons constaté sans aucun doute l'utilité de leur action tant sur la suppuration pleurale que sur le foyer pulmonaire ouvert dans la plèvre.

La dernière intervention de cette série, pratiquée précocement chez un malade unilatéral ayant encore une bonne résistance générale, donna un succès complet.

Ce malade avait eu un pneumothorax droit créé en Mai 1943 pour des lésions ulcéro-infiltrées du lobe supérieur. A l'entrée au sanatorium, en Octobre 1943, persistait sous le pneumo une caverne de la taille d'une grosse noix, corticale et fixée au sommet par une large adhérence, faisant craindre une perforation à brève échéance (radio n° 1). L'endoscopie pratiquée aussitôt permit seulement d'entamer un voile épais se prolongeant loin dans la gouttière latéro-vertébrale ; elle fut suivie de l'apparition d'un épanchement d'abord séro-fibrineux puis louche et qui, un mois après, était purulent verdâtre (radio n° 2) ; malgré les ponctions et lavages, la température persistait élevée et le pus se reproduisait rapidement.

En Novembre, survint un décollement sous-pectoral communiquant largement avec la cavité pleurale. La non-efficacité du traitement appliqué et l'apparition de cette complication pariétale firent pratiquer une pleurotomie le 11 Novembre. Une pleuroscopie faite à ce moment montra l'existence d'une part d'une perforation pulmonaire haute ayant environ 1 cm. sur 1 cm. 5, d'autre part d'une perforation pariétale antérieure correspondant à la zone de décollement sous-pectoral.

La pleurotomie demeura sans effet, bien qu'associée à des lavages et à une aspiration pleurale continue : température oscillant entre 38 et 40°, écoulement purulent abondant, amaigrissement progressif. Dans ces conditions nous pratiquons, le 29 Décembre, soit dix-huit jours après la pleurotomie, une thoracotomie large. La désinfection journalière de la poche pleurale est suivie d'une amélioration nette, tant au point de vue local que général de l'état du malade ; la plèvre se déterge ainsi que la paroi cavitaire interne, la température tombe au-dessous de 38°, le malade reprend 2 kg. en l'espace de trois semaines.

Une thoracoplastie peut être entreprise trois semaines après : résection de 9 côtes en trois temps opératoires espacés sur cinq semaines. Ils ne se heurtent à aucune difficulté technique spéciale et ont des suites très simples, sans aucun incident infectieux au niveau des cicatrices opératoires.

Après affaissement de la poche pleurale, la température se stabilise à la normale, l'écoulement pleural devient séreux, la perforation pulmonaire réduit progressivement son volume. Radiologiquement il persiste une fente pleurale minime (radio n° 3).

En Avril 1944, la perforation est fermée et la poche pleurale considérablement rétrécie sous l'action d'une symphyse progressive se produisant d'arrière en avant. En Juillet, la plaie est superficielle. Actuellement, soit un peu plus d'un an après la thoracotomie, le résultat est complet ; radiologiquement le poumon est redevenu clair le long du médiastin (radio n° 4).

*
* *

A la suite de cette expérimentation nous pensons que la thoracotomie large doit prendre place à côté des autres modes de traitement des pleurésies purulentes. Elle est logique, et la gravité des lésions qu'on observe au cours des pleurésies purulentes demeurant fébriles malgré la pleurotomie, cavernes largement perforées et laissant écouler du pus en abondance, montre à l'évidence qu'on ne peut espérer améliorer l'état du malade qu'en agissant directement sur le foyer caséeux, cause de l'infection pleurale.

Mais évidemment l'intervention doit être réservée à des malades n'étant pas au-dessus de toute ressource thérapeutique.

Et tout d'abord la thoracotomie large doit être pratiquée précocement, avant que l'état général ait par trop décliné, avant qu'une dégénérescence amyloïde des viscères se soit établie, avant que le myocarde se soit affaibli. Nous pensons que la décision opératoire doit être prise trois à cinq semaines après

Fig. 1.

Fig. 2.

la pleurotomie; lorsque la température demeure élevée et la suppuration abondante malgré un drainage correctement établi et fonctionnant bien il faut, sans tarder plus, envisager une thoracotomie large; on a tout à gagner en pratiquant cette intervention et on risque gros en temporisant plus longtemps. Nous ne pensons pas qu'après des mois de fièvre élevée et de suppuration abondante, même si les examens de la fonction rénale ne mettent pas en évidence une amylose latente, on puisse obtenir une proportion importante de succès, parce que



Fig. 3.

l'organisme est trop profondément atteint pour que le malade puisse remonter la pente.

La thoracotomie large doit être réservée à des malades dont le poumon opposé est pratiquement sain et a une bonne valeur fonctionnelle. S'il semble possible de traiter efficacement par cette méthode des lésions unilatérales graves perforées dans la plèvre, aucun résultat intéressant n'est à espérer lorsque le poumon opposé est atteint ou lorsqu'il a une valeur fonctionnelle réduite; chez les malades à la limite de l'hématose l'ouverture large de l'hémithorax aurait comme conséquence d'accroître la dyspnée en entraînant un balancement médiastinal car, dans ces pyothorax récents, le médiastin n'est pas solidement fixé.

L'existence d'un décollement sous-pectoral ne peut qu'inciter à pratiquer d'abord cette intervention. Ce sont des cas où la thoracoplastie d'emblée serait suivie forcément d'une infection de la plaie opératoire.

Au Congrès National de la Tuberculose de 1939 M. R. Monod a décrit sous le nom de pleurectomie une intervention qui, par différents points, se rapproche de la nôtre. Toutefois cet auteur réserve l'ouverture large de l'hémithorax à des pyothorax demeurant fébriles à leur phase tertiaire, à des malades ayant guéri leurs lésions pulmonaires et devenus des pleuraux stricts. L'indication opératoire est donc tout à fait différente.

MM. Bernou, Fruchaud et D'Hour ne font pas allusion à une intervention du type de celle que nous proposons dans leur « Traitement Médico-Chirurgical des Pleurésies purulentes Tuberculeuses ». Toutefois, il va sans dire que nous avons tenu grand compte de leurs publications sur le nitratage des cavernes résiduelles et des fistules pleuro-pulmonaires au cours des pleurectomies autonomes ou complémentaires de la thoracoplastie.

*
* *

Chez tous nos opérés nous avons employé une voie d'abord antérieure. C'est celle qui donne le meilleur accès sur l'ensemble du poumon et, en particulier, sur son sommet où siègent la plupart des perforations. D'autre part elle ne complique pas les résections costales ultérieures.

Nous traçons une incision sous-claviculaire verticale menée sur le relief des quatre premières côtes et à trois ou quatre travers de doigt en dehors du bord sternal. Les fibres du muscle grand pectoral sont sectionnées, les arcs antérieurs des quatre premières côtes réséqués depuis la partie moyenne du cartilage jusqu'au niveau de la région axillaire, les paquets musculaires intercostaux des trois premiers espaces enlevés. La plèvre ainsi mise à nu est ouverte puis réséquée sur toute l'étendue de la brèche costale.

Avant d'entreprendre toute manœuvre septique d'exploration de la poche pleurale, nous saupoudrons de sulfamides les tranches de section musculaire et nous suturons au catgut le bord de section cutanée au bord de section pleurale. Cette suture a une grande importance; en invaginant la peau elle enfonit les partie molles et évite leur infection, elle recouvre les moignons costaux et rend ultérieurement possible la résection aseptique des arcs postérieurs par voie d'abord latéro-vertébrale; la pratique montre que la cicatrisation se fait par première intention et qu'aucune infection pariétale n'est à redouter. Ainsi la thoracotomie large ne complique pas la réalisation de la thoracoplastie ultérieure.

La cavité pleurale est ensuite explorée. Les feuillets pleuraux sont détergés des fausses membranes qui les recouvrent, la caverne perforée est mise à plat par section au galvano-cautère de ses bords. Le caséum recouvrant la plèvre et la paroi cavitaire est traité avec une solution de nitrate d'argent à 10 pour 100.

Les soins post-opératoires ont la plus grand importance et doivent être réalisés d'une façon minutieuse. Le pansement sera fait tous les jours et ceci pendant plusieurs mois. A chaque pansement le tissu caséeux est nitraté, les bronches de drainage recherchées et leur orifice cautérisé. Les sulfamides en poudre, les badigeonnages au mercuro-chrome en solution alcoolique, les pointes de feu, les séances de rayons ultra-violets constituent des adjuvants utiles.

Une fois la désinfection pleurale réalisée, la



Fig. 4

caverne détergée et la perforation très réduite de volume, la température stabilisée au voisinage de la normale et l'état général amélioré, il faut entreprendre une thoracoplastie pour affaisser la poche pleurale. Le délai d'attente est variable; s'il n'a été que de quelques semaines dans l'observation précitée il a dû être d'un an chez un autre de nos opérés en raison de la gravité des lésions pulmonaires ouvertes. En général, les temps opératoires se succèdent sans aucun accident; ils réduisent la poche à une fente qui va se symphyser progressivement d'arrière en avant.

Evidemment c'est un traitement de longue durée, demandant des mois de soins journaliers et des interventions chirurgicales multiples. Mais il doit permettre de guérir un nombre non négligeable de malades présentant une pleurésie purulente grave du pneumothorax non influencée par les traitements habituels et considérés jusqu'ici comme étant au-dessus de toute ressource thérapeutique.

TECHNIQUE POUR LA CONSERVATION DU FACIAL INFÉRIEUR AU COURS DE L'ÉVIDEMENT GANGLIONNAIRE DU COU DIT « PROPHYLACTIQUE » POUR CANCER

PAR MM.

M. DARGENT et **J. PAPILLON**

(Lyon)

La paralysie de la musculature labio-mentonnière est classiquement citée comme une des séquelles fréquentes de l'évidement ganglionnaire sous-maxillaire ou cervical. Nous pensons qu'on doit l'éviter à la suite du curage dit prophylactique du cou, cette intervention méthodique étant nécessaire devant entraîner le minimum de séquelles fonctionnelles, pour pouvoir supporter le parallèle avec d'autres méthodes, peut-être moins sûres, mais moins mutilantes.

Il est bien entendu que toute tentative de conservation nerveuse doit être formellement proscrite au cours des curages faits pour des adénopathies malignes évidentes, où on ne doit à aucun moment risquer d'effriter une capsule ganglionnaire fragile sous prétexte de disséquer ou d'isoler un nerf. A l'opposé, nous pensons que ce risque d'effritement et de dispersion d'éléments malins n'existe pas dans le curage prophylactique, et que dans ce cas une exérèse « en bloc » est compatible avec le repérage et la dissection de certains éléments nerveux.

I. Les paralysies du facial inférieur après curage cervical. Données cliniques et électrologiques. — Si l'on excepte des paralysies dues à une section malencontreuse de la branche cervico-faciale à l'intérieur de la parotide (qui peut survenir si l'on ne repère pas très exactement le pôle inférieur de la glande et que l'on se laisse entraîner dans le parenchyme), les séquelles faciales du curage sont très spéciales. Ce sont des paralysies électives du rameau mentonnier. La commissure semble attirée vers le haut; l'hémi-lèvre inférieure, flasque, est attirée du côté opposé; le geste de siffler exagère cette attitude. Dans les paralysies doubles après curage sous-maxillaire, les malades sont très gênés pour mordre dans un gros fruit ou manger un fruit à noyau. Au cours de la mastication, ils sont généralement obligés d'utiliser la langue pour empêcher les aliments d'encombrer le vestibule maxillo-labial inférieur (fig. 1).

Le déficit porte électivement sur: *le triangulaire les lèvres, le carré et la houppe du menton*, enfin, *'orbiculaire des lèvres*, parfois.

L'examen électrique permet d'apprécier aisément ette atteinte nerveuse et dans ce but nous l'avons ratiqué chez 31 de nos malades. L'électro-dia-;nostic des petits muscles labio-mentonniers n'offre as de difficulté mais demande à être fait sous une ntensité modérée et à l'aide d'une électrode à aible surface. Ses résultats doivent être appréciés vec le recul nécessaire, car le simple tiraillement u cours de la dissection du facial ou la traction xercée par un écarteur sont capables de déterniner une paralysie transitoire du rameau intéressé vec élévation massive de la chronaxie, lenteur de a secousse, voire même inexcitabilité passagère, ien que la récupération se fasse dans ces cas assez apidement, en quelques mois. Chez un de nos

Fig. 1. — Type de la paralysie de la musculature labio-mentonnière après curage cervical.

nalades ayant subi un curage bilatéral, la chronaxie lu triangulaire et de l'orbiculaire était un mois ıprès l'intervention de 7,6 ε d'un côté, de 6 ε de 'autre. Au troisième mois, ces chronaxies avaient baissé à 2 ε et, sous l'effet d'une infiltration du ganglion cervical supérieur, nous avons pu observer le retour en quelques minutes à une excitabilité presque normale, prouvant ainsi l'intégrité anatomique du conducteur nerveux.

Parmi les 31 malades dont nous avons pu pratiquer l'électro-diagnostic, *19* ont été opérés avec conservation systématique du facial, *12* ont été curés sans souci de conservation. Sur les 19 avec conservation, nous avons observé 2 échecs, avec paralysie complète et R. D. des muscles triangulaire, orbiculaire (faisceau inférieur) et des deux muscles mentonniers, avec chronaxie autour de 7 ε. L'un des échecs est survenu après un curage techniquement difficile, au cours duquel le rameau cervico-facial fut sans doute lésé au cours de l'hémostase au ras de la parotide. Quant au deuxième, il n'est pas dû au geste chirurgical, mais à une ostéoradionécrose du maxillaire inférieur, qui semble avoir lésé secondairement les rameaux du facial. En effet, après l'intervention, la chronaxie était satisfaisante; ce n'est que parallèlement au développement du foyer de nécrose que la paralysie s'installa.

Chez tous les autres malades de ce groupe, examinés six à neuf mois après l'intervention (délai qui nous a paru normal pour avoir une opinion précise), nous avons noté une intégrité aussi bien fonctionnelle qu'électrique de leur musculature labio-mentonnière, avec chronaxie inférieure à 0,4 ε, le plus souvent de 0,2 ε (fig. 2).

Parmi les 12 malades opérés sans souci de conservation, nous avons noté 4 atteintes du facial, soit 1 sur 3, l'un de ces échecs après un curage curatif, avec ganglions perceptibles cliniquement et envahis histologiquement. Le facial fut coupé sciemment au cours de la libération des adénopathies. Deux de ces malades ont présenté, non pas une paralysie totale des quatre muscles, mais une atteinte dissociée, avec intégrité de la musculature mentonnière et paralysie du triangulaire et de l'orbiculaire. Les 8 autres malades, quoique opérés sans volonté de conservation du cervico-facial, ont eu un résultat excellent.

La conclusion de ces recherches électro-cliniques est donc la suivante: deux fois sur trois le rameau mentonnier du facial est préservé *par hasard* au cours du curage; une fois sur trois il est sectionné, et on a des symptômes de paralysie définitive de la musculature de la lèvre inférieure. Au contraire, après dissection et isolement systématique du filet nerveux, on est assuré de la conservation lorsque l'intervention a été satisfaisante et lorsqu'il n'y a pas eu de séquelles pouvant léser secondairement le rameau. Les paralysies post-opératoires sont toujours curables dans ces conditions et l'amélioration des chronaxies après infiltration du ganglion cervical supérieur sympathique est un test de la simple section physiologique sans interruption anatomique.

II. Données anatomiques pour la conservation des rameaux inférieurs de la branche cervico-faciale. — Il est classique, avec Hovelacque, Lagrot, de décrire trois branches au rameau cervico-facial: un rameau buccal, parfois dédoublé, un rameau mentonnier et un rameau cervical.

Le premier ne nous intéresse pas; quant aux deux autres, nous les envisagerons sous l'angle des rapports dangereux pour le curage.

1° *Leur situation* peut les rendre très vulnérables. En effet, si le rameau mentonnier — le seul à conserver — naît souvent en plein dans la parotide et qu'il ne risque rien si on ménage le pôle inférieur, il peut (une fois sur trois sur 30 préparations) naître à 10 ou 15 *mm*. en dessous de ce pôle d'un tronc commun avec le rameau cervical

Fig. 3. — Type dangereux. Les rameaux cervico-mentonniers naissent d'un tronc commun au-dessous du pôle inférieur de la parotide et sont très procidents. La flèche indique le point où peut être pincé ou lié le nerf au cours de l'hémostase de la communicante intra-parotidienne, qui reçoit une collatérale de la veine faciale, où se jettent de petites veines massétérines, dont l'hémostase mettrait en danger le rameau mentonnier.

Fig. 4. — Type non dangereux. Rameaux mentonniers nés dans la parotide, peu procidents. Il existe pourtant un gros rameau vasculaire pour l'artère faciale, qui peut entraîner une blessure en ce point.

A signaler une anomalie veineuse: absence de jugulaire externe, la communicante intra-parotidienne étant volumineuse et recevant au pôle inférieur de la parotide une veine superficielle dont l'hémostase serait dangereuse si la branche mentonnière passait plus bas.

1, Branche cervico-faciale du facial; 2, Branche buccale; 3, Branche mentonnière; 4, Branche cervicale; 4', Anastomose avec C 3; R. o. m., Rebord osseux maxillaire; V. F., Veine faciale; A. F., Artère faciale; *a*) Ganglion prévasculaire; *b*) Ganglion rétrovasculaire; *c*) Ganglion rétroglandulaire.

(fig. 3). On peut donc, soit les sectionner simultanément, soit couder ce rameau mentonnier en disséquant le paucier et ses nerfs venus du rameau cervical.

De plus, même s'il est né dans le parenchyme parotidien, le rameau mentonnier peut être très procident et décrire une vaste courbe à concavité supérieure avant de croiser l'artère faciale. Les chiffres de Lagrot le situant onze fois le long du bord inférieur du maxillaire, huit fois au-dessus et quinze fois de 2 à 12 *mm*. en dessous, dans la région sous-maxillaire, sont parfaitement exacts.

2° *Leurs rapports vasculaires* présentent le deuxième danger. Le principal est au niveau de l'artère faciale. Le rameau mentonnier la croise perpendiculairement et se clive parfaitement bien de sa gaine et même de l'atmosphère ganglionnaire qui l'entoure, mais nous avons trouvé dix-sept fois

Fig. 2. — Evidement ganglionnaire cervical droit. Conservation du facial inférieur. Résultat au bout de six mois.

sur 30 dissections un important filet nerveux à destinée vasculaire qui amarrait le rameau mentonnier à l'artère.

Les rapports veineux ont autant d'importance. Si la ligature de la jugulaire externe est sans dangers, lorsque le pôle inférieur de la parotide est bien repéré, il n'en est pas de même des branches veineuses affluant de la faciale et de la communicante intra-parotidienne. Ces éléments sont très variables et nous donnons dans un schéma un type de communicante intra-parotidienne volumineuse chez un sujet qui n'avait pas de jugulaire externe, mais une veine sous-cutanée postérieure du cou qui en tenait lieu le long du bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien. La veine faciale se jetait totalement dans cette veine et longeait à quelques millimètres le rameau mentonnier. Ces canaux collatéraux, plus ou moins importants recevant souvent des veinules massétérines ou parotidiennes, jetés entre le territoire veineux facial et le territoire jugulaire, ont des rapports de contiguïté très dangereux avec le filet mentonnier (fig. 4).

3° *Leurs rapports ganglionnaires*, enfin, peuvent représenter le troisième danger. On doit les étudier en deux points:

a) D'une part, au contact des vaisseaux faciaux, où le ganglion prévasculaire et le groupe rétrovasculaire sont en contact direct avec le filet nerveux. Ces amas ganglionnaires sont plaqués contre le rebord osseux, adhèrent aux vaisseaux et le filet nerveux est toujours clivable de leur capsule. Encore faut-il correctement l'identifier.

b) D'autre part, les groupes satellites de la jugulaire externe, pour peu qu'ils soient volumineux, représentent un rapport intime du tronc mentonnier confondus avec le tronc cervical, et même lorsque les deux filets sont séparés, et que seul le dernier émerge du pôle inférieur de la parotide, les ganglions peuvent être adhérents à ce point au parenchyme glandulaire qu'on entraîne ce dernier dans la dissection et qu'on blesse le nerf.

Enfin, il ne faut pas omettre de rappeler que ce pôle inférieur parotidien dangereux repose sur

es formations fibreuses décrites par Richet et qu'en es sectionnant on peut traumatiser le filet menonnier.

III. Technique opératoire pour la conservation du filet mentonnier. — La conservation du filet nentonnier peut être réalisée dans toutes les techiques d'évidement ganglionnaire. Elle nous semble acilitée au maximum par la technique d'évidement l'avant en arrière et de haut en bas, commençant par la dissection de la loge sous-maxillaire. Il est bien entendu qu'il ne s'agit ni de ganglions fixés, ni de ganglions en voie de fistulisation, mais d'un videment à titre prophylactique.

Aussitôt après la dissection du lambeau antéro-supérieur, il importe — et ce point nous semble tre l'essentiel de cette technique — de sectionner ranchement de la pointe du bistouri le platysma l'un bout à l'autre de la région sous-maxillaire. Si l'on n'y prend pas garde et que l'on entraîne quelques fibres musculaires de ce revêtement peaucier, on attirera sans le savoir la branche cervicale et on risquera de couder le rameau mentonnier à l'aveugle. Ce mince feuillet musculaire, incisé loin du rebord osseux, est confié à un écarteur et relevé. Le deuxième temps consiste à repérer l'artère faciale en avant du masséter, en dessus du rebord osseux. Il est indispensable à ce moment, à la fois pour faire sans douleur ce temps toujours pénible pour le malade, et aussi pour mieux voir les éléments anatomiques de cette région, d'injecter quelques centimètres cubes de scurocaïne. Dans ce tissu cellulaire œdémateux, on voit toujours très bien le rameau mentonnier; on l'écarte facilement des ganglions, on sectionne même les rameaux vasculaires qui peuvent naître en arrière de l'artère et on pratique la ligature haute un peu *au-dessus du rebord osseux*. La veine est liée aussitôt après.

Le troisième et dernier point est représenté par la ligature des veines du pôle inférieur de la parotide. Là encore, l'infiltration anesthésique, par son œdème, facilite la dissection et le repérage de la jugulaire externe de la ou des communicantes, de la bandelette de Richet des ganglions attenant au pôle inférieur de la parotide. Si on aperçoit encore la branche cervicale dirigée franchement vers le bas, il est indispensable de la sectionner nettement et de ne jamais exercer de traction sur elle. La parotide est alors confiée à un écarteur et les ligatures sont faites en toute sécurité.

Il ne faut pas s'étonner à la fin de l'intervention de l'existence d'une paralysie labio-mentonnière, qui peut durer de quelques jours à cinq ou six semaines, et guérit toujours, comme les paralysies qu'on voit après parotidectomie totale, par exemple, et qui sont dues au traumatisme opératoire du filet nerveux.

(Travail du Centre anticancéreux de Lyon
[Directeur : Prof. Santy].)

SOCIÉTÉS DE PARIS

ACADÉMIE DE MÉDECINE

10 Juillet 1945.

De la mortalité infantile pendant l'hiver 1944-945. — MM. **Lesné, Huber** et **Rouèche,** au nom du Comité national de l'Enfance, attirent l'attention de l'Académie sur l'élévation de la mortalité infantile qui a atteint 13 pour 100 pendant certains mois de l'hiver 944-1945 par suite du manque de moyens de chauffage, alors qu'elle n'était guère que de 6,5 pour 100 en 1937-1938. Dans les hôpitaux, la mortalité des débiles et des nourrissons de moins de 2 ans s'est élevée jusqu'à 40 pour 100 ; certains enfants, victimes de coup de froid, mouraient quelques heures après leur entrée ; les nrinfections ont été favorisées par l'encombrement et elles ont frappé notamment des enfants atteints d'affections bénignes que le manque de charbon et de vêtements de laine avait seul contraint à hospitaliser.

— M. **Lesné** propose à l'Académie d'émettre le vœu suivant :

« Il est urgent de prévoir pour l'hiver prochain une distribution prioritaire de charbon et de laine dans les familles qui comprennent de jeunes enfants ».

— Ce vœu est adopté avec une adjonction de M. **Ribaleau-Dumas** attirant l'attention sur la nécessité de transporter les enfants malades en voitures chauffées.

Chromovaccination de la poule contre le choléra. — M. **Remlinger** montre que l'on peut vacciner les poules contre le choléra avec des cultures en bouillon fuchsiné de *B. avisepticus ;* la vaccination s'effectue très facilement ; le phénomène d'Antée est exceptionnel.

Diphtérie et vaccination par l'anatoxine en Eure-et-Loire. — M. **Basse** et Mlle **Dauve** signalent qu'en 942 et 1943, une épidémie de diphtérie assez sérieuse a évolué en Eure-et-Loire ; la vaccination a été instituée à la fin de 1943 ; l'épidémie est en décroissance à la fin de 1944 et au début de 1945. Les sujets correctement et complètement vaccinés ont été atteints dans une proportion de 3,57 pour 1.000 avec une mortalité de 3 pour 00 ; les sujets non vaccinés ont été atteints dans une proportion de 65,3 pour 1.000 avec une mortalité de ,8 pour 100.

A propos de l'influence de la vaccination par l'anatoxine diphtérique sur la morbidité et la mortalité par diphtérie. — M. G. **Ramon** rappelle que la vaccination par l'anatoxine a été introduite en 1924 aux Etats-Unis par W. Park; en 1929, 200.000 enfants avaient été vaccinés à New-York et en 1936, 1.000.000 ; la moyenne annuelle des décès par diphtérie à New-York a été de 1.290, de 1910 à 1919 ; de 1920 à 1929, elle était encore de 704 ; elle a été de 7 en 1942, de 16 en 943 et de 7 en 1944. A New-York, comme dans la plupart des villes des Etats-Unis, la dipthérie est pratiquement vaincue grâce à l'anatoxine diphtérique, de même que le tétanos a été éliminé de l'armée américaine par l'anatoxine tétanique.

Nouvelles remarques sur la question du lait pasteurisé — certifié en France. — M. **Guittoneau** montre que le lait pasteurisé certifié est de bonne qualité ; sa teneur en beurre est de 34 *g.* par litre ; sa pureté est contrôlée par l'épreuve de la phosphatase, celle de la colimétrie et par le dénombrement des bactéries banales ; mais comme tout lait pasteurisé, il doit être soumis à l'ébullition dès l'achat, puis conservé au frais.

— M. **Lesné** regrette que ce lait ne soit pas distribué à tous les enfants de moins de 18 mois de Paris et de banlieue ; on ne peut le faire faute d'équipements pour les ateliers de pasteurisation et de pneus pour les camions. L'Académie devrait émettre un vœu demandant qu'on fournisse aux producteurs le matériel nécessaire.

— M. **Martel,** tout en approuvant ces mesures, estime que l'essentiel est la récolte du lait dans de bonnes conditions hygiéniques.

— L'Académie émet un vœu conforme aux remarques de MM. Lesné et Martel.

Recherches sur les conséquences de la dénutrition et leur mécanisme. — MM. **Giroud** et **Desclaux** ont constaté chez les cobayes soumis à un régime équilibré mais réduit, une altération considérable du lobe antérieur de l'hypophyse dont les cellules basophiles et acidophiles perdent leurs caractéristiques fonctionnelles ; ces cellules étant la source des stimulines qui règlent l'activité des glandes à sécrétion interne, on comprend pourquoi il se produit dans la dénutrition une atrophie de toutes ces glandes, avec leurs multiples répercussions.

Election d'un membre dans la section de médecine vétérinaire. — Au premier tour, M. **Verge,** présenté en première ligne, obtient 29 voix contre 27 à M. Boquet et 3 à M. Simonnet. M. Verge est élu au 2e tour par 30 voix contre 27 à M. Boquet et 1 à M. Simonnet

Lucien Rouquès.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

11 Juillet 1945.

Gonioguide pour enchevillement du col fémoral. — M. **Fréret.** M. **Cadenat,** rapporteur. L'auteur propose une modification à l'appareil que M. Cadenat employait auparavant. Cet appareil permet l'enchevillement de façon mathématique, précise, sans complications techniques.

La réanimation-transfusion dans la chirurgie de guerre. — MM. **Royer** et **Barbizet.** M. **Merle d'Aubigné,** rapporteur. Les auteurs pensent que les moyens de lutte contre le shock permettent actuellement d'opérer beaucoup plus rapidement les blessés. Il est possible de conjuguer le déshockage avec l'intervention.

En pratique, si les blessés sont peu shockés : court séjour de réchauffement puis intervention sous surveillance du pouls et réanimation immédiate si elle devient nécessaire en cours d'intervention.

Chez les blessés à shock prévisible : opération sous réanimation conjuguée.

En shock grave : réanimation jusqu'au chiffre de 8 *cm*³ de mercure pour la tension. A ce moment les sujets blessés peuvent supporter l'intervention, toujours sous contrôle du médecin réanimateur.

Chez les blessés hémorragiés : intervention immédiate sous couvert d'une transfusion. Dès que le vaisseau principal est lié, on attend que la réanimation ait remonté suffisamment la tension artérielle pour continuer l'opération.

126 interventions pour plaies viscérales de l'abdomen. — MM. **Taylor** et **Gillet** apportent les résultats d'un hôpital américain. Parmi le détail très précis de leurs observations on peut retenir l'intérêt :

De la préparation systématique des blessés (sang conservé, plasma en quantités importantes).

De la technique des sutures (deux plans au catgut chromé, sutures aseptiques).

Des soins post-opératoires.

(Aspiration gastro-duodénale systématique, transfusions, pénicilline).

Les auteurs n'attachent que peu d'intérêt à l'emploi d'huile camphrée, de sulfamides et de sérums hypertoniques.

Ils insistent sur les dangers possibles des très larges perfusions sanguines, systématiquement employées : anurie, urémie ont pu être observées.

Les décès leur paraissent presque toujours dus à l'existence de plaies viscérales méconnues.

Indications de la ligature de l'artère fessière. — MM. **Lagrot** et **Favre** apportent 5 cas de ligature de l'artère fessière faite selon leur procédé autrefois décrit et qui leur a donné d'excellents résultats.

La chirurgie électrique dans les lésions ano-rectales. — M. **Heitz-Boyer** montre l'intérêt de la chirurgie électrique dans cette région :

Action coagulante ; action calfatante : pas de résorptions toxi-infectieuses au niveau de la plaie ; action désinfectante : action anesthésiante surtout nette sur les suites opératoires.

Dissociation du pouls et de la tension dans les oblitérations artérielles. — MM. **Ducastaing** et **Mattei.** M. **Blondin,** rapporteur. Les auteurs apportent quelques curieuses observations ; on constatait l'existence d'un pouls nettement perceptible, alors que la prise de la tension au Pachon était impossible. Il est probable que la pose du brassard entraînait un réflexe de contact supprimant les oscillations. Il s'agissait d'un réflexe, passager d'ailleurs.

Jean Calvet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

6 Juillet 1945.

Septicémie post-angineuse à « bacillus fundibuliformis » guérie par la pénicilline. — MM. **Desbuquois** (Tours) et **Iselin** (Paris) rapportent l'observation d'une septicémie post-angineuse à *bacillus fundibuliformis* dont le diagnostic a été confirmé par l'hémoculture, d'une haute gravité, compliquée d'une pleurésie putride, traitée et guérie par la pénicilline, alors que les autres traitements avaient échoué.

— M. **Lemierre** a obtenu la guérison par la pénicilline dans 4 cas : 2 septicémies post-angineuses, 1 phlegmon de l'amygdale compliqué de phlegmon du cou, à hémoculture positive, enfin 1 appendicite avec tuméfaction du foie, ictère et atteinte sévère de l'état général, où la réaction de floculation a permis le diagnostic.

— M. **Reilly** a d'ailleurs montré *in vitro* l'action de la pénicilline sur une culture de *bacillus fundibuliformis.*

Le facteur « R H ». Son importance théorique et pratique. — M. A. **Tzanck.** La découverte par Landsteiner d'un agglutinogène particulier, le facteur Rhésus, a pris une très grande importance dans la pathogénie. Il explique nombre d'accidents survenant à la suite des transfusions répétées et chez la femme sensibilisée au facteur Rhésus par son enfant. Ces accidents peuvent survenir dès la première transfusion. Il rend compte également de toute une pathologie du nouveau-né (de l'anasarque fœto-placentaire à l'anémie et l'ictère grave du nouveau-né).

C'est là une cause fréquente de la polyléthalité infantile et on est en droit de se demander si un trop grand nombre de faits n'a pas été indûment rapporté à l'hérédo syphilis. On conçoit l'intérêt de ces recherches lors de l'examen prénuptial.

Pratiquement, nos centres de transfusion doivent disposer de R H négatifs qui mettent à l'abri de ces accidents de la transfusion et nos laboratoires doivent être à même de pratiquer ces examens, aisés en eux-mêmes mais qui nécessitent des sources éprouvées de sérums tests anti-RH.

— M. **Cathala** demande des précisions sur la technique de l'examen.

L'étude de la protéinémie dans les états carencés — MM. A. **Tzanck** et J. **Martineau.** L'organisation de la transfusion de l'hôpital Saint-Antoine a permis de s'adapter très rapidement aux nécessités diverses qui se sont présentées.

Il suffit de dire que 15.000 litres de sang conservé ont été fournis à l'armée durant la campagne de France par le Centre national. C'est d'ailleurs presque exclusivement le sang de la métropole qui a toujours été utilisé. En effet, grâce à l'initiative de l'organisme de Réanimation-Transfusion entièrement coupé de l'Afrique du Nord et encore séparé de Paris, nos soldats n'ont jamais été privés du secours de la réanimation.

Par ailleurs, le Centre de Saint-Antoine a été amené à étendre son activité et à s'adapter aux nécessités de l'heure. En effet, au moment de l'armistice, c'est le problème de la réalimentation des déportés qui est passé au premier plan. Des équipes parties de Saint-Antoine ont pu apporter dans les camps une aide précieuse en hydrolysats de protéines et en plasma.

Aujourd'hui, c'est le traitement des grands carencés qui nous préoccupe tout particulièrement. Les carencés étant de grands anémiques et des hypo-protéinémiques la transfusion et le plasma ont été mis à la disposition des services.

L'étude de la protéinémie est de la plus grande importance à ce sujet. Nous avons pensé utile de mettre à la disposition des services qui en feraient la demande tout l'appareillage indispensable.

Remarques sur le comportement après vaccination par le BCG par scarifications de deux sujets atteints de maladie de Besnier-Bœck-Schaumann. — MM. **R. Sohier** et **J. Grégoire** relatent que, chez n premier malade, tous les tests tuberculiniques faits vant la vaccination et demeurés négatifs jusque-là, sont evenus brusquement positifs 84 jours après celle-ci, en nême temps qu'on constatait une régression importante es lésions. Chez un deuxième malade, la vaccination a ermis d'obtenir l'allergie tuberculinique jusque-là inexisante, sans qu'il y ait eu de réaction décelable au niveau les anciens tests et sans que l'on ait constaté une amélioration quelconque de l'affection dont il était atteint. ls évoquent les hypothèses que soulèvent ces constatations.

— M. **Kaplan** a vacciné par le BCG sous-cutané un nalade atteint de maladie de Besnier-Bœck sans jamais obtenir de cuti-réaction positive. L'intradermo-réaction st devenue passagèrement positive après quelques emaines.

Ostéose fibro-kystique unilatérale à évolution lente avec pigmentation cutanéo-muqueuse associée (syndrome d'Albrecht chez l'homme). — MM. **Duvoir, G. Poumeau-Delille** et **J.-J. Alloiteau** rapportent l'observation d'un malade âgé de 48 ans porteur l'une ostéose fibro-kystique unilatérale évoluant depuis l'âge de 3 ans et s'étant manifestée par un certain nombre le fractures spontanées.

Le malade a de plus une pigmentation cutanéomuqueuse. Les divers examens humoraux sont normaux, notamment la calcémie. La biopsie osseuse ne permet pas de conclure.

Après avoir écarté le diagnostic de maladie osseuse de Recklinghausen, les auteurs discutent, sans conclure, la cause de ce syndrome aussi curieux que rare.

A propos de quelques cas de typhus observés chez des rapatriés. Valeur respective de l'hémo-diagnostic au protéus X 19 et du séro-diagnostic aux rickettsies. — MM. **J. Lereboullet** et **S. Guérin** ont eu l'occasion d'observer 34 malades atteints de typhus ou convalescents de typhus. Dans tous les cas, le séro-diagnostic était positif, même si le typhus remontait à 5 mois. L'hémo-diagnostic était positif dans 80 pour 100 des cas chez les malades dont le typhus remontait à moins de 60 jours et 20 pour 100 des cas de typhus plus ancien. Les malades récemment atteints dont l'hémo-diagnostic était négatif présentaient ou avaient présenté de la diarrhée. Les auteurs pensent que l'accélération du transit intestinal, en empêchant la pullulation du protéus X 19 dans l'intestin, est la cause de cette anomalie. Ils considèrent l'hémo-diagnostic et le séro-diagnostic comme deux réactions extrêmement sûres, qui s'étayent et se contrôlent mutuellement. Un séro-diagnostic négatif élimine sans hésitation le typhus. Un séro-diagnostic positif permet seulement de dire que le malade a le typhus ou l'a eu dans les 6 mois qui ont précédé. Un hémo-diagnostic positif permet d'affirmer le typhus et même un typhus récent. Un hémodiagnostic négatif a beaucoup moins de valeur, surtout chez les malades diarrhéiques.

— M. **Lemierre** a vu à Claude-Bernard plus de 50 cas de typhus : la réaction de Giroux a une valeur absolue ; elle est plus précise que la réaction de Weill-Félix.

Il signale la valeur d'hémocultures répétées négatives au 3e ou 4e jour, le peu de signification d'agglutinations aux bacilles du groupe typhique, enfin la discrétion de l'éruption du typhus, toujours très peu visible.

— M. **Cattan** rappelle que la réaction de Weill-Félix peut être positive chez des malades atteints d'affections diverses, après un typhus inapparent ancien, comme cela se voit en Tunisie.

— MM. **Rist, Gounelle, Cathala, Lemierre, Brûlé**, discutent la possibilité de réactivation des réactions d'agglutination et leur valeur, au cours de maladies diverses et en particulier de la primo-infection tuberculeuse, chez des sujets antérieurement vaccinés.

Emphysème vésiculaire ; pneumothorax spontané et silicose. Intérêt du pneumothorax diagnostique. — MM. **Drouet, Herbeuval, Michard** et **G. Faivre** (Nancy).

J. Fauvet.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

7 Juillet 1945.

Etude du pouvoir bactériologique du B. Subtilis. Lysine et analysine. — M. **M. Vallée** a montré que la lysine de B. Subtilis est active sur de nombreux germes pathogènes.

La Subtilysine abonde lorsque la lyse du B. Subtilis se produit. La filtration sur bougie retient beaucoup du principe actif. La précipitation par le chlorure de calcium permet après lavage et dessiccation du précipité d'obtenir une poudre très active. La conservation de la Subtilysine brute est d'au moins huit mois. Enfin une formolisation dûment effectuée permet d'obtenir une *analysine* très active, stérile, concentrable et précipitable.

La butelline antagoniste de la lobéline et de l'hordénine. — M. **R. Hazard** et Mlle **E. Corteggiani**. La butelline, comme la novocaïne, mais plus puissamment que celle-ci, s'oppose aux effets exercés par la lobéline et l'hordénine sur la pression artérielle, la respiration et l'intestin.

Certains amino-acides exercent-ils réellement une action antagoniste de l'histamine ? — M. **B. N. Halpern** signale que ni l'arginine, ni l'histidine injectées, même à des doses élevées, n'exercent chez le cobaye d'effet antagoniste sur le bronchospasme provoqué par l'histamine administrée soit par voie veineuse, soit sous forme d'aérosols.

De même ces acides aminés ne sont pas capables de protéger le cobaye, même contre une demi-dose mortelle d'histamine dans des conditions où une dose 100 fois moindre d'antergan le protège contre 40 doses mortelles. Les amino-acides sont donc dépourvus d'action antihistaminique spécifique.

Sur la potentialisation de l'activité anesthésique locale du chlorhydrate de cocaïne par le sel de sodium de l'acide phénylcinchoninique et de l'acide cinchothiénique. — M. **A. Quevauviller**. L'acide cinchothiénique est un mélange d'isologues thiophéniques de l'atophan dont 90 pour 100 d'acide α-méthylthiényl-cinchoninique. L'atophan, administré sous forme de sel de sodium, a la propriété de diminuer ou d'exalter, selon la dose, l'action anesthésique locale de la cocaïne chez le lapin. Le dérivé soufré agit de même, mais de façon plus intense. L'auteur attribue au noyau thiophène cette action neurotrope plus marquée.

Le rôle de l'adénine et de l'acide pantothénique dans la correction des troubles neuromusculaires de l'avitaminose B globale partiellement compensée par addition des vitamines B 1, B 2 et PP. — MM. **R. Lecoq, P. Chauchard** et Mme **H. Mazoué** montrent que, dans des conditions d'équilibre alimentaire satisfaisantes, l'adénine et l'acide pantothénique se comportent, au même titre que l'aneurine, la riboflavine et l'amide nicotinique, comme des facteurs indispensables et suffisant à la correction des troubles neuromusculaires de l'avitaminose B. Il convient, par conséquent, de les ranger près de celle-ci dans le groupe des vitamines B, sans éliminer toutefois le rôle possible d'autres facteurs, tels que les vitamines H et B 6. Ajoutons que la méthode chronaximétrique constitue un excellent test pour déceler dans un régime défini la présence ou l'absence d'une seule ou de plusieurs de ces 5 vitamines.

Neutralisation des effets nerveux excitants de la caféine par l'aneurine et l'adrénaline. — M. **P. Chauchard** et Mme **H. Mazoué** constatent que le pouvoir que possèdent les sucres de neutraliser les effets excitants de la caféine est également le propre de l'aneurine et de l'adrénaline, cette hormone et cette vitamine étant précisément des agents hyperglycémiants.

Titres comparatifs antitoxiques et antitétanolytiques de divers sérums normaux. — MM. **E. Lemétayer** et **L. Nicol**. Les sérums de cheval ou les sérums humains ne contiennent aucune trace d'antitoxine tétanique, alors que ceux de bœuf et de mouton en recèlent des quantités plus ou moins importantes. La teneur en antitétanolysine de ces divers sérums varie dans le même sens, compte tenu des grosses variations individuelles, ceux de bœuf et de mouton étant dans l'ensemble nettement plus riches que ceux du cheval et de l'espèce humaine.

Nouvelles recherches sur l'antitétanolysine dans les sérums de sujets de différentes espèces. — MM. **E. Lemétayer** et **L. Nicol**. Tous les sérums de l'homme et des espèces animales examinés par les auteurs ont une action neutralisante vis-à-vis de l'hémolysine de la toxine tétanique.

L'utilisation d'un sérum étalon leur a permis de faire des dosages comparatifs. La teneur en antihémolysine spécifique varie considérablement d'un sujet à l'autre pour une même espèce. Cette restriction étant faite, les sérums humains semblent les plus pauvres, alors que ceux de bovidés et d'ovidés sont parmi les plus riches.

Election. — M. **de Cugnac** est élu membre titulaire.

A. Escalier.

SOCIÉTÉS DE PROVINCE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

9 Mai 1945.

Hémiparkinsonisme d'origine traumatique. — MM. **Abel, P. Louyot** et **Bussienne**. Un homme de 29 ans, seul survivant sur 18 personnes ensevelies au cours d'un bombardement en 1940, présente un hémiparkinsonisme droit, avec prédominance au niveau du bras. Lors d'un nouveau bombardement en Décembre 1944, un choc émotif nouveau entraîne l'exagération des symptômes antérieurs. A l'entrée à l'hôpital de Nancy le malade présente l'association d'un syndrome hémiparkinsonien droit, de tremblement intentionnel du bras droit et des signes d'irritation du faisceau pyramidal du même côté. Quel que soit le mécanisme pathogénique (commotion, choc émotif, etc.), l'origine traumatique de cet ensemble neurologique ne semble faire aucun doute : le rapport direct de cause à effet est immédiat, les antécédents ne révèlent aucun symptôme laissant supposer l'existence d'une encéphalite discrète, enfin la variété des signes neurologiques paraît résulter non d'une lésion systématisée, mais plutôt d'une lésion diffuse.

Douleurs causalgiques dues à un éclat d'obus inclus dans le sciatique (intervention, guérison). — M. **P. Corret**. Un petit éclat d'obus pénètre dans le sciatique, détermine des secousses myocloniques qui durent 24 heures. Trois semaines plus tard surviennent des douleurs à type causalgiques. Intervention au bout de 5 semaines. Extraction de l'éclat au milieu d'un névrome. La guérison est complète au bout de 3 mois.

Encéphalite otogène non suppurée guérie par la pénicilline. — MM. **P. Kissel, Gosserez** et **J. Cordier**. Une fillette de 11 ans qui après une otite aiguë moyenne gauche fait une mastoïdite. Première intervention, mastoïdectomie. Mauvais état local. Sulfamidothérapie. Malgré cela, coma. Evidement pétromastoïdien. Grosse amélioration. Puis suppuration discrète de la coque osseuse du sinus latéral. Mise à nu de celui-ci. Très bon état. Trois jours plus tard, aggravation subite. Hémichoréo-athétose droite. Délire. Pénicilline. Amélioration très rapide puis guérison. Les accidents de la fin sont interprétés comme symptomatiques d'une encéphalite otogène.

Quelques remarques sur le traitement de l'épilepsie par la diphénylhydantoïne. — M. **P. Meignant**. S'appuyant sur une série de 100 cas, l'auteur discute surtout les résultats et les indications réciproques de la médication barbiturique et de la diphénylhydantoïne (ou de son sel de sodium) dans le traitement symptomatique de la comitialité. Dans l'ensemble, il reste fidèle au gardénal comme médication de base. Mais il associe très souvent la diphénylhydantoïne ou l'emploie seule dans certaines circonstances.

Psycho-encéphalites rhumatismales primitives. — MM. **M.-P. Meignant** et **J. Arnould**. Une malade de 27 ans, sans antécédents particuliers fait deux poussées confuso-oniriques fébriles, en apparence primitives, puis une troisième poussée analogue accompagnée cette fois d'arthralgies de type rhumatismal et de manifestations endocarditiques (souffle systolique). Une malade de 32 ans présente pendant 8 mois un tableau de « neurasthénie » avec épisodes confusionnels simples et fièvre ; tous les examens tendant à déterminer l'origine de l'infection causale restent négatifs, jusqu'au jour où apparaissent arthralgies et souffle mitral. Ces deux observations posent le problème de l'existence, peu connue et contestée de formes abarticulaires du rhumatisme articulaire, avec fièvre et déterminations psychiques. Les observations apportées par les auteurs doivent être versées au débat avec celles de Targowla et de Letailleur.

Intoxication mortelle par le plomb tétraéthyle. — MM. **C. Feuillet** et **M. Hamel**. Observation d'un cas typique d'intoxication mortelle par le P.T.E. chez une jeune fille de 18 ans. Tableau clinique associant un état de confusion mentale hallucinatoire quelque peu atypique à un syndrome neurologique intense : titubation, dyskinésie choréiforme, dysarthrie, troubles pupillaires et réflexes, troubles cardiaques et respiratoires. Terminaison brutale dans le cortège des signes bulbaires. Mise en évidence d'une quantité élevée de plomb dans le sang et les viscères. Les auteurs insistent sur l'originalité d'un tel ensemble clinique, exceptionnellement observé en France, et sur ses particularités étiologiques ; repassage de linge lavé à l'essence d'aviation.

Groupes sanguins et maladies mentales. — M. **P. Royer** et Mme **G. Jacquel-Munier**. Les groupements sanguins effectués sur plus de 1.000 aliénés dans trois hôpitaux psychiatriques éloignés et comptant des malades venus, en raison des faits de guerre, de toutes les régions de France, ont montré que, d'une façon générale : 1° les psychoses cyclophréniques présentent une fréquence particulière du groupe sanguin O : 50 pour 100 de O contre 40 pour 100 de A, en moyenne ; 2° les psychoses schizophréniques montrent une prédominance, plus nette encore, du groupe sanguin A : 55 à 60 pour 100 de A contre 25 à 30 pour 100 de O ; 3° dans les pays occidentaux, le sang A apparaît fragile du point de vue mental. Ces résultats confirment, dans leur ensemble, ceux des auteurs français et étrangers. Corroborée par les études généalogiques préconisées par le Dr Ey, la recherche du groupe sanguin, si elle se généralisait, pourrait ouvrir une voie nouvelle dans l'étude des affections mentales.

Méningite aseptique après staphylococcie de la face. Pénicillothérapie. — MM. **P. Michon, R. Herbeuval, G. Faivre** et Mlle **Andlauer**. Une jeune femme présente un anthrax volumineux de la lèvre inférieure, suivie d'une éruption bulleuse. Température : 40°. La sulfamidothérapie se montre inefficace. Successivement on donne thiazomide fontamide. Hospitalisée le 21 Mars pour céphalées, réaction méningée, température. P. L. : liquide purulent, cellules incomptables, stérile. Pénicillothérapie : 500.000 U. O. Amélioration puis à nouveau 500.00 U. O. avec 50.000 intrachidiens. Guérison.

Parkinsonisme post-traumatique. Discussion. — MM. **P. Michon, Ch. Henry** et **B. Algan** présentent un serrurier de 41 ans, qui travaillait normalement avant d'être atteint de blessure superficielle au visage et à l'avant-bras dans un bombardement aérien le 15 Janvier 1945, et dut être hospitalisé le 14 Avril pour un syndrome parkinsonien absolument typique. Du point de vue médico-légal, l'affection apparaît en rapport étroit avec le traumatisme malgré l'absence de lésion cranio-encéphalique directe, commotion évidente, ou d'intoxication oxycarbonée par les gaz d'explosion. Mais du point de vue strictement médical, un interrogatoire serré apprend que des mouvements involontaires de pédalage pré-existent et que le trauma avait été suivi, après reprise du travail, d'une courte période fébrile avec somnolence. Ainsi que d'autres observations en apparence post-traumatiques, ou post-sérothérapiques, celle-ci semble s'expliquer par neuropexie, aboutissant à la révélation d'une névraxite jusqu'alors latente.

Myopathie pseudo-hypertrophique. Particularités étiologiques. — MM. **L. Caussade** et **P. Michon** présentent un enfant de 11 ans, qui est atteint d'une myopathie type Duchenne, évoluant depuis un peu plus de 3 ans et frappant massivement la ceinture pelvienne, les lombes, le tronc, les cuisses et même les membres supérieurs, dont le décharnement contraste avec une énorme hypertrophie des mollets. Une étiologie diphtérique ou sérothérapique, qui avait été mise en avant, est à écarter en raison de la symptomatologie, de l'évolution et des examens complémentaires. Le liquide céphalo-rachidien est hypo-albumineux (0,05). Une pigmentation cutanée excessive et une hypotension à 6,5-4 orientent vers l'hypothèse d'hyposurrénalisme.

R. Herbeuval.

CHRONIQUES
VARIÉTÉS • INFORMATIONS

Pathologie et Chirurgie préhistoriques

La Paléopathologie a pour but la recherche des naladies de l'homme préhistorique, depuis l'époque paléolithique ou de la Pierre taillée. Elle repose ur l'étude de documents découverts dans des gisenents de France et de l'étranger, et dont l'interprétation suppose tout un travail de raisonnement t d'imagination. Ainsi que l'expose M. Pierre lorel dans un récent travail plein d'intérêt [1], elle e peut guère nous renseigner avec certitude ou lu moins avec grande probabilité que sur les lésions u maladies du squelette.

*
* *

Les lésions traumatiques sont fréquentes: fracures, blessures de guerre, lésions du crâne, pointes e flèches fichées dans le squelette. Parmi les affecions osseuses, le rhumatisme déformant, avec anylosés et ostéophytes, soudant parfois la colonne ertébrale en un bloc rigide, est particulièrement réquent dans certaines races habitant presque consamment dans des grottes humides. Des lésions achitiques doivent être différenciées de particulaités raciales. On a signalé quelques cas de luxation ongénitale de la hanche, des cas de maladie de 'aget bien identifiés par la radiographie. La carie entaire est très rare, mais l'usure des dents plus apide que de nos jours chez ces hommes dont la nourriture était difficile à mastiquer; Baudoin a tudié des tubercules de Carabelli; on a observé des ystes alvéolo-périostiques et même une fistule denaire. Les lésions tuberculeuses n'apparaissent qu'à 'époque néolithique, et à celle des métaux, du Bronze et du Fer, avec notamment le cas de mal le Pott identifié par Bartels et Paul Broca. Les ésions osseuses préhistoriques attribuables à la yphilis sont très discutées.

C'est la *chirurgie cranienne préhistorique* qui a té l'objet des plus importants travaux, depuis la première découverte par Montfaucon en 1685, à Cocherel, d'un crâne trépané. Inconnue au Paléoithique, la trépanation apparaît au Néolithique, pour se développer à l'Age du Bronze: de très nombreux cas ont été découverts en 1884 dans des grottes et dolmens de la Lozère par le Dr Prunières. Ces faits correspondaient à une intervention poshume qui consistait à prélever une rondelle du râne à laquelle on attribuait un certain pouvoir t qui était portée comme amulette. Peu après, Paul Broca remarqua qu'un grand nombre de rânes trépanés présentaient une plaie cicatrisée et lèvres mousses, indiquant un travail de réparation sseuse: ces trépanations avaient donc été faites pendant la vie et le sujet avait pu survivre parfois ongtemps à l'intervention. Fréquemment les crânes le ces sujets opérés *in vivo* étaient l'objet de prélèvement posthume de fragments, en général au niveau de la première trépanation, fragments desinés à servir d'amulettes. La trépanation pratiquée *n vivo* est généralement unique et habituellement pariétale, ainsi que l'a montré le Dr Raymond, étuliant les crânes de la vallée du Petit-Morin. C'était e cas du crâne trépané de Sallanches, qu'a pu ninutieusement étudier M. Pierre Morel.

Paul Broca pensait que la trépanation était une narque de consécration, de sacerdoce. L'homme répané qui survivait à l'intervention était doué l'un pouvoir surnaturel. Porter un fragment de son crâne comme amulette, c'était peut-être se nettre sous la protection des esprits. De nos jours e porte-t-on pas parfois des reliques de saints? Par ailleurs, M. G. de Mortillet a suggéré que la onsure de nos prêtres actuels n'était peut-être qu'une transformation de la trépanation néolihique.

M. Cartailhac a pensé que la trépanation posthume pouvait faire partie de la préparation des cadavres avant leur inhumation, permettant d'enlever le cerveau, en même temps que les muscles et les viscères, pour n'inhumer que le squelette.

Tout en estimant possible une origine religieuse pour la trépanation, Paul Broca n'excluait pas totalement un but thérapeutique. L'opération a pu être pratiquée pour permettre au mauvais esprit d'abandonner le malade, par exemple chez des fous, chez des épileptiques. Peut-être les crânes de sujets guéris de ces maladies étaient-ils l'objet de prélèvements posthumes destinés à servir de fétiches, doués d'un pouvoir prophylactique.

Du reste, le chirurgien qui pratiquait ces trépanations dans des antres souterrains mystérieux était un sorcier plus ou moins doué de puissance magnétique, et par là encore chirurgie et religion se rejoignent.

Les résultats de la trépanation préhistorique, de même que ceux de la trépanation pratiquée encore de nos jours dans certains peuples primitifs, semblent avoir été fort bons: sur les 10 crânes trépanés du Petit-Morin, un seul opéré a succombé, comme l'indique l'absence de réparation osseuse. La statistique établie en 1938 par Spencer L. Rogers est également excellente.

Trois techniques différentes étaient employées. La plus simple et probablement la plus ancienne consistait en un simple raclage de la voûte cranienne avec un couteau ou n'importe quel instrument tranchant en silex. Par la suite, les procédés s'améliorèrent. On circonscrivait la partie osseuse à enlever de petits trous très rapprochés (procédé du forage), ou de fentes entrecroisées par leurs extrémités (procédé du sciage). Paul Broca, H. Muller, J. Lucas-Championnière, utilisant des couteaux préhistoriques en silex, ont réalisé sur des chiens ou sur le cadavre des interventions de ce genre en des temps fort brefs (de huit minutes à une heure ou deux). Les chirurgiens préhistoriques avaient à leur disposition des instruments présentant un certain fini, en silex d'abord, puis en bronze. Alors apparurent des gouges, des maillets, des trépans divers, des pinces en fer destinées à enlever la rondelle cranienne. Cette opération délicate de la trépanation est donc bien antérieure à Hippocrate. Dans la Lozère, des bergers, lointains descendants des peuplades néolithiques, trépanent encore leurs moutons atteints du tournis par le procédé du forage (Le Double).

Des considérations du même genre peuvent être développées à propos du *T. sincipital*, à propos de la *cautérisation préhistorique*, s'apparentant à la technique chinoise (Manouvrier).

Parmi les interventions préhistoriques de chirurgie générale, il convient de signaler l'extraction de traits vulnérants, la réduction et la consolidation des fractures, avec parfois un cal parfait, les mutilations digitales, et enfin la *prothèse dentaire*. On a trouvé dans une tombe étrusque, à Orvieto (Italie), des dents artificielles qui, d'après Deneffe, dateraient de cinq à six mille ans avant J.-C. D'autre part, Belzoni, Perrine ont trouvé sur quelques momies égyptiennes des dents en sycomore fixées aux dents adjacentes par des fils d'or. En Grèce, des caveaux funéraires datant de l'époque pélasgique contenaient des dents obturées avec de l'or. Doit-on accorder à cette prothèse dentaire préhistorique un but utilitaire pour l'amélioration de la mastication? Il vaudrait mieux n'y chercher qu'une marque de coquetterie ou mieux, d'intérêt, car, dans l'ancienne Egypte, un châtiment appliqué à certains criminels consistait à arracher leurs dents, et les Egyptiens qui perdaient leurs dents par vieillesse, par maladie ou par accident, se faisaient mettre des dents artificielles pour conserver leur réputation d'honnêtes hommes (Pierre Morel).

*
* *

Ainsi les origines de notre art remontent-elles aux lointaines époques préhistoriques, où les sorciers entouraient leur pratique de mystères et de rites sacrés, ce qui rend souvent difficile de séparer religion et chirurgie dans l'étude de la Préhistoire.

J. Rivet.

1. Pierre Morel : *Pathologie et Chirurgie préhistoriques*. 1 vol. de 80 pages (*Etablissements* Moullot *fils aîné*, 22-24, avenue du Prado), Marseille, 1941.

La Faculté de Médecine de Paris

SES ORIGINES — SES RICHESSES ARTISTIQUES

Nos lecteurs n'ont certainement pas oublié les articles que M. Pierre Vallery-Radot a consacrés à l'histoire des établissements médicaux et paramédicaux du vieux Paris. Aussi ne seront-ils pas étonnés d'apprendre que notre érudit confrère vient de publier une monographie sur les origines et les richesses artistiques de notre Faculté. Cette plaquette [1], tirée à 640 exemplaires sur papier vélin à la forme du Marais, tous numérotés, est aussi remarquable par la beauté de la typographie que par l'intérêt du texte. On y trouve des renseignements précis sur l'origine de la Faculté de Médecine, origine bien modeste, car pendant deux siècles la Faculté ne disposa d'aucun local; les examens se passaient au domicile du doyen et les assemblées se tenaient autour du bénitier de Notre-Dame. Ce fut seulement en 1369 que la Faculté put acquérir un modeste logement situé rue des Rats, qui fut agrandi au siècle suivant, mais resta toujours misérable et insuffisant. En 1620, on construisit un amphithéâtre d'anatomie, auquel on donna le nom de Riolan. Mais les anciens bâtiments tombaient déjà en ruines et l'amphithéâtre Riolan ne résista pas longtemps. Il fallut rebâtir, restaurer, acheter de nouvelles parcelles de terrains; enfin en 1745 un progrès fut réalisé : on inaugura en grande pompe un amphithéâtre Winslow, qu'on peut voir dans les vieux bâtiments de la rue de la Bucherie, classés monuments historiques, qui pendant longtemps furent occupés par l'Association générale des Etudiants.

Il faut lire, dans l'ouvrage de M. Vallery-Radot, les tribulations et les misères de la Faculté et ses luttes avec la corporation des Chirurgiens. Celle-ci fit une union avec les Barbiers, en 1655, ce qui ne rehaussa pas son prestige, mais ce qui lui donna plus de force pour lutter contre la Faculté et lui procura l'argent nécessaire pour agrandir et améliorer ses locaux. En 1694, elle inaugura un bel amphithéâtre, dont l'entrée se trouve actuellement 5, rue de l'Ecole-de-Médecine et qui abrita en 1731 l'Académie royale de Chirurgie.

En 1769, Louis XV, à l'instigation de La Martinière son premier chirurgien, autorisa la construction d'une nouvelle Ecole de chirurgie, notre actuelle Faculté de Médecine, qui fut inaugurée en 1774 et complètement achevée en 1786. Ce monument grandiose, un des plus beaux du XVIIIe siècle, faisait un contraste saisissant avec les pauvres bâtisses de la Faculté. Mais il ne resta pas longtemps en service. En 1793, la Convention supprima à la fois la Faculté de Médecine, le Collège et l'Académie de Chirurgie. Dix-huit mois plus tard, le 4 Décembre 1794, elle décidait l'ouverture d'une Ecole de santé. Ainsi se trouvaient réunies en une seule les deux écoles rivales; la médecine et la chirurgie allaient pouvoir conjuguer leurs efforts et progresser ensemble.

L'Ecole de Santé, installée dans les bâtiments de l'ancienne Ecole de Chirurgie, devint en 1796 Ecole de Médecine et, en 1808, reprit son titre de Faculté.

Ici commence l'histoire moderne de la Faculté de Médecine. Elle est répartie en cinq chapitres consacrés aux agrandissements et améliorations de la Faculté, à l'Ecole pratique, à l'ancien Hôpital des Cliniques, au Musée Dupuytren, installé dans le réfectoire du Couvent des Cordeliers, aujourd'hui monument historique. Le dernier chapitre donne des indications sur les richesses artistiques de la Faculté. Tapisseries, tableaux, sculptures, médailles, manuscrits, incunables, livres rares et reliures précieuses, il y a là des merveilles qui méritent d'être connues, non seulement des médecins et des étudiants, mais des artistes et des amateurs.

Tous ceux qui s'intéressent tant à l'histoire de la médecine qu'à l'histoire du vieux Paris, feront bien de se procurer l'ouvrage de M. Vallery-Radot qu'a préfacé le doyen Baudoin. Ils ne regretteront certainement pas leur lecture et, pour peu qu'ils aiment les livres, ils seront heureux de conserver en leur bibliothèque ce petit chef-d'œuvre typographique.

H. Rouen.

1. Pierre Vallery-Radot : *La Faculté de Médecine de Paris, ses origines, ses richesses artistiques*. Préface de M. le Prof. Baudouin. 1 vol. de 86 pages avec 26 figures en 12 planches hors texte (*Masson et Cie*, éditeurs), Paris 1944.

INFORMATIONS

Congrès de l'Association française pour l'avancement des Sciences

L'Association, contrainte depuis 1940, de suspendre ses réunions, organise en Sorbonne, *du 20 au 26 Octobre 1945*, son premier Congrès après la Libération, le Congrès de la Victoire.

Les médecins trouveront de l'intérêt à suivre les travaux de la section des *Sciences médicales* (Président : Prof. Baudouin), de la section d'*Hygiène et Médecine publique* (Président : Dr Dujarric de la Rivière), de la section de *Radiologie et Electrologie médicale* (Président : Prof. Strohl), de la section des *Sciences pharmacologiques* (Président : Prof. Hazard), de la section de *Psychologie expérimentale* (Président : M. Fessard).

Parmi les conférences annoncées, signalons : *Les carences alimentaires pendant la période de guerre* (Prof. Justin-Besançon). — *La radiologie en France, de 1940 à 1945* (Prof. Lacassagne). — *L'étonnante variabilité des microbes et sa signification au point de vue de la biologie générale* (Prof. Boivin). — *Les avitaminoses dans les camps de déportés* (Prof. Ch. Richet).

Pour participer au Congrès, il suffit de faire partie de l'Association française pour l'Avancement des Sciences, 28, rue Serpente (Sociétés savantes), Paris-6e.

Médecins consultants régionaux de pédiatrie

Le *J. O.* du 10 Juillet 1945 publie un décret chargeant, dans chaque région sanitaire, un *médecin consultant de pédiatrie*, d'animer, de coordonner et de contrôler les mesures prises pour la protection de la maternité et de la première enfance.

Le médecin consultant est le conseiller technique du directeur régional en ce qui concerne la protection de la maternité et de la première enfance.

Il est nommé par le ministre de la Santé publique, sur proposition de la commission « Maternité et enfance » du conseil permanent d'hygiène sociale.

Dans le cadre de la région à laquelle ils sont affectés, les médecins consultants de pédiatrie ont le contrôle technique de toutes les organisations publiques ou privées participant à la protection de la maternité et de la première enfance, visées par l'acte dit « loi n° 941 du 16 Décembre 1942 » provisoirement applicable.

Comité du Massage Médical

Un arrêté du 19 Juin 1945 nomme les membres du Comité du massage médical. Nous y relevons les noms de MM. Wibaux, directeur de la Santé, président ; Figon et Coulon, inspecteurs généraux de la Santé et de l'Assistance ; le directeur régional de la Santé et de l'Assistance à Lyon ; Desjardins, chirurgien honoraire des hôpitaux de Paris ; Dumor, professeur à la Faculté de Médecine de Lille ; Evenou, directeur de l'Ecole de massage du Phare de France ; Le Cœur, chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris ; Ruffier, médecin à Paris.

Université de Paris

Faculté de Médecine de Paris. — Assemblée du 14 Juin 1945 — *Agrégés chargés des cours et conférences pour 1945-1946.* Pathologie médicale : MM. Lenègre, Soulié, Et. Bernard ; pathologie chirurgicale : MM. Menegaux, Ameline, Fèvre ou Sicard ; pathologie obstétricale : MM. Digonnet et Lacomme.

Prorogation des Agrégés arrivés en fin d'exercice. — La proposition qui maintient en exercice MM. Boulin, Huguenau, Lemaire, Mouquin, Turpin et Lacomme est acceptée à l'unanimité.

Délégation dans les fonctions d'agrégé. — La proposition de proroger dans les fonctions d'agrégés MM. Aubin, Bargeton, Brocard, Brumpt, Calvet, Cheymol, Debray et Cambessédès est accepté à l'unanimité.

Délégation dans les fonctions de Chef des Travaux. — La proposition de proroger dans les fonctions de Chef des Travaux pratiques MM. Tiffeneau (pharmacologie), Merklen (pathologie expérimentale), Névot (bactériologie), Navarre (hygiène) et Coujard (histologie) est acceptée à l'unanimité.

Travaux pratiques de Chimie. — Une série supplémentaire aura lieu, à dater du lundi 8 Octobre 1945, à 14 heures. Inscription : 150 fr. au Secrétariat (guichet n° 4).

Laboratoire de Biologie expérimentale de l'Ecole pratique des Hautes Etudes. — Des séances de techniques biologiques et pharmacodynamiques avec manipulations individuelles auront lieu au laboratoire de Biologie expérimentale de l'Ecole des Hautes Etudes à la Faculté de Médecine, à partir du lundi 1er Octobre 1945.

Inscriptions au laboratoire, l'après-midi, de 14 à 18 heures, à partir du 10 Septembre. Nombre de places limité.

Universités de Province

Faculté de Médecine de Marseille. — Par arrêté du 14 Juin 1945 : la chaire de thérapeutique prend le nom de chaire de *clinique médicale thérapeutique*.

— La chaire de clinique médicale prend le nom de chaire des *maladies des voies digestives et de la nutrition*.

Faculté de Médecine de Montpellier. — M. Bert, agrégé, est délégué, pour l'année scolaire 1944-1945, dans les fonctions d'agrégé chargé d'enseignement de la *médecine expérimentale*.

Ecole de Médecine de Dijon. — M. Meyer, chargé de cours, est réintégré dans ses fonctions à compter du 21 Décembre 1940.

Faculté libre de médecine de Lille. — Un concours pour une place *d'agrégé de chirurgie* aura lieu dans la seconde quinzaine d'Octobre 1945. Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat des Facultés catholiques de Lille.

STATIONS THERMALES

Aix-les-Bains. — Contrairement à l'information publiée dans notre numéro 24 du 16 Juin 1945, aucune formalité, et, en particulier, aucun certificat médical ne sont exigibles pour aller à Aix.

Inspection de la Santé

— M. Jacques, médecin inspecteur adjoint de la Santé des Bouches-du-Rhône, est affecté, en la même qualité, dans le département de la *Gironde*.

— M. Dubas, médecin inspecteur de la Santé intérimaire des Hautes-Alpes, est placé en service détaché pour une durée maximum de cinq ans et mis à la disposition du ministre de l'Education nationale pour exercer les fonctions de médecin inspecteur régional de l'Hygiène scolaire et universitaire pour l'Académie de *Dijon*.

— M. Tourteau, ancien médecin inspecteur de la Santé de la *Gironde*, est réintégré, à compter du 1er Octobre 1941, en qualité de médecin inspecteur adjoint de 1re classe.

— M. Leconte, ancien médecin inspecteur de la Santé de l'*Allier*, est réintégré, à compter du 18 Juin 1942, en qualité de médecin inspecteur adjoint de la Santé et affecté dans le *Puy-de-Dôme*.

— M. Viette, ancien directeur régional de la Santé et de l'Assistance à *Nantes*, est réintégré, à dater du 24 Juin 1941, en qualité de médecin inspecteur de la Santé hors classe.

— M. Barailhe est nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé dans le département du *Lot-et-Garonne*.

— Mme le docteur Toye est nommée médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé dans le département des *Alpes-Maritimes*.

— M. Duverdier est nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé de la Marine.

— Mlle le docteur Duroux est nommée médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé dans le département du *Loiret*.

— Mlle le docteur Schuhler est nommée médecin inspecteur adjoint intérimaire de la santé du *Bas-Rhin*.

— L'offre de démission de M. le docteur Bunn, médecin inspecteur adjoint intérimaire de la santé du *Bas-Rhin*, est acceptée à compter du 1er Mai 1945.

— M. Pocoule, est nommé médecin inspecteur adjoint de la Santé et titularisé dans ses fonctions à compter du 1er Mai 1943. M. Pocoule est placé en service Santé publique, à compter du 1er Mai 1942. Il est promu à la 1re classe de son grade au traitement annuel de 150.000 fr., à compter du 1er Mai 1944.

— Mme le docteur Gisèle Galy est nommée médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé dans le département de l'*Yonne*, au maximum pour la durée des hostilités, à compter du 6 Février 1945.

*
* *

Mlle Laporte, médecin inspecteur adjoint de la Santé de la *Côte-d'Or*, est chargée des fonctions de médecin inspecteur de la Santé de ce département.

M. Fontroget, médecin inspecteur adjoint de la Santé des Pyrénées-Orientales, est chargé des fonctions de médecin inspecteur de la Santé du *Finistère*.

M. Deguihal, médecin inspecteur adjoint de la Santé du *Lot*, est chargé des fonctions de médecin inspecteur de la santé de ce département.

Mlle Liégeois, médecin inspecteur adjoint de la Santé du Nord, est chargée des fonctions de médecin inspecteur de la Santé de la *Meuse*.

M. Alsac, médecin inspecteur adjoint de la Santé des Hautes-Pyrénées, est chargé des fonctions de médecin inspecteur de la Santé de ce département.

*
* *

Les médecins inspecteurs adjoints de la Santé dont les noms suivent sont promus médecins inspecteurs de la Santé et affectés :

M. Humann, du Var, à l'*Allier*.
M. Dainville de La Tournelle, de Seine-Inférieure, au *Calvados*.
Mlle Roussy, de l'Allier, à la *Charente-Maritime*.
M. Phelippeau, du *Cher*, en ce même département.
M. Jaujou, de *la Corse*, en ce même département.
M. Gautier, de l'Hérault, aux *Côtes-du-Nord*.
Mlle Roche, de la Côte-d'Or, au *Doubs*.
M. Abbal, des Bouches-du-Rhône, au *Gard*.
M. Andrieux, d'Ille-et-Vilaine, à la *Haute-Garonne*.
M. Rival, *d'Ille-et-Vilaine*, en ce même département.
Mme Midrouillet, de la Drôme, au *Jura*.
M. Spindler, de la *Haute-Marne*, en ce même département.
Mlle Mouton-Chapat, de *Meurthe-et-Moselle*, en ce même département.
M. Maret, du *Haut-Rhin*, en ce même département.
M. Tondre, du Territoire de Belfort, au *Bas-Rhin*.
M. Violet, du *Rhône*, en ce même département.
M. Nordmann, de la *Haute-Saône*, en ce même département.
M. Ponte, de *Saône-et-Loire*, en ce même département.
M. Sauzet, de la *Haute-Savoie*, en ce même département.
M. Digeon, du Calvados, à la *Seine-Inférieure*.
M. Bernard, de la *Seine*.

*
* *

Les médecins inspecteurs de la Santé dont les noms suivent sont affectés :

M. Albertin, dans l'*Ain*.
M. Bataillon, du Gard, à l'*Aisne*.
M. Salauze, de l'Hérault, à l'*Aude*.
M. Lassus, du Rhône, à la *Côte-d'Or*.
M. Delavelle, de la Sarthe, à la *Creuse*.
M. Vernus, du Jura, à la *Dordogne*.
M. Merle, dans la *Drôme*.
M. Magimel-Pelonnier, de la Dordogne, à la *Gironde*.
M. Michel-Marguerit, de la Haute-Garonne, à l'*Hérault*.
M. Jouvelet, d'Ille-et-Vilaine, à l'*Hérault*.
M. Leclaire, du Morbihan, à l'*Ille-et-Vilaine*.
M. Lavoine, des Basses-Pyrénées, à l'*Isère*.
Mme Latil, de l'Allier, à la *Loire*.
M. Dorvault, des Pyrénées-Orientales, au *Lot-et-Garonne*.
M. Rauge, du Cantal, à la *Lozère*.
M. Viette, dans le *Maine-et-Loire*.
M. Mathieu, de Saône-et-Loire, au *Morbihan*.
M. Salmon, du Maine-et-Loire, à la *Nièvre*.
M. Ameur, des Côtes-du-Nord, aux *Basses-Pyrénées*.
M. Tuset, du Finistère, aux *Pyrénées-Orientales*.
M. Eckert, de la Nièvre, à *la Sarthe*.
M. Villiet, de la Creuse, au *Tarn*.
M. Ouillon, de l'Isère, à *la Manche*.

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

Personnel médical des hôpitaux psychiatriques. — Par arrêté du 22 Juin 1945, MM. Aujaleu, inspecteur général ; Hamel, médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique de Maréville ; Lauzier, médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique de Dijon ; Demay, médecin-chef de service de l'hôpital psychiatrique de Maison-Blanche, sont nommés parmi les membres de la *Commission médicale* prévue à l'article 15 du décret du 25 Décembre 1938.

(*J. O.* du 10 Juillet 1945.)

Concours et places vacantes

Sanatorium « Alfred Leune » à Sainte-Feyre (Creuse). — Une place d'interne est actuellement vacante. Conditions : 3.000 fr. par mois, nourri, couché, blanchi.

Nouvelles diverses

Chambre Syndicale des Médecins de l'Oise. — Un nouvel organisme professionnel conforme à la législation antérieure à 1939 et intitulé « Chambre Syndicale des Médecins de l'Oise », vient d'être créé.

Voici la composition du Bureau :
Président : Dr Gossart (Ribécourt).
Vice-Président : Dr Baranger (Beauvais).
Secrétaire : Dr P. Delie (Beauvais).
Secrétaire adjoint : Dr Rimetz (Clermont).
Trésorier : Dr Chénier (Beauvais).

Ecole principale du service de Santé de la Marine, à Bordeaux. — Les épreuves écrites du concours de 1945 auront lieu les 24, 25 et 26 Juillet 1945, à Paris,

Rennes, Bordeaux, Toulon et Alger. Les épreuves orales auront lieu à Bordeaux, dans le courant du mois de Septembre.

Mutuelle d'assurances du Corps Sanitaire français. — Société a forme mutuelle régie par le décret-loi du 14 Juin 1938. Au cours de l'Assemblée générale extraordinaire du 27 Mai 1945, les délégués de la Mutuelle d'Assurances des Médecins français ont décidé à l'unanimité d'étendre la garantie de cette société à tous les membres du Corps Sanitaire français (médecins, dentistes, sages-femmes, étudiants).

Cette Société, qui a plus de 10 années d'existence et des réserves dépassant 8 millions, couvre tous les risques automobiles et autres véhicules de transport individuel (bicyclettes, vélo-moteurs, motocyclettes).

Elle assure donc les risques aux tiers, l'incendie, le vol du véhicule et la défense de l'assuré (genre D.A.S.). Elle couvre, en outre, les risques responsabilité civile professionnelle et les risques incendie (meubles et immeubles). Prochainement, elle étendra sa garantie aux accidents du travail (gens de maison, aides et assistants). Elle met au point l'assurance maladie-accidents-invalidité, suivant une formule adaptée aux professions sanitaires.

Son siège social sera transféré sous peu à Paris, 60, boulevard de Latour-Maubourg, où existe déjà un bureau de renseignements (téléphone : INV. 39-98).

Jusqu'à nouvel avis, prière d'adresser toute la correspondance à l'ancien siège social : 1, rue Paul-de-Salvandy, Brive (Corrèze).

Nos Échos

Naissances.

— Henri-Claude, Bernard, Françoise, Annette, ont la joie de faire part de la naissance de *Christine* (1er Juillet 1945 (Docteurs et Mesdames Minet, 59, avenue Albert-Calmette, Nantes — 20, rue de Penthièvre, Paris-8e — parents et grands-parents).

— Angeline, Florence et Sylvie Pêcher ont la joie de faire part de la naissance de leur petit frère *Arnaud* (Drs Y. Pêcher et Cl. Pêcher-Seyrig, 24 Mai 1945).

— Le docteur et Madame F.-X. Canton sont heureux d'annoncer la naissance de leur fils *Bruno* (Wayvers, 18 Juin 1945).

— Le docteur et Madame Robert Cisclaud sont heureux d'annoncer la naissance de leur fils *Jean-Marie* (Paris, 26 Mai 1945).

— Le docteur Pierre et Madame ont la joie de faire part de la naissance de leur fille *Claudine* (Esbly [Seine-et-Marne], 27 Juin 1945).

— Le docteur Pierre Londez, aux armées, et Madame, née Bouvet, sont heureux de faire part de la naissance de leur fille *Elisabeth* (Paris, 23, rue Beautreillis, 23 Juin 1945).

— Le docteur et Madame Pierre Vermenouze ont la joie de faire part de la naissance de leur fille *Hélène* (74, boulevard Saint-Germain, Paris-5e, 9 Juin 1945).

Fiançailles.

— On nous prie d'annoncer les fiançailles de M. Jacques Boutot, étudiant en médecine, avec Mademoiselle Françoise Armand-Bonn-Christave (Brive, 7, boulevard Edouard-Lachaud).

Mariage.

— Le docteur et Madame H. Villetard de Laguérie ont l'honneur de faire part du mariage de leur fille *Bernadette* avec Gilles Le Courtois du Manoir (Saint-Mandé, 16 Juin 1945).

Décès.

— On annonce la mort, au camp de Mulhausen, du Dr Lapierre, de *La Bresse* (Vosges).

— On annonce la mort du Dr Sayer, de *Châtel* (Vosges), fusillé par les Allemands en Septembre 1944.

— On annonce la mort, en Allemagne, du Dr Charlier de *Docelles* (Vosges) [Janvier 1945].

— Le médecin lieutenant-colonel et Madame J. Dalsace, le médecin capitaine et Madame P. Vellay et leurs filles ont la douleur de faire part de la mort de M. Pierre Dalsace (Paris, 24 Juin 1945).

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

Les Petites Annonces dans La Presse Médicale *sont acceptées sous réserve d'un contrôle extrêmement sérieux. Aucune annonce commerciale n'est acceptée.*
Prix : 20 fr. la ligne (15 fr. pour les abonnés).

A vendre Mécanothérapie. Très beaux appareils actifs et passifs, état neuf. Ecr. *P. M.*, n° 685.

Remplacement. Médecin 32 a. non mobilisable ferait remplacem. Août, Septembre ou Octobre, plage, ville d'eau gde ville de préférence. Ecr. *P. M.*, n° 696.

Femme-médecin cherche situation médicale, préférence Sud-Ouest. Ecr. *P. M.*, n° 731.

Médecin, 55 a., libre chaque matinée, anc. anesthésiste, 15 a. ds une clin. rech. sit. analog. Ecr. *P. M.*, n° 740.

Sanatorium demande interne au courant de la phtisiologie. Bonne santé exigée. Ecr. *P. M.*, n° 745.

Radiologiste, province, cherche assistant ou associé diplômé, électro-radiologie, ou assistant hôpitaux. Ecr. *P. M.*, n° 747.

Chirurgien cherche clientèle chirurgicale, ou ferait remplacement. Ecr. *P. M.*, n° 748.

Maison de Santé neuro-psych., rég. paris. bien achalandé : part à céder. Neff, 35 *bis*, r. St-Sabin, Paris-11e, tél. : Vol. 04-76.

Indiquerais poste médec. campagne, rég. Toulouse. Fixe important assuré pour débuts. Aucune indemnité à verser. Ecr. *P. M.*, n° 756.

Docteur en médec., compétence publicitaire étendue, activité restreinte par circonstances actuelles, collaborerait av. Labo même petit, voulant augmenter l'efficacité de sa publicité et lui donner une allure plus scientifique et plus technique. Ecr. *P. M.*, n° 757.

Poste médical à vendre en Savoie av. logement et cabinet clientèle de ville et de campagne. Poste très, très intéressant. Ecr. *P. M.*, n° 761.

Médecin Commandant, spécialiste radiologie, étranger, ex-prisonnier, obligé séjourner France plusieurs mois, ch. remplacement ou aide confrère surchargé, cabinet, clinique ou hôpital. Ecr. *P. M.*, n° 776.

Laboratoire Grigaut, 43, rue du Colisée demande bactériologiste.

Jne sage-femme, dipl. Etat, ch. pl. assistante pr. Dr gynécol. ou clin. d'accouch. Paris. Ecr. *P. M.*, n° 779.

Visiteur médical référ. 1er ordre, parfait. introduit, recherche 2e Labo pour Paris. Ecr. *P. M.*, n° 788.

Laboratoire Grigaut, 43, rue du Colisée, Paris, demande sténo-dactylo. Visa n° 13.187 O.R.T.

Serais acheteur clientèle médicale grande banlieue parisienne ou Centre Ouest. Ecr. *P.M.*, n° 792.

Poste rural, 40 km. Paris cède urgence. Naline, 86, bd Bineau, Neuilly-sur-Seine.

Jne Dr anc. interne hôp. prov. cherche place aide ou assistant chirurgien, ou clinique obstr. chir. Ecr. *P. M.*, n° 795.

Recherche Microscope Zeiss ou Heitz gross. 40 à 800, chariot mobile, éclairage Abbe, condens. revolv. triple ou quadr. obj. achrom. Immersion à huile. Dispositif ultra-micros, jeu oculaires diff. Le tout à modèle récent. Ecr. Dr R. Saboya, Saint-Sorlin-en-Valloire (Drôme).

Clinique prov. dem. infirmières et infirmiers sach. soigner malades mentaux. Situation intéress. Ecr. Dr Puymartin, 80, av. Baudin, Limoges. Visa n° 8.173.

On demande chef de laboratoire compétent pour ville roche banlieue. Poste d'hôpital et installation de ville développer.. Aucun frais au départ. Visa n° 8.173.

Médecin Ouest demande remplaçant mois d'Août. Auto. Vélomoteur. Petite ville et campagne. Ravitaillement excellent. Ecr. Dr Gluard, Locminé (Morbihan). Urgent.

Cherche chambre à air 120×40 bon état et chambre à air pour vélomoteur 600×65. Ecr. *P. M.*, n° 805.

Instruments, table et fauteuils d'opérations et d'examen oculist. à vendre. Ecr. Dr Crespin, 1, rue Henrion-Bertier, Neuilly-sur-Seine.

Labo Paris recher. Agents exclusifs habit. Lyon, Marseille, Toulouse, Bordeaux, Rennes, Lille et Nancy, capab. diriger Dépôts. Adres. *Curriculum vitæ* et référ. à M. Marck, 12, rue La Bruyère, Paris-9e. Visa n° 13.395 O.R.T.

Recher. pour Paris, visiteurs libres le matin. Ecr. pour rendez-vous à M. Marck, 12, r. La Bruyère, Paris-9e. Visa n° 13-396 O.R.T.

Ferais remplacement peu fatigant, 1 mois montagne, altitude 800-1500 contre log. nourr. et remb. voyage. Dlle Jarry, Beaupreau (M.-et-L.).

On demande, pour Sanatorium à 20 km. de Tours : une infirmière soignante, une infirmière-radiologiste pouvant faire le secrétariat et une secrétaire. Sérieuses références exigées. Société des Etablissements de Port-Neuf, Reugny (Indre-et-Loire). Visa n° 2.079 I. T.

Recherchons visiteur médical exclusif pour Paris, débuterait le 1er Septembre. De Champrosay, 43, avenue Kléber, Paris. Visa n° 12.923 O.R.T.

Dame spécialisée secrétariat médical, tous travaux s'y rattachant, radiographie et manutention appropriée, 15 a. tr. sér. référ., cherche situat. le matin ou toute la journée chez Dr ou Labo. Ecr. *P. M.*, n° 812.

Clientèle O.R.L. tr. import. plein développem. à reprendre, gde ville du Centre. Ecr. *P. M.*, n° 813.

Sinistré est acheteur matériel et instruments et en particulier diathermie, machine statique, etc. Ecr. *P. M.*, n° 814.

Docteur vend bottes aviateur 42, autres chaussures pointures 43, manteau cuir, etc. Ecr. *P. M.*, n° 815.

Médecin désire reprendre clientèle banlieue, ou région parisienne. Ecr. *P. M.*, n° 816.

Sténo-dact., 24 a. av. anglais ch. poste pr automne, régions alpestre ou pyrénéenne. Ecr. Lavialle, Van de l'Airé, Continvoir (I.-et-L.).

Micro à vendre Seibert, 5 objectifs, dont 1 à immersion de Leitz. Tél. après 20 h. Did. 97-64.

Clinique médico-chirurgicale moderne. Radiographie. Radiothermie, Labo, 2 salles d'opération, etc. 16 chambres tt confort, 4.600.000 fr. Lesage, 16 avenue Trudaine. Tél. : 65-75.

14e arrt. Hôtel partic. 21 pces confort jard. 1100 m. actuel. exploité en maison de famille, convienid. à cliniques, maison de santé, etc... Libre à la vente. A. Herbert, 19, r. de Téhéran, Paris.

Microscope Leitz-Weitzlar, 3 objectifs dont 1 immersion au 1/12, 3 oculaires, à vendre. Ecr. *P. M.*, n° 821.

A vendre occasion excell. ét. appareil ray. U. V. « Home soleil artificiel d'altitude », original Hanau. Transformateur 400 watt. Tél. le matin entre 9 et 10 h. Dan. 67-15.

Vve de médecin céderait salon Louis XIV et petit point. Tél. Gob. 45-74, le matin.

A vendre microscope état absolum. neuf, marque Winkel, 2 ocul (2 et 4), syst. d'objet. ABC, 3 object. s'adapt. ens. Grossis. max. 140 fois. Conviendr. botanique. Pr. mod. Aut. 33-35, de 13 à 14 h.

On demande interne 16 inscriptions. Ecrire avec références, Direction Maison de Santé Psychiatrique de Vieille-Eglise, par Rambouillet (Seine-et-Oise).

Représentant pharmaceutique, longue expérience, recherche 2e Labo pour la vente à la commission de produits, de préférence confraternels, dans les départem. suivants : Vienne, Indre-et-Loire, Loir-et-Cher, Indre, Eure, Eure-et-Loir, Calvados et Orne. Ecr. *P. M.*, n° 826.

Recherchons microscope binoculaire, bonne construction, complet de tous ses accessoires. Faire offre à Leiaf, 102, route de Noisy, à Romainville.

Station climatique Eté et Hiver premier ordre. Clientèle médicale à céder av. tr. belle villa plein centre. Prix 2.000.000 à débattre. Ecr. Dr Benjamin, 29, r. Gay-Lussac, Paris-5e.

A vendre d'urgence très bon poste rural, situé à quelques kms d'une importante ville côtière du Pas-de-Calais. Facilités de paiement. Ecr. *P. M.*, n° 829.

Radiologiste désire acheter une ou deux aiguilles de radium, de 1 *mg.* environ. Dr Pouliquen, 35, av. de la Gare, Quimper.

Poste radio-physiothérapie important, vacant de suite ; hôpital d'usines de l'Est. Ecr. *P. M.*, n° 831.

A céder suite décès matériel médical. S'adresser Me J. Dubois, La Quiéta, Vence (A.-M.).

A vendre Laboratoire bd de Courcelles, bien agencé, équipé, compren. autoclave, centrifugeuse électr., four à moufle, alambics, gde quantité appareils divers et nombr. verrerie. Long bail. « La France Rurale », 43, av. de l'Opéra, Paris-2e.

Ville d'Eaux, Dr 44 ans, ch. association en vue cession ou cession immédiate dans ville d'eaux. Ecr. *P. M.*, n° 835.

Radiologiste achèterait paravent protecteur mod. Ledoux-Lebard ou Belot, et un appar. à U. V. en bon ét. Ecr. *P. M.*, n° 836.

Cherche poste médical dans Paris ou banl. proche, ou encore échangerai poste Nice contre poste Paris. Ecr. Dr Mattas, Saint-Hilaire-le-Château (Creuse).

Méd., cinquantaine, cherche pl. d'assist. ou résid. ds mais. santé ou clin. Ecr. *P. M.*, n° 838.

Chirurgien, disponible à partir du 20 Août, assurerait remplacement, même lgne durée. Utiliserait, si nécessaire, sa voiture personnelle. Ecr. *P. M.*, n° 839.

Pulm. stab. ex-off. aviation, études sup. droit ch. poste adjoint direct. adm., gestion sana. Ecr. Lafaurie, Mariena, Cambo (B.-P.).

Médecin, 33 a., anc. externe Paris, ch. poste assistant ou remplaçant médec. génér. Succession évent. rég. Hérault, Aude, Pyr.-Orientales. Ecr. *P. M.*, n° 841.

A céder, clientèle médicale, av. appartement, matériel médical, Paris. Ecr. *P. M.*, n° 842.

Docteur ch. conf. expérimenté, de préf. anc. int. pr remplacem. lgue durée, début Sept. Succession possible. Banlieue Sud-Ouest. Ecr. *P. M.*, n° 843.

A vendre Poupinel cuivre, autoclave. Ecr. *P. M.*, n° 844.

AVIS. — Prière de joindre aux réponses un timbre de 2 francs pour transmission des lettres.

Le gérant : F. Thomas.

Imprimé par l'Ancne Imprimerie de la Cour d'Appel, 1, rue Cassette, à Paris (France)

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées aux Périodiques, la Direction scientifique de La Presse Médicale *a dû fixer à 4 colonnes maximum l'étendue des mémoires originaux. Tout manuscrit dépassant cette étendue sera retourné à son auteur.*

DES PROPRIÉTÉS ANTAGONISTES DES FILTRATS DE CULTURE DU « B. SUBTILIS » A L'ÉGARD DE CERTAINES BACTÉRIES ET DES TOXINES MICROBIENNES

Étude expérimentale

PAR MM.

G. RAMON et R. RICHOU

Au cours de ces dernières années, un intérêt immense a été soulevé, à la fois dans les Laboratoires et en Clinique, par la découverte de la *pénicilline* due à Fleming et par les beaux travaux des savants anglais et américains, travaux qui ont abouti à la *pénicillinothérapie*.

Les faits ainsi mis en évidence découlent du phénomène général de l'antagonisme microbien.

C'est encore Pasteur qui, le premier, observa ce phénomène qu'il annonça en ces termes, en 1877 [1] : « Un liquide envahi par un ferment organisé ou par un être aérobie, permet difficilement la multiplication d'un autre organisme inférieur, alors même que ce liquide considéré dans son état de pureté est propre à la nutrition de ce dernier... Chose bien remarquable, poursuit-il, ce même phénomène se passe dans le corps des animaux. » Et Pasteur emporté par son imagination féconde jusqu'aux hypothèses les plus hardies eut l'intuition géniale que cet antagonisme microbien pourrait être utilisé en thérapeutique. « Ces faits (d'antagonisme), écrit-il en effet, autorisent peut-être les plus grandes espérances au point de vue thérapeutique. »

Dans la suite, Bouchard, Charrin [2] et plusieurs élèves de Metchnikoff, notamment de Freudenreich [3], Blagovestchensky [4], envisagent différentes manifestations de l'antagonisme microbien. De son côté, Metchnikoff [5] lui-même, examinant la production des antitoxines dans l'échelle des êtres, signale que des microbes tels que le *Bacillus mesentericus* et le *B. subtilis* végétant dans le bouillon tétanique, affaiblissent la toxine tétanique. Quelque trente années après Metchnikoff, nous devions nous rendre compte avec Chr. Zoeller, dans des essais demeurés inédits, que le *B. subtilis* agissant d'une part sur la toxine tétanique et d'autre part sur la toxine diphtérique détruit à la fois leur pouvoir toxique pour l'animal et leur pouvoir floculant *in vitro*.

Maurice Nicolle, en 1907 [6], étudie l'action du *B. subtilis* sur diverses bactéries et il constate en particulier que les filtrats de ce saprophyte « solubilisent » plus ou moins bien le pneumocoque, le bacille de la morve, la bactéridie charbonneuse, etc., et il tente d'utiliser ces « solutions » bactériennes et notamment les « solutions » pneumococciques en guise de vaccin. Ces tentatives furent d'ailleurs sans lendemain. Il était donné à Fortineau [7], de Nantes, de réaliser en 1910, avec succès, la première application thérapeutique de l'antagonisme microbien, en France, par l'emploi de la pyocyanase dans le traitement du charbon chez l'homme.

A partir de 1910, les travaux sur l'antagonisme microbien vont se multiplier. Nous signalerons spécialement ceux de Vaudremer [8], de Rosenthal [9] et surtout ceux de Gratia, élève et alors collaborateur de notre éminent Collègue Jules Bordet. Gratia fait connaître, en 1924, que certaines moisissures et en particulier le *Penicillium glaucum* possèdent la propriété de lyser diverses bactéries. Les colonies de ce Streptothrix poussant sur des plaques de gélose qui contiennent par exemple des suspensions de staphylocoques « produisent une clarification complète du milieu, ne se localisant pas seulement au niveau de la culture mais débordant franchement le pourtour de celle-ci qui en trente-six à quarante-huit heures peut atteindre plus de 2 *cm.* de largeur [10]. C'est à peu près dans les mêmes termes que quelques années plus tard, en 1929 [11], Fleming, spécialiste de l'étude de la lyse microbienne, décrit l'action d'un autre penicillium, *le Penicillium notatum* sur le staphylocoque. Abraham, Chain, Florey et leurs collaborateurs [12] de l'Ecole d'Oxford tirèrent, à dater de 1937, un magnifique parti de ces observations. Grâce à leurs recherches, la *Pénicilline* était introduite en 1940 dans la thérapeutique. On sait le reste. D'autre part, notre compatriote Dubos, de l'Institut Rockefeller de New-York, isola des cultures d'un microbe du sol, le *B. brevis*, de nouveaux agents antibactériens, notamment la *Gramicidine* [13].

Telle est dans ses grandes lignes l'histoire de ce que l'on a appelé, il y a plus d'un demi-siècle, l'*antagonisme microbien*.

En ce qui nous concerne, poursuivant nos recherches commencées il y a plusieurs années par l'étude, du point de vue immunologique, des ferments, des anaferments, des antiferments [14] et prenant une nouvelle direction avec comme point de départ les travaux ébauchés voilà quarante ans et plus par Maurice Nicolle et Metchnikoff, nous avons porté nos investigations sur les filtrats de culture du *B. subtilis* qui font preuve de propriétés diastasiques : gélatinolytiques, amylolytiques, etc... et qui sont également capables de manifester des propriétés antagonistes variées à l'égard de certaines bactéries.

Notre premier soin a été de posséder des filtrats aussi actifs que possible. Après diverses tentatives [15], nous avons mis au point un milieu économique composé uniquement de substances végétales dont la base est le son de blé, et nous avons effectué sur ce milieu ainsi qu'en milieu de composition chimique définie, des cultures en utilisant des semences de *B. subtilis* sélectionnées [16].

Nous avons pu obtenir ainsi des filtrats riches en protéase (gélatinase) et nous avons étudié, *in vitro*, d'une part leur pouvoir gélatinolytique, d'autre part, leurs propriétés bactériostatiques, bactéricides et bactériolytiques. Disons-le tout de suite, nos filtrats se sont montrés particulièrement actifs vis-à-vis du bacille diphtérique, de la bactéridie charbonneuse, du bacille de la pseudo-tuberculose, etc., aussi pour éprouver leurs propriétés antagonistes, avons-nous eu recours à ces différentes bactéries.

Il ressort de ces essais dont on trouvera ailleurs [17] les détails techniques qu'il suffit d'une faible proportion de filtrats de *B. subtilis* ajoutée à du bouillon nutritif pour annihiler la multiplication des germes comme le bacille diphtérique, la bactéridie charbonneuse par exemple, qu'on y a semés et pour les priver de vie et finalement les faire disparaître par un phénomène de lyse.

En règle générale, il y a un certain rapport entre le pouvoir gélatinolytique des filtrats et leurs propriétés antagonistes à l'égard des bactéries d'épreuve que nous avons utilisées sans que ce rapport soit mathématique. Il semble que les propriétés gélatinolytique et antibactérienne se développent suivant des courbes plus ou moins superposables au cours de la végétation du *B. subtilis* dans le milieu de culture.

D'après les résultats acquis à ce jour, les filtrats de culture du *B. subtilis* obtenus comme nous l'avons indiqué et qui présentent un pouvoir gélatinolytique relativement élevé possèdent des propriétés bactériostatiques, bactéricides et bactériolytiques manifestes et de plus ou moins grande valeur à l'égard des bactéries pathogènes comme le bacille diphtérique, le bacille de Preisz-Nocard, la bactéridie charbonneuse, le bacille de la pseudo-tuberculose, le bacille de la peste, le bacille dysentérique (Shiga), etc.

Dans une nouvelle série de recherches, nous avons examiné *l'influence de ces mêmes filtrats de culture du* B. subtilis *ou de germes voisins, non plus sur les bactéries mais sur les poisons* que certaines d'entre celles-ci sont capables d'élaborer et notamment sur la toxine diphtérique, sur la toxine staphylococcique, sur la toxine tétanique, etc.

La *toxine diphtérique* que nous avons utilisée dans nos essais tuait le cobaye à la dose de 1/2.000 de centimètre cube, immédiatement après sa préparation ; elle titrait 45 unités antigènes de floculation. En mélangeant volume égal de cette toxine et d'un filtrat de *B. subtilis* d'une activité gélatinolytique relativement élevée, renfermant par exemple 3.000 unités gélatinolytiques par centimètre cube, on constate après quarante-huit heures d'exposition à la température de 36-37° que ce mélange injecté au cobaye, à la dose de 1 cm^3 ne le tue pas : 1 cm^3 de filtrat a donc détruit 1 cm^3 de toxine, soit 2.000 doses mortelles. La toxine seule non additionnée de filtrat et abandonnée durant le même temps et dans les mêmes conditions à l'étuve ne perd qu'une portion inappréciable de son pouvoir toxique. Lorsque l'on mélange 1 cm^3 de la même toxine à 9 cm^3 de filtrat, 1 cm^3 du mélange qui, à l'origine, renfermait 200 doses mortelles ne contient plus, après vingt-quatre heures d'étuvage, aucune trace de poison diphtérique comme l'épreuve chez le cobaye permet de s'en rendre compte.

On obtient des résultats de même ordre en faisant agir le filtrat de *B. subtilis* sur la *toxine staphylococcique*. Ainsi le pouvoir hémolytique d'un échantillon de cette toxine correspondant à 800 doses hémolytiques par centimètre cube a entièrement disparu après trente-six heures de séjour à l'étuve (36-37°) du mélange formé de parties égales de toxine et de filtrat.

Un mélange de 1 cm^3 de *toxine tétanique* représentant 100.000 doses mortelles (pour le cobaye) et de 9 cm^3 de filtrat, devient complètement atoxique après vingt-quatre heures d'exposition à la température de 36-37°.

D'autres essais nous ont montré que les *toxines des germes de la gangrène gazeuse*, par exemple la toxine du *B. perfringens*, sont, elles aussi, sensibles à l'influence des filtrats du *B. subtilis*, de même que la *toxine botulinique*.

Soit dit en passant, l'absence de tout pouvoir léthal, hémolytique, nécrotique, des mélanges préparés dans les conditions indiquées, de toxine diphtérique ou staphylococcique ou tétanique et de filtrat de *B. subtilis* démontre l'innocuité propre à ce dernier.

Ainsi il résulte de cette série d'expériences que les filtrats de culture du *B. subtilis* ou des germes analogues que nous avons étudiés sont capables, grâce sans doute à des actions de caractère diastasique, d'altérer profondément et même de détruire totalement la toxicité que possèdent *in vitro* (pouvoir hémolytique) comme *in vivo* (pouvoir léthal, pouvoir nécrotique...) des toxines bactériennes telles que la toxine diphtérique, la toxine staphylococcique, la toxine tétanique, etc. La vitesse et l'intensité de l'altération sont en relation avec les proportions respectives du filtrat et de la toxine ainsi qu'avec la nature de celle-ci.

N'est-il point surprenant et hautement significatif qu'une action destructive aussi énergique puisse être exercée sur les poisons bactériens les plus violents par un simple filtrat de culture de microbes saprophytes, lequel se montre d'ailleurs inoffensif, soulignons-le, même à fortes doses, pour l'animal d'expériences. Cette action destructive pourra être accrue encore et dans une grande mesure, par la sélection des souches de *B. subtilis* et autres germes voisins doués de propriétés similaires, par le perfectionnement des milieux de culture [18] et surtout

1. PASTEUR et JOUBERT : *Bull. Acad. de Méd.*, 1877, 2e série, 6, 781.
2. *C. R. de l'Acad. des Sciences*, Avril 1888 et Avril 1889.
3. *Annales Institut Pasteur* : 1888, **2**, 200.
4. *Annales Institut Pasteur* : 1890, **4**, 680.
5. *Annales Institut Pasteur* : 1897, **11**, 801.
6. *Annales Institut Pasteur* : 1907, **21**, 613.
7. FORTINEAU : *Annales Institut Pasteur*, 1910, **29**, 955.
8. VAUDREMER : *C. R. Soc. de Biol.*, 1913, 640.
9. ROSENTHAL : *C. R. Soc. de Biol.*, 1925, 1926, **92**, **93**, **95**.
10. GRATIA et ses collaborateurs : *C. R. Soc. de Biol.*, 1924, **1**, 1112 ; 1925, **92**, 461, etc
11. FLEMING : *Brit. Journ. Exp. Path.*, 1929, **10**, 226.
12. ABRAHAM, CHAIN et collaborateurs : *Lancet*, 1941, **11**, 226. *Nature*, 1940, **146**, 837.
13. DUBOS et collaborateurs : *J. Exp. Med.*, 1939, **70**, 1 et 2. *J. Exp. Med.*, 1939, **70**, 249.
14. G. RAMON : *C. R. Acad. des Sciences*, 1943, **217**, 562, 1944, **218**, 253, 335, 805, etc. *Bull. Acad. de Méd.*, 9 Janvier 1945.
15. *C. R. Acad. des Sciences* : Séance du 11 Septembre 1944 et *C. R. Acad. des Sciences* : Séance du 12 Mars 1945.
16. Que notre Collègue R. LEGROUX a mis aimablement à notre disposition ou que nous isolions nous-mêmes.
17. Voir G. RAMON, R. RICHOU et J. RAMON : *C. R. Acad. des Sciences*, 16 Avril 1945, *Bull. Acad. de Méd.*, 8 Mai 1945.
18. A titre d'indication, mentionnons que depuis le début de nos expériences, nous avons pu, grâce aux perfectionnements successifs apportés à la préparation des milieux de culture, faire passer le titre gélatinolytique de nos filtrats de 50 unités (*C. R. Acad. des Sciences*, 1944, **219**, 268) à 1.000 et 3.000 unités en moyenne (*C. R. Acad. des Sciences*, Séance du 12 Mars 1945). Ce dernier titre peut être dépassé. Des essais de culture que nous poursuivons présentement (en milieux semi-synthétiques) le laissent prévoir

par l'extraction sous une forme concentrée du principe actif de nos filtrats auquel nous avons donné le nom de « *subtiline* ».

Signalons ici que d'après des recherches effectuées dans des conditions comparables, la *pénicilline* n'a aucune influence sur le pouvoir toxique les poisons microbiens: diphtérique, staphylococcique, tétanique, etc.

Ces faits d'altération et de destruction des toxines bactériennes par les filtrats de culture de germes du groupe subtilis, joints à ceux qui concernent les propriétés bactéricides et bactériolytiques des mêmes filtrats à l'égard de différentes bactéries pathogènes, offrent un intérêt certain, du point de vue théorique et du point de vue pratique.

Du point de vue théorique, ils nous permettent le mieux saisir *le rôle de certains phénomènes biologiques* qui se passent dans le monde extérieur et au sein des organismes et qui contribuent grandement à garantir ceux-ci contre le danger des infections et à leur faire acquérir une immunité plus ou moins solide contre diverses maladies infectieuses. Nous en donnerons un exemple observé chez l'animal. Mettant en évidence il y a une douzaine d'années, chez les Ruminants, l'immunité antitétanique d'origine naturelle, laquelle se traduit par la présence dans le sérum de ces animaux d'antitoxine tétanique souvent à un taux très élevé, nous en avions expliqué le mécanisme de la façon suivante [19] : « Les réservoirs digestifs, qui précèdent chez les Ruminants le véritable estomac, sont le siège de pullulations et de fermentations microbiennes très variées, très intenses. En particulier les germes tétaniques apportés là par les aliments y produisent leur toxine. Celle-ci plus ou moins *modifiée, altérée par les autres fermentations*, disions-nous à l'époque, passe à doses minimes, très fréquemment répétées dans l'économie de l'animal; non toxiques ou d'une toxicité réduite ces doses minimes de toxine y déterminent l'apparition et le développement de l'immunité antitétanique. » Nous trouvons dans les faits que nous exposons aujourd'hui la confirmation de l'explication de l'acquisition de l'immunité antitétanique et tout particulièrement la démonstration de l'altération de la toxine tétanique par les ferments microbiens dans les réservoirs digestifs des Ruminants, d'autant plus que le *B. subtilis* et les microbes du même genre apportés par la paille, le fourrage, etc., y foisonnent et y produisent leur principe actif capable d'altérer la toxine tétanique élaborée, elle aussi, *in situ*. Et nous sommes enclins à admettre que le phénomène de l'antagonisme microbien a sa part dans l'acquisition « naturelle » de diverses immunités spécifiques, en particulier de l'immunité antidiphtérique [20] chez l'enfant en dehors de tout symptôme apparent de la diphtérie.

Du point de vue pratique, la coexistence dans les filtrats de culture du *B. subtilis* de propriétés antagonistes à la fois de certaines bactéries pathogènes et des toxines microbiennes élargit grandement la perspective de nouveaux moyens de lutte contre les maladies infectieuses. Sans nous dissimuler les difficultés encore à vaincre pour passer du laboratoire à la clinique, nous pensons néanmoins dès maintenant que les données fournies par notre expérimentation pourront recevoir ultérieurement leur application dans le traitement, et en premier lieu dans le traitement local de différentes infections notamment des infections toxigènes de l'homme et des animaux domestiques [21]. Cette formule thérapeutique d'origine biologique viendra compléter la chimiothérapie et l'immunothérapie et principalement l'immunothérapie antitoxique [22].

Tels sont, en conclusion, les espoirs qu'autorisent les faits qui ressortent de l'ensemble de notre travail expérimental accompli ces derniers temps en ce champ immense de *l'antagonisme microbien* que Pasteur ensemença, pour la première fois, de ses idées fécondes.

19. *Bull. de l'Acad. Vétér.*, 1933, **6**, et *Revue d'Immunologie*, 1935, **1**, 225.

20. Dujardin-Beaumetz n'a-t-il pas mis en évidence jadis un staphylocoque doué d'un pouvoir antibiotique vis-à-vis du bacille de Löffler ?

21. L'existence dans le sang ou dans les tissus d'une « propriété antizymique normale » (Voir G. Ramon : *C. R. Acad. des Sciences*, 1944, **218**, 895-899) peut paraître constituer un obstacle à l'utilisation des filtrats de subtilis dans le traitement général des infections, par injections intramusculaires ou sous-cutanées du nouveau remède. Mais tout d'abord, il n'est point prouvé que la propriété « antizymique » qui inhibe, dans une certaine mesure, le pouvoir gélatinolytique du filtrat de subtilis s'exerce également et dans la même mesure contre les principes antagonistes que renferme en outre ce filtrat. En serait-il ainsi que l'obstacle pourrait être levé en grande partie grâce à l'accroissement de l'activité de la subtiline, de façon à dépasser largement les limites de l'effet contrariant du sang ou des tissus.

22. Ainsi, par exemple, dans le traitement des angines diphtériques ou de la diphtérie des plaies (et aussi dans la stérilisation des porteurs de germes) l'emploi sous forme de pulvérisations ou de toute autre manière, de la « subtiline » capable de détruire en même temps les bacilles de Löffler et leur toxine à l'état naissant, fournira sans doute un utile complément à la sérothérapie. De même chez le cheval, l'application locale selon un mode approprié du principe actif du *B. subtilis* sera indiqué dans la lymphangite ulcéreuse à bacille de Preisz-Nocard, etc.

DU RÉTABLISSEMENT SECONDAIRE DE LA CONTINUITÉ INTESTINALE APRÈS L'OPÉRATION DE HARTMANN

Par **J.-C. RUDLER**
(Paris)

L'opération de Hartmann, bien que son domaine soit entamé par le renouveau des résections sigmoïdo-rectales par voie abdomino-sacrée, conserve les indications précises (J. Quénu et Cauchoix, *Journal de Chirurgie*, 1944, **60**, 97). Elle a l'inconvénient de laisser un anus iliaque en principe définitif, bien qu'il persiste une ampoule rectale et un appareil sphinctérien intact. Le but de cet article est de rappeler les possibilités qui s'offrent au chirurgien pour rétablir *secondairement*, dans ce cas, la continuité intestinale.

Ce problème est très différent de celui du rétablissement *immédiat* de la continuité après colectomie sigmoïde; ce dernier est résolu généralement mise à part la suture directe par voie abdomino-sacrée), soit par *l'intubation* colo-rectale, ancien procédé de Maunsell-Morisson-Lockhardt-Mummery, rajeuni récemment par Bergeret et Livory (*Journal de Chirurgie*, 1940, **56**, 209), soit par la suture colo-rectale sur drain de Gaudart d'Allaines (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, 1944, **70**, 117). Ces deux types d'intervention se font sous la protection d'un anus de dérivation sus-jacent, iliaque ou sous-angulo-colique, qui peut être fermé ultérieurement par les procédés usuels.

Lorsque, au contraire, le côlon sigmoïde a été enlevé sans rétablissement immédiat de la continuité, l'anus contre nature est terminal, et la question est de réunir cet anus terminal au moignon rectal.

Avant toute tentative chirurgicale, se pose une condition préalable: le consentement du malade. Les interventions comportent d'indiscutables risques. Comme il ne s'agit, en somme, que de supprimer une infirmité, on doit exposer loyalement le pour et le contre à l'intéressé. Parfois d'ailleurs cette discussion est abrégée, car c'est l'opéré lui-même qui vient supplier le chirurgien de le débarrasser coûte que coûte de ce qu'il considère comme une déchéance intolérable.

Il faut ensuite choisir le moment favorable. Toute intervention curatrice sur un anus contre nature suppose des conditions anatomo-pathologiques satisfaisantes de celui-ci: muqueuse parfaitement ourlée à la peau, pas d'œdème, pas d'infection de voisinage. Mais ce n'est pas seulement à ces conditions que nous pensons. C'est surtout au temps écoulé depuis l'intervention radicale, lorsque celle-ci a été faite pour cancer. Doit-on, pour envisager le rétablissement de la continuité, attendre que le cancer ait fait la preuve certaine de sa guérison? Et dans ce cas, quel délai s'imposer? Certains attendent un an; mais c'est à la fois bien long pour le malade, et trop court pour affirmer qu'il n'y aura pas récidive. M. Santy parle d'un « long délai »; c'est reconnaître l'imprécision même de ce délai.

Si nous prenons un exemple voisin, celui de la colectomie gauche pour cancer à la Bouilly-Volkmann, terminée par un anus latéral à éperon, nous constatons que pratiquement on ferme cet anus dès qu'il offre des conditions locales favorables; on n'attend pas de savoir s'il apparaîtra des signes de récidive. Pourquoi ne pas agir de même ici? Nous nous rangeons donc très volontiers à l'argument moral exprimé par M. Picot: « Si la récidive du néoplasme doit être précoce, mon opérée aura la satisfaction de se croire guérie et de ne pas être pour les siens une infirme qui nécessite des soins constants » (*Mém. Ac. Chir.*, 1939, **65**, 874).

Enfin, avant tout choix thérapeutique, on doit faire faire un examen radiologique, avec injection opaque du moignon rectal d'une part, lavement baryté par l'anus artificiel d'autre part.

Le moignon rectal peut être très développé, dessinant une véritable ampoule et même l'amorce d'une portion sus-ampullaire; il peut être au contraire d'une brièveté extrême, qui rendrait très difficile, surtout si les circonstances anatomiques sont défavorables (malade gras, à bassin étroit et profond), toute intervention basée sur une anastomose par suture exacte.

Le côlon injecté par l'anus iliaque peut présenter plusieurs aspects. Les uns sont favorables: c'est le cas d'un côlon iliaque long et flexueux, qui sera facile à mobiliser et à abaisser; c'est celui d'une anse colique développée secondairement par allongement sous le poids des matières, éventualité signalée par A. Schwartz (*Mém. Ac. Chir.*, 1939, **65**, 888), mais qui est loin d'être constante. On peut encore découvrir un côlon transverse qui décrit une longue courbe à convexité inférieure, utilisable pour une anastomose transverso-rectale, comme dans un cas de M. d'Allaines (*Mém. Ac. Chir.*, 1940, **66**, 799). Mais il ne faut pas négliger l'injection barytée du petit moignon colique sous-jacent à l'anus iliaque, lorsqu'il existe; il ne s'atrophie pas toujours comme il est classique de le dire, mais parfois au contraire subit lui aussi un certain degré d'allongement secondaire; c'était le cas chez un malade à qui j'ai pu faire une iléo-colo-rectoplastie en anastomosant le bout supérieur de l'anse grêle au moignon colique (observation rapportée à l'Académie de Chirurgie).

Mais dans d'autres cas, l'exploration radiologique du côlon montre que celui-ci ne sera pas utilisable pour une anastomose colo-rectale: côlon iliaque absent car réséqué dans le temps d'exérèse, ou très court; transverse bref et haut situé.

D'ailleurs ces renseignements radiographiques devront être vérifiés opératoirement; ce n'est souvent que l'abdomen ouvert qu'on pourra adopter la tactique définitive.

D'après ces données radio-chirurgicales, on peut distinguer deux cas: ou bien l'anastomose directe du côlon au rectum est possible, ou elle est impossible.

Dans le premier cas, c'est soit le côlon gauche lui-même, soit le transverse que l'on pourra abaisser.

L'abaissement du côlon gauche est considéré comme le procédé de choix, surtout lorsqu'on peut profiter de cet allongement secondaire auquel nous avons fait allusion; sinon, il faut faire un décollement colo-pariétal. Jusqu'à maintenant les différents opérateurs [1], après avoir libéré puis fermé la colostomie terminale, ont invaginé ce moignon colique dans le rectum jusqu'à ce que son extrémité apparaisse à l'anus, si possible; la tranche colique est alors rouverte et suturée à la peau de l'anus.

Les inconvénients de l'invagination sont connus: sphacèle secondaire du boudin invaginé, sténose secondaire possible. Aussi serait-il logique d'essayer dans ces cas la suture sur drain, lorsque les conditions anatomiques la permettent (Gaudart d'Allaines, *Mém. Ac. Chir.*, 1944, **70**, 117). Notons enfin qu'on doit veiller soigneusement à supprimer la brèche qui persisterait en arrière du côlon abaissé, si l'on ne prenait garde à suturer celui-ci ou son méso au

1. Hartmann, 1907. — A. Schwartz, 1928. — Jean, 1930. — Santy et Michel-Béchet, 1937. — Santy, 1941.

péritoine pariétal postérieur. L'oubli de cette précaution fut à l'origine d'une occlusion précoce et mortelle chez une opérée de M. Schwartz.

Le côlon transverse semble n'avoir été utilisé qu'une fois, par M. d'Allaines (*Mém. Ac. Chir.*, 1940, **66**, 799). Là aussi, le procédé employé a été l'invagination. Mais une critique assez sérieuse doit être soulevée: l'anastomose transverso-rectale créée, elle aussi, une brèche entre le transverse abaissé et le bord libre de son méso sectionné d'une part, et la paroi postérieure de l'abdomen d'autre part. Mais cette brèche *ne peut être obturée.* Il y a donc là un risque considérable d'occlusion du grêle, auquel a échappé la malade de M. d'Allaines, mais cette chance ne se renouvellerait peut-être pas en d'autres mains. Enfin, l'anastomose transverso-rectale a l'inconvénient de laisser subsister en aval un segment transverso-colique exclu, drainé par l'anus iliaque; on ne peut guère songer à en pratiquer l'exérèse dans le même temps opératoire, elle nécessite un temps supplémentaire.

Mais quelle que soit la technique choisie (anastomose colo- ou transverso-rectale), un point nous paraît délicat et encore mal précisé. Toutes les interventions que nous venons de citer ont été faites sans que les opérateurs se soient assuré la protection d'une dérivation intestinale sus-jacente. Sans doute cette audace est-elle justifiée dans une certaine mesure par le fait que l'on peut parfaitement évacuer avant l'intervention l'intestin d'un malade porteur d'un anus iliaque, et aussi que ces péritoines « préparés » par l'intervention antérieure sont plus résistants qu'un péritoine vierge. Cependant, de telles tentatives ne sont licites que si les risques en sont minimes. Bien qu'il puisse paraître paradoxal, pour supprimer un anus artificiel, d'en créer un autre, la dérivation intestinale nous paraît donc sage. La cæcostomie ne peut suffire à l'assurer, sauf peut-être dans le cas d'anastomose transverso-colique. Si c'est le côlon iliaque qu'on anastomose au rectum, la prudence conseille d'établir en amont un anus à éperon; on pourra le faire sous-angulo-colique par exemple, mais *à la fin de l'intervention*, lorsque les manœuvres d'abaissement et de suture seront terminées. En commençant par l'anus, on se créerait des difficultés peut-être insurmontables pour l'abaissement. Enfin cet anus doit être ouvert immédiatement, avec tube de Paul dans le bout supérieur. Il nécessitera évidemment un temps ultérieur de fermeture.

Certes cette dérivation supplémentaire complique notablement la méthode des anastomoses colorectales; mais vouloir se passer de cet élément de sécurité risque d'entraîner des échecs, voire des désastres.

Dans un deuxième groupe de cas, l'exploration radio-chirurgicale a prouvé que le côlon ne peut être abaissé. Le seul moyen de restaurer le tube digestif est de faire une iléo-recto-coloplastie, c'est-à-dire d'interposer une anse grêle pourvue de son mésentère entre l'anus iliaque et le moignon rectal.

Cette intervention a acquis droit de cité par les résultats qu'elle a donnés expérimentalement et chez l'homme. Il est établi que l'anse grêle s'adapte à ses nouvelles fonctions coliques (Bergeret, *Mém. Ac. Chir.*, 1942, **68**, 157). Et même, l'utilisation d'un transplant iléal est conseillé maintenant dans les pertes de substance étendues du côlon transverse (Richter, *Wiener med. Woch.*, 1943, **93**, 604).

Parfaitement légitime donc, l'iléo-coloplastie a en outre l'avantage sur les abaissements coliques de ne pas dépendre de la distance qui sépare l'anus iliaque du cul-de-sac rectal; on peut utiliser une anse grêle de 35, 40 *cm.* et plus. Enfin, elle bénéficie par définition d'une dérivation intestinale préalable.

Mais elle a ses inconvénients. Tout d'abord, elle peut être impraticable du fait de l'étendue des adhérences des anses grêles entre elles et à la paroi, à la suite de l'intervention d'exérèse ou même d'autres laparotomies antérieures (cas de M. d'Allaines).

Surtout, c'est une intervention longue et complexe, et certainement non anodine, bien que tous les cas publiés soient des guérisons; mais il y en a peut-être d'autres...

Enfin, elle nécessite la mise à la peau du bout supérieur de l'anse iléale exclue, à côté de l'anus iliaque: la cure secondaire de cet anus iléo-colique est délicate. Mettons à part le cas où l'on a la chance de disposer d'un petit moignon colique en aval de l'anus iliaque: on peut ainsi anastomoser l'extrémité supérieure de l'anse grêle à ce moignon, comme je l'ai fait, et l'on n'a à pratiquer ultérieurement qu'une fermeture d'anus iliaque banal.

Malgré ses inconvénients, l'iléo-coloplastie a donc des indications précises: elle est la seule ressource lorsque l'abaissement colique, iliaque ou transverse, est impossible ou seulement difficile; car on ne doit pas oublier qu'à vouloir trop abaisser, on risque de créer des décollements étendus, exposés à l'infection post-opératoire, et de compromettre la vascularisation du bout colique abaissé, ce qui serait très fâcheux.

Pour nous, elle est encore l'opération de choix lorsqu'il existe au-dessous de l'anus iliaque un cul-de-sac colique de longueur et de calibre suffisants; sur la radiographie de notre opéré, on lisait pour ainsi dire l'indication de l'iléo-coloplastie, car 12 *cm.* à peine séparaient le cul-de-sac rectal supérieur et le cul-de-sac inférieur du moignon colique.

Le résultat que nous avons obtenu nous fait regretter que cette intervention ne soit pas employée plus souvent; d'autant plus qu'elle doit bénéficier des améliorations techniques récentes: suture iléo-rectale sur drain, suivant la technique de M. d'Allaines; sulfamidation locale abondante et drainage déclive présacré, à la manière de Soupault; aspiration duodénale continue post-opératoire par le tube de Wangensteen ou de Miller-Abott, destinée à soulager l'anastomose iléo-iléale.

Grâce à ces perfectionnements, le seul inconvénient de l'iléo-coloplastie, sa relative complexité, peut être mis en balance avec les inconvénients des sutures colo-rectales: possibles difficultés d'abaissement, nécessité d'établir un nouvel anus de dérivation en amont; et les indications de l'iléo-coloplastie devraient devenir plus fréquentes.

MOUVEMENT CHIRURGICAL

LE CHOC TRAUMATIQUE

Données physiopathologiques récentes

Le choc n'apparaît plus comme étroitement lié au domaine de la traumatologie. Tout en restreignant la compréhension abusive qu'avait fini par lui donner une appellation défectueuse, les recherches modernes ont montré qu'il ne représentait qu'un des aspects d'une défaillance progressive mais rapide des conditions circulatoires de l'organisme. A ce titre, l'étude de ses mécanismes rejoint celle des grands désordres de la fonction circulatoire et des masses liquides du corps. Elle l'apparente à nombre de syndromes qui bien que de cause différente lui apparaissent comme physiologiquement semblables et sur lesquels des aperçus nouveaux se font jour. L'étude physiopathologique du choc traumatique apparaît donc — parce qu'elle est une des moins mal connues — comme une préface possible à celles de toutes les faillites brutales de la circulation périphérique, quel que soit le cadre étiologique dans lequel elles sont rangées.

Voici un sujet qui, après un traumatisme, présente une blessure de gravité variable, minime parfois et qui souvent n'atteint aucun organe vital. Progressivement on le voit pâlir, se refroidir, sa tension baisser, et il y a comme le dit Moon « quelque chose de dramatique et de mystérieux à la fois » dans cette sidération inattendue de l'organisme qui de façon inexorable aboutit à la mort. Tout le monde connaît ce tableau. Rien n'est plus malaisé cependant que de le définir, car les critères mêmes qui permettent de parler de choc sont délicats à fixer.

En clinique il en existe peu, si même il en existe. Seule une différence évolutive sépare le choc de certains collapsus hypotensifs, seules des différences minimes, avant tout étiologiques, l'isolent très artificiellement d'autres syndromes.

Expérimentalement, la même difficulté se retrouve. Si bien qu'il existe à peu près autant de définitions du choc que d'auteurs. Si l'on recherche dans ces définitions les éléments qui paraissent les moins inconstants, on retrouve: 1° la diminution du volume du sang circulant; 2° le collapsus vasculaire périphérique; 3° la sidération nerveuse: on pourrait, si l'on veut ne préjuger d'aucun fait non vérifié ou inconstant, proposer la définition suivante: « Processus d'insuffisance circulatoire périphérique grave pouvant survenir en l'absence de lésions des organes vitaux, en rapport avec la diminution du sang circulant et qui, en l'absence d'intervention, conduit à la mort par anoxémie ». Ceci sans méconnaître tout ce que cet énoncé a de provisoire dans l'état actuel de nos connaissances.

L'Étude physiopathologique est rendue difficile par la masse énorme de travaux parus sur le sujet; travaux dont les résultats sont souvent contradictoires et qui imposent un très grand éclectisme dans les hypothèses finales. Elle l'est également par les difficultés expérimentales.

Le choc peut en effet être reproduit par des moyens très différents: hémorragie, brûlure, traumatisme, garrot, broiement, injection d'histamine, etc... et les résultats de ces différentes techniques sont peu superposables entre eux.

Le choc peut par ailleurs être étudié chez des animaux différents qui, eux-mêmes, peuvent ou non être anesthésiés.

Néanmoins, à l'heure actuelle, une conception générale du mécanisme du choc paraît être admise par tout le monde ou à peu près. C'est celle-là que nous exposerons. Elle offre à étudier:

1° *Le mécanisme général du déroulement des phénomènes.*

2° *La cause première, le facteur déclenchant initial et son mécanisme d'action.*

1° *Le mécanisme général du déroulement des phénomènes:*

Quel que soit le facteur déclenchant, quel que soit le point d'action initial de l'agression, l'état de choc se trouve réalisé lorsque s'associent deux troubles primordiaux: la chute du volume du sang circulant et le désordre vasculaire périphérique.

a) La chute du volume du sang circulant n'est pas une notion nouvelle. Dès 1893, Sherrington et Copeman la soupçonnaient sur l'élévation de la densité du sang chez les choqués. En 1913, Short accusait la chute du volume sanguin de porter la responsabilité de l'effondrement tensionnel, et Robertson et Bock, Cannon, Fraser et Hopper décrivaient l'hémoconcentration qui, selon eux, dérivait de l'issue hors des vaisseaux de la partie liquide du sang. Ultérieurement Keith, mesurant le volume sanguin à l'aide du rouge vital, donnait la première preuve formelle de ce fait. La réduction pouvait, selon lui, atteindre parfois 85 pour 100 du volume sanguin initial, des signes graves apparaissant toujours après une perte supérieure à 25 pour 100 et la mort étant à peu près inévitable pour une perte dépassant 35 pour 100. Dans ces dernières années, Harkins et Harmon, étudiant des cas dans lesquels se produit une grosse perte du volume sanguin: brûlures, pancréatites aiguës, thromboses mésentériques, ont montré que cette perte est, au cours des cas mortels, à peu près équivalente à la quantité de liquide dont la soustraction amène la mort.

Au cours des brûlures, Hunderhill montre, que 70 pour 100 de la masse sanguine peut être perdue; Harkins, que 50 pour 100 de cette perte se fait dans la première heure. Evans, Hoover, James en 1944 vérifient encore ces notions chez un grand nombre de choqués.

b) Le désordre vasculaire périphérique évolue en deux phases:

Dans un premier temps, on assiste sous l'influence de l'agression, à la mise en jeu de phénomènes de compensation: vaso-constriction généralisée, décharge adrénalinique, contraction splénique,

etc... Le tout aboutissant à un état précaire de choc dit « compensé ».

Dans une seconde phase, on assiste à l'effondrement de ces mécanismes de défense. A la vaso-constriction succède une vaso-dilatation généralisée avec atonie capillaire. La pression veineuse tombe; au niveau de la circulation de retour une paralysie véritable survient qui, rapidement entraîne une diminution du débit cardiaque parfois atteignant 50 pour 100. Il importe néanmoins de noter que le myocarde reste intact au moins jusqu'à une phase très avancée (Wiggers).

Il se produit alors un énorme embarras circulatoire dû à la disproportion entre le contenant vasculaire et son contenu, à l'atonie capillaire généralisée, à l'hyperviscosité du sang. Cet ensemble de phénomènes paraissant caractériser l'aspect hémodynamique du choc, phase essentiellement circulatoire, souvent réversible, et que l'on peut opposer aux phénomènes ultérieurs, phénomènes chimiques, le plus souvent irréversibles qui, peut-être, sont seuls caractéristiques de choc.

c) Dès lors, on entre dans un cycle inexorable. Assez rapidement, sous l'influence de la réduction circulatoire, s'installe un état d'asphyxie tissulaire diffuse qui a pour résultat la libération de produits de désintégration cellulaire toxiques.

Ces substances retentissent alors sur les capillaires en augmentant l'atonie et l'hyperperméabilité. A leur tour, atonie et hyperperméabilité capillaire entretiennent et augmentent, et l'embarras circulatoire et la fuite plasmatique, « l'exhémie », l'hémorragie en dedans » qui, nous l'avons vu, caractérisent le choc. A ce moment le cercle est fermé, les désordres irréversibles, le sujet est *théoriquement* dans l'impossibilité de retenir des liquides dans ses vaisseaux, quelque quantité qu'on lui injecte.

Si vraisemblable qu'il apparaisse, ce mécanisme ne peut cependant être accepté sans restrictions. Deux points en particulier méritent d'être discutés:

1° La chute du volume sanguin; il ne faut pas le méconnaître, cette notion n'est établie que sur des tests sujets à caution.

a) L'hémoconcentration est un fait trop banal au cours de toutes les atteintes vasculaires périphériques pour qu'on puisse lui accorder une autre signification que celle de stase capillaire au point où on la constate. Il est de fait, par exemple, qu'elle varie selon le point où est effectué le prélèvement sanguin. Il apparaît donc que, outre son inconstance, ses difficultés de mise en évidence, ce signe n'autorise absolument pas à trancher le débat entre: fuite plasmatique et simple ségrégation du sang dans certains territoires vasculaires physiologiquement exclus.

b) Les mesures du volume sanguin apparaissent seules comme des tests objectifs. Cependant ces méthodes sont passibles de graves erreurs. En particulier, les méthodes aux colorants (T. 1824) comportent des causes d'erreur tenant à l'inégalité de répartition dans le courant sanguin, à la difficulté de fixer le moment du prélèvement, à la rapidité plus ou moins grande de l'élimination urinaire.

A peine plus exacte apparaît la méthode à l'oxyde de carbone utilisée par Freemann.

En revanche, il importe de noter que, si imparfaites qu'elles soient, toutes ces méthodes ont toujours donné dans le choc des résultats concordants en faveur de la réalité de la chute du volume sanguin. Elles s'accordent pour montrer que celui-ci peut, dans certains cas, tomber de 5 litres à 2 litres et moins.

c) Plus de valeur paraissent avoir les résultats de la thérapeutique actuelle de remplacement du volume sanguin. Quand on envisage qu'un choqué peut recevoir dans les vingt-quatre heures des quantités de 4 à 5 litres de plasma ou de sang, quand on constate que, sous leur influence, la pression artérielle remonte, que l'état général s'améliore, que souvent la guérison survient, quand enfin ont permet de penser (en l'absence d'œdème tissulaire) que ces liquides sont restés en circulation, force est d'admettre un trouble important de la répartition des liquides de l'organisme, trouble qui, au niveau des vaisseaux, ne peut se traduire que par un déficit.

2° L'hyperperméabilité capillaire.

On peut se demander, quand il y a perte de liquides, par quel mécanisme elle survient et où vont ces liquides.

En ce qui concerne le mécanisme, on admet depuis longtemps (Krogh, Ebbecke, Landis) que sous l'influence de nombreux agents (anoxie, chaleur, désordre sympathique) les membranes des petits vaisseaux qui normalement ne sont perméables qu'aux sels, aux gaz et à l'eau, deviennent perméables aux grosses molécules albumineuses qui, normalement, ne les traversent pas. Cette façon de penser a reçu confirmation des constatations de Freemann: Examinant au microscope les capillaires d'un animal choqué, il voit des éléments figurés du sang se concentrer en passant dans la portion veineuse du lit vasculaire. Injectant à l'animal un colorant à grosse molécule (T. 1824) il voit, toujours sous le microscope, le colorant traverser les parois capillaires, si l'animal est en état de choc. Engel utilise une technique ingénieuse. Tandis qu'il injecte par voie veineuse un colorant, il perfuse au Ringer une articulation du genou et il note la concentration du colorant dans le liquide qui ressort de la cavité articulaire. Son taux s'élève en cas de choc. La perméabilité paraît donc bien augmentée.

L'hémoconcentration enfin est également avancée par de nombreux auteurs comme une preuve indirecte de l'hyperperméabilité capillaire.

Le mécanisme de l'hyperperméabilité capillaire apparaît comme extrêmement sujet à caution.

En premier lieu, les capillaires apparaissent microscopiquement indemnes. La preuve de leur atteinte ne repose que sur les suffusions hémorragiques, l'œdème discret, les pétéchies minimes qui surviennent dans certains territoires.

D'autre part, et surtout, l'exhémie plasmatique n'est jamais décelable au niveau des tissus. Si des liquides sont sortis du lit vasculaire, on doit les retrouver quelque part. *Or, il n'y a chez les choqués jamais trace d'œdème tissulaire*. Les quelques centimètres cubes qui imbibent les bases pulmonaires, la sérosité trouvée dans le tractus gastro-intestinal, l'œdème de certaines régions, des régions du thalamus et du 3e ventricule en particulier ne peuvent rendre compte de la perte de liquide supposée. En fait, rares sont les éventualités où, comme dans l'œdème traumatique des membres (syndrome de Bywaters), ou les brûlures, on a la preuve d'une issue de liquides hors des vaisseaux.

C'est ainsi que Fine, Seligman et Franck remarquent que « puisqu'une grosse perte de plasma peut survenir au travers de capillaires paraissant microscopiquement indemnes et puisque cette perte, si elle est uniformément distribuée, peut exister en l'absence d'œdème tissulaire net, il devient nécessaire de déterminer la validité de l'hypothèse de l'hyperperméabilité capillaire par des techniques sans équivoque ».

Dans ce but, Price, Langdon et Longmire ont injecté du bleu Evans dans les veines d'un animal chez qui ils provoquent ensuite un choc par traumatisme ou par hémorragie. Ils constatent dans ces cas, que le colorant ne diffuse pas dans les tissus mais ne teinte que la région traumatisée.

Fine, Seligman et Franck, remarquant que la perte plasmatique ne provoque le choc que parce qu'elle s'accompagne de perte protéique, cherchent à vérifier si dans le choc existe une augmentation des protéines tissulaires.

Dans ce but, ils préparent synthétiquement une cystine radio-active, dont ils nourrissent des chiens. Par la suite, ils provoquent des chocs par hémorragie, tourniquet, traumatisme, brûlure, et étudient: 1° la vitesse de la disparition des protéines radio-actives dans la circulation; 2° leur taux dans les tissus, chez les animaux en expérience. Leurs résultats les amènent à considérer que « aucune preuve de transsudation due à un changement de la perméabilité du lit capillaire n'a été trouvée ». Les protéines radio-actives s'échappent en grande quantité dans la région traumatisée mais non ailleurs. Il n'y a non plus pas de preuve que le lit capillaire devienne plus perméable aux protéines ou au plasma dans la phase tardive ou irréversible du choc. En revanche, 1/5 environ du sang capillaire est en stagnation et retiré de la circulation effective, de sorte que le mécanisme général du choc ressort plus d'une chute progressive du volume du sang activement circulant que d'une diminution réelle du volume plasmatique.

A l'heure actuelle, par conséquent, il existe de nombreuses failles qui font que cette conception générale du choc ne peut être acceptée sans réserve et ne peut être considérée que comme une étape comme une hypothèse « commode », pragmatiquement satisfaisante.

2° *En ce qui concerne le facteur déclenchant.*

Des discussions opposent encore les trois grandes théories proposées pour expliquer la nature intime du fait initiateur.

a) *Théorie toxique* (Edouard Quénu): Toxémie traumatique à syndrome dépressif.

On sait que pendant longtemps le choc a été considéré comme un phénomène nerveux et qu'en conséquence on n'opérait pas les choqués; telle était la conception jusqu'aux constatations de Grégoire, de Quénu, de Leveuf et à l'établissement de la théorie de la toxémie traumatique.

Ultérieurement, les travaux de Dale, Richard Laidlaw, ceux de Moon, de Cannon, de Bayliss complétèrent l'hypothèse. Ces auteurs admirent que les toxines élaborées agissaient essentiellement sur les capillaires dont elles provoquaient à la fois l'hyperperméabilité et l'atonie. De nombreuses substances furent incriminées: extraits tissulaires avec lesquels Moon reproduisait le choc par injection intrapéritonéale, choline, acides aminés... L'histamine en particulier connut une grande vogue jusqu'à ces dernières années.

De cette théorie, certains faits demeurent: en particulier ceux du choc consécutif à la levée du garrot. Cependant, on ne peut la tenir pour valable, car il existe contre elle un certain nombre d'arguments d'ordre négatif: faible toxicité des produits de désintégration, impossibilité de retrouver dans le sang des choqués des substances vaso-dilatatrices ou dépressives, absence d'un taux d'histamine élevé dans le sang. Le rôle toxique du potassium envisagé récemment par Scudder en raison des analogies cliniques et humorales du choc et de l'insuffisance cortico-surrénale ne peut non plus être envisagé, l'hyperkaliémie étant des plus douteuses dans le choc (Levinson). Enfin, on n'a jamais pu par la transfusion du sang d'un animal shocké ou par la technique des circulations croisées entre un animal sain et un animal traumatisé reproduire le choc.

b) *Selon la théorie de l'insuffisance circulatoire* qui est celle actuellement la plus en faveur, le choc résulte de l'anoxie tissulaire provoquée par une circulation défectueuse.

1° Le plus souvent l'insuffisance circulatoire relève d'une chute brutale du volume sanguin. C'est le cas communément observé des grandes hémorragies, des brûlures étendues, c'est celui récemment connu des « crush injuries ». Blalock le premier, puis Freemann provoquant expérimentalement des hémorragies de façon à ce que l'animal survive malgré l'hypotension et les mauvaises conditions circulatoires, observent l'apparition de « choc post-hémorragique ». Au niveau des surfaces atteintes se produisent dans les brûlures des pertes de liquide extrêmement importantes. Mais c'est surtout dans les « crush injuries » que la perte locale de liquide apparaît comme le plus évidemment responsable du choc. Dans ce syndrome, en effet, au fur et à mesure que le choc apparaît on assiste, au niveau du ou des membres coincés, à l'apparition d'un œdème énorme, d'une enflure constituée par une exsudation liquidienne importante.

Expérimentalement, Blalock et Duncan réalisant des lésions par broiement montrèrent que la perte locale des liquides atteignait 3,2 pour 100 du poids du corps. Ils montrèrent également que la restriction de cette perte par l'application de bandages compressifs améliorait la survie des animaux. Enfin, par des injections intraveineuses de plasma égales en quantité à la quantité approximative de liquides perdus, la survie était également augmentée.

2° Il existe malheureusement des chocs sans hémorragie et sans perte locale de plasma. Kendrick, Essex et Helmolz, Friedmann et Kabat, utilisant des pansements compressifs au niveau du membre sur lequel ils provoquent le traumatisme, prouvent que dans de tels cas la perte locale des liquides est minime et insuffisante pour expliquer la chute de la tension artérielle et le choc.

La théorie des pertes locales de liquide s'avérait donc insuffisante à expliquer tous les cas. Elle se

omplétait par la théorie de l'insuffisance circulatoire d'origine centrale ou périphérique.

Cette hypothèse admet que toute cause de diminution de la circulation est susceptible de déclencher le choc au même titre que les pertes de liquides. On en aperçoit les importances importantes. Dès 1922, Cannon et Cattel avaient montré expérimentalement qu'en réduisant l'expansion diastolique du cœur au moyen d'une compression par un appareil mécanique, on amenait une insuffisance circulatoire et consécutivement un choc.

Freemann à son tour, réussit à provoquer le syndrome par réduction circulatoire périphérique. Celle-ci est obtenue par injection continue d'adrénaline chez le chien. Dans ses expériences de « choc adrénalinique », cet auteur observa une chute marquée du volume sanguin et fut conduit à écrire : « Une vaso-constriction provoquée par une perte de sang ou par un stimulus traumatique produit une réduction de la circulation périphérique telle qu'elle amène une anoxémie et des changements de la perméabilité capillaire expliquant la fuite du plasma circulant. »

Dans les cas, par conséquent, où aucune perte de liquide n'intervenait on pouvait donc invoquer un facteur circulatoire.

3° Mais à son tour l'hypothèse de l'insuffisance circulatoire devait, se révéler insuffisante. Freemann, lui-même, opérant sur le chien, procède dans un premier temps, à une sympathectomie totale dans le but d'éliminer les réactions vaso-motrices de l'animal et l'embarras circulatoire causé par la vaso-constriction. Dans un deuxième temps, il provoque chez ces animaux un choc traumatique en excluant au moyen de bandes compressives la possibilité de pertes locales importantes de liquides. Dans de telles conditions, et alors que la tension artérielle est relativement maintenue, que le flot sanguin périphérique est relativement normal, il observe une chute importante du volume sanguin et les animaux meurent de choc, avec les altérations anatomiques habituelles.

Le choc peut donc se produire : 1° sans perte locale de liquides; 2° sans insuffisance circulatoire initiale.

c) C'est devant l'échec de toutes ces hypothèses à expliquer les faits, que la *théorie nerveuse* a repris ces dernières années une grande importance.

Leveuf constate que si l'on coupe tous les troncs nerveux de la patte d'un chat après les avoir anesthésiés à la cocaïne et si l'on provoque sur ce membre un traumatisme, il ne se produit pas de choc. Kabat opérant sur un chien dont la patte perfusée par un autre animal n'est reliée au corps que par les nerfs, obtient un choc après traumatisme de cette patte.

O'Shaugnessy et Slome ont montré chez le chat que la rachi-anesthésie exerce une réaction curative sur le choc traumatique, même en l'absence de remplacement de la masse liquidienne et même lorsque celui-ci a atteint un degré d'extrême gravité.

A l'autopsie de sujets morts de choc post-opératoire on a noté des lésions méningées : œdème, suffusions hémorragiques au niveau du thalamus et du 3e ventricule (Quénu, Leveuf).

Ainsi le choc résulterait d'impulsions « nociceptives », parties du foyer traumatisé et amenées aux centres (moelle et peut-être cerveau) par voie nerveuse. A ces excitations, les neurones centraux répondraient par des stimuli dépresseurs qui déclencheraient le choc.

Cette hypothèse a été à l'origine de nombreux essais thérapeutiques : anesthésie stellaire, sinucarotidienne, péridurale, et des observations de choc traumatique traitées par la rachi ont pu être publiées.

Bien des faits sont donc en faveur de la théorie nerveuse.

Cependant, un certain nombre d'expériences s'élèvent contre elle. La conception la plus commune du choc neurogène est, en effet, celle selon laquelle les phénomènes sont provoqués par une hypotension prolongée consécutive à des influx dépresseurs venant soit du lieu de la blessure, soit des centres cérébraux. L'abaissement tensionnel serait dû à une inhibition des impulsions vasoconstrictrices.

Phemister, en vue de vérifier cette théorie, a pu provoquer une hypotension prolongée d'origine nerveuse pure c'est-à-dire sans traumatisme ni hémorragie associée. Pour cela il procède chez le lapin à l'excitation électrique des dépresseurs cardio-aortiques. Il obtient ainsi des hypotensions entre 25 et 60 mm. de Hg, prolongées pendant cinq à six heures. Dans ces conditions il constate :

Que le pouvoir de réponse des centres vaso-moteurs n'est nullement diminué : la tension artérielle remontant chaque fois que l'excitation électrique est interrompue, ceux-ci ne sont donc ni déprimés, ni épuisés.

Que dans de telles conditions le choc n'apparaît pas. Dans le sang en particulier une hémodilution s'observe au lieu de l'hémoconcentration habituelle. La circulation se maintient jusqu'au stade préagonique. De telles chutes de la tension artérielle, et aussi prolongées, ne pouvant se voir pratiquement dans aucun traumatisme accidentel ou opératoire à la suite de l'excitation directe des nerfs, Phemister considère comme extrêmement improbable que le choc puisse résulter de tels processus.

Ces expériences ont ceci d'extrêmement important : Elles montrent une fois de plus la dissociation entre choc proprement dit et hypotension, et elles rendent très probablement compte, et des nombreuses divergences dans les résultats expérimentaux, et de la sévérité, de la rigueur et de la difficulté des critères qu'il faut exiger pour parler de choc.

Aucune explication univoque du choc n'est donc possible. Le plus vraisemblable est qu'il existe non pas « un » mais « des » chocs, la notion étiologique étant le facteur le plus important des traits différentiels.

Du point de vue pratique cependant, et bien que son mécanisme d'action ne puisse être encore parfaitement compris, le fait primordial pour nous reste l'action indiscutable de la thérapeutique de restauration du volume sanguin.

Paul Chiche.

(Travail du Centre de réanimation-transfusion de l'Armée.)

BIBLIOGRAPHIE

Binet : Hémorragie, choc, asphyxie. — Blalock : Acute circulatory failure *Surg. Gyn. Obst.* 1934, 58. — *Blood substitutes :* Articles de Freemann, Moon, Nechfles, Levinson. — Evans, Hoover, James : Plasma volume in traumatic shock. *Ann. of Surgery.* 1944, n° 1. — Fine, Seligman et Franck : *Surgery*, 1943, n° 2. — Freemann : Shock, Burns, Wound healing. — Leveuf : *Académie de Chirurgie*, 1940. — Moon : *British Med. J.*, 1944, 1, 773. — O'Shaugnessy and Slome : Etiology of traumatic shock. *Brit. J. of Surgery*, 1935. — Price Langdon et Longmire : *Bull. J. Hopkins Hosp.*, 1941, 69. — Phemister : *Annals of Surgery* Aout 1943, n° 2. — Ridden : Treatment of traumatic shock. *Oxford manuals*, 1941. — Tzanck et Chiche : Le choc des blessés. *Paris Médical* (à paraître). — War Memorandum : Treatment of traumatic shock, n° 1.

SOCIÉTÉS DE PARIS

ACADÉMIE DES SCIENCES

4 Septembre 1944 [1].

Le système calcarin au cours du développement cérébral chez l'homme. — Mlle **A. Friant.** Les nombreux travaux d'embryologie se rapportant au cerveau humain sont loin de concorder en ce qui concerne le début du développement télencéphalique, et ceci en raison de la difficulté de se procurer les premiers stades de l'évolution, de conserver les matériaux, de leur assigner un âge précis, enfin de reconnaître une série de sillons cérébraux particuliers à l'homme, les sillons transitoires prêtant à confusion avec les sillons définitifs.

La présente note aboutit aux conclusions suivantes : alors que, sur la face externe des hémisphères, plusieurs semaines s'écoulent entre la disparition des sillons transitoires et l'apparition des premiers sillons néopalléaux définitifs, sur la face interne, au contraire ces deux séries de sillons se succèdent dans le temps, sans phase d'interruption, d'où la difficulté de les interpréter et les erreurs qui ont régné jusqu'ici au sujet du développement de la région occipitale durant les six premiers mois de la vie embryonnaire.

11 Septembre.

Le milieu de culture à base de digestion papaïnique de viande et l'obtention de ferments microbiens (protéases, amylases) à partir de germes divers, Bacille tétanique, « B. subtilis », etc. — MM. **G. Ramon, L. Nicol,** Mlle **G. Amoureux** et M. **J. Pochon.** De l'ensemble des essais, il ressort que le milieu à base de digestion papaïnique de viande, par exemple de viande impropre à l'alimentation de l'homme, convient pour la production de ferments microbiens, sous la réserve de l'emploi, pour la préparation de ce milieu, de formules spécialement adaptées aux différentes sortes de ferments. De même qu'il fournit des toxines de haute valeur antigène, de même notre milieu permet d'obtenir des ferments microbiens possédant une activité diastasique appréciable.

Le manganèse dans les tumeurs. — MM. **R. Marot** et **M. Durand** ont observé une diminution constante du taux du manganèse contenu dans le tissu tumoral par rapport au tissu sain d'origine, ceci quelle que soit la nature, bénigne ou maligne, de la néoplasie.

Ces résultats sont-ils en accord avec les faits déjà signalés touchant aux variations du fer et du cuivre à l'intérieur de néoformations ? Il est en réalité bien difficile de fournir sur cette question une réponse bien nette. Néanmoins il semble qu'à l'heure actuelle on tende plus volontiers à admettre la diminution de ces deux corps dans les tissus en cours de cancérisation, opinion qui viendrait à l'appui des présentes constatations.

La diminution constante du taux du manganèse vient en sorte confirmer la théorie de J. Thomas et Fialip, inspirée de G. Bertrand relative à la genèse des tumeurs. On sait en effet que, selon cette hypothèse, le cancer résulterait d'une rupture dans l'équilibre normal existant dans l'organisme entre les protéines et les métaux oxydants, rupture s'effectuant aux dépens de ces derniers et provoquant ainsi une prééminence des facteurs réducteurs, qui sont constructifs, sur les processus d'oxydation, qui ont une action inverse.

25 Septembre.

Action des inhibiteurs classiques de l'oxydation de l'adrénaline sur la résistance capillaire du cobaye. — M. **J. Lavollay** conclut de ses recherches : comme les substances douées de l'activité vitaminique P, les inhibiteurs classiques de l'oxydation de l'adrénaline renforcent la résistance capillaire.

L'adrénaline elle-même possède cette propriété. On peut donc penser que l'hormone de la résistance capillaire est ou l'adrénaline, ou l'un des premiers produits de son oxydation, et que les substances qui méritent le nom de vitamine P stabilisent cette substance hormonale.

J. Couturat.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

17 Juillet 1945.

Rapport sur l'emploi des colorants dans les produits alimentaires. — M. **Tanon**, rapporteur, demande à l'Académie de continuer à s'opposer à toute addition de colorants aux produits alimentaires fabriqués en France, réserve faite des colorants végétaux naturels.

— Ces conclusions sont adoptées.

Sur la distribution du lait concentré. — M. **Goris** expose que les techniciens font toutes réserves sur une longue conservation du lait concentré fourni par les alliés et dont le stock est considérable. Il demande : 1° que le lait concentré puisse être délivré aux enfants de 0 à 18 mois et, éventuellement, aux J 1, J 2 et V. ; 2° que la ration de lait condensé accordée aux enfants soit augmentée ; 3° qu'on supprime le visa des certificats médicaux par les Conseils médicaux ; 4° qu'on donne aux mairies des instructions précises et uniformes.

— L'Académie adopte un vœu en ce sens.

Le développement du réticulum collagène dans les cirrhoses. — M. **Noël Fiessinger** insiste sur le fait que le développement de ce réticulum n'est pas subordonné à une réaction inflammatoire lympho-conjonctive et souligne l'intérêt des découvertes de Nageotte et de Mlle Guyon sur la formation artificielle de collagène dans les solutions optiquement vides ; ces constatations posent le problème d'une collagénisation d'origine humorale ; la réticulose hépatique expérimentale après sclérose splénique artificielle apporterait à ce problème une solution ; l'auteur résumant des expériences où il a échoué dans le déterminisme d'une réticulose artificielle hépatique avec des injections par diverses voies de collagène dissous, conclut que ces processus ne sont pas si simples et nécessitent l'intervention de réactions cellulaires encore difficiles à déterminer.

Sur la production du sérum antidiphtérique. — M. **Tréfouel** présente une note de MM. **Lemétayer, Lafaille, Nicol, Lamy, Vallée** et **Girard** qui montrent que l'immunisation des chevaux pour la production du sérum antidiphtérique au moyen d'anatoxine additionnée de tapioca, entraîne une très forte mortalité des animaux par suite des œdèmes considérables et des abcès produits par le tapioca ; aussi les auteurs sont-ils revenus à l'ancienne méthode sans tapioca, l'œdème provoqué par l'anatoxine seule aux doses où elle est injectée aux chevaux, semblant *a priori* suffisant pour entraîner une résorption lente de l'antigène favorable à une bonne production de l'antitoxine. La méthode sans tapioca mise en pratique depuis 18 mois a permis d'obtenir une diminution considérable de la mortalité et un meilleur rendement de sérum en qualité et en quantité.

1. Le mode de publication tardif des *C. R. de l'Académie des Sciences* ne nous permet pas de donner plus rapidement le résumé des séances de cette Académie.

Sur une réaction d'hémo-diagnostic appliquée à New-York au dépistage du typhus. — M. **Tanon** présente une note de MM. **Bohec** et **Clerc** qui rappellent qu'en 1921, une épidémie de typhus sévissant en Europe, des mesures de dépistage durent être appliquées à la quarantaine de New-York aux émigrants. Holt-Harris mit au point une technique simplifiée de la réaction de Weil-Félix consistant à mélanger sur lame des gouttes de sang plus ou moins diluées et une culture de proteus X 19 ; en quelques minutes, l'agglutination devenait visible. Cette méthode fut parfaitement efficace pour le diagnostic et la prophylaxie du typhus.

Les séquelles humorales de la phlébite ; action corrective sur la densité sanguine du traitement hydro-minéral à grand débit de Barbotan. — M. **Harvier** présente une note de MM. **Servantie** et **Pitous** (de Bordeaux) qui ont mis en évidence par la détermination simultanée de la densité totale du sang et de la densité du volume total du plasma, une diminution de l'eau plasmatique chez des phlébitiques considérés comme guéris ; le test plasmatique reste valable chez les anémiques, contrairement à la densité totale. Les auteurs considèrent que cette concentration du plasma est un signe humoral typique des phlébites anciennes cliniquement guéries et signalent l'action sur la densité sanguine du traitement carbo-gazeux à grand débit de Barbotan.

Un cas d'onychomycose due à l' « Aspergillus fumigatus Fresonius ». — MM. **A.** et **R. Sartory**.

Lucien Rouquès.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

13 Juillet 1945.

Le rôle du bulbe duodénal dans la genèse de l'ulcère. Essai pathogénique. — MM. **P. Hillemand, Bergeret** et **Duméry**, après avoir rappelé 2 cas de guérison d'un ulcère peptique par résection du bulbe duodénal, signalent que le bulbe duodénal, par l'intermédiaire des glandes de Brünner, règle la sécrétion gastrique : 1° par voie humorale (hormones excitant et inhibant la sécrétion fundique ; 2° par voie directe (pouvoir tampon) ; il sécrète de plus une toxine mal connue, mais dont les rapports avec l'ulcère sont possibles, comme le montrent certains faits expérimentaux et cliniques.

Ils insistent sur l'existence dans l'urine du sujet normal de facteurs anti-ulcéreux qui empêchent la production de l'ulcère expérimental ou le cicatrisent, et qui auraient donné à Sandweiss, chez l'homme, des résultats intéressants.

Ils se demandent si l'ulcère n'aurait pas une origine toxique : par l'intermédiaire d'un déséquilibre vago-sympathique, secondaire à un choc émotif, à des écarts de régime, se produiraient des troubles du fonctionnement des glandes de Brünner entraînant d'une part une hypersécrétion chlorhydropeptique des glandes du fundus et des troubles de la sécrétion du mucus, d'autre part une augmentation massive de la toxine débordant les possibilités de neutralisation de l'organisme, et, en particulier du facteur anti-ulcéreux. L'ulcère en résulte avec d'emblée son maximum lésionnel.

Peu à peu le facteur anti-ulcéreux neutralise la toxine et réapparaît dans l'urine ; la poussée ulcéreuse guérit et récidive au moment où les mêmes phénomènes déclenchants se reproduisent.

— M. **Rist** regrette le nom de « toxine » pour un poison normalement sécrété par l'organisme.

— M. **Poumeau-Delille** demande si on connaît sa formule.

— M. **Hillemand**. Elle n'est pas connue, mais il ne s'agit pas d'histamine.

— M. **Cattan**. La théorie toxique avait déjà été défendue dans l'occlusion haute ; les expériences américaines ne semblent pas la confirmer.

Acrodynie, chorée fibrillaire et symptômes encéphaliques. — M. **Eschbach** (membre correspondant).

Hémorragies du vitré et ascaridiose ; nouvelles hémorragies du vitré et néphrite consécutive à une intradermo-réaction à la toxine ascaridienne. — MM. **P.-L. Drouet, C.-H. Thomas, R. Herbeuval** et **G. Faivre** (Nancy).

— M. **Tzanck**.

J. Fauvet.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE MÉDICALES DE PARIS

16 Avril 1945.

Election. — Sont élus : M. **Binet**, *président ;* MM. **Debidour** et **Siron**, *vice-présidents ;* M. **F. Françon**, *secrétaire général ;* M. **Berthier**, *secrétaire général adjoint ;* M. **Boucomont**, *trésorier ;* MM. **Bailliet, J. Cottet, Dilon, Fontan, P. Molinéry**, *membres adhérents.*

Le thermo-climatisme et la guerre actuelle. — M. **Justin-Besançon** rappelle les vœux qu'avec H. Fleury il a fait adopter par l'Académie de Médecine (27 Mars 1945). Ces vœux sont les suivants :

1° Les stations thermoclimatiques sont utilisées exclusivement comme centres de cure et de traitement.

2° Les établissements thermaux seront assimilés aux industries vitales du pays et dotés des moyens nécessaires pour reprendre leur activité dès 1945.

3° Dans les principales stations, 50 pour 100 des disponibilités d'hébergement seront réservés aux malades justiciables de la cure ; les autres 50 pour 100 seront attribués au Service de Santé militaire, aux déportés, aux réfugiés, suivant les indications thérapeutiques des stations.

Choc histaminique et eau de Vittel. — MM. **E. Duhot** et **M. Fontan**, poursuivant leurs recherches concernant l'action des eaux minérales sur le choc histaminique chez le cobaye, ont observé les faits suivants avec l'eau de Vittel Grande Source :

1° L'injection sous-cutanée d'une dose supramortelle de chlorhydrate d'histamine mélangée *in vitro* avec l'eau minérale n'entraîne pas la mort de l'animal.

2° L'injection sous-cutanée d'une dose supramortelle de chlorhydrate d'histamine précédée de 15 minutes ou de 30 minutes par l'injection d'eau minérale dans la même région n'entraîne pas la mort de l'animal.

Les résultats sont différents lorsque la dose supramortelle de chlorhydrate d'histamine est précédée d'injection d'eau minérale *dans des régions différentes* et à intervalles différents ; leur étude fait l'objet de nouvelles expérimentations. (*Chaire d'Hydrologie thérapeutique et Climatologie de la Faculté de Médecine de Lille.*)

Les effets de l'ingestion d'eau de Vals perles n° 3 sur la réaction urinaire au di-chlorophénol-1-6-indophénol des tuberculeux pulmonaires. — MM. **J. Minet, E. Duhot** et **M. Fontan**. L'abaissement du taux d'élimination urinaire de l'acide ascorbique chez les tuberculeux pulmonaires étant un fait actuellement bien connu et d'autre part l'augmentation de la charge vitaminique tissulaire et de l'ascorburie ayant été notée à la suite d'ingestion d'eaux alcalines, les auteurs ont étudié l'effet chez ces malades de l'ingestion pendant 6 jours d'un litre d'eau de Vals Perles n° 3. Ils concluent que cette ingestion : 1° n'a pas d'effet sensible sur l'ascorburie des tuberculeux, ne recevant pas d'acide ascorbique *per os ;* 2° améliore l'épreuve de charge d'acide ascorbique chez les tuberculeux sans cependant rétablir des taux analogues à ceux des non tuberculeux.

La cure d'Aix-les-Bains chez les sujets âgés. — M. **Françon.** Avec l'accroissement progressif de la longévité et les hécatombes qui ont décimé notre jeunesse, les sujets âgés sont de plus en plus nombreux parmi la population française et ils peuvent rendre de grands services en contribuant à notre relèvement. Avec quelques précautions que l'auteur énumère en détail, ils supportent bien la cure d'Aix-les-Bains, externe et interne, à condition que leur cœur, leurs artères et leur vessie soient restés intacts. Le plus souvent c'est une forme localisée d'ostéo-arthrite hypertrophique dégénérative qu'ils viennent soigner : ils en retirent un excellent bénéfice sans courir le moindre risque. Par lui-même, l'âge, même au delà de 75 à 80 ans, n'est pas une contre-indication.

De la primauté médicale dans les stations de cure françaises. — M. **E. Binet**. La guerre qui se termine représente pour la majorité des stations thermo-climatiques de notre pays une catastrophe indéniable. Elle laisse intactes, d'autre part, nos concurrentes étrangères. Celles-ci vont, sans aucun doute, user contre nous des mêmes armes que par le passé : elles contribuaient à asseoir leur réputation, plus encore peut-être auprès de la clientèle anglo-saxonne que de nos compatriotes. Leur conception se résumait dans la primauté des médecins, primauté dans l'esprit général qui animait leurs stations de cure, primauté dans l'exécution des directives qui émanaient de lui. Il nous faut, sans attendre, ni lésiner, entrer dans cette voie. Tout en faisant la part nécessaire aux nécessités mondaines de nos stations, il est plus indispensable encore qu'une direction médicale ait sa place dans le Comité directeur de nos villes d'eaux, et cette place doit être de premier plan. La logique des faits doit imposer un changement logique dans la direction de nos stations de cure, quelles qu'elles soient.

L'auteur propose la mise à l'étude immédiate d'un projet de réforme du thermo-climatisme dans ce sens. Il devra constituer la charte des médecins des villes d'eaux et des stations climatiques. Ses conclusions sont adoptées à l'unanimité.

L'Ecole nationale de Techniques thermales d'Aix-les-Bains. — M. **J. Forestier** fait l'historique de cette école qui a pris un grand développement depuis 5 ans et surtout 1 an. Elle forme des doucheurs-masseurs des deux sexes non seulement pour Aix mais encore pour les autres stations hydrominérales françaises. Il y a deux années d'études qui comprennent des cours théoriques, anatomie descriptive et topographique, physiologie élémentaire, hydrothérapie, devoirs des masseurs, etc., donnés par les membres de la Santé médicale d'Aix, et des démonstrations pratiques assurées par des moniteurs très entraînés. A la fin de chaque année (la scolarité dure 2 mois environ), les sujets sont sélectionnés par un examen dans le jury duquel figurent des professeurs de la Faculté de Médecine de Lyon et les inspecteurs, régional et départemental, de la Santé.

Une autre école avait été prévue à Vichy : elle n'a pu fonctionner en 1944 qu'incomplètement. En formant un personnel technique instruit et éduqué, ces écoles rendent de très grands services à nos stations qui s'assurent ainsi une nette supériorité sur leurs rivales étrangères.

Influence du bain chaud sur l'électrocardiogramme normal et pathologique. — MM. **J.-M. Bert, R. Loubatières** et **H. Barati**, rapportent les résultats de recherches effectuées comparativement avant et après un bain de quinze minutes à 40°. Chez des sujets considérés comme normaux ils ont observé quelques modifications discrètes du voltage, des extra-systoles sporadiques et dans un cas le déclenchement d'un rythme nodal. Chez quelques sujets déjà porteurs d'anomalies électriques importantes ils ont pu noter quelques modifications intéressantes, resserrement des complexes et meilleur voltage de l'onde T dans une arythmie complète avec bloc de branche ; restauration prolongée du rythme normal dans une dissociation auriculo-ventriculaire incomplète avec période de Luciani-Wenckebach.

F. Françon.

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DES HOPITAUX DE PARIS

15 Mars 1945.

Contribution au traitement chirurgical de l'ozène — MM. **Ramadier** et **Eyries** décrivent une techniqu de traitement chirurgical de l'ozène, qui consiste inclure sous la muqueuse de la paroi externe de l fosse nasale plusieurs greffons de cartilage costal. L région est abordée par incision dans le sillon vestibu laire de façon à dégager largement l'accès aux cornet inférieur et moyen. C'est dans les deux méats, et plu spécialement dans la partie postérieure que les greffon doivent être insinués. Le décollement de la muqueus est assez délicat. Le résultat est excellent.

Présentation d'un cas de section des récurrents — M. **R. Bourgeois.** Il s'agit d'un homme qui dans u tentative de suicide, a sectionné ses deux récurrents, c présente depuis de graves crises de dyspnée.

Septico-pyohémie otitique guérie par la péni cilline. — MM. **Lemierre, J. Leroux-Robert, Tour nier** et **Cresson.** En 6 jours, grâce à 700.000 unités d pénicilline ont rétrocédé les manifestations d'un éta septicémique grave d'origine otitique, avec arthrites sup purées multiples. L'intervention locale s'est bornée . la mastoïdectomie avec dénudation simple du sinu latéral phlébitique sans ligature de la jugulaire.

Pétrosite d'emblée sans otite préalable au cour. d'une staphylococcémie. Guérison par l'opératio de Ramadier. — MM. **Lemierre** et **J. Leroux-Robert** Staphylococcémie à la suite d'une inoculation cutané à distance. Atteinte métastatique de la pointe du rocher Le diagnostic de pétrosite est fait avant l'apparition d la suppuration de la caisse. L'opération de Ramadie permet d'obtenir la guérison.

Deux autres cas de localisation staphylococcémiqu à l'os temporal.

Ces trois cas sont intéressants à rapprocher car le ostéomyélites staphylococcémiques des os plats du crân sont absolument exceptionnelles en regard des localisa tions au niveau des os longs des membres.

Existe-t-il une antrite occulte du nourrisson ? M. **J. Lemoyne** rappelle qu'il existe une antrite fran che, sthénique, consécutive à une otite aisément dia gnostiquée. Cette antrite est habituellement facile reconnaître cliniquement. La ponction d'antre et l radiographie n'apportent qu'une confirmation à cett impression clinique. A côté de cette forme, de nom breuses variétés d'antrites latentes, conséquence fré quente des otites méconnues. Tous les aspects otosco piques peuvent se voir depuis le tympan bombé d'u blanc ivoire jusqu'au simple tympan catarrhal ou dépoli Les signes otoscopiques sont d'ailleurs d'autant plu discrets en général que le syndrome neurotoxique es plus accusé.

Doit-on aller jusqu'à admettre l'existence d'un antrite coïncidant avec un tympan intégralement nor mal ? L'auteur donne une description de ce qu'on doi entendre par tympan normal, et par antre normal. On n pourra, en effet, répondre à la question posée que si un entente se fait sur ces deux points.

La coexistence d'un syndrome neuro-toxique et d plus petit indice suspect fourni par l'otoscopie autoris l'ouverture de l'antre. La certitude de trouver un antrite n'est pas absolue, mais les erreurs ne lèvent habi tuellement pas le doute. Si par contre le tympan es normal, l'antre est trouvé normal sur plusieurs cen taines de cas, l'auteur a toujours constaté des signe otoscopiques en cas d'antrite même discrète.

Cette conclusion qui tend à nier l'existence de l'an trite occulte est destinée à redonner toute sa valeur : l'examen otoscopique et son indépendance au spécialist souvent pressé d'intervenir par le pédiatre contre toute les règles de l'otologie.

Physiologie du larynx. — Le colonel **Canfield**, d l'Armée des U.S.A. projette un film émanant des Bel Telephone Laboratories. Ce film montre les mouvement des cordes vocales, tels qu'une analyse ultra-rapide ciné tographique permet de les comprendre. Des déduction importantes concernant la physiologie normale et l pathologie du larynx peuvent être faites d'après ce films.

Otites et adénoïdites chez le nourrisson. — M. **F Baron** (de Nantes). La pratique de l'antrotomie presqu systématique dans le syndrome de dénutrition chez l'en fant, conduit trop souvent à des désastres. La mortalit est énorme. Cette pratique de l'antrotomie néglige c qui paraît bien être la cause première de l'infectio auriculaire, et plus généralement du syndrome infec tieux lui-même. Cette cause, c'est dans le cavum qu'i faut la rechercher. Beaucoup plus que vers l'oreill c'est vers le cavum qu'il faut se diriger. L'ablation de adénoïdes n'offre pas chez le nourrisson de danger, et le chiffres obtenus par l'auteur montrent que cette inter vention suffit, avec un risque bien moindre, à obteni la guérison.

16 Avril.

Un cas de sarcome musculaire. — M. **Lemaîtr** présente un malade atteint de sarcome des muscles d la mandibule. Il a dû pratiquer une résection partiell de la mâchoire, qui entraîne une pseudarthrose d'ailleur peu importante.

14 Mai.

Présentation de sialographies. — M. **L. Lerou** décrit la technique de la sialographie, et montre com ment interpréter les clichés obtenus, dans le cas d calculs, de tumeurs d'inflammation. Il s'agit d'un pro

édé délicat, mais dont les résultats sont souvent très ignificatifs.

Deux cas de mastoïdite du nourrisson, traitement chirurgical et pénicilline locale, cicatrice complète en 10 jours. — MM. **H. Guillon** et **B. Bureau** après avoir rapporté les 2 cas où ils ont obtenu une guérison décrivent les divers modes d'emploi de la pénicilline en oto-rhino-laryngologie et insistent particulièrement sur l'efficacité du mode de traitement local.

R. Caussé.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

7 Juin 1945.

Etat des réflexes au cours d'une section totale de la moelle. — M. **Mahoudeau** rapporte un cas de section totale de la moelle dorsale par éclat d'obus, avec perte de substance sur une hauteur de 4 cm., vérifiée à l'intervention ; au cours des deux jours de survie, on nota la persistance de réflexes crémastériens d'une amplitude anormale, l'absence totale de tout mouvement des orteils et de réflexe de défense classique par excitation cutanée plantaire ; par contre, celle-ci déterminait des deux côtés une nette contraction du tenseur du fascia lata.

Essais de sympathectomie cérébrale par voie intra-artérielle. — M. **Lauwers** (de Courtrai) montre que l'injection intra-carotidienne de novocaïne provoque chez le chien une crise convulsive généralisée ; par son hypotonie et surtout par ses propriétés vaso-dilatatrices l'injection d'ammoniaque décinormale coupe instantanément les crises ; le contact prolongé de l'ammoniaque détermine des petits foyers hémorragiques autour des capillaires. L'injection intracarotidienne de novocaïne provoque chez l'homme des phénomènes nerveux et oculaires identiques que l'injection d'ammoniaque coupe instantanément ; l'auteur pense qu'on peut éventuellement appliquer à l'épilepsie essentielle dont les crises dépendent de spasmes et de vaso-dilatations alternés cette sorte de sympathectomie chimique réalisée par l'ammoniaque par voie carotidienne.

L'encéphalographie dans les démences toxi-infectieuses (encéphalites). — MM. **J. Delay** et **P. Desclaux** montrent que l'encéphalographie permet de suivre dans ces états l'évolution des lésions et l'influence de la thérapeutique ; ils insistent sur sa valeur pronostique dans la paralysie générale et notent la similitude des aspects radiographiques observés dans cette maladie et dans les pseudo-paralysies générales, en particulier dans celle des alcooliques.

L'encéphalographie dans les démences dégénératives (encéphaloses). — MM. **J. Delay** et **P. Desclaux** soulignent l'intérêt diagnostique et pronostique de l'encéphalographie gazeuse ; ils étudient les aspects observés dans les démences préséniles, les maladies de Pick et d'Alzcimer, les démences de l'adulte et les distinguent de ceux des démences dégénératives de la chorée héréditaire de Huntington ; ils insistent sur l'existence d'atrophie cérébrale mise ainsi en évidence et vérifiée chirurgicalement dans certaines psychoses paranoïdes à évolution démentielle.

Chorée chronique et paralysie hypertonique du regard. — M. **Dereux** (Lille) rapporte l'observation de deux choréiques chroniques atteints d'une paralysie du regard d'ordre hypertonique ; chez l'un, l'injection de scopolamine fit cesser temporairement la paralysie. C'est un fait qui vient prouver, avec d'autres arguments, la réalité de la paralysie hypertonique du regard.

Paraplégie cypho-scoliotique. — M. **Dereux** (Lille) rapporte l'observation d'un enfant de 13 ans chez qui se développe en quelques mois une paraplégie en rapport avec une cypho-scoliose dorsale supérieure ; l'intervention montra que la tension de la dure-mère par les racines n'était pas la cause de la paraplégie ; l'autopsie mit en évidence un éperon osseux venant comprimer la moelle au niveau d'une vertèbre cunéiforme.

Acropathie mutilante avec syndrome syringomyélique chez le frère et la sœur. — M. **Barré** rapporte l'observation d'un garçon de 13 ans et de sa sœur de 9 ans qui présentent des ulcérations sous-unguéales avec mutilation des extrémités et phénomènes d'ostéolyse ; il existe un déficit pyramidal notable, une anesthésie thermique en bande peu étendue et une anesthésie vibratoire dépassant beaucoup le territoire des lésions osseuses ; on note aussi un retard du développement sexuel et des déformations des ventricules latéraux. L'hypothèse d'une syringomyélie paraît douteuse ; celle de modifiactions vaso-constrictives à distance sur la moelle provoquées par une névrite périphérique n'est pas à rejeter.

Tubercule cérébral opéré avec survie de 3 ans. — MM. **Alajouanine** et **Thurel** rapportent un cas de tubercule cérébral dont la nature que rien cliniquement ne faisait soupçonner n'a été reconnue qu'à l'examen histologique ; la survie dépasse 3 ans ; un tuberculome cérébral peut donc être enlevé sans que se produise de dissémination bacillaire ou de récidive sur place, ainsi que le prouvent des pneumo-encéphalographies successives.

Névralgie méningée paroxystique guérie chirurgicalement. — MM. **Sigwald** et **Guillaume** rapportent l'observation d'une femme de 54 ans ayant depuis 16 mois des accès douloureux fronto-pariéto-temporaux chaque fois que la pression intracranienne augmentait (toux, vomissement, acte de se moucher) ; entre les crises, elle ne souffrait absolument pas ; l'examen était négatif. La section de la méningée moyenne et du contingent ophtalmique du trijumau a fait cesser les accès ; l'efficacité de cette intervention était déjà établie dans les douleurs permanentes.

Lucien Rouquès.

SOCIÉTÉS DE PROVINCE

SOCÉTÉ DE MÉDECINE DU TRAVAIL DE LYON

20 Avril 1945.

Influence de l'aminothiazol sur la glande thyroïde. Conséquences cliniques et thérapeutiques. Du rôle de la médecine du travail dans l'observation et les déductions de ces faits. — M. **Jeantet**, médecin d'entreprise dans une usine de produits chimiques, fut frappé de la proportion insolite des goitres, chez les sujets travaillant à l'extraction de l'aminothiazol, corps servant à la préparation du sulfathiazol. Un changement de poste faisait disparaître ce trouble en quelques semaines. Un examen clinique permit de vérifier le caractère banal de ces goitres, au métabolisme basal abaissé. L'expérimentation animale et les essais cliniques permirent ultérieurement de préciser les utilisations de ce produit en thérapeutique humaine, dans le traitement du goitre de Basedow.

Retentissement du déséquilibre alimentaire sur le sang ; conséquences pour le dépistage hématologique du benzolisme. — M. **D. Picard** a observé que les restrictions alimentaires ont entraîné, chez les sujets sains, des modifications des caractères hématologiques : monocytose importante surtout, neutropénie, hypoglobulie. Tous ces faits compliquent le diagnostic hématologique du benzolisme latent et conduisent à préconiser le renforcement de son dépistage hématologique au moyen de statistiques par atelier et par entreprise, et d'examens répétés à courts intervalles dans beaucoup de cas suspects, pour lesquels on doit prendre des décisions provisoires.

Etat des vaisseaux dans les blocs silicotiques (Présentation de documents). — MM. **L. Croizier**, **Mounier**, **M. Ode** et **L. Roche** présentent des radiographies de poumons prélevés à l'autopsie de silicotiques, après injection dans l'artère pulmonaire d'une substance opaque aux rayons X (baryte diluée) ; on obtient ainsi une vue d'ensemble du réseau de l'artère pulmonaire. Par comparaison avec des radiographies pulmonaires, pratiquées peu avant la mort, on met en évidence, dans trois observations, la pauvreté de la vascularisation des blocs silicotiques : les grosses artères sont sténosées, la plupart des branches ont disparu, ces lésions sont connues à l'examen histologique, mais les images obtenues étaient intéressantes à présenter.

L. Roche.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET BIOLOGIQUES DE MONTPELLIER ET DU LANGUEDOC MÉDITERRANÉEN

(Section de Chirurgie)

16 Février 1945.

Les fausses appendicites d'origine ascaridienne. — MM. **Bétoulières** et **Patounas**. Chez 3 malades présentant des manifestations digestives graves, à type d'appendicite aiguë toxique, l'appendice est macroscopiquement sain. L'exploration du grêle permet de reconnaître un parasitisme intestinal (Ascaris) et le traitement assure la guérison.

Kyste hydatique du foie ouvert dans les voies biliaires ; marsupialisation. Guérison rapide. — M. **R. Joyeux**. Marsupialisation d'un kyste du volume d'une tête de fœtus ; guérison totale et définitive en 1 mois 1/2.

Scotome hémianopsique homonyme para-central par blessure de la région du pôle occipital. — MM. **Ch. Déjean** et **P. Laporte**. Enfoncement de l'écaille de l'occipital ; petit scotome homonyme gauche, situé tout près du point de fixation, sans modification de l'acuité visuelle. Ainsi la région polaire occipitale serait non seulement le lieu de projection des fibres maculaires mais également celui d'une petite zone para-centrale du champ visuel.

Résultats de quinze années de radiothérapie du cancer du col de l'utérus. — MM. **P. Lamarque**, **G. Roux** et **P. Bétoulières**. A propos de 616 malades, avec rappel des principes généraux de la technique et des indications. Le total des guérisons après 5 ans, est de 100 ; il est de 47 pour 100 pour les cas opérables.

Uretérectomie totale pour papillomatose de l'uretère restant après néphrectomie. — MM. **Truc**, **Costecalde**, **Coste** et **Bringer**. Polype vésical ; l'urographie veineuse et l'urétérographie rétrograde décèlent une polypose pyélo-urétérale. Néphrectomie et urétérectomie totale. Nécessité de l'urographie veineuse dans les polyposes vésicales et de l'urétérectomie totale dans la polypose urétéro-pyélique.

Traitement de la luxation congénitale de la hanche avant la marche. — MM. **Etienne** et **Lescure**. Enfant de 3 semaines atteint de luxation congénitale bilatérale de la hanche. Traitement immédiat. Excellent résultat.

Grossesse interstitielle avec inondation péritonéale. — MM. **Massabuau**, **Courty**, **Godlewski** et **Campo**.

Présentation d'une fracture mandibulaire double chez un enfant en cours de traitement. — MM. **Houpert** et **Belvèze**. Anesthésie tronculaire bilatérale ; 4 fils de soie tressée, placés symétriquement à travers des trous de perforation transdentinaires unissent les dents antagonistes et sont remplacés, après 2 jours, par des fils en acier souple.

Avantage des tunnels transdentinaires extra-pulpaires dans les fractures de la mandibule chez les enfants.

1er Juin.

A propos de trois cas de gangrène gazeuse. — M. **Nègre**. Trois blessés choqués atteints de gangrène gazeuse guéris par l'association à une thérapeutique chirurgicale conservatrice de la pénicilline à hautes doses et de la transfusion massive de sang conservé.

Un cas de lipomatose symétrique nodulo-diffuse à prédominance para-vertébrale. — M. **R. Joyeux**. Lipomes échelonnés de part et d'autre de la ligne des apophyses épineuses depuis le cou jusqu'au sacrum. Ablation chirurgicale de l'un d'eux, de volume gênant.

Radiothérapie de contact. — M. **Ch. Gros**. Etude des principales indications et des résultats obtenus.

Injection intraveineuse de solution visqueuse d'alcool polyvinylique dans le choc traumatique. — MM. **Lapeyre**, **Loubatières** et **Campo**. Trois cas de choc traumatique traités efficacement par injection intraveineuse d'alcool polyvinylique.

A propos de quelques cas d'ostéo-arthrite syphilitique. Présentation de clichés. — M. **Etienne**. Séries de clichés se rapportant à des lésions ostéo-articulaires syphilitiques dont le diagnostic a été particulièrement difficile du fait de la forme clinique et de l'aspect radiographique du squelette.

Les indications de l'atropine dans les opérations sur les cavités buccales (voûte et voile du palais). — M. **Etienne**. Heureuse action de l'injection de sulfate neutre d'atropine dans des cas de salivation intense rendant impossibles les opérations buccales.

Réduction d'une fracture mandibulaire double en voie de consolidation vicieuse. — MM. **Terracol** et **Houpert**. Fracture mandibulaire symétrique de la région angulaire consolidée de façon vicieuse. Mobilisation des fragments qui permet la réduction, rétablit l'articulé et une ouverture buccale de 2 cm. 5.

Corps étranger profond de la fosse ptérygo-maxillaire. Extraction par la voie trans-sinuso-maxillaire. — MM. **J. Terracol** et **L. Fabre**. Balle extraite par voie endo-sinusienne et trépanation de la paroi postérieure du sinus maxillaire. C'est la meilleure voie d'accès sur la fosse ptérygo-maxillaire.

L'ablation chirurgicale de la glande sous-maxillaire. — MM. **J. Terracol**, **L. Houpert** et **L. Fabre**. Intérêt de la sialographie dans le diagnostic des lésions de la glande et recommandation de l'anesthésie locorégionale.

Réfection totale de la paupière inférieure par glissement conjonctival doublé d'un lambeau cutané déplacé par méthode hongroise. — MM. **Ch. Dejean**, **P. Laporte** et Mlle **P. Guyon**. Le plan muqueux est emprunté à la paupière supérieure qui est dédoublée en deux lames ; l'une musculo-cutanée reste en place, l'autre tarso-conjonctivale attirée vers le bas est suturée à la conjonctive du fornix inférieur. Le plan cutané est emprunté à la joue, suivant la technique hongroise de Imre.

Corps étranger métallique méconnu dans les parties molles de la nuque. — M. **P. Betoulières**. Découverte radiologique d'une barrette de fixation d'une courroie pénétrée accidentellement dans les muscles de la nuque 48 heures auparavant, par une perforation simple des téguments.

Volumineuse adénite aiguë mésentérique. — M. **R. Joyeux** La difficulté du diagnostic, le volume de la masse ganglionnaire et la simplicité de la thérapeutique qui évite toute chirurgie d'exérèse font l'intérêt de ce cas clinique.

La névralgie du génito-crural dans les suites immédiates de la cure radicale de la hernie crurale. — M. **R. Joyeux**. Le caractère causalgique des douleurs et leur topographie prouvent le tiraillement du nerf génito-crural ou son étranglement dans un fil à ligature. Seule l'infiltration du sympathique lombaire a pu amener la guérison.

Œdème unilatéral du membre inférieur au cours de la grossesse. — MM. **Caderas de Kerleau**, **Durand** et **Pasquet**. Apparition après un syndrome du type claudication intermittente d'un œdème du membre inférieur gauche chez une primigeste de 19 ans. Excellent résultat de l'infiltration du sympathique lombaire.

De la nécessité d'une butée préventive après traitement orthopédique de certaines luxations congénitales de la hanche. — MM. **Etienne**, **Lapeyrie** et **Lescure**. Nécessité de pratiquer la butée ostéo-plastique, lorsque, en dépit d'une réduction correcte et quoique la tête du fémur paraisse bien à sa place, la reconstitution du toit du cotyle ne se fait pas dans les conditions satisfaisantes. La butée doit être faite avant les complications.

Fracture avec luxation de l'astragale. Traitement orthopédique. Excellent résultat. — MM. **C. Lapeyre**, **Ch. Gros** et **J. Godlewski**. Iconographie radiologique d'une fracture complète de l'astragale et des os de la malléole interne. Réduction manuelle ; extension continue par broche calcanéenne pendant un mois. Botte plâtrée. Résultat fonctionnel parfait.

Réduction d'une consolidation vicieuse de la mandibule (présentation du malade). — MM. **Terracol** et **Houpert**.

A. Puech.

PETITES CLINIQUES DE "LA PRESSE MÉDICALE"

N° 677.

Amaurose et amblyopie par troubles sympathiques post-traumatiques réflexes de la face

Par A. Rouquier
(Val-de-Grâce)

Le malade a été blessé en Alsace, près de Colmar, le 27 Décembre 1944 par éclatement d'une mine : cette dernière a projeté de petits éclats de pierre dont une quinzaine environ ont pénétré sous la peau de la face ; ceux du côté gauche sont beaucoup plus nombreux que ceux du côté droit, où il n'y en a que 3 ou 4. Ces éclats peuvent être facilement retrouvés sur une radiographie faite dans une formation sanitaire américaine quelques jours après l'accident. Aucun d'eux n'a pénétré dans l'orbite et n'a lésé le globe oculaire ou le nerf optique. Le sujet n'a pas perdu connaissance et n'a pas été, à proprement parler, commotionné. Il les a retirés lui-même l'un après l'autre, quelque temps après l'accident.

Dans les jours qui ont suivi la blessure, s'est installé un blépharospasme bilatéral, plus marqué du côté gauche, rendant de ce côté l'ouverture des paupières impossible ; elle est possible du côté droit où la fente palpébrale est néanmoins très rétrécie. En même temps, le sujet devenait presque complètement aveugle de l'œil gauche et son acuité visuelle baissait considérablement du côté droit. Une photophobie intense nécessitait le port de lunettes noires.

Quelques jours après sa blessure, l'examen oculaire objectif ne décelait rien de particulier ; l'acuité visuelle du côté droit était réduite à 3/50, du côté gauche à la perception lumineuse. Le fond d'œil était normal des deux côtés, ainsi que la tension rétinienne (30 du côté droit et 35 du côté gauche). La pupille gauche était plus petite que la droite mais les deux réagissaient normalement aux différents collyres.

L'examen neurologique montrait que la contracture de l'orbiculaire des paupières du côté gauche s'accompagnait, comme il est fréquent de l'observer dans les troubles sympathiques réflexes, d'un retentissement beaucoup plus accusé au niveau des membres gauches. Aux épreuves de résistance, on constatait un léger tremblement de la main gauche avec abaissement du membre supérieur de ce côté ; il en était de même au niveau du membre inférieur gauche. La contraction des muscles fessiers provoquée par la percussion au marteau persistait du côté gauche plus que du côté droit.

La tension artérielle était normale (13-8), mais l'indice oscillométrique était beaucoup moins ample à l'humérale du côté gauche que du côté droit. Le 13 Février, l'électro-encéphalogramme fait par le Dr Remond, au Laboratoire de Pathologie générale à la Faculté de Médecine, montrait les altérations du type onde lente, isolées, localisées aux deux régions pré-rolandiques, particulièrement marquées au côté gauche, c'est-à-dire du côté où la baisse de l'acuité visuelle, la contracture de l'orbiculaire des paupières et les troubles sympathiques des membres étaient maxima.

Le malade a été traité par injections d'acécoline et attouchements cocaïniques de la queue du cornet moyen. Sous l'effet de ces traitements, les troubles se sont progressivement améliorés : la contracture des orbiculaires a disparu, le tremblement et la diminution de la force musculaire des membres gauches ont eux-mêmes disparu, l'acuité visuelle s'améliorait. Le 15 Février elle était de 4/10 à droite et de 1/10 à gauche ; le 15 Mars elle était redevenue normale.

Deux nouveaux examens électro-encéphalographiques faits le 13 Février et le 6 Mars montraient encore des ondes delta au niveau des aires IX, X et XI, toujours plus marquées du côté gauche. Elles se sont progressivement atténuées.

*
**

Il est fort probable que ce malade aurait été, il y a quelques années, considéré comme atteint de troubles d'origine hystérique ou pithiatique. On l'aurait examiné attentivement au point de vue psychique ; on aurait trouvé qu'il exagérait ; on l'aurait accusé de poursuivre un but utilitaire plus ou moins conscient et peut-être l'aurait-on énergiquement traité par contre-suggestion armée. Il nous est arrivé de le faire, dans les années qui ont suivi la grande guerre, avec des malades analogues que les oculistes nous disaient être atteints d'amaurose pithiatique. Aucun résultat thérapeutique n'est venu couronner nos efforts et heureusement les réglements militaires nous permettaient de considérer pratiquement ces malades comme des organiques et de les indemniser en tenant compte de la gravité de leurs troubles fonctionnels. Mais on n'aurait point songé à l'origine sympathique réflexe possible de ces derniers et on ne les aurait pas traités par des vaso-dilatateurs ou par l'inhibition fonctionnelle de centres sympathiques comme le ganglion sphéno-palatin ; il est probable que l'évolution se serait montrée analogue à celle des contractures ou des troubles parétiques réflexes des membres qui, traités pathogéniquement d'une façon précoce, guérissent, alors qu'ils évoluent vers la chronicité si on les laisse se cristalliser.

L'amblyopie uni-latérale d'origine sympathique réflexe semble bien avoir été entrevue, il y a déjà longtemps, par les neurologistes qui qualifiaient d'hystérique ou de pithiatique tout ce que, dans l'état de leurs connaissances, ils ne pouvaient logiquement interpréter. Nous lisons, dans un livre déjà ancien : « On s'est beaucoup occupé, il y a quelques années, des amblyopies uni-latérales qui s'observent assez fréquemment chez les hystériques et chez les sujets porteurs de lésions en foyer limitées au segment postérieur de la capsule interne, dans le point que Charcot appelait le « carrefour sensitif ». Il paraît bien démontré par les recherches de Déjerine et de Roussy que les lésions de cette région peuvent donner lieu à des hémi-anesthésies de la sensibilité générale portant sur le tronc et les membres du côté opposé ; mais il n'est pas certain du tout qu'elles puissent aussi donner lieu par elles-même à des troubles visuels. Presque tous les ophtalmologistes admettent aujourd'hui que presque toutes les amblyopies croisées qui accompagnent souvent les hémi-anesthésies hystériques ou organiques ne peuvent être expliquées par des lésions directes de l'appareil central de la vision, car il n'y a aucun point des centres nerveux où se trouvent réunis toutes les fibres rétiniennes du côté opposé. L'interprétation la plus vraisemblable de cette genèse a été fournie par Lannegrace et par Bechterew. D'après eux l'amblyopie uni-latérale serait la conséquence de cette anesthésie qui s'accompagnerait de modifications circulatoires de la rétine de nature à entraîner un rétrécissement du champ visuel et par suite, un affaiblissement marqué de la vision de l'œil anesthésié. » [1]

1. Pitres et Testut : Les nerfs en schéma.

Emploi du suc de Lierre terrestre (*Glechoma hederacea* L.) dans le traitement des affections des bronches

La notice que je me propose de consacrer au Lierre terrestre, labiée qui n'a avec le Lierre grimpant d'autre ressemblance que la faculté de redresser, après avoir rampé sur le sol, au début du printemps, sa tige garnie de feuilles échancrées en forme de cœur et de fleurs d'un violet pâle, cette notice s'adresse surtout aux médecins qui exercent à la campagne : ce n'est, en effet, qu'fraîchement récoltée qu'elle peut être employée avec profit, tandis qu'elle se montre, une fois desséchée, peu près inerte.

Les médecins du XVIIe siècle qui furent les premiers à en signaler les vertus, s'étaient bien rendu compte de cette particularité : c'est ainsi que nous voyons Joseph du Chesne préconiser, contre la phtisie et les affections exulcérées ou purulentes des poumons le looch préparé avec son suc : « J'ay certes, dit-il, avec ce remède guary plusieurs malades de la santé desquels on n'avoit plus aucune espérance et disoit-on qu'ils étaient incurables. » C'est également au suc de la plante fraîche qu'avaient recours les phtisiologues anglais les plus réputés : Willis le recommandait contre les hémoptysies et contre les vomiques. Morton le mettait en tête des médicaments incrassants, altérants et agglutinants qui rendent le plus de services à la période de début de la phtisie et après un crachement de sang, *in phthisi hemoptoica præ cæteris omnibus commendatur*, et le judicieux Murray rapporte le cas d'un de ses parents qui, crachant du véritable pus, fut complètement guéri par ce suc mêlé de lait ou de petit lait et joint à l'exercice du cheval.

Les notions que nous possédons sur la composition chimique du Lierre terrestre sont assez sommaires : nous savons seulement qu'en plus d'une résine il fournit, par la distillation, de 0,03 à 0,064 pour 100 d'une huile essentielle verte ou d'un brun foncé parsemée de particules solides et dont l'odeur, due à la présence d'une cétone, est, d'après Schimmel et Haensen, peu agréable et très pénétrante. Le fait est que supportable lorsqu'elle provient de la plante fraîche recueillie en Mai à l'époque de la floraison, elle dégage fournie par l'herbe desséchée, un fâcheux relent de moisi, voire même de fumier. C'est vraisemblablement en s'éliminant par les muqueuses des voies respiratoires que cette essence si peu suavéolente exerce sur leurs sécrétions une action à la fois antiseptique et sédative.

Pour en obtenir de bons effets, nous prescrirons, à l'exclusion de toute autre préparation, comme l'enseignaient nos devanciers, le suc récemment exprimé soit en nature (20 à 40 *g*), soit sous forme de sirop (1 partie de suc pour 2 de sucre) ou d'œnolé (200 *g*. de plante fraîche pour 1.000 *g*. de vin : laisser macérer quarante-huit heures, passer en exprimant fortement : de 50 à 100 *g*. *pro die*. Un bon mode d'administration qui présente l'avantage d'être utilisable à la ville comme à la campagne est l'alcoolature à la dose quotidienne de 5 à 10 *g*.

Cette médication trouve ses indications dans les bronchites chroniques, dans la bronchostase des vieillards, dans la dilatation des bronches et même, comme adjuvant dénué de toute toxicité, dans la tuberculose pulmonaire où elle peut agir sur les germes dont la présence exalte la nocivité du bacille de Koch. Malgré les immenses progrès réalisés de nos jours dans le traitement de cette maladie, la thérapeutique s'y montre encore assez pauvre pour que nous consentions à accepter le secours des auxiliaires les plus infimes, nous rappelant que « de petits efforts peuvent venir à bout d'une pesante masse et qu'un ost de Pygmées suffit quelquefois à triompher d'un géant ».

Henri Leclerc.

CHRONIQUES

Le camp de l'horreur

Le numéro du 9 Juin dernier du *British medical Journal* contient un article très vivant et très documenté du Dr Collis (de Dublin) sur le camp de Belsen [1] qui était peuplé de juifs provenant de tous les pays occupés par l'Allemagne. Il n'est pas sans intérêt, semble-t-il, pour les médecins français de prendre connaissance d'un article de ce genre. En effet, s'il n'apporte rien qu'on ne sache déjà sur les conditions de vie effroyables qui ont été celles de trop nombreux déportés politiques dans certains camps allemands, il a cet avantage de nous fournir sur le sujet une information d'origine britannique et de nous faire connaître les réactions de nos confrères anglais en présence de ces ignominies.

Voici, pour fixer les idées, ce qu'ont vu les Anglais qui, le 17 Avril 1945, ont pénétré les premiers dans le camp de Belsen qui était divisé en deux départements. Dans le camp 1, ils se sont trouvés en présence « d'une masse dense de sujets émaciés, apathiques, couverts de cicatrices, entassés dans des cabanes (huts) de bois, sans lits ni couvertures dans nombre de cases, sans aucun vêtement quelconque dans certaines de ces cases. Les femmes sont en pires conditions que les hommes, leurs vêtements, quand elles en ont, n'étant que guenilles souillées. Les morts gisent partout à même le camp et sont rassemblés en piles à côté des blocs de barraques logeant les plus malades et dénommées à tort hôpital. Approximativement 3.000 corps nus et émaciés, à différents degrés de décomposition gisent à travers le camp. Aucune « sanitation ». Il existe des fosses mais en nombre totalement insuffisant, aussi la majorité des internés, par inanition, apathie et faiblesse, défèquent et urinent là où ils se trouvent, même à l'intérieur des barraques. Aucune eau courante; aucune électricité ». Dans le camp 2, les conditions sont moins mauvaises; cependant les internés sont entassés au nombre de 600 dans des barraques d'une capacité de 150. Les sujets sont moins émaciés mais tous sont inanitiés. Il en meurt 10 par jour.

Dans le camp 1 règnent typhus, tuberculose et de très nombreux cas d'entérite. Pas de choléra. Très nombreux cas d'érysipèle et de scorbut. Pas de typhus dans le camp 2, où on rencontre entérite, tuberculose et érysipèle.

Cette première appréciation était loin d'être exacte quant au nombre des morts. Une numération moins sommaire a montré en effet qu'il en existait de 8.000 à 10.000 et non 3.000 comme on l'avait cru d'abord, certaines barraques étant littéralement remplies de cadavres, les décès ayant à un moment atteint 500 par jour pour une population qui était approximativement de 40.000.

En présence de cette situation, le corps médical anglais a pris aussitôt un ensemble de mesures de nettoyage et de soins dont la mise en œuvre complète a demandé, on le conçoit, un certain temps et qui a nécessité la collaboration de nombreux médecins, internes, étudiants, de très nombreuses infirmières et sanitaires de la Croix-Rouge britannique et la mise en œuvre d'un matériel d'hospitalisation considérable. Tous ont rivalisé de zèle dans l'accomplissement d'une besogne que les conditions qu'on vient de voir rendaient très pénible et dangereuse mais qui a abouti à sauver près de 30.000 malheureux.

Il n'y a pas lieu d'entrer ici dans le détail des mesures prises, mais il faut retenir un fait qui donne une idée des mœurs qui avaient régné au « camp de l'horreur » pour lui donner le nom que lui ont attribué les Anglais. Ceux-ci on fait grand usage d'hydrolysats de caséine pour remonter les malheureux inanitiés. Or quand les infirmières de la Croix-Rouge abordèrent les premiers malades pour leur faire leurs injections intraveineuses, ceux-ci poussèrent des cris affreux et donnèrent des signes de la plus vive terreur. On sut alors que des injections intraveineuses de benzol et de créosote avaient été faites par les médecins allemands à nombre de sujets dont la paralysie consécutive justifiait l'envoi au crématorium. D'où l'impression produite pour toute tentative d'injection intraveineuse chez les survivants. Pour le *British medical Journal* qui commente ces faits dans un éditorial du même numéro, les injections de benzol et de créosote paraissent établies sans aucun doute. Aussi comprend-t-on que l'éditorial en question se termine par ces lignes : « Il est vraiment difficile pour le peuple de notre pays de réaliser ce terrible exemple d'inhumanité de l'homme pour l'homme et il fait un effort mental pour réaliser l'énormité d'un tel comportement dans l'Europe civilisée. Ce qui est particulièrement désolant (distressing) est de savoir que des médecins allemands, présumés être des hommes instruits, aient été si complètement dénués de la tradition humaine de leur profession, tradition reçue de l'école d'Hippocrate et réaffirmée depuis par des générations sans nombre de médecins à travers le monde. Nous ne devons naturellement pas tomber dans l'erreur de supposer que tous les médecins allemands sont semblables à ceux de Belsen, mais nous commettrions une profonde injustice vis-à-vis des milliers et des milliers d'Européens torturés si, trop aisément, nous oubliions ce qui est arrivé. Il faudra quelque temps avant que nous regardions les médecins allemands comme imbus de l'idéal médical commun aux contrées civilisées, idéal si magnifiquement soutenu par les docteurs, les nurses, les étudiants en médecine et leurs aides attachés à nettoyer les écuries d'Augias de l'horreur nazie. »

Tout commentaire est inutile.

Ph. Pagniez.

1. W. R. E. Collis : Belsen camp. A preliminary Report. *Brit. M. J.*, 9 Juin 1945, 814; même numéro : *The Horror Camp*, 83.

Michel-Léon Kindberg

(1883-1945)

Rescapé de Buchenwald, soutenu jusqu'à la fin par une volonté surhumaine de vivre, par l'idée fixe de revoir Paris, par ce dynamisme exceptionnel qui s'imposait à tous, Michel-Léon Kindberg est décédé douze jours après son retour d'Allemagne, d'où il rentrait, sans le savoir, déjà frappé à mort. Echappé par miracle de cet enfer nazi, qui dépasse en horreur le cercle le plus noir de l'Enfer de Dante, notre ami n'aura pas échappé au sort si savamment prévu par ses bourreaux.

Nous l'avons revu différent de lui-même, parce que devenu pareil aux autres déportés : les cheveux ras, le teint indéfinissable, le visage amaigri et allongé, le regard paraissant encore tourné vers ce monde dont il ne pensait pas devoir revenir, différent, changé et cependant reconnaissable; nous avons revu quelques jours parmi nous ce masque aiguisé, ces lèvres minces, cet œil noir, cette physionomie mobile, empreinte par instants de mélancolie souriante, ce visage de tragédien sur lequel son destin était comme inscrit par avance.

Michel-Léon Kindberg favorisé par la fortune, esprit universel, médecin éminent, est mort seul, dépouillé de tout, secouru par un de ses élèves, mais loin de sa vieille mère, sans nouvelles de sa femme, sans nouvelles de son fils demeurés en Allemagne, et, pour cette âme forte, pour ce sceptique, pour ce lutteur, ce dépouillement total de l'homme, cette solitude dans la mort, n'étaient pas sans grandeur.

Michel-Léon Kindberg était un ami fidèle, extrêmement serviable. S'il paraissait parfois indifférent aux remous du sentiment, par contre il vous entraînait toujours avec lui sur les beaux glaciers de l'intelligence ; philosophie, religion, sciences, arts; il évoluait avec aisance sur ces sommets et nous faisait partager son plaisir.

Nous nous sommes rencontrés, Kindberg, Mondor et moi, à l'amphithéâtre de Clamart, au début de nos études, à l'ostéologie que nous enseignait un brillant aide d'anatomie, Lardennois. Un peu plus âgé que nous, Kindberg s'imposa à nous, jeunes provinciaux, par sa culture, sa maturité d'esprit, son parisianisme, son élan pour le travail et le succès. Il fut l'entraîneur de notre groupe qui s'était augmenté de Claude Gautier et de André Cain, sur le sort duquel nous sommes, hélas ! actuellement justement anxieux. L'échelon de l'internat rapidement franchi, Kindberg devint l'interne de Widal à l'Hôpital Cochin où l'interne concurrençait le Maître dans ses présentations de malades. Il fut également l'élève de Lemierre et de Rist.

Orienté vers la phtisiologie et plus exactement vers la pneumologie, car la tendance de son esprit était toujours d'élargir les cadres, il marqua sa spécialité de l'empreinte de son intelligence.

Clinicien, bactériologue, anatomopathologiste, enseigneur, orateur, écrivain, Kindberg réunissait des qualités rares, exceptionnellement groupées chez un seul.

Son œuvre est à son image. Les lourds traités, les développements savants, les accumulations de faits non tamisés, ne convenaient pas à sa pensée souple, précise, concise, réaliste; celle-ci excellait, par contre, dans l'exposé, la conférence, la leçon, l'article. Il a condensé ce qu'il avait à dire dans de petits volumes de la Collection Bleue, de médecine et chirurgie pratiques, édités par Masson et les volumes signés par lui sur la gangrène pulmonaire, la collapsothérapie, les abcès du poumon, les dilatations des bronches, se sont succédé, disant l'essentiel sur ces questions nouvelles et ont eu beaucoup de succès.

Toujours orienté vers l'action, Kindberg devait être un des pionniers, un partisan convaincu de la chirurgie thoracique.

C'est lui qui m'a entraîné dans cette voie. C'est pour lui que j'ai opéré mon premier abcès du poumon, en 1922. Si c'est pour le Prof. Sergent et pour Ameuille que j'ai pratiqué les deux premières lobectomies qui ont été opérées en France, c'est pour Kindberg que j'ai fait ma première pneumonectomie totale, avec survie.

C'est ainsi que je me suis rapproché de lui sur le plan professionnel, comme nous l'étions depuis longtemps déjà sur le plan de l'amitié. Nous avons rédigé en commun un rapport sur les pyothorax tuberculeux, pour le Congrès de Lille, dans lequel nous avons défendu, sans trouver alors beaucoup d'écho, la nécessité, dans les cas résistant à l'aspiration, de la pleurectomie.

Plusieurs années auparavant, nous avions publié ensemble un ouvrage sur les abcès du poumon, qu'après quinze ans d'expérience nous avions projeté de rééditer, dès que les circonstances le permettraient. Au cours d'une visite que j'étais allé lui faire à Toulouse, en 1942, nous en avions tracé les nouveaux chapitres.

Mais pour retrouver l'œuvre de Kindberg, il faudrait feuilleter, aussi bien les *Bulletins* de la Société Médicale, les numéros de la *Revue de la Tuberculose*, que les nombreux journaux médicaux où il multipliait communications et articles.

Comme thérapeute, il a défendu deux méthodes : la première est la crisothérapie intra-pleurale. Cette méthode, combattue surtout par ceux qui l'ont peu pratiquée, comme c'est le cas fréquemment, est originale comme conception et oriente la collapsothérapie pulmonaire dans un sens peut-être riche d'avenir. Cette méthode conserve encore de chauds partisans.

Enfin, Kindberg, un des premiers, a défendu le *pneumothorax précoce et précocement efficace*, et sur ce point il mérite d'être suivi

Mais à côté de ses articles, Kindberg aimait enseigner ; il aimait les grands amphithéâtres d'élèves, il aimait faire une leçon ; il aimait les grands auditoires des congrès où il pouvait développer ses exceptionnels dons d'orateur et certaines de ses interventions demeurent dans la mémoire de ceux qui l'ont entendu, comme de belles manifestations de l'éloquence et de l'élégante clarté française.

On n'aura rien dit de l'action de Kindberg comme phtisiologue, si l'on ne parle pas de son travail à l'hôpital. L'hôpital semble avoir été pour lui le meilleur de sa vie, son refuge ; à Beaujon, dans son vaste et clair cabinet du 11e étage, au milieu de ses registres d'observations, de ses coupes à projection, minutieusement classées, numérotées, annotées par lui, au milieu de ses livres, il était heureux. Il y déjeunait parfois pour pouvoir prolonger son travail l'après-midi et il y venait souvent le dimanche.

Cet intellectuel, ce sceptique, ce grand seigneur de l'esprit, dont les durs paradoxes heurtaient si souvent l'auditeur qui ne le connaissait pas, était plein d'attentions, plein de dévouement, plein de souci pour ses malades qui lui étaient très attachés, confiants dans son autorité.

Si le nom de Michel-Léon Kindberg doit, malheureusement être inscrit sur le martyrologe de notre Société [1], il doit l'être aussi sur la liste de ceux qui l'honorent.

Représentant éminent du Corps des Médecins des Hôpitaux de Paris, Michel-Léon Kindberg demeurera un grand nom de la Pneumologie française.

Robert Monod.

1. Société d'Etudes sur la Tuberculose.

A propos des nouvelles conventions internationales sanitaires

La Presse, même technique, n'a fait que peu d'échos à la nouvelle de la signature des conventions sanitaires internationales de 1945. Nous voudrions éclairer le Corps médical français sur l'historique et le contenu de ces conventions.

*
* *

Rappelons brièvement que deux conventions sanitaires règlent la prophylaxie internationale des maladies contagieuses : la convention internationale sanitaire maritime de 1926 modifiée en 1938 et la convention sanitaire pour la navigation aérienne de 1933. Ces conventions prévoient essentiellement :

1° Un système de notifications internationales administrées par l'Office international d'Hygiène publique, créé par l'arrangement de Rome de 1907 et siégeant à Paris.

2° Un ensemble de mesures techniques applicables en cas d'éclosion ou d'épidémie d'une des cinq maladies « pestilentielles » : typhus, variole, peste, choléra, fièvre jaune.

Ces dernières mesures sont par essence soumises à des renouvellements ; elles sont en effet facteurs de deux éléments variables. L'intensité et la rapidité du trafic international, le progrès des méthodes de prophylaxie.

La guerre devait interrompre le travail de révision préparé par le Comité permanent de l'Office. Elle devait en même temps s'opposer aux communications de l'Office avec le monde entier et le mettre en sommeil. Mais simultanément elle intensifiait le trafic dans certaines zones dangereuses (d'endémie amarile par exemple) et imposait d'immenses expériences de prophylaxie collective.

C'est dans ces conditions qu'en Novembre 1943 le Conseil de l'U. N. R. R. A. (United Nations Relief and Rehabilitation Administration), institution internationale chargée de coordonner l'effort des Nations Unies, une fois passée la période militaire, dans les territoires libérés ou conquis, pour tout ce qui concerne notamment les questions de secours, de bien-être (Welfare) et de santé ; décida de nommer une Commission d'experts et de lui confier le soin d'élaborer de nouvelles conventions internationales sanitaires [1]. La Commission se réunit en Mai 1944 ; les conventions sanitaires devaient être signées en Janvier 1945.

Au cours de ces négociations se sont posées deux catégories de problèmes, les uns plus spécialement juridiques, les autres techniques :

Les modifications d'ordre technique apportées par les conventions constituent en général un progrès important. Elles seront certainement durables et reprises dans les conventions définitives qui feront suite aux conventions temporaires de 1945 :

1° Il est prévu à côté des maladies pestilentielles expressément visées par les conventions antérieures (peste, choléra, fièvre jaune, typhus, variole) que d'autres maladies infectieuses épidémiques feront l'objet dans certaines conditions de notifications et de mesures prophylactiques obligatoires.

2° La *surveillance* est substituée dans un certain nombre de cas à l'*observation* et une nouvelle définition de la « surveillance » a été donnée.

« Le mot surveillance signifie que les personnes ne sont pas isolées, qu'elles obtiennent tout de suite la libre pratique, mais que l'autorité sanitaire de la localité ou des localités où elles se rendent est prévenue de leur arrivée. Elles pourront être soumises au lieu d'arrivée à un examen médical, et l'on pourra leur poser les questions nécessaires à la constatation de leur état de santé. Dans tout territoire où la partie contractante compétente le juge nécessaire, la surveillance peut comprendre l'obligation de se présenter, lors de l'arrivée, et ensuite à intervalles fixes pendant la durée de la surveillance, devant l'officier de santé de la ville, de la région ou de l'endroit où les intéressés se rendent ».

3° La notion de vaccination contre la fièvre jaune et contre le typhus est introduite dans les conventions et ces vaccinations sont officiellement consacrées comme des méthodes satisfaisantes de prophylaxie :

« Les personnes en possession d'un certificat valable de vaccination contre la fièvre jaune ne seront pas soumises aux restrictions de quarantaine instituées pour combattre la fièvre jaune ».

Les même savantages sont accordés, ce qui est une innovation également, aux sujets porteurs d'un certificat attestant qu'ils sont « remis d'un accès de fièvre jaune et que leur sang contient des anticorps contre la fièvre jaune, la preuve en ayant été faite par l'emploi d'un test appliqué par un institut exécutant habituellement des tests biologiques de fièvre jaune et agréé à cet effet par le Gouvernement du pays intéressé ».

4° Dans un but louable d'uniformisation les conventions prévoient des modèles de certificats de vaccination. Ces certificats précisent la durée pendant laquelle les personnes soumises à telle ou telle vaccination doivent être considérées comme immunisées.

Ces validités sont de trois ans pour la variole, six mois pour le choléra, un an pour le typhus, quatre ans pour la fièvre jaune (ces deux derniers chiffres sont d'ailleurs un peu optimistes).

5° Il s'est posé, à propos des vaccinations, un problème qui n'est pas encore complètement réglé.

Les conventions prévoient que les certificats ne seront « validés » que pour autant que le vaccin employé aura été reconnu valable par l'Unrra.

Sur le fond, on ne saurait s'étonner d'une semblable demande ; il est de fait que s'impose, à l'échelon international, comme à l'échelon de chaque nation, un contrôle des vaccins ; il serait regrettable qu'une nation sans institutions scientifiques sérieuses accepte un produit inefficace et qu'un certificat international couvre une immunité douteuse.

Si les vaccinations contre le typhus, le choléra, la variole, n'ont soulevé aucune difficulté, la vaccination antiamarile a été la source d'un malentendu dont les intérêts français risquaient de faire les frais.

La France est en effet le premier pays à avoir pratiqué en grand une vaccination contre la fièvre jaune. Le vaccin est dérivé du virus neurotrope

1. Rappelons — pour lui rendre un hommage mérité — que la France fut représentée, dans ces négociations, par M. André Mayer, professeur au Collège de France, chef de la mission de la Santé publique aux U. S. A.

obtenu par Theiler par adaptation au cerveau de la souris blanche du virus pantrope. Jusqu'à 1939, ce virus a d'abord été employé sous forme de virus phosphaté de Sellards Laigret en 3 injections, puis enrobé dans un jaune d'œuf (procédé Laigret). Depuis 1939, on utilise plus simplement la poudre de cerveau de souris infectée : le cerveau est congelé et desséché à — 22° sous une cloche à vide, puis pulvérisé et conservé en ampoules scellées dans le vide. Un cerveau de souris représente 100 doses vaccinales. L'inoculation se fait par scarification, et peut être associée à la vaccination antivariolique. Depuis dix ans, 10.000.000 de personnes ont été vaccinées par le vaccin que prépare l'Institut Pasteur de Dakar. La France a été le premier pays à rendre obligatoire cette vaccination. Ajoutons qu'elle le pouvait car le vaccin employé est remarquablement efficace, ce qui est prouvé avec certitude par le pourcentage de 95 pour 100 de tests de séro-protection positifs chez les vaccinés et par la disparition de la fièvre jaune en A. O. F. D'autre part, son innocuité paraît acquise et enfin — ce qui n'est pas négligeable — son utilisation par scarification rend possible des vaccinations de masses à grand rendement.

Or, et la rupture des relations scientifiques dans le monde y est pour quelque chose, il semble que les experts anglo-saxons étaient très mal renseignés sur notre vaccin de Dakar, qu'ils croyaient encore à la période des essais. Le seul vaccin qu'ils envisageaient était le très intéressant vaccin préparé par l'Institut Rockefeller, vaccin plus récent, que la guerre a permis de mettre au point, malgré quelques déboires initiaux. Ce vaccin est obtenu par la culture dans l'embryon de poulet, d'une souche pantrope qui a subi de très nombreux passages et a perdu peu à peu son pouvoir pathogène, tout en gardant son pouvoir antigénique. Cette souche est appelée 17 D. Après broyage et centrifugation, le liquide surnageant est dilué avec de l'eau distillée, desséché dans le froid et le vide. Ce vaccin est dilué dans l'eau salée au moment de son emploi et injecté par voie sous-cutanée. La France ne pouvait accepter le rejet de son vaccin. Le problème posé était un problème scientifique relativement facile à résoudre. La vaccination anti-amarile est une des rares méthodes d'immunisation dont l'efficacité soit aisée à contrôler ; la pratique du test de séro-protection chez le vacciné permet de mesurer la valeur de l'immunité. Les représentants français ont donc demandé que le vaccin français soit admis par Unrra et pour cela ils ont accepté qu'il soit soumis au contrôle des experts scientifiques de l'Unrra (Comité de quarantaine). Une expérience de contrôle aura lieu, en Juillet prochain. Elle sera une excellente occasion pour nos savants et les savants anglais et américains de confronter leurs points de vue après cinq ans de séparation [2].

6° Les mesures de prophylaxie internationale contre la fièvre jaune ont subi d'autres modifications que celles, déjà citées, motivées par l'efficacité de la vaccination.

C'est ainsi que la distance d'ancrage des navires dans les zones endémiques a été portée de 200 *m.* à 400 *m.* ce qui d'ailleurs, à notre avis, est encore insuffisant, les stégomyas pouvant franchir aisément, dans certaines circonstances des distances plus grandes.

De plus, la notion d'aérodrome anti-amaril introduite par les conventions de 1933 a disparu. Par contre, tous les aérodromes des régions « où la fièvre jaune existe sous une forme cliniquement, biologiquement ou anatomopathologiquement décelable » devront être suffisamment éloignés des lieux habités les plus proches, être maintenus libres de moustiques et être pourvus d'habitation à l'épreuve des moustiques. En somme, tous les aérodromes de ces zones devront répondre à peu près à ce qu'on appelait dans les conventions de 1933 un aérodrome anti-amaril.

7° La patente consulaire a été supprimée. Cette formalité était devenue anachronique à une époque où les communications télégraphiques et radio-télégraphiques sont courantes. Elle est remplacée par une simple déclaration de santé du capitaine du

2. La thèse française au sujet de la vaccination anti-amarile a été soutenue avec succès par le médecin général Peltier, des troupes coloniales, envoyé spécialement aux Etats-Unis au début de 1945.

navire (contresignée du médecin du bord ou du commandant de l'aéronef).

8° Dans les mesures de prophylaxie du typhus, la désinfection des effets, du linge, des literies, etc..., a été ajoutée à la désinsectisation pour tenir compte les notions récemment acquises sur les possibilités de contamination directe par les déjections du pou.

*
* *

Le problème juridique posé par la négociation des nouvelles conventions était autrement grave que celui des quelques modifications techniques qui viennent d'être exposées.

Les conventions sanitaires internationales étaient administrées par l'Office International d'Hygiène publique. Fallait-il substituer temporairement un autre organisme à l'Office international?

En 1943, tout le monde eût répondu affirmativement. Mais à partir du 25 août 1944, on devait logiquement reconsidérer la question.

*
* *

Le problème du remplacement de l'Office international d'Hygiène publique avait d'ailleurs un aspect juridique qui semble avoir été, au moins au début, négligé par l'Unrra. L'arrangement de Rome de 1907, les conventions de 1927 et de 1933 avaient prévu une procédure de révision des conventions et une procédure de démission pour les nations signataires désireuses de ne plus participer au fonctionnement de l'Office.

Il appartenait à la France gardienne de l'Office et bien placée pour se rendre compte de ses possibilités de fonctionnement de faire aux autres nations participantes de l'Unrra les remarques nécessaires.

En ce qui concerne l'utilisation de l'Office, les conséquences logiques de ces remarques eussent été le retour pur et simple, dès Septembre 1944, au statut de 1939. Cette solution n'a pas prévalu. Doit-on en voir la cause dans le désir profond et pas toujours clairement exprimé qu'ont certaines grandes nations de renouveler complètement les institutions internationales? L'argument qui fut mis en avant fut qu'il convenait de mettre aussitôt que possible en vigueur, en raison des nouvelles dispositions techniques qu'elles contenaient, les conventions internationales discutées depuis plusieurs mois.

L'accord finit par se faire sur une formule transactionnelle. Les nouvelles conventions seraient temporaires, et temporaire également le rôle donné à l'Unrra en remplacement de l'Office International d'Hygiène publique.

Les considérants qui précèdent les nouvelles conventions précisent bien qu'il n'est pas porté atteinte au statut de l'Office et que dans un délai aussi bref que possible les nations participantes étudieront le texte définitif des nouvelles conventions. Les conventions de 1945 ne resteront en vigueur que pendant dix-huit mois à partir du 15 Janvier 1945. D'autre part, sur la proposition de la France il a été entendu qu'un *modus vivendi* serait recherché entre l'Unrra et l'Office pour éviter toute duplication du travail.

Ces dix-huit mois donneront à toutes les nations participantes aux conventions de 1926 et de 1933 — et pas seulement aux Nations Unies — le temps de proposer de nouvelles conventions sanitaires à caractère universel et de réviser si elles le désirent le statut de l'Office international d'Hygiène publique dans le cadre fixé par l'arrangement de Rome. Cette modification est susceptible évidemment d'entrer dans une refonte totale de toutes les institutions internationales existantes et la France qui a été de tout temps le soutien des institutions internationales ne saurait que soutenir de telles tentatives.

Enfin, l'expérience de ces nouvelles dispositions ne libère pas les contre-signataires des engagements qu'ils ont pris librement en 1926, 1933 et 1938 et pour sa part il va sans dire que la France continuera à appliquer ces conventions vis-à-vis de toutes les nations signataires jusqu'au jour où un nouveau texte sera accepté par tous. Bien entendu, sauf vis-à-vis des nations ennemies, Allemagne et Japon, qui ont d'ailleurs cessé de payer leurs cotisations à l'Office.

Un communiqué de *Reuter* le 19 Janvier annonçait la signature des Conventions par la France, la Pologne, la Grande-Bretagne, la Chine, l'Union Sud-Africaine, le Nicaragua, le Luxembourg, la Grèce, l'Equateur, le Honduras, la République d'Haïti.

6 autres nations ont signé mais leur signature sera soumise à ratification. Ce sont les Etats-Unis, l'Egypte, le Canada, Cuba, la République dominicaine et le Pérou. Enfin, la Tchécoslovaquie a signé seulement la convention maritime et la Bolivie la convention aérienne.

Il est peu probable que l'U.R.S.S. qui n'est pas signataire de la convention de 1933 sur la navigation aérienne, signe celle de 1945 qui n'est qu'un amendement de l'ancienne.

Signalons que la convention est en vigueur du fait que 10 nations ont signé, ce qui est le cas.

Enfin, ce n'est pas sans une certaine mélancolie que nous prendrons acte d'un fait qui mesure la régression du Français comme Langue diplomatique. Alors que les précédents textes étaient rédigés en français, et que la langue officielle de l'Office est le français, ces nouvelles conventions devaient être rédigées en anglais. Il a fallu de longues négociations et toute la fermeté du Gouvernement français pour obtenir que ces conventions soient au moins rédigées en deux langues et que les deux textes, le texte anglais et le texte français, fassent foi. Cependant, le fait que ce résultat ait pu être obtenu avant même la libération de la Métropole montre que le prestige de la langue française reste encore considérable dans le monde.

E. Aujaleu et H. Pequignot.

INFORMATIONS

ORDONNANCE DU 18 JUILLET 1945
relative à la
préservation des intérêts des praticiens prisonniers, déportés, requis ou mobilisés

Les actes dits lois des 28 Août et 24 Décembre 1942 qui avaient été validés par l'ordonnance du 22 Août 1944, prévoyaient des circonscriptions réservées autour des cabinets médicaux de médecins placés dans certaines conditions du fait de la guerre. Mais cette protection facultative n'était prévue qu'en faveur de médecins retenus en captivité ou requis par la relève pendant au moins 18 mois.

La présente ordonnance élargit considérablement cette protection. Elle n'en subordonne l'octroi qu'au désir de l'intéressé. Elle étend, d'autre part, son application non seulement aux dentistes et aux sages-femmes qui se sont trouvés dans l'une des deux situations visées ci-dessus, mais également aux praticiens de l'une quelconque des trois professions qui ont été soit déportés, soit appelés ou engagés dans les armées françaises ou alliées, soit encore requis hors de leur résidence.

Enfin, le bénéfice des nouvelles dispositions est accordé aux intéressés, quelles qu'aient été l'époque et la durée de leur éloignement. Il va de soi que dans ces conditions, il appartient au préfet, d'accord avec les organisations syndicales compétentes, de proportionner l'étendue de la circonscription et la durée de la protection au préjudice effectivement subi par le praticien protégé.

Ces mesures paraissent de nature, si elles sont judicieusement appliquées, à assurer la défense des intérêts des praticiens qui ont été momentanément éloignés de leur résidence, sans priver les populations avoisinantes des soins sur lesquels elles sont en droit de compter.

Article premier. — La préservation des intérêts des médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes qui sont ou ont été prisonniers, déportés, appelés ou engagés dans les armées françaises ou alliées, ou requis hors de leur résidence, est assurée par les dispositions suivantes.

Art. 2. — Lorsque l'intéressé était installé dans une commune où exerçaient au 1er Septembre 1939 moins de cinq praticiens de la même profession, il est créé à sa demande autour de son cabinet une circonscription réservée dont le rayon ne peut excéder 20 km.

Les limites de la circonscription sont fixées par le préfet sur la proposition, suivant le cas, de l'un des conseils départementaux des médecins, des praticiens de l'art dentaire ou des sages-femmes, après avis des organisations syndicales correspondantes. La décision, notifiée à l'intéressé ou à ses ayants droit, doit être, en outre, affichée dans toutes les mairies de la circonscription.

Art. 3. — A dater de la décision du préfet, nul ne peut s'installer dans une circonscription réservée, sauf, à titre de remplacement de l'un des praticiens de la même profession et à charge de quitter la circonscription lorsque cesse le remplacement.

Cette disposition produira effet pendant une période fixée par le préfet dans les formes indiquées à l'article premier ci-dessus. La dite période sera au moins équivalente au délai pendant lequel le praticien protégé a dû interrompre son activité normale. Elle ne pourra dépasser, toutefois, les deux années qui suivront le retour du praticien.

Art. 4. — Les médecins, chirurgiens-dentistes ou sages-femmes installés avant la promulgation de la présente ordonnance, mais depuis le départ du praticien protégé, ne peuvent continuer leur activité après le retour de ce dernier lorsque leur maintien accroît le nombre des praticiens qui étaient régulièrement installés soit au 1er Septembre 1939, soit au départ de l'intéressé si, entre ces deux dates, l'effectif s'est trouvé majoré.

Sauf accord avec l'intéressé, les praticiens en surnombre doivent transférer leurs cabinets hors du territoire de la circonscription dans un délai de trois mois à dater de la décision préfectorale. La liste de ces praticiens est établie d'après les dates de leurs installations en remontant de la plus récente aux plus anciennes.

Art. 5. — Le recours hiérarchique contre les décisions prises par les préfets en exécution des articles 2, 3 et 4 ci-dessus, doit être porté par les intéressés devant le ministre de la Santé publique, dans le mois qui suit la notification.

Lorsque deux ou plusieurs demandes établies conformément à l'article 2 se trouvent en concurrence, le préfet les transmet au ministre qui indique à laquelle de ces demandes doit être donnée la priorité.

Art. 6. — La répartition des emplois rémunérés, publics ou privés, cumulés, dans chacune des professions mentionnées à l'article premier de la présente ordonnance, avec une activité de clientèle, doit être revisée par les collectivités responsables en vue de ménager, lors de leur retour, aux praticiens qui se sont trouvés dans une des situations énumérées au même article, le plus grand nombre de débouchés possible.

Pendant les cinq années qui suivront leur retour, ils auront un droit de priorité sur les vacances qui se produiront dans lesdits emplois, à la condition toutefois qu'ils remplissent les conditions requises pour l'accès aux emplois vacants.

Les préfets se concerteront avec les conseils départementaux et les organisations syndicales sur les mesures à prendre ou à provoquer pour rendre effectives dans leur département les dispositions du présent article.

Art. 7. — Dans le mois qui suivra la promulgation de la présente ordonnance, la liste des praticiens visés à l'article premier sera affichée, par les soins du maire, à la mairie de la commune où leurs cabinets sont installés.

Sur cette liste seront indiquées la date à laquelle ils ont dû interrompre leur activité et, le cas échéant, les limites de la circonscription réservée autour de leur cabinet ainsi que la durée de cette protection.

Art. 8. — Les praticiens qui auront installé ou maintenu leurs cabinets en violation des dispositions de la présente ordonnance, seront passibles d'une amende de 1.000 à 25.000 fr., et, en cas de récidive, d'une amende de 25.000 à 50.000 fr. et d'un emprisonnement d'un mois à six mois ou de l'une de ces deux peines seulement.

Les tribunaux pourront, en outre, accessoirement à la peine principale, prononcer contre le délinquant la suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de sa profession.

Art. 9. — Les modalités d'application des présentes dispositions, sur tous les points où des prescriptions de détail paraîtront nécessaires, seront fixées par arrêté du ministre de la santé publique et du ministre des prisonniers, déportés et réfugiés, après avis, s'il y a lieu, des autres ministres intéressés.

Aart. 10. — Sont abrogées toutes dispositions antérieures contraires aux présentes dispositions, notamment le décret-loi du 20 Mai 1940 et les actes dits lois des 28 Août et 24 Décembre 1942.

SYNDICAT DES MÉDECINS ÉLECTRO-RADIOLOGISTES
des Hôpitaux de Paris

Le Syndicat des Médecins Electro-Radiologistes des Hôpitaux de Paris vient d'être reconstitué et a procédé à l'élection de son Bureau, qui est ainsi composé :

Président : M. R. Coliez ; *Vice-président* : M. Desgrez ; *Secrétaire général* : M. Stuhl ; *Trésorier* : M. Lepennetier ; *Secrétaires adjoints* : MM. Guérigie et Proux ; *Secrétaire des séances* : M. Devois.

M. Delherm a été nommé à l'unanimité par l'Assemblée générale Président d'honneur du Syndicat.

ASSOCIATION NATIONALE des Médecins déportés

Sous la présidence d'honneur du Général de Gaulle, les médecins déportés ont constitué, en dehors de toute idée politique ou religieuse particulière, « *L'Association Nationale des Médecins Déportés* » qui maintiendra entre tous ses membres les liens étroits d'amitié et de solidarité établis dans la vie des camps de concentration.

L'Association se compose de membres titulaires — les médecins et étudiants en médecine déportés ainsi que les veuves des médecins déportés — de membres fondateurs et de membres bienfaiteurs.

La présidence effective est assurée par les Professeurs Ricuet et Desoille. Le trésorier est le Dr Imbona. Le siège social de la Société est 9, rue du Faubourg Saint-Honoré, Paris.

Université de Paris

Faculté de Médecine. — Conseil du 14 Juin 1945.

Cours aux médecins de l'armée américaine. — A la demande du Service de Santé américain, des cours d'une durée de 6 semaines environ doivent être organisés à l'usage des médecins de l'armée américaine, dans divers services de clinique de la Faculté et, en particulier, dans les services de chirurgie, de neurologie et d'obstétrique.

Autorisation de recevoir des stagiaires. — M. le Dr Lechelle, médecin des hôpitaux, est autorisé à recevoir des stagiaires dans son service de l'hôpital Laennec où il vient de succéder à M. le Dr Ramond.

Stages de vacances. — Ces stages auront lieu du 15 Juillet au 15 Octobre 1945, dans les services suivants : Médecine générale : M. Hanvier, à Cochin. — Chirurgie générale : M. Mondor, à la Salpêtrière. — Médecine infantile : M. Debré, aux Enfants-Malades.

Assistants étrangers. — Mlle le Dr Chamla, qui a accompli son stage à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, est nommée assistante étrangère.

— Conseil du 19 Juillet 1945 :

Projet de création d'une chaire. — Un vœu a été émis par le Conseil en vue de la création d'une *chaire de clinique consacrée à l'étude des problèmes alimentaires.*

Candidatures à la chaire de Stomatologie. — Le Conseil a désigné MM. les Professeurs Rouvière, Lemaître et Harvier pour présenter un Rapport sur les candidatures de M. le Prof. Dubecq (Bordeaux) et de MM. les Drs Dechaume et Ginnea, candidats à la chaire de Stomatologie.

Création d'un prix de Faculté. — Le Conseil a décidé la création d'un prix, fondé par le Cercle Républicain.

Concours et places vacantes

Hôpital psychiatrique départemental de Montdevergues (Vaucluse). — Deux places d'interne sont actuellement libres. Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Directeur.

Office public d'Hygiène sociale de la Creuse. — Un emploi de médecin des Dispensaires antituberculeux, en résidence à Guéret, est vacant. S'adresser à l'Office public d'Hygiène sociale de la Creuse, à Guéret.

Œuvre antituberculeuse des Côtes-du-Nord. — Deux postes de médecin phtisiologue de dispensaires sont à pourvoir d'urgence ; traitements et indemnités des inspecteurs de la Santé. Envoyer titres et références à l'Inspection de la Santé, 76, rue de Quintin, Saint-Brieuc.

Centre régional d'éducation sanitaire de Reims

Par arrêté en date du 25 Juin 1945, un Centre régional d'éducation sanitaire est créé, à *Reims*, sous l'autorité du directeur régional de la Santé, dans le cadre de sa circonscription.

M. R. Lefèvre, professeur à l'Ecole de Médecine de Reims, est nommé directeur de ce Centre.

Nouvelles diverses

Ecole du Service de Santé militaire de Lyon. — Le *J. O.* du 20 Juillet 1945 publie la liste, par ordre de mérite, des candidats admis ayant opté pour la *section médecine des troupes coloniales.*

Pharmacies et Laboratoires d'analyses biologiques. — Le *J. O.* du 18 Juillet 1945 publie les *classifications des emplois* dans les pharmacies et dans les laboratoires d'analyses biologiques.

Concours de Pharmacien des hôpitaux. — Le *J. O.* du 20 Juillet 1945 publie un arrêté réglant les conditions du concours de pharmacien des hôpitaux.

Concours de l'Internat en Pharmacie. — Le *J. O.* du 20 Juillet 1945 publie un arrêté réglant les conditions du concours d'interne en pharmacie.

Nos Échos

Mariages.

— Le docteur Charles Godlewski et Madame, on l'honneur de faire part du mariage de Monsieur Stanisla Godlewski, interne des Hôpitaux de Paris, leur fils, ave Mademoiselle Ginette Saulé (Sorgues, Vaucluse, 16 Juill 1945).

— On annonce le mariage de Mireille Carlier, fille d docteur et de Madame Paul Carlier, de Strasbourg, ave Monsieur Alfred Griesbeck, pasteur à Paris.

— On annonce le mariage du docteur Jean Cotillon interne des Hôpitaux de Paris, avec Mademoiselle Solang Mesne (28 Juin 1945).

Décès.

— On annonce le décès, survenu à Paris, du docteu Ph. Dally, qui fut un collaborateur de *La Presse Médicale*, et correspondant du *Journal of the American Medical Association*.

— On annonce la mort du docteur Dufour, médeci de l'hôpital Henri-Rousselle (Paris).

— On annonce la mort, au camp de Dachau, du docteur Kiffer, de Courcelles-Chaussy (Moselle).

— On annonce le décès du docteur Louis Mallet, d Saint-Flour, fusillé par les Allemands en Juin 1944, ave ses deux fils âgés de 19 et 16 ans. De la part de Madam L. Mallet et de sa fille, récemment rentrées de déportation.

— On annonce le décès du docteur Bricka, de Toul fusillé par les Allemands, à Cologne, le 30 Juillet 1943

— On annonce le décès du docteur Perrot, d'Autun fusillé par les Allemands le 2 Septembre 1944.

— On annonce la mort du docteur H. Cambessédès inspecteur général des Services techniques d'Hygiène d la Préfecture de Police.

— Le docteur Louis Gerson fait part de la mort d son père le docteur N. Gerson, survenue à Paris l 24 Juin.

— On annonce la mort du Prof. Jeanneney, de Bordeaux.

— Le docteur et la doctoresse Jean Lapeyre et leu fils ont la douleur de faire part du décès de leur pèr Monsieur R. Lapeyre (Dax, 11 Juillet 1945).

— Le docteur Marcel Braunberger, de Paris, annonc la mort de ses parents déportés de Lyon : Madame Vv Weill, femme du Prof. Edmond Weill, de Lyon Mademoiselle le docteur Louise Weill, chef de cliniqu à la Faculté ; Madame et le docteur Robert Crémieu assassinés tous les quatre à Auschwitz, le 31 Mars 1944

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

AVIS. — Prière de joindre aux réponses un timbre de 2 francs pour transmission des lettres.

Le gérant : F. Thomas.

Imprimé par l'Ancne Imprimerie de la Cour d'Appel, 1, rue Cassette, à Paris (France).

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées aux Périodiques, la Direction scientifique de La Presse Médicale *a dû fixer à 4 colonnes maximum l'étendue des mémoires originaux. Tout manuscrit dépassant cette étendue sera retourné à son auteur.*

VALEUR DE L'UROGRAPHIE INTRAVEINEUSE SYSTÉMATIQUE DANS L'ÉTUDE DES « NÉPHRITES » ET DE L'HYPERTENSION

La radiographie et l'U. I. V. moyens de diagnostic des néphrites unilatérales

par MM.

J. CIBERT, Jean PERRIN et F. ROLLAND

Depuis longtemps l'U. I. V. que certains urologues n'emploient encore que dans des circonstances déterminées est devenue dans ma pratique un procédé d'exploration systématique, ou presque, pour l'étude de tous les syndromes urinaires chirurgicaux hauts ou bas de quelque importance. Outre les renseignements qu'elle peut donner sur la morphologie de l'appareil urinaire, je lui demande l'indication de la valeur réciproque des deux reins, sans pour cela méconnaître ses faiblesses et les erreurs auxquelles elle expose ; elles nécessitent pour qui veut utiliser l'U. I. V. beaucoup d'expérience et le contrôle fréquent, mais non constant, des méthodes endoscopiques. Je lui demande aussi l'indication de la valeur globale du parenchyme rénal et à ce point de vue l'U. I. V. me paraît plus rigoureuse que l'urée du sang, la constante d'Ambard, la phtaléine qui jouissent d'une confiance à mon avis trop aveugle.

C'est ainsi qu'ayant été poussé par la vie quotidienne à un emploi de plus en plus large et quasi systématique de l'U. I. V. dans la chirurgie urinaire, je l'ai utilisée par routine dans l'étude pré-opératoire des « néphrites » et des hypertensions que m'adressent les services de médecine.

Les constatations que j'ai pu faire à l'aide de ce moyen d'étude nouveau de syndromes qui relèvent de la pathologie interne sont d'un intérêt restreint, mais il est suffisant, je le crois, pour motiver l'U. I. V. systématique lorsque les conditions normales de ravitaillement en films et produits opaques auront été retrouvées.

Dans les « néphrites » et les hypertensions, l'U. I. V. présente les avantages suivants :

1° Elle constitue une *méthode d'exploration globale de la valeur des reins*, certes plus compliquée, mais aussi plus solide que celles précédemment usitées ; beaucoup plus qu'elles elle donnera à ceux qui peu à peu s'adapteront à la lecture radiologique une base fidèle pour établir un bilan, suivre une évolution, fixer un pronostic.

2° Systématique, *l'U. I. V. dans les hypertensions* permet de déceler celles qui sont associées à certaines affections urologiques d'emblée ou secondairement latentes et qui leur sont probablement consécutives. C'est ainsi que l'on découvrira, exceptionnellement d'ailleurs, un rein exclu par la tuberculose, l'hydronéphrose, la lithiase urétérale ou d'autres affections urologiques encore dont l'ablation est parfois efficace.

3° Systématique, l'U. I. V. permet d'éliminer et de préserver d'une thérapeutique longue, débilitante et inutile, *les formes latentes uniquement albuminuriques ou plus rarement néphritiques d'affections urologiques* et de les traiter d'emblée correctement et efficacement. Je pourrais citer plusieurs observations de cet ordre où l'U. I. V. systématique eût été souhaitable et profitable (tuberculose, lithiase, hydronéphrose... ou autres maladies plus exceptionnelles).

4° Systématique encore et enfin l'U. I V. révèle parfois dans les « *néphrites chroniques* » *l'unilatéralité ou la prédominance unilatérale du processus.* La chose est rare, certes, mais sur les 30 observations d'interventions pour « néphrites » que je publie dans « Pavillon V 1944 », il en est 2 exemples. L'un est récent et par conséquent peu probant en ce qui concerne les possibilités de la chirurgie en pareille occurrence. L'autre, que je dois à Langeron, mérite de retenir l'attention par la qualité du résultat qui date de près de quatre ans ; il représente la plus favorable jusqu'ici parmi mes tentatives et je pense qu'il y a dans l'unilatéralité de la destruction rénale l'élément essentiel du succès obtenu ; *la découverte urographique de l'atteinte fonctionnelle profonde d'un seul rein pourrait constituer une indication précise à l'action sanglante* si ce premier résultat se maintient dans l'avenir et se voit confirmé par d'autres. D'ailleurs la radiographie simple en montrant l'atrophie d'un des reins peut donner le diagnostic que l'U.I.V. ne fait que confirmer et compléter du point de vue fonctionnel.

Voici la plus récente de ces 2 observations :

M. D..., 42 ans (MM. Bret et F. Rolland) est hospitalisé au Pavillon V le 24 Juillet 1944 pour une albuminurie connue depuis longtemps et s'accompagnant de troubles subjectifs importants.

Antécédents. Rhumatisme articulaire aigu à 17 et à 20 ans. A 22 ans, en 1924, une angine diphtérique avec paralysie du voile, de l'accommodation et quadriplégie.

C'est au cours des séquelles de la diphtérie qu'à l'occasion d'un œdème malléolaire on constate l'albuminurie (1 *g.*) ; au bout d'un an elle a disparu. Elle réapparaît en 1934 ; l'œdème malléolaire, des douleurs lombaires la trahissent. Elle est restée depuis à 1 *g.* avec en 1937 une tension artérielle à 18, une urée à 0,60. En 1943 s'y ajoutent des œdèmes des membres inférieurs, des céphalées, des douleurs lombaires qui prédominent à droite, des troubles visuels, des crampes, des crises dyspnéiques, des vertiges, palpitations, syncopes.

L'examen du 27 Avril 1944 a décelé : albumine, 1,50 ; tension artérielle, 18-11 5 ; petit souffle systolique au foyer aortique, cœur normal à l'écran.

A celui du 15 Juin : albumine, 3 *g.* tombant à 0 g. 50 après 8 jours de repos complet, quelques cylindres granuleux ; tension artérielle sans changement. Urée : 0,76 avec K : 0,11. P. S. P. : 30 pour 100. Epreuves de Volhard : légère déficience. Légère rétention chlorurée. Fond d'œil normal ; tension artérielle, 6,5.

9 Août 1944 : Lombotomie droite (F. Rolland). 1° découverte du splanchnique ; il n'y a pas de ganglion aortico-rénal. Résection de la corne externe du semi-lunaire, section des filets des splanchniques qui vont à l'artère rénale, section des grand et petit splanchniques ; 2° découverte du rein ; il est gros comme une prune, la capsule épaissie adhère à la graisse et au parenchyme très rouge, bosselé, granuleux et dur. Décapsulation. Biopsie.

Examen histologique : sclérose discrète du fragment de ganglion semi-lunaire. Rein : néphrite ancienne avec quelques lésions épithéliales plus récentes, glomérules peu atteints, lésions variées des tubes, légère sclérose interstitielle.

Le 24 Août 1944, après des suites opératoires simples le malade est radiographié. Le rein gauche est normal, le rein droit atrophique élimine faiblement.

Le 8 Septembre 1944 : lombotomie gauche, même intervention qu'à droite ; rein un peu gros, friable, se décapsulant mal.

Biopsie : aspect d'infarctus, tubes sensiblement normaux à la périphérie, ayant perdu toute structure cellulaire au centre, quelques amas lymphocytaires dans le tissu interstitiel.

Le malade part le 23 Septembre 1944 débarrassé de tous ses troubles, se sentant du point de vue général beaucoup mieux.

Il est revu le 2 Janvier 1945, très satisfait, avec un état général devenu parfait, ayant repris son travail, ne présentant aucun signe fonctionnel, avec une albuminurie à 0,50 et une tension artérielle à 17-8. Légère douleur lombaire droite.

Voici la plus ancienne :

Mme S..., 33 ans, m'est adressée le 12 Mars 1941 par M. Langeron en vue d'une décapsulation avec ablation du ganglion aortico-rénal. L'hypertension qu'elle présente remonte à 5 ou 6 ans ; elle a été notée à la suite d'une néphrite gravidique avec éclampsie et s'est stabilisée à 22. Depuis 6 mois la malade a dû quitter son travail en raison de céphalées violentes avec mouches volantes, troubles visuels, fourmillements, engourdissements et d'une asthénie considérable.

A l'examen, malade pâle, albuminurie intermittente sans cylindres. Urée du sang et chlorures normaux. Fond d'œil : rétinite hypertensive, papilles normales bien colorées à bords flous noyés dans le trouble œdémateux de la rétine, macula à peu près normale, vaisseaux normaux (Prof. Bonnet). Tension artérielle , 18-12 ; U. I. V., à droite, rein gauche normal.

24 Mars 1941 : lombotomie droite, découverte du splanchnique. L'artère rénale se contracte dès les premières manipulations nerveuses. Section du splanchnique. Ablation du ganglion aortico-rénal. Découverte du rein ; il a 5 travers de doigt de long, 3 *cm.* d'épaisseur, il est flasque ; la capsule épaissie est peu adhérente, le parenchyme est grenu, bosselé. Biopsie : néphro-angio sclérose.

Après quarante-huit heures d'anurie les suites opératoires furent simples. La malade part le 4 Avril débarrassée de tous ses troubles fonctionnels. Tension artérielle : 14 9.

Le 13 Juin, fond d'œil : il existe un léger halo de trouble rétinien le long des gros troncs artériels, la macula n'a pas les reflets qu'elle devrait avoir ; en somme amélioration opthalmoscopique considérable : « il faut savoir ce que la malade a eu pour ne pas dire fond d'œil normal » (Prof. Bonnet). T. A. R., 65 ; tension artérielle, 14-9 ; pas d'albumine.

En Janvier 1942 l'état se maintient, la malade a repris son travail depuis quatre mois, mais la tension artérielle est 23-14 ; cœur normal ; albumine, traces. Urée, 0,36 ; K, 0,12.

Le 30 Janvier, section du splanchnique, ablation du ganglion aortico-rénal. Sympathectomie périartérielle. Je ne touche pas au rein qui paraît normal.

En Janvier 1945, M. Langeron me fait savoir que la malade est toujours sans troubles fonctionnels, vit normalement. La tension artérielle est à 16-10 ; une poussée très fugace à 18.

Je regrette chez ces deux malades de n'avoir pas procédé à l'ablation du rein droit ; peut-être la néphrectomie m'eût-elle permis d'espérer une action plus efficace pour l'avenir, semblable à celle que l'on obtient sur l'hypertension, assez exceptionnellement d'ailleurs, par la suppression d'un rein exclu. D'ailleurs Pousson, en 1900, attirait l'attention sur ces néphrites unilatérales et en publiait 2 observations traitées par la néphrectomie, l'une personnelle, l'autre de Sabatier ; son opéré restait guéri cinq ans après l'intervention. Il semble donc que la suppression du rein malade soit susceptible de protéger l'autre, de supprimer ce que par analogie avec les affections de l'œil on a appelé la « néphrite sympathique ». Et l'on pourrait soutenir l'hypothèse que certaines néphrites peuvent être à l'origine unilatérales et que l'atteinte du 2e rein résulte de celle du premier. Conséquence des néphrotoxines si souvent invoquées ? Ne s'agirait-il pas plutôt du classique réflexe réno-rénal ? Maintenant que Reilly a montré expérimentalement comment par une action sur le sympathique il est possible de déterminer sur le parenchyme rénal le développement des lésions communément intitulées « néphrites », on pourrait moderniser la notion du réflexe réno-rénal ; de même qu'une tuberculose, une lithiase, un cancer du rein peuvent tuer en déterminant sur le 2e rein le processus néphritique, de même qu'une hydronéphrose peut retentir sur la motricité du bassinet opposé, de même une néphrite pourrait déterminer sur le rein adelphe des lésions analogues.

La destruction chirurgicale du sympathique du rein primitivement atteint, renforcée par celle du rein sain, serait susceptible d'isoler ce dernier de l'influence nocive du premier, aussi bien que la néphrectomie pourtant plus satisfaisante. Mais il n'y a là qu'une hypothèse ; elle reste à vérifier ; il est possible en effet que dans ces néphrites unilatérales ou à prédominance unilatérale, il n'y ait qu'un processus analogue à celui de la tuberculose qui se développe souvent asymétriquement dans les deux reins ; le rein le plus atteint supprimé, les lésions du deuxième, indépendantes, n'en continueront pas moins l'évolution qui leur est assignée. L'avenir dira le rôle de la chirurgie

dans ces néphrites et peut-être le réduira-t-elle à néant, mais actuellement nous pouvons garder l'espoir qu'il y a dans cette forme moins exceptionnelle qu'on ne le pense, la possibilité d'une action thérapeutique efficace dans une maladie qui habituellement nous échappe. Et si la chirurgie peut quelque chose, c'est à l'U. I. V. qu'elle le devra.

Telles sont les raisons diverses qui légitiment, je le crois, l'U. I. V. systématique dans l'étude des « néphrites » et l'hypertension. Le plus souvent elle ne donnera rien que le contrôle généralement inutile de la valeur fonctionnelle des reins. Mais de temps à autre elle évitera un diagnostic erroné, indiquera une étiologie sur laquelle la chirurgie sera parfois efficace ou, montrant l'unilatéralité ou la prédominance unilatérale de l'atteinte rénale, orientera ainsi vers une intervention qui n'est peut-être pas dépourvue d'utilité. Ces quelques services autorisent à la préconiser et il se peut que l'application à des symptômes médicaux de cette méthode d'exploration jusqu'ici réservée à des syndromes chirurgicaux, vienne dans une certaine mesure renouveler l'intérêt de ces chapitres de la pathologie interne.

ÉRYTHÈME NOUEUX ET SULFATHIAZOL

PAR

Julien MARIE, Ph. SERINGE, P. MAURICE et M[lle] **H. NOUFFLARD**

S'il est une notion solidement établie en pédiatrie depuis quelque vingt ans, c'est bien celle de l'E. N. tuberculeux, véritable témoin cutané de la tuberculose initiale. L E. N. autonome, du type Trousseau-Comby, dont l'origine infectieuse et le caractère épidémique sont admis, demeure très rare. Pour notre part, en quatre années, nous n'avons observé que deux faits authentiques où les tests de Pirquet et de Mantoux sont demeurés constamment négatifs. Cependant depuis trois ans, l'usage thérapeutique si répandu du para-amino-benzène-sulfamido-thiazol ou Sulfathiazol (2090 R. P. thiazomide) a fait éclore une véritable floraison d'E. N. Ils sont signalés en France depuis plusieurs années déjà par H. Janet, L. Tixier et J. Vernes, H. Grenel, E. Bertin et Cl. Huriez, P. Ravault, P. Delmas, etc., et à l'étranger par S. Lovenan, H. Wissler, G. Miescher, R. Mach, J. Leal, T. Jersild, etc. Nous-mêmes avons observé 12 E. N. au cours du traitement par le sulfathiazol.

Le problème posé par ces faits, a retenu notre attention pour deux raisons : il complique singulièrement pour les pédiatres le diagnostic étiologique de l'E. N. ; la facilité avec laquelle cette médication sulfamidée est prescrite aujourd'hui dans toute fièvre inexpliquée, risque de faire sortir trop souvent cette éruption noueuse que nous avons pris l'habitude de considérer comme le signe cutané de la tuberculose initiale de l'enfant. Si le contexte clinique (épreuves tuberculiniques négatives, radiologie pulmonaire normale) permet dans certains cas de rejeter formellement la fièvre d'invasion bacillaire et d'affirmer l'E. N. médicamenteux, il n'en est pas toujours ainsi, et de plus en plus fréquemment nous nous trouvons en présence des faits suivants : l'enfant présente une fièvre inexpliquée, pour laquelle le médecin prescrit le 2090. Il sort un E. N. et, simultanément, la cuti-réaction est lue positive. S'agit-il d'une primo-infection tuberculeuse avec E. N. tuberculeux ou thiazomidé ? S'agit-il chez un enfant à cuti positive d'une maladie n'ayant rien à voir avec la tuberculose et s'accompagnant d'un E. N. sulfathiazolé ? Sans doute la notion du virage des réactions tuberculiniques et l'apparition de l'image pulmonaire habituelle aideront souvent à reconnaître la primo-infection tuberculeuse. Mais il n'en sera pas toujours ainsi, soit parce que la notion de cuti antérieurement négative manquera, soit parce que l'image radiologique ne sera pas modifiée. Dans ce cas le doute persistera et les décisions ultérieures à conseiller demeureront imprécises.

La deuxième raison qui nous a paru justifier l'étude de ces faits est la recherche du déterminisme de cet E. N. sulfathiazolé. Il est en effet remarquable de constater qu'un corps chimique, introduit par ingestion et pénétrant dans les humeurs et les tissus d'un sujet vierge de toute contamination tuberculeuse, est capable de réaliser une affection cutanée comparable cliniquement et histologiquement à l'E. N. tuberculeux, dont MM. Robert Debré, Saënz, R. Broca et R. Mallet ont défendu le caractère spécifique. L'E. N. est-il, comme le pensent les dermatologistes, un syndrome réalisé par des causes multiples, soit infectieuses, soit allergiques, soit même exclusivement chimiques ? Enfin l'E. N. ne serait-il pas une maladie spécifique, unique, toujours la même, capable de « sortir » sous l'effet de causes diverses, comme l'herpès « sort » dans certaines infections ou dans certaines conditions ?

Nous rapporterons ici les résultats de notre observation [1]. Aux E. N. réalisés par le 2090 prescrit au cours de pyrexies diverses, nous adjoindrons les faits où nous avons volontairement reproduit l'E. N. chez des sujets ayant présenté récemment soit un E. N. tuberculeux, soit une primo-infection. Nous distinguerons 4 ordres de faits suivant les conditions de l'allergie tuberculinique et les conditions cliniques :

I. — Érythème noueux déterminé par le 2090 chez des sujets non allergiques a la tuberculine.

Observation I. — Lucienne N..., 12 ans, 34 kg. Hospitalisée le 6 Juillet 1944 pour une rhinopharyngite. Cuti négative, ingestion de 2090 durant cinq jours aux doses de 11, 9, 9, 9, 5 g., du 11 au 16 Juillet. Apparition d'un E. N. le 3e jour de l'expérience à la région prétibiale des deux côtés et au coude droit. Deux mois plus tard, les cutis sont toujours négatives ; intradermo à 0 mg. 1 de tuberculine négative le 13 Septembre 1944. Nous redonnons le 2090 aux doses de 9, 9 et 4 g. sans apparition d'éruption.

Observation II. — Nicole H..., 15 ans. Est atteinte, en Février 1943, d'un syndrome infectieux secondaire de la scarlatine : fièvre le 15e jour, puis otite avec suspicion de mastoïdite. Son médecin lui administre du 693 mal supporté, puis 35 g. de 2090 en cinq jours. Le 3e jour de l'ingestion de ce médicament, la température, qui avait diminué, s'élève vers 39°5 et il apparaît simultanément un E. N. typique sur les quatre membres, augmentant les 4e et 5e jours. L'un de nous fait cesser le 2090. L'E N. typique s'atténue le lendemain et disparaît en quarante-huit heures, ainsi que la fièvre. Cuti négative. L'enfant est revue en parfaite santé le 22 Décembre 1944. Cuti toujours négative.

Observation III. — Marie R... Hospitalisée le 23 Décembre 1942 pour une pneumonie. Cuti négative. Reçoit 4, 3, 3, 2, 1, 1 et 0 g. 5 de 2090. Apparition d'un E. N. à très nombreux éléments, atteignant les quatre membres, notamment le bord cubital des avant-bras et la région des coudes.

Observation IV. — Lorraine K..., 11 mois. Infection pharyngée avec 40° durant trois jours. Ingestion de 2 g. 50 environ de 2090. Le 2e jour, apparition d'un E. N. constaté par l'un de nous. Il était tellement typique que la mère en avait fait le diagnostic, se souvenant d'un E. N. par tuberculose initiale dont avait été atteint un autre de ses enfants. Chez ce nourrisson de 11 mois la cuti-réaction est négative.

Observation V. — Annette P..., 5 ans, 21 kg. Entre à l'hôpital Hérold le 25 Novembre 1944 pour vulvite gonococcique. Reçoit, du 25 Novembre au 3 Décembre, 10, 8, 6, 6, 6, 4, 4, 2, 2, soit 48 g. de 2090 en neuf jours, sans incident. Quelques gonocoques persistant, elle prend, du 23 au 31 Décembre, 10, 10, 8, 6, 6, 4, 4, 4, 2, soit 54 g. de 2090 en neuf jours. Le 25 Décembre, E. N. typique aux quatre membres, avec une légère prédominance aux membres supérieurs, où ils sont également répartis sur le bras et l'avant-bras-bord cubital, face postérieure et bord radial. Apparition, les jours suivants, de nouveaux éléments, tandis que d'autres disparaissent. Le 29, atténuation du relief et de la coloration de tous les éléments. Le 1er Janvier 1945, tout a disparu, sauf deux discrètes ecchymoses. Ni exanthème, ni arthralgies, ni fièvre. Cuti négative. Intradermo à doses croissantes jusqu'à 1 cg. le 20 Décembre, négatives. Intradermo à 1 mg. négative le 27 Décembre, en plein E. N.
27 Nov., 3.800.000 hém. ; 9.300 leuco. ; 61 poly.
21 Déc., 4.300.000 hém. ; 9.200 leuco. ; 59 poly.
30 Déc., 4.160.000 hém. ; 6.600 leuco. ; 42 poly.

Observation VI. — Catherine P..., 7 ans, 20 kg. Sœur de la précédente. Même diagnostic, même traitement : 48 g. de 2090 en neuf jours. Quelques gonocoques persistant, elle fait une seconde cure de 2090 du 23 au 29 Décembre : 10, 10, 8, 8, 6, 4, soit 46 g. en six jours. Le 3e jour, soit le 26, on découvre, en le recherchant systématiquement, un E. N. au membre supérieur gauche, composé d'un élément maculeux à la face postérieure du bras et de deux éléments infiltrés au bord cubital de l'avant-bras. Le 27, apparition d'un 4e élément. Le 28, atténuation et le 29 disparition de l'éruption, avant la cessation du 2090. Membres inférieurs indemnes. Ni fièvre, ni arthralgies. Quatre cuti négatives, la dernière le 30 Décembre ; 3 intradermo, dont une au milligramme, sont toutes négatives. Diminution légère des leuco. et des poly. dans le sang. Disparition des gono.

II. — Érythème noueux expérimental reproduit par le 2090 dans le décours de la tuberculose initiale chez des enfants ayant présenté un érythème noueux spontané tuberculeux.

A deux enfants atteints d'E. N. spontané, au cours d'une tuberculose initiale, nous avons prescrit respectivement, *vingt et quinze jours après la disparition de l'éruption*, le 2090. Nous avons provoqué ainsi l'apparition d'un nouvel E. N.

Observation VII. — Gustave C..., 7 ans. Hospitalisé le 21 Septembre 1944 pour un E. N. avec typho-bacillose. Cuti positive. Image radiologique de primo-infection.
Vingt jours après la disparition de l'E. N., soit les 21 et 22 Octobre 1944, l'enfant reçoit 6 et 6 g. de 2090. Nouvel E. N. dès le 22, nombreux éléments le 23, atténués le 24, disparus le 25. A partir du 29 Octobre 1944, on redonne 6, 6, 6, 6, 4 g. de 2090 sans aucun effet.

Observation VIII. — Jacqueline D..., 6 ans. Hospitalisée le 2 Novembre 1944 pour un E. N. spontané. Cuti positive. Rate palpable. Image radiologique de primo-négative en Avril 1944. Atteint de fièvre, il reçoit 4, 4, 3, 3, 3 g. de 2090. Le 22, débute un nouvel E. N. qui augmente le 23 ; le 25, apparaît encore un élément ; le 27, tous ont disparu, mais une desquamation à leur niveau se poursuit plusieurs jours.

III. — Érythème noueux coïncidant avec le traitement par le 2090 au cours même de la primo-infection tuberculeuse.

Observation IX. — Fernand B..., 14 ans, 30 kg. Cuti négative en Avril 1944. Atteint de fièvre, il reçoit 4, 4, 2 g. 50 de 2090 du 8 au 12 Juin 1944, avec apparition à cette date d'un E. N. Typhobacillose. Cuti positive. Ombre radiologique de lésion initiale. Le 28 Juin, dix jours après la disparition de l'E. N., nous donnons en pleine apyrexie 6, 6, 6, 6, 6, 6 g. de 2090 avec, le 3e jour, réascension thermique et éclosion d'un nouvel E. N., qui s'efface le 6e jour *avant l'arrêt de la médication*. Du 15 au 20 Juillet, nous prescrivons à nouveau 6, 6, 6 g. de 2090, avec naissance encore de nouures discrètes.

IV. — Érythème noueux déterminé par le 2090 chez des sujets antérieurement allergiques a la tuberculine.

Observation X. — Sylviane G..., 7 ans. Mère décédée de tuberculose pulmonaire trois mois auparavant. Hospitalisée à Claude-Bernard le 16 Juin 1942 pour une rougeole avec conjonctivite phlycténulaire, mauvais état général, cuti positive. Entre à l'hôpital Hérold le 17 Juillet 1944 pour une coqueluche avec une grosse infection du cavum, des lésions de scrofule et une adénopathie satellite. Du 18 au 22 juillet 1944 elle reçoit 5, 5, 5, 4, 4 g. de 2090. Premier E. N. le 21, très intense aux endroits d'élection des quatre membres, réduite dès le 22 à l'état de quelques macules. A partir du 30 Juillet 1944, fièvre et aggravation des lésions conjonctivo-palpébrales. Du 1er au 5 Août, l'enfant prend 5, 5, 5, 4, 4 g. de 2090. Deuxième E. N. le 3, très intense, de même siège, douloureux. Le 5, l'éruption a beaucoup pâli et n'est plus noueuse. Le 10, elle a totalement disparu.

Observation XI. — Janine M..., 4 ans. Primo-infection assez récente avec cuti-réaction positive en Janvier 1944. Reçoit, du 12 au 16 Juin 1944, un traitement thiazomidé pour une vulvite gonococcique. Apparition, le 16 d'un E. N. pour lequel elle est hospitalisée à Hérold le 20, et qui s'atténue les 22-23 Juin. Alors qu'il persiste une *légère teinte violacée* qui durera encore une semaine on redonne à la date du 27 Juin 7, 6, 5, 4, 2, 1 g de 2090, sans provoquer à nouveau d'E. N.

Observation XII. — M[lle] P..., 17 ans. Cuti positive depuis 4 ans. Pneumopathie aiguë, traitée par le 2090 E. N. à très nombreux éléments. La cessation du 2090 est suivie de la régression de l'E. N. en quarante-huit heures Tuberculose pulmonaire évolutive dans les mois suivants

Ces recherches, que nous poursuivons et qui seront détaillées dans la thèse de notre élève Michiels, autorisent les remarques suivantes :

1° Le p-amino-benzène-sulfamido-thiazol ou Sulfathiazol, est capable de déterminer un E. N chez des enfants non allergiques à la tuberculine Nous en rapportons 6 observations démonstratives dont l'une chez un nourrisson de 11 mois, âge où l'E. N. tuberculeux est exceptionnel.

Cet E. N. présente les caractères suivants : il apparaît souvent précocement, dans les deux premiers jours de la prise du médicament, réalise une éruption noueuse, tantôt discrète, tantôt intense

1. Observations signalées à la séance de la Société médicale des Hôpitaux de Paris du 9 Mars 1945. Voir *La Presse Médicale* du 24 Mars 1945, 153.

iégeant aux lieux d'élection, pouvant s'accompagner d'éléments maculeux ou maculo-papuleux à listance; il s'efface rapidement quelques jours, voire vingt-quatre heures après la suppression du 2090 et parfois malgré la continuation de ce dernier; habituellement il ne laisse pas d'ecchymose. Il s'accompagne parfois de conjonctivite simple ou phlycténulaire et d'éosinophilie sanguine. Son évolution est tantôt fébrile, tantôt apyrétique. Il peut être reproduit à deux ou trois reprises dans les semaines suivantes. Certains ont voulu reconnaître à cette éruption noueuse du Sulfathiazol des caractères particuliers : polymorphisme de l'éruption, rapidité de l'extinction, absence d'ecchymoses. Aucun de ces caractères n'est constant et surtout ne présente une signification distinctive absolue : il suffit de rappeler que M. Robert Debré a décrit, dans l'E. N. tuberculeux, la présence fréquente d'éléments maculo-papuleux ou simplement maculeux pouvant siéger loin des jambes ou des avant-bras; que nous avons observé nous-mêmes une forme éruptive exclusivement maculeuse au cours de la tuberculose initiale, sorte d'équivalent d'E. N.; que la discrétion des nouures peut être telle que l'éruption se réduit à un ou deux éléments; que la durée de l'éruption peut être éphémère, disparaissant en vingt-quatre ou quarante-huit heures sans laisser la moindre ecchymose. Nous estimons donc que l'E. N. du Sulfathiazol ne présente aucun caractère clinique permettant de le différencier de l'E. N. tuberculeux ou de l'E. N. autonome infectieux du type Trousseau-Comby. Ses lésions histologiques, étudiées par G. Miescher, par M. Perrault, sont identiques à celles constatées dans l'E. N. de primo-infection.

Fait remarquable signalé par tous les auteurs, parmi les divers corps sulfamidés utilisés jusqu'ici, le Sulfathiazol est le seul qui soit capable de déterminer une éruption noueuse. Le sulfamide seul (1162 F), comme le noyau thiazol seul (M. Perrault, P. Durel) sont inopérants.

2° Chez 2 enfants ayant présenté un E. N. de primo-infection, nous avons déterminé un nouvel E. N. après ingestion de 2090. Nous avons attendu au moins deux semaines après la guérison de l'E. N., pour donner le médicament, les nouvelles poussées spontanées d'E. N. s'observant habituellement dans les dix premiers jours après le début de la maladie. Chez l'un des enfants, un troisième essai réalisé cinq semaines après le début de l'E. N. tuberculeux fut négatif.

3° Chez un enfant en cours de primo-infection (obs. IX) un premier E. N. coïncide avec la prise du 2090. Nous l'avons reproduit à deux reprises, intensément dix jours après la disparition du premier E. N., discrètement cinq semaines plus tard.

4° Chez 3 sujets antérieurement allergiques à la tuberculine, nous avons constaté l'apparition d'un E. N. au cours du traitement par le Sulfathiazol. Chez l'un des enfants (obs. X) une deuxième ingestion du médicament dix jours plus tard détermina un nouvel E. N. très intense.

L'explication de tels faits nous paraît actuellement imprécise. Il nous semble que l'intoxication ou l'intolérance médicamenteuses soient peu vraisemblables pour deux raisons: l'absence d'autres signes d'intolérance ou d'intoxication, et la possibilité de régression (obs. V, X) ou de disparition (obs. IX) de l'éruption, malgré la continuation de la médication. Parler d'allergie n'explique rien ; l'allergie cutanée paraît d'ailleurs nulle, le produit appliqué en scarification ou en intra-dermo-réaction ne déterminant aucune réaction (Perrault, Durel, Layani).

On peut concevoir, pour expliquer les E. N. du premier groupe, à allergie tuberculinique nulle, deux hypothèses. Ou bien le produit chimique intervient seul et réalise la formation d'une substance qui est capable, chez certains sujets, de produire la même lésion que celle réalisée par les infections déterminant l'E. N. Ou bien, la médication chimique fait « sortir » l'E. N. infectieux autonome, dont le virus demeurait chez le sujet à l'état latent: c'est une application à l'E. N. thiazomidé du biotropisme médicamenteux de Milian.

Par contre, dans les cas où l'allergie tuberculinique est positive, on peut admettre, en plus des deux mécanismes précédents, une troisième hypothèse: un réveil de la tuberculose, que la chimiothérapie ait engendré une nouvelle bacillémie ou qu'elle ait modifié l'allergie tuberculeuse. Ainsi, chez des sujets allergiques à la tuberculine depuis plusieurs mois ou plusieurs années, nous avons vu à trois reprises le Sulfathiazol déclencher un E. N., alors qu'avant l'emploi du 2090 l'E. N. était fort rare dans de semblables conditions.

Si l'on voulait maintenir l'unité étiologique de l'E. N., on ne pourrait émettre qu'une seule hypothèse: l'E. N. — comme l'herpès — serait toujours, dans tous les cas, une maladie autonome, spécifique. Il surviendrait chez l'enfant, tantôt spontanément, réalisant l'E. N. autonome du type Trousseau-Comby, et le fait demeure rare. Tantôt il apparaîtrait à la suite de l'ingestion ou de l'injection de sulfathiazol et le fait devient fréquent. Enfin, le plus habituellement, il se manifesterait électivement au cours de la tuberculose, et spécialement de la tuberculose initiale.

Si cette hypothèse, qui nous paraît plausible, n'est pas retenue, il faut préciser dans chaque observation les caractères des réactions tuberculiniques, la même explication ne pouvant vraisemblablement convenir à tous les faits.

AVANTAGES DU PRÉLÈVEMENT DE LA MOELLE OSSEUSE PAR PONCTION DE LA CRÊTE ILIAQUE

PAR MM.

L. van den BERGHE et I. BLITSTEIN

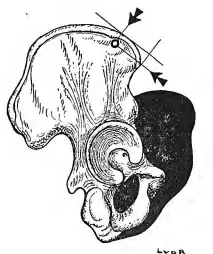
(Bruxelles)

Les premières recherches concernant la composition de la moelle osseuse de l'homme ont été effectuées sur le produit prélevé soit par trépanation, soit par ponction des os longs (1, 2, 3, 4, 5, etc.). La ponction tibiale a été appliquée plus tard chez les enfants en bas âge (6, 7). Beaucoup d'auteurs utilisent encore actuellement cette technique chez les enfants, lorsqu'ils estiment que la cage thoracique n'est pas suffisamment résistante pour supporter la ponction sternale. En 1923 Seyfarth (8) a proposé de trépaner le sternum. Le prélèvement à ce niveau est préférable non seulement parce qu'il est d'une exécution plus facile, mais surtout parce que chez l'adulte la moelle des os longs subit une transformation graisseuse, tandis que celle des os plats reste active. La trépanation sternale a été pratiquée par de nombreux auteurs (9, 10, 11, 12, 13, 14, etc.), tandis que plusieurs autres ont effectué celle du tibia et du sternum (15, 16, 17).

La technique de la trépanation sternale est de nos jours encore largement utilisée par certains auteurs américains (12, 13, 18, 19) qui font valoir l'avantage d'un examen plus complet sur coupes aussi bien que sur frottis. La méthode comporte toutefois l'inconvénient d'exiger une intervention chirurgicale qui, bien que légère, n'est pas toujours facilement acceptée et ne peut se répéter souvent. Damade et Léger (14) ont récemment proposé l'emploi d'un myélotome (trocart) qui réalise une petite trépanation.

Cependant, depuis qu'Arinkin (20) a introduit en 1929 la ponction sternale, cette méthode s'est, en Europe, largement substituée à la trépanation. Le procédé de cet auteur a été amélioré par l'introduction d'aiguilles munies d'un dispositif de sécurité, destiné à éviter la perforation du sternum et la pénétration dans le médiastin, notamment celles d'Arjeff (21), de Baserga (22), de Klima et Rosegger (23), etc. Ce danger a été exagéré. Les recherches d'Arjeff, de Karavanoff (24) ont montré que l'épaisseur totale du sternum chez l'adulte dépasse 1 *cm.* et que celle de la lame compacte antérieure varie de 0,5 à 1 *mm.* On perfore cette lame sans grande difficulté et pourvu qu'on enfonce l'aiguille progressivement et sans violence dans le tissu spongieux, on ne risque pas de traverser la paroi postérieure. Veeneklaas (25) a utilisé avec succès cette technique chez les nourrissons et les enfants très jeunes.

On reproche généralement au procédé de prélèvement de la moelle par ponction le fait que l'échantillon aspiré subit une dilution par le sang. Il ne faut pas cependant attribuer à cette dilution une influence uniquement défavorable. La moelle se trouvant dans une cavité à parois rigides ne peut être aspirée que si un autre milieu — le sang — se substitue à elle. Il se produit dès lors un courant qui présente l'heureux effet d'entraîner les cellules médullaires et de réaliser par brassage une homogénéisation relative de ces éléments (26). La dilution n'est par ailleurs pas aussi prononcée qu'on ne se l'imaginerait. Profitant de ce que l'aspiration de la moelle est possible même après la mort, à condition de créer à ce niveau une circulation (27), nous avons perfusé la moelle fémorale de plusieurs lapins par du sang humain. La différence entre les granulocytes pseudo-éosinophiles et neutrophiles est telle que nous avons pu



déterminer aisément le degré de dilution. Il est généralement très faible, 90 à 95 pour 100 des cellules rencontrées sur les frottis provenant de la moelle du lapin (28). La méthode de prélèvement par ponction reste donc valable. Elle offre pour l'étude de la moelle osseuse une rigueur suffisante.

En principe tous les os plats conviennent pour le prélèvement de moelle active chez l'adulte. C'est ainsi que A. et C. Heidenreich (29) conseillent de ponctionner les apophyses épineuses des vertèbres. Cette méthode a donné à De Weerdt (30) de bons résultats. Tous les auteurs préfèrent cependant le sternum en raison de sa facilité d'accès. Beaucoup de malades sont pourtant impressionnés par une ponction effectuée avec une grosse aiguille dans la région cardiaque. L'opération se passe sous leur regard et le fait de couvrir leurs yeux ne les rassure nullement. Ces raisons ont incité l'un de nous (L. van den Berghe) depuis quelques années déjà à ponctionner l'os iliaque. Le point d'élection se situe à trois travers de doigt en arrière de l'épine iliaque supérieure et à un travers de doigt en dessous de la crête (voir figure). Le tissu spongieux y présente une grande épaisseur. On traverse la lame externe perpendiculairement en enfonçant l'aiguille de près d'un centimètre. Chez les sujets obèses, on éprouve parfois quelques difficultés, mais elles ne sont pas plus grandes que lors de la ponction sternale. On peut ponctionner directement la crête iliaque et cheminer entre les deux lames compactes. L'inconvénient de cette technique réside dans le fait que l'aiguille dérape assez facilement sur le bord arrondi de la crête. L'épine iliaque supérieure est aussi plus accessible, mais à ce niveau l'os est plus compact par suite de l'insertion des muscles élévateurs de la cuisse.

La technique préconisée a été appliquée avec succès chez des adultes et de très jeunes enfants. Elle conviendrait probablement aussi chez les nourrissons, mais chez eux il serait peut-être pré-

érable de ponctionner la crête iliaque entre les leux lames compactes.

La ponction elle-même paraît à la plupart des ndividus moins douloureuse à la crête iliaque u'au sternum. Au cours de l'aspiration certains ujets accusent la même sensibilité qu'au niveau lu sternum. L'anesthésie locale nous paraît très pportune. L'observation et l'interrogatoire des nalades ont montré qu'ils préfèrent la ponction liaque à celle du sternum.

Quelques exemples comparatifs concernant la noelle sternale et iliaque dans des cas normaux et athologiques figurent au tableau. L'astérisque ndique que les deux résultats sont statistiquement lifférents.

	SUJETS NORMAUX				ANÉMIE secondaire		LEUCÉMIE myéloïde subaiguë	
	Moelle sternale	Moelle iliaque	Moelle sternale	Moelle iliaque	Moelle sternale	Moelle iliaque	Moelle sternale	Moelle iliaque
Cell. nucléées mm^3	37.100	34 100	50.000	38.600	82.600*	20.600		
Préérythroblastes	0,6	0,8	1.0	0.4	1,4	0 6		
Erythroblastes basophiles	1.8	1,8	2.4	0.6	7,4	2 6	0.2	
Erythroblastes polychrom.	13.4*	23,4	27.4	24.0	49.0*	32.8	2,8	2,0
Erythroblastes orthochrom.	0,2	»	1,4	1,4	1,0	1,4		
Myéloblastes	1.2	1,0	0 4	1 0	0 2	0,2	62,4	56,0
Prémyélocytes	3 2	1.6	0 6	1,0	1.4	0,4	1.2	0,8
Myélocytes neutrophiles	13,0	12.0	16.0	14.0	12,8*	6 6	7,2	4.2
Myélocytes éosinophiles	0,8	1,2	0.4	0 4	1.2	0.2	9.2*	15.2
Métamyélocytes neutrophiles	5.2	6,8	7.2	5.6	3.8	2.0	2.4	2.2
Métamyélocytes éosinophiles	0.4	0.6	0.4	0.4	1.0	0 2	2.4*	6.4
Granulocytes non segmentés neutrophiles	35.8	37,4	22.2	19,0	36 8*	15 2	1.2	1,6
Granulocytes non segmentés éosinophiles	0.4	0 6	0.4	0 4	1.8	0.2	0.6	0.8
Granulocytes segmentés neutrophiles	26,4	20.6	29.6	32 0	12,2*	27 2	2 6	1.4
Granulocytes segmentés éosinophiles	1.6	2.6	1.4	0.4	0 2	1,0	1.0	2.4
Total des granulocytes	88.2	84.4	79.0	74.4	71,4	53 8	90 2	93 0
Total des éosinophiles	3,2	5.0	3 0	1,6	4,2	1.6	13,2*	25,6
Total des basophiles	0.2	0 2	0.4	0 2		0,6		
Lymphocytes	11,2	13,6	19.4	23.8	27.0*	42.6	4.8	6.8
Monocytes	0,6	1.8	1,6	1,8	1,6	3,6	5,0*	2,2
Mégacarïocytes		0,2						
Plasmocytes	0,2		1.0	0,4	0.8	0 6	0,2	
Histocytes			0,2		0,2	0.2	0,6	0,2
Rapport granulocytes / érythroblastes	5,51	3,53	2,45	2,82	1,21	1.44	30,07	46,5

Pour les deux sujets normaux, on ne relève de lifférence significative qu'entre les taux d'érythrolastes polychromatophiles. Dans la moelle iliaque lu troisième sujet, atteint d'une légère anémie secondaire, plusieurs catégories de cellules médullaires jeunes présentent un pourcentage statistique trop faible, tandis que celui des granulocytes mûrs et des lymphocytes est trop élevé comparativement à la moelle sternale. La première est aussi beaucoup plus pauvre en cellules nucléées. Selon toute probabilité cette moelle a subi une plus forte dilution que celle du sternum. C'est à notre avis l'unique raison de la différence de composition de ces deux échantillons. Le quatrième malade, atteint de leucémie myéloïde subaiguë, montre un taux plus élevé des différentes variétés d'éosinophiles dans la moelle iliaque ainsi que de monocytes dans la moelle sternale. Les deux formules sont cependant caractéristiques de l'affection. Des myélogrammes concordants ont été constatés dans la moelle prélevée à ces deux niveaux dans des cas d'anémie pernicieuse et de myélome.

Il advint aussi à l'un de nous (L. van den Berghe) de ne pouvoir retirer aucun produit lors de la ponction sternale d'un malade. La moelle iliaque du même sujet révéla un taux élevé de cellules tumorales (78 pour 100 sur 100 cellules médullaires). Il est probable qu'à l'endroit de la ponction sternale, le parenchyme médullaire était complètement remplacé par du tissu tumoral. Par ailleurs, certains troubles de l'hématopoïèse — les leucoses notamment, suivant la théorie néoplasique — doivent être localisés en tel ou tel point avant de s'étendre à toute la moelle osseuse. Seules des ponctions multiples faites en différents os permettront de surprendre ce stade précoce de la maladie. C'est ainsi qu'une myélose aleucémique à foyer initial circonscrit — qui paraît être le premier de la littérature et qui sera décrit plus tard — a pu être récemment dépistée et suivie dans sa progression médullaire et dans son évolution terminale en forme leucémique (L. van den Berghe et R. Bogaert, 1942). Dans les cas hématologiques de diagnostic obscur, la répétition des prélèvements médullaires s'impose et il est souvent très instructif de les pratiquer dans des os différents. Les os iliaques offrent dans ce domaine de grandes possibilités d'investigation.

(Institut de Médecine Tropicale Prince Léopold, Anvers.)

BIBLIOGRAPHIE

(1) G. Gedhini : *Clin. Med. Ital.*, 1908, **47**, 724 ; *Wien. klin Wochensch.*, 1910, **51**, 1840. — (2) G. Pianese : *Att R. Accad. Med.-Chirur. di Napoli*, 1909, **1**. — (3) A. Spulei et A. Schittenhelm : *Dtsch. Arch. klin. Med.*, 1913, **109**, 1 — (4) G Caronia : *Pediatria*, 1922, **30**, 607. — (5) L. M. Morris et E. H. Falconer : *Arch. Intern. Med.*, 1922, **30**, 485 — (6) E Kramar et V. Hensch : *Montschr. f. Kinderheilk.*, 1925 **30**, 40. — (7) H. Willi : *Die Leukosen im Kindesalter* (S. Karger, édit.), 1936 — (8) C. Seyfart : *Dtsch. med. Wochenschr.*, 1923, **49**, 180. — (9) A. Sonnenfeld : *Dtsch. med* 1929, **45**, 872. — (10) G Sorge : *Rif. Med.*, 1929 **45**. 872 — (11) J Barta : *Dtsch. Arch. klin. Med.* 1931, **171**, 565. — (12) R. P. Custer : *Am. Journ. Med. Sc.* 1933, **185**. 617. — (13) W. Dameshek : *Am Journ. Med. Sc.* 1935 **190**, 617 — (14) R. Damade et H. Léger : *La Press Médicale*. 1943, n° 46, 63. — (15) L. Fontana : *Arch. Szien Med.*. 1928, **52**, 497 — (16) J. Zadek : *Ztschr. klin. Med.* 1922, **95**. 66 et 1926, **103**, 616. — (17) P. Escudero e M. Varela : *Hæmatolog.* (Recensioni), 1932, **3**, 65 — (18) W. Dameshek et E H. Valentine : *Arch Pathol.*, 1937 **23**, 159. — (19) W. Dameshek, *H* H. Henstell et E. H. Valentine : *Ann. Int. Med.*, 1937, **11**, 801. — (20) M. J Arinkin : *Fol. Haemat.*, 1929, **38**, 233 — (21) M. J. Arjeff *Fol. Haemat.*, 1931, **45**, 55. — (22) A. Baserga : *Rif. Med.* 1934, **50**. 1707 — (23) R. Klima et H Rosegger : *Klin Wochenschr.*, 1935, **14**, 541. — (24) G. Karavanoff : *Sang* 1936, **10**. 562. — (25) G. M H. Veeneklaas : *Sternum punktie bij Kinderen*, *Drukkerij Fa Schotanus (Jens, édit.)* Utrecht, 1938. — (26) L. van den Berghe et I. Blitstein *C. R. Soc. Biol.*, Septembre 1944 — (27) L. van den Bergh et I. Blitstein : *C. R. Soc. Biol.*, Novembre 1944. — (28) I. Blitstein et L. van den Berghe : *C. R. Soc. Biol.* Janvier 1945. — (29) A. C Heidenreich et C. L. Heidenreich : *Prensa Med. Argent.*, 1936, **12**. 2818. — (30) W. de Weerdt : *Rev. Belje Sc. Méd.*, 1939, **11**, 297.

MOUVEMENT MÉDICAL

L'ACTION ANTICOAGULANTE DES DÉRIVÉS DE LA COUMARINE

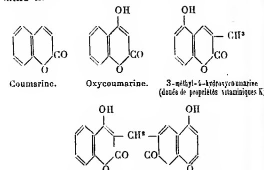
On recherche depuis longtemps le moyen d'empêcher l'apparition de la thrombose et d'en arrêter l'évolution quand elle a commencé. Malgré d'innombrables recherches, la thérapeutique est restée usqu'à ces dernières années incapable de lutter directement contre les coagulations intravasculaires. Or il semble bien que des travaux récents, déjà nombreux, viennent de fournir aux médecins des armes véritablement efficaces; l'histoire de la thérapeutique anticoagulante est entrée dans une phase nouvelle. Les auteurs américains et suédois nous ont appris à connaître l'Héparine, anticoagulant naturel existant normalement dans les tissus de l'organisme et dont l'utilité est aujourd'hui amplement démontrée.

Les *dérivés de la Coumarine*, que nous nous proposons d'étudier aujourd'hui, ont un mode d'action probablement très différent, peut-être vaudra-t-il mieux attendre que l'on ait acquis une connaissance plus approfondie de leurs effets avant de les introduire dans la pratique courante; quoi qu'il en soit, les études auxquelles ils ont donné lieu nous paraissent dignes de retenir dès maintenant l'attention.

C'est en 1921 que Schofield décrit au Canada une maladie hémorragique grave qui frappe le bétail et peut entraîner la mort par spoliation sanguine si une blessure se produit. Il l'attribue à l'ingestion de foin moisi de Melilot (*Melilotus album*), d'où le nom de « sweet clover disease », maladie du trèfle doux, maladie du melilot gâté, que l'on traite avec succès en donnant de la luzerne à l'animal.

A l'autopsie, Schofield trouve de grosses lésions du lobule hépatique et les attribue à la tendance hémorragique. Par contre, aux Etats-Unis, Roderick n'observe des zones de nécrose que dans la moitié des cas et les considère comme de banales altérations cadavériques; à son avis un trouble sérieux des fonctions hépatiques est peu probable. Les hémorragies apparaissent en différents points, principalement dans le tissu sous-cutané et dans le fascia musculaire. L'examen macroscopique et microscopique des vaisseaux sanguins ne révèle aucune lésion susceptible d'expliquer l'hémorragie. Si l'évolution de la maladie n'est pas trop avancée, la guérison peut être obtenue en supprimant le foin toxique de la ration alimentaire et en injectant aux animaux malades du sérum ou du sang total provenant de bêtes saines. Roderick met en évidence l'allongement du temps de coagulation e l'attribue à la diminution de la prothrombine d sang. Ces conclusions sont confirmées en 1937 pa Quick qui réussit à reproduire expérimentalemen la maladie chez le lapin. D'autre part, dès 1934 à la station d'agriculture expérimentale de l'Université de Wisconsin, le Prof. K. P. Link découvr que le facteur toxique du mélilot gâté est un dériv de la Coumarine. Celle-ci existe normalement dan la plante et c'est probablement sous l'effet de champignons de la moisissure qu'elle se transform en un poison. Dans une série de travaux échelonné jusqu'en 1941, Campbell, Smith, Overman, Roberts, Link étudient de nombreux dérivés de l Coumarine et finalement Stahman, Huebner et Lin indentifient l'agent actif à la 33' méthylène-bis 4-hydroxycoumarine (M.B.H.C.). La synthèse en es aisée et complètement mise au point depuis long temps déjà. Optiquement inactive à l'état pur, ell est faiblement soluble dans les solvants organique habituels, mais elle est soluble dans les alcalin dilués. La *constitution de sa molécule* est intéres sante. On sait en effet qu'il n'existe pas une seul vitamine K, mais tout un groupe de corps bie définis du point de vue chimique, qui jouisse des propriétés physiologiques de cette vitamine L'un de ces corps est la 3 méthyl-4-oxycoumarin qui dérive de l'oxycoumarine par adjonction d'u radical CH3. Si on double une molécule de c composé doué d'activité vitaminique, on obtient l méthylène bis hydroxycoumarine qui a les propriété

inverses et dont l'action est celle d'une antivitamine K.



33'-méthylène-*bis*-4-hydroxycoumarine (antivitamine K).

C'est là un cas typique d'inversion des effets par doublement de la molécule, phénomène dont l'exemple le plus connu est celui de l'antivitamine H', bactériostatique constitué uniquement par deux molécules de vitamine H', facteur de croissance microbienne.

Meunier et Mentzer ont consacré à cette question de très intéressants travaux. Récemment avec Buuhoi et Cagniant, ils ont préparé une nouvelle antivitamine K, la méthylène 3-3'-bis-oxy-2-naphtoquinone obtenue par doublement d'une molécule de phtiocol, corps doué d'activité vitaminique K.

La M.B.H.C. est active par voie buccale, son sel disodique peut être utilisé en injection intraveineuse. Sa propriété physiologique essentielle est de provoquer un *abaissement du taux de la prothrombine sanguine;* lorsque cet abaissement est assez accentué, il se traduit par un allongement du temps de coagulation. Un fait très important mérite d'être souligné : l'effet du produit est prolongé et il ne se manifeste qu'après une période de latence. Vingt-quatre heures après l'absorption d'une dose unique, le temps de la prothrombine s'allonge, il croît et atteint son maximum vers la quarante-huitième heure, il retourne ensuite à son niveau antérieur qu'il atteint entre le cinquième et le septième jour pour les petites doses, entre le septième et le dixième jour après de fortes doses. Les doses réfractées provoquent une chute du taux de prothrombine plus accentuée qu'une dose égale absorbée en une seule fois.

Chez le lapin, Lehmann a constaté que l'absorption de 1 à 4 *mg.* de M.B.H.C. suffit à faire baisser la prothrombine; la dose mortelle étant de 512 *mg.*, il y aurait chez cet animal une vaste marge de sécurité. Ces résultats ont été confirmés par von Kaulla, par Jansen, F. Knud et K. A. Jensen. *Chez le chien,* selon Bingham, Meyer et Pohle, la quantité minima de produit active par voie buccale est assez variable. En général, une dose unique de 3 à 8 *mg.* par kilogramme allonge le temps de prothrombine mais modifie rarement le temps de coagulation. La dose mortelle par voie buccale chez le chien est de 71 à 282 *mg.* par kilogramme, il y a d'ailleurs des variations individuelles considérables. Une dose massive unique a moins de chances de tuer l'animal que des doses répétées, mais on peut donner pendant de longues périodes de petites quantités de M.B.H.C. sans accident. En cas d'intoxication grave, le temps de coagulation devient d'abord très long, puis la tachycardie, l'apathie, la dyspnée, la fièvre apparaissent; des hémorragies internes ou externes se produisent et entraînent la mort.

Au cours de 25 autopsies, Bingham et ses collaborateurs ont trouvé dans tous les cas des suffusions sanguines sous-cutanées et intramusculaires. Souvent, il y a des hémorragies dans le tube digestif, les cavités pleurales, les poumons. Dans la plupart des cas, les petits vaisseaux et les capillaires sont très dilatés, notamment lorsque la mort s'est produite brutalement après absorption d'une très forte dose. Cette dilatation peut exister aussi, mais à un moindre degré, chez les animaux qui ont reçu une dose non mortelle. Jamais on ne trouve de lésions des parois vasculaires. Jamais non plus les auteurs n'ont observé de lésions nettes des parenchymes, ni dans le foie, ni dans le rein, ni dans aucun autre organe. C'est là un fait important qui est confirmé par les observations de von Kaulla chez le lapin.

Par la voie intraveineuse, la dose maxima du sel disodique tolérée par le chien est de 25 *mg.* par kilogramme; les doses de 2 à 4 *mg.* ne paraissent pas dangereuses, elles prolongent le temps de prothrombine de 40 à 50 pour 100 et allongent en général nettement le temps de coagulation. Les doses massives entraînent la mort dans le coma avec dyspnée et hyperthermie, à l'autopsie on ne trouve pas d'hémorragies. Bingham, Meyer et Pohle ont donné de la vitamine K aux chiens traités par la M.B.H.C. ; ils ont constaté que cette vitamine est incapable de ramener à la normale le temps de prothrombine préalablement allongé; Fournel et Bovet ont obtenu le même résultat. Cependant, Meunier et Mentzer ont une opinion différente. De leurs expériences ils concluent que si l'action préventive des diverses vitamines K est nulle, leur action curative est indiscutable à condition d'employer des doses assez élevées, et cela pendant plusieurs jours.

L'expérimentation a donc montré qu'il y a, tout au moins chez l'animal, une marge de sécurité importante entre les doses actives et les doses toxiques. De faibles quantités de M.B.H.C. suffisent à provoquer un abaissement sensible du taux de prothrombine, le temps de coagulation n'étant influencé que de façon inconstante et en général minime. Ce résultat suffit-il à empêcher, ou tout au moins à retarder l'apparition des coagulations intravasculaires, ainsi que le suppose Lehmann, ou bien au contraire un allongement substantiel du temps de coogulation est-il indispensable ? C'est là une question capitale du point de vue pratique. Bingham et ses collaborateurs ont cherché à y répondre en utilisant la thrombose provoquée entre deux ligatures chez des chiens soumis ou non à l'action de la M.B.H.C. Olivier et Mattei ont fait des recherches analogues en provoquant chez le lapin des coagulations intravasculaires au moyen d'injections de quinine uréthane dans la saphène externe. Les résultats obtenus par ces auteurs sont encourageants.

Chez l'homme, malgré des travaux déjà assez nombreux, il est encore difficile de se faire une idée exacte des possibilités qu'offre réellement la M.B.H.C. Les doses employées par les différents auteurs sont très variables, les résultats sont difficiles à interpréter. Bingham, Meyer et Pohle ont donné des doses faibles, de 50 à 100 *mg.* par voie buccale; sur 12 malades, 5 présentèrent un allongement du temps de prothrombine atteignant en moyenne dix minutes. Butt, Allen et Bollmann ont pu atteindre 1.000 *mm.* en une prise sans observer d'accidents. Von Kaulla a fait absorber à des sujets sains 125 *mg.* de une à trois fois. Il se produisit une baisse nette de la prothrombine débutant au bout de six à dix heures et se prolongeant pendant soixante-douze à cent vingt heures. Tous les patients ont souffert de troubles divers et passagers : douleurs abdominales, vomissements, diarrhée, fièvre, tachycardie. Cet auteur décrit le phénomène de l'inversion de l'effet de la M.B.H.C. : une dose unique de 50 *mg.* provoquerait au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures une augmentation de 50 pour 100 du taux de prothrombine, qui disparaîtrait après trois jours. Cette hyperprothrombinémie passagère n' a été signalée, à notre connaissance, par aucun autre expérimentateur. Lehmann a traité 100 cas de thrombose dont 21 phlébites puerpérales. Il donne d'abord 250 *mg.* en une fois, puis à nouveau 250 à 125 *mg.* Le traitement peut être prolongé pendant quatre à six semaines en surveillant l'index de prothrombine. Il s'est produit une amélioration subjective et objective avec baisse de la température, parallèlement à la chute de la prothrombine même quand le temps de coagulation n'était pas allongé. La durée de la maladie a été réduite à une ou trois semaines. A titre prophylactique, le même auteur a traité 170 malades qui avaient subi des interventions gynécologiques; il y a eu une phlébite et une embolie bénigne; dans une série de contrôle, il s'est produit 9 phlébites, 5 embolies, 3 morts. 10 pour 100 des malades ont eu des hémorragies légères, la transfusion a été nécessaire dans 1 pour 100 des cas.

Evans a traité 56 malades par la M.B.H.C. ou l'association M.B.H.C.-Héparine, il y a eu des hémorragies dans 8 cas, soit 14 pour 100. Quatre cas se sont terminés par la mort, celle-ci étant attribuable deux fois à l'intoxication médicamenteuse et aux hémorragies. L'auteur conclut qu'il est indispensable de disposer d'un bon laboratoire et de mesurer deux fois par jour le temps de prothrombine et le temps de coagulation. Dans une deuxième série, 46 malades ont été traités en observant ces précautions, il ne s'est produit qu'une seule embolie pulmonaire bénigne. Barker, Allen et Waugh ont utilisé la M.B.H.C. dans 497 cas de thromboses ou embolies. Dans 47 cas, il y a eu des complications hémorragiques; celles-ci ont été bénignes vingt-neuf fois, modérées ou sévères dix-huit fois, mortelles une fois. A titre prophylactique, l'antivitamine K a été employée par Butsh et Stewart chez 23 malades un jour ou deux avant cure de hernie. Il n'y a pas eu d'accidents et la cicatrisation n'a pas été retardée. En France, peu d'observations cliniques ont été publiées. Notons cependant 3 cas favorables de Lantuéjoul et Le Lorier et 4 cas négatifs de Courtois et Beziaud. Facquet a étudié l'abaissement du taux de prothrombine mesuré avec la méthode de Quick chez 15 sujets. Il préconise une dose initiale comprise entre 0 *g.* 50 et 1 *g.* Ravina conseille de donner 1 *cg.* par kilogramme, soit en général 60 *cg.* en une fois, puis une nouvelle dose de 60 *cg.* au bout de huit jours. Signalons aussi que chez 4 malades sur 11, avec des doses totales de 1 *g.* 60 à 2 *g.* 20 échelonnées sur neuf à treize jours, nous avons vu survenir des hémorragies sérieuses avec, dans 1 cas, évolution fatale très probablement attribuable à la médication. Le seul traitement à conseiller en cas d'hémorragie est la transfusion dont l'efficacité est immédiate. Les injections de vitamine K peuvent lui être associées, mais si on les emploie isolément, leur action est beaucoup trop lente en présence d'accidents qui demandent à être jugulés rapidement.

Les expériences de Link, de Bingham ont montré que la M.B.H.C. n'est pas active *in vitro* comme l'héparine. Son *mode d'action* est d'ailleurs inconnu. Peut-être inhibe-t-elle la formation de la prothrombine dans le foie; cette inhibition ne se manifesterait qu'après utilisation de la prothrombine antérieurement présente dans le sang, ce qui expliquerait la période de latence. Pour certains auteurs, la M.B.H.C. agit directement sur la prothrombine et la rend inactive. On a supposé aussi que la phase de latence correspond à une période pendant laquelle la dicoumarine serait métabolisée dans l'organisme. Comme elle est susceptible de se dégrader en deux molécules d'acide salicylique, on a recherché si ce dernier est capable de provoquer une chute de la prothrombine. Il en serait bien ainsi si on en croit les auteurs qui ont étudié la question chez l'animal et chez l'homme. Shepard Shapiro conseille même l'emploi de la vitamine K lorsqu'on donne du salicylate ou de l'acide acétyl salicylique à hautes doses. Dans l'ensemble, il est vraisemblable que la M.B.H.C. exerce son action sur la vitamine K elle-même, dont elle est l'antagoniste. Cet antagonisme vitamine-antivitamine, est l'une des plus curieuses acquisitions de la chimie biologique moderne; signalons que Paraf, Desbordes et A. Paraf lui ont consacré récemment une intéressante étude.

Conclusion. — La méthylène bishydroxycoumarine absorbée *per os* allonge le temps de prothrombine après une période de latence et proportionnellement à la dose; elle peut aussi, mais inconstamment, allonger le temps de coagulation. Son utilisation en thérapeutique est encore à l'étude. Les résultats obtenus par plusieurs auteurs semblent indiquer qu'elle est susceptible d'avoir une action favorable dans le traitement et probablement aussi la prévention des thromboses. Mais on ne saurait assez insister sur le fait que la posologie est encore imprécise : on ne peut indiquer que des chiffres très approximatifs. Si on ne considère que les doses totales, il semble qu'on n'ait pas observé d'incidents au-dessous de 1 *g.* Par contre, des accidents graves se sont produits chez certains malades lorsqu'on a atteint 1 *g.* 50 à 2 *g.* L'espacement des doses est naturellement un facteur très important; on doit toujours se souvenir que la M.B.H.C. a une action très prolongée et qu'elle peut provoquer des hémorragies plusieurs jours après l'arrêt du traitement. En dehors de son action sur la prothrom-

binémie, elle semble bien posséder des propriétés toxiques vis-à-vis du système vasculaire, ce qui la rend plus difficile et plus dangereuse à manier que l'héparine. On ne doit jamais se baser uniquement sur le temps de coagulation ; de graves hémorragies peuvent se produire sans que celui-ci soit modifié. Ainsi que le conseillent les auteurs américains, il est indispensable de mesurer chaque jour le taux de prothrombine, seul guide permettant de savoir si la médication peut être poursuivie. Enfin, bien entendu, on devra s'abstenir en cas de tendance hémorragique ou d'insuffisance hépatique.

Ces difficultés, ces dangers, ne doivent pas faire abandonner l'étude d'une question dont l'intérêt est considérable. De nombreux problèmes restent à résoudre et pour y parvenir des recherches minutieuses, patientes et très prudentes sont nécessaires.

Yves Bouvrain.

BIBLIOGRAPHIE

Barker, Allen et Waugh : *Proc. staff. Meet. Mayo Clin.*, 7 Avril 1943, **18**, 102 ; *J. A. M. A.*, 15 juillet 1944, Vol. 125, n° 11, 819. — J. Bingham, O. Meyer et F. Pohle : Etude sur la substance hémorragique 3-3' méthylène-bis. 4 - hydroxycoumarine, *Am. Journ. of Med. Sciences*, 1941, **262**, 563. — Y. Bouvrain : A propos de l'action anti coagulante de la méthylène bis hydroxycoumarine. *Société de Cardiologie*, séance du 18 Mars 1945. — Brambel et Loker : Le dicoumarol dans les traumatismes et la gangrène. *Arch. of Surgery*, Janvier 1944, **48**, 1. 104 ; *J. A. M. A.*, 22 Avril 1944, vol. 124, n° 17, 1224. — Butsh et Stewart : *Arch. Surg.*, Octobre 1942, **45**, 551 ; (*J. A. M. A.*, 15 Juillet 1944, vol. 125, n° 11, 819). — R. Cachera : Les syndromes hémorragiques par trouble de la coagulation du sang. *Paris Méd.*, 20 Mai 1941, **31**, n° 20, 297. — Courtois et Beziaud : De l'emploi de l'antivitamine K dans le traitement des phlébites du post partum et du post abortum. *Soc de Gyn. et d'Obst. de Paris*, 4 Décembre 1944 (4 Avril 1945, PM n° 15, 189). — Evans : Traitement de cas de thrombose par le dicoumarol. *New. England J. of Med. Boston*, 3 Février 1944, **230**, 125-136. — J. Facquet : *Soc. de Cardiologie*, séance du 18 Mars 1945 (Discussion). — F. Jansen Knud et Ka. Jensen : De la spécificité de l'action hémorragique de la 33' méthylène bis - 4 - oxycoumarine. *Hoppe Seylers Z.*, 1942, **277**, 66. — K. N. von Kaulla : L'hypoprothrombinémie artificielle et ses possibilités d'emploi thérapeutique. *Klin Wochen*, 6 Mars 1933, n° 22, 205 ; (id.) De l'hypoprothrombinémie, *Klin wochen*, 16 Octobre 1943, n°s 42, 43, 646. — Lantuéjoul et Le Lorier : A propos du traitement des phlébites par l'antivitamine K. *Soc. de Gyn. et d'Obst. de Paris*, séance du 4 Décembre 1944. (4 Avril 1944, PM n° 15, 189). — J. Lehmann : Traitement et prophylaxie des thromboses par la méthylène bis - oxycoumarine. *Lancet*, 15 Mai 1943, **244**, 611. (*Chem. Zent.* 1944, **11**, 31). — P. Meunier et C. Mentzer : L'essai des produits antihémorragiques (vit. K) sur le lapin atteint de la maladie du mélilot gâté. *Soc. de Chimie biol.*, séance du 13 Décembre 1942. — Meunier, Mentzer, Buuhoi et Cagniant : Obtention d'un dérivé hémorragique naphtaléique. *Soc. de Chimie biol.*, séance du 21 Décembre 1943. — V. Olivier et M. Mattei : Action anticoagulante d'un dérivé de la coumarine. *Presse Méd.*, 17 Février 1945, n° 7, 83. — J. Paraf, J. Desbordes et A. Paraf : L'orientation nouvelle de la chimiothérapie. *Presse Méd.*, 16 Octobre 1943, n° 39, 576. — J. Ravina : Traitement préventif et curatif des thromboses par abaissement du taux de prothrombine sanguine. *La Semaine des Hôp. de Paris*, 15 Mars 1945, **21**. X., 254. — Shepard Shapiro : The effect of synthetic vitamine K on the prothrombinopenia induced by salicylate in man. *J. A. M. A.*, 24 Juin 1944, vol. 125, n° 8, 546. — J.-P. Soulier : La prothrombine et la vitamine K chez l'enfant. *Thèse Paris*, 1944. Busson.

SOCIÉTÉS DE PARIS

ACADÉMIE DE MÉDECINE

24 Juillet 1945.

A propos de la production du sérum antidiphtérique et au sujet des substances adjuvantes de l'immunité, du principe des anatoxines et de la méthodes de floculation. — M. **G. Ramon**, à propos de la communication faite par M. Lemétayer dans la séance précédente, montre que ce ne sont pas les substances adjuvantes (tapioca, chlorure de calcium) ajoutées à l'anatoxine qui sont responsables de la mortalité constatée en 1943 chez les chevaux producteurs de sérum anti-diphtérique mais bien l'état de santé lamentable des animaux livrés par les Allemands ; il montre en outre que l'addition des substances adjuvantes aux anatoxines permet d'obtenir rapidement des sérums antidiphtérique et antitétanique très actifs qui présentent de grands avantages pour l'usage thérapeutique.

L'auteur établit ensuite par des documents irréfutables, la plupart venant de l'étranger, sa paternité de la découverte des anatoxines, de la méthode de floculation et du procédé des substances adjuvantes de l'immunité.

— M. **Boivin** déclare que l'immense majorité des pastoriens et des biologistes haussent les épaules quand des critiques mal informés refusent de reconnaître à M. Ramon la paternité de ses découvertes.

L'action des huiles de vaseline sur le bacille antituberculeux. — M. **Vallée** rappelle qu'en 1927, Todoroff a précisé l'action antiseptique des huiles de paraffine sur le bacille de Koch ; ainsi traité, le bacille ne provoque plus de lésions ou ne détermine que des altérations très localisées propres à l'étude des médications antigéniques ou chimiothérapiques; ces faits sont à rapprocher des constatations de l'auteur touchant la prémunition de la paratuberculose bovine.

Rapport sur le statut des laboratoires d'analyses. — M. **Polonowski** expose que l'Académie a été saisie par le gouvernement d'un projet de statut des laboratoires d'analyses ; le rapporteur propose d'approuver ce projet dont les dispositions essentielles sont les suivantes. Il sera créé un enseignement supérieur spécialisé ouvert aux médecins, aux pharmaciens, à certains docteurs ès sciences d'état et aux vétérinaires ; la diversité de leurs formations sera compensée par des stages et un enseignement complémentaire différents. Les titulaires du diplôme consacrant cet enseignement seront chargés des grands laboratoires d'analyse dont un directeur au moins devra être docteur en médecine ; dans les petites villes, il y aura des laboratoires tenus par des pro-biologistes qui pourront être par exemple les pharmaciens, où se feront les examens urgents. Un contrôle efficace de tous les laboratoires sera institué. Les pharmaciens garderont le droit de faire les analyses d'urines courantes et les médecins celui de faire dans leur laboratoire les examens de leur spécialité.

— M. **R. Debré** dépose un contre-projet dans lequel il approuve la création d'un enseignement donné par un institut spécial et celle d'un contrôle sérieux ; mais il estime qu'un médecin ne peut tenir un laboratoire sans être titulaire d'un certificat spécialisé ; d'autre part et surtout, il s'oppose à toute ingérence non médicale dans les laboratoires d'analyses. L'analyse biologique est un acte médical, car le prélèvement joue un rôle essentiel et ne peut être séparé de l'examen. Les stages complémentaires n'aboutiront à donner aux non-médecins qu'un vernis de médecine. Quelle sera la valeur des probiologistes de village ? Il ne paraît pas possible légalement d'associer dans la direction de laboratoires commerciaux des médecins et des non médecins.

— M. **Polonowski** précise qu'il ne s'agit pas de donner aux non médecins un vernis de médecine, mais les bases indispensables de pathologie générale. Les probiologistes de village existent, ce sont les pharmaciens; il faut précisément déterminer les examens qu'ils peuvent faire librement ou sous contrôle.

— M. **H. Bénard** rappelle que la direction des laboratoires vaccinogènes, qui sont des institutions commerciales, est obligatoirement confiée à des médecins; il y a là un précédent qui montre que le projet gouvernemental ne soulève pas d'impossibilité légale.

— M. **Bougault** rappelle que la moitié des analyses biologiques sont d'ordre chimique; or, les pharmaciens ont joué un rôle éminent dans le développement de la chimie française; la biologie médicale, c'est l'interprétation des résultats et leur application au diagnostic, qu'on la réserve aux médecins, personne n'y trouvera à redire; mais la technique est affaire de chimie; quel inconvénient y a-t-il à ce que des pharmaciens, chimistes par nature, fassent de la chimie ? La plupart des analyses ne mettent en jeu que des techniques simples et nul n'ignore que ce sont presque toujours des laborantines qui en sont chargées. Quant aux prélèvements, les pharmaciens qui dirigent les laboratoires d'analyses ne les font que malgré eux, parce que généralement les médecins se refusent à les faire. A la Faculté de pharmacie, il existe un enseignement moderne des analyses, réservé à l'élite des étudiants et ceux qui l'ont suivi sont parfaitement capables de tenir un laboratoire. Le contrôle est indispensable et il est regrettable qu'il n'ait pas encore été institué.

— Après une longue discussion à laquelle prennent part MM. **Boivin, Rist, Fiessinger** et **Bazy**, favorables au projet Debré et MM. **Laubry** et **Jolly** qui estiment que la question n'a pas été suffisamment étudiée, l'Académie renvoie la suite de la discussion après les vacances.

Les vaccins détoxiqués contre les fièvres typhoïdes expérimentales. — M. **Ramon** présente une note de M. **Violle** qui a préparé des vaccins en traitant les paratyphiques B par l'acide trichloracétique, puis par le formol; ces vaccins, remarquablement tolérés par les lapins et les cobayes, produisent une immunité qui se traduit par la présence en abondance dans le sang d'anticorps agglutinants et par la résistance des vaccinés à l'injection d'une dose de culture vivante de B. typhimurium, qui tue régulièrement et rapidement les témoins.

Lucien Rouquès.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

21 Juillet 1945.

Sporulation d' « Eremothecium ashby II », Guilliermond et dissociation du type. — MM. **H Velu, R. Refait, G. Arragon** et **J. Mainil** ont obtenu par ensemencement massif en fioles de Roux sur gélose au décocté de carottes, en période active de végétation, une sporulation massive qui leur a permis une dissociation facile en trois variétés plus ou moins aptes à la flavinogénèse.

L'embolie pulmonaire. — MM. **L. Binet** et **M. Burstein** montrent qu'une embolie pulmonaire de faible volume peut déclencher une excitation prononcée du nerf vague, qui se manifeste par une bradycardie et un bronchospasme marqués. Ces réactions manquent chez les animaux vagotomisés ou atropinisés. Non seulement l'embolie massive, mais aussi l'embolie de faible volume peut déclencher un resserrement bronchique.

Action du bacille subtil sur le bacille de Koch. — MM. **H.-R. Olivier, L. de Saint-Rat, Bonét-Maury** et **E. Blanchon**, utilisant la souche homogène d'Arloing et Courmont, montrent que le bacille subtil est doué vis-à-vis du bacille de Koch d'un pouvoir antimicrobien et lytique.

Les modifications leucocytaires au cours de l'électro-choc, de l'encéphalographie et de l'insulinothérapie. — MM. **J. Delay, A. Soulairac, P. Desclaux** et Mlle **A. Jouansais** rattachent les modifications constantes et comparables observées à un mécanisme régulateur central, en rapport avec leur action diencéphalique commune.

Aptitude comparative des chevaux non antérieurement vaccinés et des chevaux antérieurement vaccinés à la production de l'antitétanolysine. — MM. **E. Lemétayer** et **L. Nicol** signalent que la production de l'antitétanolysine sous l'influence d'une seule injection d'anatoxine tétanique, se présente d'une façon comparable à celle de l'antitoxine spécifique. Alors que cette injection provoque, chez les chevaux non antérieurement vaccinés, la formation de quantités faibles souvent à peine décelables d'antitétanolysine, chez les chevaux antérieurement vaccinés on enregistre un développement considérable de cette antitétanolysine dont le taux est, chez certains sujets, multiplié par 20.

Développement de la production de l'antitétanolysine sous l'influence d'injections d'anatoxine tétanique. Analysine-tétanique. — MM. **E. Lemétayer** et **L. Nicol**, à la suite d'essais effectués sur des chevaux, peuvent conclure que si, sous l'influence du formol et de la chaleur, le pouvoir lytique de la tétanolysine est complètement détruit, le pouvoir antigène de celle-ci est conservé. La tétanolysine est transformée en une anatétanolysine.

Action de la novocaïne injectée par voie veineuse sur la bronchomotricité. — M. **B.-N. Halpern**, en enregistrant le tonus des bronches chez le cobaye anesthésié, montre que l'injection intraveineuse préalable d'une dose de novocaïne voisine de la dose thérapeutique est susceptible de modifier la réactivité des bronches de telle manière que les substances bronchoconstrictrices telles que l'acétylcholine et l'histamine ne sont plus capables de produire de spasme bronchique. L'action protectrice est de courte durée, en relation avec l'hydrolyse de la novocaïne dans l'organisme. Cette action pharmacodynamique de la novocaïne sur les bronches permet d'entrevoir le mécanisme de l'action de la novocaïne dans l'asthme et d'autres affections dyspnéiques cliniques.

A. Escalier.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

18 Mai 1945.

A propos de la décalcification. — M. **C. Roederer** constate, depuis le début des « Saisons amères » la *facilité des fractures*, parfois pour des traumatismes légers ; *le retard des consolidations*, tant après fractures qu'après ostéotomies ; mais c'est surtout au point de vue vertébral que les faits sont le plus marqués.

L'auteur, examinant cliniquement et radiologiquement, de nombreuses observations d'adolescents, d'adultes et de vieillards, pense qu'il y a, malgré les régimes de carence, une prédisposition individuelle dont il faut tenir compte.

Infarctus du myocarde, simulant une perforation abdominale. — M. **E. Bernard** rapporte l'observation d'un malade auquel il fit une gastrectomie pour ulcus de la petite courbure et qui, 8 ans après, parfaitement guéri, présenta brusquement les signes d'un syndrome aigu de l'étage supérieur de l'abdomen gauche, avec douleur en coup de poignard et défense musculaire.

L'examen répété de l'abdomen, où la contracture cède progressivement, l'état général, les signes fonctionnels font écarter l'idée d'une intervention d'urgence. Vingt-six heures après ce début aigu, le malade meurt brusquement. L'autopsie révèle un infarctus du myocarde, avec rupture du cœur.

Deux cas d'hermaphrodisme. — M. **J. Leuret** rapporte les constatations cliniques et opératoires concernant un androgyne et un gynandre. A ce propos, l'auteur rappelle que la conduite du chirurgien doit être guidée, non par la recherche du sexe vrai, mais par la notion d'utilisation fonctionnelle des caractères sexuels apparents.

SOCIÉTÉ D'ÉTUDES SCIENTIFIQUES SUR LA TUBERCULOSE

10 Mars 1945.

Adénopathie trachéo-bronchique chez un adulte depuis longtemps allergique. — MM. **A. Courcoux, M. Duret** et **A.-C. Maclouf**. L'image radiologique évoque irrésistiblement celle d'une primo-infection : adénopathies hilaires (opacité nettement arrondie de 4 cm. de diamètre) et latéro-trachéale droites. Mais l'histoire clinique permet de rejeter catégoriquement cette interprétation.

L'adénopathie cervicale a précédé l'adénopathie hilaire. De plus, celle-ci est survenue du côté où l'atteinte cervicale était la plus volumineuse et surtout la plus ancienne.

L'allergie dans le cycle de la tuberculose. I. L'allergie selon les stades. — MM. **B. Kreis, de Barre** et **Martinet**. Il est classique d'admettre que la sensibilité cutanée à la tuberculine est particulièrement

ive aux stades primaire et secondaire de l'infection uberculeuse, et qu'elle se montre beaucoup plus faible la période tertiaire. En réalité l'examen de la sensi-ilité tuberculinique s'est faite surtout chez l'enfant et 'adolescent ; les formes tertiaires ont été interrogées hez l'adulte dont la réactivité cutanée est moindre. En eprenant cette étude sur un groupe homogène de 00 enfants de 5 à 15 ans traités au Sanatorium du Roc-les-Fiz et en utilisant parallèlement la cuti-, la per-uti- et l'intradermo-réaction, les auteurs montrent que es formes primo-secondaires et tertiaires ne se distin-guent pas par le degré de leur réactivité à la tuberculine.

L'allergie dans le cycle de la tuberculose. II. L'allergie selon les types lésionnels. — MM. **B. Kreis, Le Barre** et Mlle **J. Renault,** étudiant le taux le l'allergie au cours des adénopathies trachéo-bronchi-ques de primo-infection, des foyers spléno-pneumoniques, les pleurésies séro-fibrineuses, des infiltrats précoces, les hémoptysies et des lésions communes de la tuber-culose tertiaire, prouvent que la sensibilité tuberculi-nique cutanée ne montre au cours de ces différents états aucune tendance bien définie. Les épanchements pleu-raux surviennent chez des sujets dont l'allergie est sou-vent faible et ne varie pas au cours de l'évolution de l'épanchement. Les modalités particulières des lésions ne suffisent pas à justifier les degrés divers de l'allergie des tuberculeux.

Sur l'aspect radiologique des miliaires. — MM. **E. Bernard** et **J. Weil,** à propos de 3 cas de miliaires ayant évolué, l'une de façon aiguë, les deux autres de façon subaiguë, et ayant été étudiées avec des radio-graphies successives, remarquent que les aspects radio-logiques passent par deux stades : d'abord un « stade morphologique » où les micro-nodules apparaissent nette-ment sur le film, puis un « stade amorphologique » où ils ne se distinguent plus et sont remplacés par des taches plus ou moins floues réalisant l'aspect des petites taches parenchymateuses des lésions broncho-pneumo-niques. Et cependant, la vérification anatomique fait constater qu'il s'agit de miliaire vraie. Cet aspect radio-logique bâtard peut être dû à une poussée exsudative nodulaire et inter-nodulaire plus ou moins terminale. Mais la notion de quantité des éléments mérite aussi d'être retenue ; l'image radiologique ordinaire est une image de sommation qui est influencée grandement par le nombre extraordinaire des nodules.

La broncho-aspiration des cavernes pulmonaires tuberculeuses ballonnées. — MM. **J.-M. Lemoine, A. Diacoumopoulos** et **J. Paillas** rapportent 5 cas de cavernes ballonnées après section de brides dont les images cavitaires et les expectorations bacillifères ont disparu après broncho-aspiration ; la guérison persiste au bout de 18 mois. Dans un cas de ballonnement cavitaire ancien, la cavité s'est perforée 7 jours après la deuxième bronchoscopie.

Ils insistent sur l'intérêt de l'examen bronchoscopique qui leur a permis de trouver dans un 7e cas, une vaste ulcération bronchique au-dessus des ressources thérapeu-tiques.

La broncho-aspiration doit être faite le plus profon-dément possible; on la complète par des badigeonnages adrénalinés de la muqueuse bronchique toujours œdé-matiée et souvent congestive.

Le catarrhe bronchique chronique unilatéral des tuberculeux. — M. **J.-M. Lemoine** constate chez 7 ma-lades dont 5 sont d'anciens tuberculeux guéris depuis un temps variable, le syndrome clinique suivant : toux fréquente, dyspnée souvent asthmatiforme, expectora-tion non puriforme, fébricule et amaigrissement ; mais trois signes de poussées tuberculeuses font défaut : les expectorations ne sont pas bacillifères (signe valable seu-lement pour les anciens tuberculeux) ; on entend des râles bulleux sur toutes l'étendue d'un poumon ; l'image radiologique est inchangée.

Par bronchoscopie on constate : une hypersécrétion bronchique fluide abondante et l'épaississement lisse et rose de la muqueuse de toutes les bronches du poumon antérieurement malade. Les lésions bronchiques ne s'éten-dent ni à la trachée ni à l'autre poumon. Les badigeon-nages à l'adrénaline améliorent les malades.

Les rapports du catarrhe bronchique unilatéral avec la tuberculose pulmonaire ne sont pas souvent évi-dents.

Spéléotomies chez des malades à la limite de l'opérabilité. — MM. **Aulanier** et **Liron** apportent des succès de spéléotomie chez des malades bilatéraux évolutifs chez lesquels une thoracoplastie antérieure avait été inefficace. Une extension de la thoracoplastie, une spéléotomie et un pneumothorax contro-latéral ont per-mis d'obtenir deux succès inespérés. Une thoracoplastie suivie de spéléotomie a donné la guérison chez un malade porteur de deux énormes cavernes, sub-évolutif et expectorant abondamment.

De l'oblitération bronchique provoquée. — M. **G. Le Garboulec** rappelle les différents essais d'oblitération bronchique provoquée et se rapportant aux expérimen-tations faites à Châteaubriant expose les causes d'échec et les raisons des succès.

Les images de Cardis et leurs aspects pleurosco-piques. — MM. **Bariéty** et **J. Paillas,** ont observé que la zone interne de l'image de Cardis correspond à une languette pulmonaire symphysée et la zone externe à la plèvre pariétale. A l'union des deux il existe des replis falciformes qui sont tiraillés à chaque inspiration. Cette irritation explique l'épaississement pleural qui est maximum à ce niveau.

L'image radiologique des bronches de drainage et son intérêt pour le pronostic de la collapsothé-rapie. — MM. **Bariéty** et **J. Paillas,** ont observé des bronches de drainage radiologiquement visibles dans 1 pour 100 des cas. Ils ont été frappés par la fréquence des complications qui surviennent quand on tente le pneumothorax chez ces malades. Ils relèvent l'échec du pneumothorax (décollement impossible, collapsus contro-électif devant être rapidement abandonné dans 68 pour 100 des cas). Secondairement d'autres complications (ballonnements cavitaires ou perforations s'observent dans 28 pour 100 des cas). Les échecs du pneumothorax correspondent dans 82 pour 100 des cas aux cavernes « frangées » entourées d'une zone opaque homogène.

Kyste dermoïde du médiastin. Exérèse. Guérison. — MM. **Hinault** et **Mathey** rapportent l'observation d'une malade de 28 ans qui présentait un kyste dermoïde du médiastin dont l'existence fut révélée au cours d'un examen de dépistage. Ils insistent sur la nécessité en pareil cas de créer un pneumothorax et de faire une pleuroscopie qui ont conduit à un diagnostic précis. Ils discutent enfin de l'indication opératoire chez une ma-lade qui ne présentait aucun trouble fonctionnel. Les suites opératoires furent des plus simples. Pas de fièvre, pas d'épanchement pleural. Le poumon était revenu à la paroi le 6e jour.

A propos des accidents de shock occasionnés par les injections intraveineuses de gluconate de cal-cium. — M. **Hinault** pense que ces accidents ne sont pas dus, comme il est dit souvent, à la qualité du verre des ampoules. Il serait tenté d'incriminer plutôt la pré-paration des agents d'oxydation tels que les hypochlo-rites, les hypobromites ou même l'acide azotique qui laisseraient à côté du gluconate de calcium des nitrites. Ces impuretés seraient probablement responsables des accidents observés si fréquemment depuis quelque temps.

La tuberculose pulmonaire chez les prisonniers de guerre en Allemagne. — M. **Ph. Couve** rapporte les observations faites au cours de sa captivité dans le lazaret du Stalag IV F, représentant une collectivité de 12 à 15.000 prisonniers français. Il étudie successivement la fréquence de la tuberculose, ses conditions d'appa-rition, les formes cliniques observées, le traitement appliqué et les résultats de la radioscopie systématique. Le chiffre de morbidité tuberculeuse est de 3 pour 100 (1 pour 100 en France avant la guerre) pourcentage sen-siblement égal à ce qu'il est actuellement dans notre pays. Toutes les conditions favorisant l'éclosion de la Tuberculose se trouvent réunies dans la captivité : sous-alimentation, mauvaises conditions d'habitation, travail souvent forcé, facteurs psychologiques et moraux. Sur 100 cas de tuberculoses pulmonaires, l'auteur a noté 16 formes aiguës, 58 formes cavitaires évolutives avec BK +, 22 formes subactives avec BK — et lésions radiologiques, 6 infiltrats excavés. 56 de ces cas ont été traités par pneumothorax, 1 par thoracoplastie, 1 par pneumothorax extra-pleural, La radioscopie systématique a permis la découverte de 35 cas de tuberculose dont 25 avec BK +, soit 3 pour 1.000.

Note sur la loi de Marfan. — MM. **Braun** et **Maclauf.**

Note sur l'activation retardée des épreuves tuberculiniques. — MM. **J. Genevrier** et **Maclouf.**

Considérations sur une primo-infection tubercu-leuse manifestée simultanément chez plusieurs frères et sœurs. — MM. **E. Libert** et **A. Libert.**

Spéléotomie d'une cavité lombaire inférieure après thoracoplastie étendue du sommet. Guérison. — MM. **Dumarest** et **Bérard.**

Traitement des cavernes résiduelles du pneumo-thorax. — MM. **J. Braillon.**

Les limites de l'opérabilité dans les désinsertions extra-pleurales au cours de l'opération de Jaco-bæus. — M. **J. Braillon.**

Le traitement des tuberculoses laryngées par infiltration des sinus carotidiens. — M. **Le Lourd.**

L'oléolyse tuberculeuse. Mode d'action de l'huile d'arachide. — M. **G. Solomnites.**

Echanges entre les gaz du pneumothorax et les gaz du sang à travers la membrane pleurale. — M. **R. Coursault.**

Bronchectasie du lobe moyen gauche. Lobectomie. MM. **M. Cord** et **O. Monod.**

Deux cas de lobectomie. — MM. **O. Monod, M. Warnery, Lespinasse** et **Leibinson.**

Infections pauci-bacillaires réalisées par micro-manipulation. — MM. **J. Bretey** et **J. Browaeys.**

A. Courcoux.

SOCIÉTÉS DE PROVINCE

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE CLERMONT-FERRAND

25 Mars 1945.

Sur le traitement de la sciatique rebelle par la radicotomie postérieure. — M. **J. A. Barre,** après avoir défini ce qu'il entend par sciatique rebelle, donne une vue d'ensemble des 11 cas qu'il a fait opérer. Les sujets, entre 24 et 52 ans, souffraient depuis longtemps : 2 ans à 22 ans. Chez 8 d'entre eux, un traumatisme lom-bo-sacré avait été le point de départ des douleurs (« l'Entorse lombo-sacrée » qu'il a décrite dans la thèse de son élève Kohler était le plus souvent en cause).

Dans 5 cas on a trouvé des lésions très importantes du ligament jaune. Dans les 6 autres, soit des lésions d'arachnoïdite, soit un état sensiblement normal des ra-cines. Dans aucun cas on n'a trouvé d'altération discale, dont l'auteur discute sinon la réalité, du moins le rôle pathogène qu'on lui impute. Dans 6 cas, on a pratiqué la radicotomie ou la radicectomie postérieure. Dans 2 cas on y a joint l'enlèvement du ligament jaune. Dans trois enfin on a exclusivement désinséré et enlevé ce ligament, très épaissi, très sensible et saignant. Les 11 cas opérés à Clermont par MM. Bureau et Arnaud (de Marseille) ont tous été guéris. La radicotomie postérieure (dont la première fut exécutée par M. Etienne Sorrel, à Stras-bourg, en 1932, à la demande de M. J.-A. Barré) est exactement comparable dans le domaine de la sciatique rebelle à la neurotomie rétro-gassérienne pratiquée con-tre la névralgie faciale.

Manifestations neuro-méningées de la mononu-cléose infectieuse. — M. **J. Warter,** se basant sur une observation publiée en 1939 où coexistaient une para-lysie faciale bilatérale et un syndrome méningé accentué, ainsi que sur un cas de méningite lymphocytaire bé-nigne, où la réaction de Paul et Bunnel était chaque fois positive, insiste sur la notion de méningite à mononu-cléaires, et souligne l'intérêt diagnostique de la réaction de Paul et Bunnell dans les méningites dites lympho-cytaires.

Un cas de nanisme rénal. — MM. **H. Paillard** et **P. Verdun,** rapportent le cas d'une fillette de 12 ans atteinte d'hypotrophie manifeste et de retard de la croissance. L'examen systématique a montré une hydro-néphrose congénitale bilatérale, sans autres lésions orga-niques. Le fonctionnement rénal est encore peu troublé. L'intérêt de cette observation est dans la précocité du diagnostic et dans la précision des notations bio-typo-logiques. Au cours de la discussion qui a suivi cette présentaton, les auteurs reconnaissent avec P. Rohmer et A. Forster que le terme de nanisme rénal pouvait être avantageusement remplacé par celui de néphro-pathie chronique avec hypotrophie, sans préjuger de la précession ou du parallélisme des évolutions patholo-giques.

A propos d'un cas d'angine de poitrine traitée par les injections intraveineuses de scurocaïne. — MM. **P. N. Deschamps** et **Depouilly.**

29 Avril.

Un cas de goutte aiguë du tendon d'Achille. — M. **H. Paillard** et **Madeleine H. Paillard-Varin.** Après avoir rappelé l'existence des tophi-goutteux achilléens, rapportent une observation de crise de goutte aiguë sur le tendon d'Achille, première manifestation de la goutte chez une femme de 48 ans et suivie rapidement de réso-lution clinique totale. Cette observation s'ajoute aux diverses formes de goutte tendineuse étudiée par les auteurs, au cours de ces dernières années.

Pneumothorax extrapleural et plombage paraf-finé. — MM. **P. Labesse** et **A. Weiss.**

Syndrome de déséquilibration pure : son dia-gnostic, ses évolutions. — M. **J.-A. Barre.**

Traitement des éventrations médianes par plasti-que du droit. — M. **R. Forget.**

27 Mai.

Syndrome sympathique cervical postérieur. — M. **J.-A. Barre** expose l'observation d'une malade qui présente tous les éléments (céphalées occipitales, ver-tige, hyperacousie alternant avec de l'assourdissement, douleurs rétro-oculaires, douleurs faciales, etc.), du syn-drome qu'il a isolé en 1925 et décrit en 1928 dans la thèse de Lieou (de Nankin). Il montre l'intérêt qu'il y a à connaître une affection intracranienne et qui ressortit à une cause cervicale (arthrite, luxation, cellulite cervi-cale, côtes cervicales, tuberculose du sommet, etc.), susceptible d'irriter le nerf vertébral dans toute sa course intracervicale. Il rappelle les travaux conséeutifs d'Eu-zière et de son école, ceux de Devèse, etc. et insiste sur le fait que le syndrome peut survenir après un traumatisme cranien, et tenir non à une lésion intracranienne, mais à une luxation ou fracture méconnue de la colonne cer-vicale, due au traumatisme.

Un cas d'hypertension portale aiguë à apparence de pyléphlébite ; péritonite sténosante sous-hépa-tique d'origine lithiasique. — MM. **H. Paillard, G. Petit** et **G. Verrier,** rapportent l'observation d'un homme de 33 ans, atteint brutalement d'hématémèse, d'ascite à formation rapide avec énorme circulation colla-térale et grosse rate. En même temps syndrome ané-mique et souffle systolique aortique. La mort est survenue par hémorragie intestinale massive. L'autopsie n'a pas montré la pyléphlébite prévue, mais une gangue adhé-rentielle sous-hépatique (pas d'ileus gastroduodénal, mais lithiase biliaire sous-jacente et méconnue cliniquement). En outre, hépatite dégénérative grave, infarctus multiples de la rate et endocardite aiguë aortique.

Considérations à propos d'un cas d'artérite pul-monaire. — M. **R. Boucomont** (de Royat). Homme de 52 ans, très cyanotique depuis 2 ans, souffrant d'une dyspnée considérable avec somnolences et porteur d'une image radiologique d'hypertrophie ventriculaire gauche avec masse cardiaque volumineuse dans son ensemble. Importance considérable des branches de l'artère pul-monaire des deux côtés. Danse des hiles. Electrocardio-gramme à axe droit. Pas de polyglobulie réactionnelle. L'auteur discute la dilatation congénitale et la selérose secondaire à une affection broncho-pulmonaire, et envi-sage les différents problèmes d'ordre physio-pathologique que pose cette observation ; hématose, hypertension de la petite circulation, interréactions entre circulation pul-monaire et coronaires, chimie de l'alvéole pulmonaire.

G. Petit.

NOTES
DE MÉDECINE PRATIQUE
PUBLIÉES PAR LES SOINS DE L. ROUQUÈS

Le typhus exanthématique

Le typhus exanthématique est une maladie infec-ieuse cyclique déterminée par un micro-organisme, *Rickettsia prowazeki* et transmise par le pou. Cette naladie sévit sous une forme épidémique au cours le toutes les guerres. Son danger est d'autant noindre que les médecins connaissent mieux son node de propagation, ses symptômes et sa prophy-axie.

Le pou de corps est plus dangereux que le pou le tête; il s'infecte sur le typhique en période ébrile et non sur le convalescent. L'incubation chez 'insecte est de huit jours; les poux du convalescent ont donc relativement plus infectés que les poux lu malade. Le pou meurt de son infection en une quinzaine de jours; mais, peu infecté, il survit ncore deux mois. Il est dangereux, non par sa iqûre mais par ses déjections. Un individu sain eut véhiculer et nourrir un pou typhique sans se ontaminer et le transmettre à un sujet qui con-racte la maladie parce qu'il se gratte ou écrase 'insecte. Les Rickettsies enrobées dans les déjec-ions sèches du pou conservent leur virulence pen-lant des mois. On peut contracter le typhus sans voir été porteur de pou mais pour avoir manipulé les vêtements non désinfectés. La porte d'entrée hez l'homme n'est pas toujours la peau mais l'œil u la muqueuse des voies aériennes.

L'incubation de la maladie humaine est de douze ours en moyenne. Les symptômes sont ceux d'une ièvre typhoïde; mais le début est plus brusque; es signes pulmonaires et méningés dominent 'atteinte digestive. La fièvre continue dure qua-orze jours; le pouls peut être dissocié. Les taches osées sont plus précoces (5e jour), plus nombreuses t parfois de tendance pétéchiale. Le tuphos est un igne du deuxième septennaire; un typhus de gra-ité moyenne se présente alors comme une typhoïde rave; la surdité est particulièrement fréquente et ersistante. A côté de la triade: fièvre, exanthème t tuphos, signalons l'absence de splénomégalie, de nétéorisme abdominal et de diarrhée. La langue est lanche et trémulante: l'impossibilité de la tirer ors des arcades dentaires, classique signe de la angue, ne doit pas se voir chez le malade hospi-alisé qui est l'objet de soins infirmiers attentifs. Plus grande est la valeur de la congestion du visage t, surtout de l'injection conjonctivale, excellent ymptôme souvent précoce.

Le typhus se présente fréquemment sous une orme atypique pseudo-grippale; tels sont le typhus énin de l'enfant pris parfois pour une rougeole, e typhus d'été ou de fin d'épidémie, le typhus des njets prémunis par une vaccination ou une atteinte ntérieure: en effet des atteintes réitérées de typhus euvent se voir à de longs intervalles, bien que 'immunité soit généralement solide.

Ces formes frustes, voire presque inapparentes ont un défi à la clinique et le laboratoire peut seul n faire la preuve. Malgré des techniques sérolo-giques modernes et spécifiques comme l'agglutina-ion des rickettsies et la fixation du complément, le plus pratique est encore de recourir au séro-dia-gnostic de Weil et Félix. Il est basé sur l'agglu-ination du *Proteus X 19* qui n'est pas l'agent ausal de la maladie mais un germe de sortie. L'agglutination apparaît le septième jour et dispa-aît à la convalescence, deux mois après la guérison. Dans le typhus s'observe souvent une agglutination lu bacille d'Eberth. En France, où l'on pense plutôt à la typhoïde, on peut ainsi méconnaître un yphus sur la foi d'un séro-diagnostic de Widal positif. En temps d'épidémie, les laboratoires levraient systématiquement éprouver tous les sé-ums en présence du *Proteus X 19*. Le praticien doit avoir qu'il peut lui-même faire au lit du malade, n une minute, le diagnostic du typhus comme celui des affections typho-paratyphiques et des bru-celloses. Il suffit de faire un hémo-diagnostic, épreuve simple, rapide et sûre que nous préconisons depuis plus de cinq ans.

Le reproche que l'on peut faire au Laboratoire est de confirmer les présomptions cliniques trop tardivement si l'on veut tenter une thérapeutique active. Seuls les auteurs qui font le diagnostic de typhus au premier septennaire croient à l'efficacité du sérum de convalescent et de certains corps chi-miques. Alors que les sulfamides sont plutôt nuisi-bles et la pénicilline peu efficace, l'acide para-aminobenzoïque paraît actif à la dose initiale de 4 à 8 *g*, suivie de doses fractionnées de 1 ou 2 *g*, toutes les deux heures [1].

Seule la *notion d'épidémicité* permet le diagnostic ultra précoce. Une épidémie importante sévit en Allemagne actuellement. Une prophylaxie sévère avait pendant plusieurs années contenu le thyphus dans les camps de déportés; le relâchement des mesures d'hygiène avant la libération a provoqué une bouffée épidémique. D'autre part, les travail-leurs de l'organisation Todt ont pendant le dernier hiver répandu la maladie et contaminé la popu-lation civile allemande entassée dans les abris pen-dant les bombardements. Tout sujet fébrile reve-nant d'Allemagne est suspect de typhus, surtout s'il est arrivé dans les délais d'incubation, s'il s'agit d'un déporté et s'il vient d'un camp réputé comme typhique. Toute fièvre continue chez un sujet en contact avec des rapatriés est également suspecte de typhus. L'épidémie parisienne se limite actuel-lement à 150 cas importés et une douzaine de cas secondaires. L'été heureusement favorise le rapa-triement; mais si le retour des prisonniers se pro-longe jusqu'à l'automne prochain, il faut craindre une extension de typhus en France; or la mortalité dans une population non prémunie pourrait atteindre 30 à 40 pour 100.

Dès maintenant, il convient donc de poser les bases d'une prophylaxie très stricte. La *prophylaxie individuelle* a pour but de protéger le sujet sain. Tout le corps médical et infirmier doit se soumettre à la *vaccination* contre le typhus. Le vaccin tué de l'Institut Pasteur, préparé par Durand et Giroud a fait ses preuves. Trois injections de 1 cm^3 sont faites à huit jours d'intervalle; on n'observe pas de réaction générale et aucune contre-indication ne doit être retenue; une erreur souvent commise est de refuser la vaccination en temps d'épidémie en invoquant la prétendue anergie vaccinale. Il vaut certes mieux se vacciner avant l'épidémie car l'im-munité n'est solide qu'au bout d'un mois; mais il est prouvé qu'un typhique vacciné pendant l'incu-bation fait une forme plus bénigne.

La *prophylaxie générale* a pour but de neutraliser le virus chez le malade, l'insecte vecteur et dans le milieu extérieur. *L'épouillage* est le temps majeur de la lutte contre le typhus. Dans un hôpital de contagieux, en période épidémique, il faut rester fidèle aux étuves à chaleur sèche ou humide, bien que les vêtements en souffrent un peu. Il est en effet capital de détruire les rickettsies. Les gaz toxiques: acide cyanhydrique, bromure de méthyle, anhydride sulfureux, chloropicrine sont d'actifs désinsectants mais ne sont pas désinfectants. La chaleur et les fumigants ont une action uniquement curative. Dès le lendemain de l'épouillage, la réin-festation est possible. L'avantage des poudres insec-ticides réside dans leur action préventive sur les réinfestations pendant plusieurs semaines. Deux poudres sont à notre disposition : l'hexachlore cyclohexane et le dichloro-diphényl-trichloréthane (D. D. T.). Le poudrage est un procédé d'épouillage pratique, économique et rapide; mais son effica-cité exige une technique d'application très bien réglée. Il s'applique au pou de tête comme au pou de corps, à la literie, aux locaux, aux moyens de transport: ambulances, wagons et avions.

Pour neutraliser le réservoir de virus humain, il est indispensable de recourir à un *dépistage* rigou-reux et complet de toutes les formes, même les plus frustes de la maladie. C'est ici que l'*hémo-diagnostic* doit rendre à l'épidémiologiste d'inap-préciables services. La *déclaration obligatoire* est le corollaire d'un bon dépistage et constitue la base du *Service Renseignements*, ou *Deuxième bureau sanitaire*, selon l'expression de R. Debré. La sanc-tion qui en découle est l'*isolement*, mesure classique bien qu'il n'y ait pas de malade moins contagieux qu'un typhique non pouilleux. Le convalescent n'a aucune raison d'être isolé dès l'instant qu'il est épouillé. Les sujets ayant été au contact des malades doivent être isolés pendant la durée d'incubation du typhus. On peut au besoin leur injecter du sérum de convalescent ou, ce qui est plus pratique, les vacciner. La quarantaine n'est d'ailleurs efficace que si l'épouillage est parfait et si l'on *supprime l'en-combrement*, cause favorisante de la contagion.

Pour terminer, il faut signaler l'intérêt de la *propagande* auprès du grand public, entreprise au moyen d'affiches, de brochures, de causeries radio-phoniques qui facilitent la compréhension et l'exé-cution des mesures prophylactiques. Enfin, l'*ins-truction des médecins* est un des points les plus importants de la lutte contre le typhus qui ne serait pas une maladie épidémique si le diagnostic en était fait dès les premiers cas.

L.-C. BRUMPT.

1. M. C. YEOMANS, J. C. SNYDER, E. S. MURRAY, C. J. D. ZA-RAFONETIS et R. S. ECKE : *J. A. M. A.* du 7 Octobre 1911, vol. 126. 319-356.

Un traitement pratique des brûlures

Utilisant le principe du tannage découvert par Davidson, mais redoutant la formation d'une croûte épaisse favorisant la suppuration sous-crus-tacée, nous avons eu l'idée d'adjoindre au tanin de la poudre de sulfamide et des colorants antisep-tiques.

Le mélange partie égale tanin-sulfamide ne nous ayant pas donné de résultats excellents, nous nous sommes arrêté à la formule :

Tanin	2 *g*.
Sulfamide	8 *g*.

Nous avons ajouté à ce mélange du violet de gen-tiane (agissant sur les bacilles Gram +) et du vert brillant (agissant sur les bacilles Gram —), et après de nombreux tâtonnements nous avons utilisé la formule :

Tanin	2 *g*.
Sulfamide	8 *g*.
Violet de Gentiane................	} àà 0,05 *cg*.
Vert brillant	

Le mélange se présente sous forme d'une poudre bleuâtre.

Nous l'avons appliquée en pulvérisation après nettoyage des plaies à l'éther ou au sérum physio-logique.

Nous réunissons 30 observations de brûlures trai-tées par notre méthode. Les résultats ont été excel-lents. Disparition rapide de la douleur, assèchement rapide des plaies, cicatrice souple non pigmentée obtenue entre trois et quinze jours.

Nous avons essayé en outre ce mélange dans le traitement des pemphigus, impetigos, echtymas eczémas suintants streptococciques avec des succès remarquables.

Les substances entrant dans la composition de ce mélange n'ont aucune incompatibilité chimique. Il y a au contraire addition des qualités: antiseptique des colorants, bactériostatique du sulfamide et coagulante du tanin.

J. GUÉRIN (Marseille).

CHRONIQUES
VARIÉTÉS • INFORMATIONS

Réadaption précoce au Travail et reclassement professionnel méthodique des Tuberculeux chirurgicaux

RÉSULTATS

MM. Etienne Bernard et Etienne Berthet ont exposé, dans *La Presse Médicale* du 24 Février, le problème général de la Réadaptation et Travail et du Reclassement professionnel des Tuberculeux, et résumé dans cet article les vœux émis par la Société de la Tuberculose dans sa séance de Décembre 1934. Ils ont évoqué les tentatives faites en Angleterre, puis dans la plupart des nations (en France : à Berck, à Clairvivre, à Vion, à Passy, etc...) pour édifier des Colonies Sanitaires où les Tuberculeux, stabilisés ou convalescents, pouvaient s'entraîner à la reprise progressive de la vie normale. Ils ont rappelé la création, en 1929, par Mlle Suzanne Fouché, de la Ligue pour l'adaptation des diminués physiques au Travail, avec ses ouvroirs urbains où sont recueillies les tuberculeuses pulmonaires pour y travailler une partie de la journée, et avec son école des Baumes, près de Valence, où la rééducation est entreprise chez les jeunes filles et les femmes sortant du Sanatorium.

Ils ont souligné l'obligation de plus en plus pressante d'aboutir à la solution de cet angoissant problème, malgré les dangers qui menacent trop souvent les tuberculeux pulmonaires, quand ils reprennent une vie active « pendant cette période de fragilité entre le repos complet désormais inutile et l'activité complète encore réduite » (Dumarest) [1]. Ces dangers sont malheureusement à redouter, même à la période de stabilisation et de guérison apparente : ils commandent une surveillance délicate et prolongée de cette catégorie de travailleurs.

* * *

Nous n'envisagerons, dans cette brève étude, que la rééducation des TUBERCULEUX CHIRURGICAUX, d'après une expérience de dix ans, faite à l'Hôpital Hélio-Marin Interdépartemental d'Hyères [2], pour tenter de *remettre les malades au travail le plus rapidement possible, après leur admission dans cet établissement*, et pour commencer, continuer, ou modifier leur orientation professionnelle, dès qu'un pronostic semble pouvoir être porté sur la probabilité et sur la qualité de leur guérison.

Les tuberculeux chirurgicaux offrent un terrain plus favorable que les médicaux à ces tentatives de rééducation précoce. Si l'on peut craindre encore chez eux le réveil des premières lésions viscérales d'inoculation, ou l'essaimage du bacille vers les autres organes, surtout quand ils ont des foyers multiples fistulisés, en général après l'institution d'un traitement logique dans le milieu hospitalier approprié, on n'a plus guère à se préoccuper que des lésions locales. Et il est possible d'envisager pour eux des perspectives rationnelles d'avenir.

Instruire, orienter vers une profession des adolescents et des adultes bien portants, constitue une entreprise déjà complexe, mais relativement facile. La tâche est autrement ardue, lorsqu'il s'agit d'éduquer, ou de rééduquer des malades chroniques, des infirmes ou des mutilés. Il n'est plus question pour eux de programmes fixes et collectifs répartis sur des horaires bien précis, et s'adressant à un ensemble d'élèves dont les capacités de travail sont à peu près les mêmes pour tous. Chez les « Diminués physiques », il faut souvent improviser. Quelques-uns, atteints de leur maladie dès l'enfance, n'ont jamais rien pu apprendre ; un plus grand nombre n'ont rien retenu du peu qu'ils savaient ; presque tous auront à s'adapter à de nouvelles conditions d'existence, dans un milieu adéquat à leurs possibilités.

Il importe d'abord de les soustraire à l'atmosphère déprimante où ils ont végété, de les tirer d'une oisiveté où ils risquent de s'enliser, de leur rendre, avec le sens de l'effort, la notion de la dignité personnelle et des devoirs qui en découlent, de reconnaître les aptitudes de chacun, et d'instaurer des méthodes d'éducation assez souples pour que tous puissent en retirer quelque bénéfice.

Dans ce domaine, Rollier fut un précurseur, lorsque, vers 1909, à Leysin, il réalisa la première Clinique Manufacture pour les Tuberculeux des os et des articulations. L'Assistance médicale gratuite n'était pas encore réglementée en Suisse dans tous les Cantons, et nombre de pauvres gens devaient assurer les frais de leur hospitalisation par leurs seules ressources. Rollier leur donna le moyen de subvenir à ces frais en travaillant. Ceux qui pouvaient marcher étaient réunis dans des ateliers collectifs. Pour ceux que leurs lésions immobilisaient, il fit établir un outillage spécial s'adaptant aux lits. Les objets fabriqués : pièces d'horlogerie, petit appareillage électrique, chaussons, gants, tricots, lingerie, étaient vendus au profit d'une caisse générale. C'était là moins une Ecole de Rééducation professionnelle ayant pour but de procurer aux malades un métier qu'ils exerceraient une fois guéris, qu'une entreprise philantropique destinée à les secourir immédiatement. Beaucoup pourtant furent ainsi reclassés définitivement dans une profession.

* * *

En 1934, nous eûmes nous-même, avec Félix Bérard, l'occasion d'appliquer ces méthodes de Rollier, en les orientant, cette fois, vers la *Rééducation précoce des malades* et vers leur reclassement dans divers métiers. L'Œuvre lyonnaise des Tuberculeux venait de nous confier la construction, à Hyères, d'un hôpital Hélio-Marin de 400 lits, pour les adolescents et les adultes des deux sexes, atteints de lésions chroniques des os et des articulations, et plus spécialement de lésions tuberculeuses chirurgicales. Les Pouvoirs publics, les Mutualités, et les Caisses d'Assurances sociales s'intéressèrent à cette entreprise, qui devait améliorer le sort des malades, réduire la durée de leur traitement et le taux des pensions d'invalidité.

Même quand ils sont soignés précocément et correctement, les tuberculeux chirurgicaux, doivent habituellement séjourner à l'hôpital, de plusieurs mois à quelques années, souvent avec une immobilisation au lit pendant un et deux ans. Et quand, grâce à la cure solaire, aux diverses méthodes orthopédiques, à des opérations appropriées, leurs lésions sont cicatrisées, ils récupèrent assez rarement une capacité fonctionnelle totale. Avec un état général encore plus ou moins déficient, ils gardent parfois une colonne vertébrale fragile ou déviée, un bras enraidi et atrophié, une main déformée et impotente, un membre inférieur raccourci ou ankylosé. Parfois, le membre atteint a dû être amputé. Les blessés du travail et de la guerre, peuvent, d'ailleurs, se trouver dans les mêmes conditions et relever des mêmes méthodes de traitement et de rééducation.

Il convient de rendre, le plus tôt possible, la notion et le goût du travail à ces déshérités, parfois enclins à considérer que la Société leur doit, pour le présent et pour l'avenir, en compensation de leur infortune, tous leurs moyens de subsistance, sans qu'ils aient à fournir eux-mêmes aucun effort personnel. Afin d'éviter tout malentendu sur ce point, les malades et les blessés qui demandent leur admission dans nos hôpitaux, y joignent un engagement signé par eux de travailler aussitôt que le médecin ou le chirurgien les en jugera capable. Dès leur entrée, ils sont soumis à un examen complet, physique et psychique, d'après lequel est rédigée la fiche qui les maintiendra dans leur ancien métier, ou les orientera vers des occupations nouvelles.

Deux Ecoles de Rééducation professionnelle sont annexées à l'Hôpital Interdépartemental Hélio-Marin : l'une pour les hommes, l'autre pour les femmes. Sur l'initiative de M. Chantal, fondateur du Reclassement professionnel de France, elles ont été agréées et subventionnées par le Ministère du Travail, et organisées avec le concours de conseillers, eux-mêmes directeurs d'Ecoles techniques à Nice, MM. Gartaud et Lyssandre. Le contrôle chirurgical et médical en est assuré par MM. les Docteurs Armanet et Imbert, chirurgien et médecin de l'Etablissement.

Les premiers exercices scolaires, communs à tous les élèves immobilisés au lit, enfants, adolescents ou adultes, consistent en des cours de lecture et d'écriture, de grammaire, de français, d'histoire et géographie, de calcul, de comptabilité, de dessin, donnés par des maîtres de l'Enseignement public ou privé, assistés de moniteurs choisis parmi les malades les plus instruits et les plus avancés dans leur convalescence. Puis, suivant l'évolution de leurs lésions, suivant leurs capacités physiques et intellectuelles, ces sujets sont répartis en différents groupes, et leur orientation effective commence avec des professeurs spécialisés : pour les femmes, vers l'Enseignement ménager, la couture, la broderie, le tricot, l'hygiène, la comptabilité, la sténodactylographie, la reliure ; pour les hommes, vers la comptabilité, le dessin technique, la cordonnerie, la menuiserie, la fabrication de jouets, la vannerie, la petite mécanique, l'horlogerie et la télégraphie sans fil, la culture fruitière et maraîchère et l'apiculture.

De cette orientation première, dépend tout l'avenir des malades. Elle doit donc être minutieusement établie, afin qu'on n'ait point à la changer en cours d'étude, et que les élèves, rebutés par une tâche trop ardue, ne soient pas tentés de l'abandonner pour d'autres qu'ils jugent plus faciles, ou mieux adaptées à leurs capacités. Les maintenir dans la bonne voie n'est pas toujours commode, car ils cèdent volontiers à l'appat du moindre effort.

A mesure que la guérison approche, le rôle de l'éducateur devient prépondérant. Néanmoins, le médecin doit garder jusqu'au bout le contrôle de ces Ecoles, de façon que les résultats définitifs ne soient pas compromis par des efforts déréglés, et que la répartition des heures de travail ne gêne en rien les exigences de la cure.

On peut se demander si les Ecoles de Rééducation, *pour les malades devenus convalescents*, doivent fonctionner dans les hôpitaux eux-mêmes, ou dans des formations distinctes. Nous avons mis à l'épreuve l'une et l'autre de ces solutions. La première est plus simple et entraîne moins de frais.

---

1. Dumarest, Brette, Lelong, Philippe et Rougy : Reprise de la Profession dans la Tuberculose Pulmonaire, *in Comp. Rend. de la Réunion des Méd. de Sanat. à Hauteville*, 20 Juin 1937.
2. Léon et Félix Bérard : L'Hôpital Interdépartemental Hélio-Marin d'Hyères. *La Presse Médicale*, 21 et 24 Août 1940.

Nous l'avons conservée jusqu'ici pour l'Ecole des ommes, afin qu'à toutes les étapes de la cure, ils puissent bénéficier des vastes ateliers qui existaient déjà à l'hôpital, et dont l'installation dispendieuse erait aujourd'hui à peu près irréalisable. Mais la econde solution est certainement la meilleure, quand l'Ecole peut être placée à proximité de l'hôpital : telle notre Ecole pour les femmes de Castel Pomponiana. Les convalescents ont ainsi un contact plus direct avec la vie normale qu'ils devront bientôt reprendre. Ils sont soumis à une discipline plus souple que celle de l'hôpital, où les exigences de leur travail, leurs visites, le va et vient dans les salles au moment des cours, gênent parfois le service du personnel infirmier, et aussi la cure des malades encore alités qui sont trop tentés de jouir des mêmes prérogatives que leurs camarades bientôt guéris.

*
* *

Les premiers résultats de cette expérience ont été satisfaisants. Certains d'entre eux datent déjà de dix ans. De nombreux adolescents et adultes, à peu près illettrés à leur entrée à l'hôpital, ont été chaque année présentés, et presque tous reçus à leur certificat d'études. D'autres, hommes et femmes, ont obtenu le certificat d'aptitude professionnelle pour la comptabilité, pour la sténo-dactylographie, et ont pu trouver immédiatement une place rémunérée. Quelques-uns, enfin, sont arrivés au brevet élémentaire et au baccalauréat. Notre chef-comptable de l'hôpital est un réséqué du genou, entré comme malade en 1934, sans formation préalable, qui prépara, et obtint, au bout de trois ans, son diplôme d'expert-comptable. Un de ses camarades, ouvrier menuisier, atteint d'ostéomyélite de la hanche, suivit le même cycle d'études, avec le même succès : il dirige actuellement, à Lyon, un important cabinet de comptabilité, dont presque tout le personnel est constitué par d'anciens malades. Parmi les artisans, formés complètement à l'hôpital, ou simplement perfectionnés par un apprentissage accéléré, beaucoup ont été à même de gagner leur vie au bout d'un an, soit en s'installant à leur compte, soit en travaillant chez les patrons tailleurs, cordonniers, vanniers, horlogers, réparateurs de T. S. F. Quelques-uns sont devenus des ouvriers menuisiers, ou ajusteurs, bien que ces derniers métiers, plus pénibles, exigent des efforts et des attitudes incompatibles avec beaucoup d'infirmités.

De l'Ecole féminine, sont sorties des aides-infirmières, des gardiennes de jardins d'enfants, des comptables et des secrétaires, mais surtout des ménagères, des lingères et des couturières pouvant travailler chez elles, ce qui est le plus souhaitable, ou s'engager dans des ateliers de confection.

Le Reclassement des anciens malades dans des métiers spécialisés, et dans l'artisanat, relève la condition première de beaucoup d'entre eux, qui étaient des manœuvres, ou des domestiques à tout faire, en leur procurant une situation matérielle et morale plus large, et plus indépendante. Ils peuvent s'installer plus facilement dans le milieu climatique qu'exige leur santé, parfois assurer un petit emploi, ou la garde d'une propriété, tout en vaquant à d'autres occupations qui leur permettent de prendre, en temps opportun, le repos dont ils ont besoin.

Chez tous ces rééduqués, les employeurs devront tenir compte de la nécessité de limiter le travail, au moins pour les débuts, au demi temps. En retour, les ouvriers et les employés ainsi récupérés, ne pourront pas exiger d'emblée de salaires aussi élevés que ceux de leurs camarades bien portants, tant qu'ils n'auront pas un rendement égal à ceux-ci.

Déjà existent, dans certaines administrations et grandes entreprises, S. N. C. F., Michelin, etc... des maisons de pallier, des Ateliers de Rééducation où sont réentraînés progressivement les sujets les plus fragiles, sous un contrôle médical constant, et où, pendant plus ou moins longtemps, leur sont servies des *indemnités compensatrices de salaire*. Des Groupements d'anciens malades et des mutilés ont pris de semblables initiatives, et constitué des Associations pour la réalisation du programme que nous venons d'exposer [3]. Ils ont installé des Permanences, des maisons d'accueil, des bureaux de placements dans des centres urbains, ils ont obtenu des bourses pour complément d'apprentissage à l'Ecole technique. Un de leurs Instituts pour Paralysés fonctionne admirablement, sous la direction d'un homme pourtant impotent des quatre membres. Et des Coopératives d'Invalides ont organisé le travail de leurs sociétaires de façon que, même en cas de déficiences individuelles momentanées, la production soit assurée par l'ensemble des adhérents plus valides. Quels beaux exemples de solidarité et d'énergie à encourager ! [4]

Léon Bérard.

3. Les Associations de Post-cure et de Reclassement professionnel des Déficients physiques viennent de se grouper en Fédération sous la Présidence de Mlle Suzanne Fouché.
4. V. Fernand Bezançon et André Cavaillon : L'orientation actuelle de la lutte anti-tuberculeuse. *Archives de Médecine Sociale*, 1er Avril 1945, **1**, n° 1.

Un nouveau traitement de la lèpre

La nouvelle lancée par un poste de T.S.F. que la guérison de la lèpre venait d'être obtenue grâce à un produit récemment découvert, n'a pas manqué d'éveiller l'attention des léprologues et de leurs malades. Il s'agit, en réalité, d'un traitement nouveau dont l'expérimentation, comme la plupart des médications essayées contre le bacille de Hansen, semble avoir été suivie de résultats encourageants. Il convient, jusqu'à nouvel ordre, de se montrer circonspect et d'attendre que ces résultats soient confirmés chez un plus grand nombre de sujets.

On s'accorde à reconnaître que parmi tous les médicaments employés jusqu'ici, seules les huiles de Chaulmoogra donnaient dans la lèpre des améliorations satisfaisantes, à des degrés divers cependant. Les arbres à huiles chaulmoogriques sont, en effet, nombreux. Mais, fait curieux à retenir, a signalé Em. Perrot, les indigènes des pays chauds ont déterminé que seules sont actives les graines de plusieurs espèces végétales appartenant uniquement à une même famille botanique, celle des Flacourtiacées. C'est ainsi que dans l'Inde, à côté de l'*Hydnocarpus Kurzii*, on trouve les *H. Wightiana*, *alpina*, etc... ; au Siam et en Indochine, le Krabao (*H. anthelmintica*) ; sur la Côte occidentale d'Afrique, l'*Onchoba echinata* ou Gorli ; au Cameroun, le *Caloncoba* ; enfin, dans la région des Amazones, le *Carpotioche Brasilensis*.

Rompant avec cette tradition, un médecin, un chimiste, un botaniste de Madagascar firent appel, en 1935 déjà, à une plante différente, l'*Hydrocotyle asiatica*, petite ombellifère, de dimensions assez réduites, rampant sur le sol, qui pousse en assez grande abondance dans les pays tropicaux. Les essais portèrent d'abord sur un petit nombre de malades et l'on utilisa, par ingestion, la macération alcoolique de la plante séchée, à laquelle fut substitué plus tard l'extrait fluide, suivant la technique du Codex. Les résultats thérapeutiques se confirmant, il parut utile au Dr Grimes (*Société médicale de Madagascar*, 28 Mars 1936) de compléter son expérimentation par l'utilisation de l'extrait de plante fraîche. Les améliorations se manifestèrent plus ou moins rapidement, mais, dans 100 pour 100 des cas, on constata d'abord une légère poussée congestive sur les lésions lépreuses, une amélioration considérable de l'état général, puis des phénomènes d'élimination et de cicatrisation. Les lésions oculaires du segment antérieur bénéficièrent surtout du traitement. Les conjonctivites avec larmoiement et photophobie, les lésions de la sclérotique, de la cornée, de l'iris rétrocédèrent facilement. Les infiltrations dermiques s'affaissèrent et la peau reprit son aspect normal. Quant aux lipomes eux-mêmes, ils se transformèrent, se remplissant d'un liquide citrin et filtrant, puis s'ouvrant à l'extérieur pour se vider et cicatriser.

Les lésions nerveuses furent plus lentes à réagir. Le principe actif fut isolé, par la suite, sous sa forme cristallisée. Mais son emploi, à de certaines doses, était susceptible de déterminer quelques complications, l'agranulocytose en particulier.

En Juin 1939, ce traitement de la lèpre fit l'objet d'une note à la Commission consultative de la lèpre du Ministère des Colonies. La question vient d'y être reprise. Le produit employé aujourd'hui est un glucoside extrait de la plante, auquel le nom d'*asiaticoside* a été donné. Il n'entraîne plus les complications qu'on avait constatées à la suite de l'usage de l'extrait. On ne sait encore, toutefois, de quelles parties de la plante il provient, ni sa composition exacte, ni sa posologie, ni sous quelles formes il est administré.

L'*asiaticoside* agirait comme dissolvant de la partie cireuse qui enveloppe le bacille de la lèpre et l'on pense déjà au traitement de la tuberculose.

On ne peut que souhaiter que les résultats annoncés se confirment et que l'expérimentation soit largement étendue à d'autres centres lépreux que Madagascar. C'est ainsi que l'a compris la Commission consultative de la lèpre du Ministère des Colonies qui, sous la présidence du Prof. Gougerot, a donné un avis favorable, sous certaines conditions, à l'octroi d'une subvention aux inventeurs de l'*asiaticoside* pour la poursuite de leurs travaux intéressants.

L. Saspontas.

Albert Laquerrière

(1874-1945)

Avec Laquerrière disparaît un des survivants de cette période où déjà, en plein essor, la Radiologie naissante prend place à côté de l'Electrologie.

Il ne tarda pas à se mettre au premier plan en publiant de très nombreux travaux sur l'ensemble des questions de la Spécialité qu'on peut retrouver dans les Bulletins de la Société Française d'Electrothérapie, dans ceux de la Société d'Electro-Radiologie médicale de France, dans le *Journal de Radiologie et d'Electrologie* et dans les principaux périodiques. Il a collaboré à ces publications pendant plus de trente années.

En dehors des questions scientifiques, il s'intéressait aussi aux questions professionnelles, et c'est lui qui fonda ce qui est aujourd'hui le Syndicat national des Médecins électro-radiologistes qualifiés.

Il fut un des créateurs de l'Enseignement de l'électro-radiologie organisé par les électro-radiologistes des hôpitaux en 1913. Par la suite, il devint chef de service à l'hôpital Hérold.

Pendant la guerre 1914-1918, Laquerrière organisa la région de Rennes, puis il partit au front comme radiologiste-expert et, après un séjour d'un an et demi, il fut rappelé à l'intérieur et dirigea les services de la région du Mans.

Laquerrière était très connu à l'étranger par ses travaux. Quand l'Université de Montréal demanda un Français pour faire dans cette ville l'enseignement de l'électro-radiologie, il eut l'honneur d'être choisi et pendant sept années il professa à l'hôpital Notre-Dame avec ce bon sens clinique et cette finesse qui lui étaient tout particuliers. Le gouvernement français couronna ses efforts en le nommant officier de la Légion d'honneur.

Comme tous les précurseurs, il paya son tribut aux rayons X; il subit deux opérations; son sang n'échappa non plus à leur emprise et cela contribua à hâter sa fin. Elle fut calme, comme celle d'un bon ouvrier qui, sa journée de labeur consciencieusement remplie, s'endort du sommeil du juste.

Il fut en tous points un parfait honnête homme plein de bonté, de droiture inflexible, ses qualités du cœur égalaient celles de l'esprit. Son accueil était toujours franc et cordial, fait de rondeur, de bonhomie, de simplicité que couronnait une très grande modestie.

A Mme Laquerrière et à sa famille, le journal présente l'expression de ses bien vives condoléances.

Science sans conscience a dit Rabelais, il y a quelque quatre cents ans, c'est la ruine de l'âme. Science et conscience, tel fut Laquerrière.

Dr Delherm.

Livres Nouveaux

Pharmacie chimique avec les préparations industrielles des médicaments, par le Prof. Albert Lespagnol, 2e édition, 911 pages (*Vigot frères*, éditeurs) Paris, 1945.

« Conçu avant tout dans un but didactique, ce livre rassemble les connaissances précises qu'un pharmacien doit posséder sur les médicaments préparés par voie chimique. »

C'est en ces termes que le Prof. Lespagnol définissait lui-même son ouvrage dans la préface de la première édition. Le succès a récompensé ses efforts et une nouvelle édition vient de paraître. Elle garde, bien entendu les heureuses caractéristiques de la précédente : cette « Pharmacie Chimique » reste un précieux instrument de travail pour l'étudiant et le pharmacien auxquels il apporte les notions les plus modernes touchant les médicaments, leur préparation industrielle (qu'il n'est pas toujours facile de connaître), leurs propriétés physico chimiques, leurs essais. Mais plusieurs modifications importantes ont été apportées cette fois : les chapitres consacrés aux médicaments d'origine minérale ont été développés et des notions de pharmacologie ont été ajoutées, qui permettent au lecteur de s'initier à l'action médicamenteuse proprement dite. On sent à chaque page le désir d'Albert Lespagnol de donner le renseignement exact et bien actuel. Sa volonté d'être clair et de faire œuvre didactique apparaît dans les innombrables formules, figures, tableaux d'ensemble, qui ornent son ouvrage et en rendent la lecture plus plaisante : c'est l'œuvre d'un maître-enseigneur.

René Hazard.

INFORMATIONS

DÉMOBILISATION DES PERSONNELS du Service de Santé

Le Ministre de la Guerre communique que seront démobilisés avant le 31 Juillet 1945 les médecins, pharmaciens et dentistes officiers, aspirants, et auxiliaires, qui remplissent une des conditions suivantes :

— Appartenir à la classe 1929 ou à une classe plus ancienne ;

— Etre père de 3 enfants vivants ou plus ;

— Etre membre du personnel de l'enseignement public.

En outre, seront démobilisés sur leur demande les étudiants qui ont interrompu leurs études pour contracter un engagement pour la durée de la guerre en Europe.

Il sera procédé à la démobilisation de nouvelles classes dans le courant du mois d'Août.

Hygiène Scolaire et Universitaire

Par arrêté du 23 Juillet 1945, il est institué une *Commission chargée d'examiner les titres* des candidats aux fonctions de Médecins inspecteurs régionaux de l'Hygiène scolaire et universitaire.

Par arrêté en date du même jour, sont nommés membres de cette Commission, MM. les docteurs : FERET, inspecteur général de l'Hygiène scolaire et universitaire, Président ; JOANNON, professeur d'hygiène à la Faculté de Médecine de Paris ; HAZEMANN, représentant le Ministre de la Santé publique ; VITRY, conseiller technique de la Direction de l'Hygiène scolaire et universitaire.

Directeurs régionaux de la Santé

— M. PETIT, directeur régional de la Santé et de l'Assistance à Grenoble, est affecté à *Limoges*, en remplacement de M. HAZEMANN.

— M. HAZEMANN, directeur régional de la Santé et de l'Assistance à Limoges, est affecté à *Grenoble*, en remplacement de M. PETIT.

Inspection de la Santé

— M. J. PAYRI est nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé du département des *Pyrénées-Orientales*, au maximum pour la durée des hostilités.

— Mme VALENSI, ancien inspecteur départemental d'hygiène de Maine-et-Loire, est intégrée dans les cadres des services extérieurs du ministère de la Santé, en qualité de médecin inspecteur de la Santé et affectée dans le département des *Hautes-Alpes*.

— M. DEPIERRIS, médecin inspecteur de la Santé en disponibilité, est réintégré dans les cadres des services extérieurs du ministère de la Santé publique et affecté en qualité de médecin inspecteur de la Santé dans le département du *Cantal*.

— M. MILHAUD est nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé d'*Eure-et-Loir*, au maximum pour la durée des hostilités.

— M. GEVAUDAN est nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé de *Vaucluse*, au maximum pour la durée des hostilités.

— M. H. BRUNEL est nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé dans le département du *Rhône*, au maximum pour la durée des hostilités.

— Mme le docteur VEROOZ, médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé de la Haute-Vienne est affectée, en la même qualité, dans le département d'*Ille-et-Vilaine*.

— Mlle le docteur BRETON est nommée médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé de la *Vendée*, au maximum pour la durée des hostilités.

— M. TOURTEAU, médecin inspecteur adjoint de la Santé de 1re classe, est affecté dans le département de la *Charente*.

— M. THNOSKY, lieutenant de santé de 2e classe de la deuxième circonscription maritime, est affecté, en la même qualité, au *Havre*.

— M. DOUNET est nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé de la *Seine*, à compter du 15 Mai 1945.

Université de Paris

Travaux pratiques de physiologie. — Une série supplémentaire aura lieu à dater du lundi 15 Octobre 1945, à l'amphithéâtre des Travaux pratiques, à 14 h. pour les étudiants de 1re année, et à 15 h. pour ceux de 2e année. Inscription : 150 fr., au Secrétariat (guichet n° 4).

Universités de Province

Faculté de Médecine d'Alger. — M. LAFFONT, professeur, est nommé, à titre provisoire, à compter du 1er Juillet 1945 et jusqu'à une date qui sera fixée après le retour des prisonniers, *assesseur* du doyen.

Faculté de Médecine de Bordeaux. — M. MAHON, agrégé, est chargé, à compter du 1er Mars 1945, d'un enseignement d'*obstétrique* (dernier titulaire du poste : M. FONTAN, nommé professeur).

— M. LABAT, professeur, est maintenu en fonctions au plus tard jusqu'à la fin de l'année scolaire 1945-1946.

Faculté de Médecine de Lyon. — M. WERTHEIMER, professeur en surnombre, est transféré, à compter du 1er Juillet 1945, dans la chaire de *Clinique chirurgicale* (dernier titulaire : M. BERTRAND).

Faculté de Médecine de Marseille. — M. MOIROUD, professeur, est chargé, à dater du 1er Juin 1945 et au plus tard jusqu'à la fin de l'année scolaire 1944-1945, de deux heures de cours semestrielles pour assurer l'enseignement de la *chaire de clinique chirurgicale* de l'Hôtel-Dieu (dernier titulaire : M. BOUNDE, décédé).

Faculté de Médecine de Montpellier. — M. LOUBATIÈRES, assistant, est nommé, à titre provisoire, à compter du 1er Octobre 1945, *chef de travaux de pharmacodynamie* (dernier titulaire : M. HARANT, nommé agrégé pérennisé).

Faculté de Médecine de Nancy. — M. HELLUY est nommé, à titre provisoire, à compter du 1er Octobre 1945, *chef de travaux de bactériologie et parasitologie.*

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

Mme le docteur CROZET, médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique de *Breuty-la-Couronne* (Charente), a été nommée médecin-directeur de cet établissement, en remplacement de M. le docteur PERRUSSEL, appelé à d'autres fonctions.

Vacances de postes de médecins-directeurs et de médecins-chefs dans les hôpitaux psychiatriques. Les postes suivants sont vacants :

Un poste de médecin-directeur à l'hôpital psychiatrique Saint-Georges, à *Bourg* (Ain) ;

Un poste de médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de *Cayssiols* (Aveyron) ;

Un poste de médecin-chef au quartier d'aliénés de l'hôpital-hospice d'*Aurillac* (Cantal) ;

Un poste de médecin-chef au quartier d'aliénés des hospices de *Font-d'Aurelle* (Hérault) ;

Un poste de médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de *Saint-Ylie* (Jura) ;

Un poste de médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de *Sainte-Gemmes* (Maine-et-Loire) ;

Un poste de médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de *La Charité* (Nièvre) ;

Deux postes de médecins-chefs à l'hôpital psychiatrique de *Saint-Venant* (Pas-de-Calais) ;

Un poste de médecin-directeur à l'hôpital psychiatrique de *Pau* (Basses-Pyrénées) ;

Un poste de médecin-chef à l'asile privé de *Saint-Rémy* (Haute-Saône) ;

Un poste de médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique de *Breuty-la-Couronne* (Charente) ;

Un poste de médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique de *Fleury-les-Aubrois* (Loiret).

Adresser toute candidature au Ministère de la Santé publique (direction du personnel, 2e bureau), 7, rue de Tilsitt, à Paris.

SANATORIUMS PUBLICS

— M. THOMSON, médecin directeur du sanatorium de Plougonven (Finistère), est affecté, en la même qualité, au sanatorium départemental « La Trouhaude », à *Dijon* (poste créé).

— Mlle JAMIN, médecin directeur du sanatorium national de Bullion, est nommée médecin directeur du sanatorium de *Plougonven* (Finistère), en remplacement de M. Thomson.

Sanatorium de Seyssuel, par Vienne (Isère). — Un poste de médecin adjoint est actuellement vacant. S'adresser au ministère de la Santé publique, 7, rue de Tilsitt, à Paris (direction du personnel, 2e bureau).

Concours et places vacantes

Médecins et internes au Maroc. — La Direction de la Santé publique du Maroc désire recruter actuellement des médecins et des internes. Sont immédiatement disponibles : soit des postes de *médecins d'Etat* (traitement de 120.000 à 210.000 fr., auquel s'ajoutent, le cas échéant, les indemnités familiales des fonctionnaires), soit des postes de *médecins à contrat*, recrutés pour une période de 3 à 6 mois, avec les mêmes avantages matériels que les médecins d'Etat (voyage payé à l'aller et au retour), soit des postes d'*internes* pour les étudiants ayant au moins 16 inscriptions validées (9.000 fr. par mois pour les célibataires à 24 inscriptions, 8.000 fr. par mois pour les célibataires à 16 ou 20 inscriptions, voyage payé à l'aller et au retour, logement et nourriture à titre remboursable).

Adresser les candidatures à la Direction de la Santé publique avec toutes indications susceptibles de permettre une instruction rapide des demandes.

Médecin-chef du dispensaire public antituberculeux de Belfort. — Un concours sur titres est ouvert à l'Inspection de Santé de Belfort en vue de la nomination d'un médecin phtisiologue à ce poste (traitement des médecins inspecteurs adjoints de la Santé plus indemnités de résidence et charges de famille).

Pour tous renseignements, s'adresser à M. l'Inspecteur de la Santé du Territoire de Belfort (Hôpital Civil).

Hôpital psychiatrique de Pulet (Agen, Lot-et-Garonne). — Une place d'interne en médecine est disponible. Etre célibataire et avoir 16 inscriptions validées. Renseignements et candidature à M. le Médecin-chef.

Nouvelles diverses

Prix de la Société de Pédiatrie. — La Société de Pédiatrie décernera dans le courant de l'année 1945 un prix de 10.000 fr. mis à sa disposition par l'Office de Protection Maternelle et Infantile à l'auteur du meilleur travail sur le sujet suivant : « *Prophylaxie des affections respiratoires d'origine rhino-pharyngée chez l'enfant* ».

Les travaux, imprimés ou manuscrits, devront parvenir au Secrétaire général de la Société, le docteur J. HALLÉ, 10 *bis*, rue du Pré-aux-Clercs, Paris-7e, avant le 15 Novembre 1945.

Consommation du sérum antidiphtérique. — Le *J. O.* du 25 Juillet 1945 publie un arrêté constatant la nullité de l'acte dit arrêté du 20 Janvier 1944, relatif à la limitation de la consommation du sérum antidiphtérique.

Service de Santé de l'armée de l'air. — Le *J. O.* du 24 Juillet 1945 publie un arrêté relatif aux promotions dans les cadres des réserves des docteurs en médecine et étudiants en médecine du Service de Santé de l'armée de l'air.

Contrôle médical du personnel rapatrié des divers ordres d'enseignement. — Le *J. O.* du 24 Juillet 1945 publie un arrêté instituant une Commission pour l'organisation du contrôle médical du personnel rapatrié des divers ordres d'enseignement. Parmi les membres de la Commission nous relevons les noms des docteurs DOUADY, directeur de l'Hygiène scolaire et universitaire, président, BAISSETTE et MAMET. M. le docteur GONDANGE est nommé secrétaire de la Commission.

Retour d'Allemagne

Nous avons eu le plaisir d'apprendre le retour des camps de concentration de Neuengamme et Flossenburg, du Dr Francis DETRE (5, place de la Porte Champerret, Paris-17e).

Distinctions honorifiques

LÉGION D'HONNEUR

Grand officier : Médecin général SICÉ, inspecteur des troupes coloniales.

Chevalier : Médecin militaire BRUNEL. — Médecin lieutenant G. BENYAMINE, régiment de marche du Tchad. — Médecin capitaine B. BENCAULT, groupe de bombardement 1/20 « Lorraine ». — Médecin sous-lieutenant J. MEREAU, ne bataillon de commandement. — P. UHRY, médecin commandant des F.F.I. — J. FRITSCH, médecin lieutenant des F.F.I.

ORDRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Commandeur : Médecin général inspecteur SICÉ, ancien chef de la mission de la Santé publique à Londres.

Officier : Mme S. BARTHES, ancien chef de service de la direction de la Santé du Comité français de Libération nationale.

Chevalier : Médecin colonel VIGNAL, ancien chef adjoint de la mission de la Santé publique à Londres.

A TITRE POSTHUME.

Chevalier : R. AUVRAY, étudiant en médecine, à Caen. — A. CHAMBON, interne en médecine de l'hôpital complémentaire de la Miséricorde, à Caen. — Docteur J. CNOUWY, à Solesme. — A. GROZIEUX DE LAGUERENNE, médecin chef adjoint du sanatorium des cheminots, à Champrosay. — Docteur F. LÉONARD, à Rouen. — Docteur L. STEMPOWSKI, au Havre.

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES

Médaille d'argent : M. Pont, docteur en médecine, à Lyon (Rhône).

Médaille de bronze : D. Vilatte, externe en médecine à l'Hôtel-Dieu de Toulouse (Haute-Garonne). — R. Doiteau, docteur en médecine à Chalonnes-sur-Loire (Maine-et-Loire). — G. Niquet, externe des Hôpitaux de Lille (Nord). — M. Boucher, externe en médecine, hôpital Edouard-Herriot, à Lyon (Rhône). — R. Gerdil, externe en médecine, hôpital Edouard Herriot, à Lyon (Rhône). — P. Boulard, externe à l'hôpital Claude-Bernard, à Paris. — Françoise Veyrin-Forrer, faisant fonctions d'externe, hôpital Claude-Bernard, à Paris.

MÉDAILLE MILITAIRE

Médecin auxiliaire J. Lyonnet, n° régiment d'infanterie coloniale. — Médecin auxiliaire M. Prunières, n° régiment de tirailleurs. — Médecin auxiliaire R. Michelet, n° régiment d'infanterie.

CITATION A L'ORDRE DE L'ARMÉE

Médecin commandant J. Ettori, n° régiment de zouaves. — Médecin commandant P. Stricker, direction des services de santé, n° armée. — Médecin capitaine A. Genet, n° division motorisée d'infanterie. — Médecin capitaine A. Vernier, n° R.A.T. — Médecin capitaine P. Toussaint, n° groupement de bataillons de chocs. — Médecin lieutenant J. Guaveleau, n° régiment de marche de la Légion étrangère. — Médecin lieutenant P. Bourgoet, n° régiment de dragons de reconnaissance. — Médecin lieutenant H. Deloupy, n° régiment de cuirassiers. — Médecin lieutenant C. Conill, n° régiment de chasseurs d'Afrique. — Médecin sous-lieutenant Suzanne Vallon, n° bataillon médical. — Médecin sous-lieutenant G. Scherer, n° régiment d'infanterie. — Médecin sous-lieutenant G. Richer, n° bataillon de choc. — Médecin aspirant J. Cros, G.C.E. du n° tabor. — Médecin auxiliaire P. Fernand, n° bataillon de choc. — Médecin auxiliaire G. Armstrong, n° régiment colonial. — Médecin auxiliaire J. Avinier, n° bataillon médical. — Médecin auxiliaire R. Marchaisse, n° bataillon de chasseurs à pied.

Nos Échos

Naissances.

— Jean-Michel, Dominique, Chantal et Bernard Goust-Mirabail ont la joie d'annoncer la naissance de leur frère *Bruno* (docteur et Madame François Goust-Mirabail, ancien externe des Hôpitaux de Paris, Ivry-sur-Seine, 23 Juin 1945).

— Pierre, François, Thérèse, Bernadette, Luc, Agnès et Anne Dubieux ont la joie d'annoncer la naissance de leur petit frère *Jean* (docteur et Madame Dubieux, Villeneuve-sur-Lot, 24 Juin 1945).

— Martine et Brigitte Auboly sont heureuses d'annoncer la naissance de leur petit frère *Jean-Dominique* (docteur et Madame Paul Auboly, 41, boulevard Gambetta, Nice, 28 Juin 1945).

— Jean-Claude et Alain Nicolas ont la joie d'annoncer la naissance de leur sœur *Danièle* (docteur et Madame Nicolas, 88, rue Abbé-de-l'Epée, Bordeaux, 8 Juillet 1945).

— Jean Loubès a la joie de faire part de la naissance de sa sœur *Marie-José* (de la part du docteur Robert Loubès et de Madame, Montréal-de-l'Aude, 3 Juillet 1945).

— Catherine et Marie-Claude ont la joie d'annoncer la naissance de leur petite sœur *Dominique* (docteur et Madame P. Langeard, villa Saint-Roch, Briançon, 8 Juillet 1945).

— Michèle, Annick et Marie-Noëlle Fieux ont la joie d'annoncer la naissance de leur petit frère *Jacques-Dominique* (Dr J. Fieux, Saint-Mandé, 70 *bis*, avenue Alphand, 20 Juin 1945).

— Hervé et Marie-Claude Le Loc'h ont la joie de faire part de la naissance de leur petite sœur *Martine* (Dr Le Loc'h, 74, rue du Cherche-Midi, Paris, 15 Juin 1945).

— Jean-François Devaux est heureux d'annoncer la naissance de sa petite sœur *Michèle* (Médecin lieutenant J.-P. Devaux, aux armées, et Madame, née Annick Scamaroni).

— Le docteur Marcel Cochin et le docteur Françoise Cochin, née Fermé, sont heureux d'annoncer la naissance de leur fille *Camille* (Lagny, Seine-et-Marne 18 Juin 1945).

Fiançailles.

— On annonce les fiançailles de M. Michel Rudelle, interne de l'hôpital Saint-Joseph de Paris, fils du docteur Jean Rudelle, de Cognac, avec Mademoiselle Anne-Marie Girard, fille du docteur Jean Girard, d'Amiens.

Mariages.

— M. Weil, de Versailles, a le bonheur d'annoncer le mariage de M. Paul Weil, externe des Hôpitaux de Paris, retour d'Allemagne, avec Mademoiselle Jacqueline Duncisson.

— On nous prie de faire part du mariage de M. Pierre Halphen, médecin auxiliaire aux armées, fils du docteur E. Halphen, laryngologiste de l'hôpital Saint-Antoine, professeur agrégé à la Faculté et de Madame, avec Mademoiselle Rosine France (Paris, 4 Juillet 1945).

Décès.

— On annonce le décès, à Préveranges (Cher), de Madame B. Guénard, mère du docteur Louis Guénard, interne des Hôpitaux de Paris.

— On annonce la mort de M. André Comar, pharmacien des Laboratoires d'Endocrinologie appliquée (Etablissements Byla).

— On apprend tardivement, à Montpellier, la mort du docteur Charles Carné, d'Attigny (Ardennes), englouti avec le « Siroco » devant Dunkerque en Mai 1940.

— On annonce la mort de M. Georges Bedelot, de Montpellier, étudiant en médecine, tué au cours des opérations du Vercors.

— On annonce la mort des docteurs Mauny, de Nîmes, ancien interne des Hôpitaux de Paris ; Rauzier, de Lasalle ; Blanc père, de La Canourgue (Lozère) ; Deler, de Vauvert ; Chabrol, d'Alès ; Achille Lacroix, ancien maire de Narbonne, déporté par les Allemands, décédé au mois de Juin 1944.

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

Le gérant : F. Thomas.

Imprimé par l'Ancne Imprimerie de la Cour d'Appel, 1, rue Cassette, à Paris (France).

TRAVAUX ORIGINAUX

SUR LES XANTHOMATOSES ISOLÉES DU SQUELETTE

PAR MM.

H. MONDOR et **E. LEGER**

Deux cas, observés dans un temps assez court, nous ont conduits à l'étude des xanthomes ou granulomes lipoïdiques des os.

Voici le résumé de notre premier cas.

Observation I. — Odette G..., 17 ans, consulte le 7 Octobre 1940 pour une tuméfaction du crâne, découverte incidemment deux ans auparavant, indolore et de volume stationnaire. La radiographie et l'anatomo-pathologie, après exérèse, établissent le diagnostic d'ostéome.

La radiographie systématique du squelette, pratiquée à propos de cette curieuse néoformation osseuse, fait découvrir à la base de la grande apophyse du calcanéum gauche une géode circulaire de la taille d'une grosse cerise, cependant que le profil de l'os reste intact (fig. 1). Au niveau des deux coudes, on note, outre une décalcification légère, de petites géodes lenticulaires des épiphyses humérales inférieures et une accentuation de la trabéculation de l'extrémité supérieure des cubitus (fig. 2). Les massifs trochantériens présentent une décalcification perlée, réalisant un aspect micro-poly-géodique.

Aucun antécédent digne d'être noté. Réactions sérologiques de Wassermann et de Hecht négatives, alors que celle de Kahn et de Meinicke sont partiellement positives. Formule sanguine normale. Calcémie : 104 *mg.*; cholestérol : 1 *g.* 20; phosphatases : 2 unités Bodansky.

Intervenant sur la lésion du calcanéum, on tombe, après traversée d'une corticale mince comme une coquille d'œuf, sur une cavité contenant un liquide clair. Curettage des parois.

L'examen anatomo-pathologique pratiqué par Mlle Gauthier-Villars décèle l'existence d'un nodule arrondi, formé de tissu conjonctif, dont presque toutes les cellules ont l'aspect de lipophages, et l'image est celle d'un *granulome lipoïdique.*

Cette observation entre dans le cadre des lipoïdoses du squelette, parmi lesquelles Snapper a distingué plusieurs affections. La plus connue est la maladie de Schuller-Christian, caractérisée par la triade : lacunes de la voûte cranienne, exophtalmie, diabète insipide.

Certains cas de cette affection s'accompagnent d'une atteinte squelettique non exclusivement cranienne. Cela conduisit Snapper à écrire que « la maladie de Schuller-Christian devait être considérée comme une localisation cranio-hypophysaire de la xanthomatose osseuse », et que l'existence, dans certains cas, d'une atteinte plus étendue du squelette autorisait à penser qu'une xanthomatose osseuse pouvait évoluer sans accompagnement de localisation cranienne ou hypophysaire.

Ce sont ces xanthomatoses du squelette, sans localisation cranienne ni hypophysaire, qui nous retiendront. Snapper les considéra comme vraisemblablement plus fréquentes que la maladie de Schuller-Christian. Notre travail repose sur l'étude de 38 observations, dont 2 nous sont personnelles.

L'âge ne paraît pas compter. Une faible prédominance dans le sexe masculin (20 contre 16) rappelle celle que l'on retrouve identique dans la maladie de Schuller-Christian. Aucun élément racial n'est à retenir. Les Israélites ne sont pas électivement frappés. On sait qu'il n'en est pas ainsi dans les autres dyslipidoses que constituent la maladie de Niemann-Pick et celle de Tay-Sachs.

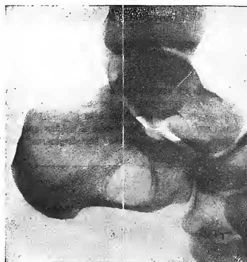


Fig. 1. — Radiographie de l'arrière-pied de la malade. I. Volumineuse géode sous-thalamique.

Le rôle localisateur du *traumatisme* est discuté. Il a été invoqué 14 fois sur 38 ; mais l'accident tenu pour responsable n'intervint que pour provoquer l'examen révélateur. Ce fut le cas dans notre seconde observation.

Les manifestations douloureuses sont un signal sans éclat dans la moitié des cas environ, soit douleur lancinante en vrille, soit simple gêne lors des mouvements. Il existe parfois une certaine impotence fonctionnelle, fatigue à la marche, limitation des mouvements.

Une fracture pathologique a pu constituer la première manifestation : 5 fractures aux deux fémurs chez la fillette de Snapper et Parisel, 2 fractures à chaque bras chez le malade de Snapper et Posthuma. L'aspect de pareille fracture peut être trompeur. S'il fait, en raison de l'âge du patient ou de l'aspect radiologique, évoquer une métastase néoplasique, la biopsie, guidée par un souci d'éclaircissement, mettra en évidence une xanthomatose et redressera un pronostic trop sombre. Ainsi pour la malade dont voici l'histoire :

Obs. II. — Mme Val., 74 ans, est admise à la Salpêtrière par M. Ducroquet, le 6 Mars 1944, pour une fracture de l'humérus droit vicieusement consolidée.

Le 17 Décembre 1943, dans la nuit, la malade avait constaté une impotence fonctionnelle du membre supérieur droit : il y avait eu fracture spontanée du tiers moyen de l'humérus droit.

A l'heure actuelle, on observe une angulation antérieure avec raccourcissement manifeste du bras et l'on palpe un cal volumineux, douloureux à la pression.

La radiographie montre, outre une angulation avec léger chevauchement des deux fragments, un cal encore peu calcifié mais volumineux, englobant les extrémités osseuses qui paraissent avoir été évidées par une formation géodique ou pseudo-géodique. L'aspect est manifestement celui d'une fracture pathologique (fig. 3).

La recherche d'une néoplasie primitive, vers laquelle on est orienté par cette image radiologique et par l'âge de la malade, reste cependant négative : le corps thyroïde semble indemne, la palpation des seins ne montre rien d'anormal ; on ne relève pas d'hématuries, la palpation des reins, difficile, ne décèle pas de tumeur. Il n'existe pas de troubles digestifs. Rien de pathologique aux touchers rectal et vaginal. Les réflexes sont normaux, il n'existe pas de signe d'Argyll-Robertson.

Examens de laboratoire : Urée sanguine : 0,21 pour 1.000; glycémie : 1,30 pour 1.000 ; calcémie : 0.102 ; phosphore total de sérum : 0,290 de P^2O^5, ou 126 *mg.* de P. Cholestérolémie : 1 *g.* 38 ; phosphatase : 2.3 unités Bodansky. Réactions de Wassermann et de Kahn négatives.

Nous pratiquons une biopsie osseuse le 13 Mars 1944. *L'examen histologique* est confié à Mlle Gauthier-Villars : os contenant des foyers de destruction ostéoclasique arrondis, comblés par un tissu conjonctif jeune, riche en cellules gonflées de graisse. C'est une belle image de granulome lipoïdique intra-osseux. Il n'y a ni lésions fibreuses, ni lésions néoplasiques.

Soulignons que l'examen radiologique du crâne, pratiqué ultérieurement par notre collègue M. Proux, ne décela aucune lacune de la voûte.

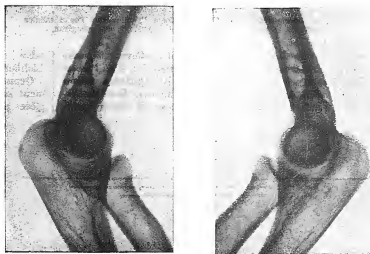


Fig. 2. — Radiographie des deux coudes de la malade. I. Aspect micro-poly-géodique des épiphyses humérales inférieures et accentuation de la trabéculation de l'extrémité supérieure des Cubitus.

A côté de cas comme le précédent, où le tableau présente une certaine vivacité, les lésions osseuses peuvent demeurer latentes, constituant une trouvaille d'examen, chez des malades atteints de xanthomatose cutanée (Merril, Mac Whorter, Weeks) ou d'une adiposité anormale (Marottoli).

La symptomatologie locale est minime ou inaperçue : tuméfaction discrète ou nulle, parfois sensibilité légère, pas de

modification des téguments, pas d'adénopathies.

Suivant Habib, qui appuie cette remarque sur 8 observations, les seuls cas de xanthomatose localisée à un seul os seraient consécutifs à un traumatisme incontestable. Pour 4 autres cas retrouvés dans la littérature, nous avons pu confirmer la réalité de cette assertion. Dans d'autres cas la xanthomatose frappe deux ou plusieurs pièces du squelette. De celles-ci les plus souvent atteintes sont les os longs (fémur, humérus, tibia, etc...), puis viennent les os courts.

L'association à des localisations extra-squelettiques n'est pas rare : xanthomatoses cutanées une fois sur six (éruptions papulo-nodulaires ou xanthélasma), xanthomatose tendineuse dans un cas.

Il n'existe pas d'altération de l'état général, pas de polydypsie, pas de polyurie, ni d'exophtalmie. Une pigmentation de la muqueuse buccale est signalée dans une observation de Snapper, une pigmentation cutanée diffuse dans un cas de Van Bogaert.

Le plus souvent, les taux de la calcémie, de la phosphorémie, et des phosphatases sont normaux. Par contre, la cholestérinémie est souvent élevée : 11 fois sur 18, avec un maximum de 3 *g.* 90, mais des chiffres normaux sont parfois rencontrés, comme ce fut le cas chez nos deux malades. Cette *hypercholestérinémie*, sans avoir une valeur absolue, semble pouvoir être un bon élément pour ce diagnostic.

Les réactions humorales de la syphilis sont négatives. La formule sanguine paraît normale, et c'est en vain que Layani a cherché à mettre en évidence, dans le sang, les cellules spumeuses trouvées par Pincherle dans un cas de Schuller-Christian. L'identification, dans les urines, de corpuscules bi-réfringents, constitue un symptôme dont il conviendrait de pratiquer plus souvent la recherche.

La lésion essentielle, aux rayons X, est représentée par une *géode* à contours circulaires, parfois assez cloisonnée en logettes multiples pour faire évoquer une tumeur à myéloplaxes. La corticale peut être amincie. Cette géode centrale est parfois entourée de plusieurs cavités « filles ». Un aspect de médullite fibreuse a pu être noté, rappelant l'aspect de la maladie de Paget.

Ailleurs, enfin, on ne trouve pas de géode, mais seulement une plage où la structure a complètement disparu et où la corticale est amincie. Plus rarement, des zones de raréfaction à contours flous atteignent la corticale, donnant de prime abord l'aspect d'un sarcome. En fait, il faut insister sur l'intégrité de la corticale, souvent amincie, mais sans solution de continuité.

Si les épiphyses sont le plus souvent touchées l'atteinte peut être exclusivement diaphysaire. Quel que soit enfin le degré de l'affection, jamais le processus n'est généralisé comme dans la maladie de Recklinghausen. L'intégrité du crâne constitue le signe différentiel essentiel avec la maladie de Schuller-Christian. Si la voûte est parfois d'aspect cotonneux, un peu moucheté, parfois pagétoïde, par contre on ne trouve jamais d'aspect lacunaire.

L'examen histologique constitue le moyen souverain de diagnostic; encore faut-il savoir choisir une lésion jeune, la dernière en date si possible, sous peine de ne trouver qu'un tissu de sclérose banale. L'aspect macroscopique (tissu jaune d'or ou brun, uniforme ou piqueté) a imposé parfois le diagnostic. L'examen microscopique sera pratiqué après une préparation très particulière : fixation au formol suivie de coupe par congélation, de coloration à l'acide osmique, ou au soudan III ou au rouge scarlach et de montage à la glycérine. Ainsi sont mis en évidence les esters d'acides gras du cholestérol. Les préparations histologiques habituelles dissolvent les graisses et confèrent au protoplasme un caractère finement aérolaire, d'où l'aspect spumeux de la cellule (fig. 4). Quelques formes cliniques sont un peu particulières. Des localisations vertébrales ont fait parler de forme rachidienne et même médullaire. La localisation para-articulaire a pu faire songer, dans certains cas, à une arthrite ou un rhumatisme. Quant à l'association d'une xanthomatose osseuse et d'une pigmentation cutanée avec puberté précoce, décrite par Snapper et Parisel, elle entre dans le cadre du syndrome d'Albright que nous avons eu l'occasion d'étudier longuement ailleurs (*Journal de Chirurgie*, 1939, **53**, 593). Enfin, certaines observations font transition, avec tous les intermédiaires, entre le syndrome de Schuller-Christian et les xanthomatoses isolées du squelette.

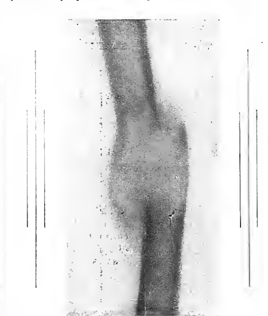


Fig. 3. — Fracture pathologique de l'humérus droit de notre malade. II. Aspect géodique des deux extrémités fragmentaires.



Fig. 4. — Microphotographie d'un granulome lipoïdique de l'os : cellules spumeuses à petit noyau arrondi et à protoplasme spongieux.

On manque de renseignements précis sur le devenir de ces xanthomatoses osseuses. Les lésions peuvent rétrocéder à la suite du curettage du foyer, les lacunes se combler après radiothérapie. Le processus paraît parfois se stabiliser; mais des récidives ont été observées soit au voisinage des premières localisations soit à distance. Deux cas de dégénérescence maligne ont été rapportés.

Snapper déclare possible le diagnostic de granulome lipoïdique des os, sur la triade suivante :

1° Maladie osseuse à localisations multiples, mais non affection généralisée ;

2° Pas de douleurs osseuses importantes;

3° Absence du syndrome biologique de l'hyper-para-thyroïdie.

Ajoutons-y comme élément de probabilité, si elle est bien vérifiée, l'hypercholestérinémie.

Le seul élément de certitude réside dans la découverte histologique de la cellule xanthomateuse qui exige une technique particulière. Par ailleurs, un examen microscopique négatif ne saurait faire rejeter le diagnostic, car les lésions anciennes peuvent être envahies par la sclérose. La nécessité de faire porter le prélèvement sur des lésions d'apparition récente doit être soulignée une fois de plus.

Inversement, il faut savoir que la présence de cellules xanthomateuses sur une coupe osseuse ne suffit pas à emporter le diagnostic ; exemple : l'observation personnelle, antérieurement publiée, d'ostéomyélite avec cellules claires infiltrées de lipoïdes. Lubarsch et Aschoff, Biebl ont aussi signalé la présence, dans des lésions osseuses, de cellules riches en lipoïdes biréfringents, en dehors de toute xanthomatose du squelette.

L'institution d'un régime alimentaire dépourvu de cholestérine a été l'un des traitements préconisés, mais il ne paraît pas présenter grande efficacité. Le traitement par la cortine, proposé par Snapper dans un cas compliqué de pigmentation de la muqueuse buccale et d'hypotension artérielle, n'entraîna aucune amélioration du syndrome radiologique, mais mit un terme aux fractures spontanées.

La radiothérapie a soulagé les douleurs sans remaniement des lésions osseuses dans un cas de Layani ; elle fit rétrocéder les lésions chez le malade de French.

L'exploration des parathyroïdes pratiquée dans deux cas n'a pas permis de déceler d'adénome.

L'évidement chirurgical, suivi ou non de greffe graisseuse ou musculaire, paraît susceptible d'entraîner une amélioration même une guérison. Un contrôle favorable au bout de dix ans a été fait par Eichlam.

Quant à la résection osseuse, méthode évidemment radicale, elle n'est légitime que sur certaine pièces peu importantes du squelette.

PÉRITONITE ENCAPSULANTE

Par P. NICAUD

La péritonite encapsulante est une forme de péritonite plastique, subaiguë ou chronique, dans laquelle l'intestin est englobé par une sorte de capsule ou de membrane enveloppante ; le terme a été employé pour la première fois en 1927 par Ladislas Josa.

L'intestin est entouré par un sac fibro-séreux, provoqué par une réaction péritonéale chronique. La membrane elle-même est constituée par une série de couches de tissu fibroïde qui donne aux organes un aspect glacé. Cette péritonite chronique se moule sur les viscères, donnant, au niveau de la rate et du foie, l'aspect de foie glacé et de rate glacée. Les auteurs allemands avaient déjà rapproché le foie glacé, la rate glacée et l'intestin glacé.

Cet encapsulement peut être constaté au niveau de l'intestin seul et c'est à cette variété localisée à l'intestin que l'on donne le nom de péritonite encapsulante.

La première étude française a été publiée par Wilmoth et Patel, dans le *Journal de Chirurgie* de Mars 1931 ; ce mémoire fait état de 30 observations nouvelles. Leibovici a rapporté 6 observations nouvelles et réuni 61 cas publiés depuis 1931 dans la *Revue de Chirurgie* de 1938. Brocq, Patel et J. Gosset ont repris l'étude des aspects radiologiques de la péritonite encapsulante à l'Académie de Chirurgie en Mars 1944. Tout récemment, Brocq, Patel et J. Gosset ont publié dans le *Lyon Chirurgical* un nouveau mémoire sur la péritonite encapsulante avec des photographies opératoires, des radiographies et des microphotographies.

Dans les cas publiés jusqu'ici, la membrane fibro-séreuse encapsule tantôt tout l'intestin grêle, tantôt une partie de l'intestin grêle, tantôt tout l'intestin grêle et le côlon. Dans un unique cas, observé par Bergeret, le cadre colique seul était encapsulé.

Dans le cas que nous avons pu observer personnellement, la membrane fibro-séreuse engainait tout l'intestin grêle, mais quelques prolongements collagènes empiétaient sur le cæcum, le côlon transverse et l'anse sigmoïde et il n'existait aucune formation analogue au niveau du foie et de la rate.



Fig. 1. — Face : Image de volvulus gastrique. La portion verticale de l'estomac sous-jacente à la grosse tubérosité est retournée et soulevée jusqu'au contact du diaphragme.

Fig. 2. — En oblique gauche. La portion verticale de l'estomac retournée et surelevée forme une deuxième poche plus volumineuse que la poche à air et contient du liquide résiduel qui surnage la gélobarine

La maladie a été constatée chez un homme de 54 ans, qui a été opéré deux mois, environ, après le début des accidents. Le début de l'affection a été brusque, et a été marqué par des vomissements abondants et verdâtres, le 22 Février 1943. Les vomissements étaient quotidiens et survenaient quatre heures après les repas, d'abord bilieux, puis alimentaires ; ces vomissements n'étaient pas douloureux, le malade éprouvait simplement une sorte de barre pénible dans la région épigastrique et il n'existait aucun autre signe fonctionnel. Une légère diarrhée a accompagné ces accidents pendant une semaine environ. Six semaines environ après le début de la maladie, le malade avait perdu 14 *kg.*, présentait une fatigue extrême et une tension à 8-5 avec une température normale ; l'examen somatique était à peu près négatif et l'examen ne révélait qu'une douleur peu vive, dans la région solaire. Les antécédents étaient d'une grande banalité, le malade avait éprouvé, depuis environ une dizaine d'années, de vagues douleurs épigastriques, très intermittentes. Cependant, l'état général déclina rapidement et l'asthénie devint de plus en plus profonde. L'examen de l'abdomen permit de percevoir, les jours suivants, une tuméfaction dans la région ombilicale, accompagnée de quelques ondulations péristaltiques [1].

L'examen radiologique a été fort intéressant et a été fait par M. Prunel. L'examen radioscopique révéla, sur le malade debout, la présence de deux poches hydro-aériques. La poche supérieure, la plus volumineuse, soulève tout l'hémidiaphragme gauche et empiète, du côté droit, jusqu'au bord droit de la colonne dorsale. La poche inférieure, sous-jacente et très petite, représente l'angle colique gauche. La gélobarine remplit la grosse tubérosité gastrique qui répond à la moitié externe de la poche gazeuse sous-diaphragmatique, on suit ensuite la gélobarine le long de la grande courbure qui croise en bas et à droite la colonne lombaire devant L 2. En O. A. G. l'estomac paraît refoulé par l'angle colique gauche et sa partie horizontale forme le bas-fond de la moitié interne de la poche hydro-aérique sous-diaphragmatique. La portion verticale de l'estomac est donc retournée à droite et en haut sous le diaphragme, en avant de la grosse tubérosité, formant ainsi un volvulus gastrique à deux poches distinctes, séparées par un cloisonnement incomplet. La poche externe représente donc la grosse tubérosité, la poche interne représente le corps de l'estomac, dans lequel on distingue du liquide de stase qui atteint 2 *cm.* d'épaisseur environ ; les parois gastriques paraissent souples, sans lésions pariétales, mais sont fixes, et tous les déplacements du malade, latéral ou antéro-postérieur, ne font pas refluer le liquide dans la grosse tubérosité. L'étude de la descente de la gélobarine, au-dessous de la grande courbure, permet de la suivre jusque dans le duodénum et l'angle duodéno-jéjunal ; cette descente est rapide et permanente ; le bulbe est un peu distendu, le cadre duodénal paraît considérablement allongé et déroulé et présente des contractions anti-péristaltiques intenses qui font refluer le liquide dans l'estomac. Plus bas encore, la 1re anse jéjunale parait diminuée de calibre, mais perméable, et la gélobarine la franchit de façon intermittente et peu abondante par la pression locale ou dans le décubitus. L'étude du transit intestinal montre, à la quatrième heure, une petite quantité de gélobarine conservée dans l'estomac, et toutes les anses grêles comme ramassées au centre de l'abdomen forment une sorte de masse grossièrement arrondie que la palpation n'arrive pas à dissocier ; à la sixième heure, l'image ne présente pas de modifications et à la vingt-quatrième heure, tout l'intestin grêle s'est vidé et tout le cadre colique opacifié du cæcum au côlon descendant, dessine une sorte de couronne, autour de la région précédemment occupée par l'amas des anses grêles. L'angle colique gauche qui formait, au début de l'examen, une image hydro-aérique, est maintenant complètement injecté.

Ainsi le refoulement de l'estomac, à la partie supérieure de la coupole diaphragmatique et son volvulus, donnant l'apparence de deux poches, la distension du bulbe et du duodénum, la masse arrondie des anses grêles sus-jacentes pouvaient faire présumer une péritonite encapsulante ; on pouvaient ajouter, aux signes précédents, la perception d'une masse para ombilicale d'une forme indécise et à contours difficiles à préciser. Le syndrome d'occlusion intestinale, souvent associé dans les observations déjà publiées n'existait pas.

L'intervention est décidée le 24 Avril et est pratiquée par M. J. Gosset. Après une laparotomie médiane, sous- et sus-ombilicale, on trouve un estomac et un duodénum très augmentés de volume. Le côlon transverse présente quelques traînées blanchâtres et est relevé pour découvrir la masse grêle qui a la forme d'un boudin court, replié en W et contenant tout l'intestin grêle de l'angle duodéno-jéjunal à la valvule iléo-cæcale. La néo-membrane qui enserre l'intestin grêle a un aspect nacré et présente 2 à 3 *mm.* d'épaisseur, elle est incisée, on trouve sous elle

1. P. Nicaud, J. Gosset, A. Lafitte et M. Prunel : Péritonite encapsulante. *Bull. et Mém. Soc Méd. Hôp.*, 21 Janvier 1944 (publié dans les *Bull.* de 1945).



Fig. 3. — En oblique droite. Cette image montre la sténose duodéno-jéjunale, ainsi que la stase et la dilatation de l'anneau duodénal



Fig. 4. — De la quatrième à la sixième heure : Les anses grêles sont agglutinées et encapsulées au centre de l'abdomen.

l'intestin grêle télescopé en accordéon ; la membrane, facilement clivable, s'amincit peu à peu vers la racine mésentérique où elle s'insère ; l'intestin grêle est complètement libéré et on aperçoit quelques membranes collagènes moins denses et moins nacrées au niveau du cæcum, sur le côlon transverse et jusqu'au niveau de l'anse sigmoïde, ces néo-membranes sont réséquées.

Pendant environ deux semaines le malade a présenté quelques phénomènes sub-occlusifs qui ont cédé facilement à l'aspiration jéjunale. Le malade a été suivi pendant des mois et surveillé au point de vue radiologique. En Octobre 1943, c'est-à-dire six mois après l'intervention, le malade a engraissé de 16 kg. et ne présente plus aucun signe fonctionnel digestif. L'examen radiologique a montré une poche à air petite, un estomac présentant un remplissage normal avec une portion verticale un peu oblique à droite et sans liquide de stase, l'évacuation pylorique est un peu lente, le cadre duodénal, un peu long, a repris une forme sensiblement normale et le transit s'effectue normalement dans les anses grêles qui sont maintenant libres mais cependant difficiles encore à dissocier par la palpation ; à la sixième heure, la gélobarine est dans les dernières anses iléales et à la vingt-quatrième heure, tout le cadre colique a repris la forme habituelle du cadre colique normal [2].

Il s'agissait donc d'une péritonite encapsulante ayant englobé dans une réaction péritonéale chronique tout l'intestin grêle, depuis l'angle duodéno-jéjunal jusqu'à la valvule iléo-cæcale, mais présentant quelques empiètements sur le cæcum, le côlon transverse et le côlon descendant ; la membrane était blanchâtre, brillante, vernissée et la masse intestinale était en quelque sorte cachée par une coque épaisse de 2 à 3 *mm.*, formant une sorte de voile épais immobilisant les anses intestinales.

L'enquête étiologique est restée absolument négative. Il faut noter la brusquerie du début, la prédominance des vomissements, l'absence de syndrome occlusif comme particularités cliniques. L'histoire du malade n'a rien révélé qui permette de rattacher cette lésion à une tuberculose actuelle ou ancienne ; la membrane recueillie à l'intervention a été minutieusement étudiée. Elle était constituée par des lames collagènes, formant des trousseaux plus ou moins épais et souvent superposés sur de nombreux étages et mêlés à de rares fibroblastes ; il n'existait dans la membrane elle-même aucune réaction inflammatoire et aucune lésion spécifique tuberculeuse ; la culture en milieu de Löwenstein est restée négative, les éléments constituants du sac fibro-séreux étaient des éléments fibroïdes très prédominants.

L'étiologie spécifique a été défendue par Letulle et Imbert et les antécédents syphilitiques de la maladie ont naturellement été recherchés. Le malade avait présenté un accident initial en 1923 et avait reçu un traitement antisyphilitique assez



Fig. 7. — Radiographie après intervention. Face, dixième heure : Il reste encore une grande partie du repas opaque dans l'estomac. Les anses grêles ne sont plus agglutinées et ne forment plus un amas compact dans la région paraombilicale.



Fig. 5. — A la vingt-quatrième heure : Le cadre colique s'inscrit autour de l'espace occupé précédemment par les anses grêles agglutinées et maintenant vides.

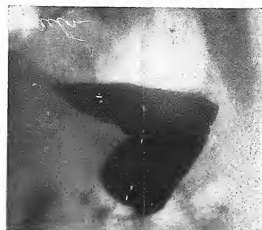


Fig. 6. — Radiographie après intervention prise en oblique droite. L'image stomacale est devenue sensiblement normale. Il n'y a plus de volvulus gastrique.

régulier. Au moment des accidents qui ont nécessité l'intervention, le malade ne présentait aucun stigmate ni clinique, ni sérologique de syphilis.

Enfin, on a invoqué quelquefois l'examen d'un traumatisme ou d'une opération abdominale antécédante, mais l'enquête n'a révélé ici aucun traitement opératoire antérieur, de plus, le malade n'avait présenté aucune lésion viscérale ancienne, enfin, on n'a pu retrouver aucune trace de lésion péritonéale préexistante généralisée ou localisée autour d'un viscère quelconque.

Dans son mémoire, Wilmoth a pu trouver comme cause favorisante dans les antécédents des malades, une fois la contusion de l'abdomen sans rupture viscérale et 7 opérations antérieures dont 3 appendicectomies. L'une d'entre elles avait été faite après gangrène de l'appendice. Au cours de l'intervention on avait constaté la présence de granulations tuberculeuses sur l'iléon ; 2 cas paraissent avoir succédé à une cure radicale de hernie.

La membrane qui recouvrait la masse intestinale formait une sorte de sac fibro-séreux dont l'insertion paraissait se faire au niveau de la racine du mésentère. Louis Bazy s'était demandé si ce n'était pas le grand épiploon qui venait encapsuler l'intestin. L'encapsulement de l'intestin grêle depuis l'origine du duodénum, en laissant libre la 1re portion du duodénum et en respectant l'estomac, pourrait le faire croire, mais cependant, l'insertion de la membrane sur les bords mésentérique du grêle donne à penser que la membrane pourrai s'être développée ici aux dépens du mésentère

On a quelquefois admis que l'organisation progressive de la fibrine contenue dans les épan chements ascitiques pouvait peu à peu forme la membrane encapsulante, mais, il reste prouver que la péritonite encapsulante peut êtr la conséquence de l'épanchement ascitique, ce épanchement fût-il très riche en fibrine. Quan l'intestin grêle seul est encapsulé dans la mem brane enveloppante, celle-ci s'insère au mésen tère. Quand le gros intestin est encapsulé, l'in sertion de la membrane enveloppante se fai au péritoine pariétal.

La pathogénie reste donc encore très hypo thétique, et, au point de vue étiologique, on pu défendre une malformation congénitale o une tendance à faire du tissu fibreux, enfin, o a invoqué aussi les traumatismes opératoires, le lésions viscérales et periviscérales préexistantes l'appendicite chronique, les hernies internes e enfin les infections péritonéales aiguës et surtou subaiguës. L'étiologie syphilitique a été quel quefois envisagée et défendue ; plus souvent l'étiologie tuberculeuse a été ou constatée o soupçonnée ; il existe des observations dan lesquelles les lésions macroscopiques consti tuaient de véritables granulations qui, au poin de vue histologique, se sont montrées spécifique nombre de cas, les conditions étiologiques n'on ment tuberculeuses, mais, dans un gran pas pu être déterminées.

Les auteurs notent, en général, qu'un certai nombre de signes peuvent faciliter le diagnostic d la péritonite encapsulante. On peut constater un tumeur franchement abdominale ou abdomino-pel vienne, il est évident que la constatation de cett tumeur peut prêter à de nombreuses erreurs d diagnostic et permettre la confusion avec le tumeurs abdominales ou pelviennes. Dans d'autre cas, il y a occlusion intestinale, sans tumeur abdo minale ; il s'agit quelquefois d'occlusion aiguë mais, le plus souvent, de sub-occlusion et, quelque fois, cette sub-occlusion se manifeste par un syn drome de Kœnig. Enfin, dans une troisième alter native, on constate l'existence d'une tumeur abdo minale avec obstruction ou occlusion intestinale. La constatation radiographique d'une opacité répondan à la masse intestinale entourée de la membran enveloppante, opacité associée à une stase gastro duodénale, pourra être un très bon élément d diagnostic. Notre observation personnelle s'est ter minée par une guérison complète après extirpatio totale de la membrane encapsulante.



Fig. 8. — Radiographie après intervention. Topographi colique normale à la vingt-quatrième heure.

2 P. NIGARD : La péritonite encapsulante. *Journal des Pra ticiens*, Juin 1938.

LE RÉTABLISSEMENT DE LA CIRCULATION APRÈS PHLÉBITE DU MEMBRE INFÉRIEUR[1]

Par **Claude OLIVIER**

La phlégographie montre que l'intensité des troubles consécutifs à une phlébite varie selon le mode du rétablissement circulatoire, celui-ci dépendant, comme l'a vu Bauer, de l'étendue et du siège de l'oblitération veineuse.

Pourvu que dans la profondeur les troncs principaux soient perméables, la thrombose des veines *sous-cutanées* a des conséquences cliniques presque toujours bénignes; mais aussi la radiographie révèle à quel point cet accident trouble peu l'écoulement du sang. Chez une de nos malades toute la saphène interne variqueuse avait été atteinte (fig. 1): cependant, au septième jour, aucune stase profonde; après quatre minutes, seul un minime segment superficiel restait visible au genou. Pour une autre patiente atteinte d'une oblitération segmentaire notons que des rameaux perforants (fig. 2) établirent aussi aisément la situation. Au contraire, quand les veines profondes sont déjà oblitérées, la fermeture secondaire du réseau de surface est une éventualité très sérieuse ; portant habituellement sur la saphène interne, elle oblige le sang à chercher une voie de retour dans le réseau sous-cutané postérieur de capacité encore plus restreinte ; les troubles trophiques s'aggravent.

L'étude de nos observations nous a conduit à distinguer dans les phlébites *profondes* des formes jambières, fémorales et totales ; les deux premières semblent surtout des aspects de début.

Pour la jambe, aux premiers jours d'une thrombose tibiale et péronière, le sang reflue en presque totalité vers le réseau sous-cutané. Ultérieurement celui-ci reste parfois prépondérant : chez M. H..., la plus grande partie du liquide opaque, pourtant injecté derrière la malléole externe, est drainé par la saphène interne puis rejoint, par une anastomose oblique, l'axe fémoro-poplité au-dessus du genou (fig. 3 et 4) ; la trame vasculaire profonde est faible, les troubles trophiques sont sérieux, gros mollet, peau brune et indurée. Cette éventualité n'est heureusement pas la règle; d'ordinaire les séquelles sont discrètes; on voit alors, comme chez Mme Ch... (fig. 5 et 6), se développer dans l'épaisseur des jumeaux un vaste lacis veineux recevant en bas la plupart des troncs sous-cutanés et débouchant vers le haut dans la poplitée, par l'intermédiaire de

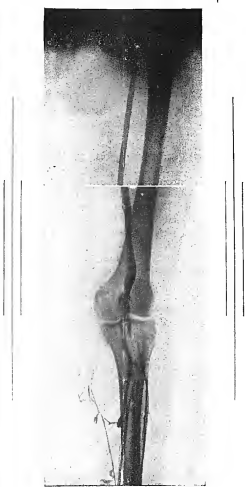


Fig. 1

veines surales au calibre considérablement augmenté.

Si la thrombose reste fémorale, les voies sous-cutanées sont, de même, au début presque seules utilisées. Chez Mlle J..., par exemple, au treizième jour de la maladie, le premier cliché montre une image normale jusqu'à la partie basse du canal de Hunter. Plus haut, la saphène interne est d'abord seule visible; un discret réseau musculaire ne s'injecte qu'après une minute cinquante secondes. Passées cinq minutes, les troncs profonds de jambe et de cuisse sont encore dessinés. L'adaptation peut être rapide : pour Mme B..., dès le vingt-deuxième jour de la maladie, le film ne fait plus voir au-dessus de l'oblitération qu'un réseau musculaire assez abondant. Au bout de plusieurs années, on constate tantôt cette image d'arrêt brusque surmontée d'un lacis intramusculaire irrégulier, tantôt un ou plusieurs troncs qui suivent le trajet de la veine fémorale. Chez Mme Ch..., après un an, celle-ci, au-dessus du canal de Hunter, est remplacée par deux canaux unis par des anastomoses en échelles (fig. 7). Deux autres, plus postérieurs, suivent un chemin analogue à celui de la branche profonde.

Ainsi, pour peu que la thrombose des troncs profonds reste localisée soit à la jambe, soit à l'axe fémoral, après quelques semaines, la circulation se rétablit principalement par des rameaux profonds. Ce sont aussi les cas où les résultats éloignés sont les meilleurs.

Lorsqu'au contraire existent au membre inférieur des oblitérations du système profond, totales, ou bien étagées mais multiples, la circulation de retour doit emprunter définitivement le réseau sous-cutané ; c'est là aussi que l'on voit les troubles anatomiques et fonctionnels les plus importants.

Au début, le sang suit l'une ou l'autre des saphènes, parfois les deux. Chez l'un de nos patients (dixième jour), l'interne collecte presque tout ; à la cuisse, une minime collatérale serpentant selon l'axe fémorale vient l'y aider. Dans deux autres cas le liquide opaque, jusqu'au genou suit presque uniquement la saphène externe; plus haut celle-ci se jette dans son homonyme interne ou dans le réseau sous-cutané de la racine du membre. Trois fois enfin les deux saphènes se dessinent jusqu'au Scarpa ; en ce point la jonction s'établit avec les veines génitales et pariéto-abdominales, ou avec des branches profondes préfémorales ou sciatiques.

En revoyant l'ensemble de nos films, il nous a semblé que le tronc poplité pouvait être considéré comme une zone dont la fermeture est spécialement dangereuse; sans doute parce qu'il se trouve situé à la jonction de deux systèmes musculaires divergents et qu'ainsi tout rétablissement profond se

1. Tous nos clichés ont été exécutés par Mlle Rouffé dans le service du Dr Ledoux-Lebard.

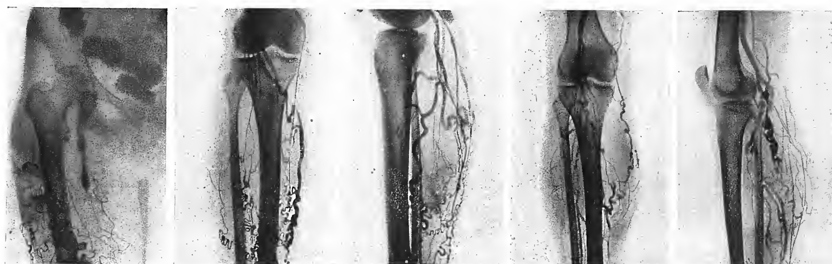


Fig. 2 — Fig. 3 — Fig. 4 — Fig. 5. — Fig. 6.

trouve difficile. De même si la zone fémoro-iliaque est inutilisable, le sang s'engage souvent dans les troncs sous-cutanés ; parfois, même rejoint le système homologue de l'autre côté. Sur la figure 8, l'injection faite par une veine volumineuse et superficielle de l'aine droite (se projetant sur la tubérosité ischiatique) opacifie le système fémoral gauche. La richesse des réseaux de surface, leur calibre est au début variable. Nous croyons que l'on ne saurait nier ici l'action du sympathique ; après la résection de la veine fémorale thrombosée nos clichés ont montré souvent une amélioration du régime circulatoire. De là à penser que ce mieux est définitif il y a un pas que des examens à distance ne nous permettent pas de franchir avec certitude.

Si les modalités anatomiques du rétablissement sous-cutané sont assez variables au début des phlébites profondes et totales du membre inférieur, l'aspect en quelques semaines tend à s'uniformiser, la saphène interne devenant le collecteur prépondérant et très souvent unique. Voici, par exemple, les épreuves d'un de nos malades aussitôt après la phlébectomie et deux mois plus tard (fig. 9 et 10). Trois autres patients revus aux rayons dans des circonstances analogues offrent des images semblables. Après plusieurs mois il est de notion courante que l'œdème, les douleurs s'atténuent. Cette période correspond à une augmentation de calibre de la saphène interne permettant un meilleur retour du sang. Mais si l'on suit ces sujets longtemps, on voit souvent que l'enflure, les zones d'induration cutanée reparaissent, parfois même des ulcères. A ce moment, sur les clichés, la saphène est devenue tortueuse, très dilatée; elle présente en somme tous les symptômes d'une dégénérescence de ses parois.

Les malades que l'on voit plus tardivement après dix ou vingt ans sont parfois presque impotents avec des membres énormes, aux tissus infiltrés et scléreux, souvent porteurs d'ulcères étendus. Dans ces cas, la phlébographie découvre en général de nouvelles modifications ; le sang suit maintenant la saphène externe et rejoint soit l'interne à sa terminaison, soit la circulation superficielle du bassin, ceci par l'intermédiaire de la veine fémoro-poplitée. Bauer a pu constater que ce



Fig. 7

changement survenait après phlébite spontanée de la saphène interne, parfois après injection sclérosante malencontreuse de celle-ci. A son tour ce système postérieur se dilate, lui aussi, de façon pathologique. Nous reproduisons ici les clichés obtenus chez une malade que nous vîmes cinquante ans après sa phlébite, avec un vaste ulcère à la jambe et une très importante sclérose des tissus du membre inférieur. L'épreuve de profil montre bien que la veine volumineuse aperçue sur la figure 11 croise la face postérieure de la cuisse pour ne rejoindre qu'en haut la saphène interne. Cette patiente subit sans aucun succès la résection de la veine fémorale thrombosée.

Il nous semble que l'étude comparée des lésions cliniques post-phlébitiques et des modalités de la nouvelle circulation permet d'insister sur le facteur mécanique. Sans doute le système nerveux intervient-il dans la rapidité avec laquelle le réseau de suppléance s'adapte en se dilatant à ces nouvelles fonctions; parfois la sensibilité inhabituelle des réflexes artériels modifie la symptomatologie; ultérieurement enfin l'action sympathique peut rendre compte de certaines évolutions paradoxales. Le rôle du blocage lymphatique n'est pas non plus à négliger, aussi bien au début qu'à longue échéance. Il n'en reste pas moins que, d'une façon générale les troubles anatomiques et fonctionnels qu'accusent les malades sont croissants du rétablissement par des collatérales profondes, régulièrement vidées par le jeu musculaire, à celui qui s'opère par les voies de surface de capacité plus faible et d'évacuation plus aléatoire. Parmi celles-ci, on les voit décroître lorsque la saphène interne s'est dilatée reparaître quand sous l'influence de la surcharge liquidienne ses parois s'altèrent, s'exacerber enfin lorsqu'il ne reste plus au sang que le tronc saphène externe et fémoro-poplité de capacité encore plus restreinte.

Dans le traitement des phlébites anciennes il est donc possible de justifier la place d'une chirurgie à tendance mécanique : guidée par la phlébographie elle cherchera dans des cas bien choisis à améliorer les conditions physiologiques du retour sanguin Nous ne devons pas oublier enfin que l'aspect de ces voies de suppléance dépend du siège et de la diffusion de la thrombose initiale, raison majeure pour considérer que l'un des objectifs essentiels du traitement de la phase aiguë est de réduire au minimum l'étendue de la zone profonde thrombosée.

(Travail de la Clinique chirurgicale de la Salpêtrière [Prof. H. MONDOR.])



Fig. 8



Fig. 9.



Fig. 10



Fig. 11.

LA TRANSMISSION DE LA POLIOMYÉLITE A LA SOURIS BLANCHE

Par **Jean VIEUCHANGE**

Depuis que Landsteiner et Popper ont réussi à transmettre expérimentalement la maladie au singe et que Landsteiner et Levaditi à l'Institut Pasteur de Paris, Flexner et Lewis à l'Institut Rockefeller de New-York, Leiner et Wiesner au laboratoire de Weichselbaum à Vienne, ont simultanément confirmé cette découverte et réussi à effectuer des passages en série, isolant ainsi les premières souches, de nombreux chercheurs ont tenté de découvrir une espèce animale différente du singe et qui fût sensible au virus, aussi bien parmi les rongeurs (rat, souris, cobaye, lapin) que parmi les ongulés (cheval, porc, bœuf, mouton, chèvre), les carnivores (chien, chat), ou encore parmi les oiseaux (poule, pigeon). Toutes ces espèces se sont montrées réfractaires à la maladie expérimentale [1].

Ultérieurement, en ce qui concerne la souris, quelques auteurs ont usé d'artifices expérimentaux pour forcer la résistance naturelle de cette espèce animale à la poliomyélite : adjonction de mucine [travaux de Nungester (1), de Toomey et Phelps (2) et de W. Weil (3)], action des rayons X [Brodie et ses collaborateurs (4)], sans réussir à entretenir régulièrement une souche de poliomyélite sur la souris. Ajoutons que tous les autres essais d'adaptation effectués dans de nombreux laboratoires restèrent également négatifs : résultats de Kolmer, Rule et Werner (5) et (6), Brodie (7), Woolpert et Harrison (8), Vieuchange (9) et (10), Thompson et Mc Kinley (11), Stéfanopoulo (12), Paraschivesco et Papazoglu (13).

La question paraissait définitivement résolue quand, en 1939, Armstrong (14) publiait les résultats qu'il avait obtenus chez le *Sigmodon hispidus* ou rat cotonneux (cotton rat).

Cet auteur recevait, en Août 1937, des fragments du cerveau et de la moelle épinière d'un sujet humain de 18 ans, mort de poliomyélite à forme bulbaire, à Lansing (Michigan). Ce matériel, inoculé au singe, s'est montré virulent et il a été possible de réaliser des passages en série sur cette espèce animale. Plusieurs variétés de rongeurs reçurent par voie cérébrale le matériel provenant d'un 4e passage du virus sur le singe. Seul, un rat cotonneux fit une paraplégie le vingt sixième jour après l'inoculation et l'examen histologique révéla l'existence d'une polio-encéphalite. Au cours des essais ultérieurs, un pourcentage élevé d'animaux résista. Interrompus, puis repris, ces essais permirent finalement à Armstrong de réaliser des passages en série et aussi de conférer la maladie au singe avec le virus adapté au rat. Les lésions cérébrales des singes inoculés pour l'entretien de la souche Lansing sont morphologiquement superposables à celles des singes inoculés avec le virus adapté au rat [Peers (15)].



Fig. 1. — Poliomyélite. Souche Lansing. Souris malade le quatorzième jour après l'inoculation intracérébrale. Paralysie flasque de la patte antérieure droite.

En résumé, au cours de ses premières expériences, Armstrong réussissait à conférer la maladie au rat cotonneux et, par contre, enregistrait un échec très net avec la souris. A noter que des essais effectués parallèlement avec des souches de poliomyélite différentes de la souche Lansing ont donné des résultats totalement négatifs.

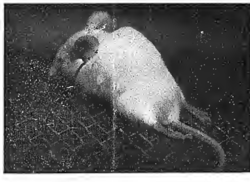


Fig. 2. — Poliomyélite. Souche Lansing. Souris malade le douzième jour après l'inoculation intracérébrale. Paralysie flasque des pattes postérieures.

A la suite de nombreux passages sur le rat cotonneux, Armstrong observe une meilleure adaptation de la souche à cette espèce animale : stabilisation de la période d'incubation (dont le maximum de fréquence oscille entre trois et cinq jours), développement presque constant de paralysies chez les animaux inoculés (86 paralysies sur 88 inoculés). Utilisant cette souche adaptée au rat, Armstrong (16) tente de nouveau de transmettre la maladie à la souris : il réussit cette fois, mais dans une très faible proportion (un seul animal paralysé sur cinq inoculés). Ce n'est qu'aux passages suivants que la proportion d'animaux paralysés s'est élevée progressivement.

Les essais ultérieurs amenèrent Armstrong (17) à préciser la durée de la période d'incubation, dont la plus grande fréquence est de deux à dix jours chez la souris, mais qui peut être considérablement plus longue — jusqu'à quatre-vingt-treize jours —. Les paralysies sont localisées à une ou plusieurs pattes. La mort survient habituellement douze à quarante-huit heures après l'apparition des premiers symptômes par paralysie respiratoire. Seule la voie intracérébrale permet de provoquer l'apparition de la maladie expérimentale.

L'identité du virus de la souche-souris et de celui de la souche-rat est indiquée par la possibilité de transférer au rat le virus souris de divers passages, avec développement de symptômes caractéristiques. A noter les résultats irréguliers (14) de l'inoculation au singe (espèce non précisée) : négatifs avec le 4e passage du virus-souris, ils étaient partiellement positifs avec le virus souris de 6e passage (signes légers d'infection générale ; tremblements et parésie au niveau des membres supérieurs ; présence de virus dans la moelle du singe sacrifié le huitième jour après l'inoculation).

Les lésions anatomo-pathologiques observées chez le rat cotonneux (18) et chez la souris (19) offrent une analogie étroite avec celles de la maladie naturelle de l'homme ou expérimentale du singe, aussi bien du point de vue de leur localisation générale sur la substance grise, que de leur aspect. Ce sont des lésions de polio-encéphalomyélite. La moelle épinière est lésée d'une façon presque constante. L'écorce cérébrale est relativement peu altérée. Dans le cerveau, c'est la portion dorsale de la protubérance qui présente les lésions les plus marquées. Les lésions consistent essentiellement dans la nécrose des neurones, suivie de neuronophagie exercée par des macrophages. On observe une prolifération gliale diffuse et en foyers, une infiltration monocytaire et une exsudation des leucocytes polynucléaires.

En somme, les caractères de ces réactions histologiques conduisent à penser qu'il s'agit bien d'une souche de poliomyélite.

De plus, une première étude immunologique faite par Haas et Armstrong (20) permet d'étayer cette théorie de la parenté de la souche Lansing et des souches classiques.

En effet, la régularité du développement de la maladie expérimentale a permis à ces auteurs de titrer le pouvoir protecteur de sérums humains ou simiens contre la souche Lansing, aussi bien sur le rat cotonneux que sur la souris. Le test de séroprotection a donné des résultats facilement interprétables, concordants chez les deux espèces animales, et comparables à ceux que l'on obtient chez le singe en utilisant comme virus, une souche classique.

Ces expériences ont été reprises par Harford et Bronfenbrenner (21), qui ont obtenu des résultats similaires : le sérum de sujet humain guéri ainsi que le sérum de singe convalescent protègent contre la souche Lansing. Bien que les immunsérums de lapins ne donnent pas de protection nette, les résultats de ces expériences tendent dans l'ensemble à démontrer la réalité de l'existence de rapports sérologiques entre la souche Lansing et certaines souches classiques de poliomyélite [2].

La souche Lansing a été envoyée en France simultanément à MM. C. Levaditi (22) et G. J. Stéfanopoulo (23)). Ces expérimentateurs, ainsi que nous-même à qui M. Levaditi a transmis la souche en 1943, ont pu vérifier et confirmer, dans l'ensemble, les résultats obtenus par Armstrong, en ce qui con-

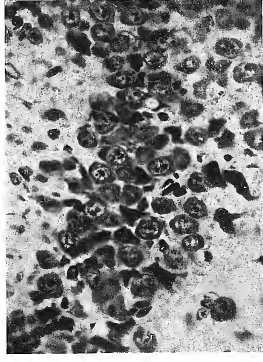


Fig. 3. — Poliomyélite. Souche Lansing. Souris sacrifiée paralysée (pattes postérieures et patte antérieure gauche), le treizième jour après l'inoculation intracérébrale. Corne d'Ammon ; lésions dégénératives des neurones ; pycnose et nécrose cellulaires. (Microphotographie Jeantet.)

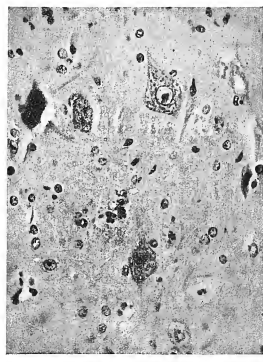


Fig. 4. — Poliomyélite. Souche Lansing. Souris dont les lésions cérébrales sont représentées figure 3. Coupe de la moelle épinière : dégénérescence des neurones (chromatolyse) et neuronophagie. Nombreuses cellules satellites. (Microphotographie Jeantet.)

1. Résultats de Flexner et Lewis ; de Levaditi et Landsteiner ; de Leiner et Wiesner ; de Roemer ; de Eichelberg ; de Kraus et Kantor.

2. On sait que les souches de poliomyélite diffèrent notablement entre elles du point de vue antigénique. C'est ainsi que les singes guéris de la maladie consécutive à l'inoculation de la souche australienne succombent à la suite de l'inoculation de virus américain (souche « virus mélangé » de Rockefeller) et que leur sérum ne neutralise pas le virus américain. Burnet et Macnamara : *Brit. J. exp. Path.*, 1931, 2, 57. *Cf.* expériences similaires de Howitt avec le virus de Sacramento. Howitt : *Science*, 1937, **85**, 268.

cerne la maladie expérimentale de la souris (V. fig. 1 et 2). Notamment les lésions histopathologiques (V. fig. 3 et 4) observées par ces auteurs correspondent en tous points à celles dont Armstrong a donné la première description. Nous avons, pour notre part, observé qu'elles peuvent être très inégalement réparties dans le système nerveux des souris infectées (24) ; elles ne s'étendent pas toujours d'une façon continue dans le névraxe, mais au contraire elles sont segmentaires, les zones altérées alternant avec les zones saines.

Notons qu'à la suite des premiers passages effectués en France par C. Levaditi (25) il s'est produit un allongement de la durée de l'incubation et une augmentation de la fréquence des survies. Au cours des passages ultérieurs, nous avons observé (26) des variations considérables du pouvoir pathogène, mais qui, nous semble-t-il, ne traduisent pas une diminution régulière de virulence. En effet, malgré l'emploi de séries relativement importantes d'animaux, tantôt on observe une chute de virulence brusque et nullement progressive; tantôt, au contraire, à la suite de certains passages, le pourcentage des résultats positifs est très élevé, comme si la souche récupérait un haut degré de virulence. Est-il besoin d'ajouter que cette irrégularité dans les résultats des passages rend l'expérimentation délicate et enlève beaucoup des espoirs qu'on était fondé à avoir au sujet des expériences qui pourraient être tentées avec cette souche, et en utilisant la souris comme animal d'expérience?

En ce qui concerne l'explication de ces variations de virulence, il semble que lorsqu'on utilise des souris strictement comparables entre elles, on puisse, dans une certaine mesure, éliminer les différences de réceptivité individuelle. Nous pensons, compte tenu de quelques essais préliminaires (27) et de la topographie des lésions névraxiques observées par nous, qu'on peut dès à présent émettre l'hypothèse que l'irrégularité de la souche provient en grande partie de l'inégale répartition du virus dans le névraxe [3] des animaux donneurs.

Le caractère oscillant de l'immunité naturelle antipoliomyélitique de la souris a été bien mis en relief par C. Levaditi (28). La non-réceptivité de cette espèce est un caractère éminemment fragile. Nous avons fait nous-même des observations identiques : des souris qui ont résisté à une première inoculation peuvent se montrer, lors d'une inoculation d'épreuve, soit sensibles et mourir de poliomyélite, soit réfractaires, sans que l'on puisse aucunement prévoir le comportement de l'animal. En matière de vaccination, selon les expériences de C. Levaditi (29), il serait possible, par injections intrapéritonéales de virus poliomyélitique répétées à plusieurs reprises, de conférer un état réfractaire à l'égard de l'inoculation d'épreuve intracérébrale effectuée avec une dose de virus paralysante et mortelle pour les témoins.

Les expériences de séro-protection ont fourni des données contradictoires à C. Levaditi, qui a observé une neutralisation du virus, non seulement par les sérums des sujets poliomyélitiques, mais aussi par certains sérums témoins. Cet auteur n'a trouvé aucun pouvoir neutralisant du sérum de souris ayant l'immunité. Stéfanopoulo a confirmé les résultats de Haas et Armstrong, sans pouvoir toutefois développer ses essais, du fait des difficultés rencontrées au cours de l'expérimentation.

Mais cette souche, après avoir subi de nouveaux passages sur la souris, a-t-elle conservé son pouvoir pathogène pour le singe?

Nous avons vu plus haut qu'Armstrong n'a pas réussi à le mettre en évidence avec régularité. Stéfanopoulo, Duvolon et Etévé n'ont pas obtenu de paralysie chez le singe (*rhesus*) inoculé par voie sous-cutanée avec le virus-souris du 44e *passage*, mais simplement une maladie bénigne de courte durée. En collaboration avec M. Stéfanopoulo (30) nous avons effectué un nouvel essai avec la souche que nous avait communiquée M. Levaditi et que nous avions entretenue sur souris. L'inoculation intracérébrale du virus au callitriche (*Aethiops sabaeus*) a déterminé l'apparition d'une névraxite dont les caractères cliniques (V. fig. 5) et anatomo-pathologiques permettent d'affirmer la nature poliomyélitique. Il semble donc que la souche Lansing n'ait pas perdu son pouvoir pathogène pour le singe malgré les nombreux passages effectués sur souris.

*
* *

Plusieurs auteurs ont tenté de répéter les expériences d'adaptation d'Armstrong. Toomey et Takacs (31). Kessel et Stimpert (32), Hammon (33), Howitt et van Herick (34), en utilisant les souches les plus diverses, n'ont abouti qu'à des échecs.

Bien qu'elles n'aient pas eu pour résultat l'adaptation d'une souche à la souris blanche, nous signalerons les expériences de Toomey et Takacs sur le rat cotonneux. Ces auteurs, en effet, non découragés par leurs premiers essais, ont repris une méthode d'atténuation de la résistance des singes au virus poliomyélitique étudiée par l'un d'eux en 1934 (35) et l'ont appliquée au rat cotonneux. Ils ont tenté d'inoculer à cette espèce animale neuf souches de virus poliomyélitique (36), en associant au virus un filtrat de culture de micro-organismes de l'intestin. Ils ont ainsi réussi, en multipliant les passages, à déterminer assez régulièrement, avec la souche Flexner M. V., l'apparition de paralysies chez les rats inoculés. A la suite de cette adaptation au rat cotonneux, le virus reste pathogène pour le singe (*rhesus*). Ces expériences ont été répétées trois fois avec la souche Flexner M. V. et reproduites dans les mêmes conditions avec la souche de Philadelphie (37), ainsi qu'avec trois souches récemment isolées de cas humains mortels (38).

Jungeblut et Sanders ont également tenté de reproduire les expériences d'Armstrong. Sur 5 souches étudiées, ces auteurs rapportent (39), dès 1940, que la souche SK est pathogène pour le rat cotonneux et, après passage sur cette espèce animale, pour la souris. Toutefois, s'il est aisé d'infecter le rat après passage sur la souris, il semble que le pouvoir pathogène du virus pour le singe ait subi une diminution notable (40).

Parmi les caractères du virus isolé par Jungeblut et Sanders, certains sont tels qu'on peut difficilement penser

Fig. 5. — Poliomyélite. Souche Lansing. Cercopithèque callitriche (*Aethiops sabaeus*) malade le vingtième jour après l'inoculation intracérébrale : paralysie flasque du membre supérieur droit. (D'après G. J. Stéfanopoulo et J. Vieuchange.)

qu'il s'agisse authentiquement d'un virus poliomyélitique. Signalons en particulier la virulence pour la souris par les voies intranasale, intrapéritonéale, intraveineuse, sous-cutanée et même *per os* ; la virulence des dilutions très élevées ; la répartition du virus (41) dans l'organisme de la souris [4] ; la réceptivité du cobaye (42).

Au point de vue immunologique, Toomey et Takacs (43) ont montré que si la souche de Philadelphie adaptée par eux au rat cotonneux, et la souche Lansing d'Armstrong sont des souches de poliomyélite authentiques, par contre, le virus de Jungeblut a perdu les propriétés spécifiques du virus de départ. Les expériences de Jungeblut et Sanders confirment en partie cette observation puisque, d'une part les sérums de cheval ou de lapin hyperimmunisés contre la souche murine n'ont pas de pouvoir neutralisant à l'égard du virus originel SK (44), et que d'autre part la souche SK ne protège pas le singe contre l'inoculation de virus murin (45).

Bien que les dimensions de 10 à 15 mμ que ces auteurs attribuent à ce virus par la méthode de l'ultrafiltration (46) soient celles du virus poliomyélitique [5], il semble difficile, en raison de tous ces faits, d'identifier la souche isolée par Jungeblut et Sanders, à la poliomyélite.

On peut donc, soit admettre que cette souche a subi une mutation après passage sur le rat et sur la souris soit se demander s'il ne s'agirait pas d'un virus de rongeur doué d'un certain pouvoir pathogène pour le singe On sait, en effet, que les rongeurs peuvent être porteurs d'infections neurotropes spontanées du type de l'encéphalomyélite de la souris décrite par Theiler et de la chorioméningoencéphalite.

Etant donné ces réserves et que les souches adaptées au rat cotonneux par Toomey et Takacs l'ont été à cette seule espèce de rongeurs, il semble qu'on doive tenir pour unique souche de poliomyélite adaptée à la souris blanche le virus Lansing isolé par Armstrong.

Au point de vue pratique, la difficulté du titrage qui rend si délicate l'interprétation des résultats expérimentaux, en particulier des tests d'immunité croisée, l'irrégularité de la virulence de la souche entretenue sur la souris, la longueur de l'incubation, la diversité même du tableau clinique contrebalancent lourdement les facilités d'expérimentation offertes par la possibilité de recourir à la souris, en matière de poliomyélite.

La souche Lansing possède des caractères qui lui assignent une place à part dans la classification des diverses souches de virus poliomyélitiques. On est ainsi amené à se demander si les rapports qui existent entre le virus Lansing et les souches classiques de poliomyélite ne seraient pas comparables à ceux qui opposent et lient à la fois diverses variétés d'encéphalites humaines : encéphalite de von Economo, encéphalite américaine type Saint-Louis, encéphalite japonaise. On peut, en tout cas, dès à présent, conclure qu'il existe des virus poliomyélitiques différant les uns des autres par des caractères immunologiques ou expérimentaux propres à chacun d'eux. La souche Lansing constitue l'une des souches les mieux individualisées du fait de son exceptionnelle plasticité, qui la rend pathogène pour des espèces animales (rat cotonneux et souris) distinctes du singe.

(Institut Pasteur. Service des virus.)

3. On n'utilise, pour les passages, que quelques fragments de substance nerveuse, les autres zones servant au contrôle histologique et à la culture.

4. On le retrouve non seulement dans le cerveau et la moelle, mais encore dans le foie, les surrénales et le sang du cœur.

5. Par la méthode de l'ultrafiltration, la taille du virus poliomyélitique, souche simienne et filtré sur le singe, est de 12 à 17 mμ pour Theiler et Bauer : *J. exp. Med.*, 1934, **60**, 767 ; de 8 à 12 mμ pour Elford, Galloway et Perdrau : *J. Path. Bact.*, 1935, **40**, 135, et de 15 mμ pour C. Levaditi et ses collaborateurs : *C. R. Acad. Sci.*, 1936, **203**, 899. C. Levaditi a tenté d'évaluer la taille du virus Lansing par deux méthodes et a abouti aux chiffres de 170 mμ avec l'ultrafiltration : *C. R. Soc. Biol.*, 1942, **136**, 96, et de 100 mμ avec l'irradiation : *C. R. Soc. Biol.*, 1942, **136**, 481. L'écart existant entre ces dimensions et celles du virus classique est tel qu'il est nécessaire, pour l'expliquer, de faire intervenir l'origine du virus et l'espèce animale qui sert au titrage, facteurs capables de faire varier considérablement les résultats des mesures.

BIBLIOGRAPHIE

(1) W. J. Nungester : *Proc. Soc. exp. Biol. a. Med.*, 1932-1933, **30**, 1128. — (2) J. A. Toomey et K. R. Phelps : *Proc. Soc. exp. Biol. a. Med.*, 1935-1936, **33**, 624. — (3) W. Weil : *Proc. Soc. exp. Biol. a. Med.*, 1932-1933, **30**, 1243. — (4) M. Brodie, S. A. Goldenberg et P. Stanley : *Science*, 1935, **81**, 110. — (5) J. A. Kolmer et A. M. Rule : *Proc. Soc. exp. Biol.*, 1933-1934, **31**, 48. — (6) J. A. Kolmer, A. M. Rule et M. Werner : *J. inf. Dis.*, 1937, **61**, 63. — (7) M. Brodie : *Proc. Soc. exp. Biol.*, 1934-1935, **32**, 832. — (8) O. C. Woolpert et J. A. Harrison : *Proc. Soc. exp. Biol.*, 1934-1935, **32**, 1410. — (9) et (10) J. Vieuchange : *C. R. Soc. Biol.*, 1936, **123**, 407 et 449. — (11) H. Thompson et E. Mc Kinley : *J. Bact.*, 1936, **31**, 3[…] (12) G. J. Stéfanopoulo : Procès-verbaux des séances du Comité permanent de l'Office international d'Hygiène publique, session extraordinaire, Mai 1937. — (13) M. Paraschivesco et Papazolu : *C. R. Soc. Biol.*, 1940, **133**, 503 (14) Ch. Armstrong : *Publ. Health Rep.*, 1939, **54**, 1719 — (15) J. H. Peers : *Publ. Health Rep.*, 1940, **55**, 72[…] — (16) Ch. Armstrong : *Publ. Health Rep.*, 1939, **54**, 2302. — (17) Ch. Armstrong : *Am. J. publ. Health*, 1941, **31**, 228 (in *Zentralbl. Bakt. Ref.*, 1941, **140**, 475). — (18) R. D. Lillie et Ch. Armstrong : *Publ. Health Rep.*, 1940, **55**, 115. — (19) R. D. Lillie et Ch. Armstrong : *Publ. Health Rep.*, 1940, **55**, 718. — (20) V. H. Haas et Ch. Armstrong : *Publ. Health Rep.*, 1940, **55**, 1061. — (21) C. B. Harford et J. Bronfenbrenner : *Proc. Soc. exp. Biol.*, 1941, **47**, 211 (in *Zentralbl. Bakt. Ref.*, 1942, **142**, 91). — (22) C. Levaditi : *Bull. Acad. Méd.*, 1941, **124**, 118. — (23) G. J. Stéfanopoulo, S. Duvolon et J. Etévé : *Ann. Inst. Pasteur*, 1942, **68**, 343. — (24) J. Vieuchange : *Expériences inédites.* — (25) C. Levaditi : *Bull. Acad. Méd.*, 1941, **125**, 285. — (26) J. Vieuchange : *Ass. Microb. Langue française*, séance du 4 Avril 1943. — (27) J. Vieuchange : *Expériences inédites.* — (28) C. Levaditi : *Bull. Acad. Méd.*, 1941, **125**, 392. — (29) C. Levaditi : *Bull. Acad. Méd.*, 1942, **126**, 70 et *C. R. Soc. Biol.*, 1942, **136**, 417. — (30) G. J. Stéfanopoulo et J. Vieuchange : *Ass. Microb. Langue française*, séance du 3 Mai 1943. — (31) J. Toomey et W. S. Takacs : *Proc. Soc. exp. Biol.*, 1940, **30**, 536. — (32) J. F. Kessel et F. D. Stimpert : *Proc. Soc. exp. Biol.*, 1940, **45**, 665. — (33) W. M. Hammon : *Proc. Soc. exp. Biol.*, 1940, **45**, 124. — (34) B. F. Howitt et W. Van Herick : *Proc. Soc. exp. Biol.*, 1941, **46**, 431. — (35) J. A. Toomey : *Proc. Soc. exp. Biol.*, 1934, **31**, 1015. — (36) J. A. Toomey et W. S. Takacs : *Proc. Soc. exp. Biol.*, 1940, **45**, 364. — (37) J. A. Toomey et W. S. Takacs : *Proc. Soc. exp. Biol.*, 1941, **46**, 22. — (38) J. A. Toomey et W. S. Takacs : *J. Bact.*, 1941, **41**, 50. — (39) C. W. Jungeblut et M. Sanders : *Proc. Soc. exp. Biol.*, 1940, **44**, 375. — (40) C. W. Jungeblut, M. Sanders et R. R. Feiner : *J. exp. Med.*, 1942, **75**, 600 (in *Zentralbl. Bakt. Ref.*, 1943, **144**, 157). — (41) C. W. Jungeblut et M. Sanders : *J. exp. Med.*, 1940, **72**, 407. — (42) C. W. Jungeblut et M. Sanders : *J. Am. med. Assoc.*, 1941, **116**, 2136. — (43) J. A. Toomey et W. S. Takacs : *Proc. Soc. exp. Biol.*, 1941, **47**, 123 (in *Zentralbl. Bakt. Ref.*, 1943, **143**, 22). — (44) C. W. Jungeblut, M. Sanders et R. R. Feiner : *J. exp. Med.*, 1942, **75**, 611 (in *Zentralbl. Bakt. Ref.*, 1943, **144**, 157. — (45) C. W. Jungeblut et M. Sanders : *J. Am. med. Assoc.*, 1941, **116**, 2136. — (46) C. W. Jungeblut et M. Sanders : *J. exp. Med.*, 1942, **75**, 631.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

PUBLIÉES PAR LES SOINS DE L. ROUQUÈS

Le traitement actuel du lupus tuberculeux

Des trois parties qu'a toujours comportées le traitement classique du lupus tuberculeux, traitement local, traitement du foyer initial le plus souvent endo-nasal, traitement général du terrain, le dernier a été trop souvent négligé en France, faute de possibilités climatothérapiques et de médications bien efficaces.

La climatothérapie n'est pour beaucoup de médecins qu'une médication accessoire des tuberculoses cutanées et cependant on a pu dire à juste titre que sans soleil il n'y avait pas de guérison durable du lupus; mais on se heurte aux plus grandes difficultés pour l'envoi des lupiques dans les sanatoria où ils sont refusés pour ne pas provoquer la répugnance des autres malades; un établissement spécialement aménagé pour les lupiques avait été créé à Vallauris (Var), mais il a été fermé. On devrait envoyer les lupiques dans les régions bien ensoleillées du bassin méditerranéen ou dans des stations d'altitude des Pyrénées comme Font-Romeu, les Escaldes; le mieux serait de faire cette cure pendant les mois d'été pour profiter de la luminosité maxima et de garder le malade l'hiver dans une grande ville pour lui appliquer la physiothérapie locale.

L'huile de foie de morue avait donné des résultats très appréciables par la technique d'Emery qui débutait par une dose quotidienne de 100 *g.* pour atteindre progressivement 700 à 1.000 *g.* par jour; mais avec les doses moindres employées ensuite, les succès ne furent pas aussi nets. La tuberculine, l'antigène méthylique, l'allergine de Jousset, le vaccin de Vaudremer ne donnent que des résultats contestables et très inconstants. La cure diététique a eu de nombreux partisans; un des régimes le plus en vogue est celui de Gerson-Sauerbruch, déchloruré, hypocarné, hypervitaminé.

Toutes ces méthodes ont perdu beaucoup de leur intérêt depuis que Charpy a fait connaître sa technique de la vitaminothérapie D 2 à fortes doses associée au calcium qui a l'avantage d'être applicable en tous lieux, en toutes saisons et à toutes les classes sociales; tous les dermatologistes qui l'ont essayée, et en particulier M. Degos [1], l'ont jugée d'une efficacité remarquable.

La technique initiale de Charpy comporte un traitement d'attaque de trois mois pendant lesquels le malade prend *per os* une fois par semaine une dose de 15 *mg.* de vitamine D 2 en *solution alcoolique* et absorbe tous les jours 1 à 2 litres de lait ou, à défaut, 0 *g.* 50 de gluconate de calcium quinze à vingt jours par mois. La solution huileuse de vitamine D 2 aurait une action à peu près nulle; des doses plus élevées de gluconate de calcium ou leur administration par voie parentérale ne seraient pas plus efficaces; le phosphate de chaux est bien moins actif. Pour le traitement de consolidation, qui dure trois mois, le malade absorbe tous les quinze jours 15 *mg.* de vitamine D 2 et continue dans les mêmes conditions la cure de lait ou de gluconate.

Charpy préfère actuellement une posologie plus forte: première semaine, 3 doses de 15 *mg.* de vitamine D 2; les trois semaines suivantes, 2 doses; les quatre mois suivants, 1 dose par semaine; lait ou gluconate comme dans la technique initiale; suppression du sel des aliments salés.

Ce traitement est parfaitement toléré et n'a aucune contre-indication; les accidents d'hypervitaminose, la calcification des artères n'ont jamais été observés dans ces conditions. M. Degos a pu donner sans inconvénients à de nombreux malades des doses plus fortes: 3 doses de 15 *mg.* par semaine pendant plusieurs semaines. Par mesure de prudence, les malades guéris peuvent prendre les années suivantes une ampoule de 15 *mg.* par mois pendant les trois mois de printemps et les trois mois d'automne.

Les résultats sont remarquables et supérieurs à ceux de tous les autres traitements généraux; les lésions se décongestionnent rapidement, les suppurations cessent et les ulcérations se cicatrisent; puis les lupomes régressent et dans les cas les plus heureux peuvent même disparaître complètement; mais, habituellement, un traitement local reste nécessaire pour détruire les lupomes résiduels; la vitaminothérapie facilite d'ailleurs cette destruction qui peut être moins étendue et moins profonde.

Le mode d'action est mal précisé, il ne s'agit pas d'une simple fixation du calcium par la vitamine, car il y a une disproportion manifeste entre les doses nécessairement très élevées de vitamine et les doses relativement faibles de calcium qui sont suffisantes; l'action de la vitamine D doit être rapprochée de celle de l'héliothérapie; suivant l'expression de Charpy, elle agit à la façon d' « une héliothérapie par voie interne ».

Pour le traitement local, les méthodes sclérogènes (scarifications, ignipuncture, Finzenthérapie) ont cédé la place aux méthodes destructrices beaucoup plus rapides; l'ablation large au bistouri simple ou diathermique conviendrait aux lupus de taille réduite, lorsque la suture est possible et n'entraîne pas de déformations inesthétiques; le curettage doit être suivi soit d'une application caustique (poudre de permanganate), soit de l'ignification ou de l'électrocoagulation de la surface curettée [2].

M. Degos considère que l'électrocoagulation est le meilleur procédé local, même lorsque le résultat esthétique est à considérer; sous anesthésie générale (car il peut se produire une récidive sur le trajet des infections après anesthésie locale), il curette soigneusement tout le tissu friable puis il électrocoagule la surface dénudée; lorsque la lésion est peu épaisse et les foyers limités, on peut s'abstenir du curettage. La cicatrisation doit être surveillée de très près, en évitant le bourgeonnement de la plaie. Il faut s'abstenir de pommades au baume du Pérou ou de pommade de Reclus qui favorisent ce bourgeonnement et procéder à des crayonnages légers mais répétés au nitrate d'argent. Des explorations rapprochées de la cicatrice par vitropression pendant plusieurs années permettront de déceler tout nouveau grain lupique et de l'électrocoaguler immédiatement.

On profitera de l'anesthésie générale pour traiter le foyer infectieux initial par électrocoagulation large; l'oubli d'un lupus endo-nasal est souvent la cause de récidives.

En résumé, la méthode de Charpy a modifié le pronostic et le traitement du lupus tuberculeux; sauf dans les lupus très limités qui peuvent être détruits d'emblée, on l'appliquera d'abord isolément; on attendra trois à six mois, temps nécessaire pour obtenir tout le bénéfice, avant de procéder à la destruction du tissu lupique résiduel, de préférence par l'électrocoagulation.

LUCIEN ROUQUÈS.

1. R. DEGOS : Le traitement actuel du lupus tuberculeux. *La Médecine* 1943, 26, 8-11.

2. La radiothérapie est devenue une méthode d'exception, car elle favoriserait la cancérisation du lupus.

Prophylaxie de la méningite cérébro-spinale et traitement des porteurs de germes

Les épidémies de méningite cérébro-spinale surviennent avec une particulière fréquence en milieu militaire; aussi le Service de Santé de l'armée américaine a-t-il dû apporter une attention spéciale à leur prophylaxie.

Kuhns, Nelson, Feldman et Kuhn [1] ont étudié la valeur prophylactique de la sulfadiazine. Un premier essai a porté sur un groupe de 8.000 soldats dans une localité où la méningite cérébro-spinale sévissait; on leur administra par voie buccale 1 *g.* de sulfadiazine à chacun des trois principaux repas pendant trois jours, soit 9 *g.* au total; au cours des huit semaines suivantes, aucun cas de méningite ne fut observé chez ces 8.000 hommes et la proportion des porteurs de germes tomba entre 2 et 7 pour 100; pendant la même période, dans un groupe de 2.300 témoins, on nota 23 cas de méningite et la proportion des porteurs de germes varia entre 30 et 57 pour 100. Quelques signes d'intolérance furent enregistrés mais ils n'entravèrent pas l'entraînement de la troupe.

Un second essai fut fait sur un groupe de 7.000 hommes parmi lesquels le pourcentage des porteurs était de 30, et on prit comme témoins 9.500 hommes, avec un pourcentage de porteurs de 29; on ne donna aux sujets étudiés que 1 *g.* de sulfadiazine deux fois par jour pendant deux jours, soit 4 *g.* en tout; on n'observa pendant les deux mois suivants que 2 cas de méningite parmi les sujets soumis à la prophylaxie et ces sujets ayant quitté le camp avaient pu se contaminer ailleurs; le taux des porteurs varia de 0 à 2 pour 100; chez les témoins, il y eut 17 cas de méningite et le taux des porteurs resta entre 29 et 43 pour 100. Aucun signe d'intolérance ne fut noté avec cette posologie réduite.

Cheever, Breese et Upham [2] ont fait une expérience analogue dans une caserne où une épidémie de méningite s'était déclarée; l'ensemencement du rhinopharynx effectué sur 1.004 hommes avait donné 579 résultats positifs; 203 hommes, dont 161, soit 80 pour 100, étaient porteurs de germes, prirent 3 *g.* de sulfadiazine le premier jour, 3 *g.* le second jour et 2 *g.* le troisième (8 *g.* au total); des prélèvements rhinopharyngés faits les 4ᵉ et 7ᵉ jours furent tous négatifs, sauf chez un sujet chez qui l'on trouva au second prélèvement un méningocoque d'un type différent de celui dont il était porteur avant le traitement. Aucun effet toxique ne fut observé. Les témoins furent constitués par 186 sujets dont 108, soit 58 pour 100, étaient porteurs de germes; ils ne furent soumis à aucun traitement et les prélèvements effectués les 4ᵉ et 7ᵉ jours donnèrent 80,6 et 76,3 pour 100 de résultats positifs.

Les auteurs pensent que cette méthode est à retenir pour le traitement des porteurs de germes et qu'elle est notamment à conseiller dans les familles où un cas de méningite cérébro-spinale est survenu.

LUCIEN ROUQUÈS.

1. KUHNS, NELSON, FELDMAN et KUHN : *Americ. J. med. Assoc.*, 1943, 123, 335-339.

2. CHEEVER, BREESE et UPHAM : *Annals of inter. Med.*, Octobre 1943.

Ces 2 articles ont été résumés dans le 4ᵉ fascicule des *Renseignements scientifiques d'hygiène, médecine et biologie*, publié par la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge (*H. Lang*, éd., Berne, 1944).

NÉCROLOGIE

Marc Tiffeneau

(1873-1945)

La mort a frappé Marc Tiffeneau alors qu'il était en pleine activité intellectuelle. Il est tombé aux premières heures de la journée du 20 Mai dernier, tandis que mêlé à la foule il se rendait en quelque lieu de la banlieue parisienne. Rien ne faisait prévoir une fin aussi tragique, bien que nous le sachions, nous ses intimes, tenu de ménager sa santé. A l'annonce de sa mort la consternation fut grande au sein du cercle de ses amis, de sa famille.

Le déchirement que causa sa disparition éveille en moi la nostalgie d'une amitié dont seule la mort pouvait éviter les liens. Certes, nous qualifions volontiers d'amis, de simples relations. Notre prodigalité a épuisé la richesse et la signification d'un terme dont l'emploi devrait être rare et judicieux. « Amitié », par contre, n'a pas subi une pareille usure. Le mot suppose moins une présence que de subtils échanges et de durables résonances. Les âmes que l'amitié attache ne retrouvent plus, selon Montaigne, la « couture qui les a jointes ». Elle est un sentiment où se mêle une sorte d'aise et qui dure, parce qu'il procède d'harmonies intérieures.

Des réactions analogues devant les soubresauts politiques, une foi semblable dans le devenir des hommes, une attitude pareille en face de leurs aspirations nous avaient poussés l'un vers l'autre, au temps déjà lointain où, pour la première fois, je rencontrai Tiffeneau au laboratoire de l'Ecole pratique du professeur Charles Richet. Notre amitié grandit, devint étroite, s'affermit au long des ans. L'accession de Tiffeneau au décanat de la Faculté de Médecine fut un nouveau et solide lien de carrière qui s'ajouta aux précédents.

*
* *

Tiffeneau était un homme affable et bon. Dans son regard luisait une intelligence aiguisée; sa bouche avait un dessin souriant qui traduisait un caractère amène. Le front surtout révélait puissance de travail et force de pensée. Il n'était point de ceux qu'a définis Voltaire et qui perdent leur temps « à ne rien faire, à ne point faire ce que l'on doit, à le mal faire ou à le faire à contre-temps ». En lui tout était méthodique, équilibré.

Les années n'avaient effeuillé ni son enthousiasme, ni sa vivacité, ni son ardeur; mais un grave accident survenu, alors qu'avec sa formation militaire il rejoignait sa position de repli, en 1940, l'avait contraint à renoncer à la direction de la Faculté de Médecine, couronnement d'une carrière dont l'ascension continue devait tout au travail, à la persévérance, au mérite. Quoi qu'on ait pu dire, ce sont là qualités dont notre peuple est riche.

Né à Mony, commune de l'Oise, de parents commerçants, quatrième enfant d'une famille qui en comptait six, Marc Tiffeneau affirma de bonne heure ses dons. A seize ans, il était bachelier.

Une sourde vocation le poussait vers les études chimiques où il devait exceller. C'est auprès de Béhal que son avenir se décida. Et, dans l'exaltation de ses vingt ans, désireux de se mesurer avec ses condisciples après un an de séjour à l'Ecole supérieure de Pharmacie, il se lança dans la voie des concours où, de réussite en réussite, en pharmacie, puis en médecine, il devait atteindre le professorat.

Interne en pharmacie des Asiles, puis des Hôpitaux, il obtient la médaille d'or en 1900 et, quatre ans plus tard, accède par voie de concours aux fonctions de Pharmacien des Hôpitaux.

Pharmacien de l'hôpital Boucicaut, son éclectisme l'entraîne plus loin. Il poursuit de nouvelles études, est docteur ès sciences en 1907, travaille à l'Institut Pasteur, puis sous l'influence d'Emile Roux se tourne vers la Médecine et soutient sa thèse en 1910. Il se présente à l'agrégation de pharmacologie de la Faculté de Médecine et sa réussite élargit les perspectives d'une carrière où la passion du travail, la persévérance dans la recherche l'emportent sur l'ambition.

Professeur de chimie au P. C. N. de la Faculté des Sciences en 1924; professeur de pharmacologie et de matière médicale à la Faculté de Médecine en 1926, l'Académie de Médecine l'accueille en 1927, et l'Académie des Sciences en 1939.

Tiffeneau était membre, à titre étranger, de nombreuses Académies et Sociétés savantes. A la Société des Nations il était un élément influent du « Comité de contrôle international des stupéfiants ».



MARC TIFFENEAU.

Aussi fut-il appelé à maintes reprises à représenter la science française dans les congrès ou au cours de missions à l'étranger.

*
* *

L'œuvre scientifique de Tiffeneau est à la fois celle d'un organicien et d'un biologiste. Il y fait preuve d'une grande originalité et d'une patiente ténacité. Ses travaux touchent aux branches les plus diverses de la chimie organique pure et appliquée, notamment dans ses applications à la pharmacologie et à la pathologie.

En chimie pure, l'œuvre est dominée par une étude des plus importantes au point de vue théorique: celle des transpositions moléculaires, c'est-à-dire de ces migrations de groupements à l'intérieur d'une molécule qui viennent en modifier la structure et l'ordonnance. Il se donna comme but d'en saisir le mécanisme, ce qui a nécessité un nombre considérable d'expériences et d'innovations, tant pour créer les types nécessaires que pour établir la constitution des produits formés.

Les efforts de Tiffeneau furent récompensés. Il put donner une assise définitive à ses vues en rattachant les transpositions moléculaires suivant des modalités déterminées, conditionnées par la nature des réactifs et par les affinités des radicaux substituants, et cela avec une régularité suffisante pour être prévues. C'est un chapitre nouveau de la chimie organique qui a été ainsi édifié.

Dans le domaine de la chimie pharmacologique, Tiffeneau a étudié un grand nombre de questions qu'il a envisagées à un point de vue pratique et théorique.

Ses recherches sur les hypnotiques, poursuivies dans trois séries chimiques distinctes, celles des acides barbituriques, des glycols et des uréides bromés l'ont conduit, d'une part, à la découverte de produits susceptibles d'applications pratiques et, d'autre part, à des conclusions théoriques concernant les relations entre le pouvoir hypnotique et la structure chimique.

A propos des anesthésiques généraux, Tiffeneau a pu suivre leur répartition dans l'organisme. Il a étudié l'influence des ions H et OH sur les effets des anesthésiques généraux et sur ceux des hypnotiques. Dans des études particulières, il a précisé les actions de la caféine, de l'ergotinine cristallisée et de l'ergotinine amorphe, de l'insuline, de l'ouabaïne et de la pelletiérine.

Mais c'est surtout l'étude des rapports entre action et constitution chimique qui l'a conduit aux découvertes les plus importantes. En matière d'anesthésiques locaux, d'amines sympathomimétiques, les constatations d'ordre théorique qu'il a pu faire, dans les longues séries de substances nouvelles qu'il a préparées, sont devenues rapidement classiques et quelques-unes d'entre elles ont conduit à des applications pratiques intéressantes.

C'est de son laboratoire qu'est sorti un des rares étalons internationaux que la France ait eu à fournir, l'ouabaïne. C'est dans son laboratoire aussi qu'ont été élaborées diverses méthodes de titrage biologique de substances médicamenteuses, œuvre à laquelle Mlle Jeanne Lévy a été si intimement associée.

Parallèlement au travail chimique qui lui a permis de créer par synthèse de nombreux composés nouveaux, Tiffeneau a appliqué les méthodes physiologiques à l'étude des propriétés pharmacodynamiques de beaucoup de corps. Il a fait notamment l'étude de deux alcaloïdes synthétiques, apparentés: l'un à l'hordénine, l'autre à l'adrénaline. A propos de l'homordénine, homologue inférieur de l'hordénine, il a montré que dans le groupe des phénols à chaîne latérale aminée, l'action vaso-constrictive est au maximum pour les composés qui présentent dans leur chaîne latérale deux atomes de carbone.

Les recherches de Tiffeneau en *chimie pathologique* ont porté sur la toxicité de la tuberculine préparée par culture du bacille dans un milieu purement minéral et sur le caractère physico-chimique de la neutralisation de la toxine tétanique par la substance cérébrale. L'étude de la destinée du chloralose dans l'organisme animal lui a fourni l'occasion de s'intéresser à la question toujours discutée du mécanisme de la conjugaison glycuronique.

Tiffeneau s'est montré un chef d'école. Les nombreux élèves qu'il a formés garderont de lui le souvenir d'un maître bienveillant, ayant foi en la science qu'il cultivait, aimant instruire et guider les jeunes qui faisaient appel à ses conseils, toujours prêt à rendre service s'il était sollicité.

La carrière universitaire, les travaux scientifiques n'enferment pas tout l'homme. Chacun de nous trahit dans son comportement des facultés ou des aspirations étrangères aux démarches habituelles de son esprit. Ce sont les « jardins secrets » où l'individu trouve dérivatif et délassement. Tel homme d'Etat fait de la peinture, tel poète dessine tel peintre fait de la musique. Serait-ce par contraste aux réalités physiques qu'ils observent que les scientifiques, et singulièrement les médecins demandent aux enchantements du monde sonore la détente et parfois d'indicibles élévations ?

Orfila chantait d'une manière admirable, nous disent les chroniques du temps. Tiffeneau qui fut comme le grand toxicologue du siècle dernier médecin, chimiste et doyen de notre Faculté, avait aussi le culte de la musique. Celle de Wagner surtout. Pour se rendre à Bayreuth, lorsqu'il était interne, il mit en gage sa médaille d'or et parti

ac au dos. Bayreuth devint pour lui une sorte de pèlerinage où il aimait à rencontrer Jean Cantacuzène, Auguste Marie, Delacroix.

Mais l'attirance des horizons fabuleux où chevauchent les Walkyries n'était pas exclusive. Grand voyageur, Tiffeneau parcourt l'Europe à plusieurs reprises, et les Amériques, pour répondre, non pas aux tiraillements de sa curiosité, mais aux besoins d'une intelligence éprise des beautés grandioses de la nature et des chefs-d'œuvre artistiques.

Il s'apprêtait à rejoindre ses collègues de la Société des Nations, à Londres, lorsque la mort, à l'improviste, l'emporta.

*
* *

Carrière, travaux scientifiques, enseignement, voyages... du portrait auquel ma plume s'attache, l'arrière-plan reste à tracer. Quelques silhouettes émergent là, inséparables de Tiffeneau : ses amis. Car, dès le début de sa carrière, il suscita des amitiés qui résistèrent à l'usure du temps. Valeur, Blaise, Desgrez, Delépine, Cantacuzène, Auguste Marie, avec quel enthousiasme, avec quelle chaude reconnaissance il tourna vers eux sa pensée au cours de sa leçon inaugurale de 1927. Et combien profonde fut son affection pour Ernest Fourneau, le premier en date de ses amis et le premier également dans son cœur puisque des liens de famille s'ajoutèrent bientôt à ceux de l'amitié.

Dans ce tableau que je tente d'esquisser, émergent à leur tour la douce et sympathique figure de Madame Tiffeneau, celle de ses deux fils, de leurs petits-enfants auxquels s'adresse ici l'expression de nos condoléances les plus vives et les plus affectueuses. En leur entourage, les qualités les plus délicates de Tiffeneau s'épanouissaient, s'exhaltaient.

Marc Tiffeneau laissera parmi ses collègues, ses amis, ses élèves, parmi ceux qui l'ont connu dans l'intimité, le souvenir d'un homme plein d'aménité et de courtoisie, d'un homme fermement attaché aux idées et aux doctrines qu'il avait faites siennes. Toujours il est resté fidèle à la ligne de conduite qu'il s'était tracée dès le début de sa carrière et qui l'avait conduit aux plus hauts sommets où puisse atteindre un universitaire. Il était de ceux qui ont vivement réagi aux événements qui assombrirent l'histoire de notre pays durant ces dernières années. Grâce à son courage et à son amour du travail, il avait su faire face à l'adversité et trouver la force de croire et d'espérer. Au cours des années de l'occupation, Tiffeneau avait marqué sa place au sein des mouvements de la résistance médicale et universitaire et y avait fait œuvre utile, toujours soutenu qu'il était par sa foi en la renaissance et la rénovation de la France.

GUSTAVE ROUSSY.

CHRONIQUE

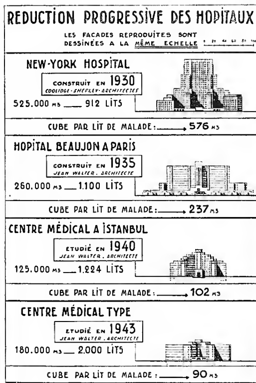
Renaissance de l'architecture médicale

L'heure est venue de songer à la reconstruction de notre pays. Déjà, architectes, urbanistes sont à l'œuvre pour faire surgir des amoncellements de pierres, de briques des cités neuves, allégées, libérées. Mais si l'architecture civile a considérablement évolué au cours de ces dernières années, si les immeubles d'habitation ont été construits pour s'adapter à l'évolution sociale, si les usines, les maisons de commerce ont été bâties sur des bases nouvelles pour augmenter l'efficacité du travail et améliorer le bien-être des occupants, il ne semble pas que l'architecture médicale ait tenu compte de tous les problèmes auxquels doit faire face un hôpital moderne ou une Faculté de médecine.

Profitant d'une détention prolongée pendant les années d'occupation, M. Jean Walter, l'architecte auquel nous devons, en France, l'Hôpital Beaujon, la Cité médicale de Lille, a réuni le fruit de vingt années d'expériences constructives et résumé dans un beau livre, enrichi de plans, de documents photographiques, les méthodes d'une architecture spécialisée [1].

Prisonniers du passé et de conceptions erronées, la plupart des architectes qui ont eu à construire des hôpitaux ont multiplié les bâtiments et augmenté les distances entre chacun d'eux. Chaque pavillon, en raison de son isolement a nécessité la dotation de laboratoires, d'offices, de réserves diverses, de vastes galeries, si bien que, dans les hôpitaux européens, les chambres occupent en moyenne 8 pour 100 du volume total des constructions, le reste de l'hôpital soit 92 pour 100, étant réservé aux murs, aux locaux annexes et aux circulations et que le prix de revient du lit a augmenté proportionnellement à ce volume improductif.

L'exploitation de ces hôpitaux développés en surface est également irrationnelle. Le transport des malades de l'admission à un service, d'un service à



une salle de radiographie ou à un laboratoire, la distribution des aliments, des médicaments, du linge, demandent un personnel considérable et le rendement de ce personnel est insignifiant puisqu'il passe une partie de son temps à se déplacer improductivement dans les galeries de l'hôpital. Un immeuble industriel construit sur un tel programme ne pourrait lutter contre la concurrence en raison des charges et ferait faillite.

Les hôpitaux ainsi construits sont donc de mauvais outils parce que les trop grandes distances rendent impraticables les liaisons. Un malade ne dépend plus comme autrefois d'un seul médecin, il peut avoir besoin de l'avis d'un ou de plusieurs spécialistes. Les méthodes de diagnostic et de thérapeutique nouvelles demandent l'usage de laboratoires munis d'instruments nombreux. Il faut donc par des dispositions architecturales spéciales grouper les services, réduire les déplacements, éviter le gaspillage de forces humaines, utiliser la force motrice chaque fois que cela est économique. Pour atteindre ces buts, l'un des principaux moyens est, pour M. J. Walter, de comprimer les volumes. Il faut supprimer les espaces inutiles. Pour Grange Blanche à Lyon, pour Virchow à Berlin, le volume atteint 330 m^3 par lit, pour Beaujon, 240 m^3, pour l'Hôpital-école d'Ankara 116, et pour des projets non encore appliqués 90 m^3. Cette économie de volume dans la construction peut se réaliser par un certain nombre de principes nouveaux : abandon de la doctrine de l'orientation systématique des chambres au midi qui semble inutile pour les bâtiments où les occupants ne séjournent que très peu de temps, concentration des services, suppression des espaces morts, diminution des surfaces bâties par l'élévation en hauteur qui ne doit cependant pas dépasser 8 étages, étude des circuits, etc... Et que ne revienne plus cet argument qu'un hôpital ainsi conçu, en raison de l'importance de sa construction ne peut être démoli quand les nécessités d'ordre technique l'exigent, puisque les barraques en planches de Broussais ont mis plus de cinquante ans à disparaître.

Mais ce qui fait à nos yeux le grand intérêt du livre de M. J. Walter ce n'est pas tant les plans de la construction logique d'un hôpital moderne qui sont avant tout discipline d'architecte avec laquelle nous sommes peu familiers, mais c'est surtout l'exposé des principes qui ont amené le savant constructeur de Beaujon à concevoir d'une façon si originale les bâtiments destinés à abriter des services de santé.

En effet, dans la première partie de son ouvrage, M. J. Walter expose ses conceptions de l'organisation médicale et il est toujours intéressant pour un médecin au moment où cette question domine toutes les autres de savoir comment un homme habitué à dresser des plans trace celui des services médicaux de la Nation tels qu'ils devraient être pour le plus grand profit des malades.

Le but de l'organisation médicale du territoire « n'est pas seulement de sauvegarder la santé publique et individuelle, mais aussi de prolonger la vie, de diriger les hommes vers des situations sociales appropriées à leurs possibilités, de renseigner les jeunes gens sur leurs aptitudes physiques et d'orienter professionnellement leur vie, de rehausser les conditions d'existence, d'augmenter la quiétude et le bien-être de tous ». Les multiples activités de cette organisation sanitaire peuvent se grouper en trois grandes catégories : celles qui concernent la prévention, celles qui concernent les soins, celles qui concernent l'enseignement médical. L'esprit dans lequel on concevra sa gestion économique devra tendre à l'équilibre financier pour qu'il ne soit pas une trop lourde charge à la collectivité.

Les organismes médicaux devraient être répartis d'une façon logique sur le territoire. Dans chaque région, devrait exister un grand centre hospitalier situé dans une grande ville auquel serait annexée une Faculté de Médecine ; à la périphérie de la ville et de la région seraient placées de petites formations annexes pour la prévention, jouant le rôle de centres de traitement, enfin plus loin seraient établis des établissements spéciaux pour les vieillards, les contagieux, les aliénés. Dans une série de tableaux très significatifs, l'auteur montre ce que pourrait être l'organisation médicale de la région parisienne et celle de Saint-Lô où tout est à refaire.

Cette organisation repose naturellement sur la collaboration des médecins. Il faut poser en principe que ces centres de diagnostic ne peuvent venir en concurrence avec les médecins praticiens mais sont, au contraire faits pour les aider. Il faut que cette organisation soit établie de telle manière que « chaque praticien ne perde pas le malade qu'il adresse aux centres d'examen, lorsque la complexité du syndrome clinique oblige à faire faire des examens par plusieurs spécialistes. Les observations du centre doivent être communiquées au médecin qui suivra ensuite son malade, suivant l'usage établi entre spécialistes et praticiens. Lorsqu'il s'agit d'une intervention chirurgicale, le médecin pourra assister à l'opération et suivre ensuite son client comme cela se fait dans toutes les cliniques privées. En un mot, des rapports honnêtes devront s'établir pour que la clientèle ne soit jamais prise au praticien qui, s'il ne se sent pas menacé deviendra l'auxiliaire naturel de l'organisation ». Mais ce programme ne peut se réaliser que s'il apporte des avantages à tous, aussi bien aux malades qu'aux médecins.

Il faut louer M. J. Walter de nous avoir donné en tenant compte de l'évolution des doctrines médicales et des transformations progressives des besoins de la société, une architecture exactement conçue pour son but et de nous avoir apporté une conception hardie de l'organisation sanitaire qui, si elle est suivie, permettra une meilleure protection de la santé du pays.

A. P.

1. RENAISSANCE DE L'ARCHITECTURE MÉDICALE par Jean WALTER, 1945. Grand in-4° (24.5 × 31.5) de 210 pages et 140 figures. (*Masson et Cie* ; *Masson et Cie, éditeurs*), Paris. — Prix : 600 frs.

INFORMATIONS

CONSEILS DÉPARTEMENTAUX DES MÉDECINS

Comité de coordination

(Région parisienne)

La réunion du 20 Juillet 1945 avait été motivée par une proposition récemment faite au Syndicat médical de Seine-et-Marne par l'Union des Caisses d'Assurances Sociales, de modifier la Convention intervenue en 1942 entre les Caisses et le Corps Médical. L'Union des Caisses d'Assurances Sociales de la Région Parisienne demandait de modifier l'article IV de cette Convention, relatif aux honoraires, dans le sens suivant : Au lieu d'être comme par le passé établis par le Syndicat Médical et communiqués aux Caisses, les honoraires seraient désormais « fixés d'un commun accord par le Syndicat médical et par l'Union des Caisses », et la durée de ce « tarif commun » devrait être en principe égale à celle de la convention, c'est-à-dire une année. Par ailleurs, de nouvelles dispositions s'inspirant de l'ordonnance du 3 Mars 1945 seraient prises pour examiner et « arbitrer » les dépassements d'honoraires.

L'importance de la demande faite par l'Union des Caisses et ses répercussions sur l'exercice de la médecine ont paru telles aux membres présents à la séance que ceux-ci, en raison de leur trop petit nombre dû à la période de vacances, n'ont pas cru devoir prendre une attitude ferme et conseiller aux Conseils et aux Syndicats départementaux l'acceptation ou le refus des propositions de l'Union des Caisses. La question sera donc reprise en Septembre, après que les divers groupements professionnels auront pu discuter les avantages et les inconvénients des textes proposés.

Au cours de cette même réunion le Comité de Coordination a en outre pris connaissance du projet d'ordonnance destiné à modifier le régime des Assurances Sociales du Commerce et de l'Industrie. Ce projet, tel qu'il est sorti des récentes délibérations du Conseil Supérieur des Assurances Sociales, a reçu de la plupart des assistants un accueil aussi réservé que l'ordonnance du 3 Mars 1945.

Enfin le Comité de Coordination a pris connaissance de la décision prise par le Conseil départemental et par la Chambre Syndicale des Médecins de la Seine de porter, dans le département de la Seine, les honoraires minima de la consultation et de la visite respectivement de 60 à 80 fr. et de 80 à 100 fr., à partir du 1er Septembre 1945.

Universités de Province

Faculté de Médecine d'Alger. — La chaire de *botanique et matière médicale* (titulaire M. Fortnesi) prend le nom de chaire de *matière médicale* (même titulaire).

— M. Roques, agrégé, est nommé à titre provisoire, à compter du 1er Octobre 1945, professeur titulaire de la chaire de *botanique* (chaire créée).

Nouvelles diverses

Maladies professionnelles : silicose. — Le *J. O.* du 3 Août 1945 publie une ordonnance relative aux réparations dues aux victimes de la silicose considérée comme maladie professionnelle.

Ecole du Service de Santé militaire. — Le *J. O.* du 2 Août 1945 publie la liste des candidats admis à subir les épreuves orales du *concours d'admission* à l'Ecole du Service de Santé militaire en 1945.

Prises de rang et promotions des officiers réservistes du Service de Santé. — Le *J. O.* du 31 Juillet 1945 publie un décret du 24 Juillet 1945 portant fixations de prises de rang et promotions dans le cadre des officiers de réserve du Service de Santé.

Dissolution du bureau de la société des biologistes pharmaciens. — Par arrêté en date du 23 Mai 1945, le bureau de la société des biologistes pharmaciens est dissous. Une commission provisoire de gestion est substituée à ce bureau.

Nos Echos

Fiançailles.

— Le docteur Pierre Gérard-Marchant, chirurgien des Hôpitaux et Madame ont le plaisir de faire part des fiançailles de leur fille *Claude*, médecin auxiliaire, aux Armées, avec Monsieur Philippe Détrie, externe des Hôpitaux, médecin auxiliaire, aux Armées.

Mariages.

— On annonce le mariage du docteur Pierre Bernard, interne des Hôpitaux de Paris, avec Mademoiselle Lætitia Albrizzio (2 Août 1945).

— Pierre Bosquet, étudiant en médecine, a le plaisir de faire part de son mariage avec Luce Dubieu (Paris le 13 Juillet 1945).

Décès.

— On annonce, de Bayonne, le décès du docteur Pierre Labourbette, survenu le 20 Mars 1945.

— Le docteur Henry Bossakoff, de Vichy, fait part du décès de son fils, le docteur Albert Bossakoff, tué accidentellement alors qu'il se rendait au chevet d'un malade.

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

Le gérant : F. Thomas.

Imprimé par l'Anne Imprimerie de la Cour d'Appel, 1, rue Cassette, à Paris (France).

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées aux Périodiques, la Direction scientifique de La Presse Médicale *a dû fixer à 4 colonnes maximum l'étendue des mémoires originaux. Tout manuscrit dépassant cette étendue sera retourné à son auteur.*

A PROPOS DES GRAVES DÉNUTRITIONS ACTUELLES

REMARQUES BIOCLINIQUES SUR L'ATHREPSIE ET LE « TERRAIN » ATHREPSIQUE

Par **G. MOURIQUAND**

La question du « terrain », manquant de bases biologiques précises reste à l'état « vague » dans la plupart des esprits. Les cliniciens s'en tiennent souvent à des images bibliques (« le blé ne pousse pas sur le roc », etc...). Sans doute l'immunologie a posé parfois avec netteté cette question terrain. Mais les graves déséquilibres alimentaires actuels et leurs conséquences redoutables sur l'équilibre nutritif la posent (sous un autre aspect) avec plus de netteté encore.

Les cas cliniques sont d'une telle complexité étiopathogénique (association d'inanition, de carence, de troubles digestifs, d'infection relevant d'une immunité défaillante) qu'ils n'apportent que quelques rares clartés qui ne permettent guère de pénétrer très avant dans l'intimité de cette étude.

Comme nous l'avons depuis longtemps soutenu l'étude expérimentale des maladies par carence soulève avec une précision particulière la question du terrain local ou général. [1]

Des faits actuels (et avant tout le retour de nos prisonniers et déportés) nous amènent à revenir sur cette importante question vue plus particulièrement sous l'angle du « terrain athrepsique ».

*
* *

Nul mieux que M. Marfan n'a posé — chez l'enfant — le problème de l'athrepsie. Il est des plus complexes dans son étiologie (rôle de la carence alimentaire, des troubles digestifs, de l'infection, etc.). [2] Cette multiplicité de facteurs, les manifestations surajoutées cachent sa ligne bioclinique essentielle. Pour la saisir il faut étudier l'athrepsie à l'état de « pureté » clinique.

Or, comme l'a montré le Maître disparu, c'est l'athrepsie par hypoalimentation (dans l'allaitement artificiel) qui réalise le tableau le plus pur de cette dystrophie qui dans ces conditions évolue sans troubles digestifs primordiaux, ni infection (sauf parfois terminale).

C'est en nous inspirant de cette conception que nous avons cherché (avec Michel, Bertoye, Bernheim (*La Presse Médicale*, 24 Septembre 1924), avec G. Wenger (*Thèse de Lyon*, 1936), etc., à réaliser expérimentalement l'athrepsie par carence alimentaire, celle-ci étant « pure » de tous facteurs primordiaux d'origine digestive ou infectieuse.

Cette réalisation première a eu lieu dans les conditions suivantes :

Des cobayes jeunes ont été mis à notre régime d'avitaminose C. Ils ont développé les manifestations scorbutiques classiques d'abord en prenant du poids ou en maintenant leur plateau pondéral (*Cf.* Lesné, Mme Randoin, etc.). Puis leur appétit ayant fléchi s'est installée une baisse progressive de leur poids en même temps que se résorbaient leurs hémorragies. Jusqu'à un stade avancé de la chute pondérale l'apport de la vitamine C ranimait l'appétit et permettait une reprise rapide de la croissance.

Puis vers le vingt-cinquième jour de la carence s'installait, chez la plupart, une diarrhée. A partir de ce moment l'acide ascorbique réveillait encore l'appétit, arrêtait la diarrhée, mais m'empêchait pas la chute progressive du poids jusqu'à la mort malgré une alimentation suffisante. Nous étions d'amener la dystrophie à ce stade irréversible, ble qui apparaît bien, d'un point de vue biologique général, comme étant celui de l'athrepsie vraie.

D'ailleurs les faits ultérieurs nous ont montré que l'avitaminose C n'était pas seule capable d'amener la dystrophie à ce stade irreversible. J. Roche a établi qu'un régime privé de protéines pouvait y conduire.

Nous avons vu nous-même avec A. Leulier que des cobayes soumis pendant plusieurs jours à l'inanition totale, puis au régime normal pouvaient, tout en mangeant, digérant leur ration, entrer eux aussi dans l'irréversibilité.

Nous avons montré avec J. Coisnard que le pigeon soumis à de fortes restrictions d'un régime, pourtant équilibré, réalisait lui aussi le syndrome athrepsique de l'inassimilation irréversible.

Le passage du stade réversible au stade irréversible des dystrophies du premier âge chez l'enfant est, on le sait, difficile à saisir. Certains syndromes du type Parrot (avec facies « voltairien ») peuvent guérir (notamment par large alimentation au sein, etc.).

Il faut donc, dans certains cas, ne pas perdre espoir, toujours tenter avec zèle le traitement de l'athrepsie. Celui-ci, rarement hélas ! pouvant parfois révéler une réversibilité cachée sous des signes dystrophiques alarmants (la recherche du métabolisme basal, Ribadeau-Dumas, Fonet, etc., et divers autres tests pouvant parfois aider à déceler la possibilité d'une réponse favorable de l'organisme).

*
* *

Ces faits expérimentaux, comme les faits cliniques « purs », nous montrent ce qu'est essentiellement, du point de vue biologique, le syndrome athrepsique.

Athrepsie et cachexie ne doivent pas être confondues.

Nous estimons, que (cliniquement aussi bien qu'expérimentalement) on peut dire qu'il y a « *cachexie* » lorsque la dénutrition évolue sous l'action d'une cause pathogène présente (perte de poids par hypoalimentation, par troubles digestifs, par infection, etc.).

Dans ces cas il peut y avoir inassimilation, mais il y a avant tout soustraction actuelle des éléments nutritifs indispensables, leur apport à la nutrition n'étant pas normalement assuré.

Il y a au contraire « *athrepsie* », c'est-à-dire « inassimilation pure » lorsque le facteur pathogène primordial (alimentaire, digestif ou autre) étant supprimé, l'alimentation équilibrée étant redevenue suffisante, la digestion à nouveau assurée, l'infection écartée, la dystrophie générale devenue irréversible poursuit implacablement sa route vers la mort, échappant à toute thérapeutique connue (même « spécifique » comme dans le cas de l'athrepsie par carence). Il a suffi parfois d'un simple facteur d'aggravation (infection rhino-pharyngée, trouble digestif, fatigue, brusques variations météorologiques, vent du Midi, etc.) pour changer la dystrophie réversible en dystrophie irréversible.

*
* *

Et cette conception de l'athrepsie issue de la clinique et de l'expérimentation, la hausse au-dessus l'athrepsie classique du nourrisson (type Parrot).

Il aura suffi, en particulier, de voir nos malheureux compatriotes retour des camps de concentration pour comprendre quels furent les facteurs de leur « cachexie », transformée chez de trop nombreux en terrain du type « athrepsique ». Cachectiques ils ont été du fait de leur carence alimentaire (associée à beaucoup d'autres facteurs dystrophiques, physiques ou moraux), heureusement chez la plupart cette cachexie prendra fin quand retrouvant l'équilibre alimentaire ils verront renaître leur appétit, s'arrêter leur chute pondérale, cesser leurs troubles digestifs, guérir leurs infections. La plupart, dans la mesure où on peut en juger actuellement, seront heureusement restés au stade réversible de leur grave dystrophie générale. Mais de trop nombreux sont entrés (comme les enfants de Parrot, comme nos sujets expérimentaux inanitiés et carencés) dans le stade irréversible de cette dystrophie, du type athrepsique.

Certes il faut de longues et atroces privations à l'adulte, pour entrer dans cette « irréversibilité » (beaucoup plus rapidement atteinte par le nourrisson), mais le fait que des milliers l'ont réalisée et sont déjà morts malgré l'équilibre alimentaire et les soins retrouvés, montre l'importance de la « torture » infligée à leur nutrition (au milieu d'autres tortures). [Ch. Richet.]

La clinique ne parle « d'athrepsie » que pour désigner les dénutritions extrêmes du premier âge ; mais les processus de dénutrition de nombreux prisonniers ou déportés sont essentiellement les mêmes. Il s'agit bien chez eux comme chez l'enfant d'un processus « athrepsique » entraînant au niveau de leurs cellules et tissus l'inassimilation totale, le « phénomène du refus » à tout apport nutritif.

*
* *

Il est difficile de sonder la base histo-physiologique du « terrain » athrepsique. Nous nous y sommes essayés avec Bernheim (*Paris médical*, 2 Mai 1925) en étudiant les modifications du chondriome de la cellule hépatique qui reproduit chez les animaux athrepsiques réalimentés la figure de l'inanition simple (Noël) : [L'athrepsique, peut-on dire, est un inanitié qui mange, digère et dépérit par inassimilation]. Avec G. Wenger (*Thèse de Lyon*, 1936) nous avons précisé les modifications du chondriome des cellules intestinales qui paraissent commander (sans doute par absorption insuffisante) celles des cellules du foie.

*
* *

On sait combien la dénutrition générale des organismes fait fléchir leur immunité : chez le nourrisson amaigri, carencé se développent les suppurations cutanées multiples, les infections viscérales (otomastoïdites, bronchopneumonies, etc.) qui à leur tour accélèrent la dystrophie. Il en est de même chez l'adulte soumis longtemps à l'alimentation déséquilibrée et carencée.

Ces faits sont reproduits par l'expérimentation (avitaminoses A, C, D, etc.).

Il s'agit dans ces cas d'un fléchissement de l'immunité vis-à-vis des germes tels que le staphylocoque, le streptocoque, le pneumocoque, etc., et beaucoup plus tard, si la dystrophie est longtemps prolongée, vis-à-vis du bacille de Koch (les grandes

1. G. Mouriquand : *Vitamines et carences alimentaires*. A. Michel, Paris, 1942 (*Terrain dans l'Avitaminose A*, p. 47 ; in *Avitaminose C*, 162).

2. Lemaire et Mouriquand : Les états de dénutrition du premier âge et l'athrepsie. Rapports au Congrès de Pédiatrie, Lausanne, 1926.

poussées tuberculeuses se voient en général après deux à trois ans d'alimentation carencée [3].

En 1936 (*C. R. de l'Académie des Sciences*, séance du 13 Janvier) avec Sédallian et Cœur nous avons abordé l'étude du problème de l'immunité antidiphtérique en présence du « terrain » athrepsique.

Ayant vacciné nos animaux avec de l'anatoxine nous avons réalisé chez eux (grâce à notre régime d'avitaminose C) le syndrome athrepsique.

L'athrepsique, Parrot l'a dit pour l'enfant, est déjà un « cadavre respirant »; ses fonctions d'assimilation cellulaire sont « mortes » rien ne pouvant les ranimer. Que devient donc l'immunité antidiphtérique chez ce « mort fonctionnel »? Nos recherches ont montré que cette immunité était pourtant respectée, puisque les animaux athrepsiques vaccinés par l'anatoxine se sont montrés aussi bien que les normaux capables de s'opposer à l'action rapidement mortelle de la toxine diphtérique.

*
* *

Autre question que nous nous sommes récemment, avec J. Coisnard, efforcés de résoudre, Que deviennent certaines fonctions nerveuses au cours de l'athrepsie, notamment celles que mesure la chronaximétrie vestibulaire?

L'expérience suivante y répond. Le pigeon soumis à une hypo-alimentation équilibrée (graines d'orge complète 10 *g.*, au lieu de 40 *g.*, ration normale) voit sa courbe pondérale fléchir, puis se stabiliser à un certain niveau. Il a réalisé dans l'hypo-alimentation équilibrée un équilibre nutritif (la même ration carencée précipitant rapidement sa mort). Sa chronaxie vestibulaire reste à la normale (20-22 sigma). Mais si le pigeon est soumis à une hypo-alimentation équilibrée plus importante (5 *g.* au lieu de 40 *g.*) il perd rapidement du poids en même temps que fléchit sa courbe chronaxique vestibulaire (chute de 22 à 2 sigma, le dix-huitième jour, à 1 sigma 5 le vingtième jour).

Si à ce moment on donne 10 *g.* d'orge, l'animal continue sa chute pondérale, entre dans l'irréversibilité athrepsique, mais élève sa courbe chronaxique vestibulaire qui passe à 13 sigma le vingt-deuxième jour, à 17 sigma le vingt-sixième jour, à 19-20 sigma le vingt-septième jour. A ce moment l'injection d'aneurine relève encore sa courbe chronaxique aux environs de 24 sigma, mais le sujet n'en succombe pas moins, en pleine athrepsie.

Voici deux phénomènes qui doivent retenir l'attention du biologiste et du clinicien. Un organisme « fonctionnellement mort » en ce qui concerne sa nutrition générale, peut conserver jusqu'à l'agonie certaines immunités (immunité antidiphtérique) et certaines fonctions de son système nerveux, en tout cas celles assurant sa chronaxie vestibulaire (ou indice chronologique vestibulaire de Bourguignon).

*
* *

Il nous a paru utile, en ces jours ou tant de Français reviennent profondément « blessés » dans leur équilibre nutritif de préciser ces quelques notions biocliniques touchant à l'étude des graves dénutritions.

Rappelons en terminant que la clinique ne permet jamais d'affirmer la « mort cellulaire », l'inassimilation totale, l'irréversibilité certaine. Les soins que nous leur donnerons révéleront, n'en doutons pas, chez la plupart, une surprenante réversibilité de leur dystrophie, à la condition que notre affectueuse sollicitude, notre hygiène: repos, lait, pas de réalimentation brusque, pas d'alcool, etc., les mette à l'abri de tout nouveau facteur d'aggravation.

3. G. Mouriquand : Tuberculose et carence alimentaire. Congrès de la Tuberculose, Strasbourg, 1923.
Voir aussi les discussions à l'Académie de Médecine, à la Société médicale des Hôpitaux de Paris (1941-1944).

SUR LE TRAITEMENT DES ÉTATS DE DÉNUTRITION AZOTÉE

D'ORIGINES DIVERSES PAR LES HYDROLYSATS PROTÉIQUES

PAR MM.

Louis CHEVILLARD, Raymond JACQUOT et Jean ROCHE

(Mission scientifique en Grande-Bretagne).

La réparation de pertes azotées importantes chez des sujets que leur état général ou des troubles digestifs graves rendent inaptes à assimiler des protéines (jeûne azoté prolongé, athrepsie, brûlures étendues, choc opératoire, toxémie gravidique, entre autres) a posé un problème thérapeutique dont l'étude a depuis 1939 préoccupé de nombreux chercheurs dans les pays anglo-saxons. Ce problème n'a pas encore reçu de solution définitive, mais il n'est pas sans intérêt de présenter dans une brève revue l'une de celles qui ont été récemment proposées, au moment où son application est réalisée sur une large échelle.

Il est possible de couvrir le besoin azoté de l'homme en lui administrant en quantité suffisante un mélange des acides aminés indispensables à la croissance, à savoir: l'histidine, l'isoleucine, la leucine, la lysine, la méthionine, la phénylalanine, la thréonine, le tryptophane et la valine (W. C. Rose); toutefois l'équilibre azoté, et, *a fortiori*, une rétention protidique ne peuvent pas être obtenus en l'absence d'un de ces corps dans le régime, phénomène rendant inefficace l'ingestion ou l'injection d'un mélange incomplet d'acides aminés indispensables, malgré la valeur de chacun. L'administration par voie orale d'acides aminés ou de polypeptides à chaîne courte les contenant n'exige aucun travail digestif et elle est possible dans des conditions où l'intolérance aux aliments usuels est pratiquement absolue; enfin l'injection des mêmes corps réalise un apport direct aux cellules de protides utilisables sans protéolyse préalable. Ce sont là les principes qui ont inspiré les recherches dont nous nous proposons de résumer les résultats.

Pour des raisons d'ordre économique, il n'est pas possible de couvrir le besoin azoté de malades à l'aide d'acides aminés purs et l'on s'est adressé dans ce but à des hydrolysats protéiques (Elman et Weiner). Ceux-ci, qui doivent obligatoirement provenir de protéines complètes (en pratique caséine ou viande) aptes à assurer la croissance, sont de deux types. Les uns, résultant de digestions enzymatiques (trypsique ou papaïno-peptidasique), peuvent être employés sans aucune addition, les acides aminés n'étant pas altérés par la protéolyse (Mueller, Kemmerer, Cox, Barnes et Barnes); ils renferment des acides aminés et des polypeptides de faible poids moléculaire. Les autres sont des produits de l'hydrolyse acide totale (sulfurique) des protéines additionnés de tryptophane, ceci afin de compenser la destruction de cet acide aminé par l'action des acides minéraux à l'ébullition (Elman et Charnas, Sahyun); ils ne renferment que des acides aminés libres. La valeur nutritive de ces divers produits est équivalente, mais il convient d'employer chacun selon des modalités particulières. En effet, la protéolyse fermentaire ne peut pas être opérée industriellement dans des conditions de stérilité absolue, tandis que les hydrolysats acides ne sont exposés à des infections bactériennes qu'au cours de leur purification; il en résulte que les premiers seuls sont fréquemment souillés de produits de l'activité microbienne rendant leur injection dangereuse. De plus l'hydrolyse enzymatique laisse toujours subsister des polypeptides plus ou moins complexes, que dégrade l'hydrolyse acide totale. Pour toutes ces raisons, les produits de la première sont administrés par voie orale, tandis que l'on tend de plus en plus à injecter les hydrolysats acides complétés par du tryptophane en utilisant les voies intraveineuse (adultes) ou sous-cutanée (enfants) [1].

Le mode d'emploi des hydrolysats protéiques est simple. Les préparations d'origine enzymatique sont administrées par la bouche dans des solutions à 5 pour 100 renfermant par ailleurs 7,5 à 10 pour 100 de glucose, ceci afin d'éviter que les protides ne soient utilisés par les cellules à des fins énergétiques. Ces mélanges, dont le goût doit être masqué à l'aide d'acide citrique, sont ingérés par petites portions ou introduits dans l'estomac par sonde nasale. Quant aux injections d'hydrolysats acides additionnés de tryptophane, elles exigent un personnel rompu à la pratique de la transfusion et une surveillance très stricte des malades; il y a en effet lieu de les interrompre s'il se manifeste un danger de thrombose ou des réactions fébriles violentes, lesquelles sont en général précédées de frissons. Voici quelques exemples de posologie empruntés aux instructions données par le Medical Research Council aux équipes médicales organisées pour porter secours aux populations hollandaises encerclées lors de leur libération.

Chez les adultes en état de misère physiologique profonde (moribunds) administrer chaque jour pendant les quarante-huit premières heures de traitement, 2 litres d'une solution renfermant 5 *g.* pour 100 d'hydrolysat enzymatique et 7 *g.* 5 pour 100 de glucose additionnés de 100 *mg.* d'acide ascorbique, de 20 *mg.* d'amide nicotinique, de 10 *mg* de riboflavine et de 10 *mg.* d'aneurine, et 1 litre d'eau. Le troisième jour, remplacer ce dernier par 1 litre de solution glucosée de poudre de lait écrémé (poudre de lait: 60 *g.*, glucose, 40 *g.*, eau q.s.p 1.000 cm^3). Les solutions d'hydrolysats doivent être administrées en deux fois dans la journée, à la cuillère (100 cm^3 par quinze minutes) chez les sujets en état d'avaler, au moyen d'une sonde gastrique introduite par voie nasale (100 gouttes à la minute) chez les sujets nauséeux ou trop faibles pour déglutir des solutions. Après trois jours de traitement, on administre du lait total avec prudence et l'on fait passer progressivement le sujet au régime employé habituellement chez les malades porteurs d'ulcère gastrique grave.

Lorsque l'on dispose d'une organisation hospitalière et d'un personnel entraîné aux injections de sérum ou de sang total, on peut avoir recours à la voie intraveineuse, en n'employant pour celle-ci que des hydrolysats préparés à cet usage (du type de l' « amigen » américain) et ne renfermant ni substances pyrétogènes, ni produits dépresseurs ou anaphylactisants. Bien que la voie parentérale ait été employée avec des résultats satisfaisants par de nombreux auteurs, elle demeure peu répandue en raison des dangers qu'elle comporte encore, l'injection de 2 litres par jour de la solution glucosée (7,5 à 10 pour 100) d'hydrolysat (2,5 à 5 pour 100 étant souvent génératrice de thrombose dans le segment veineux où elle est pratiquée (Farr, Emerson et Futcher; Hartmann, Meecker, Perley et Mac Guinness).

Les indications de l'emploi de ces produits sont de deux ordres. D'une part, les sujets dont l'assimilation des protéines est limitée par l'insuffisance des sécrétions digestives résorbent facilement des acides aminés et peuvent, de ce fait, réaliser des gains d'azote à partir d'hydrolysats administrés par voie orale. Tel est le cas de malades dont le jeûne protéique prolongé a provoqué une consomption tissulaire intense à laquelle n'échappent pas les muqueuses digestives et chez lesquels l'ingestion d'hydrolysats selon la posologie indiquée ci-dessus mérite d'être envisagée. D'autre part, l'injection d'hydrolysats apparaît comme physiologiquement légitime chez les sujets présentant des diarrhées sévères, des pertes azotées massives et de fortes hypoprotéinémies, car elle réalise alors une médi

1. Seules des préparations ayant subi un contrôle particulier sont susceptibles d'être administrées par voie parentérale. Elles doivent être dépourvues de substances pyrétogènes (provenant soit d'actions bactériennes sur les protéines, soit de l'eau ayant servi aux opérations industrielles de purification des hydrolysats) et de substances dépressives et ne pas donner de choc anaphylactique. Des tests assurant leur innocuité à ces divers égards ont été codifiés par le *Medical Research Council* en ce qui concerne les préparations anglaises.

:ation d'urgence; elle a été mise en œuvre dans :e but, surtout chez des enfants athrepsiques, de grands brûlés, après des chocs opératoires ou au :ours de toxémies gravidiques.

Un ensemble de résultats satisfaisants a été enregistré. Au cours de la famine du Bengale, en 1943, l'administration de ces produits par voie orale ou intraveineuse pendant trois jours consécutifs a permis de réalimenter par la suite de nombreux moribonds, la seule contre-indication formelle à l'injection étant l'existence d'une néphrite (Rapport du Comitee of Enquiry into effects of starvation, Indian Research Fund Association). Depuis lors, les premières observations faites dans les camps de déportés en Allemagne libérés ont montré que l'ingestion d'hydrolysats conduit à des bilans azotés positifs et à la restauration de la protéinémie chez les hypoprotéinémiques. Le principal intérêt de l'application de cette thérapeutique à des sujets en état de dénutrition profonde semble être de leur permettre de redevenir aptes en peu de jours à se réalimenter sans troubles digestifs, alors que ceux-ci seraient fréquents, même avec le régime lacté. Il va de soi qu'elle ne saurait être légitimement instituée chez des sujets tolérant le lait et *a fortiori*, d'autres aliments; elle ne peut plus être alors qu'un adjuvant de l'alimentation.

De grands brûlés, présentant une perte de substance et une déperdition azotée importantes ont aussi tiré bénéfice de l'injection intraveineuse ou sous-cutanée d'hydrolysats protéiques (Taylor, Levenson, Davidson et Browder), et il en est de même d'enfants athrepsiques (Hartmann, Magnusson), de sujets en état de choc opératoire (Œtell; Elman, Charnas et Davey) et de malades en état de dénutrition azotée d'origines les plus diverses: toxique (toxémie gravidique), infectieuse (fièvre typhoïde) ou autres (gastro-entérites graves, ulcères du tube digestif) [Elman, Weiner et Bradley; Gardner et Trent; Farr]. L'obtention d'un bilan azoté positif et, éventuellement, la disparition rapide de l'hypoprotéinémie, permettent alors un contrôle de l'efficacité du traitement (Elman et Lischer; Madden, Turner, Rowe et Whipple; Mœller, Fickas et Cox).

Ces faits nous ont paru mériter d'être signalés, car ils illustrent les possibilités offertes au médecin par les hydrolysats protéiques. L'emploi de ceux-ci par voie parentérale n'est pas encore entré dans la pratique courante, sans doute en raison des difficultés techniques de la préparation de solutions d'une absolue innocuité. On peut néanmoins espérer qu'un brillant avenir est réservé à ce mode d'administration, soit en tant que thérapeutique d'urgence (famine, athrepsies, choc opératoire, brûlures étendues, toxémies, occlusions intestinales), soit en tant que thérapeutique accessoire de nombreux états de dénutrition azotée, où elle pourra être un adjuvant utile du régime lacté.

BIBLIOGRAPHIE

W. E. Gaunt : Protein hydrolysates in human nutrition. *Chem. and Indust.*, 1943, **62**, 127. — W. E. Gaunt : Protein hydrolysates in intravenous alimentation. *Nutr. Abstr. and Rev.*, 1943, **13**, 501. — G. G. Martin et M. R. Thompson : *Medicine*, 1943, **22**, 73.

SIGNIFICATION DE LA PRÉSENCE DE BACILLES DE KOCH DANS LES CRACHATS DES TUBERCULEUX PULMONAIRES TRAITÉS EN SANATORIUM

Par **Jean-C. LEVADITI**

En 1882 Robert Koch, après quelques hésitations, finit par affirmer que la présence de bacilles dans les crachats « constitue un moyen diagnostique infaillible pour l'existence d'une affection tuberculeuse du poumon » (1). Mais cette affirmation parut dès lors trop absolue. Lichtheim (2) et Grancher (3) observèrent que les bacilles décrits par Koch pouvaient manquer malgré une tuberculose évidente et Hiller (4) vit que de tels bacilles pouvaient être présents dans les crachats alors même que tout signe de tuberculose pulmonaire faisait défaut.

Ainsi dès la découverte du germe, des discordances firent discuter la signification de la présence des bacilles dans les crachats et poser le problème des rapports entre ces éliminations bacillaires et la tuberculose pulmonaire, problème que les cliniciens se sont attachés depuis lors à résoudre.

A l'époque de Koch les moyens d'investigation clinique et bactériologique étaient encore simples: les cliniciens ne pouvaient déceler certaines lésions accessibles maintenant aux rayons de Rœntgen; la bactériologie encore à ses débuts ne possédait que des méthodes microscopiques, imparfaites auprès de celles dont elle a disposé plus tard. Les limites d'incertitude du diagnostic de la tuberculose se sont restreintes. Mais chaque fois qu'une méthode nouvelle a été conçue et mise en pratique, on a vu varier le sens des discordances. Tantôt la clinique, tantôt la bactériologie, l'ont emporté, suivant que les moyens d'observation de l'une ou de l'autre devenaient les plus sensibles.

Il n'est nullement question ici d'opposer la clinique à la bactériologie et de remettre en discussion les principes tant défendus par E. Sergent (5) mais pour étudier les rapports entre la bactériologie et les autres éléments de la clinique il faut en faire une étude distincte. Ainsi firent: des 1916 Rist (6); Kindberg et Delherm (7), puis en 1923 Rist et Ameuille (8) au Congrès de Strasbourg, en 1927 Cordier (9) et enfin en 1942: Sergent, Bezançon, Rist et d'autres (10) à l'Académie de Médecine.

Deux constatations majeures ressortent de ces discussions; d'une part la diminution progressive de la fréquence des tuberculoses pour lesquelles la preuve bactériologique n'a pu être obtenue et d'autre part le fait que les recherches ont été pratiquées sur des malades en traitement dans des services hospitaliers ou dans des dispensaires urbains. En est-il de même en Sanatorium ?

*
* *

Durant quatre années nous avons été à même d'observer dans un laboratoire de sanatorium ce que la phtisiologie pouvait attendre de la bactériologie. Au Centre sanatorial de Passy, dans le Laboratoire Central des « Villages Sanatoriums de Haute Altitude » nous avons pu apporter à M. P.-E. Davy une aide bactériologique qui, grâce aux moyens mis à la disposition du laboratoire , ne fut limitée, par aucune considération matérielle (11).

Dans le sanatorium de Praz-Coutant, M. Davy (12) a établi une « routine de recherche du bacille de Koch », applicable à tous les malades après de nombreuses précautions ayant pour but de conférer à chaque technique bactériologique un maximum d'efficacité. Cette méthode, qui est destinée à faciliter la mise en évidence des bacilles sans multiplier inconsidérément les examens, utilise l'ensemble des techniques bactériologiques. Elle les associe suivant leurs caractères de simplicité, de commodité, de rigueur, de rapidité, etc.

A l'entrée du malade, une première série d'examens comporte des frottis effectués pendant six jours consécutifs. Dans la grande majorité des cas, ils suffisent à faire la preuve de la tuberculose et renseignent en outre sur le rythme et la densité bactérienne des émissions bacillaires. Si ces examens sont négatifs, des homogénéisations, voire même, dans les cas cliniques douteux, la culture et l'inoculation au cobaye sont utilisées d'emblée.

Lorsque le malade ne crache pas, ces examens sont impossibles, le contrôle des selles ou, mieux, du liquide de lavage gastrique est alors pratiqué.

Pendant tout le séjour des malades, des frottis sont effectués systématiquement, chaque mois. Le plus souvent ils révèlent que la densité bactérienne diminue progressivement. Les frottis deviennent négatifs et, toujours lorsqu'il subsiste des doutes cliniques, on a recours à la gamme des procédés bactériologiques plus sensibles.

Plus rarement, que ce soit en raison de la forme clinique ou de la thérapeutique appliquée, les émissions bacillaires deviennent intermittentes. Ce sont alors plutôt aux examens en série que l'on a recours à l'occasion d'un incident, d'une insufflation, de la discussion d'une indication thérapeutique, la série pouvant comporter aussi bien le frottis que toute autre technique bactériologique.

A titre d'exemple voici le nombre des examens réalisés au laboratoire pendant l'année 1937, rien que pour les malades du Sanatorium de Praz-Coutant, qui comporte 178 lits :

Frottis de crachats : 3.074.

Recherche des bacilles dans les selles par la méthode de Genot et Moreau : 689.

Homogénéisation des crachats : 403.

Cultures sur 6 tubes de milieu de Lœwenstein : 78.

En 1938 et 1939, les chiffres furent équivalents.

Comme il fallait s'y attendre, cette méthode a permis de constater des bacilles dans les expectorations d'un très grand nombre de malades.

Un rapport direct, constant, est apparu entre le taux des tuberculoses actives où l'on trouve des bacilles dans les crachats et la diversité des techniques de recherche utilisées. Les chiffres observés sur 5 groupes de 100 malades traités respectivement au Sanatorium de Praz-Coutant [1] au cours des années 1932, 1934, 1936, 1938 et 1939, en y comprenant les preuves bactériologiques obtenues avant l'entrée des malades au sanatorium, sont exposés dans le Tableau I.

GROUPES de 100 malades reçus en	NOMBRE DE MALADES pour lesquels la preuve bactériologique a été obtenue à l'aide	
	de quelques frottis	de frottis en série et de la recherche dans les selles par la méthode de Venot et Moreau
1932	66	88
1934	77	89
1936	68	88
1938	75	88
1939	76	90

Ils se résument en quelques propositions applicables au diagnostic clinique de la tuberculose pulmonaire. Ce sont des approximations, elles ne prétendent pas avoir la valeur ou la signification mathématique qu'une généralisation trop hâtive pourrait leur conférer.

Si les bacilles de Koch ne peuvent être recherchés qu'à l'aide de quelques frottis de crachats les trois quarts des tuberculoses seulement sont confirmées par la bactériologie. Un quart d'entre elles ne l'est pas.

Si des examens plus sensibles, tels frottis des crachats en série et recherche des bacilles dans les selles par la méthode de Venot et Moreau, sont utilisés, la preuve bactériologique peut être obtenue dans les 9/10 des cas. Une tuberculose sur dix risquerait d'être méconnue si l'on ne diagnostiquait que les cas pour lesquels des bacilles ont été constatés dans les crachats.

Qu'advient-il lorsque toutes les ressources de la bactériologie sont mises en jeu et lorsque les modes de prélèvements sont variés et multipliés ?

C'est cette fois à l'observation de 300 malades présents au Sanatorium de Praz-Coutant pendant les années 1938 et 1939 que l'on a recouru : sur ces 300 cas étudiés, 7 fois seulement des bacilles n'ont jamais été mis en évidence. Dans les 293 autres cas, soit 98 pour 100, il y eut, pour chaque malade, au moins un examen positif obtenu par l'une quelconque des méthodes. Dans les cas douteux, par exemple lorsque les bacilles furent révélés par une unique homogénéisation, on a eu recours à la culture et à l'inoculation au cobaye, pour ne laisser subsister aucun doute sur le caractère des bacilles constatés.

Quant aux 7 sujets dans les expectorations desquels il a été impossible de trouver des bacilles : 4 se sont révélés atteints de tuberculose pulmonaire authentique discrète dont la période d'activité avait précédé leur entrée au sanatorium. Les recherches bactériologiques n'avaient pas été poussées alors. Deux cas découverts lors d'examens systématiques, ne comportaient que des signes radiologiques d'infiltration du sommet, accompagnés de sclérose sans signe d'activité actuelle. L'intradermo-réaction à la tuberculine était positive. La septième et dernière observation ne se rapportait pas réellement à une tuberculose pulmonaire mais à une forme exclusivement pleurale et osseuse.

1. Il s'agit bien de malades traités et non de malades reçus, quelques-uns d'entre eux ne relevant pas de la thérapeutique sanatoriale.

Ainsi lorsque toutes les techniques bactériologiques sont mises en jeu et que les examens sont répétés en série, des éliminations bacillaires au moins passagères ont pu être mises en évidence toutes les fois où elles ont été recherchées pendant la période d'activité. Ceci revient à reconnaître que la tuberculose pulmonaire active « fermée » n'existe pas chez les malades traités en Sanatorium.

Est-ce à dire que tous les examens furent positifs ? Certes non. De nombreux examens restèrent négatifs. Si l'on songe que ces malades furent observés pendant tout leur séjour en sanatorium, que ce séjour dure un an en moyenne et souvent plus, qu'il y est loisible de multiplier à volonté les examens et d'y suivre de près des malades relativement peu nombreux, il ne faut pas s'attendre à obtenir aisément de tels résultats dans la pratique courante, en particulier, en milieu hospitalier urbain, où l'afflux des malades empêche une surveillance aussi prolongée.

A l'inverse il faut souligner que toutes les formes de tuberculose pulmonaire ne sont pas représentées au Sanatorium. Les tuberculoses miliaires, exception faite des granulies terminales, évoluent trop rapidement pour permettre le transport des malades. Ainsi toute statistique sanatoriale exclut donc par définition cette catégorie de malades.

*
* *

F. Meerssemann a affirmé en 1933 au sujet des tuberculoses pulmonaires que « l'émission bacillaire peut déborder très largement soit en deçà soit au delà la phase des accidents cliniques » (13). Est-ce à dire que les techniques bactériologiques peuvent être trop sensibles lorsqu'il s'agit d'apprécier la guérison des lésions tuberculeuses ?

Parmi les malades du Centre Sanatorial de Passy il serait vain d'énumérer les cas où malgré des lésions primitivement étendues et évolutives les éliminations bacillaires se sont taries en même temps que disparaissaient les autres signes d'activité lésionnelle. Des cultures sur 6 tubes de milieu de Lœwenstein, jointes à des inoculations au cobaye, selon la méthode de Saenz et Costil, pratiquées à plusieurs reprises, parfois refaites à un an d'intervalle et pendant plusieurs années consécutives à partir de liquides de lavage gastrique ou de prélèvements bronchiques, ont été incapables de mettre des bacilles tuberculeux en évidence dans des formes traitées par double pneumothorax, ou par thoracoplastie, ou simplement soumises à la cure sanatoriale et qui donnaient par ailleurs tous signes d'arrêt de l'évolution.

A l'opposé il est possible d'observer en sanatorium des éliminations bacillaires que n'accompagne aucun autre symptôme d'activité. Elles se produisent dans deux conditions cliniques très différentes : tantôt chez des malades atteints de lésions remaniées, fibreuses, tantôt chez des sujets atteints de lésions minimes pour lesquelles on aurait été tenté de porter un excellent pronostic.

Pour les premiers, à l'occasion d'une grippe, d'une infection rhino-pharyngée, ou même spontanément, une élimination bacillaire isolée peut se produire sans que les autres signes et symptômes se modifient. Il ne convient pas de lui attacher trop d'importance.

Pour les seconds il s'agit de sujets d'une vingtaine d'années dont les lésions minimes, vites cicatrisées en apparence, laissent subsister une expectoration bacillaire reconnue seulement par l'inoculation au cobaye. Ces éliminations sont parfois transitoires et suivies de cicatrisation définitive. Lorsqu'elles sont persistantes il importe de se méfier d'évolutions toujours possibles et parfois redoutables.

Ces éliminations se rapprochent des émissions bacillaires mises en évidence tout d'abord par Cordier (14) chez des sujets atteints d'affections pulmonaires non tuberculeuses, nettement dans les suppurations pulmonaires localisées ou diffuses où chez des sujets qu'il avait nommés « porteurs valides » et qui malgré l'opinion soutenue par F. Meerssemann (15) doivent être considérés comme des « tuberculoses occultes à expectorations bacillifères », terme même de Bezançon, P. Braun et André Meyer (16). Leur fréquence doit d'ailleurs se restreindre par l'usage de la tomographie.

Plusieurs observations, suivies par M. Davy, ont acquis une signification certaine, et confirment que ces éliminations tenaces sont l'indice d'une activité torpide et qu'elles doivent faire prévoir, malgré la cure, une évolution défavorable (17). L'une d'entre elles est typique et représentative de l'objet de cette étude. Le début de la maladie remonte à 1932.

Après une pleurésie séro-fibrineuse, une expectoration minime, reconnue sans aucun autre symptôme ou signe de tuberculose pulmonaire, avait fait porter le diagnostic de « porteur convalescent de bacilles de Koch (12). Au début de 1937 un épisode fébrile aigu traduit une évolution lésionnelle à topographie intercléido-hilaire avec légère atteinte du tiers supérieur du poumon droit. La présence de bacilles de Koch est alors constatée dans l'expectoration. Plus tard, le malade a bénéficié à maintes reprises de longues périodes de bonne santé apparente mais avec une élimination constante de bacilles de Koch que seule l'inoculation au cobaye a permis de déceler. Cette élimination, point de départ de toute une série d'épisodes successifs, traduisait donc l'existence d'un foyer actif. Mais ce foyer était assez minime, ou placé de telle façon qu'au cours des phases de tranquillité de multiples radiographies et tomographies n'ont pu le mettre en évidence.

Quelques années plus tard, les lésions sont devenues importantes. En 1941, une thoracoplastie dut être pratiquée à Pau. Enfin, un syndrome de sténose bronchique est devenu évident et récemment, au moyen d'une bronchoscopie J.-M. Lemoine a enfin localisé la lésion initiale. Il a mis en évidence une sténose et une ulcération bronchique tuberculeuse torpide.

Ce cas doit donc être rapproché des observations publiées en France par Ameuille et Lemoine (18) et en Amérique par Eloesser (19), par Samson (20) et de celles, plus hypothétiques il est vrai, de Jacquerod (21) qui expliquait les expectorations bacillifères, sans lésions radiologiques perceptibles, par la fonte des ganglions lymphatiques dans les bronches.

*
* *

Voici les deux conclusions que suggère cet ensemble de faits observés en Sanatorium.

Toute tuberculose pulmonaire active s'accompagne d'une élimination bacillaire qu'il est possible de mettre en évidence lorsque l'ensemble des méthodes bactériologiques actuelles est utilisé. Mais, en pratique clinique, il ne faut pas pour l'heure compter atteindre un tel résultat. Les services qu'il est possible d'attendre de la bactériologie sont en rapport avec les techniques utilisées.

Toute émission bacillaire d'origine pulmonaire ou bronchique, isolée, dûment constatée, alors que toute cause d'erreur bactériologique est évitée, signifie une tuberculose active, même si par ailleurs tout autre symptôme fait défaut.

Ainsi condensées ces conclusions ne sauraient être généralisées puisque les tuberculoses miliaires ou les émissions bacillaires observées au cours de suppuration pulmonaires non tuberculeuses ne sont pas représentées de façon significative en Sanatorium. Mais elles s'opposent de toute évidence aux notions de « tuberculose fermée » et de « porteurs sains de germes ». Elles restent en accord avec les conclusions du rapport de Rist et Ameuille en 1923 et même avec celles du travail de Koch en 1882.

(Sanatorium de Praz-Coulant et Institut Pasteur.)

BIBLIOGRAPHIE

(1) R. Koch : *Berlin. klin. Woch.*, 1882, **19**, 221 — (2) Lichtheim : *Fortsch. der Med.*, 1883, **1**, 1 — (3) J. Grancher : *Maladies de l'Appareil respiratoire* (Doin, édit.), Paris, 1890, 136 — (4) Hiller : *Deutsch med. Woch.*, 1882, 47, cité par I. Straus : *La tuberculose et son bacille* (Rueff et Cie), 1895, 680 — (5) E. Sergent : *La Presse Médicale*, 1941, nos 66-67, 833. — (6) E. Rist : *La Presse Médicale*, 1916, n° 39, 305 — (7) L. Kindberg et L. Delherm : *La Presse Médicale*, 1917, n° 63, 643 — (8) E. Rist et P. Ameuille : *Rev. Tub.*, 1923, **4**, 298 — (9) V. Cordier : *Rev. Tub.*, 1927, **8**, 273. — (10) *Bull. Acad. Med.*, 1912, **126**, n° 25, 161 et 239 — (11) J.-C. Levaditi : *Bull. Soc. Méd. de Passy*, 1936, n° 3, 100 — (12) P.-E. Davy et J.-C. Levaditi : *Bull. et Mém. Soc. Méd. de Passy*, 1937, n° 7, 76, et *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp.*, séance du 24 Juin 1938, 1168 — (3) F. Meerssman : *Rev. Tub.*, 1933, **1**, 1049, et *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp.*, séance du 17 Octobre 1941, 707. — (14) V. Cordier : *Soc. Méd. Hôp. de Lyon*, 30 Octobre 1923 et *Lyon Médical* 1924, **1**, 728. — (15) F. Meerssman : *Ann. de Méd.*, 1938, **44**, 53. — (16) F. Bezançon, P. Braun et A. Meyer : *Rev. Tub.*, 1934, **2**, 173 ; *La Presse Médicale*, 1934, n° 37, 745, André Meyer : *Thèse Paris*, 1935 (A. Legrand, édit.). — (17) E. Rist, P.-E. Davy et J.-C. Levaditi : *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp.*, séance du 13 Juin 1941, 522. — (18) P. Ameuille et J.-M. Lemoine : *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp.*, séance du 21 Janvier 1941, 63 — (19) L. Eloesser : *Am. Rev. Tub.*, 1931, **30**, 123 — (20) P. Samson : *Am. Rev. Tub.*, 1936, **34**, 671. — (21) Jaquerod : *Soc. des Médecins de Leysin*, séance du 13 Août 1931.

QUESTION D'ACTUALITÉ

NÉCROSE EXPÉRIMENTALE DES ILOTS DE LANGERHANS

Parmi les questions nouvelles que nous fait connaître une lecture sommaire des publications anglo-américaines des années de guerre, celle-ci mérite par son caractère vraiment inédit de retenir l'attention. Trois chercheurs Écossais, MM. Dunn, Sheehan et Mc Letchie ont publié dans le *Lancet* du 17 Avril 1943[1] un travail dans lequel ils ont révélé que certaines substances chimiques ont une action destructive et élective sur les îlots de Langerhans du pancréas. Parmi ces substances la plus active, qui a servi aux expériences des auteurs, est *l'alloxane*. Ce corps est un uréide dérivé de l'acide mésoxalique. L'injection par voie intraveineuse de 300 *mg.* d'alloxane par kilogramme à un lapin adulte produit une nécrose extensive par coagulation des îlots de Langerhans sans atteinte des éléments acineux du pancréas, sans atteinte importante non plus des autres glandes. On n'observe en effet que quelques petites hémorragies au niveau du cortex surrénal et du thymus et un début de néphrite tubulaire dans le rein.

Cette nécrose langerhansienne s'accompagne de tout un ensemble de symptômes, importants et intéressants : chute de la tension artérielle, augmentation considérable du taux du sucre sanguin, bientôt suivie après deux heures environ d'une forte hypoglycémie, le taux du sucre tombant à 100 *mg.* puis 50, puis 30 pour 100. La mort survient en douze à quarante-huit heures avec une hypoglycémie énorme qu'on pourrait attribuer à une surproduction d'insuline.

Les auteurs pensent que la nécrose langerhansienne est due à une stimulation excessive des cellules des îlots qui succombent au surmenage après hyperproduction d'insuline.

L'Alloxane qui existe dans l'acide urique, faisant partie des constituants normaux de l'organisme et étant un dérivé d'origine musculaire on peut comme le font Dunn et ses collaborateurs, se demander si ce corps n'intervient pas à la manière d'une hormone dans le réglage de la production d'insuline par les cellules langerhansiennes. Il ne peut encore s'agir pour le moment à ce sujet que de pures hypothèses et la question reste certainement complexe. En effet plusieurs expérimentateurs de Chicago : Brunschwig, Allen, Owen et Goldner ont d'abord reproduit les expériences de Dunn et de ses collaborateurs chez le lapin. Ils ont obtenu de plus avec l'Alloxane des résultats analogues chez le chien avec mort en une heure à cinq jours. En cas de survie prolongée de plusieurs semaines, il y a d'abord hypoglycémie puis au delà de quarante-huit heures hyperglycémie, bref une ébauche de diabète, mais toujours imparfait et de peu de durée.

Les lésions des îlots sont importantes comme chez le lapin. Les lésions du rein sont contingentes et ne se produisent que quand il y a altération de la teneur en nitrogène non protidique du sang.

Mais les physiologistes de Chicago n'ont pas hésité à expérimenter avec l'Alloxane sur l'homme et ont injecté chez des malades atteints de carcinome du pancréas des doses de 220 à 950 *mg.* par kilogramme d'Alloxane sans obtenir aucune modification de la glycémie ni de la teneur du sang en nitrogène, sans enregistrer non plus aucun trouble subjectif.

Pour très intéressants que soient les travaux de auteurs américains on ne peut donc les envisager encore actuellement que comme des essais de prospection dans une voie très nouvelle où on peut seulement espérer voir se réaliser des découvertes nouvelles.

Ph. Pagniez.

---

1. Dunn, Sheehan et Mc Letchie : *Lancet*, 17 Avril 1943, p. 484 — Brunschwig, Goldner, Allen et Owen : *J.A.M.A.*, 31 Juillet 1943 ; *Id.*, 1944, 212 ; Experimental selective necrosis of the Irlands of Langerhans. *Editorial. J.A.M.A.*, 3 Juillet 1943.

SOCIÉTÉS DE PARIS

ACADÉMIE DE MÉDECINE

31 Juillet 1945.

A propos du procès-verbal. Réponse à M. Ramon u sujet de la lecture de M. Lemétayer. — M. **Tréouel** montre que la suppression de l'addition du tapioca l'anatoxine lente pour la production du sérum antiphtérique chez le cheval se traduit par une diminution rès importante de la mortalité et un accroissement du endement en sérum par cheval en quantité et en unités ntigènes ; il précise que la méthode au tapioca reste xcellente pour la production d'autres sérums, en partiulier du sérum antitétanique.

— M. **Ramon** discute les chiffres apportés par M. Tréouel et maintient ses conclusions.

Rapport au nom de la commission de l'hygiène et les maladies contagieuses sur la déclaration obligatoire de la coqueluche et des fièvres récurrentes. — Conformément aux conclusions d'un rapport de M. **Tanon**, l'Académie se prononce pour la déclaration obligatoire de ces affections.

Rapport au nom de la commission de l'inscription des médicaments. — Conformément aux conclusions d'un rapport de M. **Fabre**, l'Académie se prononce pour l'inscription du dolosal au tableau A, de la phényl-1-amino-1-propane au tableau C et juge inutile l'inscription aux tableaux du sulfate d'ortho-oxyquinoléine.

Vœux au nom de la commission de la démographie. — Après un rapport de M. **Le Noir**, l'Académie adopte un premier vœu aux termes duquel, elle demande de prendre toutes mesures susceptibles d'améliorer la situation des familles nombreuses ou moyennes et d'augmenter la natalité.

Dans un deuxième vœu, l'Académie se prononce pour l'urgence d'une politique intelligente et efficiente de l'immigration ; une immigration judicieuse et dirigée pourrait combler en partie le déficit de la natalité ; en seraient automatiquement exclus les indésirables pour raisons d'âge, de santé et de moralité.

Recrudescence générale de la fièvre ondulante dans le Midi de la France. — M. **Lemierre** présente une note de M. **Lisbonne** qui insiste sur la gravité de la situation ; le nombre des chèvres a presque décuplé dans ces dernières années dans les communes méridionales et celui des fièvres ondulantes a augmenté dans les mêmes proportions ; 35 pour 100 des chèvres examinées se sont révélées contaminées au lieu de 8 pour 100 avant la guerre. Il faudrait abattre les chèvres ayant avorté ou reconnues sérologiquement contaminées, interdire la vente de toute chèvre n'ayant pas subi un examen sérologique, interdire la vente du fromage frais de chèvre et de brebis. La méthode de prémunition du bétail contre la brucellose par infection de cultures vivantes et non virulentes de *B. abortus* n'a aucune efficacité et crée une sécurité trompeuse.

Aspects actuels de la fièvre récurrente épidémique en Afrique du Nord. — M. **Ed. Benhamou** souligne, dans l'épidémie qui sévit actuellement en Afrique du Nord, l'intérêt de certains syndromes cliniques : ictérique, hémorragique, neuro-sensoriel, obstétrical (caractérisé par l'interruption quasi constante de la grossesse) et de dénutrition qui fait ressembler les malades aux déportés des camps allemands. Il insiste sur la fréquence de trois syndromes humoraux : 1° L'hypo-azotémie avec troubles du métabolisme du chlore ; 2° les signes d'hémogénie avec chute des plaquettes sanguines auxquels s'ajoutent parfois la grande auto-agglutination des hématies et l'accélération de la vitesse de sédimentation ; 3° la diminution considérable des protéines plasmatiques qui explique la déshydratation et la cachexie d'une part, et d'autre part la mort de l'œuf avant que le placenta ne laisse passer les spirilles ou la mort et le manque de viabilité des nouveau-nés.

A la thérapeutique par les arsénicaux pentavalents, à l'exclusion de l'acétylarsan, il associe avec succès les transfusions de sang total ou de sang concentré dans les syndromes hémorragiques, les transfusions de plasma dans les syndromes de malnutrition et pour hâter la convalescence. Il réclame surtout un plan méthodique, à base d'emploi de poudre de D.T.T. ou de tel autre autre insecticide qui aura fait ses preuves, contre les maladies infectieuses relevant du pou, en faut les ressources et les efforts de la France et de l'Empire.

L'ulcère phagédénique tunisien. — M. **Gougerot** présente une étude de MM. **Balozet, Durand** et **Ragu** portant sur plusieurs centaines de cas ; ils démontrent le début sous-épidermique anaérobie des lésions ; le bacille a été constamment trouvé, tantôt sous la forme immobile de Vincent, tantôt sous la forme mobile de Plaut, ainsi que le streptocoque ; les autres germes sont inconstants. Deux traitements sont excellents qu'il est facile d'associer : sulfarsénol et sulfamides par la voie interne et par la voie externe.

Danger actuel des cures solaires. — M. **d'Œlnitz** (Nice) montre que l'héliothérapie mal dirigée peut être dangereuse et réveiller des lésions jusque-là silencieuses et méconnues ; arme à double tranchant, elle peut donner des effets favorables et des réactions nuisibles chez tous les affaiblis et les sujets en état de dénutrition ; il faut en interdire actuellement l'application excessive et même l'application normale en l'absence d'un contrôle médical préalable et renouvelé.

L'omoplate scaphoïde. — M. **Vallois**.

Lucien Rouquès.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE BIOLOGIE CLINIQUE

24 Mai 1945.

La leucocyto-réaction. — M. **J. Gouin** (Evreux), expose la méthode qui consiste à rechercher l'augmentation ou la diminution du nombre des leucocytes du sang 2 heures après l'administration d'une médication générale, physique, biologique, chimique.

L'auteur indique la technique et rappelle les faits expérimentaux. Les réactogènes choisis sont la radiothérapie fonctionnelle sympathique, le sang, les antisyphilitiques et les sels d'or.

Mais un antisyphilitique ne provoque pas chez tous les syphilitiques une hyperleucocytose ; le même syphilitique peut réagir en hyperleucocytose au novarsénobenzol et en leucopénie à un autre arsenical, il en est ainsi avec les sels de bismuth ou le mercure. La combinaison simultanée d'un réactogène hyperleucocytosant et d'un autre leucopéniant donne une résultante leucopénique.

Les sels d'or ont un déterminisme hyperleucocytosant chez les tuberculeux pulmonaires ; la réaction disparaît à la période terminale. Dans les tuberculoses cutanées il y a tantôt hyperleucocytose, tantôt leucopénie. On peut réactiver la réaction aurique en utilisant un antisyphilitique (hyperleucocytosant).

L'auteur indique les applications de la méthode en utilisant soit un seul agent ou plusieurs en combinaison et conclut à la nécessité de la recherche leucocytaire avant d'instituer une médication spécifique ; l'hyperleucocytose caractérise l'activité thérapeutique du spécifique ; la leucopénie celle de la nocivité.

La méthode trouve son application en tuberculose cutanée, en syphiligraphie et dans de nombreuses affections à étiologie imprécise.

— M. **Bocage** déclare que techniquement il est impossible de tenir compte de résultats de numérations de leucocytes qui ne présentent pas entre elles des différences de plus de 30 pour 100. Or, l'auteur tient compte des différences de 20 pour 100. D'après lui les numérations de leucocytes effectuées avec une dilution au 1/1.000 et portant sur 20 ou 30 leucocytes, comportent des erreurs de plus de 20 pour 100.

— M. **Durupt** rappelle que les techniques actuelles de numérations de leucocytes se font avec des dilutions au 1/10 et sur 1 mm^3 de sang ou 1/2 mm^3, c'est-à-dire qu'on dénombre de 200 à 500 leucocytes en multipliant le chiffre par 10. Dans ces conditions la marge d'erreur est beaucoup plus faible et peut ne pas dépasser 2 pour 100.

Quant à la valeur de la méthode de l'auteur, il déclare que la discussion est ouverte sur ce point et que l'avenir en jugera.

Semi-micro-dosage du glucose. — M. **Plumel** présente un semi-micro-dosage du glucose. Adaptation de la méthode d'Hagedorn permettant le dosage de quantités comprises entre 0,06 et 3 *mg*, et demandant une prise d'essai de 1 cm^3 de sang.

Micro-dosage de l'urée sanguine. — Mme et M. **Krieger** dosent l'urée contenue dans 0,1 cm^3 de sérum ou de sang total par précipitation de la dixanthylurée en présence de gomme arabique après défécation par la méthode de Paget. Le dosage opacimétrique est fait à l'électro-photomètre de Meunier.

Influence de la température sur l'évolution de la réaction de Liebermann. — Mme et M. **Krieger** montrent que la température n'a qu'une action d'accélération sur le développement de la réaction de Liebermann et qu'elle n'influe pas sur l'intensité de la coloration.

Sur une nouvelle méthode de séro-réaction rapide et précise pour la recherche de la syphilis. — M. **Legrand** présente une technique, adaptation de celle de Calmette et Martel. Il active la fixation du complément par agitation et ajoute du sérum hémolytique pour augmenter le pouvoir hémolytique naturel anti-mouton du sérum frais.

Erratum à la séance du 28 avril 1945.

Au lieu de : « Comparaison des méthodes fournies par les réactions quantitatives de la syphilis ». — MM. **Lavergne** et **Bergeron** ont effectué... »

Il faut lire : « Comparaison des *résultats* fournis par les réactions quantitatives de la syphilis. — MM. **Bergeron** et **Lavagne**.

A. Durupt.

SOCIÉTÉ D'ENDOCRINOLOGIE

24 Mai 1945.

Ostéose fibrokystique unilatérale à évolution lente avec pigmentation cutanéo-muqueuse associée (syndrome d'Albright de l'homme). — MM. **Duvoir, G. Poumeau-Delille** et **J.-J. Alloiteau** rapportent l'observation d'un homme âgé de 47 ans porteur d'une ostéose fibrokystique évolutive depuis l'âge de 3 ans.

Le siège unilatéral des lésions osseuses, la pigmentation cutanéo-muqueuse associée sans modifications humorales, sans tumeur paratyroïdienne décelable, permettent de rejeter l'origine parathyroïdienne du syndrome ; les auteurs discutent les étiologies possibles.

Nouvelles remarques sur les rapports fonctionnels entre folliculine et progestérone. — MM. **R. Courrier** et **G. Poumeau-Delille** attirent l'attention sur l'importance des quantités d'hormones, en valeur absolue, mises en présence avec un même rapport

$$\frac{\text{folliculine}}{\text{progestérone}} = \frac{1}{1.000}$$

Les auteurs obtiennent des résultats différents lorsqu'ils injectent de très grosses doses de progestérone à la lapine.

Bilan hormonal au cours de la fécondation et au début de la grossesse. — MM. **M.-F. Jayle, M. Lacomme, O. Crépy, S. Vandel** et **O. Judas** présentent deux observations sans doute uniques dans la littérature scientifique obstétricale, où, chez une même femme, des dosages de folliculine et de prégnandiol ont été pratiqués au cours de deux grossesses successives depuis la fin des dernières règles jusqu'à la fin du deuxième mois de la gestation.

Dans la première observation la grossesse a été interrompue au 50e jour. Dans la seconde elle a évolué normalement jusqu'à terme. La fausse couche a été motivée par une rupture de l'équilibre hormonal folliculine-progestérone. La veille du jour où elle s'est produite on observe un entrecroisement très caractéristique des deux courbes avec hyperfolliculinurie biologique et chute brutale du prégnandiol.

Au cours de la deuxième grossesse qui a évolué à terme on est frappé par la précocité et l'importance de l'excrétion urinaire du prégnandiol glycuronidate de soude. Cette élévation anormale a permis le diagnostic de la grossesse 10 jours avant la date présumée des règles et pose le problème du diagnostic chimique de la gestation.

Sur une nouvelle technique de la réaction de la grossesse. — M. **Aschheim**.

Existe-t-il une fonction d'arrêt autonome de l'hypophyse chez les gonades. — M. **Champy** et Mme **Coujard-Champy**.

28 juin.

Atrophie hypophysaire antérieure à forme œdémateuse. Cirrhose hépatique et néphrite chronique. — MM. **L. Langeron, P. Giard** et **V. Nolf** apportent l'observation anatomo-clinique d'une malade chez laquelle un tableau clinique surtout œdémateux autorisait le diagnostic de cirrhose hépatique. L'autopsie montra bien cette cirrhose, mais en plus une atrophie à peu près complète de l'hypophyse antérieure, de la sclérose thyroïdienne et des lésions de néphrite chronique. Les auteurs discutent les problèmes soulevés par cette observation, problèmes auxquels il est difficile d'apporter une solution, les documents faisant à peu près défaut et ces constatations ne paraissant guère avoir été encore faites, mais dont le seul exposé montre bien l'importance qu'il faut de plus en plus accorder à l'hypophyse, non seulement en endocrinologie mais aussi en pathologie.

Réflexions sur la physiopathologie des œdèmes par déséquilibre alimentaire. — M. **P. Chauchard**, Mme **H. Mazoué** et M. **R. Lecoq**. A partir de recherches expérimentales sur le rat confirment la nécessité d'un facteur adjuvant pour que l'hypoprotidémie déclenche des œdèmes. Ils insistent sur l'importance des modifications de la paroi vasculaire (vaso-dilatation) consécutives à l'influence de ces facteurs, et en particulier de l'hypoprotidémie elle-même génératrice d'acidose, sur les muscles vasculaires.

Insuffisance surrénale et diurèse provoquée. Action des hormones cortico-surrénales. — MM. **Jacques Decourt, R. Gorin, R. Chateau** et **J. Louchart**. Chez les addisoniens l'élimination de l'eau se trouve entravée dans les conditions expérimentales de l'épreuve matinale de diurèse provoquée de Jules Cottet. En position couchée la réduction de la diurèse est modérée ; elle devient au contraire très appréciable ou même considérable en position debout. Il semble donc que l'insuffisance circulatoire due au collapsus cardio-vasculaire en soit la cause principale.

Pourtant l'administration d'adrénaline ne corrige pas le trouble, malgré le relèvement de la pression artérielle et l'augmentation des indices oscillométriques. Ceci résulte sans doute d'une action inhibitrice propre de l'adrénaline sur la sécrétion rénale de l'eau.

Sous l'influence de l'acétate de désoxycorticostérone on voit parfois la diurèse en position debout s'améliorer notablement, grâce sans doute à l'action cardio-vasculaire de l'hormone. Mais si la rétention hydrochloruro-sodique est importante, la diurèse reste très réduite en position debout et se réduit encore en position couchée. Les sujets se comportent alors comme des œdémateux, même si l'œdème n'est pas cliniquement appréciable.

Syndrome de Cushing. Effets dissociés de la rœntgenthérapie de la région hypophysaire. — MM. **J. Decourt, R. Bastin, A. Brault** et **F. Verliac** apportent une étude biologique très complète d'un cas de maladie de Cushing, notamment en ce qui concerne les troubles de la régulation hydro-chlorurée qui se présentent comme l'inverse des troubles observés dans l'insuffisance surrénale. Une rœntgenthérapie très prolongée de la région hypophysaire a été suivie d'un retour sans modifications appréciables des autres éléments du syndrome : l'obésité, l'hypertension artérielle, l'érythrose, les douleurs. Il n'existait d'ailleurs aucun signe oculaire ni radiologique de tumeur hypophysaire, et les auteurs ne se montrent pas partisans de l'origine primitivement hypophysaire du syndrome.

28 Juin.

Les anasarques myxœdémateuses. — I. Les œdèmes d'origine extra-rénale. — MM. **R. Cachera** et **P. Barbier** distinguent, parmi les anasarques myxœdémateuses, celles qui sont associées à une néphrite de celles qui se produisent en dehors de toute atteinte de la fonction rénale. Une observation, qui constitue un exemple de cette deuxième variété, est étudiée en détail.

Il s'agissait d'un myxœdème de la ménopause avec œdèmes généralisés, et épanchements dans les séreuses. Cette anasarque, non influencée par le repos, le régime, les toni-cardiaques, disparut en 15 jours par le

traitement thyroïdien, avec une diurèse abondante et une perte de poids de 21 kg. Toutefois, une rechute se produisit et demeura insensible à la reprise du traitement thyroïdien.

Une anomalie caractérise cette observation : les liquides épanchés ne montraient pas la richesse en protides habituellement observée dans le myxœdème et, de même, le taux des protides sanguins était abaissé, avec inversion du quotient albumineux. Cette anomalie, déjà rencontrée dans un cas de Ch. Achard, R. Cachera et Codounis, amène les auteurs à discuter le rôle éventuel de facteurs adjuvants associés au myxœdème dans la genèse de ces anasarques.

Il semble, en tous cas, qu'il faille admettre l'existence de deux sortes de rétentions aqueuses d'origine extra-rénale au cours de l'hypothyroïdie : les unes, riches en albumine, les autres, de formule chimique banale, mais susceptibles d'être résorbées par le traitement thyroïdien. — MM. **Decourt, Et. May.** ET. MAY.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DES HOPITAUX LIBRES

3 Mai 1945.

Quelques idées sur l'étiologie et la pathologie du cancer. — M. F. **Bec** (Avignon). La genèse du cancer serait due à une convergence de causes : *terrain* (hypercholestérolémie, hyperglycémie, hyperoxalémie, alcalose), *irritation* (traumatismes répétés) et *un agent microbien* qui serait le *colibacille* ou ses toxines. Ces toxines entreraient en liaison avec des éléments cellulaires en mitose et provoqueraient une croissance exubérante du tissu. La distribution géographique des centres cancéreux plaide en faveur de l'intervention d'eaux polluées par le colibacille. Dans le cancer et dans la colibacillose on constate également un excès de cholestérol, d'acide oxalique et de glucose dans le sang. De même, les deux affections engendrent l'alcalose.

Troubles mécaniques à l'occasion d'une récidive de cancer de l'estomac. — MM. **Delort, Luquet** et **Hennequin** rapportent le cas d'une malade de 68 ans ayant subi une gastrectomie partielle pour cancer de l'estomac, qui a vu son état général s'améliorer rapidement après l'intervention, malgré une récidive massive sur place, cette récidive a donné des signes mécaniques d'occlusion.

Nouveaux cas de malades gastrostomisés guéris grâce à l'œsophagoscopie. — M. **J. Guisez** rapporte un certain nombre de cas où une sténose cicatricielle de l'œsophage rendit indispensable la gastrostomie. En traitant ces malades par la dilatation sous contrôle œsophagoscopique, puis par l'électrolyse circulaire, on arrive à rendre le transit normal. L'avantage de la méthode œsophagoscopique consiste à pouvoir retrouver le pertuis filiforme, souvent caché dans les plis cicatriciels, et en faire le centre de la dilatation.

Rhumatismes d'origine focale prostatique. — M. **Gaucher.**

4 Juin.

Œdème de Quincke et Primevère du Japon. — M. **P. Durand** rapporte 1 cas d'œdème de Quincke accompagné d'urticaire survenu par contact avec un bouquet de primevères du Japon. Il s'agit d'une allergie spécifique à cette plante.

— M. **G. Blechmann**, complétant cette communication, précise qu'il s'agit d'une substance chimique contenue dans les primevères, substance isolée par Bruno Bloch qui l'a appelée « primine ». 1/50 de milligramme suffit pour déclencher un eczéma important.

Tumeurs du médiastin. — M. **M. Iselin.** Récemment il a été publié plusieurs séries de tumeurs médiastinales opérées. L'auteur apporte 7 nouveaux cas comprenant 2 kystes dermoïdes, 3 neurinomes, 2 neurofibromes opérés avec succès. L'auteur précise que la meilleure technique est la voie transpleurale. Ces opérations exigent un certain nombre de précautions techniques concernant l'anesthésie, la préparation du malade et une injection continue intraveineuse de sérum physiologique.

Contribution à l'étude de l'eczéma des nourrissons. — MM. **J.-M. Auclair, H. David** et **P. Poulain** proposent de traiter ces eczémas tenaces par les œstrogènes, soit synthétiques, soit naturels. Le traitement comprend une pommade folliculinique et l'administration de la folliculine *per os*. C'est ainsi qu'ils ont pu guérir, sans récidive pendant 3 mois, un grand nombre de nourrissons.

On peut également, en cas d'allaitement maternel, traiter la mère par la folliculine qui passe dans le lait. Pour l'instant, les auteurs ne se prononcent pas sur le mécanisme d'action de cette hormone, précisons qu'il s'agit d'une action folliculinique pure puisque les extraits ovariens totaux contenant d'autres hormones restent sans effet. A. D. HERSCHBERG.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE

10 Avril 1945.

L'inégale répartition de la mortalité par tuberculose dans les départements français. — M. M. **Moine** souligne les écarts qui passent de 60 décès pour 100.000 habitants dans le Sud, à 250 en Bretagne. Dans de nombreux cas, ces inégalités méritent de retenir l'attention. Les établissements de cure modifient sensiblement le taux des départements riches en sana, et la Seine-et-Oise, qui reçoit de nombreux malades domiciliés en Seine, souffre une majoration de 30 pour 100, d'où une diminution de 10 pour 100 pour la Seine. Le Lot, avec son sanatorium pour femmes, présente une mortalité féminine surpassant celle de l'homme. D'autres facteurs sont également à retenir : âge moyen des populations, sincérité de la déclaration des causes de mort. Les différences constatées, 1 à 4, conservent néanmoins une valeur d'orientation, mais la suppression de ces causes d'erreur s'impose pour le plus grand profit de la lutte contre la tuberculose.

L'inégale répartition de la mortalité par tuberculose pulmonaire dans les arrondissements et quartiers de Paris. — M. **A.-C. Maclouf.** Le rapport entre le taux observé dans l'arrondissement où la mortalité est la plus faible et celui observé dans l'arrondissement où la mortalité est la plus forte est seulement égal ou supérieur à 1 sur 3. Le rapport entre le taux observé dans le quartier où la mortalité est la plus forte est égal ou supérieur à 1 sur 10. L'auteur insiste sur la très grande fréquence de la mortalité par tuberculose pulmonaire dans certains secteurs de la capitale où l'on note une étonnante répétition des décès par tuberculose pulmonaire. La moindre mortalité correspond à une densité faible et la mortalité maxima à une densité forte. Toutefois, étant donné que les secteurs à forte densité sont, en règle générale, habités par des ouvriers, et les secteurs à faible densité par une population aisée, il est permis de se demander si les résultats obtenus ne s'expliquent pas, tout simplement, par le milieu social différent. L'auteur souligne la mortalité excessive qui est enregistrée dans tous les quartiers pauvres. Enfin, les questions suivantes sont discutées longuement : amélioration du standard de vie, politique du logement, renforcement des mesures prophylactiques.

Limites de la maladie tuberculeuse de l'homme. Déductions prophylactiques. — M. **E. Bernard.** La distinction formelle entre tuberculose-infection et tuberculose-maladie est un des *credo* de la doctrine régnante en phtisiologie humaine. En comparaison de l'universalité de l'infection, la tuberculose évoluant comme une maladie véritable est considérée comme relativement exceptionnelle ; l'infection n'est qu'un fait biologique sans apparence clinique et sans commune mesure avec la maladie. Depuis quelque 30 ans il est classique d'opposer l'une à l'autre. Mais il y a un malentendu. On confond dans la mortalité tuberculeuse l'endémie permanente qui n'atteint peut-être que 1 pour 100 des individus vivants et le risque tuberculeux qui mesure le pourcentage des sujets destinés à faire une maladie tuberculeuse au cours de leur existence ; ce pourcentage représente environ 20 pour 100 des sujets en France. Une fois sur quatre ou cinq, l'infection conduit à la maladie. Le fossé numérique entre les deux entités est donc beaucoup moins profond qu'on ne le croit communément. Et l'écart se réduit encore de toutes les formes non identifiées ou latentes de la maladie, de toutes les formes non inapparentes de la primo-infection. Qui plus est, on observe, et de mieux en mieux, et de plus en plus, la filiation qui unit l'agression première aux symptômes initiaux de la phtisie commune. Plus recule l'âge de la tuberculisation, plus souvent celle-ci se fait à l'âge qui est l'âge de la phtisie. C'est alors que la filiation est aisément visible, car entre infection et maladie, il n'y a souvent qu'un délai restreint, un relais qui soude les étapes des désordres anatomiques. Dès lors, la maladie tuberculeuse de l'homme nous apparaît dans son unité. La primo-infection est le début même de cette maladie et la phtisie commune, même précocement observée, traduit déjà une lésion décompensée. La tuberculose initiale éclôt maintenant dans 50 pour 100 des cas entre 15 et 25 ans. C'est elle, et surtout à cet âge, qu'il faut dépister par le Pirquet, surveiller par le film, traiter par le repos prophylactique et la suppression des contages.

Considérations biologiques à propos de deux cas personnels d'exclusion de paternité. — M. **F. Morel,** écartant volontairement toute considération juridique ou théologique, relate deux observations personnelles, très différentes, où il a pu aboutir à des exclusions biologiques formelles de paternité. Il saisit l'occasion pour faire un tour d'horizon rapide mais complet de la génétique des groupes sanguins fondamentaux O, A, AB ; des sous-groupes A1, A2, A1B, A2B ; des types sérologiques indépendants M, N, MN. Il rappelle les lois classiques de l'hérédité : 1° Dungern-Hirszfeld ; 2° Bernstein, pour les groupes ; 3° Thomsen-Friedenreich, pour les sous-groupes ; 4° Landsteiner-Levine, pour les types sérologiques. Il montre que l'étude approfondie des génotypes est seule capable de faire « comprendre » (et non simplement « retenir ») les paradoxes apparents de ces lois, dont il détaille quelques exemples typiques. Il envisage enfin les chances mathématiques d'exclusions de paternité, tant en théorie qu'en pratique, et montre que ces chances augmenteront avec l'individualisme de plus en plus poussé des sangs. En contre-partie, on peut prévoir que, dans l'avenir, il sera, sans doute, permis de conclure, sinon à la certitude, du moins à la « probabilité » d'une paternité.

Etude sur l'anémie infectieuse dans les Vosges. — M. **A. Lucas,** de son étude de la maladie dans le département des Vosges, estime que l'on peut arriver aux conclusions suivantes :

1° Le terrain animal domine l'étiopathogénie de l'anémie infectieuse du cheval.

2° Aussi bien en France qu'à l'Etranger, c'est une maladie des climats excessifs, en particulier continentaux et nordiques.

3° L'action du climat serait indirecte par le surmenage musculaire qu'il commande à certaines périodes.

4° Son action est aggravée par des causes locales tenant au relief, à la nature des terres, à l'importance du travail demandé ; ou particulières ayant trait aux lacunes de l'alimentation et aux maladies.

5° La composition chimique du sol ajoute son action à celle du surmenage.

On constate dans les Vosges que les terrains offrant un rapport phospho-calcique équilibré et riche ne connaissent pas la maladie. En retour, elle sévit avec le maximum d'intensité sur les terrains offrant la particularité d'être très riches en chaux et très pauvres en acide phosphorique, c'est-à-dire dont le rapport phosphocalcique est déséquilibré en faveur du calcium et au détriment de l'acide phosphorique. A l'équilibre dans la médiocrité, semblent correspondre des atteintes passives d'anémie.

6° Les causes de dissémination du virus, le régime des eaux de boisson en particulier, si elles jouent un rôle dans l'apparition de l'anémie, sont cependant nettement dominées par les facteurs « surmenage » et « composition chimique du sol », donc de l'alimentation.

7° Il semble que, si l'on ne peut parler de saison anémique, il existerait cependant dans les Vosges deux poussées annuelles. L'une, hivernale, forte, de Décembre à Mars ; l'autre, estivale, moindre, en Juillet et Août. Elles relèveraient de l'influence, simple à certains mois, combinée à d'autres, des travaux de saison et de l'alimentation. Se basant sur ces conditions, l'auteur pense que la prophylaxie pourrait faire appel, pour pallier aux effets du surmenage, à l'adjonction, à la ration de graines de légumineuses, et en particulier de féveroles, de lait écrémé, sources abondantes d'un acide aminé indispensable à la formation des tissus : la lysine. Pour établir des rations équilibrées au point de vue phosphocalcique, il y aurait lieu d'apporter au sol des engrais phosphatés (scories, superphosphates) et aux repas des sons. Du point de vue curatif, des traitements à base de lysine et de médications phosphatées actives pourraient être essayés. L. GROLLET.

SOCIÉTÉS DE PROVINCE

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LILLE

9 Mars 1945.

Indications et résultats des interventions sympathiques dans les traumatismes des nerfs. — M. **E. Laine,** rapporteur. C'est à Leriche que l'on doit d'avoir compris le rôle des désordres sympathiques dans les complications des traumatismes des nerfs. Il a montré que, dans le neurogliome, les cylindraxes dépourvus de myéline étaient le point de départ de « réflexes vaso-moteurs de qualité inhabituelle, à contre-temps, et presque toujours du type vaso-constrictif ».

Corrige-t-on ces troubles ? On se rend compte que le rôle du sympathique est bien plus important encore. Par l'insuffisance circulatoire qu'ils entraînent dans les muscles voisins, pourtant normalement encore innervés, dans les nerfs voisins pourtant respectés, ces réflexes entraînent de véritables paralysies fonctionnelles, qui se surajoutent à la paralysie du nerf lésé. Bien plus, des désordres vaso-moteurs purs sont capables de provoquer des paralysies parfois graves.

C'est aussi à Leriche que l'on doit d'avoir pressenti l'influence heureuse que peut avoir sur la réparation nerveuse une bonne circulation, tant dans les parties molles que dans le bout central du tronc lésé.

Devant les heureux résultats de la déconnexion sympathique dans les lésions précédentes, il était logique d'utiliser la méthode dans les paralysies par compression ou élongation, où la lésion anatomique est minima.

Quant aux troubles de la sensibilité, l'action de l'infiltration ou de la déconnexion sympathique doit *a priori* être efficace contre eux, puisque Forster a montré qu'elles diminuent la chronaxie du nerf sensitif. A moins qu'elles n'exagèrent la sensibilité douloureuse.

Trois grandes indications donc :

Les paralysies fonctionnelles secondaires à un déséquilibre sympathique ;

Les traumatismes fermés des nerfs par compression ou élongation ;

Association au traitement local de la plaie du nerf, suture ou greffe.

Reste à soumettre ces indications à l'épreuve des faits :

Six stellectomies pour paralysie du membre supérieur. — M. **Decaulx.** Deux paralysies fonctionnelles secondaires à des troubles vaso-moteurs : excellent résultat de la stellectomie.

Quatre paralysies par compression ou élongation sans R. D. : heureux résultat, rapide dans un cas, lent dans l'autre.

Dans le dernier cas, disparition des douleurs et des troubles trophiques sans récupération motrice.

Sur les interventions sympathiques dans les traumatismes fermés des nerfs périphériques. — MM. **Nayrac, Fontan** et **Mollet.** Les troubles moteurs n'ont été améliorés que dans 50 pour 100 des cas ; les troubles sensitifs ne l'ont jamais été. Les douleurs névralgiques et les sympathalgies ont été améliorées dans 25 pour 100 des cas, non améliorées dans 25 pour 100, aggravées dans 50 pour 100.

18 interventions sympathiques pour traumatismes des nerfs. — MM. **Swynghedauw, Laine, Renard** et **Salembier.** Deux paralysies fonctionnelles de cause vaso-motrice : très beau résultat, sauf pour l'amyotrophie et l'ostéoporose. Neuf compressions ou élongations : troubles moteurs améliorés dans 85 pour 100 des cas, troubles sensitifs améliorés dans 90 pour 100, amyotrophie inchangée. Deux interventions sympathiques complétant greffe ou suture : amélioration rapide des troubles trophiques, accélération nette de la récupération sensitive. Cinq fois l'intervention sympatique a précédé le traitement direct de la plaie : résultat toujours mauvais, avec parfois aggravation catastrophique.

Conclusions. — Les résultats sont excellents dans les paralysies fonctionnelles. Ils sont très favorables dans

es compressions et élongations. Ils sont bons lorsqu'elle omplète une suture ou une greffe, mais désastreux orsqu'elle est employée seule, alors que le nerf est sectionné. L'aggravation est trop rapide pour être rapportée l'organisation du neurogliome. Sans doute est-elle la conséquence de l'augmentation de la sensibilité douloureuse après sympathectomie.

Les indications de l'intervention demandent donc à être raisonnablement posées. L'anamnèse n'y suffit pas oujours. Les réactions électriques, la chronaxie ne sont l'aucun secours. L'infiltration avant l'intervention ne présente pas davantage une base solide. La sympathectomie procure des améliorations tardives qu'elle ne pouvait faire pressentir, ou bien aggrave une paralysie que l'infiltration avait améliorée.

L'exploration préalable du nerf lésé, jointe à l'étude des réactions électriques per-opératoires doit toujours précéder le traitement sympathique dont elle permettra de poser l'indication.

Quant aux chances de guérison, elles sont bien difficiles à apprécier. La nature du nerf lésé en particulier ne semble être d'aucune importance en cette matière.

13 Avril.

Etude critique de l'urographie avec compression. — MM. **G. Patoir, Bonte** et **Desruelles,** étudient les avantages de cette méthode décrite par Colliez, et la mettent en parallèle avec l'urétéro-pyélographie rétrograde. Les deux méthodes se complètent, ne s'opposent pas. Plus simple et plus bénigne, elle est bien supérieure à la simple urographie. Ils proposent la prise de 4 clichés : avant la compression, après 15 minutes de compression, au moment de la décompression, puis en position debout. Ainsi comprise, elle constitue une méthode de dépistage très améliorée.

Résultats de 37 arthrodèses pour coxalgie de l'adulte : le traitement de la coxalgie en évolution par la greffe mixte, juxta- et intra-articulaire. — MM. **Ingelrans** et **Vandeuvre.** Cette statistique comporte 4 coxalgies en fin d'évolution, 10 stabilisées, 23 en pleine évolution. Les deux premiers groupes ont abouti à de bonnes ankyloses, d'ailleurs l'accord est établi à leur sujet.

L'arthrodèse mixte pour coxalgie en évolution, discutée et encore rejetée par la plupart des chirurgiens, a donné 11 ankyloses excellentes et précoces permettant la marche entre le 3e et le 8e mois, 5 guérisons plus tardives et deux échecs.

Le danger d'ouverture du foyer non éteint a été exagéré. Mais l'intervention ne doit jamais être précoce : elle peut avoir lieu vers le 18e mois, en pesant soigneusement les indications locales et générales.

Les échecs résultant d'une activité ostéolytique par hyperhémie, et avant tout des modifications biologiques entretenues par les lésions bacillifères, favorisant l'acidose locale, facteur de résorption osseuse. Cet état est plus ou moins prolongé selon les individus.

L'arthrodèse mixte est donc réalisable, et supérieure aux autres techniques, parce que l'action biologique du transplant est plus intense, et qu'elle provoque une ankylose mécaniquement idéale, se rapprochant au maximum des conditions statiques de l'ankylose normale.

Son but sera cette ostéogénèse réparatrice, si désirée, et inconnue jusqu'à Ollier, créatrice d'une ossification bienfaisante.

Cellulite staphylococcique grave de la face, compliquée de septicémie, et guérie par l'association sulfamides-pénicilline. — MM. **Razemon** et **Vandaelle.** Malgré le pronostic désespéré, en 5 jours, 400.000 unités de pénicilline et 24 *g.* d'iodo-septoplix amènent la guérison sans suppuration locale. Le microbe était pénicillo-sensible *in vitro*.

Trois observations de staphylococcies traitées avec succès par la méthode de Legroux. — MM. **Ingelrans, Watel** et **Groult.** Les malades présentaient des phénomènes suraigus avec localisations osseuses ou articulaires et hémoculture positive. Le traitement iodo-sulfamidé a donné une sédation des signes généraux et une amélioration des signes locaux.

Trois cas de staphylococcies traitées par la pénicilline. — MM. **Ingelrans, Watel, Groult** et **Loy.** Il s'agit de deux ostéomyélites à foyers multiples, à la période aiguë, et d'un furoncle de l'aile du nez, compliqué de syndrome caverneux et de signes méningés, insensibles au traitement iodo-sulfamidé. La pénicilline a changé le pronostic dans les 3 cas et a provoqué une guérison spectaculaire.

Cancer du poumon latent, révélé par des métastases osseuses multiples, rappelant la maladie de Kahler. — MM. **Driessens, J. Swyngedauw** et **Soulary.**

Pancréatite aiguë hémorragique suivie d'abcès du poumon, dans lequel on trouve un ascaris mort. — M. **Stérin** (Saint-Omer), pense que le parasite après avoir été cause de la pancréatite, a gagné le poumon en traversant le diaphragme à la faveur d'un abcès sous-phrénique, lequel fut évacué par vomique.

P. Decoulx.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE LYON

13 Mars 1945.

Bulle d'emphysème pulmonaire par sténose bronchique au décours d'une pneumonie. — MM. **A. Guichard, P. Mounier-Kuhn** et **Wegelin** relatent un cas de bulle emphysémateuse incluse dans un triangle pneumonique, simulant la tuberculose et due à une oblitération bronchique. Ainsi s'explique l'image de résorption annulaire centrifuge pseudo-tuberculeuse si souvent observée dans les hépatisations ou les congestions pulmonaires.

Bloc paroxystique spontané chez un homme de 24 ans. Etude chimique et électro-cardiographique. — MM. **Barbier, Piquet** et **Pont.** Homme de 24 ans qui présente brusquement un bloc paroxystique avec pauses ventriculaires subintrantes de 4 à 12 secondes sans syncopes mais avec céphalalgies intenses. Il existe une véritable proportionnalité entre la longueur des pauses ventriculaires et le nombre des systoles ventriculaires du groupe immédiatement précédent ; ce phénomène s'explique sans doute, de même que l'accélération progressive de rythme sinusal pendant les pauses, par un phénomène réflexe dont les nerfs dépresseurs et le pneumogastrique constituent les voies. L'étiologie peut être discutée entre myocardite rhumatismale isolée et intoxication alimentaire sans que l'on puisse trancher en l'absence d'arguments décisifs. Transformation ultérieure en rythme nodal puis retour au rythme sinusal avec guérison complète.

L'ouverture d'urgence de certains abcès du poumon putrides. — MM. **M. Bérard** et **P. Fraisse** rapportent l'observation d'un homme de 43 ans vu au 15e jour, avec un abcès putride du lobe supérieur, de la dimension d'une orange. Ce malade a été pneumotomisé aussitôt en un temps, en raison d'un état général particulièrement grave. La cicatrice fut très rapide et le malade présentait une *restitutio ad integrum* radiologique 2 mois après le début de sa maladie. Les auteurs insistent sur le fait qu'étant donné qu'il n'y a rien à attendre du traitement médical dans les abcès putrides, on a intérêt à les opérer très tôt, même si leur état général est mauvais, et en raison même de ce mauvais état général.

Anémoleucose avec fièvre ondulante. — MM. **Delore, Chapuy, Coudert** et **Prost.**

10 Avril.

Guérison par la pénicilline de l'épanchement à staphylocoques d'un pneumothorax extra-pleural. — MM. **Despeignes** et **M. Bérard.** Les doses employées ont été faibles : 100.000 unités en une fois, et la pénicilline fut injectée *in situ* dans la cavité extra-pleurale. Résultats rapides et complets.

Plaie isolée de l'oreillette droite par arme blanche. Suture. Guérison. Modifications électrocardiographiques consécutives. — MM. **J. Barbier** et **M. Pont.** Du 3e au 52e jour, modification de ST et de T évoquant au premier abord la coronarite (avec de petites différences cependant) qui, en définitive, doivent être mises sur le compte d'un hémopéricarde. L'intérêt est d'attirer l'attention sur la part que l'hémopéricarde doit jouer dans les déformations électriques consécutives aux plaies des ventricules, alors qu'ici seul l'hémopéricarde pouvait intervenir.

Deux observations nouvelles de paralysie périphérique spontanée dans l'hypertension artérielle. — MM. **R. Froment, A. Gonin** et **Pont.** L'intérêt est qu'il s'agit ici d'une paralysie du sciatique poplité externe et d'une paralysie du médian, alors que les 10 autres cas français concernent des paralysies du facial. Dans ce dernier cas, il s'agit presque certainement d'hémorragies dans le canal osseux intrapétreux du facial, ici il s'agissait sans doute d'hémorragies survenues dans la gaine même du nerf. Evolution régressive en quelques mois.

Adénome bronchique. Pneumectomie totale. Décès huit mois plus tard par généralisation néoplasique. — MM. **Santy, Barbier, Bérard, Galy** et **Pont.**

17 Avril.

Trois cas d'aspect polykystique du lobe supérieur droit (discussion étiologique). — MM. **P. Mounier-Kuhn** et **L. Meyer** (Seyssuel) rapportent 3 observations de malades considérées pendant plus de 20 ans comme atteintes de tuberculose pulmonaire. L'absence de bacilles de Koch au cours de leur dernier séjour sanatorial a fait rectifier ce diagnostic, et des tomographies ou bronchographies lipiodolées du poumon ont mis en évidence un aspect polykystique du lobe supérieur droit, avec un état de dilatation plus ou moins généralisé des bronches et de la trachée.

Ont été envisagés : le diagnostic d'emphysème bulleux par obstruction bronchique éliminé grâce à l'absence de sténose bronchique vérifiée par bronchoscopie — celui de maladie polykystique du poumon ou de dilatation broncho-alvéolaire consécutive à des adénopathies, séquelles de primo-infection tuberculeuse.

En pratique, il est très difficile d'affirmer l'origine congénitale ou acquise de ces images kystiques.

Kystes pulmonaires traités par thoracoplastie. Guérison. — MM. **Santy, Paliard, Plauchu** et **M. Bérard.** Si dans ces cas la lobectomie ou la pneumectomie doivent garder la priorité, parfois la thoracoplastie peut reprendre ses droits mais à certaines conditions : siège apical des lésions, assèchement de la suppuration par une préparation minutieuse, perméabilité des bronches de drainage des cavités kystiques. Dans ces conditions, les dangers immédiats sont assez limités et les chances de succès suffisantes.

Action du 2239 RP (Antergan) dans un cas d'asthme rebelle infantile. — MM. **Mouriquand, Boulez, Muller** et **Martin.**

Evolution de la chronaxie vestibulaire chez une intoxiquée par l'aspirine. — MM. **Mouriquand, Dechaume** et **Coisnard.**

Abcès du lobe supérieur du poumon traité chirurgicalement. Tuberculisation secondaire. Thoracoplastie. Guérison. — MM. **Paliard, Plauchu** et **M. Bérard.**

G. Despiennes.

SOCIETE DE MEDECINE, CHIRURGIE ET PHARMACIE DE TOULOUSE

Mai 1945.

L'arthrite sterno-claviculaire au cours des brucelloses. — MM. **Jean Tapie** et **J. Laporte** rapportent 4 observations d'arthrite sterno-claviculaire dues à la brucellose : dans 1 cas il s'agissait d'une simple arthralgie, dans 2 cas d'un épanchement articulaire fugace, dans un autre, d'une arthrite suppurée subaiguë, confirmée par la ponction exploratrice et par la présence du *micrococcus melitensis* dans le pus.

Cette atteinte de l'articulation sterno-claviculaire qui doit être différenciée de l'ostéite du tiers interne de la clavicule décrite par Cantelonbe n'a pas été mentionnée dans les travaux classiques sur les déterminations ostéo-articulaires de la fièvre de Malte. Les auteurs insistent sur sa valeur diagnostique au cours d'une infection fébrile mononucléée.

Rhumatisme cardiaque évolutif 4 ans après une streptococcémie. — MM. **J. Tapie, J. Laporte** et **Espagno** apportent l'observation d'un malade de 24 ans, présentant à son entrée dans le service un état infectieux grave avec température oscillant entre 38 et 39° depuis 2 mois et chez lequel l'examen décèle : une insuffisance aortique avec arythmie et une maladie mitrale, un foyer pulmonaire gauche, une néphrite œdémateuse discrète, une rate percutable, polynucléose, hémoculture négative. Dans les antécédents du sujet on ne relève aucun épisode articulaire en dehors de quelques arthralgies très fugaces au cours de la semaine précédente, mais une septicémie à streptocoques survenue 4 ans auparavant et accompagnée de lésions valvulaires.

Les auteurs soulignent l'absence des petits signes cutanés ou rénaux (hématurie microscopique) qui manquent seuls pour affirmer le diagnostic de maladie d'Osler. Il s'agissait en réalité d'un rhumatisme cardiaque. En effet, un traitement salicylé a fait disparaître la fièvre en 48 heures et les autres phénomènes morbides (sauf les lésions valvulaires) en moins de 8 jours.

L'anorexie mentale chez le nourrisson. — M. **P. Mouledous,** à propos de 5 observations inédites, étudie cette affection si curieuse, isolée seulement en 1907. Après un historique très complet, l'auteur oppose avec des arguments cliniques, biologiques et radiologiques la sensation de faim qui est réglée par la glycémie et l'appétit qui est éveillé par la vue, l'odeur ou même le souvenir d'un mets agréable.

L'anorexie, ou absence d'appétit, survient à l'occasion d'un incident banal, chez des enfants issus d'un milieu névropathique et peut entraîner des accidents graves. Dans l'étude pathogénique, il montre l'absence de toute lésion organique et prouve qu'elle est liée à une psychose. Cette notion est particulièrement importante car elle dicte la thérapeutique constituée par la triade : psychothérapie, isolement et gavage.

Les kystes aériens du poumon. — M. **R. Terral** communique l'observation d'un malade atteint de kystes aériens multiples des deux poumons associés à des dilatations bronchiques et à de l'emphysème géant. La coexistence de ces différentes lésions conduit l'auteur à adopter comme pathogénie la théorie congénitale : la dystrophie de la charpente élastique des bronches permettant la formation des bronchectasies, et la displasie des tissus élastiques du parenchyme produisant les kystes aériens et l'emphysème.

L'auteur passe ensuite en revue les complications qui peuvent surgir : l'infection, les hémorragies pouvant entraîner la mort par infarctus massif et le pneumothorax par rupture : il attribue d'ailleurs à la rupture des kystes aériens la plupart des pneumothorax spontanés idiopathiques bénins que quelques auteurs, malgré certains caractères cliniques et évolutifs, avaient rapporté à la tuberculose.

Maladie de Werlohf. — M. **A. Bardier,** à propos d'un cas de cette affection, en étudie les stigmates sanguins. Ceci lui permet de préconiser certains procédés thérapeutiques qui s'ajoutent aux médications classiques par le chlorure de calcium et la peptone. Ce sont : la splénectomie (que l'auteur ne recommande pas) ou l'irradiation de la rate, la vitamine C associée au facteur P, qui serait une vitamine de perméabilité vasculaire, la vitamine K qui joue un rôle important dans la coagulation et à laquelle on pourrait adjoindre un facteur liposoluble T. Ces acquisitions thérapeutiques permettront d'éviter les hémorragies viscérales qui grèvent lourdement le pronostic de cette affection.

Cæcum en ectopie dans une hernie inguino-scrotale droite. — M. **Prouzet.** Un lavement baryté pratiqué en raison de douleurs de la fosse iliaque droite chez un sujet obèse montra un cæcum en ectopie dans le sac d'une hernie inguino-scrotale.

Au sujet de l'augmentation des cas d'appendicite. — M. **J.-P. Tourneux,** après avoir signalé l'augmentation très considérable survenue depuis 2 ans des cas d'appendicite, tant aiguë que subaiguë, se demande si elle n'est pas due en grande partie à l'alimentation actuelle surtout si riche en légumes verts qui par les fermentations qu'ils déterminent peuvent entraîner des inflammations surtout marquées dans la région cæco-appendiculaire.

Localisation sterno-claviculaire au cours de la fièvre de Malte. — Mlle **Troy.**

L'acétylcholine est-elle hypertensive ? — M. **Planques** et Mlle **de Toledo.**

J.-P. Tourneux.

PETITES CLINIQUES DE "LA PRESSE MÉDICALE"

N° 678.

Anévrisme de l'aorte à type récurrent

Par M. Louis Ramond.

C'est surtout parce que sa voix s'est enrouée et assourdie depuis six semaines environ que M. Jules T..., âgé de 48 ans et couvreur de métier, est venu nous consulter à l'hôpital, il y a quelques jours.

Ces modifications de la voix ne sont pas, du reste, les seuls troubles dont il ait à se plaindre. Il a aussi de l'essoufflement facile et parfois des accès de suffocation avec tirage, de courte durée, qui apparaissent sans cause. Il tousse par moments, mais ne crache pas. Enfin, il lui arrive d'éprouver de la gène à déglutir ses aliments et de souffrir quelquefois de douleurs rétro-sternales derrière le manubrium.

Par ailleurs, il dit se porter assez bien, quoiqu'il ait beaucoup perdu de poids depuis 1939, sans que cet amaigrissement se soit pourtant sérieusement accentué ces temps derniers. Il n'a jamais interrompu son dur métier de couvreur et l'exerce encore quotidiennement.

Il ne se rappelle pas avoir jamais été sérieusement malade dans sa vie. Mais, il y a six ans, en tombant d'un toit, il s'est fracturé l'humérus droit et le bassin.

Il est veuf. Sa femme est morte à 45 ans, d'une crise d'asthme, à ce qu'il dit; elle ne lui a pas donné d'enfants; mais elle n'a jamais fait de fausses couches.

Son père est mort, âgé, d'une pneumonie, et sa mère a succombé à un cancer de l'estomac. Il a 3 frères et 2 sœurs, tous vivants et bien portants.

Toutes ces données nous ont été fournies par son *interrogatoire* qui nous a permis de constater que sa voix était, en effet, anormale: éteinte, un peu rauque, bitonale. Ces caractères suffisaient à nous faire penser qu'il était atteint d'une paralysie du larynx. Pour en avoir le cœur net, il fallait pratiquer un *examen laryngoscopique*, indispensable pour permettre de porter à coup sûr le diagnostic de PARALYSIE LARYNGÉE, dite aussi PARALYSIE RÉCURRENTIELLE, le nerf moteur du larynx étant le nerf récurrent. Effectivement, notre collègue d'oto-rhino-laryngologie a trouvé la corde vocale gauche de cet homme immobile et située en position médiane, intermédiaire entre l'abduction et l'adduction, à quelques millimètres de l'axe de la fente glottique. Ainsi donc, c'est le spécialiste des maladies de la gorge qui nous a permis d'affirmer le DIAGNOSTIC POSITIF de paralysie récurrentielle et d'éliminer — DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL — certaines autres affections laryngées susceptibles d'entraîner des altérations de la voix analogues en immobilisant les cordes vocales: une laryngite chronique simple, tuberculeuse ou syphilitique, un cancer du larynx... par exemple.

Mais il reste à déterminer la cause de cette paralysie laryngée, et ce DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE, c'est à nous — médecins non spécialisés, médecins de médecine générale — qu'il appartient de le faire.

1° Pour y parvenir nous avons d'abord pratiqué un *examen physique général* de ce sujet.

Nous avons affaire à un homme de taille et d'embonpoint moyen. Son teint est coloré: mais son visage n'est pas bouffi, ni cyanosé. Ses jugulaires ne sont pas turgescentes, et il n'existe sur son thorax, ni sur son abdomen aucune circulation collatérale. Son thorax n'est pas déformé, et nous ne voyons aucune voussure anormale sur sa face antérieure. Nous ne voyons et nous ne sentons pas de battements aortiques dans le creux sus-sternal. La pointe du cœur bat à sa place normale. Il n'y a pas d'adénopathies dans les creux sus-claviculaires, dans les aisselles et dans les aines. Les membres inférieurs ne sont pas œdématiés.

Le cœur est régulier, sans souffles. Il bat à 62 par minute. La tension artérielle est de 13,56 au Vaquez. Les artères radiales sont souples.

Les poumons, le foie, la rate, l'abdomen sont normaux. Il n'y a pas de leucoplasie commissurale, ni linguale. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Tous les réflexes tendineux et les réflexes pupillaires sont corrects.

De cet examen nous n'avons pu tirer aucun renseignement utile.

2° Aussi nous sommes-nous adressés, comme c'était notre devoir, à *la radiologie* et *au laboratoire* pour compléter notre enquête.

a) *La radioscopie* et *la radiographie* nous ont montré l'intégrité complète des deux champs pulmonaires et les dimensions normales du cœur. Mais nous avons été frappés par la taille de l'aorte, très élargie, déroulée, irrégulière et dont la partie initiale fait saillie au delà du bord droit du sternum.

Pour nous rendre compte de la manière dont s'opère chez cet homme la traversée œsophagienne, nous lui avons fait absorber derrière l'écran radioscopique de la gélobarine épaisse, non délayée, et nous avons vu ce corps opaque parvenir au cardia et pénétrer dans l'estomac sans avoir subi d'arrêt notable. Cependant, un quart d'heure plus tard, nous avons constaté non seulement l'existence de l'imprégnation habituelle de l'œsophage sous la forme d'un mince cordon, mais encore une accumulation de sulfate de baryum un peu au-dessus du détroit supérieur du thorax, témoignant d'une certaine gêne du transit œsophagien.

b) *Au laboratoire*, la recherche de la *réaction de Bordet-Wassermann* dans le sang de ce couvreur a donné un résultat fortement positif.

Nantis de ces diverses données nous sommes armés pour discuter de l'étiologie de cette paralysie récurrentielle.

I. Remarquons tout d'abord que cette *paralysie laryngée* est *isolée, pure*, et qu'elle n'est pas ASSOCIÉE comme dans les *syndromes d'Avellis, de Schmidt, de Vernes, de Collet, de Jackson et de Tapia* à d'autres paralysies: du voile du palais, du pharynx, de la langue, des muscles trapèze ou sterno-cléido-mastoïdien, ce qui indiquerait l'atteinte des fibres motrices du larynx au-dessus de l'émergence du nerf récurrent, dans le pneumogastrique supérieur, ou dans la branche interne du spinal, ou dans le noyau ambigu du bulbe, commun au glosso-pharyngien, au pneumogastrique et au spinal.

II. Cette paralysie laryngée étant PURE ne peut donc relever que d'une atteinte du pneumogastrique au-dessous de la partie inférieure du ganglion plexiforme, ou du nerf récurrent lui-même. Cette atteinte peut se produire au cou ou dans le thorax, puisque le nerf récurrent gauche se détache du pneumogastrique dans le thorax à la hauteur de la crosse aortique.

De toutes façons elle ne peut dépendre que d'un des trois facteurs suivants: 1° *un traumatisme;* 2° *une inflammation;* 3° *une compression.*

1° Il ne peut s'agir ici d'une *blessure nerveuse*, cet ouvrier n'ayant pas été récemment blessé, ni opéré.

2° Une *inflammation* — c'est-à-dire une *névrite* — ne saurait pas non plus être mise en cause.

a) Les *névrites toxiques* — saturnines, arsenicales, alcooliques — touchant les nerfs du larynx sont, effectivement, tout à fait exceptionnelles et rien, d'ailleurs, ne permet d'incriminer l'une ou l'autre de ces intoxications dans le cas actuel.

b) D'autre part, M. T... n'a pas eu de *maladie infectieuse* capable de provoquer une telle paralysie. En particulier il n'a pas eu de diphtérie laryngée qui se serait compliquée de névrite diphtérique. D'ailleurs, dans ce cas, la paralysie laryngée ne serait pas pure; mais elle serait associée à une paralysie du voile du palais et à des paralysies oculomotrices.

3° Il ne peut donc être question que d'une PARALYSIE LARYNGÉE PAR COMPRESSION, syndrome le plus fréquent au cas de paralysie récurrentielle pure.

a) Est-ce *au cou* qu'agit cette compression? Assurément non, car le corps thyroïde ne présente aucun goitre et n'est pas cancéreux; il n'y a pas d'adénopathies cervicales tuberculeuses, lymphogranulomateuses ou cancéreuses capables de comprimer le récurrent; nous ne trouvons aucune tumeur cervicale, ni aucun anévrisme de la carotide primitive.

b) C'est donc *dans le thorax* que doit se trouver l'agent compresseur. L'examen de notre malade et les résultats de la radiologie nous permettent d'éliminer des affections, d'ailleurs rares comme génératrices de paralysie récurrentielle, telles qu'un cancer du poumon, une tumeur du médiastin, un goitre plongeant, un rétrécissement mitral (syndrome d'Ortner).

Et il ne nous reste plus à envisager que trois hypothèses: α) des *adénopathies trachéo-bronchiques* — leucémiques hodgkiniennes ou néoplasiques — que l'examen aux rayons X nous a montrées inexistantes; β) *le cancer de l'œsophage;* γ) *l'anévrisme de l'aorte.*

β) Bien que nous ayons pensé tout d'abord à un anévrisme de l'aorte, cause la plus fréquente des paralysies récurrentielles par compression, nous avons hésité un moment entre lui et *le cancer de l'œsophage*, à cause de la dysphagie du malade et surtout du certain degré de stase de la gélobarine au-dessus du détroit supérieur du thorax, joint à une certaine irrégularité de la lumière du conduit œsophagien. Mais ces signes peuvent être causés par la compression de l'œsophage par l'anévrisme.

γ) Finalement, c'est l'*anévrisme de l'aorte* qui nous paraît responsable de cette paralysie laryngée. En faveur de ce diagnostic il y a l'âge et le sexe du malade, ses douleurs rétro-sternales, sa toux, ses accès d'oppression et de dysphagie, et sa paralysie laryngée. Certes, on ne trouve pas chez lui de signes extérieurs d'ectasie aortique (pas de voussure thoracique; pas de tumeur anévrismale visible ou palpable): on ne perçoit pas de souffles aortiques; on ne constate pas d'asynchronisme des deux pouls radiaux. Mais nous savons que les paralysies récurrentielles sont généralement en rapport, non pas avec de volumineux anévrismes de l'aorte à développement antérieur, mais avec de petits anévrismes de la concavité de la crosse aortique — ANÉVRISMES À TYPE RÉCURRENT de Dieulafoy — sans signes physiques, et dont le syndrome fonctionnel réalisé par notre malade constitue souvent les seules manifestations cliniques. La compression œsophagienne et l'élargissement de l'aorte à sa base révélés par la radiologie s'inscrivent aussi en faveur du diagnostic d'ectasie aortique. Enfin, l'existence de la syphilis — ignorée du malade qui n'en a pas, du reste, de stigmates — mais certifiée par la réaction de Bordet-Wassermann fortement positive, confirme notre conclusion.

Les anévrismes récurrentiels comportent un PRONOSTIC GRAVE. Plus souvent que les gros anévrismes (qui peuvent parfois persister pendant des années en s'extériorisant) ils se terminent par l'ouverture de l'ectasie dans la trachée ou les bronches, en provoquant une hémorragie foudroyante chez des sujets qui, comme notre couvreur, se croient à peine malades.

Le TRAITEMENT *antisyphilitique* s'impose.

Nous prescrivons: 1° 20 injections intraveineuses quotidiennes de 1 cg. de *cyanure de mercure;* 2° la prise quotidienne de 2 *g.* d'*iodure de potassium.* Cette cure sera suivie d'une cure bismuthique à raison de 2 injections d'un *sel de bismuth insoluble* par semaine pendant six semaines.

CHRONIQUES
VARIÉTÉS • INFORMATIONS

Architecture et Santé Publique

Insister sur les conséquences sanitaires de l'habitat onstitue au premier abord un lieu commun. Celui-i mérite cependant que l'on s'y arrête.

L'hygiène de l'habitation échappe encore à toute ontrainte, tant à la ville qu'à la campagne où es scandales des taudis urbains et ruraux n'ont rien à s'envier l'un à l'autre. C'est pourquoi nous envi-agerons une fois de plus l'évolution et la répartition de la mortalité infantile, des maladies infectieuses et de la tuberculose à Paris, depuis 1817.

Mortalité de l'enfant de première année.

De 1817 à 1820, on enregistrait à Paris un taux nnuel moyen de 172 décès de 0 à 1 an pour 1.000 naissances vivantes et cette hécatombe n'avait guère baissé jusqu'en 1881-1885, puisque la fréquence les morts de nourrissons était encore de 162 pour 1.000, d'où un déclin de 6 pour 100 seulement. Mais dans ces 50 dernières années, la décroissance de la mortalité fut considérable, si bien que de 1935 à 1937, le risque mortuaire n'étant plus que de 65 pour 1.000 nés vivants, présentait une diminution de 62,3 pour 100 depuis la Restauration.

Il convient cependant de considérer attentivement cette dernière période triennale qui donne lieu à Paris à l'enregistrement de 6.294 décès de 0 à 1 an et 6.729 mort-nés (embryons compris) soit, pour 103.513 naissances au total (96.784 nés vivants plus 5.419 mort-nés et 1.310 embryons de moins de 4 mois de gestation), une perte de 13.023 sujets d'où 125 pour 1.000, le huitième de la fécondité connue. Ce déchet peut et doit encore être réduit dans de sensibles proportions. Un examen de cette situation sanitaire, portant sur l'année 1937, nous révélera les arrondissements les plus atteints (Voir cartogramme ci-dessous).

On mesure ainsi aisément l'inégalité devant la vie qui oscille de 81 dans le XVIe à 146 dans le XIXe arrondissement. Les plus touchés par ce déchet prématuré sont les quartiers situés au Nord-Est de N.-D. plus les Ve et VIIIe arrondissements. Le Sud-Ouest de la capitale est plus favorisé, bien que près du dixième des parturitions y soit encore voué à la mort, soit *ante partum*, soit avant le premier anniversaire. En d'autres termes, on peut avancer que, dans l'ensemble de la Ville de Paris, si les tentatives faites en faveur de la sauvegarde de l'enfance ont donné de beaux résultats, un vaste champ d'activité demeure pour l'amélioration hygiénique des conditions d'existence du nourrisson. Dans cette entreprise, l'amélioration de l'habitation se place aux côtés de la puériculture et de la pédiatrie.

Mortalité due aux maladies infectieuses.

Au cours des années 1887-1889, les affections ci-après ont entraîné la mort de 14.475 parisiens.

Maladies	Nombre de décès	Moyenne annuelle pour 100.000 habitants
—	—	—
Typhoïde	3.149	44.5
Variole	782	11.0
Rougeole	3.733	52.7
Scarlatine	587	8.3
Coqueluche	1.204	17.0
Diphtérie	5 020	71.0

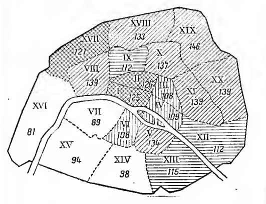
Mais, grâce à la sérothérapie, à la vaccination, à la prophylaxie de ces affections et à l'éducation des masses, une heureuse évolution a été depuis lors enregistrée, si bien que cette ample moisson de vies humaines ne fut plus de 1935 à 1937 que de 1.008 décès soit 11.9 en un an pour 100.000 habitants au lieu de 205 de 1887 à 1889. La décroissance est de 94.2 pour 100.

Les décès attribués à ces maladies de 1935 à 1937 sont ainsi répartis :

Maladies	Nombre de décès	Moyenne annuelle pour 100.000 habitatns
—	—	—
Typhoïde et paratyphoïde.	154	1.8
Rougeole	290	3,3
Scarlatine	587	0,7
Coqueluche.	207	2.4
Diphtérie.	299	3,5

L'ensemble de ces affections, la variole ayant complètement disparu des relevés nosologiques parisiens, ne représente plus que 5.8 pour 100 de son taux mortuaire initial. Autrement dit, quand 100 individus succombaient jadis à leurs atteintes, on n'enregistre plus aujourd'hui que 6 trépas. Cette décroissance de mortalité se traduit, à Paris, par une sauvegarde annuelle de près de 5.500 sujets.

Il eût été intéressant d'avoir des renseignements sur ces affections dans les îlots d'habitation dites insalubres. Mais ces investigations n'ont jamais été



faites. Tout au plus, les a-t-on considérées par arrondissements, initiative due à M. Bertillon père qui organisa le bureau de la statistique municipale de la Ville de Paris, vers 1880. Mais la notion de l'âge n'a pas été retenue dans le cadre de l'arrondissement.

Si on examine ces documents, déjà anciens, on constate — ce qui n'est malheureusement pas fait pour surprendre — que ce sont les arrondissements périphériques, ceux qui comptent toujours le plus d'enfants, qui avaient les taux mortuaires les plus élevés. Le fort contingent de ces décès a toujours été fourni par les jeunes sujets et cette constatation ne s'est jamais démentie.

Analysons sommairement les maladies infectieuses. La scarlatine tua de 1887 à 1889, 113 garçons et 81 filles de 1 à 4 ans pour 100.000 enfants d'âge et de sexe correspondant, puis 4,6 et 8 seulement de 1935 à 1937. La diminution est de 95,7 et 90 pour 100 respectivement.

La rougeole dont la morbidité correspond en principe aux cas exposés à ce risque, dans l'enfance et l'adolescence, immolait 52.7 parisiens contre 3.3 de 1935 à 1937, tuait de 1887 à 1889, 1.196 garçons et 1.138 filles pour 100.000 de 0 à 1 an au lieu de 108 et 116 dans ces trois dernières années.

La mortalité due aux affections diphtériformes évolua de 71 à 3.5 décès pour 100.000 mortels, mais de 1 à 4 ans elle a passé de 1.153 chez les garçons et 1.029 chez les filles à 35,5 et 35,3 pour 100.000 dans chaque sexe.

Quant à la coqueluche, qui frappe surtout les moins de cinq ans et principalement les nourrissons, elle fut encore responsable de 149 morts du sexe masculin, et de 116 de l'autre sexe pour 100.000 nourrissons en 1935-1937, venant de 637 et 759 en 1887-1889.

On le voit, ces mortalités, bien qu'ayant largement rétrocédé, demeurent encore importantes chez le jeune enfant.

Examinons la répartition topographique des mortalités morbilleuse et diphtériforme, à Paris, en 1937, leur répartition selon l'âge des décédés et leur rapport à 100.000 mortels d'âge correspondant.

Sur 48 morts dues à la rougeole, 15 sont d'enfants de moins d'un an, soit de 31.3 sur 100 et 33 de 1 à 19 ans, soit 68,7 sur 100. Ce dernier groupe, trop large, nous incite à penser que ces 33 décès sont bien plus près de la première année que de la fin de l'adolescence. Ce serait donc une hérésie que de les considérer par rapport à la population de tout âge. D'autre part, le tableau suivant montre assez clairement les observations nosologiques sans qu'il soit besoin de faire le rapprochement des décès de 0 à 1 an aux naissances vivantes.

Mortalité due a la rougeole et a la diphtérie en 1937 par arrondissement.

Arrondissements	Rougeole			Diphtérie		
	Nombres absolus			Nombres absolus		
	décès au total	de 0 à 1 an	de 1 à 19 ans	décès au total	de 0 à 1 an	de 1 à 19 ans
1er	»	»	»	2	»	2
2^e	»	»	»	3	»	3
3^e	2	»	2	4	»	4
4^e	1	»	1	2	»	2
5^e	1	»	1	1	»	1
6^e	»	»	»	»	»	»
7^e	»	»	»	1	»	»
8e . .	1	»	1	»	»	»
9e . . .	1	1	»	1	»	1
10^e	1	1	»	5	2	3
11^e	4	1	3	5	1	3
12^e	2	1	1	7	1	6
13^e	6	1	5	6	»	6
14^e	1	1	»	2	»	1
15^e	5	»	5	6	2	4
16^e	1	1	»	1	»	1
17^e	3	2	1	5	1	3
18^e	9	3	6	14	2	11
19^e	3	1	2	11	1	9
20^e	7	2	5	12	»	8
Paris . . .	48	15	33	88	10	68

Il en est de même de la diphtérie, qui entraîna la mort de 88 parisiens dont 10 de moins d'un an, soit 11,4 pour 100 de ce total, 68 de 1 à 19 ans, soit 77,2 pour 100 et 10 d'autres séries d'âge, soit 11,4 pour 100. Ces deux affections paraissent frapper les mêmes quartiers. De plus, un examen de cette distribution des décès attribués à la rougeole et à la diphtérie, conduit à constater que dans les 16 îlots affectant 21 quartiers de la Capitale, il y eut, en 1937, 19 morts morbilleuses et 32 d'affections diphtériformes soit pour une population de 945.118 domiciliés, un taux de 2 et 3,4 pour 100.000 habitants. Comparativement à l'ensemble des 59 autres quartiers, où les taux sont respectivement de 1,5 et 3 pour 100.000 mortels, on relève que les 21 premiers ont une surmortalité qui correspond à 33,3 pour 100 pour la rougeole et 11,8 pour 100 pour la diphtérie. Et cet examen ne permet pas encore de discriminer en propre les îlots insalubres puisque nous fûmes obligés de les considérer dans le cadre administratif des quartiers où ils sont situés.

Mortalité tuberculeuse.

L'endémie tuberculeuse constitue un drame qui n'a pas son égal dans l'histoire des peuples. Pour nous, Français, ce drame a une importance capitale. Aussi bien, devons-nous continuer de nous efforcer d'en réduire l'incidence.

Après avoir régressé de 42 pour 100 entre ces deux guerres (1920-1938), le taux des décès dus à la tuberculose augmente très sensiblement depuis

es hostilités. Comparativement à la mortalité innuelle moyenne qui était à Paris, de 1936 à 1938, de 162 décès tuberculeux (toutes formes) pour 100.000 parisiens, ce taux atteint en 1940, 168; 214 en 1941 et 196 en 1942. L'augmentation est le 32,1 pour 100 en 1941 et de 21 pour 100 en 1942.

Dès sa naissance, l'enfant est très durement frappé par la tuberculose, et c'est la forme néningée, résultat de la contamination précoce, familiale ou extra-familiale, qui en tue 100 sur 100.000 dans la première année de la vie. Cette fréquence diminue rapidement pour être à son minimum vers la septième année; mais les manifestations pathologiques ressortissant à l'âge pubertaire, favorisent à nouveau la reprise. Chez la femme notamment, la mortalité dominera celle de son compagnon jusqu'à la vingt-cinquième année et sera *ex æquo* avec la mortalité masculine à la rentaine. Mais l'homme surpassera ensuite très sensiblement les taux féminins.

Il importe donc de mettre tout en œuvre pour abaisser à son niveau inévitable la mortalité tuberculeuse dans notre pays. Et ce minimum peut être actuellement placé vers 40 décès annuels pour 100.000 habitants.

Il n'est pas utile d'être prophète pour prévoir les bienfaits et les heureux résultats d'une action méthodique qui réduirait à 40 notre taux de mortalité uberculeuse. A coup sûr, ce résultat permettrait de différer au minimum 40.000 morts chaque année et cette acquisition pour le maintien de la vie erait d'autant plus heureuse que, neuf fois sur dix, a tuberculose tue avant soixante ans.

Notre pays, qui souffre déjà depuis plus de cent ans de pauvinatalité, ne peut plus désormais tolérer que le poids des morts inévitables. Or, ces 10.000 décès paraissent évitables avec une action bien conduite.

De plus, remarquons que la tuberculose frappe a femme avant ou à l'âge de la maternité et qu'à e titre elle contribue largement à la réduction de a natalité. Cette maladie constitue un suicide démographique qu'il faut éviter.

A côté des dispensaires, des examens systématiques des collectivités, écoles, usines, bureaux, il aut entrevoir la possibilité de faire passer devant l'écran la population tout entière, au moins une ois l'an. Mais ces mesures doivent avoir pour corollaire les dispositions qui sont de nature à endiguer le flot tuberculeux. Parmi cellesci, nous voyons le facteur habitation. Il serait insensé, en effet, de continuer à lutter contre la maladie si on négligeait de s'attaquer aux causes profondes qui l'engendrent ou qui en permettent si facilement la diffusion. Il faut donc considérer à la fois le mal t ses sources. Si, jusqu'à ce jour, la prophylaxie le la maladie a été menée avec quelque activité, nous devons reconnaître que les causes n'ont fait l'objet que de timides offensives. L'une des plus urgentes est l'aménagement du logement, l'urbanisme de nos grandes cités et l'amélioration de nos demeures campagnardes.

L'ampleur de la tuberculose est là pour démontrer l'urgence de ces améliorations, puisqu'elle est en étroite corrélation avec l'insalubrité des locaux l'habitation et de travail, surpeuplés et souvent mal tenus. Nous n'ignorons pas davantage que ces logements sont le triste apanage des populations atteintes par le paupérisme, que ce facteur se conjugue avec les effets dus à ces tanières sordides favorisant les agents pathogènes.

Jetons un coup d'œil sur la mortalité tuberculeuse parisienne, selon les arrondissements et observons que l'Est est encore beaucoup plus touché que l'Ouest de N.-D., que les arrondissements les plus frappés par la tuberculose sont ceux qui sont affectés par l'habitation malsaine.

Par ailleurs le IVe arrondissement n'accuse-t-il pas en 1936-1938, 245 morts tuberculeux pulmonaires pour 100.000 domiciliés âgés de 20 à 40 ans, le XIVe, 206, le XXe 205, tandis que ce taux n'est que de 56 dans le VIIIe, de 66 dans le XVIe et de 91 dans le XVIIe, etc. ?

Considérons maintenant les îlots insalubres proprement dits. Dans les îlots du Ve, le taux de mortalité atteint 482 pour 100.000 mal logés; dans ceux du XVIIe, 467; du XXe, Père-Lachaise, 393; du IVe 378, etc... Enfin, dans la totalité de ces logis malsains, le taux est de 297 au lieu de 156 pour l'ensemble de Paris et de 148 décès en supposant que la Capitale soit à jamais débarrassée de ces quartiers inhumains.

La différence de l'état sanitaire est à la fois patente et importante. Elle fournit la preuve que non seulement le logement intervient dans le déterminisme de la santé publique, mais que ce problème nous invite à en rechercher le plus tôt possible la solution.

Rappelons, par exemple, que certaines maisons de la rue Saint-Médard (Ve arrondissement) ont vu mourir de tuberculose en quarante ans un nombre d'individus égal aux habitants d'un moment donné. C'est dire la nécessité et l'urgence de la démolition de ces demeures meurtrières. Cependant, l'habitat n'est pas tout, le paupérisme, la sous-alimentation, l'absence d'hygiène personnelle ont un rôle très important. La conclusion s'impose donc. Il est indispensable d'avoir à la place de ces demeures sordides, des habitations salubres, aérées, ensoleillées, entourées d'espaces libres suffisants. Mais il faut en même temps aménager les loyers en fonction des moyens de leurs futurs locataires. Le problème est donc financier. Il ne doit pas effrayer. Que l'on mette en balance les charges qui seront imposées aux collectivités par ces mesures d'habitation et les économies qu'elles réaliseront en évitant de nouveaux malades. Nous sommes sûrs que cette politique sera payante et qu'elle aura de plus l'avantage, inestimable à nos yeux, d'être avant tout humaine.

Dr P. Boulenger,
Chef de clinique
à la Faculté de Médecine de Paris.

Marcel Moine,
Statisticien du Comité National de Défense
contre la Tuberculose.

Une exposition Metchnikoff à l'Institut Pasteur

(Juillet 1945).

L'écho des cérémonies officielles pour la célébration du centenaire de Metchnikoff s'est tu. Le laboratoire et le bureau où l'illustre savant russe a travaillé pendant les trente années de sa vie pastorienne, transformés pour un temps en salles d'exposition et ouverts largement au public scientifique, seront demain rendus à la recherche. Les documents, patiemment rassemblés, vont être dispersés et il est peu probable qu'ils puissent une autre fois être réunis. En effet, si quelques objets appartiennent à l'Institut Pasteur, si d'autres ont été mis à notre disposition par des amis, le plus grand nombre provient d'un lot que Mme Metchnikoff, morte il y a un an à peine, a légué au musée Metchnikoff de Moscou. Ils ont été prêtés avec la meilleure grâce par Mme Belokopitoff, belle-sœur de Mme Metchnikoff et fidèle compagne de ses dernières années.

Pour la première fois, croyons-nous, l'iconographie de Metchnikoff est là à peu près complète, soit en originaux, soit en reproductions. Ce sont d'abord d'innombrables photographies, depuis celle de l'étudiant de Kharkoff, au visage imberbe et romantique, et dont le regard profond s'éclaire d'un fin sourire triste, jusqu'à la légendaire physionomie de prophète michelangélique des années de maturité. Ce sont les toiles peintes par Mme Metchnikoff, les bustes sculptés par elle; car non seulement elle fut une compagne parfaite, une collaboratrice idéale pour son mari, mais elle fut son peintre, son sculpteur, son historiographe et la gardienne vigilante de sa gloire. Ce sont encore un buste par Biégas, un portrait par Eugène Carrière, une statuette par Théodore Rivière. De nombreuses photographies le représentent dans son laboratoire ou dans son bureau, entouré de ses instruments familiers de travail et souvent au milieu d'un pittoresque désordre.

Plus loin sont exposés des autographes de Metchnikoff en français et en russe, et des lettres à lui adressées par des personnages célèbres, notamment par Léon Tolstoï.

Voici maintenant des documents qui illustrent les principales étapes de sa carrière : le premier cours de microbie technique du Dr Roux, en 1889-1890, dans lequel une part de l'enseignement lui fut confiée. Le voici entouré de ses collaborateurs en 1889. Puis, on le voit dans les principaux congrès où il lutta avec tant d'ardeur pour faire triompher ses conceptions: Congrès de Londres en 1891, congrès de Budapest en 1894, congrès de Moscou en 1897. Le voici au jubilé de Pasteur, au premier rang des spectateurs, à côté de Roux.

Metchnikoff était un maître d'enthousiasme, a dit Ch. Nicolle. Dès la création de l'Institut Pasteur, sa puissante personnalité attira de nombreux travailleurs. Voici d'abord Laveran, son contemporain à quelques mois près, qui vint chercher asile dans son service, pour lui et ses élèves, F. Mesnil, Marchoux, Mathis, avant que le Prix Nobel lui permît de s'installer dans un service autonome. C'est ici que J. Bordet commença les recherches sur les facteurs sérologiques de l'immunité qui devaient le conduire à la gloire. C'est ici que Besredka étudia les vaccins sensibilisés, l'immunité locale. C'est ici que Wollman, sur le sort duquel nous éprouvons actuellement tant d'inquiétude, donna un développement si élevé aux problèmes posés par le bactériophage. C'est ici enfin que travaillèrent Tarassévitch, Cantacuzène, Jean Charcot, P.-L. Simond, Hafkine, Levaditi, Salimbéni, Manouélian, Weinberg, A. Berthelot, E. Burnet, et tant d'autres dont les noms connurent, d'abord, la renommée pour avoir été associés à celui de leur Maître. Certains d'entre eux sont devenus des maîtres à leur tour et quelques-uns créèrent au loin des foyers de recherche où brillent encore les flammes metchnikovienne et pastorienne entremêlées.

Dans son bureau, remis à cette occasion, et définitivement, nous l'espérons, dans l'état où il se trouvait de son temps, on a exposé les diplômes des sociétés scientifiques qui l'ont nommé membre d'honneur, les médailles et les nombreuses récompenses qui lui furent décernées, parmi lesquelles, figure, on le sait, le Prix Nobel.

Plus loin, sur un large panneau, s'étalent ses principaux écrits: mémoires scientifiques et ouvrages de philosophie. Enfin, voici quelques-uns des articles nécrologiques qui lui furent consacrés. Les dernières lignes de celui de H. Roger, dans *La Presse Médicale* du 20 Juillet 1916, peuvent encore, malgré les trente ans écoulés depuis sa rédaction, servir de conclusion aux cérémonies qui viennent de se dérouler : « Quand les flots montants de l'oubli auront englouti tant de travaux qui, actuellement, nous semblent impérissables, la théorie de la phagocytose émergera sur les cîmes intangibles où sont inscrites, en caractères indélébiles, les grandes découvertes de l'humanité. »

Pierre Nicolle.

Livres Nouveaux

Les hormones en thérapeutique, par M. Albeaux-Fernet (*A. Legrand et J. Bertrand*, éditeurs), Paris.

La lecture des ouvrages d'endocrinologie est bien souvent longue et ardue. L'étude des diverses hormones entraîne d'ailleurs maintenant dans des voies très diverses et constitue un ensemble d'une extrême complexité.

Aussi doit-on savoir gré à M. Albeaux-Fernet d'avoir dégagé de ce flot de connaissances nouvelles tout ce qui se rapporte directement à la thérapeutique. Comme l'a écrit dans la préface de l'ouvrage le Prof. Fiessinger : « Ce livre est écrit pour le médecin. Il est au courant des recherches les plus modernes. Il lui apporte ce qu'il doit savoir et comment il doit faire. »

M. Albeaux-Fernet, en plus de son expérience personnelle, qui est considérable, a lu les ouvrages d'endocrinologie pour le praticien et il en a dégagé avec grande intelligence ce qui intéresse un médecin, surtout soucieux de thérapeutique.

Ce livre comporte un certain nombre de chapitres principaux, consacrés aux hormones génitales, thyroïdiennes, pancréatiques et autres et dans chacun desquels sont réunis les bases physiologiques, les procédés d'examens cliniques, les syndromes pathologiques, les applications thérapeutiques.

Cet ouvrage de 300 pages, clair et facile à lire, intéressera aussi bien l'étudiant que le médecin désireux de se cultiver.

A. Ravina.

INFORMATIONS

ORDONNANCE DU 8 AOUT 1945 relative à l'exercice de la médecine par des médecins étrangers

De nombreux médecins étrangers et dentistes réfugiés en France ont rendu au pays de grands services dans la Résistance ou dans l'armée. Ils mériteront d'être intégrés dans la communauté française, et, en attendant leur naturalisation, il a paru équitable d'accorder des autorisations provisoires d'exercer à ceux qui sont titulaires du diplôme d'Etat. Il paraîtrait paradoxal, en effet, que les médecins, qui ont donné ou donnent des soins aux militaires français aux armées n'aient pas le droit de soigner les populations civiles.

Les médecins étrangers non titulaires de diplôme d'Etat ou ne demandant pas leur naturalisation, pourront, dans des conditions beaucoup plus strictes de recrutement et de durée, être utilisés au profit des populations civiles dépourvues de médecins pendant la durée des hostilités.

Des dispositions analogues avaient été prévues par le décret-loi du 15 Mai 1940, qu'il a paru nécessaire de remplacer par le texte actuel pour le mettre en harmonie avec des situations de fait qu'il n'avait pu prévoir (Résistance en particulier).

Toutefois, ces mesures ne seront prises qu'après l'avis d'une Commission, dont la composition a été fixée de manière à donner toutes les garanties possibles. Cette Commission groupera en effet un représentant de toutes les administrations publiques intéressées, Santé publique, Justice, Intérieur, Guerre, Affaires étrangères, les représentants de la Résistance médicale, d'autant plus nécessaires qu'il conviendra d'apprécier les titres dans la résistance de certains postulants, les représentants du Conseil supérieur des Médecins ; dès que les Syndicats de Médecins seront reconstitués, ils seront représentés au sein de la Commission.

Article premier. — Nonobstant toutes dispositions législatives ou réglementaires, des autorisations d'exercer la médecine pourront être accordées, par arrêté du ministre de la Santé publique, après avis de la Commission fixée à l'article 6 ci-après, aux médecins étrangers titulaires du diplôme d'Etat français de docteur en médecine, actuellement en instance de naturalisation et remplissant l'une des conditions suivantes :

1° S'être engagé pour la durée de la guerre dans une unité combattante de l'armée française en 1939-1940 ;

2° S'être engagé dans une formation des forces françaises libres ;

3° S'être engagé dans une des formations françaises qui ont combattu contre l'Axe depuis le mois de Novembre 1942 ;

4° Avoir participé effectivement à la Résistance.

Ces autorisations auront une durée de 6 mois et seront renouvelables. Elles cesseront de plein droit le cas échéant, à compter du jour de la notification du refus de naturalisation. Elles pourront, en outre, à tout moment être révoquées. La révocation en sera prononcée dans les mêmes formes que la délivrance.

Art. 2. — Des autorisations d'exercer la médecine, mais seulement dans les localités déterminées où les soins de la population ne peuvent être assurés par des médecins français titulaires du diplôme d'Etat, et au maximum pour la durée des hostilités, pourront être également accordées à titre exceptionnel par arrêté du ministre de la Santé publique, pris après avis de la Commission visée à l'article premier, aux médecins français titulaires d'un diplôme français d'Université, mention médecine, et aux médecins étrangers non candidats à la naturalisation, titulaires du diplôme d'Etat français de docteur en médecine, que les dispositions actuellement en vigueur n'autorisent pas à exercer.

Art. 3. — Jusqu'à une date qui sera déterminée par arrêté ministériel, les médecins ressortissants de pays alliés sont habilités à donner des soins à leurs compatriotes dans les centres d'accueil officiellement organisés.

Art. 4. — L'acceptation par les intéressés de l'autorisation d'exercer, prévue aux articles premier et 2, vaut engagement de se soumettre à toutes les obligations imposées aux médecins français par les lois et règlements en vigueur, et, en outre, à toute condition particulière qui pourrait leur être imposée par le ministre de la Santé publique, sur l'avis de la Commission visée à l'article premier.

Art. 5. — Les dispositions qui précèdent sont applicables aux chirurgiens-dentistes. Ceux-ci devront, pour pouvoir bénéficier des dispositions de l'article premier, posséder le diplôme d'Etat français de chirurgien-dentiste.

Art. 6. — La Commission prévue aux articles premier, 2 et 4 est composée ainsi qu'il suit :

Le directeur de la Santé, président ;

Un représentant du Conseil supérieur des Médecins ;

Un membre chirurgien-dentiste de la Commission des praticiens de l'art dentaire complétant le Conseil supérieur des Médecins ;

Un représentant du Comité médical de la Résistance ;

Un représentant du Comité dentaire de la Résistance ;

Un représentant de la Confédération générale des Syndicats médicaux français ;

Un représentant des Syndicats dentaires ;

Un représentant du ministre de la Justice (service des naturalisations) ;

Un représentant du ministre de l'Intérieur (service des étrangers) ;

Un représentant du ministre de la Guerre ;

Un représentant du ministre des Affaires étrangères.

Art. 7. — Un arrêté du ministre de la Santé publique précisera les conditions d'application de la présente ordonnance, en particulier les formalités de l'instruction des demandes.

Art. 8. — Le décret-loi du 15 Mai 1940 est abrogé.

(*J. O.* du 7 Août 1945.)

ORDONNANCE DU 8 AOUT 1945 relative à certaines conditions d'accès aux diplômes d'État de docteur en médecine, chirurgien dentiste et pharmacien

Il est de règle, d'après la législation en vigueur, que les candidats aux diplômes d'Etat de docteur en médecine, de pharmacien et de chirurgien dentiste, titulaires du diplôme d'université correspondant, ou en cours d'études pour ce diplôme, ne peuvent bénéficier de la dispense d'aucun des examens afférents au diplôme d'Etat.

Les rigueurs de ces dispositions, pleinement justifiées par le souci de maintenir la valeur et le prestige du diplôme d'Etat et d'exiger du futur praticien le maximum de garanties, paraissent pouvoir légitimement être atténuées en faveur de ceux des candidats qui, au cours de la période qui vient de s'écouler, ont fourni la preuve, parfois éclatante, non seulement de leur dévouement à la France, mais aussi de leurs capacités professionnelles.

Il est apparu en conséquence que, sous certaines conditions limitatives, des mesures spéciales devaient être prises à leur égard ; tel est l'objet du projet d'ordonnance ci-joint.

Article premier. — Les titulaires du diplôme d'université de docteur en médecine, de chirurgien dentiste ou de pharmacien ou les étudiants en cours d'études pour ces diplômes pourront être admis, par décision du ministre de l'Education nationale, à postuler le diplôme d'Etat, sous réserve :

1° Qu'ils justifient de services effectifs rendus à la France ou à ses alliés dans la guerre ou dans la résistance ;

2° Qu'ils se soient mis en instance de naturalisation ;

3° Qu'ils possèdent les titres initiaux français réglementaires ou leurs équivalents étrangers.

Art. 2. — Les titulaires d'un diplôme d'Université et les étudiants en cours d'études visés à l'article premier ci-dessus et remplissant les conditions fixées par cet article et qui ne justifient que de titres initiaux étrangers équivalents aux titres initiaux français, devront satisfaire à un examen de culture générale française. Tous les titulaires d'un diplôme d'Université devront, en outre :

1° Soit subir les examens cliniques et soutenir la thèse, pour les candidats au diplôme d'Etat de docteur en médecine ;

2° Soit subir un examen récapitulatif spécial, dont le programme et les conditions seront ultérieurement déterminés, pour les candidats au diplôme d'Etat de pharmacien ou de chirurgien-dentiste.

Des dispenses partielles ou totales d'examens cliniques et des dispenses de soutenance de thèse pourront, en raison de leurs titres scientifiques, être accordées par le ministre de l'Education nationale, après avis du doyen et du recteur intéressés.

Art. 3. — Sans préjudice, le cas échéant, de l'admission à l'examen de culture générale française prévue à l'article précédent, les étudiants en cours d'études pour un diplôme d'Université passeront dans l'année correspondante en vue du diplôme d'Etat.

Art. 4. — Un décret fixera les modalités d'application de la présente ordonnance.

(*J. O.* du 9 Août 1945.)

ÉTUDIANTS VICTIMES DE LA GUERRE

Validation des examens des prisonniers, déportés et étudiants victimes de la guerre

Le Gouvernement s'est préoccupé de faciliter la réadaptation intellectuelle et sociale des étudiants qui, du fait de la guerre, ont subi une interruption dans le cours de leurs études.

La valeur des études accomplies au cours de la détention sera officiellement reconnue, tandis que grâce à l'organisation de Centres de préparation spéciale, de concours spéciaux pour l'entrée dans les grandes écoles, grâce à l'allègement des programmes d'études et d'examens et l'institution d'un régime particulier de bourses, il sera permis aux étudiants, victimes des événements des cinq dernières années, de reprendre le cours normal de leurs études.

La circulaire ministérielle énumère les différentes catégories de bénéficiaires de ces mesures et prévoit les pièces qui seront exigées à cet effet des candidats.

Il est à noter toutefois que certaines disciplines universitaires ne peuvent comporter des allégements sensibles de leur programme d'études ou d'examens, tant en raison de l'importance que comportent les travaux pratiques, que de l'intérêt social qu'ont les titres professionnels conférés par les diplômes recherchés.

En ce qui concerne plus spécialement la validation des examens subis et des études accomplies dans les camps et se rapportant à l'Enseignement supérieur, une circulaire du 22 Juin 1945 précise le décret du 7 Juin 1945. (*J. O.* du 9 Juin 1945.)

Chaque demande (une par validation demandée) sera accompagnée de toutes les pièces susceptibles de renseigner le jury sur la nature des études faites, sur le niveau et la valeur des épreuves, sur la compostion des jurys de captivité.

Il appartiendra dans chaque cas aux jurys des Facultés d'apprécier la valeur des études faites en captivité et de la personnalité des membres des jurys des camps, telles qu'elles résulteront de l'examen des pièces.

(*Bull. Off. Educ. Nation.*, n° 39 du 12 Juillet 1945.)

Exonérations de droits et allocations

D'autre part, une ordonnance du 4 Août 1945 prévoit l'exonération des droits scolaires et universitaires ainsi que des allocations en faveur des étudiants victimes de la guerre.

Pourront bénéficier des dispositions de cette ordonnance les étudiants ou élèves qui ont été empêchés pendant au moins un an de poursuivre leurs études par suite de leur appartenance à l'une des catégories suivantes : 1° prisonniers de guerre rapatriés ; 2° engagés volontaires ou mobilisés dans l'armée française ou dans une armée alliée au cours des hostilités ; 3° les personnes qui ont été détenues ou maintenues en détention en France ou déportées à l'étranger pour des motifs d'ordre politique ou militaire, sur l'ordre de l'ennemi ou du « gouvernement de l'Etat français » ; 4° les personnes qui ont quitté leur domicile pour participer à l'action d'une organisation de résistance ; 5° les personnes qui sont parties travailler au profit de l'ennemi dans des conditions exclusives de toute intention réelle de coopérer à l'effort de guerre de celui-ci.

a) Les étudiants visés dans le texte ci-dessus pourront être, sur leur demande, *dispensés des droits de toute nature* (notamment des droits d'épreuves ou d'examens, droits d'inscription, d'immatriculation ou de scolarité, droits de bibliothèque, droits d'exercices, de travaux pratiques et de laboratoire, droit de dispense de titres et d'équivalence de la taxe de médecine préventive).

b) En vue de leur permettre de poursuivre ou d'entreprendre des études dans un établissement d'enseignement public ou reconnu par l'Etat, il pourra être accordé aux étudiants bénéficiaires de la présente ordonnance des *allocations* qui devront leur permettre de subvenir aux frais occasionnés par leurs études, à leur entretien personnel, ainsi qu'à l'entretien de leur famille s'ils sont mariés ou considérés comme soutiens de famille.

Pour obtenir cette allocation, les intéressés devront justifier, soit de titres scolaires et universitaires, soit du travail intellectuel qu'ils auront accompli postérieurement au 25 Juin 1940.

(*J. O.* du 5 Août 1945.)

ASSOCIATION GÉNÉRALE des Médecins de France

L'Association générale a tenu le 22 Juillet, à son siège social, 60, boulevard de Latour-Maubourg, ses Assemblées extraordinaire et ordinaire, qui ont réuni de nombreux délégués de province, malgré les difficultés actuelles.

Elles ont été présidées par le Dr Le Lorier, vice-président, en l'absence du président, le Prof. Baudouin, doyen de la Faculté de Médecine de Paris, retenu en mission officielle à New-York.

Après un exposé du Dr Cibrie sur les problèmes en cours, il a été procédé à une importante révision des statuts, qui fait de l'association une vaste *union mutualiste médicale*, adaptée aux nouveaux besoins de l'Entr'aide et de la Prévoyance. Par ses services généraux, ses subventions, ses Caisses de compensation, sa liaison avec les Caisses nationales, elle développe son action vis-à-vis de ses Sociétés départementales actuelles dans la distribution de leurs secours et allocations et dans le service des prestations assurées (retraites, maladie, invalidité, décès).

IXe Congrès français de Gynécologie

Le IXe Congrès français de Gynécologie se tiendra à la Faculté de Médecine de Paris les 6, 7 et 8 Octobre.

La séance inaugurale, placée sous la présidence de M. Billoux, Ministre de la Santé publique, aura lieu le samedi 6 Octobre, à 14 heures.

Huit rapports ont été prévus sur la question à l'ordre du jour : *Le fibrome utérin* : 1° Etiologie, pathogénie, anatomie pathologique (Cl. Rouvillois, Paris). 2° Etude clinique, symptômes, diagnostic, évolution (E. Douay,

Paris). 3° Les complications du fibrome utérin (P. Ulrich, Paris). 4° Le traitement non opératoire : *a*) Traitement médical et hydrominéral (Maurice Fabre, Paris, et Mlle H. Gonet, Salies-de-Béarn) ; *b*) Rontgenthérapie (A. Badolle, Lyon) ; Curiethérapie (H. Violet, Lyon). 5° Le traitement chirurgical (E. Pollosson, Lyon). 6° Fibrome et puerpéralité (M. Lyonnet, Lyon). 7° Fibrome et endocrinologie (Cl. Béclère, Paris). 8° Les indications thérapeutiques dans les fibromes utérins (A. Chalier, rapporteur général).

Une séance est réservée pour les communications ne portant pas sur la question à l'ordre du jour.

L'Agence Duchemin-Exprinter, 26, avenue de l'Opéra, Paris-1er, est chargée du logement et du transport. Les demandes de renseignements et les adhésions sont reçues par M. le Dr Maurice Fabre, Secrétaire général, 1, rue Jules-Lefebvre, Paris-9e.

XVIII° Congrès des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord

Les organisateurs du XVIII° Congrès des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord regrettent d'être dans la nécessité, pour la deuxième fois, de remettre, *sine die*, la tenue du congrès qui devait avoir lieu à *Québec*, les 3, 4, 5 et 6 Septembre.

Une ordonnance du gouvernement fédéral qui réserve pour les soldats rapatriés les moyens de transport et les hôtels, interdit la tenue du congrès.

Les membres de l'Association émettent le vœu que, bientôt, il leur soit possible de reprendre ce congrès dont le succès semblait assuré par le nombre des membres adhérents et le programme établi.

Universités de Province

Faculté de Médecine d'Alger. — Les chaires suivantes sont déclarées vacantes :

1° Chaire de *Médecine légale* (dernier titulaire : M. Ginaud, décédé) ;

2° Chaire d'*Hygiène, Hydrologie* et *Climatologie* (dernier titulaire : M. Gibentón, transféré) ;

3° Chaire de *Parasitologie* et *Zoologie médicale* (dernier titulaire : M. Senevet, mis à la retraite d'office) ;

4° Chaire de *Clinique chirurgicale* (dernier titulaire : M. Costantini) ;

5° Chaire de *Clinique chirurgicale infantile* et *Orthopédie* (dernier titulaire : M. Lombard, mis à la retraite d'office).

Un délai de 20 jours est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

Concours et places vacantes

Hôpital civil de Belfort. — Le poste de *Chef du Laboratoire de Bactériologie et Sérologie* est vacant. Pour tous renseignements et pièces à produire pour faire acte de candidature, écrire au Directeur.

Hôpital psychiatrique de la Roche-sur-Yon (Vendée). — Le poste d'interne en médecine est actuellement vacant. S'adresser au Médecin-Directeur.

Médecin départemental de vénéréologie. — Un poste est actuellement disponible dans le département de la *Moselle*. S'adresser à la Préfecture de la Moselle, Inspection de la Santé, 6, rue Mozart, à Metz.

Nouvelles diverses

Institut de Pédiatrie et de Puériculture de Marseille. — Les cours pour le certificat de Pédiatrie et de Puériculture commenceront le lundi 1er Octobre 1945 (Session des étudiants en médecine et des docteurs). Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat, Hôpital de la Conception, Marseille.

Maisons de santé privées. — Le *J. O.* du 7 Août 1945 publie un décret portant dissolution du Comité d'organisation des Maisons de santé privées.

Retour d'Allemagne

Nous avons le plaisir d'apprendre le retour, du camp de Dachau, du docteur Honeau, de Cany (Seine-Inférieure) [30 Mai 1945].

Nos Échos

Naissances.

— Le docteur et Madame André Morel sont heureux de faire part de la naissance de leur deuxième fils *Jean Jacques* (Romans, 13 Juillet 1945).

— Le docteur et Madame Marcovici sont heureux de faire part de la naissance de leur fils *Jean-Pierre* (247 *bis*, boulev. Jean-Jaurès, Boulogne, Seine, 15 Juillet 1945).

— Dominique et Jean-Louis Férial ont la joie d'annoncer la naissance de leur petit frère *Christian* (Neuvy sur-Loire, 7 Juillet 1945).

Fiançailles.

— On nous prie d'annoncer les fiançailles de M. Jean Gourry, étudiant en médecine, avec Mademoiselle Geneviève Ricard, étudiante en médecine (Perpignan, 15 Août 1945).

Décès.

— On annonce le décès du docteur G. Milian, médecin honoraire de l'Hôpital Saint-Louis.

— Le docteur Robert Claisse, le docteur et Madame Paul Claisse ont la douleur de faire part de la mort de leur épouse et belle-fille *Marie-Thérèse*, décédée à Paris le 30 Juillet 1945, dans sa 23° année.

— On annonce la mort du docteur Charles Loyer médecin des Dispensaires anti-tuberculeux de l'Oise (Paris, 16 Juillet 1945).

— Le docteur Plait, d'Ancy-le-Franc (Yonne), déporté au camp de concentration de Neuengamme, nous fait part du décès de son fils *Henry*, étudiant en médecine mort au camp de Kaltenkirchen-Neuengamme, le 7 Janvier 1945, à l'âge de 22 ans.

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

Le gérant : F. Thomas.

Imprimé par l'Anc^ne^ Imprimerie de la Cour d'Appel, 1, rue Cassette, à Paris (France)

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées aux Périodiques, la Direction scientifique de La Presse Médicale *a dû fixer à 4 colonnes maximum l'étendue des mémoires originaux. Tout manuscrit dépassant cette étendue sera retourné à son auteur.*

RÉFLEXIONS SUR LA CHIRURGIE DE LA DOULEUR

Par **Pierre WERTHEIMER**
(Lyon)

L'entreprise chirurgicale dans la thérapeutique de la douleur considérée comme un phénomène pathologique en soi et extraite des conditions étiologiques qui le déterminent, est en quête continuelle d'explications légitimant ses procédés. L'œuvre de M. Leriche représente à cet égard la tentative la plus originale et l'effort le plus harmonieux. Deux conceptions s'obstinent dans leur opposition. L'une qui fait de la douleur un phénomène sensoriel spécifique et non pas une modalité affective du tact, l'autre qui voit en elle une réponse affective particulière à toute excitation sensible transmise jusqu'aux centres. La première place au premier plan les récepteurs et les voies de conduction ; la seconde accorde la primauté aux centres élaborateurs de la tonalité affective Le chirurgien n'ignore pas ce double aspect du problème, mais son but essentiel demeure jusqu'ici de réduire le champ sensitif par la section des fibres issues de celui-ci et vectrices d'excitations sensibles spécifiques ou non. Je tiendrai en dehors de ces quelques réflexions tout ce qui concerne les voies végétatives, tant dans la mesure de leur participation aux phénomènes de la douleur que dans l'appréciation des résultats de la chirurgie sympathique. Une telle attitude n'implique de ma part aucune méconnaissance du rôle du sympathique dans la compréhension de la pathologie douloureuse, ni aucune désaffection pour les méthodes se réclamant de celui-ci. Elle s'explique par le désir de consacrer ces modestes considérations aux faits qui dominent l'orientation actuelle des diverses techniques visant à sectionner les voies anatomiques reconnues à la sensibilité douloureuse et à l'analyse des observations faites à l'occasion de ces gestes.

Longtemps les neurotomies périphériques ont paru satisfaire aux exigences de la thérapeutique antalgique. L'imperfection des résultats et surtout leur caractère transitoire incitèrent à reporter plus haut entre le ganglion et les centres l'interruption des voies sensibles. Ce fut l'époque des radicotomies. Mais les inconvénients des radicotomies spinales se manifestèrent à l'usage : difficultés de repérage ; obligations de sections étendues incompatibles avec les obligations de la technique, et bientôt Spiller imaginait de reporter sur le neurone central l'interruption des excitations sensibles. En 1912 il proposait la section intramédullaire du cordon antérolatéral et créait la cordotomie que pratiquait Martin. Cette opération représentait la première agression chirurgicale contre les voies centrales de la sensibilité. La neurotomie rétrogassérienne, parce que radicotomie isolée et techniquement assurée, conservait la confiance des chirurgiens par la constance des succès qu'elle leur fournissait. Mais, en raison de la diffusion de son emploi, elle fournit l'occasion d'observations du plus grand intérêt. Il apparut tout d'abord que la racine du nerf trijumeau se prêtait à une dissociation physiologique des fibres qui la composent. Il était possible de différencier les éléments de la sensibilité douloureuse et thermique d'avec ceux de la sensibilité tactile, les premiers convergeant vers le noyau spinal, les seconds remontant vers le noyau sensitif principal du trijumeau. Cette distinction déjà suggérée par Ranson fut confirmée par les recherches de Spiller et Winkler et vérifiée expérimentalement par Gérard et Stopford. Sjökvist transporta cette notion dans le domaine de la pratique chirurgicale en recommandant la section du tractus spinal, préservant par cette intervention la sensibilité tactile du trijumeau. La tractotomie trigéminale de Sjökvist a été réalisée par de nombreux chirurgiens, par Walker, Rowbotham, Jackson et Ironside. Grant, Groff et Lewy ; ses indications sont jusqu'ici réservées à certaines formes de névralgies faciales essentielles ou symptomatiques ; nous l'avons nous-mêmes utilisée dans 5 cas. Mais il apparaît en outre qu'un certain contingent, en vérité très réduit, de névralgies faciales se montre réfractaire aussi bien à la tractotomie qu'à la neurotomie. Et ainsi surgit dans la thérapeutique de la névralgie faciale tout comme elle s'était imposée pour les algies des membres l'idée de transporter vers le neurone central l'agression chirurgicale. Les fibres centrales de la sensibilité trigéminale empruntent le faisceau quintothalamique. Partant du noyau bulbo-spinal il atteint la couche optique. Selon Winkler il existerait deux faisceaux quintothalamiques, l'un ventral, l'autre dorsal ; tous deux seraient croisés. Pour certains le faisceau ventral seul serait constant. Il croiserait la ligne médiane dans la région retroolivaire, monterait à travers le bulbe dans le lemniscus médian et viendrait se confondre avec les fibres du faisceau spinothalamique. Deux observations de Sera et Neri mentionnent la section de ce faisceau que Clovis Vincent d'après Schaefer aurait également réalisée à l'intérieur de la protubérance.

Il est en outre possible que certaines névralgies faciales ne répondent pas à l'étiologie ganglionnaire habituellement reconnue à cette affection. Baudoin estime qu'elle peut être dans certains cas de siège central et correspondre à une lésion affectant un point du noyau bulbopontomédullaire du trijumeau. Cette étiologie était déjà admise en faveur d'un nombre de névralgies faciales symptomatiques, celles par exemple de la sclérose en plaques ou révélatrices de lésions vasculaires. Bien plus Winkler déclare qu'il existe des cas où une névralgie faciale violente serait symptomatique d'une altération thalamique controlatérale. Une observation de Frazier, Lewy et Rowe fait état d'une névralgie faciale de ce type.

D'autre part une certaine tendance se manifeste qui, sans nier le rôle des excitations périphériques attribuerait aux centres une part appréciable dans la genèse des phénomènes douloureux. L'action des stimuli périphériques ne jouerait que sur un centre nucléaire prédisposé, sensibilisé en quelque sorte ou mis en charge, le stimulus en provoquant la décharge. Ainsi Le Loch, dans une thèse récente, considère que dans la névralgie faciale dite essentielle une lésion centrale non décelable serait en réalité l'origine de la maladie, les excitations extérieures n'intervenant qu'au titre de facteurs déclenchant la crise.

Enfin il n'est pas permis d'envisager les conducteurs sensibles comme de simples agents de transmission portant aux centres les excitations sans exercer à leur égard la moindre modification. Tout le long des voies de conductions s'opèrent des processus d'intégration qui modifient les caractères initiaux des stimuli et leur font subir jusqu'au point où ils entrent dans la conscience une série d'opérations physiologiques.

Tous ces faits doivent être retenus par qui veut comprendre l'orientation actuelle de la chirurgie de la douleur et réfléchir à ses méthodes. Il n'est pas jusqu'à l'interprétation même des théories de la douleur dont il convienne de tenir compte. La conscience affective qui de l'excitation périphérique fait une sensation douloureuse est considérée comme une fonction thalamique ; selon Head, le thalamus serait l'appareil de l'affectivité, les centres corticaux assurant la réception des excitations et la discrimination intellectuelle entre celles-ci. Le cortex exercerait normalement une activité frénatrice sur l'affectivité thalamique ; la réduction ou la suppression de cette activité libérerait l'affectivité thalamique. Dans ces conditions tout stimulus périphérique serait ressenti douloureusement (overreaction) ; de telles conditions correspondraient à ces états hyperpathiques que rencontre la clinique en présence de certains états algiques (névralgies faciales, douleurs des amputés). Ajurriaguerra, dans sa thèse consacrée à la douleur centrale, estime qu'il n'y a pas de douleurs sans lésion du noyau latéral ; il précise même la localisation jusqu'à prétendre qu'elles affectent la partie dorsale du noyau externe. Il reconnait pourtant que dans le déterminisme de la douleur, le facteur lésionnel n'est pas tout et que le facteur fonctionnel avec sa composante réactionnelle intervient également. Déjà Leriche, à propos des algies posttraumatiques suggérait de rechercher avec soin les possibilités d'un « dérèglement thalamique ». « Dans certains états douloureux, écrivait-il, je me demande si le trouble initial centripète n'atteint pas d'emblée le thalamus. » De même, méditant sur certaines douleurs des amputés particulièrement rebelles, il disait : « Je me suis demandé plusieurs fois à propos de ces cas s'il ne faudrait pas substituer aux opérations sympathiques et médullaires l'excision des centres sensitifs du cortex ou chercher à agir sur les centres thalamiques. »

L'heure n'est pas encore venue des affirmations catégoriques ; trop d'obscurités pèsent encore sur le problème de la douleur dont le moindre parmi beaucoup d'autres est relevé par Leriche. « Personne ne sait, dit-il, comment dans le cerveau se font les transformations de l'excitation en sensation et comme s'opère la projection à la périphérie de la sensation élaborée. C'est là le vrai problème. » Il n'est peut-être pas indispensable que le chirurgien, du reste mal préparé à les étreindre, accède à ces spéculations, mais il n'est pas inutile qu'il ait de celles-ci quelques lueurs, afin que ses gestes dans la thérapeutique de la douleur ne soient pas dirigés par les seuls enseignements d'un empirisme rudimentaire.

Les neurotomies périphériques effectuées sur les voies sensitives en amont des centres ganglionnaires sont dépréciées. En vérité les raisons de cette dépréciation ne sont pas évidentes, la neurotomie procurant en principe une réduction appréciable des excitations transmises par les conducteurs sensibles et satisfaisant aux exigences de la théorie de l'irritation. Il semble que par assimilation avec les enseignements accrédités par les recherches de Van Gehuchten sur les altérations ganglionnaires dans la névralgie faciale, on ait estimé que toute section gagnerait à être reportée au delà du ganglion. Et pourtant certains faits signalés par Leriche enseignent que même après neurotomie rétrogassérienne la section périphérique des branches du trijumeau est susceptible de soulager des douleurs récidivantes. Peut-être en raison des phénomènes d'intégration qui se produisent tout au long du trajet des voies sensibles est-il préférable de reporter plus haut leur interruption, mais ceci est pure hypothèse.

J'ai dit plus haut les objections surtout techniques adressées à la radicotomie. En vérité elle conserve toute sa valeur thérapeutique lorsque les conditions anatomiques garantissent son électivité. C'est ainsi que, pour le trijumeau, le glossopharyngien, le nerf occipital d'Arnold, les racines cervicales, les origines du sciatique, elle garde dans le traitement de la douleur une place prépondérante et justifiée par ses résultats. Nos connaissances actuelles autorisent à dresser contre elle le reproche d'être globale, de ne pas distinguer entre les composantes de la voie sensible et surtout d'être insuffisante pour les douleurs intéressant les membres inférieurs, l'abdomen ou le thorax.

La cordotomie s'était provisoirement proposée à pallier à cette insuffisance. Mais à l'usage apparurent les difficultés de sa réalisation technique, l'atteinte fréquente des fibres motrices, l'apparition presque constante de douleurs en ceinture, la banalité des complications urinaires et trophiques.

Peut-être serait-il permis d'envisager des modifications à sa technique, s'opposant aux inconvénients qui l'ont discréditée dans l'opinion chirurgicale.

Dans un travail récent, Earl Walker enseigne en effet que les fibres spinothalamiques occupent en deux points une position périphérique qui les fait accessibles : dans le bulbe où elles ont une situation dorsolatérale par rapport au noyau olivaire inférieur donc superficielle et dans le mésencéphale où elles sont latérales par rapport au brachium conjonctivum. La cordotomie haute a d'ailleurs été faite par Frazier ; il la pratiqua des deux côtés en vue de réaliser une sorte d'isolement du thalamus dans un cas de syndrome thalamique de cause vasculaire accompagné de douleurs atroces dans l'hémiface. Le résultat fut excellent.

Par ces tentatives la cordotomie rejoint celles auxquelles je faisais allusion plus haut qui sectionnent le faisceau quintothalamique dans le point où ses fibres vont s'intégrer à celles du faisceau spinothalamique après entrecroisement. Aux observations de Serra et Neri qui concernent en réalité des électrocoagulations intrabulbaires, s'en ajoute une autre de Dogliotti qui sectionna le lemniscus lateralis dans le tronc cérébral pour soulager un syndrome douloureux particulièrement rebelle. Il est permis de démêler au travers de ces tentatives auxquelles s'apparente la tractotomie trigéminale de Sjökvist un effort en vue de réaliser une section élective des fibres vectrices de la sensibilité douloureuse, à l'exclusion de tout dommage aux fibres motrices. Elles supposent leur individualité physiologique bien établie et leur topographie intramédullaire anatomiquement fixée.

Certains faits empruntés à ma propre expérience et à un large usage de la myélotomie commissurale postérieure m'obligent à formuler quelques réserves. A ce jour, 36 opérations de ce type ont été pratiquées dans mon service par mes collaborateurs ou par moi-même. La plus grande partie de celles-ci fut motivée par des syndromes douloureux affectant les membres inférieurs, le pelvis ou l'abdomen. La plupart des malades soumis à cette opération ont été soulagés de leurs douleurs alors que les perturbations objectives apportées aux diverses sensibilités furent ou très discrètes ou absentes, et que sur les documents anatomiques confiés à MM. Paul Girard et Bourret le faisceau en croissant de Déjérine ne révélait aucun signe de dégénérescence. De telles constatations ne permettent pas d'adopter une théorie exclusivement mécanicienne de la douleur et rigoureusement asservie au dogmatisme des schémas anatomiques.

En 1937, MM. Baudoin et Schaeffer écrivaient en conclusion à leur rapport sur la Physiologie et la Pathologie générale de la douleur : « S'il convient de condamner les théories trop mécaniciennes de la douleur, il faut également se méfier des doctrines trop vitalistes. » La conception d'une douleur représentant surtout un phénomène psychique, une modalité de la sensation suggère inévitablement la participation corticale et devait tout naturellement solliciter un geste chirurgical inspiré de cette notion. Une observation de Dimitri et Balato fait mention d'une exérèse de la pariétale ascendante et d'une partie des circonvolutions pariétales supérieure et inférieure ; une autre, de la section transcalleuse des fibres unissant les deux lobes pariétaux. L'une et l'autre furent un échec. Il ne semble pas que cette orientation soit susceptible de résultats favorables. Que le thalamus soit comme le prétend Head l'organe terminal de la sensibilité douloureuse et que la douleur soit dépourvue de toute représentation corticale, ou que la douleur soit au contraire, comme le prétend Lhermitte le fait de centres thalamiques incapables par eux-mêmes d'intégrer les excitations qui leur parviennent, de les modeler et de les adapter ou même qu'on admette avec Foerster qu'un état de conscience tel que l'état douloureux ne puisse pas naître dans le thalamus et suppose un rôle actif du cortex, il n'est pas moins vrai que les douleurs proprement corticales sont exceptionnelles. La neurochirurgie enseigne d'ailleurs que l'incision ou l'exérèse d'un lobe pariétal ne sont associées à aucun phénomène douloureux particulier.

CONCLUSIONS

Au travers des divers procédés entre lesquels peut hésiter une chirurgie mutilante dans la thérapeutique de la douleur, j'ai cherché à démêler leur justification et à confronter leurs prétentions avec les conceptions généralement admises touchant le dispositif et le mécanisme des voies reconnues à la sensibilité douloureuse.

Il m'est apparu que l'acte élémentaire par lequel se trouve réduit de façon substantielle l'apport des stimuli afférents aux éléments intégrateurs ou aux centres élaborateurs de la tonalité affective conserve toute sa valeur. Il est représenté par la radicotomie postérieure. Cette constatation s'accorde avec un regain de faveur qui se manifeste au travers des récentes publications.

A l'opposé il apparaît que toute tentative s'exerçant sur les centres corticaux de la sensibilité ne trouve aucune raison valable pour légitimer son emploi.

Par contre la déconnection des centres thalamiques par la section haute uni- ou bilatérale du faisceau spinothalamique mériterait d'être essayée soit dans le cas de lésions affectant ces centres, soit dans le cas d'algies rebelles révélant le caractère des hyperpathies décrites par Foerster. La situation relativement superficielle de ce faisceau dans la région rétroolivaire ou dans celle du lemniscus médian autorise un tel geste.

Les neurotomies électives visant à la section exclusive des fibres algophores ne trouvent pour l'instant d'autre expression que la tractotomie bulbospinale imaginée par Sjökvist.

En ce qui concerne les syndromes douloureux affectant le territoire sous-diaphragmatique, l'insuffisance des radicotomies justifie la recherche de procédés de section intramédullaire des voies de la sensibilité douloureuse. La myélotomie commissurale postérieure représente à cet égard le moyen le moins aggressif et le plus régulièrement efficace.

LES RÉSULTATS DE L'ANALYSE CHRONAXIMÉTRIQUE DES ÉTATS CONVULSIVANTS

APPLICATION A L'ÉPILEPSIE

Par **Paul CHAUCHARD**

Dans une mise au point récente dans laquelle il envisageait ce que les travaux modernes (épilepsie provoquée au cardiazol ou par électrochoc, observations cliniques des neuro-chirurgiens, emploi de la diphénylhydantoïne) ont apporté à « l'énigme posée par la question de l'épilepsie ». Pagniez, rappelant nos travaux sur la chronaximétrie du sommeil, se demandait « si chez l'épileptique il n'existe pas aussi des troubles importants dans le jeu des chronaxies » (1).

C'est à cette demande que nous voulons répondre ici en établissant la synthèse des résultats auxquels nous a conduit l'étude chronaximétrique de nombreux facteurs convulsivants (2), travail parallèle à celui que nous avions donné pour les états de sommeil (3).

Le type le plus simple d'action convulsivante nous est fourni par la strychnine; l'administration de ce corps entraîne une diminution parallèle des chronaxies corticales et des chronaxies nerveuses périphériques, effet rigoureusement opposé à celui du gardénal, l'antagonisme au niveau du protoplasma neuronique expliquant précisément, comme A. et B. Chauchard l'ont montré, la correction de l'intoxication barbiturique par la strychnine. La variation des chronaxies périphériques est un phénomène de *subordination*, c'est-à-dire qu'elle traduit non l'atteinte du nerf, mais la répercussion sur le nerf d'une excitation d'origine centrale: il suffit soit de sectionner le nerf soit d'anesthésier l'animal (éther) pour que le phénomène disparaisse. Cette action de l'anesthésie générale consistant à mettre hors de cause le *centre régulateur mésencéphalique* des chronaxies, centre de la subordination situé dans le noyau rouge, la strychnine agissait donc par l'intermédiaire de ce centre; son effet excitant concernait les centres encéphaliques supérieurs. La variation de chronaxie ou *métachronose* de subordination est un phénomène très spécial commandé par des neurones particuliers qui règlent le niveau de polarisation électrique superficiel des autres neurones centraux (notamment corticaux) et périphériques. Une action élective excitante de la strychnine sur le centre de subordination mésencéphalique pourrait expliquer les variations de chronaxie observées; celles-ci peuvent se manifester encore après ablation de l'écorce cérébrale. Cependant la sensibilité des neurones de l'écorce est voisine de celle des neurones du centre régulateur et l'excitation strychnique peut aussi les concerner; une application locale de strychnine sur l'écorce produit le même retentissement sur les chronaxies périphériques; dans ce cas il ne s'agit nullement d'une influence directe du neurone central sur le neurone périphérique: toute métachronose de subordination exige l'intervention du centre mésencéphalique; c'est celui-ci qui, recevant par voie réflexe des renseignements sur la perturbation corticale déclenche une modification de chronaxie périphérique parallèle à la variation corticale, ce qui assure le maintien de l'isochronisme entre les deux neurones moteurs, isochronisme nécessaire à l'exécution de la commande volontaire.

Bien que l'effet des convulsivants au niveau des centres encéphaliques supérieurs soit en général complexe, on doit donc distinguer la possibilité de deux cas, suivant que l'action porte principalement sur l'écorce cérébrale, modifiant secondairement le fonctionnement du centre mésencéphalique de subordination ou au contraire que ce centre est primitivement touché et influe secondairement sur l'écorce comme la périphérie.

Dans ce groupe des convulsivants supérieurs, il faut placer les crises convulsives de l'avitaminose B 1 et des déséquilibres glucidiques; le rôle reconnu au cervelet dans ces crises s'explique aisément puisque ce centre n'est en somme qu'un centre de subordination supérieur assurant une régulation plus fine. L'analyse n'a pas encore permis de déceler pour ces convulsions la part respective des centres de subordination et de l'écorce; mais la possibilité d'une dissociation de leurs effets, est réelle, puisque certains dépresseurs comme le gardénal ou l'acétylcholine dépriment le centre mésencéphalique à un stade précoce où l'écorce est encore excitée.

Quel rapport existe-t-il entre la variation de chronaxie et les convulsions? La diminution de chronaxie indique une tendance à la production d'une activité neuronique rythmique, mais celle-ci peut rester latente ou au contraire se manifester cliniquement; les stimulations réflexes doivent ici jouer un rôle souvent important. Il existe précisément un cas de convulsions d'origine purement corticale où les modifications de chronaxie sont minimes. Lors de la faradisation ménagée de l'écorce cérébrale motrice, en se plaçant au-dessous du seuil convulsivant pour ne pas empêcher les mesures, A. et B. Chauchard (4) n'ont pas observé de variation du niveau des chronaxies périphériques, mais simplement une inversion transitoire du rapport des chronaxies des antagonistes, traduisant un léger retentissement sur le centre mésencéphalique de subordination.

A l'opposé de ce cas, nous trouvons les crises convulsives (ou les équivalents latents de ces crises) où l'excitation ne se borne pas aux centres encéphaliques supérieurs (écorce cérébrale et centre mésencéphalique de subordination), mais s'étend aux centres inférieurs de la protubérance, du bulbe et de la moelle; dans ce cas, on constate que la

répercussion périphérique ne disparaît pas sur le sujet anesthésié, preuve qu'une part revient à des centres de subordination accessoires plus périphériques non éliminés par l'anesthésie. La section du nerf supprime toujours la répercussion. Les centres supérieurs étant toujours plus sensibles, il s'agit de l'extension de l'excitation aux centres inférieurs; il en est ainsi avec des doses plus élevées de strychnine ou dans les affections qui touchent plus fortement le système nerveux, par exemple l'avitaminose A ou l'acidose aiguë. L'excitation peut même parfois se manifester encore sur le nerf isolé dont la chronaxie reste diminuée.

Ces divers cas ne sont en somme que des variétés d'un même type où l'action convulsivante se trouve à l'état pur plus ou moins généralisée. Mais il est un autre groupe d'actions convulsivantes très différentes que nous pouvons dénommer *comas convulsivants*, avec la même réserve que précédemment, car il peut s'agir d'un simple état latent décelé par la seule chronaximétrie. Si les signes cliniques sont manifestes, on trouve toujours à la fois des signes de dépression cérébrale supérieure, un coma et des signes opposés, d'excitation, des crises convulsives. La chronaximétrie permet précisément d'expliquer cet apparent paradoxe. Les centres supérieurs sont déprimés comme le montre l'allongement des chronaxies corticales; souvent sur le sujet éveillé le centre de subordination lui-même inhibé commande un allongement des chronaxies périphériques; mais parfois cet allongement ne se manifeste que sur le nerf sensitif ou le nerf moteur, l'autre nerf ayant des chronaxies diminuées; toujours après anesthésie les chronaxies périphériques sont diminuées, le phénomène disparaissant par section nerveuse. On doit en conclure qu'il y a action inverse sur les centres situés plus bas que le mésencéphale qui sont excités alors que les centres supérieurs sont inhibés. Sur le sujet éveillé le nerf est soumis à deux répercussions de sens inverse et c'est la plus forte qui l'emporte. Cette différence entre les deux séries de centres ne fait que traduire leur sensibilité différente; pour une action plus ménagée, on trouverait d'abord une phase d'excitation des centres supérieurs avant que les centres inférieurs soient atteints; si l'intensité de l'action peut être assez renforcée ou qu'on diminue la réceptivité des centres inférieurs, on constate que ceux-ci peuvent être aussi inhibés.

Ainsi les phénomènes dépressifs, le coma dépendent des centres supérieurs et les phénomènes convulsivants des centres inférieurs; l'action diffère beaucoup de celle de la strychnine. De nombreux agents prennent place ici: l'anoxie et la dépression barométrique, l'hyperoxie, l'alcalose, la tétanie, le chloralose, les hormones sexuelles. Nous y trouvons plus spécialement la diphénylhydantoïne qui se différencie précisément du gardénal en ce qu'elle excite les centres inférieurs alors que le gardénal ne fait au plus que les inhiber; c'est à cet effet sur les centres inférieurs qu'on doit rattacher les processus d'excitation signalés avec ce corps; par contre la diphénylhydantoïne tout comme le gardénal augmente les chronaxies corticales; son action sur l'écorce ne la différencie aucunement des barbituriques, contrairement à l'opinion classique. Les trois thérapeutiques de choc psychiatriques, le coma insulinique comme la convulsivothérapie cardiazolique ou l'électrochoc sont des comathérapies convulsivantes qu'il ne faut pas opposer, mais rapprocher étroitement, ce qui explique l'analogie de leurs effets; toutes les trois inhibent le cerveau, le soumettant à une *dissolution* totale au sens de Delmas-Marsalet, mais elles excitent les centres situés au delà du mésencéphale.

Ces constatations chronaximétriques sont en parfait accord avec d'autres observations: ainsi l'enregistrement de l'activité électrique centrale a montré à Bremer que l'anoxie excite la moelle quand elle inhibe le cerveau; Morruzzi a constaté que les convulsions hypoglycémiques ne concernaient pas l'encéphalogramme; Asuad notamment a montré que l'épilepsie cardiazolique persistait sur l'animal sans écorce; Delay a insisté sur le rôle des centres inférieurs dans la crise convulsive de l'électrochoc; Gley et ses collaborateurs ont pu provoquer des crises convulsives d'origine purement médullaire.

L'encéphalogramme des états épileptiques montre toujours et spécialement après les crises un ralentissement des ondes en rapport avec l'inhibition corticale décelée par la chronaximétrie, mais au moment de la crise, comme il est classique, l'activité électrique s'accentue, montrant un véritable orage électrique. Comment concilier cette accentuation d'activité avec l'inhibition corticale? Les observations de Ivan Bertrand, Godet et Lacape (5) nous en fournissent le moyen: une excitation des centres inférieurs peut retentir sur l'encéphalogramme et y causer des orages épileptiques; dans les comas convulsivants, ce serait donc l'excitation des centres inférieurs qui accroîtrait l'activité électrique du cerveau ralenti. Ainsi bien qu'inhibé le cerveau pourrait contribuer à produire des salves d'influx participant à la crise. D'autre part c'est peut-être cette stimulation du cerveau en dissolution qui donne à la comatérapie convulsivante une efficacité thérapeutique supérieure à celle d'une simple comathérapie.

Signalons que dans les comas convulsivants il s'ajoute souvent une augmentation de la chronaxie du nerf isolé et que la chronaxie du muscle est souvent diminuée; une activité propre du muscle peut alors jouer un rôle dans la crise; il en est ainsi notamment dans la tétanie et tous les états alcalosiques.

L'analyse chronaximétrique des états convulsivants nous a ainsi conduit à distinguer deux types opposés, l'action convulsivante simple avec excitation des centres plus ou moins étendue aux divers étages et le coma convulsivant où les centres supramésencéphaliques sont inhibés et les centres inférieurs excités. On voit que cette distinction rejoint parfaitement celle donnée par les neuro-chirurgiens (6) qui séparent l'épilepsie simple sans perte de connaissance due à une excitation de l'écorce cérébrale et l'épilepsie-coma où la crise convulsive s'accompagne fondamentalement de perte de connaissance parce que les centres de la base sont touchés. Du point de vue expérimental, l'épilepsie cardiazolique est un coma convulsivant ainsi que l'électro-choc; ils s'opposent à l'épilepsie par excitation de l'écorce qui rentre dans le premier type, dont, nous l'avons vu, elle est le premier degré, ne se manifestant que peu sur les chronaxies parce que le centre de surbordination est au minimum intéressé. Déjà précisément les électrologistes allemands avaient signalé (7) cette opposition chez l'homme entre les convulsions de la tétanie avec gros tableau chronaxique et les crises épileptiques ordinaires où la chronaxie ne varie pas. Cette constatation permettrait de rattacher l'épilepsie essentielle à l'épilepsie par excitation corticale; pourtant elle s'accompagne d'une perte de connaissance. C'est sans doute que la perte de connaissance ne traduit pas une atteinte primitive du centre de subordination comme dans les comas convulsivants, mais est un mode de réaction du centre à une excitation de l'écorce trop généralisée comme l'était à un moindre degré l'inversion de chronaxie des antagonistes. Notons que J. Moreau explique précisément de façon analogue certaines pertes de connaissance observées en clinique en dehors de l'épilepsie-coma.

La diphénylhydantoïne, maintenant que nous avons précisé qu'elle se comporte comme un facteur de coma convulsivant, va nous servir à mieux comprendre les divers types d'épilepsie. Les observations de Gley, celles de Delay et Soulairac (8) ont en effet établi que si le gardénal s'oppose aussi bien aux effets de l'épilepsie par excitation directe du cortex qu'à ceux de l'électrochoc ou du cardiazol, par contre la diphénylhydantoïne n'entrave que l'épilepsie corticale, ne faisant qu'atténuer l'électrochoc et favorisant l'épilepsie cardiazolique. Gardénal comme diphénylhydantoïne augmentant les chronaxies corticales, s'opposeront également à la production de crise par excitation directe du cortex. Le gardénal qui inhibe les centres inférieurs comme les supérieurs entravera l'action convulsivante du cardiazol sur ces centres inférieurs, mais la diphénylhydantoïne qui agit comme le cardiazol ne pourra que favoriser son action. L'électrochoc est un cas plus complexe: le courant diffuse dans tout l'encéphale; il détermine donc un coma convulsivant, mais en plus le courant stimule directement le cerveau inhibé: c'est à cette partie de l'excitation que s'opposera la diphénylhydantoïne comme le gardénal, tandis qu'à l'inverse de ce dernier elle favorisera l'excitation des centres inférieurs.

Ajoutons que l'heureux effet de la diphénylhydantoïne dans l'épilepsie ordinaire est un argument de plus en faveur de l'origine corticale de cette épilepsie.

Nous voyons ainsi comment des arguments pharmacologiques confirment la complexité du déterminisme des diverses manifestations convulsives; de nombreux centres sont intéressés dans chaque cas, mais ce qui les différencie c'est le siège primitif du processus d'excitation et la part plus ou moins grande que jouent les processus de dépression comatogène.

En conclusion, la chronaximétrie qui s'était révélée féconde dans l'étude du processus hypnique, est également précieuse pour l'examen du problème des états convulsivants, processus inverses en principe, mais souvent en relation avec le précédent. La distinction qu'elle établit entre les actions convulsivantes simples touchant dans le même sens tous les centres et les comas convulsivants qui n'excitent que les centres inframésencéphaliques, apporte une intéressante confirmation à la distinction actuellement amorcée entre deux types opposés d'épilepsie, l'épilepsie corticale et l'épilepsie-coma.

(*Sorbonne, Neuro-physiologie.*)

BIBLIOGRAPHIE

(1) Pagniez : *La Presse Médicale*, 23 Décembre 1944, n° 22, 326. — (2) P. Chauchard : *Revue Scientifique*, Décembre 1941, **79**, 620; P. Chauchard, H. Mazoué et R. Lecoq : *C. R. Ac. Sc.*, 1943, **217**, 619; B. et P. Chauchard : *C. R. Soc. Biol.*, 1944, **138**, 158 et 319; Ivar Bertrand, B. et P. Chauchard : *Acad. de Médec.*, 21 Novembre 1944. — (3) P. Chauchard : *La Presse Médicale*, 5 Août 1944, n° 15, 228. — (4) A. et B. Chauchard : *C. R. Soc. Biol.*, 1934, **116**, 957. — (5) Ivar Bertrand, Godet et Lacape : *C. R. Soc. Biol.*, 1944, **138**, 143. — (6) Voir J. Moreau : *Thèse de Paris*, 1943. — (7) Altendürger et Wolf : *Klin. Wochenschr.*, 1932, **11**, 980. — (8) P. Gley : *C. R. Soc. Biol.*, 1941, **135**, 307; P. Gley, Lapipe, Rondepierre, Horaude et Touchard : *Ibid.*, Juillet 1943 et Avril 1944; Délay et Soulairac : *Ibid.*, 1944, **138**, 60.

IMPORTANCE DES SYMPTOMES NEURO-VÉGÉTATIFS DANS L'AMIBIASE INTESTINALE CHRONIQUE

Par **Roger CATTAN**
(Paris)

Nous avons eu l'occasion d'observer en Tunisie un nombre considérable d'amibiens. Nous sommes parvenu à la conviction que la moitié, au moins, de la population de ce pays est parasitée. Cette conviction s'étaie sur de très nombreux examens de laboratoire pratiqués pour la plupart dans les services de l'Institut Pasteur de Tunis.

Cependant, pour un médecin non averti, l'amibiase peut paraître rare. Il y a quelques années, à peine, les praticiens, ne tenant compte que des formes aiguës ou compliquées, ne se doutaient pas de l'extension considérable de la maladie. En effet, les formes suraiguës sont exceptionnelles, les crises aiguës de dysenterie se bornent le plus souvent à deux ou trois jours de diarrhée, sanglante ou non, et les abcès du foie, complication majeure de l'amibiase sont, à tout prendre, rares. En deux ans et demi d'exercice hospitalier et de clientèle, nous n'avons vu que deux cas authentiques d'hépatite amibienne dont l'émétine est venue très facilement à bout. Par contre, nous avons pu très facilement recueillir 100 observations personnelles d'amibiase intestinale chronique. Il ne nous paraît pas inutile de préciser ici quels enseignements l'on peut retirer de la confrontation de ces observations. Il est en effet probable qu'après cette guerre comme après la précédente, on assistera à une recrudescence de l'amibiase sur le territoire métropolitain.

Dans l'immense majorité des cas, la maladie revêt une forme camouflée où dominent les troubles

neuro-végétatifs. Dans les derniers mois de notre séjour en Afrique nous avons pu, presque à coup sûr, en porter le diagnostic grâce à des symptômes qui, pour tout médecin non averti, auraient éveillé l'idée d'une banale dystonie neuro-végétative.

Au premier rang de ces symptômes doit être mise l'asthénie. C'est une fatigue qui apparaît le matin au réveil et persiste toute la journée. Parfois, elle se dissipe légèrement dans l'après-midi ; en tous cas elle est suffisante pour diminuer considérablement le rendement social de l'individu ; chez deux de nos malades, elle entraîna, après plusieurs séjours dans les hôpitaux militaires et plusieurs essais thérapeutiques, l'amibiase étant méconnue, une réforme définitive.

Dans 40 de nos cas, le symptôme qui inquiète le malade et le conduit à la consultation est l'amaigrissement progressif. Souvent important, il atteint 7 à 8 *kg.* en quelques mois et paraît, en général, indépendant de tout changement de régime. On ne lui trouve aucune cause et, lorsque manquent les signes intestinaux, ce qui est fréquent, le diagnostic peut errer longtemps si l'on n'a pas l'attention attirée sur ces faits. On soupçonne l'existence d'un cancer, on pense à la tuberculose, on multiplie les examens et les traitements en vain.

Plus fréquemment encore peut-être, les malades consultent pour des vertiges, des lipothymies ou même de vraies syncopes. Le type de ces accidents le plus souvent rencontré est le suivant : Le sujet éprouve brusquement dans la rue ou au cours de son travail, une sensation de défaillance qui ne dure que quelques secondes. Cette sensation assez angoissante, s'accompagne parfois d'une curieuse impression de faim. Elle disparaît si le malade ingère un biscuit, un morceau de sucre ou n'importe quel autre aliment. Il s'y joint parfois une impression de dérobement des jambes qui ne dure que quelques fractions de seconde. A tort, les malades désignent cet ensemble de symptômes du nom de vertige. En réalité, le vertige giratoire est absolument exceptionnel.

Quelquefois cet état s'aggrave et se prolonge jusqu'à la syncope. Il se complique, très rarement, probablement chez des prédisposés, d'une crise convulsive. Nous avons jadis, avec André Cain, attiré l'attention sur ces faits. Nous en avons depuis relevé deux observations où le traitement antiamibien fit définitivement disparaître les accidents.

Ces défaillances s'accompagnent rapidement, pour peu qu'elles se répètent, d'angoisse. Bien souvent ce sont les malades eux-mêmes qui signalent ce symptôme. Chez d'autres, il apparaît à l'interrogatoire le plus rapide, le moins minutieux. Parfois la sensation d'insécurité est telle, que ceux qui sont atteints, n'osent plus se déplacer seuls. Ils se font accompagner par un parent ou un ami. Dans deux de nos cas, on pouvait parler de véritable agoraphobie. Ces sujets sont le plus souvent pris pour des psychopathes et traités comme tels : ce sont des habitués du gardénal et de ses succédanés.

A un degré moindre, on note des troubles moins accentués mais évidents du psychisme. Presque tous ces sujets sont des velléitaires, vite fatigués. Ils ne vont jamais au bout de leur effort, la moindre difficulté les arrête. Parfois cette aboulie s'accompagne d'une irritabilité qui prend le pas sur les autres symptômes : coléreux, nerveux, inquiets, anxieux, tels nous sont apparus bon nombre d'entre eux. Ce mélange d'irritabilité, d'asthénie, d'anxiété, on a coutume de le mettre sur le compte du tempérament racial ou du climat. Sans vouloir nier le rôle de l'hérédité ou l'action déprimante de la chaleur, nous croyons que ces faits sont souvent imputables à une colite amibienne latente. Nous avons obtenu de véritables transformations par le traitement spécifique.

Très fréquentes, également, sont les manifestations cardio-vasculaires. Ce sont, le plus souvent, des sensations de palpitations ou une tachycardie permanente ou encore une arythmie extrasystolique particulièrement rebelle aux traitements habituels. Ces faux cardiaques encombrent les consultations. Les examens paracliniques ne décèlent aucune altération organique. L'orthodiagramme, l'électrocardiogramme montrent qu'il n'y a ni modification de la forme et du volume du cœur, ni altération des courbes électriques. Notons encore l'extrême fréquence d'une hypotension artérielle modérée.

Tels sont les symptômes qui, dans la majorité de nos observations, avaient déterminé les malades à se soumettre à un examen médical. Mais il est des aspects encore plus trompeurs. Dans trois de nos cas, le symptôme majeur était une fébricule continue datant de six mois ; dans deux autres, des crises typiques de tétanie authentifiées par la permanence, entre les crises du signe de Chvosteck.

En pratique Nord-Africaine, tous ces symptômes que l'on n'aurait aucune peine à grouper dans le cadre des endo-sympathoses décrites jadis par E. May et H. Gallot, doivent toujours attirer l'attention sur l'intestin et faire rechercher des signes moins trompeurs de l'amibiase.

Et tout d'abord il faut connaître la rareté des antécédents vraiment dysentériques. Nous ne les avons retrouvés que dans 7 cas sur 100. Beaucoup plus fréquemment ce que l'on relève c'est, dans les années précédentes ou parfois très lointaines, un ou plusieurs épisodes de diarrhée banale vite guéris spontanément et que l'on a l'habitude, dans ces pays, d'attribuer soit à l'absorption d'un aliment que l'on présume avarié, soit, plus fréquemment, à celle d'eau glacée. Quand les malades viennent consulter pour de tout autres symptômes, ils manifestent, en général, un certain étonnement lorsqu'on cherche à leur faire préciser les caractères de leurs selles et que l'on semble s'orienter vers le diagnostic d'une affection intestinale, et ce n'est souvent qu'avec quelque difficulté que l'on apprend que les matières fécales sont habituellement modifiées.

Dans une dizaine seulement de nos observations on peut parler de diarrhée : 5 à 6 selles par jour, molles ou liquides. Il est remarquable d'ailleurs qu'il s'agit assez souvent de selles non douloureuses, émises sans coliques.

Beaucoup plus fréquemment les évacuations se font le matin ou immédiatement après les repas sous forme d'une selle unique, hâtive, impérieuse, ou encore de 2 ou 3 selles qui se suivent au début de la matinée. A un degré moindre on ne note qu'une certaine irrégularité des évacuations alvines.

Dans 22 cas, cependant, nous n'avons pas retrouvé la moindre anomalie des fèces et dans 11 autres cas, le sujet se plaignait depuis de longues années d'une constipation opiniâtre.

Nous n'avons pas l'intention de décrire dans cette note, les principaux aspects de la maladie, mais il nous faut, cependant, pour bien situer les troubles neuro-végétatifs dans l'ensemble du tableau clinique signaler que, si les véritables coliques sont rares, on retrouve cependant à l'examen clinique et à l'interrogatoire des symptômes digestifs importants.

Les plus fréquents sont une douleur provoquée par la palpation des deux fosses iliaques : à gauche, on sent, en outre, un sigmoïde spasmé, roulant sous le doigt ; à droite, un cæcum gargouillant, empâté et légèrement douloureux.

Presque aussi importants sont les signes gastriques : éructations incessantes, brûlures post-prandiales, ballonnements, nausées, tous signes que, suivant les préférences doctrinales et suivant les cas, on attribue à une gastrite, à la déficience des fonctions hépatiques, voire à un ulcère gastro-duodénal, et qui ne sont, en réalité, que le reflet d'altérations fonctionnelles neuro-végétatives, à point de départ intestinal. Ailleurs, ce sont des signes d'appendicite chronique : douleur de la fosse iliaque droite, nausées, fébricule, amaigrissement. Ces malades sont souvent opérés à tort. D'autres fois encore, la douleur est sous-hépatique. Elle est rarement limitée à la zone vésiculaire : le signe de Murphy est trop large et trop diffus pour être authentique. Plus que du bord inférieur du foie ou, de la vésicule, il semble que la douleur provienne de l'angle droit du côlon ou de la partie droite du transverse. Pendant des années ces clients habituels de Vichy, sont taxés d'hépatiques et traités par des cholagogues qui les améliorent mais ne les guérissent pas.

Telle nous est apparue l'amibiase en Afrique du Nord. Extraordinairement répandue, camouflée sous des symptômes neuro-végétatifs variés, peu riche en signes intestinaux, très souvent méconnue, soit que l'on traite les sujets qui en sont atteints de cénestopathes, ce qui est le plus fréquent, soit que l'on s'oriente vers des diagnostics tout différents. Les complications aiguës y sont rares. Nous avons vu outre les deux hépatites amibiennes signalées plus haut, une hémorragie intestinale et une perforation du sigmoïde qui a abouti à une péritonite plastique localisée, rapidement curable.

On pourrait se demander si, lorsque tout se borne à quelques malaises précordiaux, à quelques lypothimies, il ne s'agirait pas de dystonie neuro-végétative chez un porteur de germes sain. Il existe, en effet, des porteurs d'amibes qui présentent un état de santé parfait à tous les points de vue. Nous croyons que ces faits sont rares. Presque toujours on peut mettre en évidence quelques-uns des petits symptômes que nous avons passés en revue.

Ce qui confère à notre diagnostic une indiscutable authenticité, c'est l'action du traitement. Presque toujours la première série de stovarsol est suivie d'une amélioration considérable de l'état général et des troubles fonctionnels. Si le traitement est maintenu et si le malade n'est plus exposé à une nouvelle contamination, la guérison est définitive. Le malheur est qu'en Afrique du Nord, les risques de contamination sont quotidiens.

Au point de vue thérapeutique, nous nous sommes presque toujours borné à prescrire des cures alternées de stovarsol, de dérivés de l'acide oxyquinoléique et de pâte de Ravaut. L'emploi trop répandu de l'émétine ne nous paraît, dans ces formes, ni justifié, ni recommandable. C'est un traitement très fatigant qui doit être réservé aux formes aiguës et aux complications hépatiques où il est indispensable.

Mais, pour utile que soit la thérapeutique individuelle, elle devrait céder le pas aux mesures d'hygiène collective. Même discrète, même latente, l'amibiase a pris en Afrique du nord les proportions d'un véritable fléau. Il est souhaitable que tout soit désormais mis en œuvre pour le combattre et l'endiguer.

LE TEST DE CRAMPTON

SON INTÉRÊT AU POINT DE VUE CHIRURGICAL

PAR MM.

M. LARGET et J.-P. LAMARE

Tout ce qui peut aider à une connaissance aussi parfaite que possible des futurs opérés mérite étude et intérêt. L'accord semble fait entre nous, chirurgiens, sur la nécessité de pratiquer toujours certains examens jugés indispensables. Mais ne pouvons-nous pas faire mieux encore ? Nous avons dit déjà dans notre livre « La maladie des opérés » que nous ajoutions le test proposé par Crampton aux recherches pré-opératoires habituelles. L'expérience assez considérable que nous en avons pu acquérir nous incite aujourd'hui à revenir sur ce sujet.

Le test de Crampton consiste à examiner les variations que présentent la tension artérielle et la fréquence du pouls lors du passage du clinostatisme à l'orthostatisme. Nous pouvons aisément concevoir la justification physiologique d'une telle recherche : le passage du clinostatisme à l'orthostatisme entraîne en effet une accélération du débit cardiaque, une chute de la tension, puis une réascension quelque peu supérieure au chiffre observé chez le sujet en décubitus, une augmentation du tonus des parois artérielles (De Meyer et Van Bogaert), une augmentation de la tension veineuse (Villaret, Saint-Girons et Justin-Besançon) par accumulation du sang dans le système sous-cardiaque de la circulation de retour, enfin une diminution du volume du sang avec concentration plasmatique (Loeper).

On s'accorde à dire qu'au moment du changement de position *des phénomènes correcteurs* interviennent qui ont pour but de rétablir l'équi-

ibre du système circulatoire un moment troublé : drénalino-sécrétion, accélération cardiaque, réflexe ino-carotidien.

C'est là, en somme, la mise à l'épreuve de l'*intervention extra-cardiaque*. Il y a hypotension, ›uis hypertension post-dépressive (effet inotrope), qui succède à des contractions cardiaques plus amples. C'est une réponse à l'hypotension primitive. Cette réponse est musculaire, cardiaque et nerveuse (vaisseaux ayant subi l'action adrénalique). En même temps l'effet chronotrope a été double : ralentissement puis accélération du rythme. Il paraît intéressant de juger de la qualité de tels *réflexes* parce qu'ils sont analogues à ceux qui animent l'organisme lors de l'agression opératoire. Nombre de traits (toute proportion gardée) apparentent les syndromes observés après le simple changement de position et après le choc opératoire, atténués dans le premier cas, très marqués dans le second, tout au moins dans les premiers instants de la maladie post-opératoire (phase nerveuse de la maladie).

Dans certains cas pathologiques, extrêmes ceux-là, l'organisme « étale » malaisément le passage du clinostatisme à l'orthostatisme. Laubry et Doumer ont publié des observations où ce syndrome est observé au maximum. A un tel degré, qui va jusqu'à la syncope, il n'a qu'un assez mince intérêt en raison de sa rareté, même au point de vue chirurgical. Mais il est des cas où le syndrome n'a pas de traduction clinique évidente et doit être recherché. Voilà ceux qui nous intéressent. Alors on observe des modifications qui portent seulement sur la tension et sur la fréquence des battements cardiaques.

La réaction normale consiste en une élévation de la pression diastolique sans réaction ou avec une élévation légère de la pression systolique (1 *cm.* de Hg) alors que le rythme reste indifférent ou s'accélère légèrement. Dans ces conditions on peut dire que les phénomènes correcteurs ont été physiologiquement parfaits.

Dans les cas où *le mécanisme réflexe est peu sensible* aux modifications tensionnelles résultant du changement de position, ce manque de vigilance soulève, comme le font remarquer Laubry et Doumer, bien des hypothèses. Si la réponse physiologique du passage du clino à l'orthostatisme est, selon De Meyer et Van Bogaert, une vaso-constriction réflexe, il semble bien qu'étant fonction de l'excitabilité neuro-végétative elle peut ne pas comporter chez tous les sujets la même intensité. Elle est plus marquée chez les sympathicotoniques, plus faible, quelquefois absente chez les vagotoniques. Pour De Meyer et Van Bogaert ce réflexe est l'image périphérique du « Karotis sinus réflexe » décrit par Hering en Allemagne, étudié par Danielopolu en Roumanie et Heymans en Belgique. Hering attribue même à une diminution de la sensibilité du plexus nerveux péricarotidien et à un défaut du réflexe cardio-vasculaire correcteur, dont elle est le point de départ, la syncope du premier lever des convalescents. Il explique de même manière la syncope de l'athéromateux, « dont l'induration des parois artérielles gênerait l'exécution du réflexe » (Laubry et Doumer). Ces auteurs qui, répétons-le, n'avaient en vue dans leurs articles que d'attirer l'attention sur la plus évidente expression clinique du syndrome (Lipothymie, etc...), font remarquer qu'il existe chez de nombreux sujets des « faits de transition » entre la réaction normale et la réaction hautement pathologique : vagotoniques aux souffrances multiples et banales avec, à l'occasion de l'orthostatisme, une baisse tensionnelle de 2 *cm.* 1/2. Ce sont là précisément, les malades qui, pour nous chirurgiens, sont intéressants comme le sont aussi les sujets à réaction normale.

En pratique il faut examiner les réactions en considération de chacun des éléments inotrope et chronotrope (Tension et fréquence du pouls) du syndrome.

Irwin, qui attache une grande importance au test de Crampton, juge que la réaction peut être considérée comme favorable lorsque la tension est en hausse, deux minutes après le passage à l'orthostatisme, sur ses deux éléments et surtout sur la tension systolique, en même temps que le pouls s'accélère, bien qu'une accélération très notable ne soit pas un élément de pronostic aussi favorable qu'une forte ascension tensionnelle.

Mais il est d'autres modes réactionnels qui, ceux-ci, imposent des réserves pour l'avenir de l'opéré. Au cours de plusieurs centaines d'examens nous avons pu noter :

En ce qui concerne la tension systolique. — Une absence d'ascension ou même une diminution de sa valeur. C'est là en principe une indication défavorable. La réaction correctrice joue mal. Nous avons dit que cette réaction est la manifestation d'une vaso-constriction généralisée (angiospasme orthostatique), qui relève de deux mécanismes, l'un immédiat nerveux, l'autre secondaire adrénalique. L'effondrement de la tension systolique, ou même une absence d'ascension de sa valeur, révèle une diminution de la sensibilité normale du plexus nerveux périartériel carotidien (excitabilité neuro-végétative perturbée dans le sens d'une prédominance inhibitrice), ou bien une contractibilité moindre des artères par athérome, ou enfin une déficience surrénalienne.

En ce qui concerne la tension diastolique. — Celle-ci présente parfois une chute plus ou moins importante. La valeur de la « minima » est certes fonction de la charge réelle, permanente des artères qui dépend du facteur central de la circulation, de l'impulsion cardiaque, mais en outre elle est soumise aux fluctuations du facteur périphérique, des résistances vasculaires à l'écoulement du sang (Dodel). La tension diastolique a donc une valeur de caractéristique circulatoire extrêmement intéressante. Les sujets dont la tension diastolique s'abaisse à l'orthostatisme nous semblent prédisposés à l'hypotonie vasculaire.

La comparaison des valeurs respectives de la tension systolique et de la tension diastolique constitue *la tension différentielle*. Celle-ci parfois reste *constante*, même avec une baisse concomitante de la tension systolique et de la tension diastolique. Nous inclinons à penser que dans ces conditions il s'agit bien plutôt d'un trouble de l'équilibre neuro-végétatif que d'une lésion même de l'appareil circulatoire. Au contraire quand la valeur de la différentielle s'amenuise, surtout par baisse de la tension systolique, nous pensons que c'est là un présage important de défaillance cardiaque possible.

En ce qui concerne la fréquence des pulsations : Il ne faut pas craindre une augmentation de celle-ci, lorsqu'elle accompagne une hausse tensionnelle. Elle est en revanche inquiétante en cas de baisse concomitante de la tension systolique.

En somme, il nous apparaît que le test de Crampton est, mieux encore que le réflexe oculo-cardiaque, capable de déceler les dystonies neuro-végétatives du futur opéré. Les hausses tensionnelles avec accélération du pouls ne sont-elles pas l'apanage d'une sympathicotonie favorable au point de vue de l'évolution de la maladie post-opératoire ? Les baisses tensionnelles ne sont-elles pas la traduction d'une tendance à la vagotonie ? Voilà une des interprétations que nous tirons de la pratique de ce test, mais la forme interrogative que nous venons d'employer montre assez combien il est difficile d'interpréter les réactions physio-pathologiques.

Il n'en reste pas moins que cette épreuve, quelles que soient les discussions physiologiques auxquelles elle peut donner lieu, est fort utile à mettre en pratique, mais, au lieu de l'emporter à la manière de Crampton : prise de la tension et du pouls sur le sujet couché, au repos, puis lever, attente de deux minutes, enfin prise de la tension et du pouls sur le sujet debout, nous ajoutons à cette épreuve celle du comportement du cœur à l'effort. Pour cela, après l'examen précédent, nous faisons *marcher rapidement* le sujet pendant deux minutes et nous reprenons une troisième fois la tension et le pouls.

Voilà qui est rechercher non plus seulement la qualité et l'orientation du réflexe vasculaire et glandulaire, mais encore la qualité du myocarde. Dans la règle, la tension garde la valeur trouvée à l'orthostatisme ou monte à peine. Le pouls fait de même. Comme l'a montré Lian il s'agit là de sujets dont le cœur est bien adapté à l'effort. Si en revanche, après cette épreuve, apparaît un « pincement » de la différentielle, il y a bien plus de raisons encore qu'après le simple passage du clino à l'orthostatisme de craindre une possibilité de défaillance myocardique, dont le *pincement de la différentielle est le symptôme le plus précoce et le plus fin.* Dans certains cas (rares il est vrai) la tension diastolique s'effondre, la minima devenant audible au tensiophone jusqu'au zéro (courbe sans brisure au tensiographe). C'est là une preuve d'hypotonie myocardique manifeste, qui n'est du reste qu'un des éléments d'une tendance hypotonique générale. C'est là présage de choc (hypotonie cardiaque), d'atalectasie pulmonaire (hypotonie respiratoire) et d'hypotonie vasculaire, veineuse même. Cette prédisposition au ralentissement circulatoire, cet état de « sang tranquille » (Eppinger) est un des éléments du développement des thromboses.

Nous ne voulons pas insister davantage. Les déductions pratiques que l'on peut tirer du test de Crampton, amplifié selon nos indications ou employé seul, ne sont pas sans intérêt. Si la réaction est favorable nous pouvons envisager avec optimisme l'intervention projetée. Si la réaction est défavorable, voilà une solide raison de traiter préalablement le malade. Les baisses de tension systolique imposent une atropinisation pré-opératoire, à laquelle l'administration de sympathicomimétiques apportera une aide. Les effondrements de la tension diastolique feront envisager l'usage des toni-cardiaques (ouabaïne intra-veineuse avant la narcose), et surtout l'emploi des extraits cortico-surrénaux qui redressent sans exception ces défaillances de la tension diastolique, et prémunissent en outre contre les autres hypotonies de la période post-opératoire.

Cette épreuve ne nous fait pas supprimer l'observation du réflexe oculo-cardiaque, auquel nous restons fidèles. Mais celui-ci prend son importance surtout dans les jours qui suivent l'intervention, alors qu'il convient de lutter contre une vagotonie passagère ou durable.

Peut-être y a-t-il intérêt à compléter l'épreuve classique de Crampton non seulement par l'exploration des réactions à l'effort, comme nous l'avons indiqué, mais encore, comme il est pratiqué au cours des examens sportifs, par la mesure du temps de retour à la normale de la tension et de la fréquence du pouls. Ceci fera l'objet de recherches ultérieures.

REVUE DES THÈSES

THÈSES DE PARIS

V. Le Rolle. ***Génie et Tuberculose ;*** **A. Watteau, J. Laforgue, K. Mansfield.** ***Travail du Service de phtisiologie de l'Hôtel-Dieu d'Angers*** (*Editions de l'Ouest, Angers*). Paris 1945. — Dans cet ouvrage L. R., fin lettré autant que pénétrant psychologue, se propose de déterminer l'importance de la tuberculose sur l'art et de fixer les limites de son influence. Si la maladie ne lui apporte aucun élément nouveau, si elle n'a rien ajouté au tempérament rêveur de Watteau, pessimiste de Laforgue et enthousiaste de K. Mansfield, on ne peut nier son action sur le développement des traits principaux qui caractérisent chacune de ces personnalités. Contraint à l'isolement, au silence et au repos, le tuberculeux mène une vie contemplative et méditative qui développe des conditions favorables à la création de l'œuvre d'art ; la maladie devient un excitant de ses facultés, sa sensibilité s'accroît. sa vie intérieure devient plus ardente. Ces conditions anormales de son existence réagissent sur lui différemment suivant son tempérament, mais toujours elles marquent l'inquiétude de l'au-delà et la hantise de la mort.

Les conclusions de cette analyse psychologique qui a pour base une documentation particulièrement riche, est une réponse pertinente à la question posée par Guy de Pourtalès, de déterminer quel trouble heureux pour l'art apporte la maladie. G. Poix.

M. Robert. ***Pneumothorax extra-pleural et collapsothérapie bilatérale*** (*Imp. R. Foulon*), 92 p., Paris, 1945. — Le pneumothorax extra-pleural, triomphant aujourd'hui des critiques dont il a été autrefois l'objet prend une place de plus en plus importante parmi les méthodes collapsothérapiques.

Se basant sur de nombreuses observations, R. étudie cette méthode chirurgicale dans la collapsothérapie bilatérale, après échec du pneumothorax intra-pleural ou son impossibilité par suite de symphyse. Il précise ses indications, la surveillance et les soins minutieux de son entretien, ses complications d'ailleurs rares et les conditions de son abandon.

Il conclut que le pneumothorax extra-pleural peut être réalisé simultanément sur les deux poumons avec des résultats sensiblement comparables à ceux obtenus par la collapsothérapie. G. Poix.

SOCIÉTÉS DE PARIS

ACADÉMIE DES SCIENCES

16 Octobre 1944 [1].

Etude du transit digestif chez le lapin, en fonction de l'administration de farines à taux d'extraction différents et de son. — MM. **L. Binet, R. rosnier** et Mlle **J. Margueritte** tirent de leurs recherches expérimentales les déductions suivantes : *a*) la farine à 80 pour 100 est intéressante, physiologiquement à considérer, car elle permet au transit de s'accomplir dans des délais satisfaisants ; *b*) il y a très sensiblement équivalence pour la durée du transit pour les farines à 90 pour 100, 98 pour 100 et le son ; *c*) le seul écart objectivement important est celui qui existe entre la farine à 80 pour 100 d'une part, et les autres farines et le son, d'autre part ; cet écart oscille entre 6 heures et 7 heures 30 minutes ; *d*) la farine à 90 pour 100, momentanément envisagée et distribuée, pour corriger les effets d'une farine à taux d'extraction trop élevé, se comporte en réalité ici comme la farine à 98 pour 100 et le son.

23 Octobre.

L'intoxiaction par les champignons : l'hypoglycémie amanitinique. — MM. **L. Binet, R. Fabre** et Mlle **M. Marquis.** Un chien dépancréaté, ayant une glycémie de 2,88 pour 1.000, a reçu une dose d'amanitine de 0 *mg.* 083 par kilogramme. Sa glycémie est tombée 17 heures après l'injection à 2,44 pour 1.000. Elle est remontée 24 heures après l'injection à 3 *mg.* 12 pour 1.000 et le chien est mort peu après. D'autres expériences sont poursuivies actuellement sur l'animal dépancréaté.

Le haut pouvoir hypo-glycémiant de l'amanitine apparait bien démontré par ces nouvelles expériences qui soulignent encore davantage le bien-fondé de la thérapeutique sucrée dans l'intoxication humaine par l'amanite phalloïde.

Le virus syphilitique ganglionnaire est-il ultrafiltrable ? — MM. **C. Levaditi** et Mme **H. Noury.** Le virus syphilitique ganglionnaire traverse la membrane de 2690 mµ, mais est arrêté par les membranes dont la porosité varie de 190 à 1.140 mµ. Il résulte de la comparaison avec les résultats concernant le virus syphilomateux que la taille du virus ganglionnaire est supérieure à celle de ce dernier virus. En réalité cette différence n'est qu'apparente. En effet le degré de la virulence de la suspension du virus syphilomateux est supérieur (100^{-3}) à celui du virus ganglionnaire (10^{-1}) [mesuration par dilutions progressives]. Or on sait que l'ultrafiltrabilité est en fonction de l'activité pathogène.

En résumé, il y a lieu de conclure qu'aucun principe véritablement ultrafiltrable et virulent n'existe dans les extraits de ganglions lymphatiques satellites du chancre. Le pouvoir chancrigène est arrêté par des membranes qui laissent passer la plupart des ultravirus. Ces conclusions sont conformes à celles qui découlent des essais concernant l'ultrafiltrabilité du virus syphilomateux.

6 Novembre.

Biochimie de la choline et de ses dérivés. Préparation de la choline hydrosoluble combinée à partir de l'ovolécithine. Purification. Réactions d'identification. Propriétés. — M. **Kahane** et Mlle **J. Lévy** concluent de leurs recherches : 1° dans l'autolyse de l'intestin de rat, une lécithase B hydrolyse la totalité des lécithines. Cette lécithase peut agir sur divers substrats : 2° la lécithase B de l'intestin de rat est capable d'hydrolyser, dans certaines conditions, l'ovolécithine et de la transformer en un complexe cholinique hydrosoluble ; 3° nous avons directement extrait, à partir du sperme, des organes de mammifères et de *Patella vulgata*, de la choline hydrosoluble combinée analogue à ce complexe ; 4° d'après l'analyse de ses fonctions, la choline hydrosoluble combinée semble s'identifier au glycérochondrate de choline. Elle est dépourvue des propriétés pharmacodynamiques reconnues à la choline et à la plupart de ses esters. Il est possible qu'elle joue un rôle prépondérant dans le métabolisme des graisses.

Electivité d'action du glucose et de levulose sur l'excitabilité nerveuse. — Mmes **B. Chauchard** et **H. Mazoué,** MM. **P. Chauchard** et **R. Lecoq.** L'action dépressive exercée par un excès de glucose sur les centres nerveux est un phénomène quasi spécifique de ce glucide, lié à son utilisation principale par l'organisme ; Le galactose, le saccharose, le maltose, le lactose, le sorbitol et le mannitol se montrent par contre sans activité.

13 Novembre.

L'action d'un cancérigène, le benzopyrène, sur les oxydations dans la cellule vivante. — **P. Joyet-Lavergne.** On sait que la cellule cancéreuse présente une anomalie remarquable dans le mécanisme de sa respiration : ses oxydations sont amoindries et sa glycolyse est plus intense. Dans quelle mesure l'action d'un cancérigène puissant, comme le benzopyrène, peut-elle modifier la respiration des cellules normales ?

Le benzopyrène, à doses convenables, diminue le pouvoir d'oxydation des cellules dans des types cellulaires très divers. Cette action se manifeste assez rapidement après la pénétration du cancérigène dans la cellule vivante. Son importance est variable suivant l'individu traité.

Recherches sur la formation de lactoflavine à partir de « l'Eremothecium Ashbyii ». Culture sur milieux liquides. — MM. **J. Renaud** et **M. Lachaux** montrent que *l'Eremothecium Ashbyii* est capable de produire des quantités importantes de lactoflavine sur milieu liquide, à condition que l'épaisseur de la couche liquide ne dépasse pas 1 *cm*.. Ces cultures sont faciles à réaliser et *l'Eremothecium* pourrait ainsi constituer éventuellement une source intéressante de vitamine B 2 d'origine biologique.

27 Novembre.

Densité cellulaire dans le cerveau d'espèces diverses de mammifères et d'oiseaux. — M. **L. Lapicque** et Mme **Lenègre.** La densité cellulaire du cerveau est, chez les homéothermes, quasi constante, à travers les différences d'espèces, mammifères ou oiseau ; on peut dire aussi qu'elle diminue fort peu avec l'agrandissement du corps, à peine de 50 pour 100 en passant par le poids du corps de 1 à 1.000 (ouistiti ou rat à taureau), de 70 pour 100 en passant de 1 à 10.000 (chardonneret à autruche) et même chez les mammifères, cette variation systématique n'apparaît que pour la substance grise.

Modifications des échanges respiratoires après implantation de comprimés de testostérone chez les sujets sénescents. — MM. **L. Binet** et **F. Bourlière.** La chute progressive du métabolisme de base chez les vieillards est un fait aujourd'hui bien établi. La valeur moyenne du métabolisme basal passe de 36 cal. 4 entre 40 et 49 ans à 29 cal. 8 entre 90 et 101 ans. Par ailleurs l'action dynamogénique de l'hormone mâle chez les sujets âgés a fait l'objet de nombreux travaux depuis les premières observations de Brown-Sequard et l'implantation sous-cutanée de comprimés de testostérone a permis des résultats remarquables.

Recherchant si l'amélioration ainsi obtenue ne s'accompagnait pas d'une augmentation des échanges respiratoires, les auteurs soulignent l'étroit parallélisme entre l'augmentation des échanges respiratoires et l'amélioration globale due à l'implantation de testostérone chez les sujets sénescents. J. COUTUNAT.

SOCIÉTÉ DE GASTRO-ENTÉROLOGIE DE PARIS

11 Juin 1945.

Résultats immédiats des gastrectomies. — M. **F. Moutier** présente sa statistique basée sur 180 cas. Il distingue la période comprise entre 1933 et 1940 où la mortalité après gastrectomie fut de 35 pour 100 et celle de 1941 à 1945 où la mortalité tombe à 11 pour 100. La mortalité dans les gastrectomies pour cancer fut double de celle pour ulcères. Les résultats sont surtout fonction de l'opérateur et de la technique plus que du mode d'anesthésie.

— M. **Banzet** sur 465 gastrectomies faites depuis 1945 n'a eu que 0,9 pour 100 de mort.

— M. **Gutmann** sur 40 cancers de l'estomac au début gastrectomisés n'a enregistré aucune mort post-opératoire.

Diagnostic radiologique précoce du cancer de l'estomac. Essai de synthèse. — M. **Savignac** pense que les descriptions modernes du cancer de l'estomac au début sont en fait contenues dans les descriptions radiologiques classiques sauf en ce qui concerne la niche cancéreuse. Il proteste contre la multiplicité des termes proposés qui créent des ambiguïtés.

— M. **Gutmann** s'élève contre cette opinion, trop schématique. Il montre l'intérêt didactique de la multiplicité des images étudiées. Du point de vue pratique, le chirurgien doit savoir la différence qui existe entre une petite lacune et un encastrement puisque dans le 1er cas ; l'intervention doit permettre de découvrir une tumeur, alors que dans l'autre cas, il peut ne rien déceler.

— M. **G. Albot** distingue les signes du cancer de l'estomac au début de ceux du cancer *in situ* de l'estomac. Ces signes n'ont jamais jusqu'à présent été mis en défaut, car, à la Salpêtrière il n'est jamais arrivé d'opérer un estomac normal. Le fait que l'auteur n'ait jamais rencontré de cancer *in situ* de l'estomac est sans doute la preuve qu'il n'a pas l'habitude de les déceler.

Traitement des abcès de la marge de l'anus. — M. **J.-H. Marchand** depuis longtemps traite les abcès de la marge de l'anus par la radiothérapie, à l'exclusion des furoncles et des abcès tubéreux. La thrombophlébite hémorroïdaire est le mode de début initial de ces abcès. Sauf dans 2 cas, la guérison totale, sans fistule est obtenue par la radiothérapie.

— M. **Hillemand** envoie toujours les abcès de la marge de l'anus au radiothérapeute. De nombreux cas guérissent de cette façon, et en tout cas, la douleur est supprimée par la radiothérapie.

Utilisation du bacille subtilis dans le traitement des diarrhées. — MM. **R. Olivier, E. Blanchon, L. de Saint Rot** et **P. Bonet-Maury.** M. **F. Moutier,** rapporteur, donne les excellents résultats obtenus par les auteurs dans des diarrhées de nature très différente : diarrhée du nourrisson, des toxi-infections, dues à l'abus des féculents. Le bacille subtilis est administré en comprimés.

Les duodénites. — M. **R.-A. Gutmann** dit que si la duodénite est surtout connue théoriquement, par les allusions des traités (duodénite des brûlés, des azotémiques, etc.), elle n'a pas pris place en pathologie comme diagnostic courant. Or, c'est au cours des maladies digestives (hépato-cholécystites, colites, appendicites, parasitoses, etc.) une maladie d'une extrême fréquence. On peut l'observer parfois comme manifestation d'une infection locale (dents, gorge). Elle est en dehors de cas spéciaux (hémorragies par exemple) facile à soupçonner par la classique « brûlure d'estomac ». La radiographie permet d'affirmer le diagnostic. Les aspects du bulbe et du duodénum descendant pommelés, tachetés, polypoïdes, dont l'auteur projette de nombreux clichés, composent ce diagnostic à première vue. Il s'agit donc d'images radiologiques que tout médecin doit connaître et qui donnent la clef de beaucoup de petits problèmes, en pratique gastro-entérologique.

Si beaucoup de ces aspects passent inaperçus, souvent ils sont vus mais interprétés par erreur comme périduodénite. Cette lésion si souvent diagnostiquée, est en réalité bien plus rare. Il s'agit ici, comme au début des travaux sur le bulbe ulcéreux, d'une confusion entre ce que l'on croit être, sur le cliché, des déformations globales de la paroi et qui n'est en réalité qu'une modification interne du relief muqueux.

— M. **Porcher** est d'accord avec M. Gutmann en ce qui concerne les duodénites par œdème et les périduodénites. Par contre, il pense que certains aspects anormaux du duodénum sont des aspects sécrétoires ou alimentaires, susceptibles de disparaître après plusieurs balayages par plusieurs passages barytés par exemple.

— M. **Libert** demande si M. G. a vérifié cytologiquement et chimiquement le suc gastrique et duodénal.

— M. **Nemours-Auguste** note que les aspects de duodénite se voient surtout dans les cholécystites, par ailleurs bien des déformations duodénales sont d'interprétation difficile. Les gastrites que révèlent la gastroscopie sont indécelables sur les clichés radiologiques.

— M. **Chiray** dit que dans l'interprétation des images radiologiques du duodénum, il faut tenir compte de la floculation de la baryte par le suc gastrique. Lorsqu'on instille directement de la baryte dans le duodénum par tubage, on obtient de belles images des plis de la muqueuse duodénale. J.-M. GONSE.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE EXOTIQUE

9 Mai 1945.

A propos de la présence d'agglutinines anti-Eberth para A ou B, dans le sérum de sujets vaccinés au T. A. B. atteints de typhus murin nautique. — MM. **F. Le Chuiton** et **C. Berge** ont constaté à l'occasion de plusieurs observations de typhus murin nautique chez des sujets vaccinés au T. A. B. la présence d'agglutinines T. A. B. ; ils attribuent la présence de ces agglutinines à leur réactivation par la pyrexie, la même explication pourrait être donnée pour les malades non vaccinés et anciens typhoïdiques.

Le traitement de la peste bubonique par les sulfamides. — M. **E. Magrou** a traité par les sulfamides (sulfadiazine) la peste bubonique, le traitement s'est montré efficace : sur 28 malades traités, il n'a été enregistré que 2 décès. La médication à la dose de 150 *g*, en 17 jours, ingérée avec 20 *g*. de bicarbonate de soude *pro die* a été bien tolérée, sauf dans 1 cas, alors qu'elle avait pleinement agi.

Les propriétés anthelminthiques des dérivés de la diphénylamine. — M. **R. Deschiens** et **L. Lamy** montrent que parmi les dérivés de la diphénylamine, la thiodiphénylamine et certains de ses produits d'oxydation ainsi que le bleu de méthylène et la thionine ont des propriétés anthelminthiques plus ou moins marquées vis-à-vis d'un certain nombre de nématodes tels que les oxyures, les ascarides et certains strongilidés, ces produits ont été éprouvés vis-à-vis d'un test de détermination des propriétés anthelminthiques comportant trois épreuves (épreuve *in vitro* sur *Rhabditis macrocerca*, épreuve *in vivo* sur un oxyuridé de la souris, épreuve *in vivo* sur un oxyuridé du lapin). Le coefficient chimiothérapeutique C/T de la thiodiphénylamine est de 1/10. Pour ce corps, la posologie utilisée par les anglo-saxons qui est de l'ordre de 0 *g*. 15 à 0 *g*. 30 par kilogramme et par jour, est trop élevé et susceptible de provoquer des accidents d'intolérance (anémie anilinique) ; Loeper et Deschiens, utilisant la dose de 0 *g*. 06 par kilogramme et par jour pendant 5 jours consécutifs, obtiennent 80 pour 100 de guérisons dans l'oxyurose de l'adulte. J. Guillon note des résultats voisins avec une posologie de 0 *g*. 05 par kilogramme et par jour pendant 3 jours. L'application de la médication chez l'enfant suscite des réserves.

Recherches sur le typhus des savanes de l'Oubangui-Chari. La maladie des bougbous. — M. **P. Le Gac** montre que, dans la maladie des bougbous, la symptomatologie et les réactions sérologiques ne diffèrent pas de celles du typhus tropical des savanes ; la mortalité est généralement élevée. La réaction de Weil Felix dans les 2 infections est positive à 1/200, l'inoculation au cobaye détermine une réaction thermique vers le 10e jour ; pendant 4 à 5 jours, il n'y a pas de réaction scrotale. Le typhus tropical des savanes ne s'observe pas en forêt. On peut estimer de 2.000 à 3.000 annuellement les décès qui peuvent lui être imputés entre les frontières du Cameroun et du Soudan anglo-égyptien.

Réaction d'hypersensibilité à l'injection intradermique de rickettsies tuées chez des sujets ayant présenté un typhus tropical. — M. **P. Le Gac** fait des constatations confirmant celles de P. Giroud montrant que des sujets ayant fait une infection du groupe des fièvres exanthématiques se comportent comme des hypersensibles vis-à-vis de l'antigène tué.

Etude sur le typhus des savanes de la Haute-Côte d'Ivoire. — M. **P. Le Gac** montre que des épidémies saisonnières se développent dans les savanes de la Haute Côte d'Ivoire ; elles sont considérées comme des grippes ou des pneumococcies ; elles présentent des relations très étroites avec les feux de brousse et la chasse aux rongeurs ; leur épidémiologie et leur symptomatologie sembleraient les rattacher aux groupes des typhus tropicaux les recherches de laboratoire entreprises militeraient dans ce sens. R. DESCHIENS.

---

1. Le mode de publication tardif des *C. R. de l'Académie des Sciences* ne nous permet pas de donner plus rapidement le résumé des séances de cette Académie.

SOCIÉTÉS DE PROVINCE

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE LYON

1er Mai 1945.

Forme spléno-ganglionnaire de la lymphose aleucémique. — MM. **A. Guichard, R. Brette** et **L.-P. Philippe.** Un cas de splénomégalie avec adénopathie inguinale isolée. Leucopénie et lymphocytose de la formule sanguine. Le médullogramme ne renfermait que 12 pour 100 de lymphomonocytes. Le spléno et l'adénogramme étaient exclusivement lympho-monocytaires.

Epithélioma de la trompe d'Eustache à localisation anatomique anormale, à symptomatologie uniquement nerveuse et à évolution remarquablement lente. — MM. **J. Dechaume, R. Mayoux** et **H. Martin.** Six ans après une paralysie faciale, apparition chez un homme de 40 ans d'une paralysie du XII, du XI, du IX et du sympathique cervical, sans signes cliniques d'hypertension intracranienne. Il s'agit d'un épithélioma tubaire à forme tumorale développé primitivement à l'union des portions cartilagineuses et osseuses de la trompe (deux noyaux tumoraux responsables de la paralysie du VII), puis ayant gagné la cavité endocranienne en cheminant le long de la carotide interne sans attaquer l'os.

Maladie d'Addison traitée par implantations sous-cutanées de cortine de synthèse. Mort rapide au cours d'un épisode grippal. — MM. **J. Delore, A. Chapuy** et **Prost.** Histoire d'une maladie d'Addison typique traitée à deux reprises par inclusions de cortine (250, puis 500 mg.). Mort par insuffisance surrénale aiguë 52 jours après la seconde inclusion. Tout s'est passé comme si l'inclusion, réservoir inerte, à débit constant, n'avait pu faire face aux besoins accrus d'hormone du fait d'un épisode infectieux. Conséquence pratique : chez ces malades inclus, nécessité de faire très précocement, en cas d'infection, des injections supplémentaires de cortine.

Adénopathie médiastinale chez une jeune fille déterminant une compression œsophagienne au cours de la primo-infection. — MM. **R. Mayoux** et **H. Martin.** Il est exceptionnel qu'une adénopathie médiastinale tuberculeuse se manifeste par des signes fonctionnels œsophagiens. Quelques cas en ont cependant été rapportés, il s'agissait toujours de ganglions découverts au cours du stade tertiaire. Dans l'observation rapportée ici, il s'agit au contraire d'une jeune fille de 19 ans en pleine primo-infection ayant conservé pendant 2 mois une dysphagie intense avec, à l'œsophagoscopie, un refoulement de sa paroi œsophagienne, refoulement dû à un volumineux ganglion médiastinal situé en regard de son chancre d'inoculation.

15 Mai.

Maladie de Besnier-Bœck-Schaumann avec diabète insipide chez un syphilitique. — MM. **R. Sohier, J. Grégoire** et **A. Delbosc.** Observation d'un sujet ayant présenté 2 ans après l'apparition d'un chancre syphilitique une parotidite, puis un purpura avec anémie coïncidant avec une novarsénothérapie, enfin, simultanément, des lésions pulmonaires micronodulaires, une adénopathie médiastine, une splénomégalie, un diabète insipide. Les réactions tuberculiniques furent constamment négatives et une biopsie ganglionnaire révèle les lésions caractéristiques de la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann. Discussion du rôle de cette affection et de la syphilis dans le déterminisme des symptômes observés d'une part, des rapports entre les deux maladies, d'autre part.

Nouvelle observation d'ulcère de la face postérieure de l'estomac. — MM. **M. Levrat, J. Bonnet-Eymard** et **R. Moindrot.** Observation clinique radiographique d'un ulcère de la face postérieure de l'estomac. Ils montrent les images de régression de la niche par le traitement médical. Ils soulignent la fréquence de cette localisation dont ils ont observé 5 cas en moins de 2 ans.

Ulcère post-bulbaire du duodénum à forme anémique et sténosante. — MM. **M. Levrat, J. Bonnet-Eymard** et **R. Moindrot.** Observation clinique et radiographies d'un ulcère post-bulbaire de la 1re portion du duodénum à forme anémique et sténosante. Ils insistent sur la rareté relative de cette localisation, la difficulté du diagnostic tenant surtout à ce qu'on ne pense pas assez à rechercher radiologiquement ces localisations anormales de l'ulcère.

29 Mai.

Crypto-leucémie aiguë d'allure pseudo-cirrhotique, début pseudo-appendiculaire. — MM. **B. Muller, Ph. Raoul-Duval** et **de Colonjon** (Saint-Etienne). Malade de 52 ans ayant présenté une crise douloureuse brutale de la fosse iliaque droite. Une appendicectomie montre un appendice sain mais l'existence d'ascite en assez grande abondance. Evolution ultérieure vers la mort en un mois avec température élevée, anémie intense, ascite et œdèmes généralisés. Pas de manifestations ostéo-articulaires ou hémorragipares. Pas de douleurs ostéo-articulaires, ni d'hyperplasie clinique des organes hématopoïétiques. Anémie profonde à 1.480.000 globules rouges avec leucopénie (4.160 globules blancs). Formule leucocytaire normale ne contenant aucune cellule jeune. Le myélogramme montre 85 pour 100 de cellules jeunes avec hiatus leucémique typique. Les auteurs insistent sur la fréquence des crypto-leucémies, sur la multiplicité des aspects cliniques rencontrés, sur l'intérêt du myélogramme dans tous les cas douteux.

Quelques cas d'infections graves traitées par le 632 RP. — MM. **B. Muller, R. Mounier** et **G. Bois** (Saint-Etienne) ont employé ce nouveau sulfamide dans plusieurs cas de fièvre typhoïde où le résultat obtenu fut nul, dans une septicémie à streptocoque hémolytique et dans une staphylococcie grave. Dans ces 2 cas, guérison rapide. Les auteurs insistent sur les grosses doses employées pendant plusieurs jours, sur la bonne tolérance de l'organisme pour ce sulfamide, enfin sur l'existence d'une fièvre sulfamidique disparaissant lors de la suppression de cette dernière.

Adénopathies calcifiées multiples du médiastin (présentation de radiographies). — MM. **B. Muller, R. Anino** et **R. Mounier.** Observation d'un homme de 69 ans, en mauvais état général, présentant depuis plusieurs mois de petites hémoptysies incessantes et de légers troubles dysphagiques. Les clichés thoraciques mirent en évidence de multiples adénopathies calcifiées « truffant » littéralement tout le médiastin. Présentation de ces clichés.

Un cas d'amylose intestinale pure. — MM. **A. Vachon, J. Michel** et **L. Gonnet.** Chez un malade, porteur depuis un an d'une suppuration pleurale à pneumocoques, apparition d'une diarrhée prolongée rebelle à toutes les thérapeutiques qui cède rapidement à un traitement par rayons ultra-violets et iodure de potassium. L'association avec une hypertrophie hépato-splénique discrète, une épreuve au rouge Congo montrant une importante augmentation de l'indice de fixation du colorant avec retour à la normale après guérison, les circonstances étiologiques enfin conduisent, en l'absence de signes rénaux et bien qu'il n'y ait pas de vérification anatomique, à admettre l'existence d'une amylose à forme intestinale.

Observation de dilatation essentielle chronique de l'estomac. — MM. **A. Vachon** et **A. Boijeau.** Syndrome dyspeptique datant d'une dizaine d'années caractérisé par des pesanteurs post-prandiales et de rares vomissements alimentaires. Constatation radiologique d'un énorme estomac dilaté et contenant du liquide à jeun. Rétrocession complète en 2 mois par une amélioration de l'hygiène alimentaire et des injections de génésérine. En somme, dilatation essentielle de l'estomac à signes fonctionnels discrets mais radiologiquement très accentués.

A propos de six observations de polynévrites arsenicales, l'éthylo-arsenicisme. — MM. **A. Devic, G. Vinon** et **P. Carrier** rappellent les caractères des polynévrites arsenicales et insistent sur l'importance de l'éthylisme associé qui intervient dans l'étiologie des troubles et la lenteur de leur rémission.

Ataxie aiguë diabétique à début fébrile. — MM. **A. Devic, G. Vignon** et **Carrier.**

Arachnoïdite spinale à « Diplococcus crassus » dans le décours d'une mélitococcie. — MM. **A. Devic, P. Guinet** et **A. Bertoye.**

Nouvelle observation d'hémiplégie progressive dans la maladie Vaquez. — MM. **R. Gallavardin, G. Vignon** et **Carrier.** M. **Devic,** rapporteur.

5 Juin

A propos du traitement de la sclérose en plaques par la ferriscorbone magnésienne. — M. **J. Lépine** fait l'historique de cette thérapeutique et signale les résultats : un tiers des cas est très amélioré (beaucoup de malades sont nettement arrêtés dans leur évolution), un tiers des malades est inégalement et irrégulièrement influencé, un tiers enfin représente les échecs, parmi lesquels un petit nombre d'aggravations nettes (intervention dans le même sens de MM. Morel et Josserand).

Ascaridiose duodénale : images radiographiques. — MM. **A. Chapuy, Naudin** et **L. Gallavardin.** Curieuses radiographies de nombreux ascaris visibles en négatif dans le duodénum et la 1re anse jéjunale. Les auteurs n'ont pas retrouvé d'images analogues.

Coexistence sur le même estomac d'un ulcère de la face postérieure de l'antre et d'un cancer ulcériforme de la grande courbure. — L'intérêt de cette observation est le cumul de lésions et de localisations exceptionnelles.

Sur la morphologie des ulcéreux (données d'anthropométrie clinique). — MM. **P. Delore** et **A. Chapuy.** Les moyennes établies sur 102 cas d'ulcères établissent que le poids et la taille sont en général un peu plus élevés pour les gastriques que pour les duodénaux. Pas de différence pour les périmètres et pour l'indice de Pignet qui oscille entre 17 et 18. Ce n'est pas aux mensurations et à la constitution qu'il faut demander des caractéristiques du terrain ulcéreux. L'observation de l'habitus et du facies ont plus d'intérêt. On peut admettre, surtout pour les ulcéreux gastriques, un tempérament ou aptitude réactionnelle morbide particulière dans lequel intervient notamment la prédominance vagolonique. On rattachera à celle-ci la tendance aux spasmes et à la rétraction.

Remarques sur le traitement de la sclérose en plaques par la méthode de MM. Lépine, Arloing, Morel et Josserand. — M. **J. Froment.**

Hémoglobinurie paroxystique grave avec azotémie élevée sans oligurie. — MM. **Josserand, Gallet** et **Martin.**

G. Despierres.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET BIOLOGIQUES DE MONTPELLIER ET DU LANGUEDOC MÉDITERRANÉEN

4 Mai 1945.

Syndrome supérieur du noyau rouge par infection neurotrope. — MM. **G. Giraud, M. Godlewski** et **P. Cazal.** Chez un jeune homme de 19 ans, les auteurs ont observé un syndrome neurologique apparu après un épisode infectieux discret et caractérisé par des signes pyramidaux, des signes extra-pyramidaux (hypertonie, tremblement statique), des signes cérébelleux (hypermétrie, adiadococinésie et asynergie) et une hémianesthésie profonde avec astéréognosie, siégeant du côté droit. Absence de troubles oculaires, de dysarthrie et de troubles sphinctériens. La lésion peut se localiser dans la région mésencéphalo-sous-thalamique gauche, et plus spécialement à la partie supérieure du noyau rouge. Elle paraît être d'ordre infectieux en raison d'une légère réaction lymphocytaire méningée du liquide céphalo-rachidien, et correspond peut-être au stade initial d'une névraxite polymorphe évolutive.

Syndrome thalamique avec hémi-algie et hyperpathie. — MM. **G. Giraud, P. Cazal, J. Andréani** et **R. Jean.** Après un ictus avec hémiparésie droite et dysarthrie, qui régresse partiellement, et à la suite d'une série d'injections d'acétylcholine, apparaissent, chez un malade de 57 ans, des douleurs causalgiques très vives, se renforçant en crises paroxystiques diurnes, du côté paralysé. A l'exploration de la sensibilité, chaque sensation se double d'une sensation thermique et douloureuse (brûlure ou gelure). Les autres signes sont, et toujours du même côté, une astéréognosie manifeste, de l'hémianopsie, une attitude caractéristique de la main réalisant un aspect d'athétose figée, de l'hippocratisme des doigts et une hémi-sudation.

Leucémie myéloblastique subaiguë. Terminaison par un grand syndrome hémorragique. — MM. **G. Giraud, P. Cazal** et **J. Andréani** ont vu un jeune homme de 24 ans présenter un syndrome infectieux bucco-pharyngé fébrile qui tourna court. Après 2 mois de guérison apparente s'installa un grand syndrome hémorragique. La durée totale de l'évolution fut de 5 mois. Formule typique de leucémie avec leucoblastes riches en peroxydase (myéloblastes).

Tachy-arythmie complète paroxystique. — MM. **G. Giraud, P. Cazal** et **R. Loubatière.** Chez un homme de 51 ans surviennent des crises tachycardiques au nombre de 2 ou 3 par mois, de durée relativement courte ; certaines sont arrêtées par compression oculaire. Le tracé électrocardiographique montre qu'il s'agit d'une arythmie complète alors qu'entre les crises le tracé est normal.

Révélation spontanée de cuti-réactions tuberculiniques antérieurement négatives, lors de l'apparition de l'allergie. — MM. **G. Giraud, P. Cazal** et **J. Andréani** ont observé ce phénomène chez deux malades : 1° une jeune fille de 16 ans fait une primo-infection tuberculeuse typique au cours de laquelle les cuti-réactions sont négatives (période anté-allergique prolongée). Les réactions deviennent positives un mois après, lors de l'apparition tardive de l'allergie ; 2° un homme de 41 ans, hospitalisé pour une pneumonie franche suivie de pleurite pneumococcique, au cours de laquelle deux cuti-réactions sont négatives (anergie secondaire à la pneumococcie), voit ces deux réactions devenir positives un mois et demi plus tard (réapparition de l'allergie).

Pyrétothérapie par le propidon intraveineux. — MM. **L. Rimbaud, H. Serre, A Vedel** et **Mirouze.** Devant l'insuffisance des chocs provoqués par le Dmelcos, les auteurs ont utilisé, comme agent pyrétogène, le propidon intraveineux. Après une injection d'essai de 1/10 de centimètre cube, ils pratiquent une série de 5 injections à doses progressives de 1/4 de centimètre cube à 1 cm³ 1/4, ou de 1/2 cm³ à 2 cm³ 1/2, suivant l'intensité des réactions. Le rythme est de deux injections par semaine. Les chocs sont constants, intenses et bien supportés. Les résultats ont été très bons dans les arthrites.

Péricardite brightique sans hyperazotémie. Coma urémique terminal. — MM. **L. Rimbaud, H. Serre** et **A. Vedel.** Un homme de 61 ans, insuffisant ventriculaire gauche et albuminurique, présente un frottement péricardique, alors que l'azotémie est à un taux normal et que l'examen ophtalmoscopique ne décèle pas de signe de rétinite brightique. Un mois plus tard cependant un coma urémique emporte ce malade. Cette curieuse dissociation humoro-clinique est exceptionnelle.

Formes localisées de la maladie osseuse de Paget. — MM. **L. Rimbaud, P. Lamarque, H. Serre** et **A. Vedel.**

Ictère hémolysinique « additionné », avec infantilisme. — MM. **L. Rimbaud, H. Serre** et **A. Vedel.**

Erythème pellagroïde par sulfamidothérapie au cours d'une staphylococcémie. — MM. **M. Janbon, J. Chaptal, D. Brunel** et **Marchal.**

Brucellose bénigne terminée par une tuberculose granulique. — MM. **M. Janbon, J. Chaptal** et **A. Pagès.**

Spondylite mélitococcique avec paraplégie par compression. Léger syndrome méningo-encéphalique contemporain. — MM. **M. Janbon, J. Chaptal** et **D. Brunel.**

Un nouvel aspect clinique de la brucellose : la fièvre ondulante ganglionnaire. — MM. **M. Janbon** et **P. Laporte.**

Septicémie streptococcique sulfamido-résistante rapidement guérie par la pénicilline. — MM. **M. Janbon, J. Chaptal** et **P. Conte.**

Septicémie staphylococcique avec encéphalite puis endocardite. Pénicillinothérapie. — MM. **M. Janbon, J. Chaptal** et **A. Pagès.**

A. Puech.

NOTES
DE MÉDECINE PRATIQUE
HYGIÈNE ET MÉDECINE DU TRAVAIL
PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION DE M. A. FEIL

La peinture au pistolet et l'hygiène

Nous avons publié, il y a une dizaine d'années, plusieurs articles sur la peinture au pistolet. Il n'est pas inutile de revenir sur cette question qui, à juste titre, préoccupe les médecins de plus en plus nombreux qui sont chargés, dans les usines, de la surveillance des travailleurs.

Nous limiterons cette note, forcément brève et schématique, aux moyens qu'il convient d'employer pour lutter contre les risques, d'ailleurs peu fréquents, d'intoxication. Ceux-ci proviennent de deux sources principales : 1° les *pigments* (plomb, chrome, arsenic, etc.); 2° les *solvants* et *diluants* parmi lesquels il faut citer les acétates et les alcools de méthyle, d'éthyle, de butyle, l'acétone, la benzine, les hydrocarbures benzéniques (benzol, toluène, xylène), l'essence de térébenthine, etc.

Les pigments sont en général peu redoutables. Des règlements ont réduit l'usage du plomb dans les peintures; les autres pigments : chrome, arsenic sont utilisés à dose faible et dans des cas limités. Ce sont donc les solvants et les diluants qui doivent le plus retenir l'attention de l'hygiéniste.

Que la peinture au pistolet puisse présenter des inconvénients ceci ne saurait surprendre. Alors que le risque n'est jamais complètement absent quand on fait de la peinture à la brosse, on comprend que le danger soit infiniment plus grand avec le pistolet qui, par le jet de pulvérisation, crée autour de l'ouvrier une sorte de brouillard plus ou moins opaque, plus ou moins dangereux selon la nature des solvants.

Pour réduire le risque d'intoxication et sauvegarder la santé des ouvriers, l'action du médecin hygiéniste, associée à celle de l'ingénieur technicien, doit tendre à deux buts essentiels :

S'efforcer de supprimer le brouillard de pulvérisation ;

Capter les vapeurs dangereuses et les évacuer hors du lieu du travail.

A ces deux exigences techniques s'ajoutent des mesures d'hygiène non moins importantes, industrielles et médicales, applicables à tous les solvants.

1° Mesures d'hygiène locale. — a) *Suppression du brouillard de pulvérisation*. — C'est la mesure d'hygiène idéale; elle n'est malheureusement pas encore possible; on peut seulement atténuer les effets du brouillard en réduisant la pression nécessaire à la projection du jet, en utilisant le moins possible le jet conique qui favorise la dispersion des vapeurs, en réglant convenablement le pistolet.

b) *Captation et évacuation des vapeurs hors du lieu du travail*. — On emploie dans ce but des cabines et des installations munies d'un système d'aspiration.

La cabine est généralement utilisée pour les objets de grande dimension, les voitures automobiles par exemple. Elle se compose d'une chambre dans laquelle on place les carrosseries pendant les applications au pistolet. Une des extrémités de la cabine est ouverte pour permettre le passage de la carrosserie; la paroi opposée à l'entrée est percée, à 70 *cm.* du sol, d'une ouverture communiquant avec un aspirateur destiné à provoquer l'expulsion, vers l'extérieur, des buées et poussières provenant de la pulvérisation. Dans son ensemble, la cabine présente approximativement la forme d'un entonnoir au fond duquel se trouve l'aspirateur.

Nous ne dirons rien des caractères particuliers que doit présenter une cabine pour remplir efficacement son but : dimensions, forme, disposition des parois, système aspirateur. Tout ceci est de la compétence de l'ingénieur plus que du médecin.

Notons toutefois que la vitesse d'aspiration doit être suffisante, mais non excessive, ceci afin d'éviter la formation de courants d'air. Rappelons également qu'il ne doit exister aucune ouverture latérale dans la cabine : une prise d'air entre le ventilateur et l'entrée de la cabine produirait un court-circuit de ventilation qui rendrait celle-ci inopérante.

Enfin, il est recommandé qu'un seul opérateur soit occupé dans chaque cabine, deux ou trois ouvriers travaillant en même temps au pistolet risquent de s'envoyer mutuellement des vapeurs nocives.

Il existe des travaux assez nombreux où la peinture au pistolet ne peut être appliquée en cabine, par exemple lorsque le travail est fait à la chaîne. Dans les grosses entreprises d'automobiles, les voitures avancent progressivement sur un rail mobile, dans une sorte de tunnel. L'aspiration est habituellement disposée sur les côtés ou vers le haut. Cette dernière est peu recommandable, car les vapeurs qui se dégagent dans la peinture au pistolet sont en général des vapeurs lourdes qui sont difficilement évacuées *per ascensum*. On conçoit que le travail exécuté dans de telles conditions puisse être nocif.

Pour les objets de très grande dimension ou de forme encombrante, la cabine n'est pas toujours d'un usage pratique, il est quelquefois nécessaire d'utiliser un local adapté à la dimension des objets, ou, si une bonne aspiration n'est pas possible, recourir à la protection individuelle.

De même pour la pulvérisation des petits et moyens objets, il est préférable de ne pas faire usage de cabines. L'installation sera organisée en fonction de la dimension et de la forme des objets (hottes, cages métalliques ou vitrées, caisson de pulvérisation, machines automatiques ou semi-automatiques, etc.).

2° Mesures d'hygiène générale. — A ces mesures qui concernent spécialement la peinture au pistolet, il faut ajouter les mesures générales qui sont d'usage lorsqu'on emploie des solvants dangereux. En voici quelques-unes qu'il n'est peut-être pas sans intérêt de rappeler :

Les salles de pulvérisations seront disposées de préférence dans des locaux spéciaux d'un seul étage.

Les vapeurs et les buées seront évacuées à la source même de la production des vapeurs, au moyen d'appareils mécaniques.

L'air des ateliers doit être renouvelé, mais sans excès. C'est en se basant sur l'analyse fréquemment effectuée de l'air du local qu'on réglera la ventilation.

L'air aspiré, chargé de vapeurs de solvants, ne doit pas être rejeté directement au dehors, il faut lui faire subir un traitement, une purification pour éviter qu'il ne cause des dommages au voisinage, et même aux ouvriers, s'il était introduit de nouveau dans l'atelier.

Le sol sera maintenu propre, uni, imperméable, facilement lavable. Si les solvants sont répandus sur le sol, il faut les essuyer ou les éloigner par lavage.

Les solvants, vernis, peintures utilisés seront conservés dans des récipients métalliques munis de couvercles à fermeture hermétique.

On aura soin de placer les menus objets imprégnés de solvants (chiffons, pinceaux, etc...) dans des boîtes métalliques fermées réservées à cet usage.

3° Mesures de protection individuelle. — On recommandera aux ouvriers les mesures habituelles de propreté. Ils auront à leur disposition un vestiaire, un réfectoire, des appareils à douche, ou tout au moins un lavabo convenable. Défense de manger à l'atelier, s'abstenir de boisson alcoolique, interdiction de fumer pendant le travail et de se laver les mains avec des solvants.

Les ouvriers seront munis de vêtements spéciaux, de gants, de masques.

Les gants ne protègent pas seulement les mains contre la saleté et les souillures des peintures, mais aussi contre les dermites et les eczémas des vernis. A défaut de gants, on pourra conseiller des pommades protectrices telles que : graisse adhérente, glycérine, glycérolé d'amidon, etc...

Le masque est indispensable quand l'ouvrier travaille dans une cabine insuffisamment ventilée ; à plus forte raison lorsque aucune aspiration n'est prévue, par exemple dans les locaux d'habitation. Les étoffes, les éponges même mouillées, que l'on attache parfois devant la bouche, sont insuffisantes et souvent dangereuses. De même les masques à filtre de coton, de feutre ou de gaze en usage contre les poussières, n'ont de valeur que pour arrêter les particules solides des vernis, mais non les vapeurs : ils sont à rejeter.

Les seuls masques réellement efficaces sont :

a) *Les aspirateurs à neutralisation chimique*, dont le matériel filtrant est susceptible d'absorber les vapeurs de solvants.

b) *Les masques ou casques avec adduction d'air frais de l'extérieur ou d'air comprimé*. Si l'on utilise la source d'air comprimé qui sert à faire fonctionner le pistolet, ce qui est un pis aller, il faut avoir grand soin de purifier l'air, particulièrement de le débarrasser de l'huile et de l'humidité qu'il peut contenir. Un autre inconvénient de ce système est le refroidissement de l'air dont se plaignent les ouvriers pistoleurs. On l'évitera, au moins partiellement, en faisant arriver l'air par plusieurs orifices disposés circulairement sous la visière de la coiffe, à une certaine distance du visage.

Parmi les masques les plus pratiques nous conseillons l'appareil en forme de cagoule avec fenêtre transparente en mica disposée devant les yeux et le visage. L'air arrive de l'extérieur sous pression et forme devant le visage un écran protecteur d'air pur qui éloigne le nuage de peinture.

Lorsque les mesures d'hygiène ne peuvent être parfaitement réalisées, il est souhaitable de réduire le travail au pistolet à trois ou quatre heures chaque jour; la demi-journée qui reste sera employée de préférence à un travail à l'air libre.

Il importe également d'instruire les ouvriers par avis, tracts, affiches, des dangers possibles de la peinture par pulvérisation des moyens de s'en préserver, des premiers secours à appliquer (transport immédiat au grand air, etc...).

Enfin, et surtout il faut que les médecins d'usines aient toute facilité pour surveiller les travailleurs de la peinture.

4° Surveillance médicale. — Celle-ci comporte d'une part la visite à l'embauchage; d'autre part la surveillance régulière des ouvriers par la visite périodique.

La visite d'embauchage est indispensable pour éliminer les sujets chez qui on prévoit une susceptibilité particulière aux solvants. Elle est d'ailleurs obligatoire pour les hydrocarbures benzéniques : benzol, toluène, etc... (Décret du 16 Octobre 1939 complété par celui du 25 Mars 1943). Il faut en effet se souvenir que la plupart des peintures renferment à l'heure actuelle des produits benzéniques. On s'abstiendra d'embaucher les prédisposés, les hépatiques, les rénaux, les pulmonaires, les anémiques, les hémophiles, les alcooliques, les adolescents, les jeunes filles qui semblent particulièrement intolérantes aux solvants, et bien entendu les femmes enceintes.

Un mois après la visite d'embauchage, il est recommandable et même obligatoire pour les ouvriers, de leur faire un examen du sang ; on pourra ainsi dépister les intolérants et les changer d'atelier.

Pour ce qui concerne particulièrement les travailleurs du benzol, du toluène, on attachera une importance spéciale à l'anémie, à la leucopénie, à la neutropénie, à l'augmentation du temps de saignement, aux épistaxis, métrorragies, aux manifestations cutanées hémorragiques (purpura, ecchymoses, etc.)

La visite périodique aura lieu tous les trois mois ou au moins deux fois par an. On recherchera les signes d'alarme, variables pour chaque solvant. On fera l'examen du sang.

L'intervention du laboratoire est indispensable dans beaucoup d'intoxications. D'abord parce que le laboratoire permet de reconnaître l'état du sang signe de grande valeur dans le benzolisme, mais aussi parce qu'il étaye le diagnostic de données strictement objectives.

Les ouvriers qui présenteraient quelque symptome d'intoxication seront immédiatement soustraits, temporairement ou définitivement, à l'action des solvants.

Quand les mesures prophylactiques que nous venons de rappeler peuvent être appliquées, les cas d'intoxication apparaissent exceptionnels.

André Feil.

CHRONIQUES

La transfusion sanguine au cours des campagnes d'Italie et de France

Il est actuellement prouvé que la transfusion anguine a apporté un élément nouveau dans l'évoution des blessures de guerre. Elle forme avec les ulfamides et la Pénicilline un facteur adjuvant mportant de la chirurgie de guerre et, grâce à lle, de nombreux blessés ont pu supporter des nterventions graves avec succès. Employée judiieusement au cours de la convalescence, la transusion sanguine a permis une récupération rapide les effectifs.

Il n'est pas dans nos intentions d'apporter de ouvelles lumières à l'étude de la transfusion et lu choc hémorragique ; nous désirons simplement irer des conclusions pratiques à la suite de 1.000 observations de transfusions de sang et de plasma effectuées dans notre formation.

Pendant la première partie de la campagne l'Italie (du 1er Décembre 1943 au 12 Mai 1944), nous avons fonctionné comme hôpital d'évacuation et notre emplacement se situait à une centaine de kilomètres du front. De ce fait, le nombre des ransfusions d'urgence était restreint ; mais les blessés nous arrivant après un long voyage sur de mauvaises routes et dans le froid étaient pour la plupart choqués. Suivant leur état et nous basant surtout sur la tension artérielle, nous les laissions au calme, se réchauffer sous rampe électrique, ou nous pratiquions des injections de quantité importante de plasma associées à l'oxygénothérapie. Mais souvent le sang blanc ne suffisait pas à améliorer l'état neuro-circulatoire de ces blessés. Chez ces choqués qui sont en même temps des hémorragiés, il vaut mieux pratiquer d'emblée une transfusion de sang rouge ou un mélange sang-plasma ; par cette technique on gagne un temps appréciable et on économise une quantité importante de liquide biologique.

A plusieurs reprises, nous avons reçu des blessés graves qui ont subi dans une formation sanitaire de l'avant un « déchoquage partiel non suivi d'un acte opératoire immédiat ». L'expérience nous a prouvé que cette technique est à abandonner surtout lorsqu'il s'agit de faire subir un long transport au blessé ; nous avons eu à déplorer 3 décès dans des conditions semblables : dans ces 3 cas (1 fracture ouverte de l'humérus gauche et 2 blessés maxillo-faciaux) on a perdu un temps précieux en injectant 1 ou 2 ampoules de plasma. A leur arrivée dans notre service, l'état de ces blessés était extrêmement grave et tous nos moyens se montrèrent impuissants à les sortir du choc secondaire. Il nous paraît donc préférable d'évacuer rapidement un blessé grave sur un hôpital de l'arrière qui, lui, procédera au déchoquage suivi d'une intervention chirurgicale immédiate, ou bien si les conditions le permettent de déchoquer et d'opérer le blessé dans une formation de l'avant.

Depuis l'attaque de Garigliano (le 12 Mai 1944) notre formation a fonctionné comme hôpital de campagne avancé, son emplacement se trouvant parfois à une dizaine de kilomètres du front et suivant l'avance victorieuse du Corps expéditionnaire français ; de ce fait, nous recevions des « extrême-urgence et première-urgence » souvent transportées par avions, et notre Service de Transfusion et Réanimation mettait ses moyens à la disposition de 4 équipes chirurgicales.

Nous allons étudier nos résultats suivant la catégorie des blessés :

1° *Les polyblessés des membres* sont des choqués-hémorragiés qui ont souvent perdu une grande quantité de sang mais qui arrivent avec une hémostase partielle (garrot ou pansement compressif). Chez ceux-ci, nous pratiquons d'emblée une transfusion importante (500 cm^3 à 1 litre) qu'il faut quelquefois répéter. Les résultats de cette technique sont encourageants ; toutefois nous avons eu quelques déceptions chez les polyblessés par mines qui présentent un choc hémorragique-traumatique et nerveux (syndrome de Blast injuries). Ils arrivent dans un état très grave que leurs blessures n'expliquent souvent pas et nous avons eu à déplorer plusieurs décès malgré un déchoquage sanguin et plasmatique très intense.

2° *Les blessés des viscères* (thorax et abdomen) sont des choqués-hémorragiés qui continuent à saigner abondamment. Quand on ouvre un hémothorax ou un hémopéritoine on trouve fréquemment 1 à 2 litres de sang épanché.

Si le blessé est en état de subir une intervention immédiate : tension artérielle aux environs de 8, pouls convenable, absence de frissons, nous nous abstenons de faire une transfusion pré-opératoire. Dans le cas contraire, nous pratiquons une petite transfusion de sang conservé pour améliorer l'état général. Nous avons l'impression qu'une transfusion massive avant l'intervention provoque, par l'élévation de la tension artérielle, une recrudescence de l'hémorragie et aggrave l'état du malade. Mais nous ne manquons jamais, l'hémostase faite, de pratiquer une transfusion massive per- et post-opératoire afin de rétablir le circuit cardio-vasculaire et l'oxygénation des tissus.

3° *Les gangrènes gazeuses.* — Dans cette redoutable complication des plaies de guerre, deux faits sont à considérer : 1° le foyer de la blessure ; 2° la toxémie généralisée.

Il est indiscutable qu'il est nécessaire d'intervenir précocement et largement sur le foyer local ; mais la mortalité de la gangrène gazeuse a diminué sensiblement grâce à la Pénicilline associée aux transfusions sanguines répétées quotidiennement.

4° *Traitement des anémiés, des infectés et des convalescents.* — Pendant la période de calme, nous avons souvent été appelés à soigner des blessés avec suppuration chronique ou des convalescents avec mauvais état général, chez lesquels une numération globulaire décelait une anémie importante. Suivant la méthode classique nous pratiquions chez ces blessés de petites transfusions (250 cm^3 de sang frais tous les deux jours en général) : ces blessés ont été suivis de près au point de vue formule sanguine et nous avons pu confirmer les excellents résultats actuellement connus.

Etude de quelques particularités techniques se rapportant a la transfusion sanguine.

I. La ponction veineuse. — Au cours de nos multiples transfusions nous n'avons jamais eu recours à une dénudation veineuse ; lorsque les veines du pli du coude sont inaccessibles (brûlés, choqués avec sidération vasculaire) nous ponctionnons la fémorale à l'arcade crurale. Cette veine, d'un gros calibre, facilement accessible, a un grand débit et sa ponction ne comporte aucun danger ni difficulté particulière. Avec un peu d'entraînement on la trouve facilement et lorsqu'il faut agir rapidement elle est d'un grand secours. Par ailleurs chez un blessé agité, il est plus facile d'immobiliser un membre inférieur que le bras.

II. Injections et transfusions intra-cardiaques. — D'une technique très facile (ponction avec aiguille fine très longue dans le 4e espace intercostal gauche contre le sternum) cette méthode est la dernière ressource en cas de syncope cardiaque avec signes de mort apparente. La médication employée est l'adrénaline suivie d'ouabaïne. Il faut pousser l'injection en plein myocarde, se dont on s'assure par la transmission des battements cardiaques à l'aiguille. Si les battements deviennent plus amples on peut continuer par une transfusion intra-cardiaque de sang ; dans ce cas on pousse l'aiguille en pleine cavité cardiaque, situation que l'on décèle par l'aspiration du sang dans la seringue.

Les ressuscitations sont très rares et sur un nombre respectable d'injections et de transfusions intra-cardiaques, nous n'avons pu enregistrer que deux résultats heureux.

III. Transfusions massives. — Devant les brillants résultats des transfusions, les chirurgiens nous appellent de plus en plus fréquemment pour surveiller et transfuser les blessés graves, surtout ceux de l'abdomen ou des gros vaisseaux. En effet, l'intervention étant chez eux de très longue durée, une transfusion massive de 1 litre 500 ou davantage doit fréquemment être pratiquée.

L'état du blessé est grave, la tension artérielle est effondrée et le pouls filant. Notre tentative d'améliorer l'état du blessé avant l'intervention ayant échoué, nous recommençons la transfusion sur la table d'opération avant l'anesthésie.

Après avoir injecté 10 à 20 cm^3 de sang lentement, pour éviter le choc d'incompatibilité sanguine toujours possible, nous procédons rapidement et parfois en jet continu ; c'est le transfuseur qui tient la vie du blessé entre ses mains et pendant toute l'intervention, suivant l'état du pouls et de la tension artérielle, il transfuse plus ou moins rapidement.

Il est indispensable d'avoir à portée de la main plusieurs seringues remplies de Coramine, de Lobeline et d'Adrénaline pour agir vite en cas de syncope. L'intervention terminée, il faut souvent continuer la transfusion. Mais nous estimons que si le volume de 2 litres de sang conservé, c'est-à-dire 1 litre 500 de sang pur est atteint, il faut injecter du sang dilué, du plasma ou même du sérum physiologique coraminé pour éviter une hémoglobinurie et urémie post-transfusionnelle.

Dans ces cas d'espèce, la collaboration du chirurgien et du transfuseur est à la base du succès opératoire.

IV. Urée sanguine et ictère transfusionnel. — Certains auteurs ont signalé des accidents urémiques à la suite de transfusions importantes de sang ; malgré un grand nombre de transfusions massives nous n'avons relevé que 3 cas d'urémie importante sans hémoglobinurie chez des blessés graves qui ont présenté des signes infectieux et ont reçu des doses importantes de sulfamides (dans 1 cas, 35 mg. au cours de l'intervention). Dernièrement nous avons pratiqué systématiquement chez les blessés qui ont reçu des quantités importantes de sang, un dosage d'urée sanguine et nous n'avons constaté qu'une légère augmentation qui varie entre 0,60 et 0,90 sans qu'ils présentent des signes cliniques d'intoxicaton urémique.

Quant à l'ictère transfusionnel, nous n'en avons enregistré qu'un cas net (disparu en quelques jours) ainsi que quelques cas de subictère sans aucune gravité.

Etude des liquides biologiques de la transfusion.

I. Le sang frais. — Avant notre embarquement pour l'Italie, encore sur le sol Africain, nous avons pratiqué le groupage de notre formation et établi un fichier médical de tous nos donneurs universels (examen médical complet, tension artérielle et réaction sérologique). Nous disposions ainsi au départ d'une centaine de O IV ; ce fut pour nous une ressource énorme et dès le début de la campagne d'Italie nous avions une réserve importante de sang. Nos donneurs n'ont jamais refusé de mettre à notre disposition ce précieux liquide et nous avons maintenu un délai de dix jours au minimum entre 2 prises de sang de 500 cm^3 au maximum. Aucun incident notable, sauf parfois une fatigue passagère qui a été observée chez le donneur; certains ont donné jus-

qu'à 10 fois en six mois de campagne, le sang frais étant au début notre seule ressource. Celui-ci citraté à 8 pour 100 est d'une manipulation extrêmement facile et nous pratiquons nos transfusions avec la bouteille de campagne, modèle du professeur Ben-Hamou.

II. Le sang conservé. — Les premières expéditions de sang conservé venant d'Alger étaient très irrégulières et en raison du long voyage (trois jours en moyenne par avion) le délai d'utilisation était très court. Par suite l'Organe de Réanimation et de Transfusion s'installa près de Naples et fit la récolte du sang sur place. Ce sang conservé, le seul utilisable au cours des grandes attaques (en raison du surmenage des infirmiers O IV par le travail), présenta quelques difficultés techniques : n'étant pas assez citraté et, par suite du vieillissement, sa viscosité augmentant, il obstruait le filtre de Jame, d'où la précaution à prendre de filtrer le sang conservé sur des compresses stériles avant de le verser dans la bouteille de campagne.

Depuis notre débarquement en France, l'Organe de Réanimation et Transfusion dirigé par le médecin-capitaine R... a organisé plusieurs centres de récolte dans de grandes villes libérées. A Paris, le médecin-colonel T..., médecin-chef du Centre National de Transfusion Sanguine, récolte le sang de la région parisienne ; des équipes de spécialistes font des prélèvements d'une petite quantité de sang (300 à 500 cc.) après groupage sanguin des donneurs bénévoles. Le sang est alors maintenu dans une glacière à 1 degré pour éviter tout danger d'une contamination spécifique et livré ensuite aux formations sanitaires ; pour faciliter sa conservation et son utilisation, il nous est présenté dilué au 1/3 (150 cm^3 de solution citratée pour 350 cm^3 de sang).

III. Le plasma humain. — Au cours de la campagne d'Italie, nous disposions de plasma U.S.A. sec et de plasma français liquide, en provenance d'Alger.

Le plasma américain plus maniable nous donnait plus de sécurité et moins de choc que le plasma français liquide, mais ce dernier plus riche en albumine nous apportait des résultats plus rapides.

Au début de la campagne nous pratiquions beaucoup plus de transfusions de plasma que de sang, mais progressivement nous nous sommes rendu compte que la plupart des blessés étant des « choqués-hémorragiés », le mélange sang-plasma et même le sang pur donnaient de meilleurs résultats ; ainsi notre rapport sang-plasma, 1 litre pour 2 litres, est passé progressivement à 1 litre pour 1 litre, puis 2 litres pour 1 litre, et dernièrement au cours d'une période de douze jours, en pleine attaque, nous avons employé 116 litres de sang pour 20 litres de plasma.

Actuellement nous réservons l'usage du plasma pur isolé uniquement aux brûlés et à certains choqués nerveux ; chez les premiers il faut souvent d'importantes quantités de plasma suivant leur hémoconcentration. Dans certains cas, le plasma nous sert comme agent de dépannage, dans l'attente de la transfusion sanguine, plus longue à préparer ou au cours d'une intervention chirurgicale de longue durée (chez les blessés du crâne, par exemple).

En conclusion, la transfusion sanguine occupe une place très importante dans la chirurgie de guerre ; tous les bataillons médicaux, toutes les formations chirurgicales mobiles, tous les hôpitaux sont dotés de plusieurs équipes de Transfuseurs-Réanimateurs qui possèdent un matériel spécialisé et font partie du bloc opératoire. Ces médecins-spécialistes sont devenus les auxiliaires indispensables des équipes chirurgicales et leur collaboration a donné d'excellents résultats pendant les campagnes d'Italie et de France. Nous espérons que l'expérience de la transfusion généralisée au cours de cette guerre sera poursuivie et rendra de grands services à la chirurgie, après la cessation des hostilités.

Médecin Lieutenant Klarnet,
Chef de service
des Transfusion et Réanimation.
? DI F M N°

A propos de l'Atébrine

La lecture de l'article de Ph. Dally, « l'Atébrine vengée », *La Presse Médicale*, n° 14, 7 Avril 1945, 182, laisse l'impression que la Quinacrine (Atébrine) est le seul médicament antipaludique de synthèse et que nos amis Américains viennent de le « découvrir » après leur catastrophe sanitaire des Iles Salomon.

En fait, dès 1935, 1936, 1937, nos collègues britanniques Fitzgerald, D. M. S., Mc Gregor, Deputy D. M. S., Sharff, Chief Health Officer, Park et Field (League of Nations, Eastern Bureau) pour la Malaisie et le Straits Settlements ; en Indochine, nos camarades du Corps de Santé colonial, les médecins commandants E. Farinaud et P. Moreau, Institut Pasteur de Saïgon (*Soc. Path. exot.*, 30, n° 4, 1937, 298-305), J. Canet, médecin chef des plantations d'Hévéa des Terres Rouges, Nord Cochinchine (Etudes malariologiques de la S. D. N. en Indochine, 4-22 Juin 1937, 106-110), des chercheurs, en Tunisie, au Maroc : Ph. Decourt, Sicault, et bien d'autres, avaient mis au point la prophylaxie collective du paludisme par les synthétiques dérivés de l'acridine et de la quinoléine, ou par leur association. La bibliographie des travaux français sur cette question, antérieure à 1939, comprend 27 mémoires et 31 noms d'auteurs.

La prophylaxie du paludisme par les synthétiques fut appliquée en Indochine par Farinaud et Canet, en 1936, sur les travailleurs tonkinois des plantations de caoutchouc des Terres-Rouges. *P. falciparum* y causait d'énormes ravages et menaçait d'arrêter toute exploitation.

Nous avons, avec E. Farinaud, réussi à faire admettre cette prophylaxie en milieu militaire.

Au début de 1935, avait été décidée l'occupation par des Cadres européens et des tirailleurs cambodgiens, du poste de Shrektum, dans la région moï du Haut-Chlong, en pleine zone d'hyperendémie palustre à *A. minimus*. En trois mois, malgré 1 *g*. de quinine (chl.) préventive *pro die*, la morbidité et la mortalité palustres atteignirent des taux extravagants : tous les Européens morts ou évacués, 95 pour 100 d'indisponibilité chez les Cambodgiens avec léthalité très élevée. Il fallut évacuer la région.

Au début de 1936, dans la même contrée, l'installation des postes de Le Rolland, Gatille, Bu-Plok, Deshayes, par un bataillon cambodgien, son Etat-Major, ses cadres européens (1.000 hommes en chiffres ronds, plus les femmes et les enfants des tirailleurs) créa rapidement un mauvais état sanitaire. La courbe d'indisponibilités pour paludisme constaté hématologiquement par le médecin lieutenant du Corps de Santé colonial Prost, médecin du bataillon, atteignit 55 pour 100 à Le Rolland, en Mars, 35 pour 100 à Deshaye, en Février.

Il fallut bien admettre la nécessité urgente : 1° de l'éloignement des villages moïs, réservoirs de virus ; 2° de travaux de drainage, de pétrolage, d'aménagements hydrauliques autour des points occupés ; 3° la prophylaxie collective du paludisme par les synthétiques suivant la technique de Ph. Decourt (*Soc. Path. exot.*, n° 4, 1935, 255).

En Décembre 1936, la courbe pour les 4 postes du Haut-Chlong était à moins de 10 pour 100, avec léthalité nulle.

Pour 1937 et 1938, fut, en fonction des index plasmodique et gamétique avec des tâtonnements, admise la méthode suivante :

a) Traitement curatif de début avec : quinacrine 0 *g*. 30 pendant cinq jours, præquine (plasmoquine) 0 *g*. 02 les cinq jours suivants ; puis *b*) deux distributions par semaine de quinacrine 0 *g*. 20 plus præquine 0 *g*. 02 ; c) enfin, prémaline (quinacrine+rodopréquine qui est une association *a.a* de præquine et de rhodéquine 710 Fourneau) : 0 *g*. 30, 3 comprimés à 0 *g*. 10 pris en une fois, à la fin d'un repas riche en féculents, une fois par semaine, procédé d'application et de contrôle aisés.

En 1939 (1er semestre), cette dernière posologie est devenue systématique, n'a entraîné aucun incident et a maintenu la morbidité palustre aux taux de fin 1936.

L'expérience du Haut-Chlong se heurta à bien des hostilités. Elle ne fut localement possible que grâce à l'aide et à l'énergie du commandant du bataillon, le capitaine De Crèvecœur.

Elle donna finalement des résultats si satisfaisants dans une des régions les plus impaludées de l'Indochine, que la prophylaxie du Paludisme par la Prémaline a été étendue à la totalité des troupes du Tonkin, de l'Annam, du Laos, de la Cochinchine et du Cambodge.

Le *Tropical diseases Bulletin* (Bulletin des maladies tropicales) a publié de nombreux travaux sur l'emploi des médicaments synthétiques, de même que la S. D. N. (League of Nations. Eastern Bureau. Singapore), notamment un mémoire de 57 pages (format ministre) écrit par M. Field (1935).

L'alcaloïde du cinchona après trois siècles d'usage dans le monde entier était l'objet de controverses entre médecins.

Il n'est pas surprenant que les synthétiques antipaludiques qui datent de 1925 (plasmoquine) et de 1931 (quinacrine) aient suscité dans la presse américaine en 1941 des discussions entre partisans et adversaires de l'Atébrine.

H. Bauvallet.
(Saint-Pierre-Quiberon.)

LA MÉDECINE A TRAVERS LE MONDE

États-Unis.

La mortalité infantile a été réduite de 93 pour 100 pendant les 20 dernières années d'après un rapport de la Compagnie métropolitaine d'Assurances sur la vie de New-York. Il y a 90 pour 100 de morts de moins par scarlatine et 80 pour 100 de morts de moins aussi bien pour la coqueluche que pour la rougeole. La mortalité par diphtérie parmi les enfants de 6 à 11 ans est seulement le 1/26 de ce qu'elle était il y a deux décades et seulement 1/4 des enfants qui mouraient autrefois, meurent maintenant de tuberculose et de pneumonie.

***

L'U.N.R.R.A. a annoncé qu'elle publierait régulièrement des informations pour aider à contrôler les maladies épidémiques. Par un bulletin d'informations épidémiologiques, elle distribuera aux Directeurs de la Santé des principaux ports des U. S. les données nécessaires pour apporter une collaboration plus efficace entre les Nations contre les épidémies. Le premier numéro du bulletin donne des précisions sur les conventions sanitaires internationales concernant les voyages aériens et maritimes. L'U. N. R. R. A. agira en liaison avec l'Office de Santé publique international de Paris, le Bureau Sanitaire Pan-Américain de Washington et les organismes similaires des autres Nations. Le second numéro du Bulletin qui est sorti en Mars dernier contient des données sur les épidémies dans les différentes parties du monde, en insistant spécialement sur l'Europe qui est maintenant la principale zone dangereuse.

***

Le Comité Américain de Secours médical et chirurgical, organisation privée, à offert à M. Henri Bonnet, Ambassadeur de France, dans une cérémonie le 22 Février 1945, à l'Hôpital Français de New-York, une ambulance, des instruments chirurgicaux et 60 *mg*. de radium destinés à l'Hôpital Maritime de Sainte-Anne à Toulon.

***

Dans un récent congrès de la Société Chimique Américaine (Section de New-Jersey), le Dr John Krantz a annoncé la découverte d'un nouvel anesthésique qui serait trois à cinq fois plus puissant que l'éther et considérablement plus sûr, le Propéthylène. C'est le résultat de cinq années de recherches faites par le Dr Krantz, professeur de Pharmacologie à l'Université de Maryland et par trois de ses collaborateurs. Ce nouveau produit n'est pas volatile et pourra rendre de grands services dans les pays tropicaux.

***

Deux réserves de cartilages pour servir à des greffes ont été constituées aux Etats-Unis. Ces cartilages ont été prélevés sur des sujets morts d'accident. L'absence de syphilis et de tuberculose est nécessaire mais le type sanguin est indifférent. Le cartilage est prélevé avec les précautions usuelles d'asepsie et placé dans une solution salée stérile. On le débarrasse soigneusement par grattage et nettoyage de toutes les parties de muscles et d'aponévroses et il est mis dans un liquide conservateur et placé à la glacière. Ce matériel sert surtout dans la réfection des os de la face.

***

I. Knoss, professeur de clinique chirurgicale au Medical College de New-York a attiré l'attention, récemment, sur les bons résultats observés dans les ostéo-arthrites aiguës, les plaies gangrénées par la réfrigération continue. Cette réfrigération doit être prolongée pendant plusieurs semaines, sous peine de voir repartir l'inflammation et permet souvent d'éviter l'amputation.

(D'après *Medical Newsletters*.)
A. P.

Tchécoslovaquie.

La Tchécoslovaquie après la Libération

Le premier problème qui s'est présenté tout d'abord à l'attention des médecins tchécoslovaques après la libération, a été la lutte contre les épidémies de dysenterie surtout en Moravie et en Slovaquie où les hôpitaux avaient été détruits par les Allemands et les Hongrois dans leur retraite. Le manque de médecins a aggravé ce problème. En Moravie et en Bohême les médecins ont diminué de plus de la moitié, par suite du départ des médecins allemands qui y étaient venus exercer, de l'emprisonnement ou de la déportation des médecins tchèques et de l'absence de nouveaux étudiants. L'Université de Bratislava est restée ouverte pendant les cinq années d'occupation, celle de Prague et de Brno ont été fermées. L'Université de Prague est maintenant ouverte et 2.800 étudiants en médecine se sont fait inscrire.

Dans une conférence qu'il a donnée à Londres, sous les auspices de l'U.N.R.R.A., le Dr Kleinziller, médecin militaire du ministère de la Santé de Tchécoslovaquie a décrit les horreurs du camp de concentration allemand de Terezin qui comptait 36.000 prisonniers, principalement des juifs. La Croix-Rouge internationale a pris sous sa protection ce camp le 6 Mai 1945, avec l'aide de médecins tchèques. Puis on fit appel au secours du Service médical soviétique pour lutter contre la dysenterie et le typhus, 2.500 malades furent hospitalisés. Les épidémies furent enrayées rapidement.

(*British med. Journal*, 30 Juin 1945.)

INFORMATIONS

CONSEIL SUPÉRIEUR DES MÉDECINS

Au sujet des Œuvres de Solidarité du Corps Médical

Le Conseil supérieur a adressé aux Conseils départementaux une circulaire dont nous extrayons les passages suivants :

L'appel fait auprès du Corps médical pour la Caisse de Solidarité en faveur des victimes de la guerre commence à porter ses fruits et nous espérons que des sommes de plus en plus nombreuses et importantes viendront nous permettre de pallier toutes les misères. Mais il nous faut connaître celles-ci; et pour cela nous avons besoin de tout votre concours.

En ce qui concerne les *orphelins*, il serait nécessaire d'en faire le recrutement dans chaque département. Ceci ne peut être effectué que par des confrères dévoués et disposant du temps nécessaire ; nous vous serions donc obligés de désigner des médecins qui se chargeraient de dresser la liste des orphelins et, par une enquête discrète mais approfondie, de rassembler : 1° les noms des orphelins de père et de mère n'ayant pas de famille proche pour les recueillir et qui pourraient éventuellement être l'objet d'une adoption ; 2° les noms des orphelins dont la mère ne dispose plus de ressources suffisantes pour les élever dans la voie que leur père eût souhaité leur voir suivre...

Nous vous prions également de nous faire connaître tout ce que les médecins de votre département ont déjà pu avoir l'occasion de faire pour venir en aide aux victimes de la guerre, car il n'est pas indifférent de pouvoir un jour dresser le bilan de l'Œuvre de Solidarité accomplie par le Corps médical, et donner ainsi un témoignage précis du sens de l'entr'aide qui anime tous les médecins.

ÉTUDIANTS VICTIMES DE LA GUERRE

Régime des études et examens de Médecine

Nous publions ci-dessous les principales dispositions de l'arrêté interministériel du 9 Août 1945 précisé, en ce qui concerne les études de médecine, par l'arrêté ministériel du 10 Août 1945 :

Les dispositions du présent arrêté, destinées à faciliter la réadaptation intellectuelle et sociale des étudiants ou élèves victimes de la guerre de 1939 sont applicables, en principe, à tous les étudiants qui, appartenant à l'une des catégories suivantes : 1° anciens prisonniers de guerre ; 2° personnes qui ont été détenues en France ou déportées à l'étranger pour des motifs d'ordre politique ou militaire, sur l'ordre d'une autorité ennemie ou du soi-disant gouvernement de l'Etat français ; 3° engagés volontaires ou mobilisés dans l'armée française, à l'exclusion des unités dépendant de l'autorité de fait se disant gouvernement de l'Etat français, ou dans une armée alliée, avant le 1er Janvier 1945 ; 4° Personnes qui ont quitté leur domicile afin de participer à l'action d'une organisation de résistance ; 5° Personnes qui ont été contraintes à travailler au profit de l'ennemi en territoire français ou étranger ; 6° victimes des lois d'exception — ont subi de ce fait, dans la poursuite ou le début de leurs études, un retard d'au moins une année scolaire, et qui se seront inscrits ou immatriculés dans un des établissements d'enseignement dans les délais prévus au titre VI ci-après.

Cette appartenance devra être prouvée par les intéressés au moyen de pièces qui seront examinées par une Commission constituée dans chaque Académie et composée d'un doyen de Faculté, de deux professeurs de l'enseignement supérieur et de deux étudiants, tous désignés par le recteur, de préférence parmi les anciens combattants, anciens prisonniers ou anciens déportés. Si la demande émane d'un prisonnier ou déporté, le délégué universitaire de la Maison du Prisonnier et du déporté du chef-lieu de l'Académie siégera à la Commission avec voix consultative.

Les intéressés pourront se pourvoir contre les décisions de rejet de cette Commission devant une Commission nationale siégeant au ministère de l'Education nationale.

Sont toutefois exclues du bénéfice de ces dispositions, les personnes frappées d'indignité nationale ou d'une sanction administrative.

En outre, les dispositions de cet arrêté relatives aux examens ne pourront être invoquées pour un examen déterminé par les étudiants ou élèves qui s'y seraient déjà présentés avant le 1er Octobre 1944 sous un régime spécial institué par un texte antérieurement appliqué à la période 1941-1944.

Titre Ier.

Réduction de délais de scolarité et organisation de sessions spéciales d'examens.

Les dispositions normales fixant la durée totale des études, les divisant en périodes d'une durée déterminée ou subordonnant le droit de se présenter à un examen à une condition de délai, seront aménagées au profit des bénéficiaires du présent arrêté, dans toute la mesure du possible.

En ce qui concerne la médecine, les aménagements prévus sont limités aux cas suivants : la 6e année en vue du doctorat en médecine est supprimée pour les étudiants qui ont subi un retard d'au moins une année scolaire. En outre : pour les candidats qui ont subi un retard d'au moins deux années scolaires, la 5e année sera réduite à un semestre ; les candidats qui ont subi un retard d'au moins trois années scolaires pourront achever la 4e et la 5e année en un an seulement.

Pour les étudiants en chirurgie dentaire, l'arrêté ministériel du 10 Août prévoit également des aménagements.

Des sessions spéciales auront lieu aux mois de Juin-Juillet, Octobre-Novembre, de Janvier et d'Avril pour les examens de fin de semestre ou d'année. Le droit de se présenter aux sessions spéciales de Janvier et d'Avril sera accordé : pour un examen, aux étudiants qui ont subi un retard d'un an ; pour deux examens, à ceux qui ont subi un retard de deux ans, et ainsi de suite.

Les candidats aux sessions de Janvier et d'Avril n'auront à subir que les épreuves qui ont entraîné leur ajournement à une session antérieure.

Les étudiants ajournés à un examen à la session d'Octobre seront admis, à titre provisoire, dans l'année supérieure ; leur admission ne deviendra définitive que s'ils sont reçus aux examens de la session de Janvier ou d'Avril.

L'application des dispositions normalement en vigueur sur les inscriptions et immatriculations sera modifiée dans la mesure et de la manière requises par le jeu des précédents articles, en particulier les bénéficiaires pourront prendre les inscriptions cumulatives ou rétroactives nécessaires.

Titre II.

(Non applicable à la médecine.)

Titre III.

Admissibilité.

Les candidats déclarés admissibles à une session conserveront le bénéfice de leur admissibilité pour les deux sessions immédiatement suivantes.

Ce délai sera prorogé pour les candidats mobilisés qui auraient été empêchés pour une raison d'ordre militaire de se présenter aux épreuves orales d'autant de sessions qu'ils en auront manqué du fait de cet empêchement.

Les candidats qui ont été, avant leur entrée dans l'une des catégories définies au début du présent arrêté, déclarés admissibles à un des examens de l'enseignement public, sont déclarés admis définitivement à la seule condition d'adresser une demande à cet effet au doyen de la Faculté ou au directeur de l'Institut ou Etablissement intéressés, en justifiant qu'ils n'ont pu se présenter ou se représenter aux épreuves des examens d'admission par suite d'un empêchement dû à l'état de guerre.

Titre IV.

(Non applicable à la médecine.)

Titre V.

Thèses de doctorat.

Les bénéficiaires de cet arrêté qui auront obtenu au cours de leur détention ou expatriation le grade de docteur d'Etat ou d'Université et qui désirent obtenir une mention pour leur thèse ou solliciter un poste dans l'enseignement supérieur doivent subir l'épreuve de la soutenance dans un délai d'un an à dater de leur rapatriement, démobilisation ou libération.

Titre VI.

Dispositions finales.

Les bénéficiaires du présent arrêté pourront, en principe, en invoquer les dispositions pendant une période de 5 années scolaires à compter du jour de leur première inscription ou immatriculation dans un établissement auquel elles s'appliquent.

Cependant, cette première inscription ou immatriculation devra être prise : 1° par les étudiants démobilisés, rapatriés ou libérés avant le 1er Janvier 1945 : dans un délai de 6 mois à partir de la publication du présent arrêté ; 2° par les étudiants démobilisés, rapatriés ou libérés après le 1er Janvier 1945 : dans un délai d'un an à compter de leur démobilisation, retour ou libération ; 3° par les candidats qui, actuellement sous les drapeaux, s'y trouveront encore à la date de la cessation des hostilités, dans les 6 mois qui suivront cette date.

Ces délais seront prolongés de la durée des congés exceptionnels de soins accordés par les autorités compétentes pour blessures de guerre ou de travail, ou pour maladies contractées en service ou en travail forcé, sans que ce délai supplémentaire puisse toutefois excéder deux années.

Dans toute la mesure du possible, tous les jurys d'examens constitués en vertu des dispositions du présent arrêté comprendront au moins un ancien combattant, ancien prisonnier ou ancien déporté.

(*J. O.* du 15 Août 1945.)

CONCOURS SPÉCIAUX

pour l'Externat et l'Internat des Hôpitaux

Par arrêté en date du 9 Août 1945 :

Article premier. — Deux séries de concours spéciaux seront organisées, suivant les modalités fixées ci-après, pour les étudiants en médecine candidats aux concours de l'externat et de l'internat des hôpitaux et qui se sont trouvés dans l'une des situations visées aux articles 3 et 4 ci-dessous.

Art. 2. — Les concours spéciaux de la première puis de la seconde série auront lieu respectivement pour l'externat en *Novembre*, puis en *Décembre* 1945 et, pour l'internat, en *Janvier*, puis en *Mars* 1946.

I. — *Concours de remplacement.*

Art. 3. — Pourront se présenter aux concours de la première série dits concours de « *remplacement* » les étudiants en médecine qui se sont trouvés dans l'une des situations suivantes et qui, de ce fait, ont été empêchés de se présenter au dernier concours normal : 1° les déportés ou internés pour des motifs politiques ou militaires ; 2° les mobilisés ou engagés dans les formations militaires françaises de terre, de mer et de l'air ; 3° les mobilisés ou engagés dans les forces alliées ayant réintégré les forces françaises avant le 1er Décembre 1942 ; 4° les combattants des forces françaises de l'intérieur ou assimilés ; 5° les prisonniers de guerre.

Art. 4. — Seront également admis à concourir : 1° les étudiants qui se sont soustraits aux recherches ou aux réquisitions des autorités ennemies ou du pseudo-gouvernement de Vichy ; 2° ceux qui n'ont pu faire acte de candidature du fait des mesures prises contre certaines catégories de Français ; 3° ceux qui ont dû travailler sous la contrainte de l'ennemi (S. T. O.) ; 4° ceux qui ont été atteints d'infirmités dans les conditions prévues par la législation en vigueur sur les victimes civiles de la guerre.

Art. 5. — Les candidats appartenant à l'une des catégories énumérées à l'article 3 ci-dessus bénéficieront d'une majoration de points dont le taux, par rapport au montant total maximum des points prévus dans le système de cotation, sera fixé ainsi qu'il suit : 5/100 pour la première catégorie ; 4/100 pour les deuxième, troisième et quatrième catégories : 2/100 pour la cinquième catégorie.

En outre, les candidats bénéficieront, s'il y a lieu, d'une majoration de 1/100 pour chacun des concours auxquels ils auront été empêchés de se présenter avant le dernier concours normal. Enfin, une dernière majoration de 1/100 pourra leur être attribuée par la Commission prévue à l'article 8 ci-après lorsqu'ils auront fait la preuve de mérites patriotiques exceptionnels.

II. — *Concours supplémentaires.*

Art. 6. — Aux concours de la deuxième série dits « *supplémentaires* » pourront se présenter à nouveau les étudiants des catégories visées aux articles 3 et 4 ci-dessus, soit qu'ils n'aient pu se présenter au concours de remplacement, soit qu'ils y aient été refusés.

Les candidats appartenant à l'une des catégories énumérées à l'article 3 bénéficieront des majorations de points prévues à l'article 5 dans les conditions indiquées par ledit article.

Art. 7. — Seront également admis à concourir les étudiants qui ne se sont trouvés dans l'une des situations définies aux articles 3 et 4 du présent arrêté qu'à une date postérieure à celle du dernier concours normal.

Toutefois, les majorations de l'article 5 ne leur seront applicables que dans les conditions suivantes : 5/100 pour les déportés ou internés ; 4/100 pour les combattants des forces françaises de l'intérieur ; 2/100 pour les prisonniers de guerre et pour les engagés dans les formations militaires. Ils bénéficieront en outre, le cas échéant, de la majoration prévue au dernier alinéa de l'article 5.

Enfin, pour l'application du présent article, la qualité de combattant des forces françaises de l'intérieur ne sera prise en considération que si elle a été homologuée par l'autorité militaire.

III. — *Dispositions diverses.*

Art. 8. — La détermination du nombre des places à mettre au concours s'effectuera suivant les modalités prévues par la réglementation en vigueur. Ce nombre, proportionnellement à celui des candidats, devra être le double du nombre moyen des places ouvertes aux deux plus récents concours normaux, de telle façon que les intéressés aient deux fois plus de chances d'être reçus que les candidats à ces deux concours.

Art. 9. — Les demandes des candidats, accompagnées de tous documents justifiant leurs titres, seront soumises à une Commission de vérification siégeant dans chaque région et comprenant 5 membres désignés par le ministre de la Santé publique. La Commission, après examen des dossiers, classera les candidats dans les diverses catégories prévues aux articles 3 et 4 ci-dessus et fixera les majorations qui doivent leur être attribuées conformément aux dispositions du présent arrêté.

Art. 10. — Les étudiants qui ont été nommés internes provisoires à la suite d'un concours antérieur au plus récent concours normal et qui n'ont pu se présenter à ce

dernier concours seront titularisés d'office s'ils appartiennent à l'une des catégories énumérées dans les articles 3 et 4 ci-dessus.

Art. 11. — Les étudiants qui auront fini leur scolarité et passé leur thèse avant la publication du présent arrêté et qui, d'autre part, rempliront l'une des conditions fixées par les articles 3 et 4 auront le droit de se présenter aux deux concours spéciaux visés ci-dessus ainsi qu'aux deux concours normaux de 1946 et 1947. Les intéressés devront souscrire un engagement formel de ne pas exercer la médecine pendant toute la durée de leur externat ou de leur internat.

Art. 12. — Les concours normaux pour l'externat et l'internat pourront reprendre dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur dès que les concours visés par le présent arrêté auront eu lieu.

(*J. O.* du 11 Août 1945.)

Bons d'essence

POUR LE CONTROLE SANITAIRE DES RAPATRIÉS

Le Conseil des Médecins de la Seine nous communique :

La Direction régionale de la Santé a obtenu une dotation de carburant destiné aux médecins qui prêtent leur concours pour le contrôle sanitaire des Rapatriés.

Les praticiens qui sont affectés à un centre d'examen éloigné de leur domicile pourront bénéficier de cette allocation spéciale. Ils devront justifier : 1° Qu'ils sont titulaires d'un permis de circulation valable ; 2° De la distance kilométrique qui sépare leur domicile du centre où s'exerce leur activité ; 3° De la fréquence de leurs consultations.

Les médecins titulaires de consultations ont seuls droit à l'allocation de carburant, à l'exclusion des remplaçants et des suppléants.

La remise des tickets se fera à partir du 10 de chaque mois à la Direction régionale de la Santé, 1, avenue Victoria, de 16 à 18 heures (sur présentation du volant du permis de circulation et de la carte grise).

Les tickets non retirés le 30 du mois ne seront pas reportés sur le mois suivant.

Universités de Province

Faculté de Médecine de Bordeaux. — Sont chargés des cours complémentaires ci-après :

— *Clinique médicale :* M. Broustet (semestre d'hiver).

— *Clinique médicale :* M. Saric (semestre d'été).

Ecole de Médecine africaine de Dakar. — Par arrêté du 13 Juillet 1945 :

— M. le médecin lieutenant-colonel L. Dejou, agrégé de chirurgie des hôpitaux coloniaux, est nommé professeur titulaire de la chaire *d'anatomie et de médecine opératoire*. M. Dejou est, en outre, nommé directeur de l'Ecole en remplacement de M. le médecin colonel Assali, rapatriable.

— M. le médecin commandant S. Clerc, professeur agrégé de l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales est nommé professeur titulaire de la chaire de *clinique chirurgicale*.

— M. le médecin commandant Ch. Bergeret, professeur agrégé de l'Ecole d'application du Service de Santé des troupes coloniales, est nommé professeur titulaire de la chaire de *clinique médicale et exotique*.

Nouvelles diverses

Une ***Association d'Etudes Physio-Pathologiques du Foie et de la Nutrition*** vient d'être créée sous la présidence du Prof. Loeper.

La première réunion a été fixée au samedi 17 Novembre 1945, à 9 h. 30, dans le service de M. le Prof. Loeper, à l'Amphithéâtre Hayem de la Clinique Médicale de l'Hôpital Saint-Antoine. Le sujet à l'étude est le suivant : *La spécificité chimique en sémiologie hépatique.*

A. Protidémie, Polypeptidémie et Aminémie (Prof. A. Lemaire et A. Varay). — B. Cholalémie et Cholémie (Drs J. Cottet et Bargeton). — C. Lipidémie (Mme le Dr Bertrand-Fontaine et Dr Fauvert).

Centres régionaux anti-cancéreux. — M. Y. Poursines, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Marseille, a été nommé médecin aux Services de bactériologie et hématologie du Centre régional anti-cancéreux de Marseille et du Sud-Est, en remplacement de M. le Prof. Rouslacroix, décédé.

Service Sanitaire des régions sinistrées. — Le *J. O.* du 14 Août 1945 publie une ordonnance portant organisation, à titre temporaire, à l'administration centrale du ministère de la Santé publique, d'un Service Sanitaire des régions sinistrées.

Ecole du Service de Santé de la Marine. — Le *J. O.* du 17 Août 1945 publie la liste alphabétique des *candidats autorisés à subir les épreuves orales* du concours d'admission en 1945.

Médecins inspecteurs généraux et médecins inspecteurs du Travail. — Le *J. O.* du 17 Août 1945 publie un décret relatif à la modification du décret provisoirement applicable du 4 Février 1942, fixant les *conditions de désignation et de rémunération* des médecins inspecteurs généraux, médecins inspecteurs et inspecteurs du Travail.

Brevet d'Etat de masseur médical. — L'examen d'entrée aux écoles préparant au brevet d'Etat de masseur médical aura lieu au cours du mois de Septembre 1945, au siège de la Direction régionale de la Santé, à Paris.

Nos Échos

Fiançailles.

— On nous prie d'annoncer les fiançailles de Monsieur Raymond Foisy, médecin auxiliaire aux armées, avec Mademoiselle Marcelle François.

Mariage.

— Monsieur Louis Bernard et Madame le docteur Irène Bernard ont l'honneur de faire part du mariage de leur fille *Denise* avec Monsieur René Savin de Larclause, externe des Hôpitaux (Bordeaux, 21 Juillet 1945).

Décès.

— On annonce le décès, après une longue maladie, du docteur Paul Hickel, de Moulins (26 Juillet 1945).

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

Les Petites Annonces dans La Presse Médicale *sont acceptées sous réserve d'un contrôle extrêmement sérieux. Aucune annonce commerciale n'est acceptée.*

Prix : 20 fr. la ligne (15 fr. pour les abonnés)

Tout médecin déporté ayant connu à Buchenwald, à Dora, ou à Lublin, le jeune Jean **Delapoulhouze**, né le 23 Octobre 1923, matricule 21.260, et block 17 à Buchenwald, est prié d'écrire ce qu'il sait de lui au Professeur E. Gelma, 8, rue Schiller, à Strasbourg.

Chirurgien cherche clientèle chirurgicale, ou ferait remplacement. Ecr. *P. M.*, n° 748.

Docteur ch. conf. expérimenté, de préf. anc. int. pr remplacem. lgue durée, début Sept. Succession possible. Banlieue Sud-Ouest. Ecr. *P. M.*, n° 843.

A céder poste médecine générale dans sous-préfecture Sud-Ouest sur grande ligne, avec radio. Cause spécialisation. Ecr. *P. M.*, n° 866.

Secrétaire, sténo-dactylo, sténotypiste, bacc. sér. référ., ch. empl. ch. Dr ou Labo, à partir de Septembre. Ecr. *P. M.*, n° 873.

Visiteur médical, référ. 1er ordre, 15 ans même Labo, rech. Labo pour Paris. Ecr. *P. M.*, n° 884.

Service Médico-Social Paris, recherche chaise longue, même ordinaire, pour examen. Ecr. *P. M.*, n° 891.

Femme de Pharmacien, 32 ans, permis de cond., not. angl., allem., ch. représent. concernant tte partie médic. et pharm., rég. Nord et Est. Ecr. *P. M.*, n° 914.

Médecin, gr. habitude clientèle, ch. occup. lui permettant travailler 2-3 matinées par sem. ds hôp. parisiens, à partir 1er Septembre. Ecr. *P. M.*, n° 918.

Visiteur médical, tr. introd. aupr. Hôpitaux et praticiens Paris, ay. déjà un Labo., ch. s'adj. autre Labo, sérieux pr Paris. Ecr *P. M.*, n° 925.

Jne chirurgien, au cour. égalem. radiologie, ch. association, assistance ou aides. Ecr. *P. M.*, n° 929.

Secrétaire sténo-dactylo (étude aide médico-sociale, au cour. secrét. radiologique), sér. référ., ch. empl. Paris. Ecr. *P. M.*, n° 931.

On demande Interne au courant phtisiologie pour Sanatorium enfants, région Sud-Est. Ecr. *P. M.*, n° 93..

A vendre poste rayons X, scopie et graphie, écran 50-30 d'avant-guerre, n'ayant pas servi 20 fois. Dr G. Mouchot, Messei (Orne).

Urgent. Cause éducation des enfants, gros poste rural, pro pharmacie, à céder. Conviendr. à médecin jne et actif (Deux-Sèvres). Ecr. *P. M.*, n° 936.

A céder, de suite, cause décès, tr. beau poste de médecine gén. de campagne. Bretagne. Beau logement assuré av. confort mod. et grd jardin. Pr rens. écrire Dr Daversin, Peillac (Morbihan).

A céder gros poste médical, 7 *km.* Lyon. Centre industriel et agricole, 4.000 hab. 1 seul autre médecin, rayons X, U. V. sup. villa, tt conf., grand jardin. Parc. Ecr. *P. M.*, n° 941.

Médecin phtisiologue, démobilisé, ch. rempl., ou cession client. av. maison et outil. radiol. Ecr. *P. M.*, n° 942.

Recherche microscope bonne construction, de préfér. binoculaire, av. immersion, chariot mobile et tous accessoires. Ecr. Dr Cazal, rue du Général Chanzy, Montpellier.

Cherche Pharmacien célibataire susceptible reprendre mon officine av. ou sans capitaux. Ecr. *P. M.*, n° 948.

A vendre collection complète d'instruments médicaux de prat. cour., neufs ou en très bon état (oscillomètre, appareil à tension, daviers, forceps Tarnier avec sa boîte, instruments de petite chirurgie courante, transformateur cautère Lumière). Ecr. *P. M.*, n° 949.

Médecin rech. assistant, anc. ext., jne, actif., célib., en vue de succes. Ecr. Secrétariat de la Chambre Syndicale des Médecins de l'Oise, 8 *bis*, rue de Rouen. Beauvais.

Médecin, gros bourg montagne (Hte-Savoie), dem. assistant. Ecr. *P. M.*, n° 962.

Visiteur médical, tr. introd. aupr. médecins Paris, ay. déjà un Labo. important. Ecr. *P. M.*, n° 963.

Recherche électrocardiographe avec si possible phonocardiographe. Ecr. *P. M.*, n° 966.

Infirmière, dipl. Etat, bon. référ., 13 a. prat. ch. poste aupr. chirurgien, comme anesthésiste, assistante, soins en ville ou ch. médecin. Ecr. *P. M.*, n° 969.

Secrétaire méd., sténo-dact. angl., ch. sit. préfér. Labo. Mme Bertrand, 60, rue de Seine.

Clinique chirurgicale importante, banl. imméd. à céder. Ecr. *P. M.*, n° 974.

Médecin Lieutenant, anc. ext. des Hôpit. Paris, démobilisé 1er Sept., ch. remplacement Paris ou banl. imméd. en vue reprise. Ecr. *P. M.*, n° 975.

Médecin, chef-lieu canton à 17 km., Nantes, échanger. son poste contre appartement Paris. Ecr. *P. M.*, n° 976.

Achèterais urgent, bascule médicale et pèse-bébé, fabric. av. guerre. Ecr. Dr Lesterlin, 23, quai Riondet, Vienne (Isère).

Visiteur médical, tr. sér. référ., visitant dep. plus. années pour import. Labo. Ouest, Nord-Ouest, s'adj. Labo. sér. Ecr. *P. M.*, n° 978.

Jeune médecin ou pharmacien, chimiste-biologiste, est demandé comme assistant pr Labo. d'analyses de province. Ecr. *P. M.*, n° 979.

On demande infirmière pour sanatorium. Urgent. S'adr. Médecin-Directeur, Sanatorium de Ponteils (Gard). Visa O.D.T., n° 1.136.

Champs-Elysées (près), sur large avenue, à céder : magnifique clinique physiothérapie, diathermie haute fréquence, install. luxueuse. Bail 8 ans. Ecr. *P. M.*, n° 981.

Médecin Colonel, disponible, expérim., actif, htes relat. médic., désirer. fonction ds Labo. Biologique médic., pharmaceut. Paris, Simo, 45, r. Michel-Ange, Paris (XVIe).

Représentant visitant médecins et pharmaciens secteur Sud-Ouest, s'adjoind. Labo. Ecr. *P. M.*, n° 983.

Jeune sage-femme, diplômée Faculté Montpellier, recherche emploi Maternité ou autre établissement, rég. Centre ou Sud. Ecr. *P. M.*, n° 984.

Médecin, jeune, démobilisé, ch. remplacem. lgue durée. Succ. évent. ult. Dr Watenberg, Gex (Ain).

Femme de médecin, bacc., bonne présent., ch. Labo. pour visiter médecins Paris. Ecr. *P. M.*, n° 987.

Bon poste, rég. Lyonnaise, à céder d'urgence, cause maladie. Cond. intéress. Ecr. *P. M.*, n° 988.

A vendre, matériel compl. Labo. d'Anal. médic. compren. : 2 étuves (1 à Bactério. 1 à Chimie à 3 allures) ; 1 autoclave gd mod. ; 1 balance précis. à 1/10 *mg.* ; 1 centrifugeuse élect. ; 1 polarimètre tt neuf ; 1 spectroscope dern. mod. 3 branches ; 1 microscope binoc. Stiassnie, 1938 ; 1 colorimètre ; 1 B. M. à Wassermann électr. tte la verrerie. Sans client. Ecr. *P. M.*, n° 989.

Médecin ch. poste méd. gén. à la campagne av. propharmacie, rég. Centre et Sud-Est, import. au moins 200.000. Logement 8 à 10 p. Ecr. *P. M.*, n° 990.

Phtisiologue ch. confrère dont il pourrait utiliser cabinet et appareil radiologique à temps partiel. Inv. 22.98.

Visiteur médical reprenant en septembre prospect. médic. et pharmac. des 5 départem. de Normandie, s'adj. Labo. sér. ou représent. pharmac., réf. de 1er ordre. Ecr. *P. M.*, n° 992.

Visiteur médical, région Côte-d'Azur et Sud-Est, ch. s'adj. labo. Toulouse, 6 *bis*, av. des Orangers, Nice (Alpes-Marit.).

Docteur ay. matériel, ch. poste médecine génér., Paris ou banl. proche. Ecr. *P. M.*, n° 994.

Jne chirurgien, int. Hôp. Paris, fin d'Internat. posséd. thèse, ch. rempl. évent. lgue durée. Ecr. *P. M.*, n° 995.

Infirmière dipl. d'Etat, connaissant radiologie, ch. place sana. préf. montagne. Ecr. *P. M.*, n° 996.

A céder gros poste médecin-propharmacien, Drôme (nationale 7). Ecr. *P. M.*, n° 997.

AVIS. — Prière de joindre aux réponses un timbre de 2 francs pour transmission des lettres.

Le gérant : F. Thomas.

Imprimé par l'Ancne Imprimerie de la Cour d'Appel, 1, rue Cassette, à Paris (France).

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées aux Périodiques, la Direction scientifique de La Presse Médicale *a dû fixer à 4 colonnes maximum l'étendue des mémoires originaux. Tout manuscrit dépassant cette étendue sera retourné à son auteur.*

LA CHIRURGIE DES PSEUDARTHROSES AVEC PERTE DE SUBSTANCE CONSÉCUTIVES AUX FRACTURES OUVERTES

GREFFE OSSEUSE ET TRAITEMENT PRÉLIMINAIRE

(État actuel de la question selon les auteurs américains)

PAR MM.

F. MASMONTEIL et **J. LEURET**

(Paris)

L'évolution vers la pseudarthrose avec perte de substance plus ou moins étendue est une éventualité fréquente dans les fractures ouvertes, surtout dans les fractures de guerre, avec leurs esquilles multiples et l'habituelle infection du foyer de fracture, parfois rebelle, jusqu'ici, à toute thérapeutique.

Le traitement de ces pseudarthroses requiert l'exécution correcte d'une bonne technique, et l'étude des conditions locales et générales susceptibles de favoriser la prise de la greffe.

Les acquisitions récentes dans ce secteur de la chirurgie de guerre sont exprimées par les articles de Clay Ray Murray (New-York), de Karl F. Mech, de James Barett Brown et de John Royal Moore (Philadelphie), de Magnuson, de Phemister, de Gallie (Toronto), de Kirk, de Key et de H. W. Orr, dans le numéro de Juillet 1944 du *Journal Of Bone And Joint Surgery*, que nous avons pu consulter grâce à l'obligeante amabilité du Major Miller (Chicago).

Ce sont ces acquisitions que nous désirons résumer brièvement ici.

I. — Le but essentiel à atteindre est que « l'os utilisé pour la greffe soit finalement incorporé pleinement et intégralement à l'os dans lequel ou sur lequel il a été placé et qu'il continue de façon permanente à exister comme tel » (Murray).

La régénération osseuse se fait dans certaines conditions :

1° La formation d'os nouveau n'a lieu que dans du tissu conjonctif indifférencié nouvellement formé.

2° La formation d'os nouveau nécessite une concentration locale adéquate de calcium et de phosphates.

3° La formation d'os nouveau nécessite la présence d'un ferment : la phosphatase, qui brise les éthers phosphoriques et libère le radical phosphate en vue de sa combinaison avec le calcium. Son action exige un certain *pH* des liquides tissulaires locaux : le *pH* optimum est du côté alcalin (environ 8,0). L'activité décroît lorsque le *pH* s'approche de 6,0 ; avec un *pH* plus bas, la phosphatase devient tout à fait inactive.

Sur ces conditions de l'ossification nouvelle chez l'adulte agissent des facteurs locaux et généraux souvent interconnectés.

A. Locaux. — La source d'apport de calcium et de phosphate est d'abord locale : l'os lui-même, abandonne du calcium dans les liquides des tissus avoisinants, du fait de l'abaissement du *pH* produit par le traumatisme. La continuation d'un apport de calcium et de phosphate est nécessaire pour égaliser les pertes subies par l'os du fait des phénomènes métaboliques.

De même, la création d'un *pH* adéquat dans les liquides locaux dépend à la fois du métabolisme général et de l'entassement local d'autolysats de tissus morts et de produit cellulaires métaboliques. C'est dire l'importance de la circulation locale, tant interstitielle que capillaire, dans son rôle de dispersion des produits d'autolyse des tissus morts, des hémorragies et des exsudats.

B. Généraux. — Parmi les conditions générales les plus importantes, il nous faut retenir les suivantes :

Intégrité du volume du sang circulant ;

Taux de l'hémoglobine (rôle de l'hémoglobine dans la prolifération fibro-blastique. Baker) ;

Niveau des séro-protéines ;

État vitaminique (rôle de la vitamine C.-Whipple).

De ces facteurs un des plus importants est la conservation du taux normal des protéines du sang. Ravdin a montré l'effet de l'hypoprotéinémie sur la guérison des blessures. Il semble en effet que le calcium du sérum soit solidaire des protéines du sérum. Or, la déficience en protéines peut atteindre un degré élevé, lorsqu'à une diminution de la concentration, s'ajoute une notable réduction du volume sanguin (Mech).

Telles sont les conditions biologiques à réaliser avant toute intervention, en cas de pseudarthrose consécutive à une fracture ouverte.

Il faut, suivant l'expression de John Royal Moore, transformer la fracture compliquée en fracture simple au sens latéral du mot.

II. — C'est qu'en effet, l'ouverture d'un foyer de fracture crée des conditions particulièrement défavorables à la reprise régulière d'une greffe : une des plus néfastes est *l'infection*.

L'existence d'une infection active locale empêche : 1° toute consolidation osseuse et 2° la guérison des parties molles.

Localement, elle favorise la mortification et l'élimination des esquilles ; elle nécessite souvent un drainage et des esquillectomies qui créent une perte de substance irréparable ; elle entraîne la nécrose des extrémités osseuses.

Grâce à elle, l'évolution de la fracture, au lieu de se faire en milieu conjonctif indifférencié ossifiable, se fait dans un tissu fibreux dense, différencié, qui ne présente ni les conditions physico-chimiques requises pour l'imprégnation phosphocalcique, ni les conditions circulatoires locales nécessaires.

En outre, par son retentissement général : anémie, amaigrissement, fièvre, perte d'appétit, troubles du métabolisme azoté par sous-alimentation, elle s'oppose à l'établissement des conditions générales favorables aux phénomènes locaux d'ossification. La diminution du volume du sang peut atteindre 2.000 cm^3. Lyons a bien décrit ce véritable « état de déséquilibre » créé par l'infection des fractures ouvertes.

De plus, elle laisse derrière elle, même lorsqu'on est parvenu à la maîtriser, un état des os et des parties molles qui met la greffe dans des conditions d'évolution défavorables.

Les lésions des parties molles sont également très importantes. Le traumatisme lui-même est souvent responsable de dégâts étendus :

Lésions musculaires, apportant de graves perturbations tant immédiates que cicatricielles à l'état de la circulation locale et produisant une grande quantité d'autolysats, d'où un abaissement marqué du *pH*.

Lésions vasculaires.

Lésions nerveuses, dont le rôle trophique n'est pas négligeable.

D'où des cicatrices mal vascularisées, mal innervées, souvent recouvertes d'une peau dystrophique, siège d'ulcères à répétition.

III. — C'est contre ces désordres qu'il faut lutter, avant de procéder à la greffe ; celle-ci sera précédée de l'établissement du bilan complet du blessé puis d'un traitement local et général, qui commence à vrai dire lors du traitement de la fracture et se poursuit chez le blessé cicatrisé. Il comprendra essentiellement (J. Royal Moore) :

1° *La lutte contre l'infection.* — Active ou préventive suivant l'état de la blessure, suivant le moment de l'évolution où le chirurgien est appelé à intervenir près du blessé, elle fait appel aux agents anti-microbiens : sulfamides et pénicilline, mais aussi à la chirurgie.

La vogue des premiers ne doit pas faire oublier, comme l'a rappelé Gallie, les principes émis par Winnett Orr lors de la dernière guerre : mise à plat, ablation de séquestre, réduction des fragments et immobilisation stricte de la fracture laissée ouverte.

Les antibactériens modernes ne dispensent ni de la toilette chirurgicale des blessures, ni de l'ablation des corps étrangers. Dans certains cas d'infection grave, il ne faut pas oublier non plus que l'amputation du membre, conserve encore quelques indications précises.

Nous disposons actuellement de moyens puissants :

Sur les sulfamides, rien à dire, car leur emploi est familier à tous les chirurgiens.

Par contre, la pénicilline présente d'incontestables avantages : pouvoir plus puissant, efficacité contre presque tous les germes pathogènes qu'on trouve dans les blessures, absence d'effets toxiques.

Mech utilise des doses quotidiennes de 200.000 unités à raison de 8 doses de 25.000, toutes les trois heures, en injections intra-musculaires.

Dans les fractures récentes, le traitement sera maintenu tant qu'il y aura fièvre, pouls rapide, leucocytose et œdème local par cellulite.

Lors des réinterventions et lors de la greffe, l'administration de pénicilline sera reprise pour éviter le réveil toujours possible d'une infection latente. Mech conseille son emploi deux ou trois jours avant l'opération et encore cinq ou six jours après.

2° *Correction des défectuosités de la peau et des cicatrices.* — Le tissu cicatriciel fibreux, peu vasculaire et inossifiable doit être supprimé s'il est relativement peu important, cette ablation se fera le jour de la greffe ou sinon, dans une opération spéciale préliminaire.

Ce temps préliminaire peut être nécessité aussi par la correction orthopédique du déplacement osseux. Il est en effet d'un grand intérêt, lors de l'opération pour greffe de trouver les extrémités osseuses dans un alignement convenable et à une distance adéquate pour que, une fois la greffe placée, l'os à réparer ait une longueur compatible avec sa fonction. Or, la rétraction cicatricielle, en plus des modifications de la physiologie locale peut, si elle est importante, apporter une grande gêne à la réduction orthopédique. La résection du tissu cicatriciel suivie de réduction du déplacement et d'alignement des fragments est donc une opération préliminaire des plus importantes.

Certaines cicatrices sont parfois si importantes que la peau même qui les recouvre est mal nourrie et s'ulcère. Dans ces cas, il est indispensable non seulement de réséquer la cicatrice profonde, mais de reconstituer un plan de couverture sain à l'aide d'autoplastie à lambeaux, de greffes ou de lambeaux

pédiculés (James Barrett Brown). Le tissu fibreux sera réséqué en profondeur jusqu'à la zone saine pour avoir une circulation satisfaisante après prophylaxie de l'infection et amélioration des conditions générales bien entendu.

3° *La guérison des troubles physiologiques généraux et locaux* est en effet absolument indispensable comme traitement préliminaire à toute réintervention.

Contre la diminution de volume du sang, la transfusion sanguine sera utilisée, transfusions massives et répétées s'il le faut.

Contre les troubles de l'équilibre azoté, contre l'hypoprotéinémie, un régime adéquat rendra d'excellents services. Mech administre à ses blessés un régime représentant 2.500 à 3.000 calories par jour avec 150 *g.* et plus de protéine quotidienne. Elman a montré l'utilité des hydrolysats protéiques.

Ce traitement général devra être poursuivi longtemps de façon à ne pratiquer la greffe que sur des malades en parfait état général.

Les conditions de la physiologie locale sont améliorés par le traitement à l'infection et la correction des cicatrices vicieuses; mais il faut aussi entretenir la circulation locale et le tonus musculaire: mobilisation active et passive, etc... Une extrémité atrophique et flasque, qui est restée inactive dans le plâtre pendant des mois, n'est pas un terrain idéal pour une opération de greffe osseuse (Murray).

*
* *

En pratique, voici comment se présente, chronologiquement le traitement préliminaire de la greffe.

1° La blessure initiale n'est pas guérie. C'est réaliser pour l'avenir les meilleures conditions de greffe que d'obtenir une guérison rapide et de la meilleure qualité possible.

Lutte contre l'infection à l'aide de la pénicilline et de la chirurgie locale.

Immobilisation stricte du foyer de fracture.

Transfusion de sang, régime hypercalorique et hyperprotéique.

2° La blessure initiale est guérie. Il faut faire un bilan général du blessé, de façon à pouvoir corriger tout trouble constaté.

Au point de vue local, c'est la période des corrections plastiques et orthopédiques: résection de cicatrices fibreuses, greffes et autoplastie cutanées, réduction orthopédique suivant l'axe et la longueur.

Deux notions importantes sont à considérer dès cette période: celle de temps et celle d'infection.

Un facteur essentiel de sécurité est de laisser s'écouler un temps suffisant entre la guérison de la blessure initiale et les opérations correctrices, plastiques ou orthopédiques.

Carpentier et Rosenfeld estiment à trois mois le délai favorable en moyenne, à condition de n'opérer que sous le couvert d'injections de pénicilline pré- et post-opératoires.

Cette même notion de temps et de patience, condition nécessaire de succès, se retrouve après les opérations préliminaires ; il est indispensable de laisser s'écouler un temps suffisant entre celles-ci et l'opération ultime: la greffe.

La deuxième notion importante à ne pas perdre de vue, c'est celle d'infection potentielle latente. Toute intervention et réintervention doit absolument être précédée, accompagnée et suivie d'une attaque systématique de l'infection par les sulfamides, ou mieux la pénicilline [1].

IV. — C'est à Albee que nous devons l'avènement de la greffe osseuse massive et la création de la chirurgie des greffes. Albee en 1919, Jones en 1921, Kirk en 1924, Henderson en 1936, Campbell en 1939 ont publié de grandes séries de greffes pratiquées avec succès.

Les greffes ont été pratiquées par les différents auteurs suivant des techniques variées, donnant toutes sensiblement les mêmes pourcentages de succès et d'échecs. On peut donc être tenté de dire que tous les types de greffes réussissent et que le type de greffe est indifférent (Murray).

1. La sérothérapie antitétanique conserve ses indications, cela va sans dire.

Il existe néanmoins certaines « lois de la greffe » auxquelles il est bon de se conformer.

Voici les conclusions de John Royal Moore:

1° La préférence générale va à la greffe autogène. Seul Orrel (1937) défend l'os *purum* ou *novum*, mais pour les petites pertes de substance.

2° Le type de greffe universellement pratiqué est la greffe massive, intra- ou extra-osseuse, qu'il s'agisse de la greffe en barrique de Steele, de la greffe double de Boyd, de la synostose tibio-péronière ou du transplant péronier en deux étapes de Huntington ; l'addition de petits copeaux, comme réserve calcique locale, est très recommandée.

3° La fixation est généralement réalisée à l'aide de vis de stainless ou de vitallium. Cependant Phemister, Albee et Kirk défendent la greffe massive simplement glissée sous le périoste avec immobilisation plâtrée.

4° La greffe doit avoir au moins trois fois la longueur du manque de substance.

5° L'immobilisation consécutive nécessaire est de trois à six mois pour le membre inférieur, de six à douze semaines pour le membre supérieur.

Telles sont, selon les données américaines les plus récentes, les conditions locales et générales, préparatoires et opératoires qui conduiront, non pas à la réussite constante, mais au minimum d'échecs dans le traitement des pseudarthroses avec pertes de substance consécutives aux fractures ouvertes.

Un traitement chirurgical bien mené depuis la blessure initiale peut donner jusqu'à 75 pour 100 de guérison avec consolidation (Gallie); en cas de cicatrice irréparable ou d'infection irrémédiable, l'amputation est parfois supérieure à un résultat médiocre péniblement obtenu par des opérations itératives.

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE PSEUDO-TUMORALE

Par J. DEREUX
(Lille)

Nous avons isolé en 1937 sous le nom d'*hypertension artérielle pseudo-tumorale* une forme clinique d'hypertension qui se caractérise par le fait que les malades qui la réalisent se présentent comme s'ils étaient atteints d'une tumeur cérébrale [1]. Le syndrome d'hypertension intracranienne associé à l'hypertension artérielle et en relation étroite avec elle y est manifeste: il est révélé par ses signes habituels dont la stase papillaire est un des plus fidèles.

L'existence de cette forme clinique est actuellement admise par les auteurs. De nombreuses observations de malades atteints d'hypertension artérielle pseudo-tumorale ont été publiées. On a décrit des cas de cette affection chez l'enfant (Debré, Julien Marie, R. Dumas et Malinsky Cathala, Auzépy et Brault ; Mlle Coudat, Gadrat et Lasserre). Deux importantes thèses ont été consacrées à ce sujet: l'une, en 1938 à Bordeaux par M. J.-N. Vallat [2]; l'autre, en 1939 à Paris par M. R. Delaitre [3].

Cette forme clinique n'a pas qu'un intérêt d'ordre pathogénique et diagnostique, elle en a aussi un d'ordre thérapeutique. C'est une forme qui réclame un traitement spécial au point de vue médical d'une part, au point de vue chirurgical d'autre part.

Au point de vue du traitement médical, nous préconisions en 1937 les ponctions lombaires répétées et les injections de sérum hypertonique. Nous le faisons encore dans l'ensemble. Mais il faut envisager avec quelques réserves la ponction lombaire. Nous n'avons jamais observé d'accident après la ponction chez ces malades qui, bien que porteurs d'un grand syndrome d'hypertension intra-cranienne, n'ont pas de tumeur; mais M. Riser en a signalé [4]. Cette observation suffit pour montrer qu'il ne faut faire la ponction lombaire qu'avec la plus grande prudence. Mais on peut employer sans réserve les injections intraveineuses de sérum hypertonique, auxquelles on peut ajouter les injections intraveineuses de sulfate de magnésie à 15 pour 100.

Quand ce traitement médical échoue et que l'affection s'aggrave, il faut recourir sans hésiter au traitement chirurgical. Certes le cerveau des hypertendus artériels est fragile et je sais que mon maître Clovis Vincent ne l'aborde qu'avec beaucoup de circonspection. Mais comment combattre autrement que par l'intervention directe sur le crâne ce syndrome d'hypertension qui résiste au traitement médical et qui menace la vue et la vie? Il est admis à peu près unanimement aujourd'hui que l'hypertension intracranienne est réalisée dans de tels cas par un œdème cérébro-méningé [5], et c'est à combattre cet œdème que doit s'employer l'intervention. *Quand faut-il opérer ?*

Quand le traitemnt médical a échoué et qu'il y a une stase vraie, certaine, sans erreur possible. Le syndrome d'hypertension intracranienne est manifeste; le malade en souffre ordinairement beaucoup; la vue est toujours très menacée: l'hésitation ne doit pas être de longue durée. Mais le traitement chirurgical n'est-il indiqué que dans ces formes pures et ne doit-il pas trouver place dans certaines papillo-rétinites des hypertendus? On peut adopter en effet, la classification de Dubois-Poulsen [6] et admettre que la forme pseudo-tumorale n'est qu'une forme spéciale de rétinite hypertensive. Dès lors on peut se demander si le traitement chirurgical n'est pas à préconiser dans certaines autres rétinites hypertensives réalisant le tableau classique de la rétinite dite « albuminurique ». Deux ordres de considérations peuvent y faire penser: la première c'est que ces papillo-rétinites s'accompagnent souvent d'une élévation de la tension céphalo-rachidienne; la deuxième c'est que de bons résultats de quelques trépanations faites dans ces cas particuliers ont déjà été enregistrés.

L'élévation de la tension céphalo-rachidienne y est relativement fréquente. « Dans plus des deux tiers des cas d'œdème léger, et presque dans tous les cas de grand œdème papillaire on trouve une hypertension cranienne » (Riser).

a) Elle peut être manifeste et la stase venir compléter secondairement certaines papillo-rétinites. Comme nous l'écrivions en 1937, la stase papillaire peut apparaître secondairement et venir compliquer une hypertension maligne au sens où l'entendent Keith, Wagener et Kernohan; Volhard et Fahr.

b) Mais cette augmentation de pression n'est pas toujours aussi nette. Et ce n'est pas le seul examen du fond d'œil, quand il n'y a pas de stase, qui va permettre de juger sûrement du degré d'hypertension du liquide céphalo-rachidien. Depuis Cushing, de nombreux auteurs, ophtalmologistes surtout, ont insisté sur ce fait. Et Bailliart le souligne à nouveau, dans son rapport au Congrès international d'ophtalmologie du Caire (8-12 Décembre 1937). Sans doute faudra-t-il demander à la mesure de la pression rétinienne selon le procédé de Bailliart un supplément d'information: elle sera utile mais bien souvent aussi elle ne pourra pas renseigner avec certitude sur l'état de tension du liquide céphalo-rachidien.

Dans de tels cas nous avons heureusement en mains un moyen qui nous permet de mesurer exactement l'état de pression du liquide céphalo-rachidien: c'est la ponction lombaire avec mesure de la pression du liquide. Mais, nous l'avons vu, cette ponction peut n'être pas sans danger. Et bien que ce fait soit exceptionnel, il nous oblige à prendre les plus grandes précautions à cet égard. Or rien n'est plus facile que de mesurer la pression céphalo

1. J. Dereux : Sur une forme clinique d'hypertension artérielle : l'hypertension pseudo-tumorale. *La Presse Médicale*, 15 Septembre 1937, n° 74.
2. J.-N. Vallat : *Les accidents cérébraux pseudo-tumoraux de l'hypertension artérielle.* L'hypertension artérielle pseudo-tumorale. *Thèse de Bordeaux*, 1938-1939.
3. R. Delaitre : La forme cérébrale de l'hypertension artérielle. *Thèse de Paris*, 1939.
4. Riser, Planques et Becq : Accidents graves après ponction lombaire chez des hypertendus artériels. *Bull. et Mém. Soc. médicale des Hôp. de Paris*, 14 Janvier 1938, 62.
5. P. Milliez : Accidents cérébraux des hypertendus et œdème méningo-encéphalique. *Thèse de Paris*, 1943.
6. A. Dubois-Poulsen : Les rétinites dites « hypertensives ». *Bull. de la Soc. d'Ophtalmologie de Paris*, Novembre 1938, n° 7.

achidienne sans permettre un écoulement appréiable de liquide. Dès lors, sans le moindre danger our le malade, la ponction, grâce au manomètre, ous indiquera à coup sûr s'il y a hypertension et uel est son degré. Si l'hypertension est certaine et nanifeste, si l'acuité visuelle baisse rapidement et nexorablement malgré les divers traitements médiaux mis en œuvre, l'intervention peut être indiquée, comme dans les cas d'hypertension artérielle seudo-tumorale.

Déjà quelques observations probantes sont venues émoigner du bien-fondé de ce que nous avançons. Rappelons l'observation ancienne de Cushing et Bordley et celle, toute récente, de de Gennes, Maoudeau et Desvignes[7] où l'œdème est dès le lébut assez peu marqué et accompagné d'exsudats rès abondants et d'hémorragies rétiniennes. Et pourtant dans ce cas l'intervention faite par Puech, t qui a consisté en une trépanation temporale lroite selon la méthode de Cushing, a eu un résultat très heureux. « La céphalée a complètement disparu. Depuis plusieurs mois, la lecture est redevenue possible. La vision, surtout de près, st nettement améliorée ».

Donc, dans ces formes qui, par leur évolution et l'aspect du fond d'œil se rapprochent plus de la rétinite dite « albuminurique » que de l'hypertension artérielle pseudo-tumorale on pourra opérer si la pression du liquide céphalo-rachidien est trop élevée; si le traitement médical échoue; si l'acuité visuelle diminue rapidement et si l'état général s'altère. *Que faut-il faire?*

1° Une ventriculographie pourra d'abord permettre de vérifier qu'il n'y a pas de tumeur, si l'on a le moindre doute à ce sujet. Puis on fera une trépanation décompressive temporale droite à la manière de Cushing: elle pourra suffire.

2° Parfois il y aura intérêt à faire un grand volet décompressif antérieur droit, comme on le fait pour combattre certains cas d'œdème cérébral.

3° Mais on n'oubliera pas que le malade reste un hypertendu et qu'à ce titre il faut continuer à le soigner. Le traitement médical le plus judicieux dirigé contre l'hypertension artérielle sera donc employé. Mais il ne suffit pas souvent. Et peut-être y aura-t-il intérêt à recourir alors aux méthodes chirurgicales qui visent à combattre l'hypertension artérielle elle-même. Nous n'avons pas l'expérience de cette association des deux thérapeutiques chirurgicales. L'avenir dira si elle est efficace ou non.

Conclusions.

1° En présence d'une hypertension artérielle pseudo-tumorale il faut d'abord essayer le traitement médical général de l'hypertension artérielle et le traitement médical spécial de l'hypertension artérielle pseudo-tumorale (injections intraveineuses de sérum hypertonique ; injections intraveineuses de sulfate de magnésie à 15 pour 100; plus rarement, et toujours avec prudence, les ponctions lombaires répétées).

2° Si le traitement médical échoue, il faut recourir au traitement chirurgical. On fera ou une trépanation temporale droite selon la technique de Cushing, ou un grand volet décompressif antérieur droit.

3° Dans les formes voisines de l'hypertension artérielle pseudo-tumorale, dans celles où la stase n'est pas nette, où l'aspect du fond d'œil avec ses exsudats et ses hémorragies évoque celui de la rétinite dite « albuminurique », on pourra être amené à intervenir.

4° On se basera, pour se décider, sur trois ordres de faits : *a*) un échec total du traitement médical ; *b*) une baisse rapide de l'acuité visuelle; *c*) une élévation de tension du liquide céphalo-rachidien révélée par la mesure manométrique.

5° Peut-être, dans un second temps, y aurait-il intérêt à associer au traitement particulier de l'hypertension artérielle pseudo-tumorale le traitement chirurgical général de l'hypertension artérielle.

7. L. de Gennes, D. Mahoudeau et P. Desvignes : Hypertension artérielle maligne et œdème méningo-encéphalique. Amélioration remarquable des troubles oculaires par la trépanation décompressive. *Bull. et Mém. Soc. méd. Hôp. de Paris*, 1943, n° 35, 457.

UN AGENT CHIMIOTHÉRAPIQUE NOUVEAU : LA PHÉNOTHIAZINE

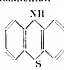
SES PROPRIÉTÉS ANTHELMINTHIQUES ET SON UTILISATION DANS LE TRAITEMENT DE L'OXYUROSE

Par J. ETÈVE

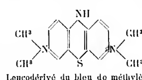
L'utilisation de la phénothiasine en chimiothérapie anthelminthique paraît avoir peu jusqu'ici, en France, retenu l'attention. La littérature de langue anglaise lui a par contre consacré, ces dernières années un grand nombre d'articles dont il paraît intéressant de dégager l'essentiel.

Etude chimique.

La phénothiazine (dibenzoparathiazine ou thiodiphénylamine) a été préparée par Bernthsen (1), en 1883, au cours de travaux sur la constitution du bleu de méthylène dont elle forme le noyau fondamental.



Phénothiazine.



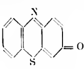
Leucodérivé du bleu de méthylène.

Elle cristallise en fines paillettes jaune pâle, sans odeur ni saveur, fondant à 180° C, ne donnant pas de sel de la fonction amine, se laissant acétyler assez facilement. Pratiquement insoluble dans les solvants des graisses, elle s'oxyde spontanément mais très lentement à l'air et à l'humidité, plus rapidement à la lumière. Bernthsen a également indiqué sa préparation par chauffage du soufre avec la diphénylamine. Aujourd'hui on effectue cette réaction à 170° C en présence d'un catalyseur (trichlorure d'aluminium ou iode).

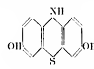
Après sa découverte, tout comme le paraminobenzènesulfamide, la phénothiazine tomba dans l'oubli et ce n'est que vers 1935 que les auteurs américains remarquèrent ses propriétés insecticides. Sa faible toxicité pour les animaux à sang chaud la fit ensuite essayer comme anthelminthique en médecine vétérinaire puis en clinique humaine.

Métabolisme.

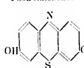
Absorbée par voie digestive, la phénothiazine est en partie métabolisée dans l'organisme où elle subit une oxydation (2). Parmi les corps auxquels elle donne ainsi naissance deux, déjà décrits par Bernthsen (3), sont à retenir car ils constituent deux systèmes oxydo-réducteurs réversibles : ce sont le phénothiazone et le thionol.



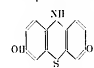
Phénothiazone.



Leucophénothiazone.



Thionol.



Leucothionol.

Après ingestion, l'élimination est rapide : 50 pour 100 sont excrétés non transformés dans les matières fécales. La plus grande partie restante, 30 pour 100, est éliminée dans les urines sous forme de thionol (qui colore les urines en rouge) et de composés hydrosolubles. Ceux-ci ont été, jusqu'ici, identifiés comme des dérivés conjugués (4, 5) de la phénothiazine, du leucothionol et de la leucophénothiazone. L'acidification de l'urine fournit un précipité de phénothiazine tandis que par l'hydrolyse chlorhydrique on libère le leucothionol et la phénothiazone. Notons que dans les matières fécales, à côté de la phénothiazine éliminée non transformée, il existe également du thionol (rouge).

De Eds et Thomas (6) ont montré que la phénothiazine et ses dérivés d'oxydation étaient éliminés par la bile qui paraît renforcer son activité anthelminthique. Le dosage colorimétrique des dérivés de la phénothiazine est possible par transformation du leucodérivé en thionol par oxydation (5).

On a pu ainsi montrer qu'après son absorption, la phénothiazine est rapidement éliminée par l'organisme : au quatrième jour, après une dose unique, au sixième jour, après un traitement prolongé, on ne trouve plus aucune trace du médicament ni dans les urines, ni dans les fèces (17).

Toxicité.

Les recherches effectuées sur les animaux de laboratoire ainsi que l'emploi de la phénothiazine en thérapeutique vétérinaire ont aidé à préciser sa toxicité vis-à-vis de différentes espèces animales. Ainsi la souris blanche supporte une dose unique de 5 *g.* par kilogramme d'animal sans signe d'intoxication apparente ni altérations hématologiques. Elle supporte également sans dommage une dose totale de 20 *g.* par kilogramme absorbée en quinze jours. Le cobaye paraît un peu moins tolérant que la souris : une dose quotidienne de 2 *g.* par kilogramme de poids entraîne une chute de poids et du taux de l'hémoglobine (7), Bernovitz, Page et de Beer (8) purent donner à des rats jusqu'à 390 *mg.* par kilogramme de poids vif en dix-huit jours sans effets toxiques apparents ni lésions pathologiques macroscopiques. Ils notent seulement une légère hypoplasie médullaire.

En médecine vétérinaire, on emploie couramment, chez les ovins, des doses de 30 à 50 *g.* administrées en une fois sans aucun signe d'intoxication.

Chez l'homme, des doses de 40 *g.* administrées en dix jours furent suivies de perturbations sanguines, notamment d'anémie modérée avec hémolyse disparaissant quelques jours après la fin du traitement (8). Les effets toxiques rapportés par certains auteurs (7, 9, 10, 11), concernent des cas dans lesquels les doses utilisées en thérapeutique dépassent souvent de loin celles de 300 *mg.* par kilogramme de poids que H. Most (12) considère comme optimum. Celles-ci peuvent être données sans aucun danger à moins qu'il ne s'agisse de cas, d'ailleurs exceptionnels, d'hypersensibilité individuelle comme par exemple le cas mortel qu'a rapporté Humphreys (9). Lorsque pour une raison particulière on croira devoir dépasser ces doses, il est nécessaire d'aller avec prudence et de suivre de très près la réaction du malade (numération globulaire en particulier).

De Eds, Wilson et Thomas (13), rapportent deux cas de photosensibilisation de la peau qu'ils attribuent à la présence dans les tissus du système oxydo-réducteur thionol-leucothionol.

Emploi de la médecine vétérinaire.

La phénothiazine a été très largement utilisée dans le traitement des helminthiases des animaux domestiques, notamment du cheval (strongylose, trichonémose), des bovidés, du mouton, du porc (œsophagostomes, trichostrongylides, bunostomes), Guilhon et Lagneau (14) l'ont essayée contre la coccidiose du lapin. Les récents travaux de Guedon (15), de Jacquet et Quarante (16), de Guilhon et Priouzeau (17) et de Velu et Train (18) ont déjà fait connaître en France l'intérêt de cette nouvelle chimiothérapie en médecine vétérinaire.

Emploi en clinique humaine.

1° Comme agent antiparasitaire. — C'est surtout comme anthelminthique que la phénothiazine a été employée jusqu'ici et ceci principalement contre les oxyures.

a) *Contre les oxyures (Enterobius vermicularis).* — La phénothiazine donne dans l'ensemble de très bons résultats. Son utilisation ne nécessite pas l'emploi d'adjuvants tels que jeûne, lavements, purgatifs. La dose thérapeutique maxima peut être calculée comme il a été dit, sur la base de 300 *mg.* par kilogramme de poids comme dose totale à administrer en trois jours à raison de 2 ou 3

prises par jour (19, 12). Ainsi, chez l'enfant jusqu'à 2 ans, on fera prendre en trois jours une dose totale de 1 *g*. 5 à 2 *g*.; de 2 à 4 ans, 3 *g*.; de 4 à 12 ans, 6 *g*. Chez l'adolescent de 12 à 18 ans, une dose totale de 7 *g*. 50 et chez l'adulte de 9 à 12 *g*.

Ces chiffres sont de l'ordre de ceux qui ont été utilisés par plusieurs auteurs: Most (12), Kuitunen-Ekbaum (20); Sisk (21), Miller et Allen (22). D'autres: Manson-Bahr (23), Bercovitz, Page et de Beer (8) ont employé des doses plus élevées qui sont à déconseiller à cause des réactions toxiques possibles [Hubble (24), Grant (25)].

On se rappellera que, pour apprécier l'efficacité du traitement il est indispensable d'utiliser une méthode rigoureuse et sûre [1] et on ne jugera les effets d'une cure qu'après un minimum de 4 à 5 examens négatifs.

Les résultats, après une première cure, telle que nous l'avons indiquée, semblent d'après nombre d'auteurs donner en moyenne dans 75 pour 100 des cas de guérison définitive (20, 12, 21). Les autres doivent subir, une quinzaine de jours plus tard, une seconde cure du même type qui les guérit généralement. Certains auteurs paraissent avoir observé un grand pourcentage d'échecs (8). En tous cas, il faudra toujours pour garantir le maximum d'efficacité d'un traitement se rappeler le rôle très important joué dans l'oxyurose par l'auto-infestation et par la réinfection due au milieu familial qui est, presque en règle, contaminé.

En résumé, à en juger par le nombre de résultats favorables publiés à l'étranger, il semble que la phénothiazine soit à retenir comme l'un des plus efficaces agents thérapeutiques de l'oxyurose dont les indications exactes par rapport aux autres médications récemment proposées pourront être précisées avec un certain recul de temps.

b) *Contre les autres helminthiases.* — On a recherché à traiter de nombreuses autres helminthiases par la phénothiazine: *Ascaris lumbricoïdes, Ankylostoma duodénale, Tænia saginita, Strongyloïdes stercoratis*, etc... Jusqu'ici, les résultats observés n'ont pas permis de mettre très nettement en évidence une action aussi nette que dans l'oxyurose. Enfin les résultats positifs rapportés dans le traitement de la filaire de Médine (19) n'ont pas reçu de confirmation.

Ainsi, en tout état de cause, de nouveaux essais systématiques et plus rigoureux seraient-ils à faire afin d'apprécier exactement la valeur du médicament dans ces différentes infections.

c) *Contre certaines infections à protozoaires.* — La phénothiazine a été employée sans succès dans le traitement de l'*Entamoeba histolytica*, d'*Entamoeba coli*, de *Giardia intestinalis*, etc... (8).

2° Comme antiseptique urinaire. — De Eds, Eddy et Thomas (5) ont montré chez le rat, le lapin et l'homme les propriétés antiseptiques des urines dues à la présence du système thionol-leucothionol après absorption de phénothiazine. Ces propriétés exigent un *pu* urinaire acide (4,5 à 5,5) favorisant la libération du thionol des complexes où il est conjugué. Ces auteurs conseillent l'emploi de la phénothiazine à la dose de 1 *g*. 5 à 2 *g*. *pro die* jusqu'à un total maxima de 15 *g*. en associant la prise de chlorure d'ammonium (2 *g*. par jour) ou de phosphate de soude pour acidifier l'urine. De Eds et collaborateurs rapportent des cas intéressants de guérison et d'améliorations dans les infections aiguës ou chroniques des voies urinaires (cystite, pyélite) et soulignent l'action du médicament sur le colibacille (11).

Il semble qu'également, dans cette indication d'antiseptique des voies urinaires on n'ait pas encore précisé exactement le parti que l'on peut tirer de cet agent chimiothérapeutique auquel il paraîtrait fructueux de consacrer de nouveaux travaux.

BIBLIOGRAPHIE

(1) A. Bernthsen : *Berichte deutsch. Chem. Ges.*, 1883, **16**, 2896-2901. — (2) F. De Eds et C. W. Eddy : *J. Amer. Chem. Soc.*, 1938, **60**, 1116-1117. — (3) A. Bernthsen *Liebigs Ann.*, 1885, **230**, 73-211. — (4) W. E. Swales et H. B. Collier : *Can. J. Research.*, 1940, **18**, 279. — (5) F. De Eds, C. W. Eddy et J. O. Thomas : *Pharmacol. exper. Therap.*, 1938, **64**, 250-262. — (6) F. De Eds et J. O. Thomas : *J. Parasitology*. 1941, **27**, 113-131. — (7) R. J. Schnitzer, C. Siedermann et H. D. Bett : *Canad. Publ. Health J.*, 1942, **33**, 17-21. — (8) Z. Bercovitz, R. C. Page et E. J. de Beer : *J. Amer. Med. Assoc. J.*, 1943, **122**, 1006-1007. — (9) D. R. Humphreys : *Lancet*, 1942, **2**. 29-39. — (10) L. I. H. Grant : *Med. J. Austral.*, 1943, **2**, 27-29. — (11) F. De Eds, A. B. Stockton et J. O. Thomas : *The J. Pharm. and Exper. Therap.*, 1939, **65**, 353-371. — (12) H. Most : *Am. J. Trop. Med.*, 1943, **23**, 459-464. — (13) F. De Eds R. H. Wilson et J. O. Thomas : *J. Amer. med. Assoc.*, 1940, **114**, 2095-2096. — (14) J. Guilhon et F. Lagneau : *Bull. Acad. vétér.*, 1942, **15**, 318-323. — (15) L. Guédon : *Thèse vétérin.*, Paris, 1943. — (16) J. Jacquet et M. Quarante : *Bull. Acad. vétér.*, 1943, **16**, 344-348. — (17) J. Guilhon et M. Priouzeau : *Recueil med. Vétér.*, 1943, **119**, 161-164 et *Bull. Acad. vétér.*, 1944, **17**, 202-217. — (18) H. Velu et G.-L. Train : *Bull. Acad. vétér.*, 1943, **16**, 213-217. — (19) M. Elliott : *Trans. Roy. Soc. Trop. Med. Hyg.*, 1942, **35**, 291-301; 1943, **37**, 163 et *J. Roy. Army Med Corps*, 1943, **80**, 136-139. — (20) E. Kuitunen-Ekbaunm : *Canadian Publi. Health J.*, 1941, **32**, 308-313. — (21) W. N. Sisk : *J. Amer. Med. Ass.*, 1943, **32**, 308-313. — (22) M. J. Miller et D. Allen : *Canad. Med. Ass. J.*, 1942, **46**. 111-115. — (23) Ph. Manson-Bahr : *Lancet*, 1940, **2**, 600-601. — (24) D. Hubble : *Lancet*, 1941, **2**, 600-601. — (25) L. I. H. Grant : *Med. J. Austr.*, 1943, **2**, 27-29. — (26) E. Kuitunen-Ekbaunm : *Canad. Publi. Healt. J.*, 1942, **33**, 174-176.

Quelques-unes de ces références n'ont pu être consultées que par l'intermédiaire des analyses du *Tropical Diseases Bulletin*.

1. Les auteurs anglo-saxons (21, 26) conseillent l'emploi de la méthode N. H. I. (National Institut of Health) qui consiste à rechercher les œufs déposés par la femelle sur la muqueuse anale où l'on doit faire porter le prélèvement en grattant les plis radiés de cette muqueuse avec un tampon recouvert d'un fragment de cellophane. C'est sur ce fragment que l'on recherchera ensuite les œufs qui y adhèrent.

ÉTUDE DES RÉACTIONS NEURO-ÉLECTRIQUES ET DU TRAITEMENT PHYSIOTHÉRAPIQUE CHEZ LES PRISONNIERS ET DÉPORTÉS RÉCEMMENT RAPATRIÉS

Par **Ernest HUANT**
(Paris)

A l'hôpital Bichat, nous avons eu l'occasion d'examiner personnellement (au service central d'électro-radiologie) tous les prisonniers et déportés, hospitalisés dans les divers services de médecine et chirurgie qui présentaient des troubles sensitivo-moteurs ou neurotrophiques. Nous pensons qu'il est peut-être utile de signaler dès maintenant quelques conclusions qui se dégagent de ces examens pratiqués à l'issue de conditions étiologiques si différentes de celles de la pathologie « normale », et ce d'autant plus qu'au cours de près de quatre mois nous avons eu affaire à des sujets très récemment rapatriés qui arrivaient par groupes successifs directement — ou presque — de leur lieu d'internement sans que leur état ait pu être notablement modifié par des hospitalisations ou des traitements antérieurs.

Une première distinction nous semble d'abord devoir être faite entre les blessés et traumatisés proprement dits et les sujets en état de dénutrition et de carence (vitaminiques ou autres) plus ou moins accompagnés d'atrophies localisées.

Le premier groupe comprend presque uniquement des prisonniers ou requis de force du S. T. O. qui furent blessés:

— Soit au cours de bombardements aériens: blessures par éclats;

— Soit au cours de voyages en wagons ouverts ou de tentatives d'évasion: blessures par balles;

— Soit lors des travaux de sauvetage après les bombardements: blessures par arrachement et écrasement, contusions diverses.

Les traumatisés profonds ont été rarissimes parmi les déportés que nous avons eu à examiner: nous noterons simplement, à titre documentaire, un cas de morsure du creux poplité ayant affecté légèrement le S. P. E., morsure provenant non d'un chien, mais d'un autre déporté (Polonais) au cours d'un de ces voyages « hallucinants » (c'est le mot du blessé), d'un camp à l'autre, dans les wagons surencombrés.

Dans l'ensemble, pour ces blessés et traumatisés, nous avons pu observer toute la gamme des modifications de l'électro-diagnostic qu'il est coutume de remarquer en chirurgie de guerre. Nous noteron cependant:

Que les syndromes d'interruption totale ont ét rarissimes;

Que la réaction de dégénérescence totale a été éga lement rare: 3 cas dont 1 paraissant irréductible

Que *la R. D. partielle* qui est la règle du résulta de nos examens pour cette catégorie affectait pa ordre de fréquence décroissante les domaines:

1° Du S. P. E.;

2° Des médian et cubital (généralement touché en même temps);

3° Du radial;

4° Du S. P. I.;

5° Du circonflexe;

6° Du crural seul;

Que les chronaxies évoluaient à peu près dans le limites de variations classiquement décrites: en gé néral augmentées de quatre à dix fois la normale mais parfois jusqu'à cinquante fois. Notons cepen dant qu'une chronaxie de 7,8 σ au niveau d'u jambier antérieur correspondait encore à une réac tion galvanique bien perceptible du nerf et l'évo lution favorable du traitement correspondait bie à une R. D. partielle.

Nous insisterons aussi sur *la fréquence du syn drome de compression* dont il nous a été donné d suivre l'évolution de très beaux cas dans l'intervall de ces quatre mois: Absence du R. D. au début — Apparition trois à cinq semaines après d'un R. D. partielle plus ou moins accentuée. — Régres sion de cette R. D. après intervention chirurgical et traitement électrothérapeutique. Par ordre de fré quence, il s'agissait de compression par gangu scléreuse entourant en général un éclat parfoi oublié, par hématome progressivement constitué, o par cal. Bien entendu, nous avions affaire là à de blessés récents, atteints souvent au moment de combats de libération de leurs camps, ou dans l hâte d'une évasion anticipatrice au sein même d combat.

Toutefois, un certain nombre de ces blessé avaient été opérés — en général correctement — parfois avec des moyens de fortune — dans le hôpitaux ou infirmeries d'Allemagne six mois o un an avant leur libération: leurs réactions élec triques étaient évidemment fixées: certains étaien encore susceptibles d'une correction chirurgical pouvant modifier favorablement leur motricité, mai d'autres, surtout quand il s'agissait de fracture complexes soudées en position défectueuse, ne peu vent plus espérer une amélioration partielle que pa un traitement physiothérapique très longuemen poursuivi.

Deuxième catégorie: il s'agit là de très grand carencés, hypotoniques et hypotrophiques qui son presque toujours des déportés. Précisons bien qu tous ces déportés, que nous avons examinés succes sivement, sont des déportés récents n'ayant pas e le temps de séjourner suffisamment dans les hôpi taux de surface américains ou les centres d'accuei de la Croix-Rouge et de l'U. N. R. A. pour avoir e des chances d'obtenir une sérieuse régression théra peutique de leur état.

Or, ici, une chose nous a frappé dès le début e s'est absolument confirmée dans la suite, *c'est l'ex trême rareté de la réaction de dégénérescence, mêm partielle*. A ce point de vue, cette catégorie s'oppos absolument à celle, que nous venons d'examiner, de prisonniers blessés, opposition d'autant plus remar quable que la même peut se formuler, mais *e sens inverse*, au point de vue de l'état général Ainsi sur 120 examens de déportés (catalogués poly névritiques, hypotoniques ou atrophiés), nous n noterons que 8 R. D. partielles dont 3 très légère et *aucune totale*.

Mais bien plus, sur ces R. D., 4 relevaient d'un origine mixte toxi-infectieuse qui se superposait à la carence; 2 comportaient des antécédents diphté riques: 1 une pneumonie grave, 1 une dysenteri aiguë et une autre enfin, une intoxication exogène comme au cours de cet examen nous nous étonnion de la discordance d'un état général relativemen conservé (surtout si on le comparait à celui para squelettique de ses camarades) avec la relative gra vité de ses réactions neurologiques, le malade a d lui-même éclairci le problème en nous relatant qu'i s'était involontairement « empoisonné » en avan

bsorbé, à titre espéré de reconstituant, de l'huile le machine qu'il avait supposé être un ersatz comestible. Ainsi, là aussi, il y avait un élément toxique ndéniable à la base de l'étiologie.

Finalement, nous n'arrivons donc qu'à 3 cas sur 120) de R. D. partielle nette, se rattachant uniquement à des phénomènes de carence : tous les utres cas comportant des variations plus ou moins ortes de l'hypo-excitabilité faradique et galvanique t des variations chronaxiques allant de valeur de) σ 72 à 4 σ, ne dépassant jamais 10 σ.

Et pourtant il est incontestable que l'on ne peut guère imaginer des carences plus totales et plus poussées que celles de ces malheureux compatriotes arrivés la plupart à l'extrême limite de l'épuisement et dont on connaît le régime de famine. *Ceci doit peut-être nous inciter à réviser quelques notions de pathologie « normale » sur les états de carence* et montrer que l'on se hâte peut-être trop vite d'attribuer *uniquement à des avitaminoses ou hypovitaminoses* des états de dégénérescence qui relèveraient peut-être davantage d'une étiologie infectieuse ou toxique dissimulée et coexistante. L'exemple de notre buveur d'huile prend presque, à ce point de vue, la valeur d'un cas expérimental.

Cliniquement la plupart de ces malades étaient catalogués ou supposés polynévrites (quelques-uns béri-béri). Tous étaient effectivement de grands hypotoniques, parétiques ou paralysés plus ou moins systématisés. Si au point de vue motricité le tableau se rattachait souvent à une polynévrite, les énormes atrophies musculaires rendaient souvent très difficile l'exploration de la motricité et beaucoup de ces malades semblaient avoir perdu leurs réflexes qui n'avaient plus en réalité que de minimes faisceaux dont la réaction était très difficile à déceler. Ainsi — et c'est aussi l'opinion formelle d'un éminent médecin des Hôpitaux — beaucoup de ces soi-disant polynévritiques seraient surtout des hypotoniques et des atrophiés à réflexes encore conservés, mais très difficiles à déceler par suite de la fonte fasciculaire. Quoi qu'il en soit, l'extrême rareté de la R. D., même partielle dans ces cas, est un fait qui méritait d'être signalé avec les conséquences possibles que nous avons soulignées plus haut sur la considération des étiologies carentielles.

Au point de vue neuro-psychique. — Signalons enfin que nous n'avons eu à examiner qu'un seul cas de paralysie pithiatique vraie, mais il s'agissait d'un curieux syndrome de paralysie laryngée émotive avec bégaiement intense (provoquée par un bombardement massif et prolongé autour d'un kommando de campagne). Nous avons institué un traitement par diathermie translaryngée à faible intensité et progressive, lequel combiné au minimum de psychothérapie qu'il est possible de pratiquer à l'hôpital, a donné au bout d'un mois un résultat très appréciable.

Par contre, si les troubles moteurs pithiatiques ont été rarissimes, l'hypersensibilité cutanée au choc faradique et surtout galvanique nous a semblé exagérément développée chez au moins le tiers des déportés examinés. Chez certains — en général des sujets étrangers (Polonais, Tchèques et Espagnols) moins évolués que les déportés Français, ou des déportés raciaux, à psychisme spécial — cette hyperesthésie s'accompagnait d'un véritable état d'anxiété morbide qui se traduisait par une appréhension psychopathique de l'examen, rendant celui-ci vraiment pénible au double sens du terme.

Traitement : En plus des traitements chirurgicaux et médicaux classiques qui leur étaient administrés dans leurs services respectifs (débridements, greffes, sutures, résections ou strychnine, vitamines B et PP) nous avons eu à traiter ces blessés et malades par l'électro- et la physiothérapie. Ceux des blessés et traumatisés moteurs ne différaient pas des traitements classiques bien connus des spécialistes électrologistes suivant l'existence et le degré de la R. D. Disons que les modalités auxquelles nous avons eu le plus souvent recours ont été la *diélectrolyse transsegmentaire d'iode* (en général *avant et après* l'intervention chirurgicale sur les blocs fibreux comprenant les trajets nerveux) et surtout la *galvano-faradisation progressive.* Nous avons réservé les ondes courtes aux traitements des algies par compression (notamment des cals défectueux) et la diathermie, aux traitements des séquelles trophiques et circulatoires des blessures.

Dans la deuxième catégorie (déportés atrophiques et carencés) nous avons toujours associé au traitement neuro-moteur local (galvano-faradisation progressive ou faradisation tétanisante rythmée) *un traitement physiothérapique général :* soit bains d'U. V. généraux, quand il s'agissait non seulement de décalcification généralisée, mais de *dystonie neuro-végétative accentuée* (et que bien entendu il n'existait aucune contre-indication pulmonaire), ou bains d'ondes courtes à faible puissance, soit surtout par action directe sur les centres nerveux : ionisation transcérébro-médullaire, tantôt iodurée, tantôt calcique ou ondes courtes cérébrales à puissance moyenne. Nous n'avons pas eu malheureusement la possibilité d'appliquer la radiothérapie fonctionnelle qui, à faibles doses stimulatrices, nous paraît avoir de nettes indications dans des cas semblables (de préférence à la téléradiothérapie dont il faut craindre indépendamment de toute réaction globulaire un certain effet déprimant de début qu'il n'y a évidemment aucun intérêt à ajouter à l'hyperfatigabilité des sujets traités).

A noter avis, les heureux résultats obtenus par les modifications physiothérapiques du terrain s'ajoutant aux traitements neuro-moteurs locaux sont un second enseignement que l'on peut tirer de cette étude, le premier — et le plus important — étant toujours, selon nous, celui que nous avons signalé plus haut sur l'extrême rareté de la R. D. dans ces états de carences hautement accentuées et polyvalentes que nous avons eu à examiner.

SOCIÉTÉS DE PARIS

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE

27 Mai 1945.

Gangrène aiguë massive du pied chez un nourrisson. Périartériolite noueuse. — M. **P. Véran** (Nantes). Cette observation remarquable cliniquement par l'acuité et la massivité de la gangrène, sa limitation peut-être sous l'influence du traitement (injections intra-artérielles de colorants, sympathectomies, etc.) ne l'est pas moins histologiquement. L'existence de périartériolite nodulaire avec intégrité de la media la différencie de la maladie de Kussmaül dont elle semble une forme approchée.

Etude clinique, électrique et anatomique d'un cas de bloc de branche. — MM. **J. Lenègre, L. Deglaude** et **A. Azim.** L'observation concerne une femme de 42 ans atteinte d'une cardiopathie congénitale avec cyanose, souffle systolique frémissant du 3e espace intercostal gauche et insuffisance ventriculaire droite terminale. L'autopsie montre un gros cœur (dilatation et hypertrophie des deux ventricules) avec rétrécissement sous-aortique fibro-calcaire envoyant une coulée scléreuse sur la cloison fibreuse et compliqué d'une sigmoïdite aortique discrète. En outre, persistance d'un canal artériel de gros calibre avec dilatation et athérome de l'arbre artériel pulmonaire. Les coupes en série de la cloison ont montré l'intégrité du nœud de Tawara et du faisceau de His et des lésions étendues de la branche gauche : dégénérescence vacuolaire accentuée des filets de la branche gauche dès leur origine ; puis un peu plus bas dispersion et destruction des derniers filets de la branche gauche englobés dans une large bande d'endocardite fibreuse. Ces lésions de la branche gauche dépendent peut-être d'une endartérite sténosante accentuée des artérioles du faisceau de His, mais surtout d'une expansion fibreuse émanée du rétrécissement sous-aortique et propagée à l'endocarde septal du ventricule gauche.

Suivant des commentaires qui soulignent l'intérêt de cette observation privilégiée : image électrique caractéristique d'un bloc de branche (gauche selon la conception « moderne ») et lésions considérables mais exclusivement cantonnées à la branche gauche du faisceau de His.

Etude radiokymographique des mouvements d'une valvule sigmoïde calcifiée. — M. **R. Heim de Balsac** présente la radiokymographie d'une valvule sigmoïde antérieure calcifiée. Celle-ci, d'après les repères chronologiques des battements ventriculaires et aortiques voisins, s'écarte du centre de l'orifice aortique pendant la systole et s'en rapproche au cours de la diastole.

La particularité de ce cas réside dans la forme en plaque de la calcification et dans son siège sur la sigmoïde antérieure qui paraît n'être qu'incrustée et non déformée et avoir des battements analogues à ceux que doit présenter une sigmoïde normale.

Cette observation, sans doute unique, apporte donc une image directe et *in vivo* du jeu valvulaire sigmoïdien.

Les varices congénitales (Dysembryoplasie comprenant un angiome plan et l'hypertrophie du membre). — MM. **C. Lian** et **Alhomme** rapportent 3 observations personnelles cadrant avec le syndrome décrit par Klippel et Trénaunay en 1900.

Les varices apparaissent vers la puberté et vont en augmentant pour atteindre 1 *cm.* de diamètre. Elles frappent en général un seul membre, souvent le membre supérieur. Le membre atteint est le siège d'un angiome plan lilas clair ou plus souvent rouge vif à la racine du membre, violacé à l'extrémité.

Quand ces dysplasies intéressent le membre inférieur, les varices aboutissent rapidement à l'apparition d'un ulcère.

Une dysembryoplasie, une méso-ectodermose explique la coexistence de ces trois ordres de troubles.

L'angiome cirsoïde avec anévrysme artério-veineux et dilatations artérielles et veineuses n'est pas, comme l'a écrit Parkes Weber en 1918, le même syndrome d'un degré plus marqué. En effet, les dilatations artérielles et veineuses n'y sont pas une malformation congénitale, mais la conséquence mécanique de l'anévrysme artério-veineux.

Le traitement des varices congénitales comporte le recours aux injections sclérosantes intravariqueuses ; celles-ci doivent être faites avec des solutions plus fortes que pour les varices communes et elles ont besoin d'être répétées périodiquement. Elles sont utiles pour éloigner ou empêcher l'apparition de l'ulcère variqueux.

Trois observations anatomo-cliniques de rythme nodal expérimental chronique par ablation chirurgicale du nœud sinusal. — MM. **F. Jourdan, R. Froment, L. Gallavardin** et **A. Baud** tirent de ces cas, dont deux portent sur des chiens suivis 3 et 4 ans, après ablation histologiquement contrôlée du nœud sinusal, les principales conclusions suivantes : 1° Le polymorphisme et l'atypie de P sont beaucoup plus durables et fondamentales que les variations de P-R, celles-ci disparaissent par l'atropinisation ; 2° on observe dans ces bradycardies nodales pures quelques ondes P bloquées et des complexes ventriculaires atypiques non prématurés (type échappement ventriculaire) que l'atropine fait aussi disparaître. Tout ceci montre l'action profonde exercée sur le rythme nodal pur par le tonus vagal physiologique ; 3° on peut enfin voir la disparition soudaine d'une ou plusieurs pulsations auriculo-ventriculaires, réalisant donc les aspects figurés habituellement par ce qu'on nomme block sino-auriculaire. L'incidence clinique de tous ces faits est soulignée.

Un nouveau signe de péricardite calcaire : la vibrance méso- ou proto-systolique. — MM. **R. Froment, A. Tourniaire, A. Gonin** et **L. Gallavardin** rapportent une observation de péricardite calcaire opérée où furent observées successivement une vibrance méso-systolique isolée, puis une vibrance proto-systolique accusée associée à une vibrance proto-diastolique atténuée. Rapprochant ces faits de quelques autres les auteurs montrent qu'il faut, dans la symptomatologie de la péricardite calcaire, décrire, en regard de la vibrance proto- ou isodiastolique de Lian, une vibrance proto- ou méso-systolique. Les phénomènes sont symétriques et dus l'un au redressement diastolique, l'autre à l'incurvation systolique de la cuirasse calcaire ; ils ont valeur diagnostique comparable.

Une épreuve anatomique d'étanchéité de la valvule mitrale et de mesure de ses fuites sous pression connue. — MM. **R. Froment, Guinet, Coblentz** et **L. Gallavardin** éprouvant le fonctionnement mitral grâce à la distension ventriculaire sous pression, par une technique qu'ils indiquent, montrent qu'on possède ainsi un moyen d'affirmer éventuellement l'étanchéité mitrale et de récuser des diagnostics erronés d'insuffisance, faits au nom des signes cliniques ou de l'examen anatomique des cavités. La constatation d'une fuite dépassant 20 cm^3 sec. permet en principe de conclure à une insuffisance mitrale existant *in vivo* ; elle concorde dans l'ensemble avec les signes cliniques constatés, mais permet cependant d'en redresser l'interprétation dans quelques cas.

Flutter avec dissociation auriculo-ventriculaire chez un myopathique. — MM. **Broustet, Bergouignan** et **Léger** (Bordeaux) rapportent l'observation d'un homme de 54 ans chez lequel s'installent de façon parallèle des troubles cardiaques et une myopathie.

Après un bref épisode d'insuffisance cardiaque curable, le malade fait deux syncopes qui font découvrir une bradycardie à 40. Mais l'électrocardiogramme révèle en même temps une tachysystolie auriculaire à 200. Il y a indépendance complète entre les oreillettes et les ventricules.

L'intérêt de cette observation tient à la rareté de la rencontre de ces troubles du rythme et à leur coexistence avec un syndrome myopathique. Elle pose la question de la participation du myocarde aux dystrophies myopathiques. Elle ne permet pas de la résoudre parce que l'âge du malade, une hypertension antérieure, une légère sclérose vasculaire pouvaient être, à elles seules, responsables de l'atteinte du muscle cardiaque.

Les accidents hypertensifs consécutifs à l'injection d'acétylcholine. — M. **R. Raynaud** rapporte une observation clinique et des faits expérimentaux montrant que l'acétylcholine vieille de 4 à 6 ans peut avoir une action hypertensive.

Par contre, chez l'homme, la belladone et l'atropine ne semblent pas inverser l'action de l'acétylcholine observée chez l'animal.

Une cause peu classique d'algie précordiale. — M. **P. Meriel** (Toulouse) nous rappelle une cause d'algie

précordiale consistant en un déplacement vertébral qui amincit le disque intervertébral, puis arrive à pincer le plexus nerveux, d'où des douleurs de type radiculaire. L'examen méthodique du cœur, de la paroi thoracique, de la plèvre et du poumon ne décelant rien d'anormal, on doit systématiquement rechercher cette cause. Sur 20 malades traités par la réduction d'un déplacement vertébral, il y a eu pour tous guérison totale, rapide et définitive, certains depuis plus d'un an.

J. Combier.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

14 Juin 1945.

Ichtyose et nævus verruqueux. — MM. **Gougerot** et **Blum** présentent un homme de 33 ans atteint de *parapsoriasis guttata* associé à une *ichtyose* généralisée apparue seulement à l'âge de 30 ans et à un *nævus verruqueux* en bande de la cuisse droite, également tardif, apparu à 23 ans.

Toxicodermie érythémato-bulleuse et pigmentée fixe. — MM. **H.** et **L. Gougerot** et **Sclafer** présentent un homme atteint pour la troisième fois de grands placards débutant par une brûlure vive, suivie 3 jours plus tard d'une plaque érythémateuse ou cyanotique se couvrant en 5 jours d'une énorme bulle à contenu clair ; fièvre à 39°-40° au début ; guérison en quelques jours pour recommencer sans cause connue.

Erythème infectieux pustuleux en placards généralisés. — MM. **H.** et **L. Gougerot** et **Sclafer** ont observé chez une femme de 59 ans des placards morbilliformes, disséminés sur tout le corps, sauf aux plis ; des milliers de vésicules apparaissent en quelques heures sur ces placards ; liquide d'abord clair, puis puriforme ; culture du pus et du sang négative. En outre, pyurie discrète, hépatomégalie et subictère, frottements pleuraux. Fièvre : 38°-40°. Guérison rapide par les sulfamides (2812 RP).

Lichen plan. — MM. **Gougerot, Blum** et **Duperrat** ont constaté chez un homme de 46 ans une éruption généralisée sur le tronc, l'abdomen, le cou de lésions érythémato-squameuses à type de parakératose avec prurit modéré ; 8 jours plus tard apparaît un lichen plan typique de la joue ; une biopsie des éléments cutanés atypiques montre la structure d'un lichen plan subaigu.

Placards érythémato-squameux à type de parapsoriasis. — MM. **Flandin** et **Caldier** présentent un homme de 37 ans, atteint depuis 15 mois de placards érythémato-squameux prurigineux, disséminés sur le corps ; les lésions histologiques sont celles du parapsoriasis ; peut-être ultérieurement assistera-t-on à une transformation en mycosis fongoïde.

Dermite pigmentaire et purpurique. — MM. **Coste, Boyer** et **Tourneur** présentent un homme de 56 ans, atteint depuis un an d'une dermite pigmentaire et purpurique atteignant surtout les parties découvertes, sans syndrome hémorragique ni troubles de la crase sanguine ; le sang contient 28.800 leucocytes, dont 70 pour 100 d'éléments monocytoïdes, qu'on retrouve bourrant les ganglions et le derme superficiel où ils constituent un infiltrat dense.

— M. **Civatte** pense qu'il pourrait s'agir dans ce cas d'un *lichen variegatus* ou parapsoriasis lichénoïde, avec possibilité de transformation ultérieure en mycosis fongoïde.

Maladie de Darier, psoriasis et dystrophie staturale. — MM. **Coste, Boyer** et **de Sablet** présentent une femme atteinte d'une dyskératose folliculaire typique apparue à la puberté (et non familiale), d'une brady-dactylie (familiale) et d'un psoriasis récent (non familial) ; la coexistence de ces différentes affections plaide en faveur de la théorie dystrophique de la maladie de Darier.

Erythème arsenical du 9e jour. — MM. **Coste, Boyer** et **de Sablet** ont observé un érythème du 9e jour chez une femme enceinte, apparu le lendemain de l'accouchement ; or l'enfant ne présentait aucun érythème à la naissance, malgré la continuation du traitement arsenical chez la mère ; les auteurs discutent l'interprétation pathogénique de ce curieux contraste.

Lupus tuberculeux grave guéri par le traitement de Charpy. — M. **Cl. Simon** présente une femme atteinte d'un lupus étendu de la face traité sans succès depuis 1903 par les traitements les plus divers, externes ou internes ; en quelques mois, le traitement de Charpy, complété par une seule séance de scarifications, amena la guérison clinique.

— MM. **Bureau** et **Barrière** ont également guéri par ce traitement 20 malades atteints de lupus vrai, datant parfois de 30 à 40 ans ; les résultats ont été moins brillants dans les autres formes de tuberculose cutanée et nuls dans la maladie de Besnier-Bœck et dans le lupus érythémateux.

Traitement des végétations vénériennes par la podophylline. — M. **Touraine**, suivant la méthode de Culp. Magid et Kaplin (1944), de Macgregor (1945), a obtenu d'excellents résultats en imprégnant ces végétations, pendant 6 heures, avec une émulsion au quart de résine de podophylline dans de l'huile de paraffine. Les végétations disparaissent en 2 ou 3 jours. sans aucune réaction ; seules, les plus volumineuses nécessitent une deuxième application quelques jours plus tard.

Traitement de la gale par l'hexa-chloro-cyclohexane. — M. **Touraine** traite avec succès les gales simples et même infectées ou modérément eczématisées par un poudrage pendant 6 heures avec une préparation de ce produit à 3 pour 100 dans une poudre inerte.

Tout le corps, sauf la tête, est entièrement poudré avec 60 *g.* de mélange, puis enroulé dans un drap et chaudement couvert. Si la sudation est nulle ou minime on fait absorber 1 *cg.* de pilocarpine. Une simple friction débarrasse ensuite de la poudre. Hors un prurit initial, d'ailleurs très inconstant, la médication est bien tolérée, sans eczématisation. Les rechutes sont très rares, sauf si le malade a sorti ses bras du drap ou n'a pas transpiré ; on recommence alors le traitement quelques jours plus tard, sans inconvénient.

Le même produit, en excipient gras, s'est parfois montré plus irritant.

L'eczéma des jarretelles. — M. **Touraine** attire l'attention sur la relative fréquence, depuis peu, de plaques d'eczéma prurigineux, parfois suintant et même impétiginisé, qui se développent sur la cuisse, là où porte et frotte la pièce intermédiaire de caoutchouc synthétique qui permet de fixer le bas à la jarretelle.

Zona trigéminé triple par alternance tronculaire. — MM. **Touraine** et **Uhl** ont vu éclater en une seule poussée un zona ophtalmique et un zona du maxillaire inférieur à gauche, un zona du maxillaire supérieur à droite. Le liquide céphalo-rachidien était normal. C'est là un cas unique parmi les zonas bilatéraux.

Acnés trichloronaphtaléniques. — MM. **Touraine** et **Ruel** présentent 2 cas, presque monstrueux par la profusion des éléments d'acné comédon, indurée et pustuleuse et de kystes sébacés miliaires répandus par milliers sur le visage et tout le tronc, chez des prisonniers qui travaillaient, en Allemagne, dans une usine de condensateurs. On comptait environ 85 cas analogues sur 230 ouvriers et ouvrières de la même usine.

On sait qu'en France les accidents des naphtalènes sont devenus très rares depuis que leur classement parmi les maladies professionnelles, à la suite des travaux de Touraine, en 1934, a imposé des mesures d'hygiène rationnelles.

Epiloïa familiale. — MM. **Touraine** et **Ruel** rapportent une observation familiale dans laquelle de nombreux adénomes type Balzer-Menetrier existaient chez le père, ses deux enfants et son frère. Chez le père et la fille des nodules intradermiques violacés parsemaient un losange interscapulaire de peau de chagrin ; le fils présentait une tache café au lait, une énurésie nocturne et un *spina bifida occulta* de S 2.

Télangiectasies en plaques à type histologique de périartérite nodulaire. — MM. **Touraine** et **Ruel** décrivent sous ce nom une dermatose inédite, caractérisée, chez une femme de 48 ans, par 3 éléments sur le visage et le cou, datant de 6 ans, stables, mais congestifs, au moment des règles, qui ont l'aspect de télangiectasies en plaques. La biopsie montre l'existence dans le derme superficiel de télangiectasies simples et dans le derme moyen et profond de nombreux amas cellulaires en nodules bien circonscrits, centrés par une artériole. Ces amas sont constitués surtout par des lymphocytes, par quelques fibroblastes et histiocytes et, parfois, par des polynucléaires.

Septicémie lépreuse mortelle après un traitement par les sulfamides. — MM. **Flandin, Basset, Millot** et **Ducourneau** rappellent la rareté des poussées évolutives septicémiques au cours de la lèpre ; ils rapportent 1 cas où cette évolution fatale a été précédée d'une longue sulfamidothérapie locale à forte concentration.

Epithélioma plan cicatriciel du nez post-traumatique. — M. **Mansour** présente un homme de 39 ans qui, en Septembre 1942, reçut un éclat de sapin naturel, non goudronné, à la racine du nez ; au début de 1943 apparut un bourrelet qui s'agrandit lentement pour prendre l'aspect d'un épithélioma plan cicatriciel de 30 *mm.* sur 10 *mm.*

Mélanose de Riehl et hérédo-syphilis. — M. **Karatchentzeff** présente une femme hérédo-syphilitique atteinte depuis 1940 de pigmentation faciale ; une teinture de cheveux a été employée depuis 1943 ; mais malgré cette teinture, la pigmentation a diminué ou disparu par places au cours d'un traitement antisyphilitique ; une altération syphilitique du sympathique régional peut être incriminée dans ce cas.

Rôle étiologique des microbes intestinaux en dermatologie. — MM. **Desaux** et **Pretet** estiment qu'un certain nombre de dermatoses de caractère allergique relèvent d'une infection focale extra-cutanée provoquée par le colibacille, le para-colibacille, l'entérocoque, le protéus vulgaire, le staphylocoque intestinal ; dans d'autres cas, les auteurs ont décelé dans les lésions cutanées mêmes le colibacille, l'entérocoque, le protéus auxquels s'associe souvent, mais non constamment, le staphylocoque.

Herpès du col utérin. — MM. **Simon, Blau** et **Henoch** ont pu facilement inoculer au lapin la sérosité d'un herpès du col utérin, démontrant ainsi l'authenticité de cette localisation herpétique ; l'inoculation a été également positive chez une autre femme. Les auteurs signalent un nouveau signe clinique de cette affection : la constatation, par le toucher vaginal, d'une adénopathie pelvienne typique.

Poïkilodermatomyosite à évolution mortelle. — M. **Degos** a observé chez une femme de 20 ans un syndrome cutané complexe : pigmentation de la face, type mélanose de Riehl, un lupus érythémateux centro-facial, une poïkilodermie du cou et du dos, des taches de lupus érythémateux disséminées sur les membres avec œdèmes durs segmentaires, contractures musculaires intenses, atteinte profonde de l'état général ; la mort survint en 1 an avec poussées fébriles, endo- et péricardite, épanchements pleuraux bilatéraux. L'auteur rapproche ce cas de certains lupus érythémateux aigus et du syndrome de Libman-Sachs.

Lésions cutanées provoquées par les sulfamides. — M. **Dulong de Rosnay** signale l'action photo-sensibilisatrice des sulfamides en applications locales ; une femme de 46 ans est traitée pour une brûlure par la poudre d'exoseptoplix ; après un séjour au soleil, elle présente 3 jours après un eczéma suintant prurigineux des parties découvertes.

— MM. **Joulia, Fallot** et **L'Epée** ont observé chez un homme de 28 ans une dermite eczématiforme des régions découvertes, à type de lucite, par applications externes de poudre de sulfamide. L'intradermo-réaction a été positive après irradiations aux rayons ultra-violets.

— MM. **Joulia, Fallot** et **L'Epée** ont constaté chez un homme de 27 ans une dermite à type d'eczéma et de dyshidrose après applications locales de sulfamide en poudre ; ils ont noté la présence de sulfamide dans les urines et l'intradermo-réaction a été positive avec réaction focale.

— MM. **Joulia, Fallot** et **L'Epée** ont observé chez une femme de 63 ans une dermite eczématiforme par poudrage à l'exoseptoplix ; une récidive survint 9 mois plus tard après ingestion de rubiazol ; une nouvelle ingestion du rubiazol reproduit expérimentalement une nouvelle dermite ; l'antergan calme le prurit. Une intradermo-réaction faite ultérieurement avec une solution concentrée de 1162 F a été négative.

Agranulocytose au cours d'un traitement arsénico-bismuthique. — MM. **Bureau, Horeau** et **Kerneis** ont observé, au cours d'un traitement mixte, une angine ulcéreuse fébrile avec agranulocytose ; l'administration de 8 *g.* de thiazomide par jour amena la chute de la température, la réapparition dans le sang des leucocytes granuleux et la guérison rapide.

Maladie de Pick-Herxheimer avec concrétions calcaires. — MM. **Bureau, Barrière** et **Seguineau** rapportent l'observation d'une femme de 84 ans, atteinte depuis des années d'une maladie de Pick-Herxheimer typique avec concrétions calcaires au niveau des membres inférieurs ; la calcémie et le métabolisme basal sont normaux.

Erythème palmaire congénital (maladie de Lane). — MM. **Bureau, Barrière** et **Noreel** ont constaté chez une fillette de 10 ans un érythème palmaire persistant depuis la naissance et associé à l'hyperhidrose ; cette hyperhidrose n'a pas été signalée dans les cas publiés de maladie de Lane.

Pemphigus végétant. — M. **Bureau** rapporte à nouveau son cas de pemphigus végétant publié en 1936 et 1938 et guéri par le moranyl ; la guérison se maintient ainsi depuis 12 ans.

Kératose blennorragique. — MM. **Godal, Bellonne** et **Duchet-Suchaux** ont observé chez un homme de 24 ans, lors de la quatrième atteinte d'une blennorragie, sur la paume des mains et la plante des pieds, des papules prurigineuses, parfois surmontées d'une vésicule, qui prirent ensuite l'aspect de clou de tapissier ; ces lésions disparurent progressivement un mois après le début ; pas d'arthralgies, ni de psoriasis. Cette kératodermie n'a pas été aggravée par le traitement arsenical d'une syphilis coexistante.

Purpura annulaire de Majocchi. — M. **Basset** et Mme **Balle** présentent un malade atteint de médaillons purpuriques ovalaires aux membres inférieurs ; on note deux zones, l'une centrale faite de pigment ocre, l'autre périphérique télangiectasique et à piquetés hémorragiques ; on n'a trouvé aucun argument en faveur de la nature tuberculeuse de cette affection.

Leucémides à type d'érythème polymorphe. — MM. **Rabeau, Basset** et Mme **Balle** présentent une malade atteinte de leucémie lymphoïde avec grosse splénomégalie et chez laquelle on vit apparaître des éléments éruptifs variés, urticariens, en cocarde et même des bulles en peau saine, simulant la maladie de Duhring.

Monocytémie dans la lèpre. — MM. **Flandin, Basset, Millot** et **Ducourneau** soulignent l'importance de la monocytose sanguine dans la lèpre ; elle accompagne toutes les poussées évolutives ; les monocytes hébergent les bacilles de Hansen dans le sang. Cette monocytose varie suivant le lieu de prélèvement (doigt ou lobe de l'oreille) ; elle est concomitante de l'histiocytose tissulaire que l'on constate, comme elle, au moment des poussées.

Poussées de tuberculose évolutive chez les lépreux après sulfamidothérapie. — MM. **Flandin, Basset, Millot** et **Ducourneau** rapportent l'observation de 2 malades stabilisés, tant au point de vue de la lèpre que de la tuberculose ; le traitement par les sulfamides n'a pas modifié la lèpre, mais a provoqué une poussée de tuberculose évolutive.

Les avantages de la ponction sous-occipitale chez les syphilitiques. — MM. **Ch.** et **F. Flandin** et **Richon** ont fait plus de 3.000 ponctions sous-occipitales suivant la méthode de Ravaut (1933) ; ils insistent sur la facilité de l'opération, l'absence de réactions locales et générales, l'opposant aux inconvénients de la ponction lombaire (notamment l'immobilisation). La ponction sous-occipitale permet ainsi un contrôle, aussi fréquent que nécessaire, du liquide céphalo-rachidien des syphilitiques, sans nuire aux nécessités de discrétion du traitement et de surveillance des syphilitiques.

— M. **Touraine**, qui emploie une méthode personnelle différente, est également partisan de la ponction sous-occipitale, dont il vante la facilité.

R. Burnier.

SOCIÉTÉ DE GASTRO-ENTÉROLOGIE DE PARIS

9 Juillet 1945.

Présentation de deux malades atteints de cancer du rectum et traités par radiothérapie de contact. — M. **Rachet** pense qu'il peut être dangereux de traiter le cancer du rectum par un autre procédé que la chirurgie. Peut-on agir sur les ganglions par le nouveau procédé ?

— M. **Gutmann** voudrait connaître tous les résultats obtenus par les auteurs.

— M. **Hillemand** dit combien sont décevantes les biopsies dans le diagnostic du cancer. La méthode préconisée pourrait être appliquée aux malades inopérables

— M. **Albot** note que les cancers avaient disparu à l'examen rectoscopique ; la méthode proposée mérite d'être étudiée

— M. **Hillemand** rappelle que l'anus contre nature peut améliorer longtemps le cancer.

— M. **Albot** dit que la littérature mondiale comporte plusieurs guérisons par la radiothérapie de contact.

— Mme **Lannegrace** souligne la différence qui sépare cette technique de la radiothérapie profonde que les auteurs de Montpellier lui associent. Une statistique allemande compte 66 pour 100 de guérisons avec un recul de 10 ans. Au-dessus de 18 *cm.* de l'anus, les lésions échappent à ce traitement.

— M. **Nemours-Auguste** propose d'associer la radiothérapie de contact à la chirurgie.

— M. **Maingot** pense que les tumeurs inopérables, par leur grande surface, ne se prêtent pas à la radiothérapie de contact.

Traitement médical ou chirurgical des ulcères. Réflexions à propos de quelques communications ou articles récents. — M. **Rachet** approuve les conclusions de l'article récent de Gutmann. Il faut opérer : 1° les ulcères soupçonnés de malignité ; 2° ceux qui déterminent un trouble durable du transit ; 3° ceux qui ont saigné ; 4° ceux qui résistent fonctionnellement au traitement médical. En ce qui concerne la troisième indication, l'auteur montre à la faveur d'une observation récente qu'il peut être impossible d'apprécier la gravité d'un ulcère qui saigne. Pour ce qui est de la quatrième indication, qui est généralement admise, il faut cependant que la thérapeutique médicale appliquée soit variée. Pour l'ulcère du duodénum, il suffit que les douleurs persistent. Pour l'ulcère de la petite courbure, la persistance de la niche dans l'intervalle des crises douloureuses constitue une indication majeure. Se conformant à ces règles, on arrive à opérer autant d'ulcères du duodénum que de la petite courbure. Les traitements médicaux de l'ulcère sont nombreux, il ne s'agit ici que du traitement de la poussée douloureuse. Le repos au lit, le régime lacté élargi, les pansements gastriques sont très utiles. Le traitement ulcéreux proprement dit que préconise l'auteur consiste en des injections intramusculaires de sulfate d'atropine. Les injections intraveineuses de protéine, quoique utiles, ne sauraient être le seul test thérapeutique. Elles ont l'inconvénient de nécessiter un traitement de 2 mois. Le traitement d'entretien est indispensable ; il comporte des pansements et un régime. Les acides aminés à raison d'une injection hebdomadaire sont un bon médicament de consolidation.

— M. **Gutmann** dit que la protéinothérapie n'exclut pas les autres traitements, mais tous ses travaux sur la disparition des niches sont basés sur l'emploi de la protéinothérapie comme test de diagnostic. Dans le diagnostic entre cancer et ulcère, c'est la disparition et non la diminution de la niche qui importe.

— M. **Moutier** a observé la disparition de niches après 15 injections de bromatropine.

— M. **Busson** a remarqué qu'après le traitement préconisé par M. Rachet on observe au bout d'un mois de traitement la disparition de la niche 7 fois sur 10.

— M. **Gutmann** dit que sa méthode est la seule qui ait jusqu'à présent permis le diagnostic des petits cancers au début.

— M. **Rachet** pense que les deux traitements ont une valeur égale. Le sien lui a permis aussi de déceler des cancers au début.

— M. **Albot,** se rangeant à la suggestion faite par M. Faroy, demande que la Société consacre une séance à la discussion du traitement des ulcères.

Rôle pathogène de « Dientamoeba fragilis ». — MM. **J. Rachet, A. Busson** et **Terrial** rappellent d'abord que ce parasite est considéré comme non pathogène. Ils le trouvent dans 10 pour 100 des examens coprologiques. Dans un premier groupe de cas, il s'agit de malades atteints de troubles colitiques rebelles au traitement banal et à l'émétine et guérissant par un traitement anti-parasitaire (pâte de Ravaut, stovarsol, yatrèn). Dans un deuxième groupe il s'agit d'anciens amibiens avec troubles coliques chroniques rebelles à l'émétine et guéris par le traitement anti-parasitaire. Dans un cas unique il s'agissait d'une dysenterie certaine ayant guéri par l'émétine et qui 7 mois plus tard fit une poussée atténuée avec ulcération rectale et présence dans les selles d'amibes non hématophages. L'action de l'émétine fut moins efficace, celle de la pâte de Ravaut nette. Six mois après on ne retrouvait plus que D. F. dans les selles. Ce parasite est particulièrement fréquent dans les selles d'anciens amibiens. Il n'existe pas de parallélisme entre sa présence et les troubles cliniques. Chez certains malades on ne la trouve qu'en période de poussée. L'émétine est sans action alors que le traitement antiparasitaire est efficace. Il semble que D. F. végète et prolifère dans l'intestin à l'occasion de troubles colitiques et puisse y jouer un rôle pathogène.

— M. **Brulé** a des observations qui corroborent celles de M. Rachet.

— M. **Hillemand** a également remarqué la fréquence de ce parasite. Ses malades ont guéri sous l'influence d'un traitement qui n'a pas d'action chez les malades non parasités. La place de D. F. est importante.

— M. **Faroy** remarque que l'expérimentation fait défaut.

J.-M. Gonse.

SOCIÉTÉS DE PROVINCE

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LILLE

Mai-Juin 1945.

Abcès du poumon d'évolution maligne guéri par la pénicilline. — MM. **Laine** et **Théry.** Guérison très simple obtenue par injection de 400.000 unités de pénicilline, alors que l'état du malade au cours du troisième mois d'évolution faisait craindre une issue fatale dans des délais très courts.

Pancréatite aiguë hémorragique suivie d'abcès du poumon, dans lequel on trouve un ascaris mort. — M. **Stérin** (Saint-Omer). Après traitement de la pancréatite par drainage et cholécystostomie, apparaît une suppuration prolongée de la loge sous-hépatique. Apparition tardive d'une vomique, qui fait découvrir un abcès pulmonaire latent, lequel contenait un ascaris. Drainage et guérison. Discussion pathogénique.

Ensablement du bassinet. — M. **G. Patoir.** Pyonéphrose avec destruction totale du rein. La radio montre plusieurs images opaques qui semblent être de volumineux calculs. Après néphrectomie, l'ouverture de la pièce ne montre qu'un petit calcul de 2 *cm.* de long : le reste n'était qu'une véritable boue lithiasique. Il n'y avait aucun obstacle à l'évacuation expliquant cette accumulation.

Accélération de la cicatrisaton des plaies expérimentales par l'administration de vitamine C. — M. **Driessens.** Les courbes de cicatrisation à la suite de l'administration parentérale de vitamine C à haute dose chez le lapin, montrent d'abord une augmentation anormale de la surface de la plaie, puis, très rapidement, une accélération de la cicatrisation.

Alcoolisation du ganglion étoilé pour syndrome de Raynaud. — MM. **Decoulx** et **Bédrine.** Bien qu'elle ait été suivie d'un excellent résultat durable sur le Raynaud, les auteurs se promettent bien de ne plus jamais employer cette méthode, en raison d'accidents réflexes dramatiques immédiats qu'ils attribuent à l'excitation violente du ganglion, malgré cocaïnisation antérieure.

Ostéochondro-sarcome du pubis droit à évolution extra- et intra-pelvienne. Amputation inter-ilio-abdominale. Guérison. — M. **Delannoy.**

P. Decoulx.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE LYON

12 Juin 1945.

Tuberculose bronchique ulcéreuse suivie de guérison constatée à l'endoscopie. — MM. **R. Mayoux** et **J. Dumarest.** L'observation communiquée est celle d'une ulcération étendue de l'origine de la bronche souche gauche et de l'éperon trachéal, manifestée par un wheezing avec syndrome fruste d'hypoventilation et accompagnée de lésions pulmonaires homolatérales peu étendues et faiblement évolutives. L'évolution se fit en 5 mois vers la guérison clinique complète et la disparition de l'ulcération, remplacée par un diaphragme cicatriciel sans sténose fonctionnelle ; en même temps, amélioration radiologique manifeste des lésions parenchymateuses. Le traitement se limite à des aspirations endoscopiques des sécrétions et à des injections d'huile goménolée, pas de collapsothérapie, mais cure hygiéno-diététique. Le repos complet paraît avoir été le seul agent actif responsable de cette évolution particulièrement favorable d'une lésion considérée habituellement comme de pronostic grave. La thérapeutique locale semble n'avoir joué, comme dans la plupart des cas de ce type, qu'un rôle très accessoire, purement symptomatique.

Troubles caractériels graves survenus dans les suites lointaines d'une encéphalite post-pneumonique. Le pronostic éloigné des encéphalites des maladies infectieuses. — MM. **Mazel, P.-F. Girard** et Mme **L. Thévenin.** Observation d'une fille de 16 ans vue à la consultation des mineurs délinquants à la suite d'un attentat à la pudeur. A l'âge de 4 ans, cette malade avait fait, dans le décours d'une pneumonie, un épisode encéphalitique important. Présentée alors à la Société, elle avait été considérée comme ayant guéri sans séquelles. Il importe donc d'envisager avec la plus grande réserve le pronostic éloigné de ces encéphalites dont les séquelles psychiques et surtout caractérielles exigent souvent une longue période de maturation.

La maladie du sphincter d'Oddi. — MM. **Mallet-Guy** et **J. Feroldi.**

Perversions instinctives post-traumatiques. — MM. **Mazel, Larrive** et Mme **Thévenin.**

Etude de la vascularisation des reins par les injections radiographiques « post mortem ». — MM. **P. Ravault, Roche** et Mlle **Cognet.**

De la latence habituelle des cirrhoses du foie actuellement observées. — MM. **P. Ravault, J. Bourret** et **L. Roche.**

19 Juin.

Les variations du lacet au cours de l'hypertension artérielle. — MM. **M. Levrat** et **L. Roche** ont recherché, après un délai de 2 à 4 ans, les variations du signe du lacet chez 22 hypertendus. Dans les trois quarts des cas, il n'était pas modifié et restait tel qu'au premier examen.

Signes du lacet et lésions vasculaires du fond d'œil. — MM. **M. Levrat, L. Paufique** et **L. Roche** comparent dans 24 observations d'hypertendus ou de vasculaires les résultats fournis par l'examen systématique du fond d'œil et la recherche du signe du lacet. Ils notent un parallélisme habituel entre l'importance des hémorragies et l'intensité des signes du lacet.

La sédimentation sanguine. Critère d'évolutivité dans l'aortite spécifique. — MM. **M. Barbier** et **Fedry** considèrent que le chiffre de la sédimentation sanguine toujours anormal dans les aortites évolutives — ramené à la normale par les traitements spécifiques — restant normale lorsque l'aortite n'évolue plus — est un excellent critère d'évolutivité. Ils s'en servent surtout à partir d'un certain âge, pour savoir s'il importe de continuer le traitement spécifique ou si l'on peut le suspendre.

Quelques aspects cliniques des accidents de sulfamidothérapie. — MM. **Barbier** et **Courjon-Lancon.** Il y a des cas où les accidents de la sulfamidothérapie sont représentés non seulement par des éruptions ou par la fièvre du 9e jour, mais encore par des réactions séreuses — pleurales ou articulaires — arthrite aiguë du genou, pouvant sembler une complication microbienne et cédant immédiatement à la suppression du médicament.

Caverne soufflée et lésions bronchiques. Perforation thérapeutique. — MM. **Mounier-Kuhn** et **Despeignes** rapportent l'observation d'une caverne soufflée après section de brides, liée à la présence d'importantes lésions bronchiques ; alors qu'aucune amélioration n'avait été obtenue par des nitratages de la bronche de drainage, une perforation de la caverne sous pleuroscopie amena sa disparition immédiate et secondairement la transformation des lésions bronchiques, bourgeonnantes en lésions sclérosantes. Cette intervention particulièrement bien supportée paraît pouvoir, dans certains cas, transformer littéralement le pronostic habituellement grave des cavernes soufflées.

Extrasystolie auriculaire permanente en salves. Intérêt de la dérivation S 5. — MM. **Gonin** et **L. Gallavardin.**

La méningite réactionnelle au décours des hémorragies méningées. — MM. **Barbier** et **Courjon.**

Quelques cas de pneumonies post-traumatiques tardives. — MM. **Barbier** et **Courjon.**

26 Juin.

(*Dernière séance de l'année.*)

Essai de l'antergan dans le traitement de la coqueluche avec quelques succès. — MM. **A. Gonin** et **J. Pellerat** rapportent 14 cas de coqueluche traités par l'antergan. 7 avec succès très net et guérison spectaculaire, 4 avec échec complet, 3 où le médicament ne fut pas donné avec assez d'insistance pour les considérer comme décisifs. Lorsque l'effet est favorable, il est rapide, en 36 à 48 heures, avec diminution importante des quintes et de l'œdème facial. Il faut donner des doses fortes, fractionnées : 0 *g.* 30 au moins chez des enfants à partir de 3 ans.

Crise épileptiforme déclenchée par le paludisme. — MM. **Merenas** et **Bourrat** ont observé chez un homme de 25 ans sans aucun antécédent comitial la survenue d'une crise de type comitial typique s'interposant entre des accès palustres.

A ce sujet, ils rappellent les rapports entre les manifestations convulsives et le paludisme. Ce dernier étant susceptible de révéler une comitialité latente.

Sur une épidémie familiale de poliomyélite. — MM. **P. Sédallian** et **M. Vialtel.** Etude des circonstances ayant précédé l'apparition d'une poliomyélite simultanément chez trois frères et sœurs. Deux hypothèses étiologiques.

Syndrome de Cl. Bernard-Horner dissocié ayant évolué au cours d'une fièvre typhoïde. — MM. **P. Sédallian, A. Bertoye** et **M. Vialtel.** Au cours de l'évolution d'une fièvre typhoïde confirmée par le laboratoire, apparition d'énophtalmie et de ptosis d'un côté. Pas de signes de spécificité. Disparition au décours de la maladie. Atteinte encéphalitique élective des centres sympathiques.

Deux nouveaux cas de fièvre boutonneuse autochtone. — MM. **P. Sédaillan, P. Monnet** et **M. Vialtel** rapportent deux observations de fièvre boutonneuse recueillies à Lyon chez des malades n'ayant eu aucun contact récent direct ou indirect avec la région méditerranéenne. Extension probable de la maladie hors de son domaine classique, les cas authentiquement autochtones étant relativement fréquents maintenant.

Syndrome encéphalitique avec hoquet au cours d'une fièvre ondulante. — MM. **P. Sédallian** et **M. Vialtel.** Fièvre ondulante évoluant depuis de longs mois. Apparition d'un hoquet et de signes pupillaires unilatéraux, durant quelques jours, et disparition de ces phénomènes avec la guérison coïncidant avec une série de sulfarsénol.

Gommes pulmonaires multiples. — MM. **Croizat, Revol** et **Wegelin.**

Paralysie récurrenticlle droite au cours d'un anévrysme de l'aorte. — MM. **Croizat, Revol** et **Confavreux.**

Syndrome de bloc périodique à type Luciani. Wenckebach au cours d'une diphtérie maligne. Allongement considérable de P. R. (présentation des tracés). — MM. **Sédallian, Barbier** et **Monnet.**

Paralysie de l'accommodation au cours d'une méningite cérébro-spinale. — MM. **Sédallian** et **Moinecourt.**

G. Despierres.

PETITES CLINIQUES DE "LA PRESSE MÉDICALE"

N° 679.

Un cas de surdité d'origine corticale

Par J.-A. Chavany,
Médecin de l'Hôpital de Bon-Secours.

Habituellement lorsqu'on parle de surdité d'origine cérébrale, c'est de *surdité psychique* qu'il est question. En réalité le sujet entend les sons mais ne comprend pas leur signification, il est dans l'incapacité de comprendre le sens de la parole, des différents bruits élémentaires ainsi que des airs musicaux. Le plus souvent une telle incompréhension est partielle, se limitant à la parole (surdité verbale), à la musique (surdité musicale); elle fait partie du tableau de l'aphasie de Wernicke dont elle constitue un des signes de premier plan. Mais, fait capital, dans tous ces cas *le sujet n'est pas sourd*, son acuité auditive est en tous points conservée. Il en va tout autrement dans la *surdité corticale* où on observe des troubles très accentués de la fonction auditive pouvant aller jusqu'à la surdité complète la plus authentique. Très rares à la vérité, ces cas de surdité corticale méritent d'être connus des praticiens et surtout des otologistes qu'ils sont susceptibles parfois d'embarrasser grandement. En voici un que nous observons depuis quelque temps.

Une femme de 51 ans nous est adressée en Octobre dernier par son médecin traitant le Dr Picault (de Viry-Châtillon) pour des séquelles relativement légères de double hémiplégie et aussi parce qu'elle est sourde.

L'histoire de ses deux hémiplégies doit d'abord retenir l'attention. *Elle fait sa première attaque en 1925*, à l'âge de 30 ans, sous la forme d'une hémiplégie droite avec aphasie de Broca qui fit suite à une période comateuse de plusieurs jours. Dans les premières semaines le déficit moteur est considérable, clouant la malade au lit, et la perturbation du langage complète avec anarthrie quasi absolue. Peu à peu la parole revient, mais il subsiste un certain nombre de symptômes de l'aphasie de Wernicke qui s'amendèrent par la suite avec un petit reliquat permettant la reprise de son travail de femme de ménage, l'hémiplégie ayant à peu près disparu. *Elle va faire, le 1er Décembre 1943, une seconde attaque* qui se déroule dans un ordre chronologique important à retenir. Le matin de ce jour, au réveil, elle accuse un violent mal de tête et sent ses jambes lourdes, elle vaque cependant à ses occupations toute la journée. Le soir, vers 9 h. 30, dans la rue, en revenant de son travail, *elle devient brusquement totalement sourde*, n'entendant subitement plus le bruit des voitures qui la croisent, ne voyant plus que le mouvement des lèvres des gens qui devisent entre eux. Elle regagne son domicile sans aucun autre malaise, en particulier sans vertiges ni nausées et elle se couche. Vers 3 heures du matin, elle tombe dans un coma où elle reste plongée trois jours, porteuse en outre d'une hémiplégie gauche avec prédominance sur le membre supérieur. Elle garde le lit quinze jours, ne pouvant se tenir debout, puis peu à peu la paralysie des membres gauches régresse presque complètement, permettant la reprise de l'activité au bout de plusieurs mois. Dès la sortie du coma, elle entendait très mal mais pouvait toutefois saisir la voix criée; depuis lors elles semble avoir récupéré un peu l'audition mais elle reste cependant très gênée pour entendre.

La régressivité paraît avoir été le caractère majeur de ces deux curieuses hémiplégies car lorsque la malade s'approche de nous, rien dans son allure ne la signale comme une hémiplégique et, qui plus est, comme une hémiplégique double. Sa démarche est en effet sensiblement normale, ses pas ont une ampleur normale et c'est à peine si on enregistre une absence de balancement du bras droit. L'examen méthodique va cependant permettre d'enregistrer un certain nombre de vestiges des anciennes attaques. C'est ainsi que la force musculaire est nettement diminuée, du côté gauche principalement, au niveau du M S. Les réflexes tendineux sont plus vifs à gauche qu'à droite et le signe de Babinski existe à gauche. On note une hypertrophie gauche légère de type pyramidal. La malade sent mieux la piqûre à gauche qu'à droite; la stéréognosie est troublée des deux côtés, mais le trouble prédomine à gauche. Les cercles de Weber sont élargis des deux côtés. L'étude du langage objective un certain nombre de lacunes qui datent pour la plupart du premier accident mais dont certaines ont été renforcées par le second. L'émission des sons assez correcte dans l'ensemble est troublée par instants, la malade répétant le même mot plusieurs fois de suite: maintenant, maintenant, maintenant ou voilà, voilà, voilà (palilalie). L'articulation des mots s'avère défectueuse dans le test des mots d'épreuve, l'achopement se produit sur les mots difficiles et surtout inhabituels avec oubli ou interversion de syllabes; un tel oubli syllabique se retrouve dans l'écriture, ce qui tend à prouver qu'il s'agit surtout de diminution de la mémoire et de l'attention. En ce qui concerne l'aphasie proprement dite, le vocabulaire est intact avec une petite tendance à l'intoxication par le mot. La compréhension de la parole est bonne, les ordres les plus difficiles sont compris. On enregistre par contre *des troubles importants du calcul* qui datent de la première attaque: le sujet ne sait plus faire une soustraction, se trompe dans l'addition surtout lorsqu'il y a retenue et a totalement oublié la table de multiplication. Elle reconnaît mal les sons élémentaires: bruit d'une sonnette, d'un trousseau de clefs, de l'eau qui coule d'un robinet; mais elle identifie les airs musicaux simples lorsqu'on les lui transmet avec suffisamment de vigueur et est capable de les chanter. Pas d'alexie. Sa gestualité ne se montre pas parfaite; il existe un certain taux d'apraxie idéo-motrice que met aisément en évidence l'imperfection du test classique du salut militaire; au cours de cette recherche l'intoxication par le geste précédent se montre fréquemment. L'intelligence est à peu près intacte. Elle accuse néanmoins des défaillances de mémoire et constate le fait sans s'en lamenter car elle offre une propension nette à l'euphorie et on ne retrouve chez elle ni la nervosité, ni l'hyperémotivité si fréquentes chez les hémiplégiques anciens. Il n'existe par ailleurs aucun signe de la série pseudo-bulbaire. L'examen des paires craniennes est négatif. Les yeux sont normaux, tant au point de vue réflectivité que motilité. Pas d'hémianopsie.

L'examen des oreilles pratiqué par le Dr Lemoyne montre des tympans normaux, mais il existe une surdité importante *portant à la fois sur la conduction osseuse et sur la conduction aérienne du type otosclérose globale*. La malade entend cependant assez bien les sons aigus (2048-4096). L'audiogramme met en évidence une atteinte globale et parallèle de la conduction aéro-tympanique. Aucun signe vestibulaire spontané. L'épreuve calorique de Barany fournit des réponses égales et normales des deux côtés.

Notre malade est depuis longtemps une cardio-rénale avec une hypertension oscillant entre 22 et 26. Il s'agit donc d'accidents artériels et la régression symptomatique considérable après chacune des deux attaques nous incite à admettre l'hypothèse hémorragique en ce qui concerne la nature des lésions.

Ce qui offre plus d'importance que leur nature, c'est le *siège des deux lésions*. La lésion de 1925 ayant déterminé une aphasie de Broca a, sans nul doute, frappé le territoire sylvien gauche et dans ce territoire un contingent frontal, un contingent pariétal mais aussi un contingent temporal compre nant la *circonvolution transversale de Heschl*. I siège de la lésion de 1943, de localisation droite es plus difficile à préciser; le fait que la surdité a ét l'indice prémonitoire du second ictus nous incit à admettre que la circonvolution de Heschl a ét d'abord touchée lors du deuxième épisode. Nou admettons donc en définitive une lésion discrèt symétrique et à peu près identique à la lésion gauche de 1925.

Comment interpréter en effet cette surdité à début brutal autrement que comme *une surdit corticale?* Avant le 1er Décembre 1943, la malad entendait parfaitement, elle est formelle sur c point et le soir du même jour, en quelques ins tants, elle devient complètement sourde.

Du point de vue auriculaire pur une telle surdit se manifeste comme une surdité de type otoscléros globale. Il n'est pas possible d'admettre le dia gnostic *d'oto-spongiose* car, en pareil cas, la sur dité eût débuté beaucoup plus tôt, elle se fût déve loppée de manière progressive et se fût accompa gnée de bourdonnements et les deux oreilles n seraient pas atteintes de façon symétrique. Il fau encore éliminer le diagnostic *d'hémorragie laby rinthique bilatérale et symétrique* qui rendrai compte de l'installation brusque du déficit auditi mais que permet d'exclure l'absence de toute symp tomatologie labyrintique subjective lors de l'appa rition de la surdité et l'absence complète de tout réponse troublée aux épreuves labyrinthiques instrumentales. La concomitance d'un résidu aphaso-agnosique situe les lésions beaucoup plus haut. E c'est bien en définitive le diagnostic de surdit corticale qui paraît s'imposer.

Il s'agit là d'un syndrome rarement décrit, peut-être moins rare qu'il ne paraît, un certain nombr de cas pouvant être méconnus, comme cela se pass pendant deux ou trois ans chez une malade présentée récemment à la Société de Neurologie d Paris par François Thiébaut et Jacques Lemoyne

Rappelons ici deux faits anatomo-physiologique acquis en ce qui concerne l'audition. *Il existe u centre cortical bilatéral* pour l'audition et ce centr est situé à droite et à gauche *au niveau de la circonvolution temporale transverse de Heschl* qui s trouve à la partie supérieure de T I dans sa région moyenne. Ce centre de projection serait entouré d'aires para-auditives: le pôle temporal en avant présiderait à l'agnosie musicale, la partie postérieure de T I en arrière présiderait à la surdité verbal (Henschen). Second point nettement acquis: *chaque voie auditive centrale possède un faisceau direct et un faisceau physiologiquement égaux*. D'où la nécessité de lésions cérébrales bilatérales pour entraîne la surdité corticale comme le démontrent péremptoirement l'expérimentation chez l'animal, en particulier chez le chien, et les études anatomo-cliniques chez l'homme. Une lésion temporale droite ne donn absolument rien, une lésion temporale gauche donn des signes d'agnosie auditive et de surdité verbal mais n'a aucun retentissement sur l'acuité auditive des patients.

Considérée en elle-même la surdité corticale n'a pas de caractères intrinsèques bien marqués. Total dès le début, elle peut rester telle durant toute la vi du malade. Mais elle peut rétrocéder dans les cas où les fibres auditives de projection n'ont été intéressées que partiellement ou seulement comprimée par l'œdème péri-focal. Elle peut constituer l'essentiel de la maladie se présentant comme une surdité banale dont il faut dépister l'étiologie ou au contraire être noyée dans un complexus aphaso-agnosique plus ou moins touffu, demandant alors à être recherchée systématiquement par l'audiomètre, comme le suggérait en 1935 Morel (de Genève) dans un mémoire sur l'audition dans l'aphasie de Wernicke et comme vient d'y insister à nouveau Jacques Lemoyne, dans un travail tout récent sur cette curieuse infirmité sensorielle d'origine purement centrale.

CHRONIQUES

La Médecine aéronautique

APERÇU HISTORIQUE

Lorsque le 19 Septembre 1783, Montgolfier fit partir de la cour du Château de Versailles un ballon de 41 pieds de diamètre, on avait eu soin, à l'instigation du physicien Charles, de suspendre, sous le ballon, un panier contenant: un mouton, un coq et un canard, car on désirait s'assurer qu'il était encore possible de vivre à une certaine distance du sol, ce qui n'était, alors, nullement démontré.

Le ballon se déchira peu après le départ, alla se poser, après un parcours de quelques kilomètres, à Vaucresson, où l'on retrouva les animaux intacts.

Ce n'est qu'après cette première expérience que Pilatre de Rozier fit, avec le marquis d'Arlan, sa première ascension, le 21 Novembre 1783, devenant, ainsi, le premier homme qui se soit élevé au-dessus du sol. Ce contrôle physiologique, né en même temps que la navigation aérienne, n'est-il pas l'ébauche du rôle qui s'imposera, plus tard, à la médecine aéronautique ?

Vers 1804, Robertson, Zambeccarri, et surtout Gay-Lussac et Biot, au cours d'une ascension jusqu'à 7.016 mètres, éprouvèrent, pour la première fois, des malaises qui n'étaient autres que le « mal des altitudes », appelé, par eux « le mal en ballon ».

Plus tard, Glaisher et Cowel firent, sur eux-mêmes, des constatations analogues; mais, il faut arriver jusqu'aux travaux de Jourdanet, et surtout de Paul Bert, en 1875, pour trouver une description complète du « mal des altitudes ».

Une première description de ce mal avait été faite par Acosta, à la fin du XVIe siècle, à la suite d'une traversée de l'Amérique du Sud. Acosta l'appelait le « mal des montagnes ».

Vers 1875, la dramatique ascension du ballon « Le Zénith », monté par Sivel, Croce-Spinelli et Gaston Tissandier, — ascension au cours de laquelle les deux premiers trouvèrent la mort entre 8.000 et 8.800 mètres —, stimulera les travaux sur le « mal des altitudes » et Paul Bert, qui avait fait construire une cloche pneumatique, — encore aujourd'hui à la Sorbonne —, fit près de 700 expériences, à la suite desquelles il établit la théorie de l'anoxhémie, c'est-à-dire qu'il démontra que le « mal des altitudes », ou « mal en ballon », est dû à la baisse de tension de l'oxygène.

Ses travaux ont fait l'objet d'un ouvrage, qui demeure encore aujourd'hui le bréviaire des médecins de l'aéronautique, *La pression barométrique*.

A la suite de Paul Bert, mais beaucoup plus tard déjà, Mosso en 1897, et Aggazzotti en 1905, attribuent le « mal des altitudes », au manque d'acide carbonique. C'est la théorie de l'acapnie.

Puis en 1895, Germe, et en 1903, Kronecker incriminent, dans la production du « mal des altitudes » le facteur mécanique « dépression ».

Plus tard, Colin, d'Alfort, incrimine la dilatation des gaz intestinaux, gênant ainsi l'amplitude des mouvements du diaphragme.

Mais, de toutes ces théories, deux seules demeureront en présence et s'affronteront même jusqu'à la guerre de 1939: l'anoxhémie de Paul Bert et l'acapnie de Mosso, car elles contiennent, toutes deux, la plus grande part de vérité.

Néanmoins, dans toutes les ascensions pratiquées, les aéronautes se munissaient de ballons d'oxygène et non d'acide carbonique, ni même de mélange oxygène-acide carbonique.

Donc, déjà à la fin du siècle dernier, — qui n'avait connu que l'aérostation —, il existait une médecine aéronautique, avec ses moyens d'étude, car, outre la cloche pneumatique de Paul Bert, Jourdanet en avait construit une autre et il existait des Laboratoires en haute montagne (Viault, au Pérou et au Pic du Midi, Egger et Mercier, à Arosa, Miescher, dans les Alpes).

Mais, c'est au commencement du siècle, sous l'égide de l'Aéro-Club de France, que l'on voit s'organiser les premières ascensions scientifiques en ballon, vers 1901.

A partir de cette date, les ascensions se succèdent. Je me dois de citer les principaux chercheurs, car quelques-uns d'entre eux sont encore des nôtres :

Raoul Bensaude, Jolly, Calugareanu, Ambard, Beaujord, Lapicque, Camus, Armand-Delille, André Mayer, pour la France.

Abderhalden, Serötter et Züntz, pour l'étranger.

L'ensemble des ascensions pratiquées, à ce moment, avait surtout pour but la recherche de l'hyperglobulie et tous leurs auteurs sont d'accord pour reconnaître que le séjour en dépression atmosphérique détermine une hyperglobulie périphérique.

En 1901, Hallion et Tissot étudient le quotient respiratoire. En 1906, Guillemard et Moog signalent les modifications de la sécrétion urinaire.

Mais, toutes ces recherches avaient bien plus pour but de connaître le mécanisme du « mal des altitudes » que d'en déterminer la cause, et la théorie de Paul Bert dominait toujours ainsi que le remède, alors unique: l'inhalation d'oxygène.

Là en était la question, lorsque le 17 Décembre 1903, aux Etats-Unis, l'avion fit réellement son apparition, lors du premier vol réalisé par les Frères Wright.

C'est en 1904 qu'eurent lieu les premiers vols en France. La période qui s'écoule jusqu'à la guerre de 1914 ne pose pas de nouveau problème, car l'aviation est encore hésitante.

On trouve seulement un travail paru en 1911, de Cruchet et Moulinié, de Bordeaux, intitulé « Le Mal des Aviateurs ». C'est la première fois que le mot est prononcé. Mais Cruchet et Moulinié décrivent, sous ce vocable, les troubles dus aux variations brusques de pression atmosphérique, ce qui n'est qu'une partie des éléments qui contribuent à provoquer ce que l'on peut appeler aujourd'hui le « mal des aviateurs ».

En effet, l'aérostation n'avait mis médecins et physiologistes qui s'occupaient du « mal en ballon » qu'en présence d'un seul problème : celui du séjour en altitude ou en dépression atmosphérique.

Avec l'apparition de l'avion, le même problème va subsister, problème auquel vont s'ajouter deux autres difficultés: les variations rapides de pression atmosphérique en raison des montées et des descentes très rapides des avions et les accélérations.

Pour étudier ces problèmes, il va falloir réaliser des moyens d'étude nouveaux et c'est à cette réalisation que vont s'occuper, d'abord isolément, puis groupés par la suite, un ensemble de médecins et de physiologistes qui vont constituer « Les Médecins de l'Aéronautique ».

C'est en 1916, en fin d'année, au cours de la guerre 1914-1918, que dans chacun des pays belligérants, les avions atteignirent l'altitude de 5.000 *m*.

A ce moment, les pilotes commencèrent à éprouver les troubles connus sous le nom de « mal des altitudes ».

C'est à cette époque que le capitaine Toussaint, directeur de l'Institut Aéro-Technique de Saint-Cyr, alors mobilisé à la Section technique de l'Aéronautique, avec lequel j'avais envisagé vers 1911, à la suite d'un vol en avion, les moyens de permettre à l'homme de vivre à de hautes altitudes, me fit revenir du front. Détaché à la Section technique, sous le commandement du colonel Dorand, je fus chargé de faire réaliser le premier inhalateur automatique d'oxygène, car, tout imprégné du livre de Paul Bert, je ne voyais pas d'autre moyen de soustraire nos pilotes au « mal des altitudes ».

C'est pour la mise au point de cet inhalateur que je dus faire réaliser le caisson pneumatique de Saint-Cyr. Nous n'avions, en effet, comme moyen d'étude, à l'époque, que l'avion et comme la mise au point de l'appareil ne commençait qu'au-dessus de 3.500 *m.*, lorsqu'il y avait des nuages, il nous était impossible de travailler, car il n'était pas facile de naviguer dans la brume, sans T.S.F. et sans communications avec le sol.

Auparavant, je m'étais informé de l'état du caisson pneumatique de Paul Bert, mais celui-ci était inutilisable, de même que celui de Jourdanet. C'est pourquoi j'avais fait réaliser un caisson de 3 *m.* de long sur 2 *m.* de diamètre, avec des hublots latéraux, caisson dans lequel nous faisions une dépression atmosphérique, à notre volonté.

En dehors de la mise au point des inhalateurs, de nombreuses recherches y furent pratiquées: sur les modifications de la pression artérielle en fonction des variations de la pression barométrique, sur les réactions psycho-motrices en fonction des grandes dépressions barométriques et des variations rapides de pression barométrique.

Bien entendu, au cours de la guerre 1914-1918, l'Angleterre, l'Allemagne, les Etats-Unis, l'Italie durent construire des installations analogues, sinon identiques.

En plus de la dépression, j'avais tenté, dès 1917, de faire un abaissement de température à l'intérieur de ce caisson, afin que nos recherches soient davantage conformes à ce qui se passe dans la réalité, puisqu'on sait que, lorsqu'on s'élève au-dessus du sol, la température s'abaisse d'environ 5° par 1.000 *m.* Dans ce but, on avait calorifugé le caisson de Saint-Cyr et on apportait de l'air liquide — environ 600 litres — dans une grande bassine, grossièrement calorifugée, qu'on allait chercher à l'usine de Boulogne.

Pour faire le froid, au lieu de laisser entrer, dans le caisson, de l'air venant de l'extérieur, à l'aide d'une tuyauterie on laissait entrer de l'air liquide qui se volatilisait en arrivant sur le plancher du caisson et déterminait ainsi un abaissement de température; mais, cette manière de faire n'était pas sans danger et elle n'a jamais permis d'obtenir que des températures de —10°, nettement insuffisantes pour les recherches que nous avions à faire.

La fin de la guerre de 1918 et la Victoire mirent un point de suspension à toutes ces recherches et ce n'est que vers 1920 qu'à nouveau on pensa à réorganiser des Laboratoires de recherches.

En France, c'est le Centre du Bourget qui fut le premier réalisé et qui, on peut le dire, servit de modèle à la plupart des Centres analogues étrangers.

C'est surtout le caisson pneumatique à grande dépression et à basse température qui fit son originalité.

La visite du Bourget fit partie, pendant une dizaine d'années, du programme imposé aux Chefs d'Etat étrangers, lors de leur passage à Paris.

Tous les médecins des aviations étrangères visitèrent, bien entendu, toute l'installation.

Ce caisson mesurait 15 m^3. Long de 5 *m.*, avec un diamètre de 3 *m.*, bien calorifugé, muni de 6 hublots sur les flancs et, sur un fond, d'un sas à air — sorte d'écluse permettant de passer, au besoin, un objet à l'intérieur, au cours d'une expérience — et fermé par un fond entièrement mobile, suspendu à un chariot de roulement, cet appareil permettait d'obtenir, très rapidement, de grandes dépressions, de faire des recompressions rapides et, en même temps, d'obtenir, à l'intérieur, avec une rapidité proportionnelle à la dépression, un abaissement de température pouvant aller jusqu'à —38°.

Un nombre considérable d'expériences y furent faites.

Deux des plus marquantes sont: le séjour de quarante-huit heures du Dr Richou et du commandant Artola, à une dépression correspondant à une altitude de 8.000 *m.*, faite en 1938, et la seconde, un séjour de dix-neuf heures, à une dépression correspondant à l'altitude de 10.000 *m.*, par les deux mêmes expérimentateurs. Lors de la première expérience, au cours de laquelle toutes les mesures possibles sur le sang, la respiration, le fonctionnement cardiaque, etc., purent être pratiquées, aucun incident ne se manifesta. Lors de la deuxième expérience, au contraire, à l'altitude de 10.000 *m.*, le Dr Richou et le commandant Artola furent l'objet, entre la troisième heure et la douzième heure, de douleurs extrêmement violentes, au niveau des articulations, à tel point qu'ils ne purent faire aucune mesure et que je dus interrompre l'expérience, en raison de leur grande fatigue, à la dix-neuvième heure. Au cours de ces deux expériences, ces deux

hommes avaient cependant — avec des masques à oxygène leur fournissant à chacun un débit d'environ 800 litres à l'heure — vécu dans une atmosphère d'oxygène pratiquement pure.

Les possibilités permises par le caisson du Bourget incitèrent la plupart des nations à en faire construire d'analogues: l'Italie même, en commanda deux en France (bien plus grands!); la Pologne en commanda un. Quant aux autres, elles se contentèrent de venir prendre des photographies et des cotes.

Peu après, un autre caisson fut réalisé, en France, au Laboratoire du Val-de-Grâce, par le Dr Beyne, pour les besoins militaires; mais il était sensiblement plus petit et ne pouvait produire le froid.

Au début de la guerre de 1939, le Dr Beyne, alors médecin général, fit construire quelques caissons pneumatiques sur remorques, afin de pouvoir étudier l'organisme des aviateurs en service, un peu partout où ils pouvaient se trouver. Ces caissons étaient d'un modèle réduit et ne comportaient pas d'abaissement de température. Au cours de leur avance, les Allemands s'en sont emparés et j'ai appris, récemment, que deux d'entre eux venaient d'être retrouvés par les Américains.

En dehors de ces moyens d'étude, dont le caisson pneumatique constitue le type, la médecine aéronautique bénéficiait encore des travaux faits dans les Laboratoires de montagne: le Mont-Blanc, la Jungfrau, le Gornergrat, le col d'Ollen.

Quels que soient les moyens employés: l'avion, la montagne ou le caisson pneumatique et malgré les nombreuses études faites — puisqu'on trouve, à l'heure actuelle, plus de 6.000 publications sur la question — les opinions demeurent partagées sur le rôle plus ou moins prédominant du manque d'oxygène ou d'acide carbonique dans la production du « mal des altitudes », jusqu'au cours de la récente guerre.

Au cours de celle-ci, les très hautes altitudes atteintes et les expériences américaines ont confirmé les théories de Paul Bert et l'on sait qu'aujourd'hui les inhalateurs d'oxygène, quel que soit leur modèle, ne fournissent, aux aviateurs, que de l'oxygène pur et parfois en surpression, cette surpression pouvant atteindre 25 *mm.* de mercure et grâce à laquelle on peut voler, maintenant, au moins pendant un laps de temps limité, à l'altitude de 15.000 *m.* Cette surpression, d'abord employée par les aviateurs allemands, a été, presque en même temps, employée dans l'aviation américaine.

Le remède aux troubles dus aux dépressions atmosphériques est donc bien l'inhalation d'oxygène.

D'autres remèdes ont été proposés: les enceintes suroxygénées, le scaphandre aérien et les carlingues étanches.

Une seule enceinte suroxygénée, Farman 2.231, avait été équipée, en France, en 1938. Elle dispensait du masque inhalateur d'oxygène, en concentrant, en oxygène, l'atmosphère de la carlingue semi-étanche, ce qui permettait, quelle que soit l'altitude, d'avoir une quantité d'oxygène suffisante à respirer.

Ce système avait l'inconvénient d'entraîner une consommation considérable de gaz et cette étude ne fut pas poursuivie.

C'est alors qu'on eut l'idée d'utiliser des scaphandres, sortes de combinaisons étanches qui, théoriquement, devaient maintenir l'homme à la pression atmosphérique du sol, ou à une pressio légèrement moindre, quelle que soit l'altitude laquelle il était soumis.

Willy Post, Zwain, en construisirent chacun un mais de tels engins avaient l'inconvénient, lors qu'ils se gonflaient sous l'influence de la raréfactio de l'air ambiant, de perdre toute mobilité et d rendre tout mouvement impossible à l'homm revêtu de cette combinaison.

C'est en 1935, qu'en France, le Dr Rosenstiel e moi-même pûmes mettre au point un système d'ar ticulation qui laissait conserver, malgré une fort pression à l'intérieur de l'appareil, une mobilité de membres suffisante pour piloter un avion.

Ce premier appareil, qui permit au Dr Rosenstie de séjourner une heure un quart à un peu plus d 15.000 *m.*, a été perfectionné depuis par l Dr Richou.

Cet engin avait surtout pour but de chercher à ramener, en France, le record de l'altitude déten par l'Italien Pezzi, par 17.000 *m.*, record au cour duquel il avait utilisé un semi-scaphandre aérien.

De tous les moyens que l'on peut employer pou soustraire l'homme au « mal des altitudes », l plus parfait est l'emploi de la « carlingue étanche » qui maintient les équipages à une pression atmo sphérique égale, ou légèrement inférieure, à cell du sol, quelle que soit l'altitude atteinte par l'avion Le mal des altitudes et toutes ses conséquences sont du même coup, totalement supprimés.

Une carlingue étanche avait été réalisée, e France, vers 1938, sur un avion N.C. 130. Ces car lingues équipent, aujourd'hui, la plupart des super forteresses volantes américaines.

(A suivre) P. GARSAUX.

G. Jeanneney

(1891-1945)

Le Prof. G. Jeanneney, de la Faculté de Médecine le Bordeaux, vient de disparaître, succombant à une pénible maladie qui depuis plus d'un an déjà le retenait loin de son service. Avec lui s'éteint un des plus brillants maîtres de l'Université bordelaise, l'une activité infatigable qui se dépensa sans compter dans des domaines multiples et qui donna jusqu'à la fin l'exemple de l'énergie et de l'enthousiasme.

Né dans une île de l'Océanie, c'est à Bordeaux qu'il fit toutes ses études, secondaires puis médicales. Ancien Interne, Médaille d'or, Chirurgien les Hôpitaux, Agrégé de Chirurgie en 1923, il déploya dans cette série de fonctions de très brillantes qualités pédagogiques et succéda en 1941 au Prof. Guyot dans sa Chaire de Clinique. Sa participation à de très nombreux Congrès en France et à l'Etranger, les missions officielles qu'il remplit en Europe et en Amérique, les marques d'estime que lui témoignèrent de multiples Sociétés Savantes tant françaises qu'étrangères en l'admettant dans leur sein, son rôle comme chirurgien d'armée en 1940, n'étaient que les formes les plus visibles d'une activité scientifique qui ne se lassa jamais. Ses recherches sur l'oscillométrie, sous l'influence de son maître Pachon, furent des premières dans ce domaine et le *Traité des Tumeurs des Os*, qu'il publia (avec le Prof. Sabrazès et le Dr Mathey-Cornat), représente à l'époque la somme de nos connaissances en cette matière. Mais il s'intéressait surtout aux questions de biologie et d'endocrinologie, étudiant les hormones utérines, la chirurgie thyroïdienne et para-thyroïdienne, le traitement chirurgical de l'hypertension artérielle, la stérilité, et enfin et surtout la transfusion du sang à laquelle il consacra (avec le Dr Ringenbach) un important Traité paru à la veille même de la guerre de 1940, au moment où ses recherches sur le sang conservé prenaient un intérêt si immédiat. Jusqu'au bout il donna l'exemple d'une activité intellectuelle jamais lassée, toujours à l'affût des questions nouvelles, prête à vibrer pour tous les problèmes.

Sa fin, attristée par la perte glorieuse mais cruelle d'un grand fils, donna le spectacle émouvant de l'homme énergique luttant jusqu'au bout contre son destin. Elle inspire à tous ses collègues, à tous ses amis, à tous ses élèves, l'hommage sincère de leur douleur et de leurs regrets. F. P.

LA MÉDECINE A TRAVERS LE MONDE

Etats-Unis.

On vient d'expérimenter au John Hopkins Hospital un procédé nouveau pour s'assurer de la prise d'une GREFFE CUTANÉE. On injecte dans les veines une solution sodée de fluorescéine et on soumet le patient aux rayons ultraviolets. La partie des téguments dans laquelle le sang circule devient d'un brillant vert jaune. Cette méthode permet de voir exactement si la circulation se fait dans la greffe et de séparer celle-ci de son pédicule sans crainte de sphacèle.

* * *

UN NOUVEAU PRODUIT CHIMIQUE QUI RETIRE LE SEL DE L'EAU DE MER en vingt minutes et permet à un aviateur d'emporter la possibilité de faire pendant quatorze jours sa provision d'eau potable dans son canot de sauvetage en caoutchouc a été mis au point par l'Institut Naval de Recherches médicales des U. S., après plus d'un an de recherches. Ce nouveau dessalant se présente sous la forme de petites briques qui, lorsqu'on les plonge dans un sac en matière plastique rempli d'eau de mer, absorbent rapidement le chlorure de sodium et filtrent l'eau. Chaque petite brique pèse seulement 1/6 de l'eau pure produite et occupe seulement 1/10 de son volume. Elles restent ainsi dans les limites si importantes du poids et du volume qu'un aviateur peut emporter.

* * *

MM. R. H. Seldon et R. H. Young de la Clinique Mayo (Rochester) ont montré récemment les résultats heureux de la poudre de sang faite de globules rouges desséchés, dans la CICATRISATION DES PLAIES. La poudre de globules rouges est, soit saupoudrée sur la plaie, soit appliquée avec une spatule. Une ou deux applications sont faites chaque jour. Un ulcère variqueux de 12 *cm.* 7 qui faisait presque le tour de la jambe et existait depuis huit ans malgré tous les traitements a été presque complètement guéri en huit semaines par l'application journalière de poudre de globules rouges. Cette poudre a donné aussi de bons résultats dans les fistules, les plaies infectées, les moignons d'amputation et les plaies ouvertes de poitrine.

* * *

Une NOUVELLE MÉTHODE DE PSYCHOTHÉRAPIE a été instituée dans un centre de rééducation de Chicago afin d'aider les vétérans réformés de l'armée pour une cause neuro-psychiatrique à reprendre place dans la vie civile. Le psychodrame, c'est ainsi qu'on appelle cette nouvelle méthode, est une présentation sur la scène d'une pièce dans laquelle aucun des acteurs n'a appris son rôle mais le crée spontanément en jouant. Le thème choisi par le psychiatre est en rapport avec la situation de plusieurs des malades présents. Ceux-ci sont ainsi amenés progressivement à prendre part à l'action, à entrer dans le jeu et à répondre rapidement, sans réticence à leurs interlocuteurs, les vrais acteurs. Il s'agit en somme d'une confession ou d'une psychanalyse publique provoquée par le jeu de scène. Si la pièce n'arriv pas à une conclusion heureuse pour les malades, il es toujours possible de faire un nouvel essai en modifian le thème initial.

Ce centre de rééducation, qui est paraît-il unique au Etats-Unis, est dirigé par plusieurs psychiatres éminent auxquels ont été adjoints des musiciens, des danseurs des peintres, des sculpteurs pour que toutes les activité intellectuelles y soient représentées.

* * *

Un PROGRAMME DE RECHERCHES SUR LE CANCER, organis sur le plan national et destiné à attaquer le problèm avec toutes les armes créées par la science, va être entre pris par la Société Américaine du Cancer. C'est la pre mière fois qu'un semblable projet est envisagé. Jus qu'ici, les recherches contre le cancer ont été menée dans un petit nombre d'Instituts avec des fonds relati vement modestes ou par des chercheurs isolés travail lant avec des bourses accordées à court terme. Pou obtenir des fonds pour le nouveau programme et pou assurer leur continuité pendant une longue série d'an nées, la Société Américaine du Cancer a lancé en Avri dernier une campagne de propagande dans tout le pays Elle espère recueillir ainsi 5 millions de dollars.

(D'après *Medical Newsletters*).

A. P.

* * *

CONSOMMATION DU TABAC AUX ÉTATS-UNIS.

La consommation du tabac a atteint aux Etats-Unis en 1943, un chiffre record. Elle était d'ailleurs en pro gression constante depuis 1932. C'est la consommatio fortement accrue des cigarettes qui est la cause de cett augmentation, alors que celles des cigares et du taba à chiquer seraient plutôt en baisse. Chose étrange, l consommation du tabac à priser augmente, alors qu celle du tabac à pipe diminue.

La consommation des cigarettes pendant l'année 1943 estimée par le revenu des timbres apposés sur les boîtes a été de 257 milliards, en augmentation de 9 pour 10 sur celle de 1942 pendant laquelle les Américains on fumé 235 milliards de cigarettes. Ces chiffres sou au-dessous de la vérité, puisque le tabac destiné à t troupe est exempt de timbre. Chaque Américain fum donc 1.877 cigarettes par an, ce qui est 59 fois plu qu'en 1900. Aucune contrée du monde n'atteint c chiffre et l'on comprend que les Etats-Unis soient devenu maintenant un pays importateur de tabac.

Les répercussions de cette consommation sur l'économi nationale et sur la santé demande plus d'attention qu'o en a accordé jusqu'à présent. Il n'est pas douteux qu le nombre important des affections aortiques observ communément aux Etats-Unis soit en rapport avec cett intoxication généralisée.

(*J. A. M. A.*, Mai 1944, vol. 125, n° 3, 20.)

INFORMATIONS

Le ravitaillement sanitaire de la France PAR LES ETATS-UNIS

Au cours d'une *conférence de Presse* qui s'est tenue le 21 Août au Ministère de la Santé publique, des précisions ont été données sur l'effort fait actuellement par les Etats-Unis pour le ravitaillement sanitaire de la France.

La liste des produits pharmaceutiques qui nous sont envoyés est particulièrement imposante. Elle comprend entre autres :

— Médicaments d'origine minérale : Bismuth, sels de Bismuth, Borate de Sodium, Gluconate de Calcium, Glycérine, Iode, Sulfate de magnésie, Huile de paraffine, Vaseline, Pyridine, Sulfadrogues, etc.

— Médicaments d'origine végétale : Aloès et produits secondaires, Caféine, Sulfate d'atropine, Cocaïne, Codéine, Eugénol, Extrait d'Ergot, Ouabaïne, Papaïne, Scopolamine, Pilocarpine, Baume du Pérou, etc.

— Médicaments d'origine animale : Insuline, produits opothérapiques, Extrait de foie, Huile de foie de morue, Huile vitaminée A, etc.

La production d'Insuline suffisant à peine aux besoins des U.S.A., la quantité qui nous est allouée nous est cédée par l'Angleterre sur ses attributions antérieures.

La *Pénicilline* nous est expédiée depuis plusieurs mois déjà mais le rythme des envois est en progression constante et pourra atteindre plusieurs centaines de milliers d'ampoules par mois, alors que notre production n'atteint encore que 3.000 ampoules par mois. Pour que ce produit conserve sa pleine efficacité, il doit être transporté puis entreposé dans des chambres frigorifiques, ce qui a nécessité l'aménagement de locaux spéciaux destinés à cet usage dans le port du Havre. Les quantités qui nous sont allouées permettront également d'appliquer progressivement le traitement aux maladies vénériennes.

Indépendamment des attributions en médicaments un effort considérable est fait par les Etats-Unis pour nous permettre de reconstituer notre *équipement médical*. Les livraisons comprennent des stérilisateurs, des frigidaires, des appareils de radiographie, des écrans, les films qui nous sont nécessaires devant être produits par nos usines (la production actuelle des Etats-Unis suffit juste à leurs besoins). Enfin, des équipements médicaux à base de caoutchouc, gants, tétines, tubes de caoutchouc, ainsi que le matériel de pansement, gaze, tarlatane, coton hydrophile, nous seront également livrés.

En fait de matériel hospitalier, la France va incessamment bénéficier d'un apport substantiel. Sur 150 à 160.000 lits que nous possédions en 1938, il ne nous en reste plus que 100 à 110.000 dont l'équipement est en grande partie incomplet ou en état défectueux. L'Amérique nous cède le matériel des hôpitaux militaires qu'elle a constitué sur notre territoire : Asile du Vésinet, Lycée Claude-Bernard, Hôpitaux de Senlis, de Metz, de Nancy, etc. Ce matériel comprend des couvertures, des draps, du linge, si difficiles à trouver actuellement sur le marché mondial. Notre matériel hospitalier va de ce fait s'enrichir de 50.000 lits tout équipés.

Les Etats-Unis ont facilité considérablement à la France ces transactions en donnant la plus large interprétation à la clause prêt et bail. Les négociations ont été menées avec la plus large compréhension entre le *Board* répartiteur anglo-américano-canadien et la commission d'achat française, justifiant, chiffres en main, les besoins urgents à satisfaire. Celle-ci avait à tenir compte dans ses travaux des différences qui existent entre les Pharmacopées française et américaine, la composition de certains produits étant quelquefois très différente dans chacun des deux pays.

Des quantités très appréciables de ces médicaments ou de ces équipements sont actuellement arrivées en France, d'autres beaucoup plus considérables, nous parviendront dans les semaines et les mois à venir. On ne manquera donc pas cet hiver de médicaments essentiels en France et si la crise du charbon s'atténue, l'industrie pharmaceutique française reprendra peu à peu la place qu'elle occupait avant la guerre.

COMITÉ MÉDICAL DE LA RÉSISTANCE

Nous recevons communication de la lettre suivante adressée par le Professeur Pasteur-Vallery-Radot, au Secrétaire général du Comité Médical de la Résistance (C. M. R.) :

18 Août 1945.

Monsieur le Secrétaire général,

Lorsque, en Septembre 1943, à la demande du C.F.L.N., j'ai constitué, avec quelques amis de la Résistance, le Comité Médical de la Résistance, mon but était de contribuer à la Libération de la Patrie et de lutter contre le pseudo-gouvernement de Vichy.

La France étant libérée et les institutions républicaines fonctionnant normalement, le rôle que je m'étais assigné est terminé. Je donne donc ma démission du Comité Médical de la Résistance aux travaux duquel, d'ailleurs, je n'ai pas participé depuis Janvier dernier, date à laquelle je suis parti en mission en Amérique latine.

Je serre la main avec émotion à tous mes compagnons de la Résistance.

Veuillez agréer, M. le Secrétaire général, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

PASTEUR-VALLERY-RADOT.

Le Centenaire de Laveran

Le 12 Juillet dernier se sont déroulées une série de manifestations en l'honneur d'Alphonse LAVERAN, dont il est superflu de rappeler qu'il découvrit en 1880 l'hématozoaire du paludisme.

Le matin, le buste du grand médecin militaire, œuvre du sculpteur Honoré, fut remis au Val-de-Grâce. Le médecin général inspecteur ARÈNE prit la parole à cette occasion. Une conférence-promenade conduisit ensuite les visiteurs, sous la direction de M. HUARD, dans les parties historiques du Val-de-Grâce.

L'après-midi, une cérémonie réunit au Grand Amphithéâtre de la Sorbonne les plus hautes personnalités du Monde Savant et du Monde Militaire. M. DIETHELM, Ministre de la Guerre, présidait, ayant à ses côtés la Veuve d'Alphonse Laveran. On remarquait au hasard parmi les personnalités officielles : le Recteur ROUSSY, le Général BESANÇON, le Lieutenant-Général Sir ALEXANDER HOOD, Directeur Général du Service de Santé Britannique, venu spécialement de Londres, le Brigadier Général CUTLER, du Service de Santé Américain, le Colonel LIETOUNOF, du Service de Santé Soviétique, les Médecins Généraux Inspecteurs TOUBERT, BOUVILLOIS, MORVAN, MAISONNET, ARÈNE, COSTEDOAT, les Médecins Généraux TABET (de la Marine), CLERC (de l'Air), PÉLOQUIN, BAUDET, HUGONOT, LORTHOLARY, etc..., le Prof. TRÉFOUEL, Mme PHISALIX, les Médecins Colonels TZANCK, HUBERT, etc...

Un public nombreux et choisi emplissait l'amphithéâtre.

Le Médecin Général Inspecteur VINCENT, Membre de l'Institut, prit le premier la parole, évoquant la figure de Laveran, en tant qu'homme et savant. Au Médecin Général Inspecteur JAME, Inspecteur Général Technique du Service de Santé, revint la mission d'exposer l'œuvre scientifique de Laveran, tandis que le Médecin Général RIEUX, ancien Professeur au Val-de-Grâce, traita de « Laveran et le Paludisme ». Après un entr'acte musical, le Dr Noël BERNARD, de l'Institut Pasteur, montra quelle place l'illustre savant tint dans la maison de Pasteur où, de ses propres deniers, il créa le laboratoire de Protozoologie. S'élevant au-dessus de la personne même de Laveran, le Médecin Colonel DEBENEDETTI, Directeur Général du Service de Santé, exalta les vertus qui doivent être l'apanage de la Médecine Militaire. Enfin, dans un discours d'une très belle venue, M. André DIETHELM, après avoir rendu hommage au savant, montra quel pouvait être le rôle de l'Armée dans la Science.

Cette séance oratoire fut agrémentée par la musique de la Garde Républicaine.

CONSEILS DÉPARTEMENTAUX DES MÉDECINS

Comité de coordination

(Région parisienne)

Caisse Interdépartementale des Assurances Sociales de Seine et de Seine-et-Oise. — La Caisse Interdépartementale des Assurances Sociales de Seine et Seine-et-Oise, qui est de beaucoup la plus importante Caisse Primaire, vient de publier une brochure contenant des renseignements sur le fonctionnement des divers services de cette Caisse au cours de l'année 1944.

Les dépenses relatives à la gestion du risque maladie se sont élevées, en 1944, à 893 millions ainsi répartis : Frais médicaux : 140 millions ; frais chirurgicaux : 33 millions ; soins dentaires : 30 millions ; frais pharmaceutiques : 110 millions ; frais d'hospitalisation : 193 millions ; assistance médicale gratuite : 4 millions ; indemnités journalières : 380 millions.

Les dépenses pour remboursement d'honoraires médicaux, chirurgicaux et de spécialités, tant en ville que dans les établissements hospitaliers, se sont donc élevés, en 1944, à 173 millions, soit à 19,3 pour 100 du total des dépenses, chiffres de beaucoup inférieurs à ceux des dépenses occasionnées par le versement des indemnités journalières et le remboursement des frais d'hospitalisation. (Indemnités journalières : 42,5 pour 100. Frais de séjour dans les hôpitaux et sanatoria : 21,6 pour 100.)

A noter que les frais de gestion de la Caisse Interdépartementale, en 1944, se sont élevés à 125 millions, non compris les dépenses pour le contrôle médical. Les seuls appointements du personnel ont nécessité un décaissement de plus de 90 millions.

A l'Assemblée consultative provisoire. — Le 31 Juillet 1945, l'Assemblée consultative a été appelée à donner son avis sur le projet gouvernemental d'ordonnance relatif à l'organisation de la sécurité sociale. On sait que ce projet vise à grouper au sein d'une Caisse territoriale unique les services appliquant actuellement la législation des Assurances sociales, des Accidents du Travail et des Allocations familiales.

Les nouvelles Caisses uniques dites Caisses primaires de Sécurité sociale seront administrées par un Conseil comprenant pour les deux tiers des représentants de la C. G. T. et du personnel de la Caisse et pour un tiers d'autres représentants tels qu'employeurs, membres des Associations familiales, etc.

Enfin « deux praticiens désignés par le Conseil sur présentation des organisations de praticiens seront adjoints au Conseil », tout au moins en ce qui concerne les Caisses locales et les Caisses régionales, la Caisse nationale n'en comportant pas.

L'ensemble du projet gouvernemental a été voté par 190 voix contre 1 et 84 abstentions.

Au cours des débats, M. Parodi, ministre du Travail a déclaré que le projet gouvernemental relatif à la modification de la loi des Assurances sociales ne serait pas soumis à l'Assemblée consultative « parce que cela a semblé inutile, étant donné qu'il a rencontré dans les organismes consultatifs où figurent les délégués de beaucoup de groupements ici représentés, une quasi-unanimité favorable à ses dispositions ».

Le Secrétaire Administratif :
P. COQUIN.

Conseil permanent d'Hygiène sociale

Ont été nommés membres du Conseil permanent d'Hygiène sociale :

Commission du cancer : M. BERGONIÉ, professeur à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Commission de la tuberculose : Prof. F. BEZANÇON, conseiller technique sanitaire du ministère de la Santé publique ; M. POIX, représentant le Comité national de défense contre la tuberculose ; M. GUÉRIN, chef de service honoraire à l'Institut Pasteur ; M. ALLARD, médecin inspecteur à l'Office public d'Hygiène sociale du département de la Seine.

Commission d'Hygiène mentale et de l'alcoolisme : M. FOUQUET, médecin-inspecteur de prophylaxie mentale à l'Office public d'Hygiène sociale du département de la Seine.

Sont nommés *membres du Conseil* : Prof. JUSTIN-BESANÇON, MM. CIBRIE, HILAIRE, LACAPÈRE, PERLES, WEISSENBACH.

La *Commission du rhumatisme* a été constituée comme suit : *Président*, Prof. F. BEZANÇON ; *Secrétaire*, M. LACAPÈRE ; *Membres*, Prof. JUSTIN-BESANÇON, MM. CIBRIE, COSTE, HAZEMANN, HILAIRE, PERLES, Prof. VILLARET, MM. Mathieu-Pierre WEILL, WEISSENBACH.

Directeurs régionaux de la Santé

Les bureaux de la Direction régionale de la Santé de *Châlons-sur-Marne* sont transférés 27, rue du Docteur-Pellier, depuis le 10 Août 1945 (Tél. : 36).

Inspection de la Santé

— M. PETIT est nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la santé du *Morbihan*, au maximum pour la durée des hostilités.

— M. LEMARCHAND, médecin inspecteur adjoint intérimaire de la santé des Côtes-du-Nord, est muté dans le département du *Var*.

— Mme le docteur S. GODET est nommée médecin inspecteur adjoint intérimaire de la santé de la *Vienne*, au maximum pour la durée des hostilités.

— M. GOYESIN est nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé du *Finistère*, au maximum pour la durée des hostilités.

— Mlle le docteur J. REYBAUD est nommée médecin-inspecteur adjoint intérimaire de la Santé des *Alpes-Maritimes*, au maximum pour la durée des hostilités.

— M. A. MAUMY est nommé médecin-inspecteur adjoint intérimaire de la Santé du *Cher*, au maximum pour la durée des hostilités.

— M. RICHARD est nommé médecin-inspecteur adjoint intérimaire de la Santé des *Ardennes*, au maximum pour la durée des hostilités.

— M. ALTENBACH, médecin-inspecteur de la Santé de *Seine-et-Oise*, est admis à faire valoir ses droits à la retraite, à compter du 16 Août 1945.

— M. PETIT, médecin-inspecteur adjoint de la Santé de *Seine-et-Oise*, est promu inspecteur de la Santé de ce département.

Concours et places vacantes

Sanatorium de la Grolle-Saint-Bernard (Charente). — Un poste de médecin directeur est actuellement vacant. Adresser les demandes au ministère de la Santé publique, 7, rue de Tilsitt, à Paris (direction du personnel, 2e bureau).

Sanatorium de Boscamnant (Charente-Maritime). — Un poste de médecin-directeur est actuellement vacant. Adresser les demandes au Ministre de la Santé Publique, 7, rue de Tilsitt, à Paris (Direction du Personnel, 2e bureau).

Nouvelles diverses

Centres régionaux d'Education sanitaire. — n Centre régional d'Education sanitaire est créé à *Ingers.* M. E. Chouvne, professeur au Collège moderne ·t technique d'Angers, est nommé directeur de ce Centre.

Un ***Cours de perfectionnement à l'usage des Sages-'emmes*** aura lieu, du 10 au 20 Octobre 1945, à la Cliique de la Maternité de Port-Royal (Prof. L. Portes), ous la direction de M. Lepage.

Ce cours gratuit comprendra dix leçons théoriques et les discussions d'observations cliniques qui se feront le natin de 10 heures à midi. Les stages des exercices oratiques s'effectueront l'après-midi.

Inscriptions à partir du 16 Septembre 1945 à Mme Mu·ssuax, sage-femme en chef de la Maternité de Port-Royal, 21, boulevard de Port-Royal, Paris (14e).

Service de Santé dans l'Armée de Terre. — Le *J. O.* du 18 Août 1945 publie un décret portant nomination à itre temporaire, de *médecins aspirants.*

Le *J. O.* du 22 Août 1945 publie un décret portant nominations et promotions à titre temporaire, de *médecins ous-lieutenants* et de *médecins-lieutenants.*

Pharmaciens des hôpitaux. — Le *J. O.* du 21 Août 1945 publie un arrêté fixant les *traitements* des pharmaiens des hôpitaux et hospices publics.

Nos Échos

Naissances.

— Le docteur et Madame Raymond Gerr ont la oie de faire part de la naissance de leur fille *Cécile* (Autrans, Préventorium Départemental de l'Isère, 28 Juillet 1945).

— Le docteur et Madame Michel Grégoire ont la joie de faire part de la naissance de leur fille *Martine* (Marseille, 90, boulevard Longchamp, 23 Juillet 1945).

— Le docteur et Madame Roger Nigoux sont heureux d'annoncer la naissance de leur fille *Anne-Marie* (2, avenue Bordier, Guéret, Creuse, 26 Juillet 1945).

— Le docteur Louis Rambaud, aux Armées, et Madame ont la joie de faire part de la naissance de leur troisième enfant *Catherine* (Les Clouzeaux, Vendée, 14 Juin 1945).

— Les docteurs Coffin et Eltrich, Monsieur et Madame Gérard Coffin sont heureux de faire part de la naissance de leur petit-fils et fils Pierre Coffin-Eltrich.

— Marie-Catherine et Dominique Guillard ont la joie de faire part de la naissance de leur petit frère *Olivier* (Docteur et Madame Guillard, « Le Vieux Logis », Civray, Vienne, 25 Mai 1945).

— Le docteur et Madame Ernest Albert sont heureux d'annoncer la naissance de leur fils *Henri* (Orsay, Seine-et-Oise, 21 Juin 1945).

— Catherine et Jean-François annoncent la naissance de leur petit frère *Dominique* (De la part du docteur et Madame Moncharmont, à Etang, S.-et-L., 25 Juin 1945).

— Le docteur et Madame Vialatte ont la joie de faire part de la naissance de leur fils *Jean-François* (23 Juillet 1945).

— Jacques a la joie d'annoncer la naissance de sa petite sœur *Marie-Elisabeth* (Docteur et Madame Edmond Plouviet, Mortagne-du-Nord, 2 Août 1945).

— Christian Martin a la joie de faire part de la naissance de son petit frère *Jean-Marie* (Docteur et Madame André Martin, 91, rue Hoche, Colombes, 3 Août 1945).

— Monsieur et Madame Henri Poirier, docteurs en médecine, sont heureux de faire part de la naissance de leur fille *Christine* (Limoges, 19, rue Jean-Jaurès, 1er Août 1945).

— Paul-Philippe, Anne-Marie et Françoise ont la joie d'annoncer la naissance de leur petit frère *Michel* (De la part du docteur et Madame Gellé, Lille, 4 Août 1945).

— Le docteur et Madame Albert Tachot sont heureux de faire part de la naissance de leur sixième enfant *Dominique-Marie-Françoise* (Pau, 5, rue Pasteur, 8 Juillet 1945).

— Le docteur et Madame Guimezanes sont heureux de faire part de la naissance de leur fils *Antoine* (Paris, 28 Juillet 1945).

— Le docteur et Madame Edwin Pontefract ont la joie d'annoncer la naissance de leur fils *Jean-François* (Dijon, 25 Juillet 1945).

— Le docteur et Madame Jacques Bourée sont heureux de faire part de la naissance de leur deuxième fils *Jean-Eric* (Châtillon-sur-Seine, 1er Juillet 1945).

Mariage.

— On annonce le mariage du docteur Joseph Giret, Assistant d'Orthopédie des Hôpitaux de Paris, avec Mademoiselle Anne-Marie Balas (Paris, 8 Septembre 1945).

Decès.

— On annonce le décès du professeur Froehlich, professeur honoraire de la Faculté de Médecine de Nancy.

— On annonce la mort à Châtillon-sur-Seine, de Madame F. Bourée, veuve du docteur F. Bourée, mère du docteur J. Bourée, de Châtillon-sur-Seine, et belle-mère du docteur Pierre Malgras, de Bourges.

— On annonce la mort de Monsieur Edouard Korf, Directeur général de la Société « Produits Roche » (La Croix [I.-et-L.], 2 Août 1945).

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

Les Petites Annonces dans La Presse Médicale *sont acceptées sous réserve d'un contrôle extrêmement sérieux. Aucune annonce commerciale n'est acceptée.*

Prix : 20 fr. la ligne (15 fr. pour les abonnés).

A céder poste médecine générale dans sous-préfecture Sud-Ouest sur grande ligne, avec radio. Cause spécialisation. Ecr. *P. M.*, n° 866.

Visiteur médical, référ., 1er ordre, parf. introd. rech. Labo pr Paris. Prendrais dépôt. Ecr. *P. M.*, n° 885.

Sanatorium des Institutrices à Saint-Jean-d'Aulph (Haute-Savoie), demande un médecin assistant homme ou femme au courant de la Phtisiologie. Traitement des médecins-adjoints des sana publics et avant. en nature habituels. Adres. candidat. au Médecin-Direct. de l'Etabl.

Visiteur médical, tr. introd. aupr. Hôpitaux et praticiens Paris, ay. déjà un Labo., ch. s'adj. autre Labo sérieux pr Paris. Ecr. *P. M.*, n° 925.

On demande Interne au courant phtisiologie pour sanatorium enfants, région Sud-Est. Ecr. *P. M.*, n° 932.

Urgent. Cause éducation des enfants, gros poste rural, pro pharmacie, à céder. Conviendr. à médecin jne et actif (Deux-Sèvres). Ecr. *P. M.*, n° 936.

A céder gros poste médical, 7 *km.* Lyon. Centre industriel et agricole. 4.000 hab. 1 seul autre médecin. Rayons X, U. V. sup. villa, tt conf., grand jardin. Parc. Ecr. *P. M.*, n° 941.

Cherche Pharmacien célibataire susceptible reprendre mon officine av. ou sans capitaux. Ecr. *P. M.*, n° 948.

Médecin rech. assistant, anc. ext., jne. actif. célib., en vue de succes. Ecr. Secrétariat de la Chambre Syndicale des Médecins de l'Oise, 8 *bis*, rue de Rouen, Beauvais.

Médecin surchargé, ch. d'urgence assistant, cess. évent. Permis cond. exigé. Ecr. *P. M.*, n° 960.

Visiteur médical, tr. introd. aupr. médecins Paris, ay. déjà un Labo. important, ch. s'adj. autre Labo. Ecr. *P. M.*, n° 963.

Visiteuse médicale, bien au cour. visites ch. Labo. complément., région Ouest. Ecr. *P. M.*, n° 964.

Représentant visitant médecins et pharmaciens secteur Sud-Ouest, s'adjoind. Labo. Ecr. *P. M.*, n° 983.

Infirmière dipl. Etat, 45 ans, sér. référ. désire poste salle d'op. anesthésiste, assistante ou direction clinique Paris. province. Ecr. *P. M.*, n° 985.

Femme de médecin, bacc., bonne présent., ch. Labo. pour visiter médecins Paris. Ecr. *P. M.*, n° 987.

Bon poste, rég. Lyonnaise, à céder d'urgence, cause maladie. Cond. intéress. Ecr. *P. M.*, n° 988.

Visiteur médical reprenant en Septembre prospect. médic. et pharmac. des 5 départem. de Normandie, s'adj. Labo. sér. ou représent. pharmac., réf. de 1er ordre. Ecr. *P. M.*, n° 992.

Visiteur médical, région Côte-d'Azur et Sud-Est, ch. s'adj. Labo. Toulouse, 6 *bis*, av. des Orangers, Nice (Alpes-Marit.).

Docteur ay. matériel, ch. poste médecine génér. Paris ou banl. proche. Ecr. *P. M.*, n° 994.

Infirmière dipl. d'Etat, connaissant radiologie, ch. place sana, préf. montagne. Ecr. *P. M.*, n° 996.

Jne médecin proch. démob. cherche poste médecine générale. Ecr. *P. M.*, n° 997.

Médecin recherche Paris, cabinet vénéréologie, gynécologie, dermatologie, prendrait succession, à défaut assistance ou remplacem. de lgue durée. Ecr. *P. M.*, n° 998.

Poste médecin chef vacant. Préventorium maritime Armaingaud, Le Moulleau par Arcachon. Enfants 4 à 14 ans. 250 à 400 lits suivant saison. Conviendrait particulièrement à médecin sinistré, mutilé ou déporté rapatrié. Adresser candidatures, en indiquant âge, références, situation famille à M. le Maire, Arcachon.

Visiteur médical, excellentes références s'adjoindrait produit sérieux pour Paris. Ecr. *P. M.*, n° 1.

Poste méd. ancien à céd. Urgent. Centre, campagne ; cond. très avant. Ecr. *P. M.*, n° 3.

J. f. secrétaire, 24 a. sérieuses référ. chirurg. R. E., R. E. P. S., études second. ch. empl. même 1/2 journée. Ecr. *P. M.*, n° 4.

Visiteur méd., lic. ès sci., bien intr. Paris. Als. Lor. 15 ans expér. ch. Labo. Ecr. *P. M.*, n° 5.

Urgent. Queyras (Htes-Alpes) cherche médecin cantonal actif, aimant montagne, soit titulaire, soit disponible deux ans. Rens. Monod, Internat, H. Grange Blanche, Lyon.

Maison de Santé chirurgicale demande : 1° Infirmière au courant chirurgie, non logée. 2° Gouvernante économe et réception. Ecr. *P. M.*, n° 7.

Poste médical près Grenoble, proxim. station sports d'hiver. Situat. très intéress. à reprendre d'urgence. Ecr. *P. M.*, n° 8.

A céder, à 30 *km.*, Paris, sur gdes lignes, gros poste de méd. génér. radiol. et agents phys. Ecr. *P. M.*, n° 9.

Chef de publicité labo, spécialités pharmac., Dr en méd., référ. 1er ordre, offre collaboration à labo grand, moyen ou petit. Ecr. *P. M.*, n° 10.

A céder cause décès cabin. médical, très intéressant, station altitude, rég. Hte-Savoie. Ecr. *P. M.*, n° 11.

Visiteur médical, tr. sér. référ. cherche 2e laboratoire pour région Bordeaux, ou Seine-et-Oise et Seine-et-Marne. Ecr. *P. M.*, n° 12.

Comité Médical du Ht-Vivarais, siège social à Annonay (Ardèche), cherche Docteur à temps complet pour services médicaux d'usines. Ecr. Chambre de Commerce d'Annonay.

Pharmacien venant de quitter poste important dans industrie pharmaceutique cherche situation similaire dans labo, Sté pharmaceutique ou tr. grosse Officine. Ecr. *P. M.*, n° 14.

Jne médecin, non installé, cherche pr 6 à 12 mois, appart. vide ou meublé, gr. ou petit. à Paris. Ecr. Dr Benoit, 45, rue Maréchal-Joffre, Saint-Germain.

Manipulateur Electro-Radiologiste, lgue expérience tous agents physiques, comptable et dactylo, désire place, logé si possible. Ecr. *P. M.*, n° 16.

Jne sage-femme, excell. référ., cherche emploi clinique ou assistante d'un médecin. Ecr. *P. M.*, n° 17.

Médecin achèterait pèse-bébé. Ecr. *P. M.*, n° 18.

Lèpre. Achèterais : Jeanselme, *Traité de la lèpre ;* Zambaco-Pacha, *Atlas iconographique des variétés de lèpre observées à Constantinople.* Lamoureux, Livron (Drôme).

Infirmière, sér. référ., ayant travaillé en clinique, cherche emploi. Ecr. *P. M.*, n° 20.

Médecin cinquantaine, célib., récem. démob., ch. emploi clin., Labo ou autre, Paris, ou rempl. longue durée prov. Ecr. *P. M.*, n° 21.

Chirurgien, 5 années pratique, ayant capitaux, ch. associat. ou remplacem. Ecr. *P. M.*, n° 22.

Médecin, 52 a., actif, hygiéniste, bactériologue, au cour. administration, assur. sociales, services médico-sociaux, cherche poste médecine travail ou Labo. Ecr. *P. M.*, n° 23.

Visiteur médical, région Sud-Est, 10 années de pratique, très bien introduit, références 1er ordre, cherche 2e Labo pour 1er Septembre prochain. Ecr. *P. M.*, n° 24.

Jne femme, f. de chambre, bonnes référ. ch. emploi simil. ds clinique Paris ou banl. Nord. Ecr. *P. M.*, n° 25.

Vendrais grosse clientèle campagne (Var), cause santé. Ecr. *P. M.*, n° 26.

Radiologiste céderait, pour cause double emploi, appareil radiothérapie complet : Crédence-Gaiffe, Pont roulant Casel, Dosimètre Hammer. Ecr. *P. M.*, n° 27.

Gynécologue-accoucheur ferait remplacement longue durée à Paris en vue de succession. Ecr. *P. M.*, n° 28.

Médecin, 32 ans, ayant pratique pneumos, demande place assistant sanatorium important. Ecr. *P. M.*, n° 29.

Médecin démob., 33 ans, anc. externe Paris, ch. poste assistant ou remplacem. méd. génér. Ecr. *P. M.*, n° 30.

Dame, 45 ans, sér. référ., ch. emploi manutentionnaire ou conditionneuse. Ecr. *P. M.*, n° 31.

Nouvel Organisme spécialisé, avec dépôt pour l'Afrique du Nord, ch. Labos pour visites médicales et représentation. Ecr. *P. M.*, n° 32.

Infirmière, 18 ans pratique chirurgie, hautes référ., libre mi-Octobre, ch. situat. stable. Ecr. *P. M.*, n° 33.

Important Laboratoire recherche pour régions Est, Centre et Sud-Ouest, visiteurs médicaux et pharmaceutiques exclusifs, très bonne présentation et bons vendeurs. Ecr. S.P.M.O., 2 *bis*, rue de la Jussienne, Paris. Visa 9.209.

Tonomètre de Baillart à vendre, état neuf. Ecr. *P. M.*, n° 35.

Médecin, 31 ans, méd. gén. acc., démobil., cherche poste ou remplacement, préfér. Midi, pour Septembre. Ecr. *P. M.*, n° 36.

Vends motobécane, 2 cv., état neuf et vélocar. Téléphoner entre 13 et 14 h., après 19 h. à MOLitor 45-35.

Etud. prend à domicile travaux médicaux ou secrétariat ou dactylographie. Ecr. *P. M.*, n° 38.

Microscope d'Histoire Naturelle à vendre. Dr Eon, 40, rue Diderot, Vincennes.

Pharmacien, 28 ans. tr. sérieux, ch. docteur homme ou femme très au cour. bactériologie et sérologie, av. dipl. nécessaires en vue création intéressante laboratoire analyses, ville agréable Sud-Ouest. Réf. s.v.p. Ecr. *P. M.*, n° 40.

AVIS. — Prière de joindre aux réponses un timbre de 2 francs pour transmission des lettres.

Le gérant : F. Thomas.

Imprimé par l'Ancne Imprimerie de la Cour d'Appel, 1, rue Cassette, à Paris (France).

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées aux Périodiques, la Direction scientifique de La Presse Médicale *a dû fixer à 4 colonnes maximum l'étendue des mémoires originaux. Tout manuscrit dépassant cette étendue sera retourné à son auteur.*

L'EXTINCTION DE LA SENSIBILITÉ CUTANÉE A LA TUBERCULINE

PAR MM.

Jean TROISIER, Alfred CAYLA et Antoine-Camille MACLOUF

(Paris)

Il est généralement admis que la sensibilité cutanée à la tuberculine, une fois acquise, demeure positive indéfiniment. « Les exceptions à cette règle, ont écrit Ameuille et Canetti, ne sont considérées que comme de rares et inexplicables curiosités avec l'arrière-pensée même qu'il pourrait bien ne s'agir que de grossières erreurs de technique. » D'ailleurs très souvent ne s'abstenait-on pas de refaire l'épreuve dès la constatation d'une première réaction positive ?

Aucune statistique d'ensemble n'a été publiée, jusqu'à présent, en France sur la réversibilité des réactions tuberculiniques. Seules des observations isolées ont été relatées (Kourilsky, Chevalley). Cela tient, à de multiples raisons, entre autres on était peut-être trop convaincu de la pérennité de l'allergie tuberculinique. Nous avons pensé dès lors qu'il serait opportun de faire une enquête sur cette question dont l'importance pratique et doctrinale n'est plus à souligner.

Notre travail a porté sur les écoliers de Neuilly-sur-Seine. Point n'est besoin de rappeler que la valeur d'un travail de cet ordre est fonction avant tout de la technique mise en œuvre. On sait en effet que le coefficient personnel d'interprétation peut intervenir dans la lecture d'une réaction tuberculinique et fausser en quelque sorte les résultats. Il faut essayer de supprimer les éléments de confusion pour aboutir à la standardisation des méthodes tuberculiniques.

Une technique identique fut appliquée dans toutes les écoles de Neuilly.

Le premier triage se fait par une double épreuve de Pirquet. Lecture au quatrième jour après l'épreuve.

220 écoliers des deux sexes ont réagi à la tuberculine. Ils présentaient une induration nettement palpable d'un diamètre égal ou supérieur à 4 *mm*. Nous n'avons rangé sous cette rubrique que les réactions ne prêtant pas à discussion. Les réponses très faibles ou ébauchées, étiquetées douteuses, furent systématiquement éliminées du présent travail. Les sujets allergiques furent soumis douze mois plus tard à une nouvelle épreuve tuberculinique faite dans les mêmes conditions. Nous avons obtenu : *212 réponses positives* (soit dans 96,36 pour 100) ; *8 réponses négatives* (soit dans 3,63 pour 100).

Les 8 sujets négativés (Décembre 1944) furent soumis à une nouvelle double épreuve de Pirquet (13 Janvier 1945). L'absence de réponse ne laissait aucun doute sur la négativation du Pirquet. Tous subirent une intradermo-réaction à 1 *cg.* (1/10 de centimètre cube de la dilution à 1/10 de tuberculine brute dans du sérum physiologique). Les résultats furent les suivants au quatrième jour après l'épreuve : *3 réponses positives et 5 réponses négatives (soit dans 2,3 pour 100 des cas).*

Une radiographie thoracique fut faite aux 5 sujets insensibles à la tuberculine malgré cette série de sollicitations vigoureuses. Nous avons constaté : dans 4 cas une image thoracique normale ; dans le 5e cas la radiographie montrait dans la région sous-claviculaire droite une calcification typique dont l'interprétation ne souffre aucune discussion, tant elle est évidente. Nous donnons un résumé de cette dernière observation :

Micheline P..., écolière à Neuilly, née le 23 Août 1928. Cette jeune fille n'aurait jamais été malade.

Contact avec des sujets tuberculeux. A été en contact avec son grand-père qui était très suspect de tuberculose pulmonaire. C'était un « gazé » de la première guerre mondiale (1914-1918).

Les résultats des épreuves tuberculiniques furent les suivants :

Double cuti-réaction + en Décembre 1943.
Double cuti-réaction — en Décembre 1944.
Double cuti-réaction — le 13 Janvier 1945.
Intradermo-réaction à 1 *cg.* — le 23 Janvier 1945.
Radiographie du 23 Février 1945 :
Poumon gauche : image normale.
Poumon droit : calcification de 4 mm. de diamètre dans la région sous-claviculaire. De plus, on remarque dans la région hilaire une petite calcification constituant avec la précédente un complexe primaire calcifié.

L'intérêt de cette observation tient au fait que nous possédons non seulement la preuve biologique de l'extinction de la sensibilité cutanée à la tuberculine, mais également — fait plus rare — la preuve radiologique de l'atteinte antérieure par le bacille de Koch.

De notre enquête il ressort que l'index des virages à rebours (après Mantoux à 1 *cg.*) est, à Neuilly, de 2,3 pour 100. En d'autres termes, sur 100 sujets allergiques, 98 demeurent positifs et 2 perdent leur sensibilité à la tuberculine (après un délai de douze mois). Ces chiffres correspondent sensiblement à ceux qui ont été publiés récemment au Danemark par MM. Madsen, Holm et Jensen. Ces auteurs avaient bien insisté sur la nécessité de calculer « *the reversion rate* », c'est-à-dire le nombre de négativités par année d'observation. Leurs résultats furent les suivants chez les écoliers :

A Nakskov, 24 négativés, soit dans 3,6 pour 100 des cas ;

A Ronne (première enquête), 10 négativés, soit dans 3 pour 100 des cas ;

A Ronne (deuxième enquête), 32 négativés, soit dans 3,6 pour 100 des cas ;

A Haderslev, 7 négativés, soit dans 0,2 pour 100 des cas.



P... (*Micheline*). — Calcification sous-claviculaire. Cuti-réaction + en Décembre 1943 ; cuti-réaction — en Décembre 1944 ; intradermo-réaction à 1 *cg.* — le 23 Janvier 1945.

Les résultats sont, comme on le voit, très variables d'une école à l'autre. L'inégale fréquence des désensibilisations spontanées est liée dans une certaine mesure à l'inégale répartition dans les secteurs envisagés de la morbidité, de la mortalité et de l'index tuberculinique.

Un index de négativation faible se rencontre dans les villes où la tuberculose est fréquente, et inversement, des extinctions nombreuses correspondent aux secteurs les plus privilégiés. Ainsi, la proportion annuelle moyenne de décès par tuberculose pulmonaire est de 52 pour 100.000 habitants à Nakskov et de 88 pour 100.000 à Haderslev (période s'étendant de 1925 à 1934). De même, l'index tuberculinique est, à âge égal, incomparablement moins élevé dans la première ville que dans la seconde (à 10 ans : 16.2 pour 100 à Nakskov contre 58,8 pour 100 à Haderslev ; à 15 ans : 26 pour 100 à Nakskov contre 73,6 pour 100 à Haderslev).

Signalons que dans la ville de Neuilly la mortalité par tuberculose pulmonaire était de 84 pour 100.000 habitants de 1935 à 1937, soit un taux nettement inférieur à celui de 63 quartiers (sur 80) de notre capitale. Les décès par tuberculose pulmonaire ont augmenté de fréquence pendant la période de la guerre. Et actuellement (1943), on relève un taux de 98 décès pour 100.000 habitants.

Le pourcentage des sujets allergiques était en 1943 de : 11,2 chez les enfants âgés de 5 à 6 ans ; 19,43 à 9 et 10 ans ; 35,9 à 13 et 14 ans. Ainsi donc, à Nakskov comme à Neuilly, nous trouvons des chiffres similaires tant pour l'index tuberculinique que pour les virages à rebours et la mortalité.

De plus, la surface des promenades et espaces libres est de beaucoup plus grande à Neuilly que dans les quartiers les plus favorisés de Paris. La densité par hectare était en 1943 de 130 habitants à Neuilly alors qu'elle atteignait 218 dans l'ensemble de la ville de Paris et 146 dans l'arrondissement de l'Élysée (VIIIe) qui, depuis un demi-siècle accuse la plus faible mortalité par tuberculose pulmonaire. En outre, il est à noter que le standard de vie de la population est incontestablement plus élevé à Neuilly que dans l'ensemble du département.

De telles données permettent de penser que la réinfection contribuerait à maintenir à un taux élevé la sensibilité cutanée à la tuberculine et agirait en somme comme un régulateur ou, mieux, comme le combustible entretenant le foyer. Deux forces agiraient en sens opposé : d'une part la tendance naturelle plus ou moins développée de l'organisme à expulser ou à détruire ses bacilles, et de l'autre, la réinfection qui serait souvent prédominante et empêcherait par sa prédominance l'extériorisation de la première tendance. Il faut cependant admettre que malgré une égalité dans l'exposition aux bacilles, la réactivité dermique peut demeurer positive chez les uns et s'estomper ou disparaître chez les autres par suite d'une hérédo-résistance rendant le terrain plus ou moins réfractaire. L'étude des familles de négativés est à ce point de vue très instructive (Paretzky).

Mais l'extinction de la sensibilité cutanée à la tuberculine traduit-elle obligatoirement la stérilisation des lésions tuberculeuses? De très nombreux travaux eurent lieu tant en France qu'à l'étranger sur la fréquente stérilisation des lésions calcifiées, ossifiées ou fibreuses provenant de l'autopsie d'adultes décédés d'une affection non tuberculeuse. Il est néanmoins impossible d'affirmer à coup sûr que les lésions stérilisées se rencontrent chez les sujets ayant fait un virage à rebours et les lésions virulentes chez les sujets encore réagissants à la tuberculine, étant donné qu'aucune confrontation n'a été faite entre les résultats des examens d'autopsie et les résultats des épreuves tuberculiniques.

Si chez le cobaye (soumis au BCG) la négativation ne survient *qu'après* la stérilisation des lésions (Saenz et Canetti), il semble qu'il ne faut pas se hâter de généraliser cette notion. En effet, au cours de leurs expériences, Calmette et Guérin ont constaté que de jeunes bovidés avaient cessé de réagir à la tuberculine quelques trimestres après la primo-inoculation par 4.400 bacilles virulents. Mais les ganglions renfermaient encore des bacilles susceptibles de tuberculiser le cobaye après un bref délai.

Du point de vue clinique, les résultats du travail de Paretzky méritent d'être soulignés. Cet auteur a signalé que certains négativés étaient néanmoins soumis à des réinfections massives et se trouvaient dans des conditions d'hygiène déplorables, en contact intime et prolongé avec plusieurs personnes tuberculeuses vivant dans le même foyer. L'auteur cite quelques exemples où l'on voit la sensibilité cutanée disparaître au moment même ou non seulement l'état du contaminateur s'aggravait considérablement mais où d'autres personnes de la même famille étaient à leur tour atteintes de tuberculose-maladie.

Bien plus, l'enquête de Paretzky montrerait qu'il n'y a pas toujours de rapports *évidents* entre l'absence de contact et la disparition des réactions cutanées positives, et entre un nouveau contact et la réapparition de la réaction à la tuberculine. L'allergie une fois disparue pourrait réapparaître en milieu sain [1].

Comment dès lors expliquer les disparitions des réactions tuberculiniques ? On peut penser que dans ces cas la négativation ne signifie pas toujours absence de bacilles de l'organisme. Kourilsky a pu faire l'autopsie de certains vieillards non réagissants et l'inoculation aux cobayes a montré la présence de bacilles. Austrian, puis Paretzky ont admis la possibilité d'une réinfection endogène pour expliquer les réapparitions de l'allergie survenant en milieu sain. En effet, si les lésions de ces sujets s'étaient complètement stérilisées on comprend mal comment la réaction a pu réapparaître puisqu'il n'y a pas eu apparemment de contamination nouvelle. Il faut toutefois se garder de se baser sur les résultats du travail de Paretzky pour penser que les négativations s'observent avec une égale fréquence quel que soit le milieu : sain ou hautement contagieux. En effet, si cet auteur nous renseigne sur les contacts ou l'absence de contact, il demeure en revanche muet sur le nombre total d'enfants observés et ne donne pas le pourcentage des premiers par rapport aux seconds.

Beaucoup plus précis à ce point de vue sont les résultats de Long portant sur 276 négativations. Dans sa statistique, cet auteur tient compte du milieu et nous donne la proportion de ceux qui se sont négativés par rapport à ceux demeurés positifs (délai d'observation : dix ans). Ainsi, parmi les familles saines dont aucun des membres n'est atteint de tuberculose pulmonaire, des cas de négativation ont pu être observés dans 58 pour 100 des familles et chez 21 pour 100 des individus, tandis que parmi les familles dont l'un des membres est cracheur de bacilles des cas de négativation n'ont pu être observés que dans 8 pour 100 des familles et chez 1,5 pour 100 des individus.

En résumé, il faut reviser tout au moins partiellement nos connaissances sur la signification des réactions tuberculiniques. Nier systématiquement les faits qui ne cadrent pas avec nos conceptions étriquées d'autrefois n'est pas une attitude impartiale et scientifique. La sensibilité cutanée à la tuberculine, une fois acquise peut ne pas persister indéfiniment. Sa pérennité n'est pas absolue. Nous avons pu observer son extinction chez 5 écoliers. Dans l'une de ces observations, la radiographie a montré une calcification pulmonaire nette, signature anatomique de l'atteinte tuberculeuse antérieure. Il est indiqué de poursuivre les mêmes observations pendant des années afin d'être à même de saisir les fluctuations de la réactivité dermique à la tuberculine. L'idéal serait de rechercher chez ces mêmes sujets le seuil de la sensibilité tuberculinique, c'est-à-dire la dose réactionnelle minima, par des épreuves régulièrement répétées aux différentes périodes de la vie.

Les données tant expérimentales que cliniques montrent que la désensibilisation spontanée n'est pas l'apanage exclusif des sujets vivant en milieu sain certain. Elle peut survenir soit après la stérilisation des lésions, soit chez un sujet encore porteur de bacilles virulents. La première éventualité serait plus fréquente que la seconde. Le virage chez de tels sujets traduirait une réinfection ou une surinfection. On voit donc qu'il ne signifie pas obligatoirement infection récente sur un terrain neuf. Il est regrettable qu'aucune épreuve biologique précise ne soit capable de distinguer parmi les non-réagissants : les vierges authentiques des demi-vierges. La recherche du phénomène de Balwin-Gardner-Willis peut, dans certains cas, être d'une grande utilité.

La diminution des chances de contamination pourrait entraîner une disparition plus fréquente des réactions tuberculiniques. Ce facteur permettrait d'expliquer pourquoi les négativations semblent plus fréquentes aux Etats-Unis qu'en France : on sait en effet que la morbidité et la mortalité sont de beaucoup plus faibles dans le premier pays que dans le second. En bref, on peut admettre que dans l'ensemble toute la question serait dominée par les contacts et leur répétition. L'index des négativations serait inversement proportionnel à la morbidité et à la mortalité tuberculeuses. Mais lorsque les risques d'infection baissent, l'index tuberculinique tend à une chute plus accélérée du fait que non seulement les virages se font à un âge plus reculé mais encore du fait que ceux déjà touchés et déjà positifs, peuvent avec une facilité accrue se désensibiliser spontanément.

1. Pour que des observations de cet ordre revêtent un cachet de certitude scientifique, il faudrait théoriquement isoler l'enfant d'une façon absolue. L'isolement rigoureux est possible pendant un court laps de temps, mais s'avère pratiquement irréalisable pendant une longue période. Contrairement à l'expérimentation on ne peut mettre l'enfant *sous cloche*. C'est pourquoi les observations de cet ordre peuvent suggérer des hypothèses, mais ne permettront que rarement d'éliminer avec une certitude absolue toute cause d'erreur due à une contamination nouvelle. Un doute peut planer.

BIBLIOGRAPHIE

Ameuille, Saenz et Canetti : Tuberculose abortive et réinfection tuberculeuse. *La Presse Médicale*, 11 Juin 1940. — Austrian : The evolution of tuberculosis infection in childhood. *American Rev. of Tuberculosis*, 1927, **16**, 501. — Calmette et Guérin : Sur le stade lymphatique de l'infection tuberculeuse chez les bovidés. *Annales de l'Institut Pasteur*, 1928, **42**, 175. — Feldman and Baggenstoss : The residual infectivity of the primary complexe of tuberculosis. *American journal of pathology*, 1938, **14**, 179. — Krause : Human resistance to tuberculosis at various ages of life. *American Rev. of tuberculosis*, 1925, **11**, 303. — Long : Tuberculin anergy and variability of tuberculins. *American Review of tuberculosis*, 1939, **39**, 607. — Madsen, Holm and Jensen : Studies on the epidemiology of tuberculosis in Denmark. *Acta tuberculosea scandinavica*, 1942, Supplementum VI. — Paretzky : The disappearance of specific skin hypersensitiveness in tuberculosis. *American Review of tuberculosis*, 1936, **33**, 370. — Paretzky : The epidemiological aspects of the negative tuberculin reaction. *American Review of tuberculosis*, 1939, **39**, 731. — Saenz et Canetti : Sur l'importance du délai s'écoulant entre la mort du B.C.G. et l'extinction de l'allergie tuberculinique qu'il confère. *Société de Biologie*, séance du 4 Mai 1940. — Troisier et Maclouf : Nouvelles statistiques de réactions cutanées à la tuberculine chez des vieillards de Paris. *Paris Médical*, 20 Septembre 1942, **38**, 609. — Troisier, Sifferlin et Maclouf : Anergie tuberculinique sénile et phénomène de Balwin-Gardner-Willis. *La Presse Médicale*, 3 Octobre 1942, **44**, 609.

SUR L'EXÉRÈSE PARFOIS A CHAUD DES SUPPURATIONS ANNEXIELLES

PAR MM.

Jean PATEL et Ch. DUBOST

(Paris)

Intervenir à chaud en cas d'annexite suppurée, cela peut, certes, faire hésiter, voire reculer le plus hardi, jusqu'à l'instant où, désespérant de la glace, des sulfamides, du propidon, l'indication semble si formelle que la temporisation apparaît, au moins averti, comme une condamnation sans appel, que l'attente est alors plus redoutable que l'opération obligée sur une malade déficiente, suppurant depuis des semaines et dont la poche est prête à se rompre dans l'intestin ou la vessie, à diffuser dans le péritoine.

Intervenir à chaud dans les salpingites, dira-t-on ? Oui, s'il existe un abcès du Douglas ou un pyosalpinx rompu déversant son contenu dans la grande cavité péritonéale. Ailleurs le traitement médical guérit les annexites, et permet d'opérer à froid leurs reliquats.

Pour être l'éventualité la plus fréquente, cette guérison médicale n'est pourtant pas la règle absolue : 6 pour 100 des salpingites, selon la statistique de Holtze, seraient rebelles au traitemnt médical.

Quels sont *les facteurs anatomo-cliniques* qui peuvent entraîner une telle évolution ? écrit Mazingarbe dans sa thèse.

Il peut s'agir soit d'une fistule entéro-salpingienne, soit d'une fistule vésico-salpingienne, soit d'un abcès de l'ovaire, soit de l'infection secondaire des poches salpingiennes sans qu'il y ait perforation de la trompe dans un viscère creux ou le vagin.

C'est à l'une quelconque de ces éventualités que l'on doit penser en présence d'une malade dont la ou les masses annexielles persistent sans tendance à la régression, chez laquelle la contracture hypogastrique ne cède pas, où le tableau d'infection générale grave subsiste, le traitement habituel restant inopérant.

Dès lors un double problème se pose à leur sujet : Faut-il intervenir et quand ?

Quelle conduite tiendra-t-on à la vue des lésions ?

Les deux observations que nous rapportons permettent de répondre à ces questions après le Prof. Mocquot, qui, dans la Thèse de Mazingarbe, a proposé une méthode opératoire nouvelle, toute d'élégance et de simplicité, et dont nous n'avons eu, dans nos cas, qu'à nous féliciter.

Voici d'abord les faits :

Observation I. — Mme R..., 43 ans. Vue le 15 Février 1944. Alitée depuis un mois pour une masse douloureuse, abdomino-pelvienne, apparue assez rapidement, et s'accompagnant d'une fièvre oscillante (38°5-39°4). On a d'abord cru à un gros fibrome compliqué de nécrose.

Au toucher, masse irrégulière, du volume d'un melon, paraissant faire corps avec l'utérus, peu douloureuse, mais non mobilisable, qui fait plutôt évoquer un double pyosalpinx. Leucocytose : 26.000.

L'accroissement de la masse malgré le repos et la glace, et l'altération progressive de l'état général font décider de l'intervention.

Intervention le 20 Février. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Gros bloc inflammatoire, collant à la paroi, fait de l'épiploon, du sigmoïde et de deux volumineux pyosalpinx. Libération prudente des organes et des poches purulentes jusqu'au promontoire. Des lames de caoutchouc et des mèches les isolent de la grande cavité péritonéale. Fermeture pariétale en un plan.

Réintervention cinq jours plus tard. Ponction des pyosalpinx. Hystérectomie supra-vaginale et ablation des poches vidées. Septoplix. Mikulicz et trois mèches. Ablation des lames et des mèches qui forment la barrière supérieure. Fermeture pariétale en deux plans.

Les suites sont simples, sans incident. La température s'abaisse peu à peu, pour être normale au sixième jour. Ablation des mèches et du sac de Mikulicz dans les délais habituels. Guérison complète en un mois.

Observation II. — Mlle L..., 37 ans. Entre dans le service le 31 Janvier 1945. Présente un double et volumineux pyosalpinx à évolution purement abdominale et ne refroidissant pas à la glace, au propidon et au repos.

Certains jours, la température s'élevant, des vomissements ayant lieu, et une contracture s'étendant de l'hypogastre à l'épigastre, on a pu craindre une perforation.

La main forcée par les symptômes, on intervient le 21 Février 1945.

Incision médiane sous-ombilicale : le côlon pelvien et le cæcum forment aux pyosalpinx un écran. Décollement prudent des adhérences intestinales ; on parvient ainsi à isoler les pyosalpinx jusqu'au Douglas.

Les conditions locales et générales commandent la prudence : aussi décide-t-on d'intervenir en deux temps, suivant la technique de Mocquot.

Isolement par 4 lames de caoutchouc et 4 mèches du pelvis et de la grande cavité. Fermeture pariétale en deux plans.

Le 24 Février 1945, second temps. Ablation des lames de caoutchouc. La grande cavité est bien isolée du pelvis. Libération des annexes. Hystérectomie supra-vaginale. Mikulicz et 3 mèches. Paroi en deux plans.

Suites simples. La malade sort guérie le 9 Avril.

Ces deux observations jointes aux quatre autres publiées dans la Thèse de Mazingarbe, frappent à la fois par l'aisance et la simplicité de l'intervention, et par l'extrême simplicité des suites opératoires.

Il n'est point dans nos intentions de faire ici un plaidoyer en faveur de l'intervention à chaud des annexites qui ne refroidissent pas, puisque aussi bien l'opération reste la seule chance de guérison de ces malades.

Bien compréhensibles sont les hésitations du chirurgien devant de volumineuses masses annexielles continuant à s'accroître chez des malades qui s'affaiblissent rapidement, et chez lesquelles le choc opératoire et la diffusion de lésions septiques risquent d'être fatals.

Si l'aggravation des signes généraux et des signes locaux emporte la décision en fin de compte, quelle va être l'intervention ?

Partisans de la voie vaginale et partisans de la voie haute se sont longtemps affrontés, chacun avec des arguments de valeur, chacun cherchant l'opération la plus simple, la plus facilement curatrice, à moindres frais.

I. Peut-on compter sur la colpotomie pour guérir définitivement une poche suppurée, à parois rigides, cartonnées, ne s'affaissant pas sous le drainage, exposant aux dangers de la fistule et de la surinfection et obligeant, finalement, à une intervention nouvelle par voie haute ? Souvent, d'ailleurs, nos observations en font foi, l'évolution ne se fait pas vers le Douglas, mais bien vers l'abdomen, les poches suppurées restant alors inaccessibles au drainage vaginal.

II. A plus forte raison, que penser, dans ces cas,

le l'hystérectomie vaginale, pourtant vantée par A. Gosset et J.-L. Faure, dans ces suppurations qui ne refroidissent pas? Comment espérer au milieu l'adhérences du côlon, du grêle, de la vessie, trouver le clivage qui permette d'évacuer par le vagin les poches suppurées, surinfectées, à contenu virulent, dont la moindre fissuration entraînera une péritonite mortelle? « La vaginale, écrit Mazingarbe, dans les suppurations pelviennes est une opération aveugle; le chirurgien travaille au fond d'un puits sur un utérus fixé qui ne descend pas; elle est dangereuse par la possibilité de lésions vésicales ou intestinales, l'impossibilité de réparer correctement les lésions. »

III. La voie abdominale jouit par contre d'une faveur plus grande.

Hystérectomie totale ou subtotale se partagent, dans de tels cas, la faveur des chirurgiens: elles ne sont pourtant pas exemples de dangers: interventions longues et choquantes, faites souvent par morcellement, rupture des poches avec issue de pus virulent, expliquent la relative fréquence des échecs dus au choc opératoire ou à la péritonite.

Certains ont pu, devant la fréquence des accidents, proposer des interventions mineures destinées, quand l'extirpation paraît impossible, à assurer le drainage les poches, qu'il s'agisse du drainage simple de la poche, d'ouverture de la poche suivie de sa suture, ou encore de la marsupialisation de celle-ci.

A vrai dire, ces différents procédés se sont, à l'usage, révélés insuffisants. D'où la solution, à la fois élégante et sûre, de l'intervention en deux temps, prônée par le Prof. Mocquot:

Dans un premier temps, inventaire des lésions, libération douce des adhérences des poches suppurées, exclusion de la grande cavité par une couronne de mèches et de lames de caoutchouc.

Dans un deuxième temps, deux ou trois jours plus tard, intervention d'exérèse, chez une malade à péritoine exclu, c'est-à-dire où les risques de diffusion sont réduits à néant.

Si l'intervention n'en est pas pour autant rendue plus aisée, elle est par contre combien plus sûre, plus exempte du risque mortel de péritonite.

Nous n'avons eu d'autre but dans ce court article que d'attirer l'attention sur un procédé opératoire dont les indications, pour se poser assez rarement, n'en sont pas cependant exceptionnelles.

Augmentant au maximum la sécurité de l'acte opératoire, ce procédé mérite une place de choix dans l'arsenal gynécologique.

MICRO-TECHNIQUES PRATIQUES POUR LE DÉPISTAGE SÉROLOGIQUE DE LA SYPHILIS EN GRANDE SÉRIE

PAR MM.

R. LAPORTE, L. HARDRÉ DE LOOZE et E. WINIK

(Paris)

Les méthodes sérologiques utilisées pour le diagnostic de la syphilis sont suffisamment sensibles et spécifiques pour permettre le dépistage des infections ignorées, mais, afin d'assurer au diagnostic sérologique une précision maxima, il est nécessaire d'effectuer au moins deux techniques pour chaque sérum: une réaction d'hémolyse (type Bordet-Wassermann) et une réaction de floculation (Kahn, Meinicke). Or, l'application de deux techniques courantes au dépistage de la syphilis chez un grand nombre d'individus est rendue très difficile en raison de la quantité de sérum qu'elles nécessitent [1]. Aussi s'est-on efforcé de découvrir des micro-techniques, réalisables avec une très faible quantité de sérum provenant de quelques gouttes de sang, que l'on peut prélever par piqûre des téguments.

La mise au point de micro-techniques simples et pratiques ne semble pas avoir été réalisée jusqu'à présent, sauf pour certaines réactions de floculation. Ainsi Kahn, Sachs, Meinicke, et plus récemment, Kline (1), Eagle (2), Hinton, en collaboration avec Davis (3), ont décrit des micro-techniques donnant des résultats généralement satisfaisants. Les auteurs américains préconisent le prélèvement du sang par piqûre du doigt ou du lobule de l'oreille, le sang étant recueilli directement ou par aspiration dans des tubes semi-capillaires. La coagulation dans ces tubes maintenus verticalement fournit un caillot qui, en se rétractant, libère une colonne de sérum. On facilite la séparation caillot-sérum en centrifugeant les tubes, que l'on coupe ensuite à la limite entre le caillot et le sérum. L'inactivation du sérum est effectuée, au préalable, par chauffage des tubes à 55° pendant trente minutes. Une des difficultés de l'emploi des tubes capillaires est la façon d'assurer leur fermeture après prélèvement du sang; elle est faite soit par scellage à la flamme, soit au moyen de petits capuchons de caoutchouc. Après l'essai que nous en avons fait, ces procédés ne nous ont pas paru assez simples, ni assez rapides, pour permettre leur application au dépistage en grande série. Aussi avons-nous mis au point une méthode très simple et qui nous a donné toute satisfaction. Elle repose sur les principes suivants:

1° Le sang est recueilli directement sans aspiration dans des petits tubes de 5 *mm.* de diamètre intérieur sur 50 *mm.* de longueur.

La meilleure technique consiste à pratiquer une légère incision de 5 à 10 mm. de long avec un vaccinostyle stérile sur le bord libre de l'oreille, préalablement lavé à l'alcool et séché. Le point d'élection est à 15 *mm.* de l'extrémité inférieure du lobule. L'opérateur saisit un tube entre les trois derniers doigts repliés de la main droite, puis il prend l'oreille entre le pouce et l'index des deux mains placés de chaque côté de l'incision, faisant sourdre, par des pressions successives, des gouttes de sang aussitôt recueillies en raclant la petite plaie avec le bord du tube. Ce procédé est préférable à la piqûre du doigt, car, plus rapide et moins douloureux, il n'expose pas à des infections secondaires.

En prélevant ainsi X gouttes normales, soit 0 cm^3 5 de sang, ce qui ne demande pas plus de deux minutes par sujet, on peut effectuer pour chaque sang jusqu'à 5 micro-réactions différentes.

2° La répartition et le dosage du sérum dans les tubes de réaction sont faits à l'aide de micro-pipettes donnant des micro-gouttes dont le volume, en chute libre, est pratiquement constant.

Après coagulation du sang, le caillot est détaché avec un mince fil métallique et au bout de quelques heures on le retire avec un petit crochet. Les tubes sont alors centrifugés, puis chauffés trente minutes à 56° au bain-marie dans des portoirs spéciaux. Nous utilisons, pour prélever le sérum inactivé et le répartir dans les tubes de réaction, des pipettes Pasteur deux fois effilées et calibrées de façon à donner XL gouttes au centimètre cube. La préparation de ces pipettes est réalisée sans difficulté au laboratoire. On les munit de tétines en caoutchouc.

3° Les techniques sérologiques sont celles que l'on utilise dans la pratique courante, mais nous réduisons simplement, d'après un coefficient fixe, les doses de tous les réactifs qu'elles comportent. Nous effectuons ainsi:

a) Un micro-Wassermann:

Les techniques françaises de Debains (4), ou de Demanche (5), sont habituellement réalisées avec le volume total de 0 cm^3 1 de sérum. En réduisant de moitié les doses de tous les réactifs, nous n'avons plus besoin que de 0 cm^3 05 de sérum, soit II gouttes de la pipette au 1/40: I goutte pour le tube de réaction et une autre pour le tube témoin [2].

b) Un micro-Kahn standard.

Nous employons la technique décrite par l'auteur (6): réaction comportant un seul tube avec 0 cm^3 005 d'antigène en suspension colloïdale et 0 cm^3 05 de sérum (soit II gouttes de la pipette au 1/40). Pour mesurer l'antigène, nous employons une pipette de 0 cm^3 1 divisée en millièmes de centimètre cube (5 divisions).

c) Un micro-Sachs-Witebsky.

Sérum inactivé: I goutte (0 cm^3 025), Citochol en suspension colloïdale *aa*. On emploie les mêmes tubes que pour le prélèvement de sang (5 *mm.* de diamètre), un tube par sérum. Les petits tubes sont placés dans des tubes de Kahn ordinaires contenant un peu d'eau; ils sont alors soumis à l'agitation mécanique pendant trois minutes. On ajoute ensuite 0 cm^3 1 d'eau physiologique et la lecture est faite avec un miroir concave (il est bon d'éclairer latéralement les tubes avec un faisceau lumineux étroit provenant de la lampe à condensateur servant à l'éclairage du microscope).

d) Un micro-Kline, ou Kline ordinaire, suivant la quantité de sérum dont on dispose [Kline-diagnostic, technique Debains] (3).

On emploie soit 0 cm^3 05 de sérum suspect inactivé (II gouttes de la pipette au 1/40) plus 1/100 de centimètre cube d'antigène de Kline en suspension colloïdale, soit 0 cm^3 025 de sérum, plus la même quantité d'eau physiologique et 1/100 de centimètre cube d'antigène. Le mélange sérum-antigène est opéré sur lame à l'intérieur de petites cellules limitées par un cercle de paraffine. Après quatre minutes d'agitation faite à la main sur la table (mouvement rotatif), la lecture s'effectue directement au microscope à un faible grossissement (30 à 40 diamètres).

e) Avant de procéder à l'inactivation des sérums, il y a intérêt à effectuer pour chacun d'eux un micro-Meinicke M K R 2 à lecture tardive directe (7).

Cette réaction s'effectue dans des tubes de 5 *mm.* de diamètre (un tube par sérum, I goutte de la pipette au 1/40 de sérum frais par tube). On ajoute 0,1 d'antigène de Meinicke en suspension neutre et la lecture des résultats est faite après vingt-quatre heures.

En prélevant 0 cm^3 5 de sang, on obtient aisément 0,15 à 0,2 de sérum permettant d'effectuer 4 ou 5 réactions parmi celles dont nous venons de donner une description sommaire. *Ce sont les techniques de micro-Wassermann, de Kline, de micro-Meinicke qui donnent le meilleur résultat.* La réaction de Kahn, réduite à un seul tube, est une technique imparfaite, dont la sensibilité est insuffisante et la lecture parfois difficile. L'auteur a décrit sa méthode comme devant comporter, obligatoirement, 3 tubes avec 3 doses différentes d'antigène; l'adaptation en micro-méthode à un seul tube et doses réduites donne souvent des résultats insuffisants ou incorrects. Par contre, le micro-Sachs se révèle comme une excellente réaction de lecture facile et très spécifique. La technique originelle ne comprend en effet qu'un seul tube par sérum. Seule la difficulté qu'on rencontre actuellement pour se procurer du Citochol nous interdit d'en préconiser l'usage.

*
* *

Pour préciser la valeur des micro-techniques que nous avons mises au point, il était essentiel d'en comparer les résultats avec ceux que fournissent les techniques courantes, dont la spécificité et la sensibilité ne sont pas contestables. Nous avons donc procédé sur un nombre de sujets qui s'élève actuellement à 1.210, à deux prélèvements simultanés du sang, l'un à la veine du pli du coude (10 cm^3), l'autre au lobule de l'oreille (0 cm^3 5), puis, pour chaque échantillon de sang, nous avons effectué 4 ou, le plus souvent 5 réactions, chacune sous la forme de macro- et de micro-technique (B.-W., Kline, Meinicke, Sachs et Kahn).

En ce qui concerne le Kahn, cette réaction a été constamment pratiquée suivant la technique standard à 3 tubes avec le sérum provenant du sang pris à la veine; par contre, avec le sérum du sang de l'oreille, le micro-Kahn à un seul tube s'étant montré moins pratique que les autres techniques, n'a pas toujours été effectué.

Les résultats sont résumés dans le tableau suivant:

Nombre total de sérums examinés.	1.210	
Sérums fortement positifs	198	*Total des sérums nettement positifs* 245.
Sérums moyennement positifs....	47	
Sérums faiblement positifs et douteux (avec les deux méthodes).	32	

Aucune discordance n'a été notée entre les micro- et les macro-méthodes pour les sérums fortement et moyennement positifs.

Les sérums positifs faibles et ceux trouvés douteux avec les deux méthodes, ne donnent pas constamment un résultat identique avec les micro- et les macro-réactions; certaines différences existent, en effet, assez souvent, portant sur le degré de positivité, mais non sur la nature même des résultats.

Les discordances réelles ne se rapportent qu'à des résultats douteux. 84 sérums entrent dans ce groupe, 27 ont été classés suspects avec les macro-méthodes et négatifs avec les micro-méthodes, et 57 ont donné un résultat inverse. Il est à noter que dans tous

1. Quantité de sérum qui ne peut être obtenue que par ponction veineuse, ce qui nécessiterait un personnel médical et un matériel très importants.

2. Nous employons actuellement la technique américaine de Bordet-Wassermann réalisée par KOLMER et que nous avons mise au point sous forme de micro-technique (en cours de publication).

ces cas, sauf cinq, il s'agissait de sérums donnant également des résultats discordants avec les différentes réactions effectuées, qu'elles soient des micro- ou des macro-techniques. La plupart des sérums de ce groupe ne donnaient même qu'une ou deux réactions douteuses, les autres étant négatives. En d'autres termes, il n'existait pas de discordances homogènes en faveur des micro- ou des macro-méthodes, sauf dans les cinq cas déjà cités dans lesquels les micro-méthodes ont donné un résultat faiblement positif et les macro-méthodes un résultat négatif. Le premier de ces cas concerne un homme n'ayant pas présenté d'accidents syphilitiques reconnus, mais qui est marié avec une syphilitique avérée; le deuxième se rapporte à un sujet cliniquement indemne de syphilis, mais qui a présenté par ailleurs des réactions positives avec d'autres techniques sérologiques; les trois derniers cas sont les syphilis anciennes.

On voit donc que les micro-méthodes fournissent, dans l'ensemble, un peu plus de résultats douteux que les macro-méthodes. Signalons, toutefois, que sur 57 sérums trouvés douteux avec certaines micro-méthodes et négatifs avec les macro-méthodes, le diagnostic clinique a pu être établi avec certitude dans 39 cas. Il s'agissait 7 fois seulement de sujets paraissant indemnes de syphilis; dans les 32 autres observations, le diagnostic de syphilis héréditaire a été porté 10 fois, celui de syphilis nerveuse 3 fois, les autres cas étaient des syphilis anciennes encore traitées (19 observations). C'est donc, semble-t-il à une sensibilité légèrement plus forte des micro-méthodes que l'on doit le plus grand nombre de résultats douteux qu'elles donnent par rapport aux méthodes ordinaires, mais cette sensibilité accrue ne s'accompagne pas d'une perte de spécificité, et c'est là un point particulièrement important.

Une enquête poursuivie actuellement par l'Institut National d'Action Sanitaire des Assurances sociales, et à laquelle nous participons, nous a permis d'établir que sur 168 syphilitiques à différentes périodes de la maladie, les macro-méthodes ont donné 77,9 pour 100 de résultats positifs, les micro-méthodes, telles que nous les effectuons, 81,5 pour 100. Sur 129 sujets cliniquement indemnes de syphilis, les micro-méthodes n'ont donné aucun résultat positif; trois sujets ont été trouvés suspects, l'un avait été soumis à un traitement par les sulfamides, l'autre à un traitement par le propidon, le troisième concernait un lépreux pour lequel les macro-méthodes ont donné un résultat fortement positif. On sait que ces thérapeutiques ont été incriminées, ainsi que la lèpre, comme pouvant entraîner un Wassermann positif en dehors de la syphilis.

Des résultats de nos expériences il ressort donc que *les micro-techniques que nous proposons et qui ont déjà été utilisées avec plein succès pour le dépistage systématique de la syphilis dans l'armée* (9), *constituent un procédé de diagnostic essentiellement pratique, rapide et sûr, donc aisément applicable aux grandes enquêtes sérologiques. Dans tous les cas où la ponction veineuse est difficile ou impossible, les micro-méthodes offriront aussi un moyen pratique d'investigation* (10).

(*Institut Alfred-Fournier. Laboratoire de Sérologie.*)

BIBLIOGRAPHIE

(1) Kline : Microscopic slide precipitation tests for the diagnosis and exclusion of syphilis. *In* : The Serodiagaosis of Syphilis. *United States Public Health Service*, 1939, 198. — (2) Eagle et Brand : A micromodification of the floculation technic. *Am. J. Syph., Gonor. and Ven. Dis.*, 1938, **22**, 22. — (3) Davies : A method of collecting small blood specimens with special reference to microflocculation tests for syphilis. *J. Lab. and Clin. Med.*, 1938, **23**, 1206. — (4) Debains : *Techniques sérologiques*, Versailles, 1, rue Richaud — (5) Demanche : *Séro-Diagnostic de la Syphilis*. Paris 1941 (3e édition) [*Doin*, édit.]. — (6) Kahn : Outline of standard Kahn test *In* : The Serodiagnosis of Syphilis. *United States Public Health Service*, 1939, 183. — (7) Pour les détails de la préparation des antigènes en suspension colloïdale pour les réactions de Meinicke et de Sachs, nous renvoyons le lecteur au livre de M. Demanche déjà cité. — (8) En ce qui concerne la réaction de Kline, M. Debains a publié, par les soins de la maison Lenne, 28 *bis*, rue du Cardinal-Lemoine, Paris, une notice donnant tous les détails de technique nécessaires pour effectuer cette réaction telle que cet auteur l'a modifiée. — (9) Hirsch-Marie : Sur le dépistage de la syphilis en grande série. La Prophylaxie antivénérienne, Novembre 1944, **16**, 213. Dans cet article, notre assistant le Dr Hirsch-Marie a utilisé, pour chaque sérum, deux réactions : un micro-Bordet-Wassermann et un Kline. C'est la méthode qui nous a donné les meilleurs résultats dans la pratique courante.

LA CHARGE ÉLECTRIQUE DES AÉROSOLS

Par **André DÉNIER**

(La Tour-du-Pin)

Dans tous les travaux qui me sont connus sur les aérosols je n'ai pas trouvé l'étude d'un facteur important qui concourt dans leur valeur thérapeutique, je veux parler de la charge électrique de ces particules nébulisées.

Ionisation.

En effet si on fait une série de mesures avec l'électromètre monofilaire de Wulf on se rend compte que les aérosols possèdent une charge négative importante.

Les expériences de Lenard et de Hochschwender avaient montré que des gouttelettes projetées sur un solide prenaient une charge négative et le solide une charge positive. C'est l'action d'électricité de frottement qui a lieu toutes les fois que la surface d'un liquide ou d'un gaz subit des modifications brusques; le phénomène trouve son explication dans l'existence d'une couche électrique double à la surface de contact, action d'autant plus marquée que la fragmentation est plus rapide par rapport à la reconstitution des ions.

Dans l'appareil de micro-brouillard de Biancani la pression de l'air vient projeter le liquide pulvérisé sur un tube de verre en chicane où les aérosols subissent un véritable malaxage et décrivent un mouvement tourbillonnaire qui multiplie leur contact avec les parois de verre d'où sort le nuage médicamenteux.

Il se produit alors des ions de mobilité diverse depuis les gros ions de Langevin jusqu'à des ions plus mobiles que les petits ions.

Pour se rendre compte il faut faire les expériences en chargeant l'électromètre à 10 volts pour capter les petits ions, et à 400 volts pour capter les gros ions.

On trouve alors des ions dont la mobilité est de 0,14 à 0,18 *cm.* seconde pour les plus petits ions qui sont dans cet ordre d'une mobilité 10 fois plus faible que les ions ordinaires, et des gros ions de l'ordre de grandeur des gros ions de Langevin dont la mobilité est de 0,0016 *cm.* seconde. Tous ces ions sont des ions négatifs; on ne trouve que très peu ou pas d'ions positifs.

Ces mesures ont été faites avec les médicaments couramment utilisés: ouabaïne, aleudrine, essence de pin sylvestre, paraminophényl-sulfamide ou amidosol, antergan et chlorhydrate de 2-benzyl imidazoline ou priscol.

A signaler cependant que si on utilise une solution de chlorure de calcium, d'iodure de sodium, dans ce cas on rencontre des ions des deux signes qui se trouvent en nombre équivalent, mais en pratique ces solutions ne sont pas employées car leur effet est pratiquement nul du fait de l'activité réduite de ces solutions et peut-être aussi du fait de cette ubiquité des deux signes polaires.

On a donc un facteur important qui vient se surajouter à la valeur propre du médicament nébulisé. En effet les travaux de Laporte (1, 2) montrent que la grande majorité des ions négatifs sont des ions d'oxygène qui viennent apporter une puissance d'oxydation accrue. De plus les travaux du Prof. Tchijewski, de Moscou et Vassiliev (3, 4, 5, 6) dont j'ai visité les laboratoires ont démontré que le poumon fonctionne analogiquement avec la machine électrostatique d'Armstrong. A chaque inspiration d'air la surface entière des alvéoles pulmonaires égale à 100 m^2 se charge négativement apportant au sang les charges électriques nécessaires au maintien de la stabilité des systèmes colloïdaux du sang et des tissus.

L'inspiration d'un air chargé d'ions négatifs vient augmenter la charge du sang et à son tour celle des tissus qu'il baigne par conséquence de l'organisme tout entier (7, 8). L'inspiration d'ions positifs apporte des effets contraires.

Nous avons ainsi l'explication d'une des actions des aérosols qui apporte une charge négative s'ajoutant à l'action propre du médicament. D'où l'intérêt de surioniser les aérosols.

Surionisation.

C'est ce que j'ai réalisé par la combinaison de l'appareil de micro-brouillard avec l'émetteur d'ions négatifs que j'emploie habituellement.

Pour ce faire je fais passer la solution médicamenteuse nébulisée à la sortie de l'appareil à travers un groupe d'aiguilles creuses genre aiguille hypodermiques de 9/10 de millimètre groupées en cercles concentriques comme les trous d'une pomme d'arrosoir. Ce hérisson d'aiguilles isolées sous tige de bakélite est relié au générateur d'ions négatifs dont le potentiel est de 60.000 volts.

Le malade est placé dans une cage vitrée et fermée de 60 *cm.* de large, 65 *cm.* de profondeur et de 1 *m.* 70 de haut. Ce hérisson d'aiguilles est placé au plafond de cette cage et totalement isolé électriquement du malade. En fonctionnement les aiguilles débitent le micro-brouillard surionisé négativement qui vient rapidement saturer l'atmosphère de la cage.

Le malade est donc confortablement installé comme dans un vaporarium et inhale pendant dix minutes ce gaz médicamenteux surionisé.

Comme je le disais plus haut, je m'en tiens actuellement:

A l'ouabaïne chez les insuffisants cardiaques pour leur permettre de subir des séances de physiothérapie dans de bonnes conditions;

A l'aleudrine chez les dyspnéiques;

A l'alcoolature de pin sylvestre chez les asthmatiques;

A l'amidosol dans les asthmes avec bronchite surajoutée, dans les abcès du poumon et chaque fois qu'un malade présente des signes d'infection et que sa courbe de température est au-dessus de la normale (bacillose exceptée).

J'ai utilisé quelquefois dans les prurits ferox la solution de 2339 R P (antergan) dont l'effet est plus rapide que par voie buccale.

J'essaye en ce moment le chlorhydrate de 2-benzyl imidazoline (Priscol) dans tous les troubles angioneurotiques si fréquents actuellement, dans toutes ces acrocyanoses, livedo, engelures que nous a amenés la saison froide. Je l'associe à la friction à l'électrode de Mac Intyre ou à la tête d'araignée en Haute Fréquence sous haute tension 80.000 volts, les appareils fonctionnant sous 2 à 3.000 volts ne donnant aucun résultat. Sans oublier la maladie de Raynaud. Il m'a semblé que dans les plaies ulcéreuses des membres inférieurs la cyanose des téguments disparaissait plus vite. Ce qu'il y a de sûr c'est que les membres se réchauffent: un tégument à 20° passe à 28° en une demi-heure, sans qu'aucune source de chaleur ou d'ondes courtes aient été approchées.

Je conclurai en disant que les micro-brouillards sont une méthode excellente et agréable de faire absorber par l'épithélium pulmonaire le médicament convenable. Le malade a l'agrément de juger l'effet presque immédiat sans subir l'inconvénient d'une effraction de son tégument et de la douleur qui la suit.

La surionisation perfuse encore davantage la pénétration pulmonaire puisqu'elle augmente la charge négative normale de l'épithélium. Je conseille chaque fois que faire se pourra de faire cette addition à l'appareil de micro-brouillard.

BIBLIOGRAPHIE

(1) M. Laporte : *Journal de Physique et Rad.*, 1927, **8**, n° 3 — (2) M. Laporte : *Ann. de Physique*, 1927, **10**, séries 7-8 — Pr. Tchijevsky : *Les phénomènes électrodynamique dans le sang et le moyen de les diriger* (*Le François*) 1936. — (4) Vassiljev et Tchijevsky : La théorie de l'électro-échange organique. *Revue de Pathologie comparée* Juillet-Août 1934. — (5) Tchijevsky : La fonction électrostatique de l'appareil respiratoire. *Le Progrès Médical* 11 Mai 1933. — (6) Tchijevsky : *Travaux du laboratoire central d'ionification* (*Voronej*), 1933-1934, vol. I, II, III — (7) A. Dénier : Thérapeutique par les ions négatifs. *La Presse Médicale*, 30 Décembre 1933. — (8) A. Dénier : Les variations du pH du sang au cours de l'aéro-ionisation négative. *Bulletin Société d'Electrothérapie*, Avril 19S7.

SOCIÉTÉS DE PARIS

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE

15 Mars 1945.

Considérations thérapeutiques sur le tétanos utérin « post abortum ». — M. **Torlet** (Villedieu-les-Poêles), conseille de faire toujours du sérum à haute dose et de façon prolongée par les voies intra-musculaires et intra-rachidienne. A ce traitement adjoindre, si on a la certitude de la précocité de l'intervention, une hystérectomie dès le premier jour. En cas de doute attendre et si l'action du sérum s'avère insuffisante, opérer, mais aussi tard que possible.

— M. **Courtois**, rapporteur affirme que le traitement médical du tétanos est de beaucoup le plus efficace. L'hystérectomie réservée aux lésions graves de l'utérus et les annexes doit être extrêmement précoce, sans dispenser du traitement médical intensif.

— M. **Douay**, signale une fois de plus le danger des bougies et crayons introduits dans l'utérus par des mains criminelles et demande la réglementation de leur vente.

Vaginites de causes exceptionnelles. — M. **J.-E. Marcel** présente : *a*) l'observation d'une fillette de 8 ans, atteinte de « vulvo-vaginite » avec périvulvite ancienne par abouchement de l'uretère droit dans le vagin ; elle était traitée pour énurésie ; *b*) le cas d'une vaginite aiguë importante se traduisant par un abondant écoulement séro-purulent et surtout par des îlots leucoplasiques (histologiquement confirmés), disséminés sur le col et le vagin en rapport avec 5 applications intra-vaginales 15 jours auparavant de comprimés d'aspirine, dans le but de « traiter » une métrite cervicale. Cette observation peut éclairer dans une certaine mesure la pathogénie de certaines leucoplasies du col.

Le diagnostic de la gonococcie féminine (discussion). — MM. **M. Fabre, P. Barbellion, J.-E. Marcel, Cl. Béclère, P. Durel** et **Douay**. Une commission est nommée qui propose des conclusions à cette longue discussion.

Incision transversale esthétique dans les césariennes basses. — M. **P. Sappey** (Grenoble).

16 Avril.

Volumineux fibrome annexiel. — MM. **Courtois** et **Monfrais.** Cas curieux d'un fibrome de 1 *kg*. 500 développé aux dépens de vestiges tubaires embryonnaires chez une jeune fille de 15 ans atteinte de malformations génitales complexes et d'insuffisance surrénale.

La recherche du « perfringens » à l'examen direct au cours des avortements compliqués. — M. **J.-D. Martinet.** La recherche du *perfringens* à l'examen direct dans les avortements compliqués serait un test bactériologique d'alarme permettant d'entreprendre une hystérectomie plus précoce, donc probablement plus efficace.

Le dépistage de la gonococcie féminine. — *Après discussion le texte suivant proposé par une commission a été adopté :*

La loi du 31 Décembre 1942, faisant une obligation aux médecins de rechercher les contaminatrices gonococciques, la Société Française de Gynécologie qui, déjà en 1931, avait pris l'intiative d'établir le diagnostic de guérison de la gonococcie, insiste à nouveau sur les points suivants : Aucun diagnostic de blennorragie chez la femme ne peut être posé sans examens bactériologiques. La femme se présentera sans toilette et sans miction récentes. L'infection sera recherchée à ses différents repaires : *a*) urètre, glandes de Skène, après expression ; *b*) glande de Bartholin, après expression ; c) canal cervical (en non cavité vaginale). Après mouchage du col, faire pénétrer l'ose ou l'écouvillon dans la cavité cervicale pour y recueillir les sécrétions ; *d*) en cas d'ano-rectite, mettre un anuscope et prélever la sécrétion pariétale. Ces examens seront confiés à un laboratoire de compétence indiscutable. Le gonocoque ne sera diagnostiqué qu'à condition d'être trouvé en groupe et intra-leucocytaire. Si ces examens sont négatifs, il sera indispensable. avant de déclarer la femme saine, de la soumettre aux épreuves de réactivation. La blennorragie chez la femme est essentiellement chronique et discrète et ne se révèle que lors de certaines réactivations.

Les réactivations générales sont l'ingestion de bière ou d'alcool. Les réactivations locales qui se pratiqueront surtout à la fin de la période menstruelle. sont l'écouvillonnage de l'urètre au nitrate à 2 pour 100 et du col à 10 pour 100. Les prélèvements seront opérés 48 heures après. Si le doute persiste, il sera utile : 1° de pratiquer une gono-réaction ; 2° s'il existe des lésions cliniques même gonococciques de les traiter.

La complexité de ces examens et, d'autre part, la responsabilité qui s'y trouve engagée, imposeront parfois de confier les suspects à des mains spécialisées.

MAURICE FABRE.

SOCIÉTÉ DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS

5 Mars 1945.

L'action de la sulfamidothérapie sur l'infection amniotique, ses conséquences sur la mortalité fœtale. — M. **Bret**. La sufamidothérapie s'est révélée un excellent agent prophylactique capable de diminuer des trois quarts le nombre des infections amniotiques. Elle a peu influencé l'évolution de celles-ci lorsqu'elles sont constituées. L'infection amniotique est un facteur considérable dans l'apparition de la souffrance et de la mortalité fœtale.

La sulfamidothérapie n'a pas augmenté les chances de survie fœtale lorsque l'infection amniotique est constituée. Mais ces infections ayant diminué du fait de la sulfamidothérapie il en résulte que la mortalité fœtale a considérablement diminué dans cette affection, depuis l'emploi des sulfamides.

Réponse à certaines critiques concernant l'accouchement électrique. — MM. **Viala** et **Benoit** répondent aux critiques qui ont été faites à la méthode. Les incidents signalés ne sont pas imputables à la technique électro-obstétricale telle qu'elle a été décrite d'une façon minutieuse et précisée par M. Bennit. Ces incidents sont la conséquence d'anomalies préexistantes ou de graves erreurs d'indication. Ils ont été de trois ordres : œdème du col, atonie utérine, souffrance fœtale. Ils se sont tous produits avec le même expérimentateur.

Les expériences continuent dans plusieurs services parisiens. Il est à souhaiter qu'elles se poursuivent dans un très grand service parisien, portant sur une très forte statistique. C'est alors seulement qu'on pourra en tirer les conclusions utiles.

— M. **Lantuéjoul** rappelle les expériences faites dans son service. Mais il répète qu'il lui paraît dangereux de créer des espoirs excessifs.

L'haptoglobine pendant la gestation, l'accouchement et les suites de couches. — MM. **Jayle, Lacomme** et **Jamain.**

P. DUNAIL.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HÉMATOLOGIE

17 Mai 1945.

Le facteur Rh. Son intérêt, son importance dans la pratique hématologique. — MM. **A. Tzanck** et **M. Denis.** L'étude du facteur Rh a pris une grande importance dans la détermination des groupes sanguins. Il explique :

1° Les accidents lors des transfusions rapides avec des donneurs cependant compatibles ;

2° Certains accidents survenant à une première transfusion mais seulement chez les multipares ;

3° Un grand nombre d'états patologiques du nouveau-né.

Il comporte des règles précises pour la prophylaxie des accidents de la transfusion. Il mérite la création de centres de fourniture de sérum-test anti-Rh. Pour réaliser un pareil « ravitaillement » il est nécessaire de centraliser tous les sérums suspects dans un laboratoire propre à cette étude et qui pourra ainsi permettre la séparation de ces sérums-tests.

Influence du mode de prélèvement par le vide sur le sang conservé. — MM. **A. Tzanck** et **P. Chiche.** L'aspiration du sang par le vide est à l'origine d'une hémolyse plus ou moins marquée que l'on observe dans la plupart des flacons. Il suffit de renoncer à cette technique pour voir disparaître ce phénomène et obtenir des plasmas sans trace d'hémolyse.

L'hémolyse est-elle la cause du choc dit « hémolytique » ? — M. **A. Tzanck.** L'hémolyse constitue un témoin précieux d'un certain nombre des accidents de la transfusion. Cependant on peut injecter des quantités considérables de sang hémolysé d'un groupe compatible sans donner lieu à des accidents. Inversement même en injection extrêmement lente (perfusion), les accidents se déclarent pour des doses inférieures à 20 cm^3 de sang. Ces accidents semblent tenir aux albumines étrangères et non à l'hémolyse elle-même.

Le cycle du volume de sédimentation globulaire dans le sang conservé. — MM. **A. Tzanck** et **M. Bessis.** Dans le sang conservé, le volume globulaire total étudié après sédimentation subit des variations considérables, qui sont fonction d'une part du temps de conservation, d'autre part des altérations particulières à un sang ou à un anti-coagulant donné. Dans un flacon contenant du sang conservé, agité chaque jour puis abandonné à la sédimentation naturelle, la ligne de démarcation globules-plasma s'élève en général très rapidement à partir du 4e jour jusqu'à atteindre, en 10 jours environ, la limite de sang total.

L'étude de ce pénomène pourrait donner les éléments d'un test grossier qui permettrait d'évaluer la qualité d'un sang conservé.

Images de division amitotique dans la série granulocytique de la moelle osseuse. — MM. **L. van den Berghe** et **I. Blitstein** démontrent l'existence de division amitotique dans la moelle osseuse du cercopithèque. Ils considèrent ce phénomène comme normal, malgré sa rareté.

Inclusions cristalloïdes nouvelles dans les plasmocytes médullaires. — M. **L. van den Berghe** décrit une cellule du type plasmocytaire de caractère exceptionnel, rencontrée dans la moelle osseuse d'un lapin et d'un jeune enfant. Cette cellule contient des inclusions allongées, légèrement incurvées, parfois losangiques, d'allure cristalloïde mais de nature chimique indéterminée.

Lésions atypiques des adénopathies périphériques dans un cas de lymphogranulomatose maligne de forme anémique. — MM. **R. Cachera, A. Rubens-Duval** et **Cl. Durand** rapportent un cas de lymphogranulomatose maligne de forme anémique remarquable par l'apparition tardive et la discrétion des adénopathies périphériques et par les lésions atypiques rencontrées à l'examen histologique des ganglions biopsiés. Celles-ci consistent en une hyperplasie plasmodiale des histiocytes des sinus lymphatiques accompagnée d'endo-vascularites oblitérantes et de sclérose périvasculaire. Cette sclérose tend à devenir prédominante et à transformer le ganglion en un petit bloc fibreux. Les auteurs en discutent la signification et émettent l'hypothèse de l'intervention d'un processus abortif.

G. BILSKI-PASQUIER.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

26 Mai 1945.

Le traitement médical des goitres (avec présentation de malades). — M. **Filderman** rappelle son traitement des goitres et des kystes thyroïdiens, consistant en injections de salicylate de soude en solution de 25 ou de 50 pour 100, qui déterminent des zones de sclérose. On injecte 2 cm^3 de la solution après une injection de novocaïne. On peut créer ainsi plusieurs noyaux en recommençant 2 ou 3 fois par semaine.

Dans le Basedow, l'auteur applique l'hémocrinothérapie ovarienne (injection en zone fessière d'un mélange d'extrait d'ovaire à 2 ou 4 *g*. dans 10 ou 15 cm^3 de sang de la malade) combinée avec les injections sclérosantes si la tumeur est volumineuse.

Traitement ambulatoire ne lui ayant jamais donné d'accident depuis plus de 20 ans qu'il l'applique.

Les nouveaux traitements de la maladie de Basedow par la thiourée et l'amino-thiazol. — MM. **Guy-Laroche** et **Goury-Laffont.** Depuis quelques années, une médication complètement nouvelle de la maladie de Basedow s'est ajoutée aux médications classiques : *Les dérivés des sulfamides comportant un radical soufré.* Voici la conclusion des auteurs : nous sommes là en présence de médications nouvelles et très intéressantes mais dont les indications ne pourront être précisées que par une plus longue observation clinique et l'on est en droit d'espérer que, la biochimie n'ayant pas dit son dernier mot on trouvera, sans doute un jour, des dérivés sulfamidés de moindre toxicité et d'action, sinon définitive, du moins plus durable.

Les traitements des hyperthyréoses et leurs indications. — M. **Sainton.** Le goitre exophtalmique est loin de représenter toutes les manifestations de l'hyperthyroïdisme. A côté de lui, qui représente la grande hyperthyréose, existent de petites hyperthyréoses et des hyperthyréoses partielles. L'hyperthyréose a un substratum clinique, physiologique et anatomo-pathologique. Les médications des hyperthyréoses ont toutes pour but de freiner l'hypersécrétion thyroïdienne. Les traitements médicaux peuvent être hormonaux ou médicamenteux. La diiodotyrosine représente le traitement hormonal de l'hyperthyroïdisme, l'éthyroïdothérapie a une base réelle et s'explique d'autant mieux à la lumière de la notion des antihormones et de la présence de substances antithyroïdiennes dans le sang normal. Les médications vitaminiques considérées comme antagonistes de l'hypersécrétion thyroïdienne ou comme parant aux carences vitaminiques des basedowiens constituent des médications adjuvantes. Tous les traitements médicaux, y compris l'iodothérapie, ne s'appliquent qu'aux hyperthyréoses légères ou moyennes. L'auteur met en parallèle les résultats de la radiothérapie et de la chirurgie dans le traitement des grandes hyperthyréoses, discute leurs indications et conclut que la radiothérapie, moyen quelque peu aveugle, donne des guérisons dans un nombre de cas qui peut être évalué à 12 pour 100 ; ses résultats sont inférieurs à ceux de la thyroïdectomie en un ou plusieurs temps qui avec les techniques modernes a à son actif un nombre beaucoup plus considérable de guérisons complètes avec des risques opératoires minimes variant de 0.5 pour 100 à 1 pour 100. Si satisfaisants que soient les résultats, il n'en reste pas moins vrai que ces thérapeutiques ne sont que symptomatiques et que la connaissance du *primum movens* de l'hyperthyréose permettra seule d'établir une thérapeutique idéale et vraiment étiologique. Faut-il la chercher dans la neuro-hypophyse ? Il y a des cas où cette origine n'est pas douteuse.

Traitement biologique de la tuberculose. — M. **S. Melanet,** dans une note préliminaire, fait connaître dans ses grandes lignes la composition d'un vaccin à bacilles morts soumis à l'action intime et prolongée d'un complexe hépatico-pancréatique et les résultats qu'il a obtenus.

Médication parfaitement atoxique puisqu'il n'a jamais observé de réaction focale, ni poussée thermique — produit de haute valeur curative dont les résultats sont rapidement et facilement contrôlables.

C'est ainsi que l'auteur a vu disparaître en 5 ou 6 semaines des cavernes jeunes, en 3 ou 4 mois des cavernes plus anciennes, et dans ce même laps de temps se nettoyer des infiltrations parenchymateuses. La pleurésie, l'hydrothorax du pneumothorax dont on connaît la désespérante ténacité, l'ascite des tuberculeux, paraissant tout particulièrement sensibles au vaccin. L'auteur cite encore des cas d'adénites suppurées et d'orchiépididymites graves dans lesquelles la médication a agi d'une manière remarquable. Il en a été de même dans certaines tuberculoses osseuses, et en particulier dans une coxo-fémorale très grave avec état cachectique ; le malade a guéri en 3 à 4 mois et la guérison se maintient depuis une quinzaine d'années.

Lorsque les lésions sont trop étendues ou que l'état général est trop ruiné par l'infection tuberculeuse, le vaccin est généralement inopérant. Toutefois, l'auteur a eu, en pareil cas, quelques survies inattendues.

29 Juin.

Les enfants mongoloïdes. — M. **de Parrel** définit le mongolisme : un *complexe dystrophique congénital*, qui se manifeste par des *dysmorphies somatiques*, notamment un *rappel des traits de la race mongole*, d'où son nom. Il décrit le type mongolien dans ses caractéristiques physiques, fonctionnelles, intellectuelles et caractérielles. Puis, il se déclare convaincu de l'*origine germinale* du mongolisme par altération des gamètes, sous une influence quelconque : épuisement des géniteurs par l'âge, la maladie, les infections (surtout la syphilis), les intoxications (surtout l'alcoolisme), les grossesses multiples, les psychoses. A mon avis, c'est *l'âge maternel*

qui joue *le premier rôle dans la préparation d'un mongolien*, surtout si le passé familial est lourd de dystrophies. Lorsque la femme est jeune, ce qui d'ailleurs est exceptionnel, on découvre souvent dans les antécédents des causes pathologiques ou héréditaires de vieillissement prématuré ; en ce cas, *l'âge chronologique* s'efface devant *l'âge morbide*. Le mongolisme est une dysgénèse et non une maladie acquise. On naît mongolien, on ne le devient pas.

La rééducation des mongoloïdes. — Le traitement de base du mongolisme c'est la rééducation. La thérapeutique médicale ne joue pas un rôle d'appoint. L'auteur trace le cycle de l'action rééducative à entamer et à poursuivre : 1° *Période d'observation et d'initiation*, au cours de laquelle on s'efforce d'attirer l'attention de l'enfant, de stimuler son instinct d'imitation, de l'amuser par des jeux éducatifs, d'obtenir la rétraction de la langue, jusque-là pendante, et d'arrêter l'issue de la salive à l'extérieur, de discipliner la mastication et la déglutition, etc. ; 2° *Période de réadaptation psychomotrice méthodique* selon les techniques en usage chez les déficients psycho-moteurs. Démutisation. Enseignement du vocabulaire. Régularisation de la parole. Stabilisation de la voix. Entraînement manuel. Exercices pré-scolaires de préparation à l'écriture et à la lecture ; 3° *Période d'adaptation scolaire et sociale chez certains sujets* mieux doués. Notions primaires. Initiation à des gestes pratiquement utilisables. Réadaptation familiale et sociale du mongoloïde dans la mesure toujours réduite de ses possibilités.

Présentation des mongoloïdes. — L'auteur présente une série de sujets mongoliens d'âges mentaux et chronologiques différents, qui ont appris à se discipliner, à fixer leur attention, à se faire comprendre et même à exécuter certains travaux d'ordre scolaire. N'était-ce pas la meilleure illustration des deux communications précédentes et la preuve tangible de l'efficacité des méthodes rééducatives chez de tels sujets, lorsqu'ils sont soumis pendant un temps suffisant à des exercices adaptés à leurs moyens d'acquisition, appliqués par des techniciens assouplis par l'expérience, ingénieux et tenaces ? Ainsi se trouve atténuée la notion souvent énoncée de l'inéducabilité des enfants mongoloïdes. En fait, ces sujets sont partiellement adaptables. Ils peuvent se fondre dans le décor familial et rendre quelques services.

La sténose aortique calcifiée. — M. **Heim de Balsac**. La sténose aortique calcifiée vient de prendre ces dernières années une place particulière dans la nosologie cardio-vasculaire, par suite de la possibilité de déceler radiologiquement *in vivo* la pétrification des sigmoïdes et de l'orifice aortique rétréci, ainsi que par les perturbations électriques qui l'accompagnent si souvent.

La recherche systématique des calcifications sigmoïdiennes par la simple radioscopie, mais avec une technique appropriée, fait fréquemment découvrir cette lésion chez les sujets porteurs d'un double souffle de la base.

Si son étiologie est discutable (terme final d'une évolution infectieuse par sclérose primaire ou processus calcifiant secondaire dans l'athéro-sclérose sénile), la syphilis ne semble être jamais en cause. Au contraire, la sténose aortique calcifiée et l'aortite sus-sigmoïdienne syphilitique paraissent être deux formes distinctes mais d'égale fréquence du grand groupe des aorto-myocardites.

G. Luquet.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

26 Février 1945.

La direction médicale, condition essentielle de l'unité de l'assistance psychiatrique. — MM. **L. Bonnafé** et **A. Chaurand**. S'appuyant sur l'autorité des des maîtres anciens les auteurs constatent la nécessité de confier à des psychiatres la direction des Hôpitaux psychiatriques. Seul, le médecin-directeur peut animer la réalisation harmonieuse des perspectives psychiatriques contemporaines (prophylaxie, cure, post-cure).

Typologie et bilan somato-morbide. — MM. **J. Dublineau**. De l'étude de 205 psychopathes conduite au point de vue morphologie et antécédents somatiques, ressort que l'athlétique est un sujet sans antécédents morbides et appartenant à des lignées de gens bien portants. L'asthénique est à la fois prédisposé à la maladie et membre de familles elles-mêmes touchées. Les chiffres de morbidité trouvés chez le pycnique sont intermédiaires entre l'athlétique et l'asthénique.

Les accidents pulmonaires de l'électro-choc et leur pathogénie. — MM. **J. Delay, R. Cachera** et **A. Libert**. Trois cas sur plusieurs milliers d'électrochocs : deux abcès gangréneux du poumon, dont l'un évolue vers la mort par tuberculisation secondaire, et une dyspnée paroxystique par corps étranger des voies aériennes. Rôle primordial des accidents de déglutition. Toutefois on note au cours du traitement, l'apparition radiologique d'opacités pulmonaires fugaces, vraisemblablement d'origine congestive, à rapprocher des modifications pulmonaires consécutives à l'excitation des centres cérébraux de la base.

Structure et sens de l'événement morbide. — MM. **Bonnafé, Chaurand, Tosquelles** et **A. Clément**.

Les troubles mentaux au cours des méningiomes olfactifs. Sur un cas avec moria et crises unciformes. — MM. **J. Delay, Puech** et Mme **Leullier**.

26 Mars.

(*Séance consacrée à la Révision de la Loi de 1838 sur les Aliénés.*)

Rapport introductif sur la révision de la loi de 1838 sur les aliénés. — M. **X. Abély**. L'étude des tendances ayant animé les projets présentés jusqu'à la période actuelle, aboutit à dégager un point de vue nouveau consacrant la substitution à la notion d'internement d'un régime d'assistance plus souple.

Après discussion des principes généraux à envisager pour la révision de la Loi de 1838, la Société a voté à l'unanimité les vœux suivants :

« Que la législation actuelle sur les psychopathes soit complétée dans le sens de la prophylaxie mentale et de l'assistance après hospitalisation (post-cure) ;

2° Que soit sauvegardée au maximum l'autonomie des services confiés à l'autorité des psychiatres compétents ;

3° Que les modalités de placement soient rendues suffisamment souples pour s'adapter aux nouvelles exigences de la thérapeutique et des organismes psychiatriques de soins ;

4° Que soient créés sur le territoire des Asiles de sûreté pour les aliénés à réactions antisociales, cette création devant elle-même s'inscrire dans le cadre d'une organisation générale de la défense sociale ;

5° Que les incidences en matière de psychopathie, des problèmes de l'alcoolisme et de l'enfance déficiente soient prévues dans le projet de la loi future ;

6° Que soient reconnues la compétence et l'autorité des psychiatres des Services publics pour tous les problèmes touchant la santé mentale des individus et des collectivités ».

9 Avril.

Encéphalite pseudo-tumorale, métastase de broncho-pneumonie. — MM. **L. Marchand, H. Picard** et **P. Marty**. Chez une cardiopathe atteinte de bronchopneumonie, apparition d'un état de confusion mentale que l'on pensait déterminé par des troubles circulatoires cérébraux et une azotémie élevée. A l'autopsie, foyer d'encéphalite à mononucléaires se propageant par fusées extensives sans formation de paroi pyogène. Présence de pneumocoques.

L'Hystéro-catatonie. A propos d'une obervation. — MM. **Carrot** et **Charlin**.

23 Avril.

Recherches sur le syndrome biologique de l'encéphalographie gazeuse. — MM. **J. Delay, A. Soulairac** et **P. Desclaux**. Variations neuro-végétatives variables au cours et à la suite de l'encéphalographie. Modifications hématologiques et humorales constantes : hyperleucocytose avec polynucléose neutrophile, augmentation des éléments minéraux du sang sauf pour le calcium, hyperglycémie, hyperlipidémie et baisse de la tension artérielle. Ce syndrome est à rapprocher de celui du post-électrochoc et paraît être de même origine. Importance du facteur anoxémique.

Réflexions biologiques à propos du traitement des troubles mentaux diabétiques. — M. **H. Daussy** et Mlle **E. Wolff**. Transformation radicale et rapide des troubles psychiques sous l'influence des seules 20 premières unités d'insuline injectées. Surtout, les données clinico-biologiques permettent d'émettre quelques réflexions : 1° sur la possibilité d'une pathogénie particulière, déjà soulevée, des troubles psychiques du diabète, par le dérèglement d'autres métabolismes que celui du sucre, notamment celui des protides et des graisses, entraînant la formation de produits toxiques ; 2° sur la possibilité du redressement de ces manifestations psychiques morbides par une action directe ou indirecte de l'insuline sur ces métabolismes.

Bilan de trois années de fonctionnement du Service de Prophylaxie mentale de l'Office public d'Hygiène sociale du Département de la Seine. — MM. **R. Hazemann** et **P. Fouquet**. Ce service est chargé depuis 1941 d'organiser et d'assurer le fonctionnement dans la Seine, d'une Assistance psychiatrique médico-sociale (extra-hospitalière pour adultes et enfants). 30 dispensaires. 8.152 visites à domicile. 9.071 consultants le plus souvent des enfants, plus de 1.100 enfants ont été placés en Internats Médico-Pédagogiques. Etude critique de ce service.

14 Mai.

Etude biostructurale d'un cas d'état artériopathique. — MM. **J. Dublineau** et **Chesnay**. L'état artériopathique apparaît souvent sur un terrain caractéro-impulsif. Etude d'un cas aux points de vue clinique, typologique (éléments de type athlétique) et caractérologique (analyse des réponses au test de Rorschach) selon les techniques développées dans des notes antérieures. Considérations doctrinales subséquentes.

Démence de l'adulte. Constatations encéphalographiques. — MM. **J. Delay, J. Maillard**, et **G. Boittelle**. Malade de 47 ans dément depuis 2 ans avec grosse atrophie cérébrale à prédominance frontale à l'encéphalographie gazeuse. Faits distincts de la maladie de Pick, mais rentrant comme elle dans le vaste cadre des atrophies cérébrales ou encéphaloses dégénératives.

Astasie-abasie hystérique chez un paralytique général d'origine guyanaise. Considérations psychologiques et ethniques. — MM. **J. Delay, P. Desclaux** et **R. Binois**. Astasie-abasie hystérique chez un guyanais paralytique général après malariathérapie et stovarsol. Il faut tenir compte dans la pathogénie des facteurs ethnique et structural du malade.

Troubles psychiques récents après un traumatisme cranien, diabète insipide ancien. Action comparée de l'encéphalographie gazeuse et de l'électrochoc. — MM. **J. Delay, P. Desclaux** et **A. Soulairac**. Cas de diabète insipide chez lequel un traumatisme cranien de guerre détermina un affaiblissement intellectuel avec habitudes éthyliques. Action heureuse de l'encéphalographie et de l'électrochoc. Intérêt de la glycémie qui paraît indiquer un hyperfonctionnement hypophysotubérien.

L'encéphalographie gazeuse dans la chorée chronique. — MM. **J. Delay** et **P. Desclaux** ont pratiqu[é] l'encéphalographie chez des malades atteints de chorée d[e] Hutington : dilatation du 3e ventricule et des ventricule[s] latéraux, avec élargissement des sillons correspondant[s,] une atrophie cortico-striée. Intérêt diagnostique dans le[s] syndromes frustes.

Maladie de Recklinghausen, gliome polymorph[e] pédonculaire. — MM. **L. Marchand** et **R. Dupouy**. Maladie de Recklinghausen compliquée d'une tumeur qu[i] prit naissance d'emblée dans les pédoncules cérébraux. Caractères de neurinome malin et par places de gliom[e] polymorphe. Un autre neurinome développé dans le lob[e] postérieur de l'hypophyse et comprimant le lobe anté[rieur,] ne s'est traduit par aucun symptôme infundi[-] bulo-tubérien.

J. Dublineau.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE MICROBIOLOGIE

(Ex-Association des Microbiologistes de Langue Française)

7 Juin 1945.

Chimiothérapie associée à la désensibilisation e[t] tuberculose expérimentale. Note II. Action d[u] p-amino-benzène sulfonylthiourée associé à l[a] tuberculine. — M. **B. Kreis**. Des cobayes traités pa[r] la tuberculine, soumis à une infection tuberculeus[e] massive et absorbant une dose importante du médica[-] ment, ont présenté des lésions tuberculeuses moins im[-] portantes que celles des témoins.

Cultures de tissus appliquées à la solution d[e] problèmes immunologiques. I. Etude du pouvoi[r] nécrosant des toxines microbiennes. — MM. **E. Las[-] largues** et **A. Delaunay**. Il existe une analogie trè[s] grande entre l'action des toxines microbiennes che[z] l'animal et leur action sur les tissus en culture. I[l] semble donc que le pouvoir nécrosant chez l'anima[l] s'exerce directement et sans qu'intervienne un interm[é-] diaire humoral ou nerveux.

La culture du staphylocoque et sa toxinogénès[e] sur un milieu à base d'acides aminés. — M. **P. Mer[-] cier** et Mme **Y. Lehoult**. Les cultures sur un milieu [à] base d'acides aminés assurent une toxinogénèse sans l[e] secours d'une atmosphère enrichie en CO_2, ce qu[i] permet d'espérer une production plus régulière de toxine.

Adsorption du virus de la maladie de Carré su[r] hydroxyde d'aluminium. Action, sur le complexe de la dessiccation après congélation. — M. **P. Goret**. Le virus est facilement adsorbé par l'hydroxyde d'alu[-] minium, le complexe restant virulent. La dessiccatio[n] par la technique de Mudd-Flosdorf permet d'obtenir après reprise de l'eau, un complexe avirulent et immu[-] nisant.

Méthode de titrage rapide de la pénicilline pa[r] inhibition du pouvoir réducteur de « W. perfrin[-] gens » sur le vert-janus. — M. **A.-R. Prévot**. E[n] utilisant le pouvoir inhibiteur de la pénicilline sur l[a] réduction du vert-janus par *W. perfringens*, l'auteu[r] abaisse le temps de titrage à une heure environ. Cett[e] méthode rapide est en même temps d'une extrême sim[-] plicité. Elle peut être employée aussi bien au dosage d[e] la pénicilline, par exemple au cours de sa fabricatio[n] industrielle, qu'à la détermination du degré de sensibilit[é] d'un germe donné à l'action de la pénicilline.

Dissociation du « B. megatherium ». Rôle de l[a] composition du milieu. Action du bactériophag[e] sur les variantes. — M. **R. Wahl**. Les dissociation[s] observées sont en relation avec la composition du milieu. A partir des microbes sporulés prennent naissance de[s] formes asporogènes ; celles-ci sont en général sensible[s] au bactériophage de la souche. La multiplication du bac[-] tériophage et la lyse sont deux phénomènes indépen[-] dants l'un de l'autre.

P. Lépine.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

19 Juin 1945.

Intoxication d'un nourrisson par ingestion d'acétone. — MM. **M. Lelong, R. Joseph**, Mlle **Aboulencg** et M. **P. Cortial**. Un enfant de 16 mois, en bonne santé habituelle, boit accidentellement une quantité, sans doute peu importante, d'acétone du commerce. Après un[e] phase d'agression toxique, avec vomissements et diarrhée sanglante, s'installe un état de dénutrition avec chute de poids de 4 kg. en 3 mois.

L'examen radiologique met en évidence des altérations insolites de l'estomac avec rigidité de la région centrale. Incontinence pylorique et remplissage du cadre duodénal. et de la plus grande partie du grêle quelques minutes après l'ingestion de la baryte.

Le trouble du métabolisme des hydrates de carbon[e] est marqué par la succession de phases d'hyperglycémi[e] et d'hypoglycémie, l'une de ces dernières ayant failli entraîner la mort dans le coma hypoglycémique.

L'analyse du produit absorbé a montré qu'il s'agissait d'acétone pure (99.5 pour 100).

Cette observation se rapproche des cas communs d'intoxication par l'acétone dans l'industrie des matières plastiques et des peintures. Elle en diffère par la voie d'introduction du toxique : voie digestive alors qu'il s'agit habituellement d'intoxication par inhalations de vapeurs d'acétone. D'où la symptomatologie digestive.

Acrodynie à forme mutilante. Chute des dents et séquestration du maxillaire inférieur. — MM. **R.-A.**

Marquézy, M. Lebourg, Mlle M. Ladet et **M. P. Renault** rapportent l'observation d'une acrodynie à forme mutilante chez un enfant de 21 mois. C'est la chute des dents qui attira l'attention — 8 dents sont tombées spontanément — laissant une ulcération sanieuse, recouverte d'un enduit diphtéroïde. A noter aussi l'expulsion d'un follicule d'une incisive. L'atteinte osseuse du maxillaire inférieur avec séquestration partielle sur le versant externe de l'os était évidente. La cicatrisation fut obtenue au bout de 2 mois, alors que tous les autres symptômes de l'acrodynie régressaient progressivement.

Effets d'une encéphalographie gazeuse par voie lombaire sur l'évolution d'un diabète sucré grave de l'enfant. — MM. **R. Turpin, P. Chassagne** et **J. Lafourcade** ont observé une fillette atteinte de diabète grave, ayant débuté par un coma. Le trouble du métabolisme glucidique était si profond qu'avec une ration de 4 *g.* de glucides par kilogramme et par 24 heures il fallait injecter chaque jour 100 unités d'insuline pour que la glycosurie disparaisse. Malgré ce traitement, la glycémie se maintenait à 1 *g.* 80. Après encéphalographie gazeuse par voie lombaire, la ration glucidique put être portée à 7 *g.* par kilogramme et l'insulinothérapie supprimée sans que le sucre reparut dans les urines ni que la glycémie dépassât 1 *g.* 20. Toutefois, l'épreuve d'hyperglycémie provoquée montrait que le trouble du métabolisme glucidique n'était pas entièrement corrigé. Ces résultats se maintiennent 2 mois après l'encéphalograpie. Ils conduisent les auteurs à discuter la nature hypothalamique possible du diabète qu'ils ont observé.

Elimination urinaire de la vitamine C chez le nourrisson. — MM. **Levesque** et **Planson** (Dijon) montrent qu'il est impossible d'étudier chez le nourrisson l'avitaminose C fruste par la méthode des surcharges. Contrairement à ce qui se passe chez l'adulte, on n'arrive jamais — quelles que soient les doses ingérées — à obtenir une élimination prolongée de plus de 1 à 2 pour 100 dans l'urine. Cette constatation impose de nouvelles méthodes.

Dolichorachis. — MM. **R. Clément, C. Rœderer, J. Gerbeaux** et **G. Pascarel** présentent un jeune garçon de 20 ans dont la morphologie et l'attitude sont anormales : cou exagérément long, tête rejetée en arrière avec saillie des sterno-cléido-mastoïdiens, dos creux et cyphose lombaire réalisant une inversion des courbures normales de la colonne vertébrale avec raideur de celle-ci, surtout pour la flexion en avant ; bascule en avant du bassin et diminution de la flexion des cuisses sur celui-ci.

Sur les radiographies, les vertèbres en nombre normal, ne présentent aucune déformation, ni ostéophytes, ni syndesmophytes ; les corps vertébraux volumineux sont surtout exagérément hauts. L'aspect général en tige de bambou évoque la spondylose, mais l'affection n'est pas et n'a pas été douloureuse.

Aucun trouble des réactions électriques des muscles et des nerfs, ce qui permet d'éliminer une myopathie à laquelle fait penser l'attitude du malade. Calcium, phosphore, phosphatases, cholestérol, lipides du sang sont à un taux normal. Intégrité psychique.

Faute de pouvoir classer ce cas dans un cadre connu, les auteurs proposent la dénomination de « Dolichorachis ».

Mesures à prendre pour la protection des nourrissons rentrés d'Allemagne. — M. **Marquézy** signale que les nourrissons qui rentrent d'Allemagne, issus des unions les plus diverses, succombent dans une proportion d'au moins 50 pour 100. Il invite la Société de Pédiatrie à attirer l'attention du Ministre des Prisonniers et des Déportés sur cette mortalité excessive et sur la nécessité de fournir à ces nourrissons durant le trajet de retour un lait de bonne qualité.

— M. **Levesque** insiste sur les dangers auxquels les nourrissons se trouvent exposés par un voyage de retour d'une dizaine de jours dans des conditions fort défectueuses au point de vue de l'alimentation.

— M. **Chevalley** a reçu dans son service 15 nourrissons revenus d'Allemagne. Aucun d'eux n'a survécu plus de 10 jours.

— M. **Cathala** déclare que ces nourrissons sont ramenés dans des conditions inhumaines. Ils présentent un syndrome grave fébrile analogue à une grippe maligne.

— M. **Leveuf** suggère que le rapatriement des nourrissons soit effectué par avions sous la surveillance d'infirmières qualifiées disposant de boîtes de lait stérilisé.

Botulisme familial. — M. **Mézard** (Aurillac) communique l'observation d'une famille intoxiquée à la suite de l'absorption d'un civet de lapin en conserve qui a entraîné le décès d'un enfant. Il signale que les cas de botulisme ont augmenté de fréquence depuis que les conserves familiales sont devenues plus courantes. Il attribue la contamination des bocaux à l'emploi de caoutchouc synthétique défectueux qui ne permet qu'une fermeture imparfaite des récipients.

Méningite lymphocytaire curable de l'enfant. Leptospirose ictéro-hémorragique du cobaye. — MM. **R. Bosc** et **L. Bertrand** (Montpellier) communiquent l'observation d'un enfant qui, au lendemain d'un bain de rivière suivi d'insolation, présenta un syndrome méningitique particulièrement pur avec adénopathies généralisées mais surtout inguinale droite en relation avec des excoriations cutanées. Ni herpès, ni injection conjonctivale, ni arthro-myalgies, ni epistaxis retardée. Au 4e jour de la maladie le liquide céphalo-rachidien clair présente une dissociation albumino-cytologique (4 éléments, 0 *g.* 90 d'albumine), le 7e jour, à la défervescence, dissociation cyto-albumineuse typique (500 éléments dont 95 pour 100 de lymphocytes, 0 *g.* 50 d'albumine), le 10e jour présence d'un certain nombre d'hématies dans le culot. Rechute fébrile, clinique et cytologique. Azotémie normale à des dosages répétés, traces d'albumine tout au cours de l'évolution, une seule fois au début présence de quelques pigments biliaires, dans les urines. Séro-diagnostic positif pour la leptospirose ictéro-hémorragique. Inoculation au cobaye par injection sous-cutanée quotidienne de 2 cm^3 d'urines aseptiquement prélevées à l'enfant du 15e au 28e jour de la maladie ; l'animal meurt ictérique : pas de lésions histologiques du foie, par contre lésions de néphrite glomérulo-conjonctive accentuée, absence de spirochètes sur coupe comme sur frottis.

Prix à décerner. — M. **Lesné** signale que *l'Office de protection maternelle et infantile du Département de la Seine* décernera en 1945 un prix de 10.000 fr. à l'auteur d'un travail consacré à *l'Hygiène des voies respiratoires chez l'enfant* ou à la *Prophylaxie des infections non tuberculeuses des voies respiratoires de l'enfant.*

G. Schneider.

SOCIÉTÉS DE PROVINCE

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET BIOLOGIQUES DE MONTPELLIER ET DU LANGUEDOC MÉDITERRANÉEN

11 Mai 1945.

Une cause d'erreur fréquente dans l'interprétation du myélogramme tibial : les cellules du cartilage de conjugaison. — MM. **P. Cazal** et **L. Bertrand** ont observé, sur des myélogrammes par prélèvement tibiol chez l'enfant, un nombre plus ou moins important de cellules mésenchymateuses isolées ou groupées en amas, quelques polycaryocytes et un pourcentage assez élevé de lymphocytes. Il ne s'agit pas d'éléments anormaux dans la moelle osseuse, mais bien d'éléments constitutifs normaux de la zone d'érosion du cartilage de conjugaison.

Spéléomorphie et tomographie. — M. **Ch. Gros.** Pour affirmer un espace creux intrathoracique il faut plusieurs critères : clarté de l'image, répétition d'une image analogue nette. Mais, dans certains cas, la radiographie en coupe peut hésiter pour savoir quels sont les éléments anatomiques intéressés ; elle ne donne jamais la nature du processus. La tomographie est indispensable pour mettre en évidence une caverne, en balayant les éléments anatomiques et pathologiques ; elle précise sa morphologie et oriente ainsi le diagnostic et la thérapeutique.

Temps de coagulation et prothrombinémie au cours de la tuberculose pulmonaire. — MM. **J. Vidal** et **P. Izarn** ont constaté que l'allongement du temps de coagulation est d'autant plus fréquent et d'autant plus sensible que la forme de tuberculose est plus sévère. Par ailleurs, la prothrombinémie est abaissée de façon proportionnelle à la gravité du cas. Il n'existe cependant pas un parallélisme rigoureux entre prothrombinémie et temps de coagulation ; les divergences sont nombreuses entre ces divers tests.

La prothrombinémie et le taux du fibrinogène sanguin au cours de la tuberculose pulmonaire. — MM. **J. Vidal, Izarn** et **Audran** ont étudié conjointement la prothrombinémie et le taux du fibrinogène sanguin, ils n'ont constaté aucun parallélisme entre les variations de l'une et de l'autre : la première est abaissée dans des proportions qui varient selon la forme de tuberculose pulmonaire, le second est presque constamment élevé, quelle que soit la forme symptomatique et évolutive de la maladie.

A propos de la tuberculose conjugale. — MM. **J. Vidal** et **Salager** relèvent 5 pour 100 de tuberculose conjugale sur un total de près de 500 observations de femmes mariées atteintes de tuberculose. Il n'est guère plus d'un tiers des cas de tuberculose conjugale dans laquelle celle-ci se soit affirmée au cours même de la vie en commun ; dans près des deux tiers des cas la tuberculose du conjoint secondairement atteint ne s'est déclarée qu'après la séparation des époux dans un délai variant de 10 mois à 11 ans. Cette considération permet de supposer que la statistique se trouve alourdie d'un certain nombre de cas qui ne relèvent pas de la contagion conjugale. La précession de la tuberculose masculine existe dans 75 pour 100 des cas.

Considérations épidémiologiques et cliniques sur une récente épidémie de chancres mous. — MM. **J. Margarot, P. Rimbaud, Ravoire** et **Boyer** rapportent les principaux caractères d'une importante épidémie de chancres mous dont on trouve l'origine dans les divers mouvements de troupe qui ont précédé et suivi la libération de la région montpelliéraine. Le traitement sulfamidé s'est montré particulièrement actif.

Infections chancrelleuses cliniquement latentes et transmissibles. — MM. **J. Margarot, P. Rimbaud** et **J. Ravoire.** Sur 13 prostituées arrêtées à la suite d'une plainte en contamination, 6 étaient absolument indemnes de lésions génitales, mais toutes avaient une intradermoréaction au Dmelcos fortement positive. Des réactions de contrôle pratiquées chez 32 prostituées furent par contre négatives. Après un traitement par des injections de lait, ces malades furent remises en liberté et ne donnèrent lieu à aucune contamination.

Œdème du larynx au 9e jour d'un traitement sulfamidé. Guérison. — MM. **P. Boulet, J. Chardonneau, J. Rodier** et **Mme Faure.**

1er Juin.

Ostéite cancéreuse diffuse avec sclérose médullaire et splénomégalie myéloïde. — MM. **G. Giraud, P. Cazal, A. Maleki** et **J. Andreani** ont vu apparaître, chez un homme de 69 ans, des tuméfactions craniennes. L'examen radiographique montrait un aspect pagétoïde du crâne et des lésions multilacunaires diffuses du squelette. Une ponction-biopsie du crâne décelait une sclérose médullaire intense avec disparition complète du tissu myéloïde. Au sein de ce tissu fibreux se développaient de petits nodules cancéreux. Il existait de plus une hépato-splénomégalie. L'hépatomégalie était due à de nombreuses métastases, comme l'a montré la ponction-biopsie. Quant à la splénomégalie, elle était du type myéloïde et s'accompagnait d'une érythroblastose sanguine importante. La tumeur primitive siégeait dans le sein droit.

Réactions focales au cours de la vaccinothérapie intraveineuse des brucelloses. — MM. **G. Giraud** et **P. Cazal.** Le traitement par vaccinothérapie intraveineuse spécifique suivie de chocs fébriles a provoqué, dans un premier cas, l'apparition d'une hépato-splénite œdémateuse. Dans un second, l'injection a modifié considérablement une réaction localisée et peu étendue qui s'étendit brusquement à tout le membre. Ces deux incidents n'eurent aucune suite et n'empêchèrent pas la guérison de la maladie.

Polynévrite sulfamidique grave par sulfathiazol. — MM. **J. Euzière, N. Duc** et **L. Bertrand,** au décours du traitement d'une blennorragie par le sulfathiazol (54 *g.* en 14 jours), ont constaté l'apparition d'une polynévrite motrice distale des membres inférieurs avec abolition des réflexes achilléens et conservation des rotuliens. Pas d'amélioration fonctionnelle et persistance de la réaction électrique de dégénérescence 4 mois 1/2 après le début. Le sulfathiazol représente un facteur étiologique exceptionnel des polynévrites.

Maladie de Recklinghausen avec volumineux neurinome endothoracique. — MM. **J. Euzière, P. Pagès, E. Fassio** et **L. Bertrand** présentent un volumineux neurinome endothoracique (1 *kg.* 250) occupant les deux tiers supérieurs de l'hémithorax droit, chez un malade atteint d'une neuro-gliomatose généralisée. La richesse particulière du tableau clinique est due à la grande expansion prise par la tumeur (douleur scapulaire rebelle ; importants troubles trophiques des téguments, des phanères et du squelette de la main ; œdème de stase du membre supérieur ; syndrome de Claude Bernard-Horner ; syndrome cavitaire du sommet pulmonaire ; voix bitonale — tous les signes physiques localisés à droite). Elle s'oppose à l'habituelle disproportion entre le volume radiologique de la tumeur et la pauvreté des signes cliniques qui est le fait de l'origine et du siège paravertébral initial du neurinome.

Epilepsie provoquée par la sulfamidothérapie intrapleurale. — MM. **J. Vidal** et **Salager** ont observé, au cours d'une sulfamidothérapie intrapleurale longtemps prolongée, des accidents d'épilepsie pleurale survenus en fin de cure, aussitôt après une injection de solufontamide et qui se sont reproduits quelques jours plus tard à l'occasion d'une injection de soludagénan. Les auteurs développent les raisons qui militent en faveur de l'origine réflexe de ces accidents.

Formes atypiques de la broncho-pneumonie tuberculeuse. Deux nouveaux cas de broncho-pneumonie caséeuse froide. — MM. **J. Vidal** et **J.-L. Faure** apportent une nouvelle contribution à l'étude de la broncho-pneumonie tuberculeuse froide, caractérisée par un aspect radiologique typique de broncho-pneumonie contrastant avec une évolution apyrétique anormalement prolongée et éventuellement favorable, la discrétion des signes stéthacoustiques, la pauvreté habituelle de l'expectoration en bacilles de Koch.

Septicémie otogène à streptocoques. Intervention. Traitement séro-sulfamidé. — MM. **J. Terracol, L. Fabre** et **H. Privat.** Septicémie à streptocoques chez un opéré de mastoïdite aiguë. Guérison par l'association à l'acte chirurgical de la séro-sulfamidothérapie (néococcyl + sérum anti-streptococcique de Vincent).

Un nouveau cas de syndrome de Reiter. — MM. **L. Rimbaud, H. Serre, J. Ginestie, A. Vedel** et **Mirouze** rapportent un cas de syndrome urétro-oculo-articulaire d'apparition primitive. Le séro-diagnostic est positif pour Flexner (1/200) et Shiga (1/100), mais sa valeur est des plus discutables en raison de l'absence de tout signe clinique de dysenterie et de bacilles dans les selles. L'urétrite et la conjonctivite guérirent facilement. L'arthrite fut améliorée par la pyrétothérapie par le propidon intraveineux.

Syndrome paralytique presque global des nerfs craniens par métastases osseuses d'un cancer thyroïdien. — MM. **L. Rimbaud, H. Serre, A. Vedel, H. Privat** et **J. Mirouze** ont observé, chez un homme de 61 ans, un syndrome paralytique diffus des nerfs craniens à prédominance droite : V, VI, VII, VIII des deux côtés, III, IX, XI interne et XII à droite. Ce syndrome est lié à des métastases osseuses d'un cancer thyroïdien sans aucune symptomatologie fonctionnelle. Il peut se rapprocher du syndrome de Garcin : atteinte massive des nerfs craniens ; absence de tout signe d'hypertension intracranienne et de stase papillaire ; absence de signe moteur ou sensitif des membres ; existence de lésions de la base du crâne radiologiquement décelées. Il s'en différencie par la bilatéralité des lésions qui pourrait orienter le diagnostic vers un processus polio-encéphalitique et non vers une tumeur intracranienne.

Coma barbiturique grave ; strychninothérapie. Complications pulmonaires ; pénicillinothérapie ; guérison. — MM. **G. Giraud, P. Cazal, J. Andreani** et **Mlle Morello.**

Septicémie à staphylocoque avec abcès cérébral. Echec de toute thérapeutique et de la pénicillinothérapie. — MM. **G. Giraud, H. Souchon, P. Cazal** et **A. Pineau.**

Staphylococcie grave de la face guérie par la pénicilline. — MM. **G. Giraud, P. Cazal, J. Andreani** et **R. Jean.**

Syndrome de septicémie veineuse subaiguë ayant précédé, puis accompagné, l'explosion métastatique hépato-biliaire, ganglionnaire et sous-cutanée d'un cancer latent du pancréas. — MM. **L. Rimbaud, H. Serre, A. Vedel** et **Mirouze.**

A. Puech.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU NORD

25 Mai 1945.

Images pseudo-granuliques post-coquelucheuses. — MM. **L. Christiaens, E. Balezeaux** et **J. Pierret.** Chez une fillette de 5 ans. Réactions négatives à la tuberculine à plusieurs reprises. Nettoyage radiologique obtenu en 3 mois, simultanément avec une amélioration progressive de l'état général et du poids. L'aspect graphique de ces « formes coquelucheuses », vu sa rareté exceptionnelle, mérite d'être signalé.

Rhumatisme de l'épaule et infiltration stellaire. — MM. **Ed. Doumer, J.-F. Merlen** et **F. Roger** soumettent aux infiltrations stellaires 16 malades atteints de rhumatisme de l'épaule et enregistrent 8 succès et 5 améliorations. Quatre cas d'arthrite avec 1 succès, 2 améliorations; 1 échec.

Un cas d'arthrite sèche bilatérale avec succès complet. Onze cas de péri-arthrite dont 7 spontanées, 3 post-traumatiques et 1 après zona cervico-brachial, avec 6 succès, 3 améliorations, 2 échecs. A ce propos, ils insistent sur le rôle joué par le système sympathique et le ganglion stellaire dans les processus d'arthrite et de péri-arthrite de l'épaule.

Erythèmes noueux rhumatismaux. — MM. **J. Minet, Warembourg, Linquette, G. Lemaître** et **Cloey** rapportent 2 observations superposables montrant la coexistence d'une éruption d'érythème noueux et d'atteintes rhumatismales, la cuti-réaction à la tuberculine étant faiblement positive et des signes d'endocardite se manifestant dans les deux cas.

Pour affirmer la nature rhumatismale d'un érythème noueux, les auteurs pensent qu'il faut d'abord éliminer tout argument en faveur de la tuberculose, puis se baser sur la coexistence d'endocardite et sur l'efficacité rapide du traitement salicylé sur l'érythème noueux et sur les arthrites.

Un cas d'iléite terminale aiguë à symptomatologie appendiculaire. — MM. **Verhaeghe** et **Lagache.** Jeune homme de 18 ans hospitalisé d'urgence pour appendicite aiguë. Vomissements, température, douleurs dans la fosse iliaque droite, tout plaide en effet en faveur d'une appendicite aiguë. A l'intervention, cependant, l'appendice ne présente apparemment pas de lésions, tandis que la dernière anse iléale est considérablement augmentée de volume, très congestive, de coloration rouge foncé. Les parois sont extrêmement épaisses, cartonnées. Les lésions s'arrêtent brusquement à 10 *cm.* en amont du cæcum. Le mésentère, épaissi en regard des lésions iléales, renferme quelques ganglions dont deux du volume d'une noisette.

L'intervention est terminée par la réintégration pure et simple de l'anse iléale et du cæcum avec fermeture sans drainage.

Guérison 15 jours après sans complication. Une traversée digestive a montré un transit parfaitement normal, sans aucune image de rétrécissement, tandis qu'un examen de sang n'a pas permis de mettre en évidence de modifications importantes de la formule sanguine sauf une légère hyperleucocytose à 9.400. Quant à l'examen histologique de l'appendice et d'un ganglion mésentérique, il a révélé l'existence d'une hyperplasie réticulo-lymphocytaire considérable, mais tout à fait banale. Rien en définitive ne permet d'apporter un nouvel élément capable d'éclaircir la pathogénie d'une affection encore bien mystérieuse.

Réticulomonocytose à forme abdominale. — MM. **P. Swynghedauw, J. Driessens, L. Lemaître** et **J. Herbaut.** Homme de 36 ans présentant une localisation ganglionnaire abdominale pure de réticulose histomonocytaire prouvée par les examens hématologiques et histopathologiques et qui avait été antérieurement considérée comme étant une tumeur intra-abdominale justiciable d'une tentative d'exérèse. Résultats excellents, mais très certainement provisoires, de la radiothérapie.

Lymphogranulomatose maligne à début pharyngé. — MM. **J. Driessens, L. Lemaître** et **Herbaut.** Homme de 18 ans présentant un foyer pharyngien de maladie de Hodgkin, avec adénopathie cervicale satellite, puis une splénomégalie, puis à nouveau des adénopathies cervicales et chez qui seule la biopsie montrait la nature exacte des lésions dont chacune avait évolué pour son propre compte.

Occlusion intestinale par fissuration d'un anévrysme de l'aorte abdominale. — MM. **E. Delannoy, J. Vandecasteale** et **M. Verhaeghe.** Il s'agit d'un malade de 64 ans vu en état d'occlusion caractérisée, accompagnée de choc intense, guérie par aspiration duodénale continue et thérapeutique antichoc, et qui meurt subitement 3 jours plus tard d'une rupture d'anévrysme aortique abdominal ayant entraîné la constitution d'un volumineux hématome lombaire droit constitué par des caillots d'âges différents. C'est sous l'angle de l'hématome rétro-péritonéal que les auteurs voient l'intérêt de cette observation. Ils admettent avec Suire que la constitution d'un épanchement sanguin rétro-péritonéal engendre d'importants désordres neuro-végétatifs entraînant un choc nerveux. Toutefois la lenteur de constitution de l'hématome (fissuration progressive de l'anévrysme) permet d'observer des syndromes fonctionnels viscéraux (occlusion intestinale dans le cas particulier) précédant le choc.

Atélectasie pulmonaire aiguë d'effort à forme pseudo-pleurétique. — MM. **A. Verhaeghe** et **Grailles.**

R. Pierret.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE, CHIRURGIE ET PHARMACIE DE TOULOUSE

Juin 1945.

Acétylcholine et prostigmine. — MM. **J. Planques, D. Vincent, Dardenne** et Mlle **de Toledo.** Etude clinique des effets de l'association de la prostigmine et de l'acétylcholine chez des sujets hypertendus. L'injection sous-cutanée de 0 *mg.* 5 de prostigmine ne modifie pas à elle seule sensiblement la tension. Mais on constate que la sensibilité du malade à l'acétylcholine intraveineuse a augmenté d'environ 20 fois par rapport à des essais préalables chez les mêmes sujets. Simultanément on observe un abaissement considérable de la cholinestérase du sérum (de 10 à 30 pour 100) dont la prostigmine est un inhibiteur puissant. Cette action explique, en partie tout au moins, l'effet de sensibilisation observée.

Les auteurs soulignent, avec des arguments expérimentaux à l'appui, le véritable danger qu'il y aurait à employer après la prostigmine (comme après l'ésérine, selon les recherches expérimentales de D. Vincent) les doses usuelles d'acétylcholine. Des perspectives thérapeutiques sont enfin évoquées à ce point de vue.

Abcès streptococcique sous-dural, temporo-pariétal au cours d'une scarlatine. — MM. **R. Sorel, Lazorthes, A. Bardier** et **Anduze** rapportent l'observation d'un enfant de 9 ans qui, à la suite d'une scarlatine sévère, présenta un abcès streptococcique de la corticalité de l'hémisphère gauche, vraisemblablement secondaire à un abcès de la paupière gauche. Intervention et sulfamidothérapie locale 25 jours après le début des signes neurologiques : guérison complète sans séquelles.

Les signes fournis par cet abcès sous-dural avaient consisté en une hémiplégie droite avec aphasie et en une stase papillaire bilatérale. Il s'agit là d'une complication streptococcique à différencier des encéphalites vraiment scarlatineuses.

Spondylite brucellienne avec productions ostéophytiques. — MM. **J. Tapie** et **Escande** présentent l'observation d'un homme de 50 ans qui, 4 ans après une fièvre de Malte contractée en Cerdagne, présenta une lordose douloureuse du rachis lombaire avec grosse impotence fonctionnelle.

La radiographie montre un pont ostéophytique reliant les corps vertébraux de la 2e et 3e lombaire, les disques intervertébraux sont intacts, les grandes articulations sont mobiles. Ce malade qui avait eu une atteinte de l'extrémité acromiale de la clavicule droite quelques mois après le début de sa fièvre de Malte n'avait jamais, antérieurement, souffert de lumbarthrie. Les brucelloses peuvent dans certains cas être à l'origine d'un pseudo-rhumatisme vertébral chronique.

Au sujet de deux observations de méningite à pneumocoques guéries l'une chez l'adulte par les sulfamides, l'autre chez l'enfant par la pénicilline. — MM. **J. Tapie, R. Sorrel, J. Laporte, Guinsbourg,** Mme **Enjalbert** et Mlle **Trévisan,** après avoir rappelé la gravité des méningites suppurées à pneumocoque, même depuis l'avènement de la sulfamidothérapie, rapportent deux observations de guérison.

L'une concerne un homme de 33 ans, qui en pleine santé présenta une méningite suppurée aiguë avec 40°5, convulsion, délire et coma. L'examen direct et la culture de liquide céphalo-rachidien mirent en évidence des pneumocoques en abondance et à l'état de pureté. Des doses massives (14 *g.* par 24 heures pendant 3 jours, puis 12 *g.* pendant 4 jours et 8 *g.* pendant plus de 15 jours) administrées intra-rachidiennes, sous-cutanées et *per os* amenèrent la guérison définitive et sans séquelles. C'est là une éventualité exceptionnelle dans les méningites pneumococciques primitives.

Le second cas a trait à une petite fille de 11 ans, qui, à la suite d'une commotion cérébrale avec plaies contuses du visage, particulièrement de la région nasale, fut atteinte d'une méningite suraiguë également à pneumocoques purs, 4 jours après le traumatisme. La sulfamidothérapie restant sans effet durant 24 heures, l'enfant fut transportée dans un état désespéré à la clinique médicale infantile (température : 41°, agitation, coma, contractures généralisées, convulsions, incontinence vésicale).

A raison de 20.000 unités de pénicilline intra-rachidienne matin et soir et 10.000 unités sous-cutanées toutes les 2 heures puis toutes les 3 heures, l'enfant guérit totalement en une semaine.

A propos du traitement des aortites syphilitiques. — M. **P. Meriel** rapporte plusieurs cas où sous l'influence du traitement spécifique est apparue une insuffisance cardiaque irréductible ou la continuation du processus sur l'aorte.

Le mécanisme de cette aggravation est mal connu, mais le fait qu'elle existe incite à la prudence thérapeutique, même dans les cas où l'insuffisance cardiaque est inapparente et ne se décèle que sous des signes électrocardiographiques d'insuffisance coronaire. Le danger que court le malade est plus grand que les bénéfices réels qu'il peut retirer d'une médication qui semblerait indiquée.

Calcium tissulaire dans l'hyper- et l'hypocalcémie. — MM. **Planques** et **Valdiguié.**

Juillet.

Les encéphalites suraiguës primitives de l'enfant. — MM. **R. Sorel** et **R. Levrat.** Parallèlement aux cas d'encéphalites secondaires, aux fièvres éruptives notamment, qui se sont multipliés depuis 20 ans, il n'est pas rare d'observer des accidents absolument semblables, mais sans étiologie décelable. Les auteurs en rapportent deux observations récentes que rapproche leur évolution suraiguë :

1° Fillette de 3 ans, en très bon état de santé jusque-là. Aucun antécédent pathologique familial ou personnel. Apparition brutale, sans prodromes, d'une contracture douloureuse, en flexion, du membre inférieur droit, avec fièvre et aphasie. L'examen complet permet d'éliminer sûrement un tétanos ou toute autre affection médicale ou chirurgicale. Examen neurologique négatif ; liquide céphalo-rachidien normal. Puis généralisation de la contracture, convulsions subintrantes, hyperthermie à 42°8. Mort le 4e jour de l'évolution.

2° Fillette de 17 mois, sans aucun antécédent pathologique. Apparition subite d'hyperthermie et de convulsions à type bravais-jacksonien intéressant toute la moitié droite du corps. Secousses cloniques ininterrompues durant une demi-journée, malgré plusieurs injections de gardénal soluble. Liquide céphalo-rachidien normal. Mort en 24 heures.

Dans les 2 cas, l'enquête étiologique reste absolument négative. Si certaines de ces encéphalites suraiguës primitives peuvent relever d'une infection minime, inaperçue, il semble bien que d'autres soient véritablement autonomes et relèvent d'un virus neurotrope, dont la nature reste à fixer.

Les fausses sulfamido-résistances. — M. **Darnaud.** La sulfamido-résistance n'existe vraiment que si la sulfamide employée de façon absolument correcte s'est avérée inefficace. Malheureusement l'emploi des sulfamides fait trop souvent l'objet des pires incertitudes. L'auteur s'efforce de préciser les règles de la thérapeutique sulfamidée. Il montre que la seule manière de prescrire les doses convenables c'est de pratiquer les dosages répétés de la sulfamide dans le sang, les urines et, au besoin, le liquide céphalo-rachidien. Il apporte pour conclure une observation clinique qui met particulièrement en évidence la nécessité pratique des dosages.

Recherches sur les carences en facteur C dans un camp d'internés. — MM. **M. Sendrail** et **Brunies** ont étudié les éliminations ascorbiques urinaires et pratiqué le test de surcharge de Harris chez les détenus d'un camp d'internés civils, sujets en état de dénutrition accentuée et soumis secondairement à un régime de suralimentation. Ils ont vu que le gain de poids, au cours d'un mois de suralimentation, est d'autant plus important que la carence préalable en facteur C était moindre. D'autre part, la comparaisons des résultats obtenus chez un grand nombre de sujets montre le bénéfice tiré de l'adjonction d'acide ascorbique au régime de suralimentation ; la proportion des augmentations pondérales était de 85 pour 100 chez les sujets suralimentés et recevant 100 *mg* d'acide ascorbique par jour : elle était seulement de 50 pour 100 chez les sujets soumis à un régime de suralimentation identique mais non approvisionnés en acide ascorbique et de 17 pour 100 chez les sujets maintenus au régime normal du camp.

Les auteurs rappellent les données expérimentales sur l'antagonisme thyroxino-vitamine C. Ils estiment que la carence en facteur C, agent de neutralisation de la thyroxine, provoque dans le milieu humoral une rupture d'équilibre au profit des sécrétions thyroïdiennes : d'où une accélération des échanges, une mobilisation des réserves et en définitive un amaigrissement.

Il y a lieu de retenir l'enseignement pratique de ces recherches qui invitent à associer systématiquement chez les faméliques de guerre, à tout régime de suralimentation un approvisionnement suffisant en acide ascorbique.

Dilatation aiguë spontanée de l'estomac chez l'enfant. — MM. **R. Sorel, Bertrand** et **Daynie** insistent avec Mondor, sur la difficulté de diagnostic de pareil syndrome encore plus rare chez l'enfant que chez l'adulte.

Il s'agissait ici d'un enfant de 11 ans, dont le tableau clinique rappelait en tous points celui de l'occlusion intestinale et d'autant plus que ce garçon avait été opéré 2 mois auparavant d'appendicite et qu'on était en droit de songer à une occlusion par bride post-opératoire.

Un repas extrêmement copieux à base de fruits avait été pris la veille.

Malgré l'état très alarmant du malade, on temporisa pour intervenir par suite de l'absence du père. La position ventrale et le transport à la clinique déclenchèrent l'évacuation des premiers gaz et d'une selle. Guérison spontanée.

Cas de néphrose lipoïdique chez un enfant. — MM. **R. Sorel, A. Bardier** et **Biau** rapportent une observation de néphrose lipoïdique absolument pure, sans aucun signe de néphrite associée, mais avec des signes physiques et psychiques de myxœdème chez un enfant de 2 ans. La guérison complète fut obtenue en 2 mois par le régime hyperalbumineux et les extraits thyroïdiens.

Chorée fibrillaire de Morvan et acrodynie. — MM. **Riser** et **Dardenne** ont observé une chorée de Morvan chez une jeune fille de 19 ans. Le syndrome acrodynique était au complet. Ils soulignent les relations qui existent entre les deux affections. Dans le cas particulier, une petite épidémie d'acrodynie a été observée dans le même village (5 cas). A signaler une calcémie à 108 *mg.*

Les injections de sels mercuriels dans le traitement de l'asystolie du vieillard. — MM. **Planques, Laporte, Dreyfus** et Mlle **Bounes.**

J.-P. Tourneux.

CHRONIQUES

La Médecine aéronautique [1]

(fin)

VARIATIONS RAPIDES DE LA PRESSION ATMOSPHÉRIQUE

Les avions atteignent, aujourd'hui, une vitesse scensionnelle de l'ordre de 2.000 *m.* par minute t ils peuvent redescendre des très hautes altitudes tteintes à une vitesse encore supérieure. Il en ésulte que les équipages sont soumis à de rapides t intenses variations de pression.

Cependant, si l'on réfléchit que dans la Marine ucune prescription spéciale n'existe, ni pour les caphandriers, ni pour les plongeurs jusqu'à 10 *m.* le profondeur — ce qui correspond à une atmosphère — on doit être immédiatement rassuré en e qui concerne les variations de pression atmosphériques subies par les aviateurs; celles-ci, en ffet, soit en dépression, soit en recompression, ne lépassent pas — et n'atteignent forcément pas — ine atmosphère.

Néanmoins, des recherches ont été faites, afin le connaître l'influence de ces variations sur la pression artérielle, sur les réactions psycho-motrices, sur le pouls, sur l'état du cœur, etc., et une hèse a même été faite par Emile Strohl, au Laboratoire du Bourget, thèse qui avait démontré que 'on peut se décomprimer et se recomprimer à une rès grande vitesse, sans aucun danger.

Seules, au moment de la recompression, sont à raindre des douleurs au niveau des tympans chez es sujets dont les trompes d'Eustache ne sont pas perméables.

L'étude de ces variations rapides de pression a dû être être complétée lorsqu'on a envisagé l'emploi les scaphandres et des carlingues étanches.

On se demanda, en effet, si un tel engin venant à exploser à une altitude de 15.000 *m.*, par exemple, les équipages passant brusquement d'une pression voisine de celle du sol à celle de 15.000 *m.* ne seraient pas victimes d'accidents graves.

Les premières recherches sur cette question furent réalisées au Laboratoire du Bourget (Communication à l'Académie de Médecine, le 18 Juillet 1939, Garsaux, Richou et Laurent). Une série d'animaux furent soumis, en environ 1/200 de seconde, de la pression atmosphérique du sol à des pressions correspondant à l'altitude de 12 à 15.000 mètres. Sur 33 expériences, seuls 2 porcs présentèrent quelques troubles, encore n'étaient-ils pas imputables, d'une manière certaine, au véritable choc pneumatique auquel étaient soumis tous ces animaux.

Ces recherches ont été reprises par Armstrong et Heim, aux Etats-Unis, d'abord sur les animaux, puis sur l'homme, avec moins de brutalité.

ÉTUDE DES ACCÉLÉRATIONS

Lorsqu'un avion, au cours d'une acrobatie, décrit un looping, une vrille ou, plus simplement, lorsqu'il fait un vol piqué, — à l'instant où il se redresse, décrivant ainsi une courbe, son poids, de même que celui de l'aviateur qui le pilote, se trouve multiplié par 1, 2, 3, 4, 5, ou même davantage, suivant sa vitesse et la petitesse du rayon de la courbe. C'est ce que l'on a coutume d'appeler l'accélération. On la désigne, couramment, par la lettre « g». Ainsi, les nombreux pilotes actuels sont, très fréquemment, obligés, au cours de leurs diverses manœuvres, de subir de telles accélérations. On conçoit aisément qu'au cours de celles-ci, le fonctionnement normal de leur organisme, et en particulier la circulation, subit d'importantes modifications.

Il était, certes, possible d'étudier ces modifications à bord des avions, mais, dans ce cas, l'expérimentateur et le sujet observé devaient être soumis à la même accélération, ce qui rendait toute observation impossible.

Aussi, eut-on l'idée de soumettre d'abord des animaux, puis ensuite l'homme, à des centrifugations plus ou moins prononcées.

Ce problème se posa, pour la première fois, en France, en Juin 1918, non pas en raison des troubles constatés sur eux par les pilotes aviateurs, au cours d'accélérations et bien connus, aujourd'hui, sous le nom de « voile noir », mais à la suite d'une discussion, qui vaut la peine d'être rappelée.

M. Caquot, alors Directeur de la Section technique de l'aéronautique, impressionné par le nombre de ruptures des ailes d'avion, au cours des acrobaties, avait demandé que leur coefficient de sécurité fût porté de 7 et 9 jusqu'à 20.

Cette exigence comportait, pour les constructeurs, de grosses difficultés. Aussi, ces derniers, par l'intermédiaire de M. Blériot, firent observer qu'en admettant que l'avion résistât à des accélérations si intenses, le pilote, lui-même, n'y résisterait pas.

J'étais, alors, le seul médecin détaché à la Section technique de l'aéronautique et M. Caquot me mit en face de ce problème : à quelle accélération l'homme est-il susceptible de résister ?

Il me fallait répondre dans les huit jours. C'était la guerre et le temps pressait. Je m'adressai alors aux grands cardiologues de l'époque, qui ne purent me donner aucune indication. J'allai, ensuite, trouver le Directeur de l'Ecole des Mines, afin de savoir s'il y avait une limite prévue à l'accélération des cages d'ascenseurs, dans les mines. Il me fut répondu qu'aucune réglementation spéciale n'existait. C'est alors que l'idée me vint de m'adresser au Professeur André Broca, titulaire de la chaire de physique médicale à la Faculté de Médecine, auquel je proposai de centrifuger des animaux. Il acquiesça aussitôt. Le Professeur Lapicque pouvait nous procurer des chiens, mais il fallait trouver une centrifugeuse suffisamment grande.

Nous finîmes par trouver une essoreuse de poudrerie de 1 *m.* 50 de diamètre, où nous pûmes centrifuger nos chiens, orientés dans des positions différentes, par rapport à l'axe de rotation de la machine.

Trois séries d'expériences eurent lieu qui nous ont permis de répondre à M. Caquot que ses exigences n'étaient pas exagérées, car, si les chiens présentaient quelques troubles à de faibles accélérations, de l'ordre de 30 « g», ils ne mouraient qu'entre 84 et 97 « g», suivant leur position par rapport à l'axe de rotation.

Dès cette époque, nous étions fixés sur l'origine des troubles qui pourraient se produire chez l'homme : c'est la masse sanguine qui, ainsi centrifugée, va se loger vers les parties les plus éloignées de l'axe de rotation et, en particulier, dans les parties du corps aisément dilatables, telles qu'à la région abdominale.

En effet, les chiens morts étaient autopsiés par le Professeur Lapicque qui constata, comme lésion principale, une énorme dilatation des vaisseaux mésentériques, ainsi qu'une grosse congestion de tous les vaisseaux de l'intestin.

Ces études furent reprises, en 1924, aux Etats-Unis, par Cookfield, qui détermina que ce fameux « voile noir », — qui consiste en une perte momentanée de la vue, même pour la lumière, tant que dure l'accélération —, débute aux environs de 4 « g».

En 1927, les recherches furent reprises sur l'homme, en France, au manège de Saint-Cyr (Garsaux, Toussaint, Malassez), mais ce dernier, quoique mesurant 16 mètres de diamètre, ne permettait pas de dépasser 2 « g » 5, accélération insuffisante.

Depuis cette époque, la plupart des recherches ont été poursuivies, en augmentant les dimensions des centrifugeuses et en les perfectionnant.

En 1930, en Hollande, Jongbloed et Noyons, et, en 1932, en Allemagne, Kœnel et Ranke, arrivent même à faire des radiographies du cœur et des vaisseaux, au cours des centrifugations. En 1938, aux Etats-Unis, Armstrong et Heim construisent un manège analogue au manège de Saint-Cyr. En 1937 et en 1939, en Allemagne, un manège de 6 *m.* 60 peut donner des accélérations de 47 « g ».

C'est surtout en Allemagne que ce genre de recherches a été poussé. Au nouvel Institut de Médecine Aéronautique de Berlin, on utilisait une centrifugeuse de 6 *m.* de rayon utile, dans laquelle le siège du sujet est mobile dans le sens radial. Quand la centrifugeuse tourne à la vitesse voulue, on éloigne le siège de l'axe, avec le corps du sujet et les instruments de mesure qui font corps avec lui et l'on atteint ainsi les forces centrifuges élevées, en un temps minimum, qui n'est pas supérieur à celui qui intervient réellement en avion.

En dehors des centrifugeuses, d'autres procédés ont été employés pour l'étude des accélérations sur l'homme.

Aux Etats-Unis, Armstrong et Heim ont utilisé un pendule freiné, pouvant donner des accélérations de 16 « g », en 1/5 de seconde.

En France, en 1940, nous avions préparé l'utilisation d'un banc d'essai de trains d'atterrissage. On aurait ainsi atteint des accélérations de 40 « g ». Ces essais ont été interrompus par les événements. Mais, la meilleure méthode d'expérimentation demeure celle pratiquée en avion. Diringshofen, en Allemagne, avait réalisé un véritable avion Laboratoire permettant d'enregistrer la plupart des modifications se produisent au cours d'une accélération, y compris même des radiographies de la cage. Armstrong et Heim, aux Etats-Unis, ont réalisé un avion laboratoire analogue.

Ainsi, on connaît, depuis longtemps, la cause des troubles de l'hydraulique circulatoire, dus à l'afflux de la masse sanguine vers les parties du corps centrifuge, au moment de l'accélération. Il s'agissait d'y trouver un remède.

Le mécanisme de la production du « voile noir » incitait, naturellement, à placer dans l'avion le pilote de telle sorte que la résultante des forces centrifuges agisse dans le sens perpendiculaire à l'axe du corps. C'est ainsi que M. Flamme avait longtemps proposé la « position ventrale »; mais cette position rendait le pilotage fort difficile. Néanmoins, à la suite des recherches de Gauer, Ruff et Buhrlen, on s'avisait que la position ventrale permettait de supporter 15 « g ». Ceci amena les Allemands à l'adoption d'un siège basculant automatique.

En France, nous avions proposé, vers 1927, de ceinturer le ventre du pilote, à l'aide d'une ceinture pneumatique, reliée par un tube de caoutchouc, à un coussin pneumatique, installé sous le siège du pilote. Au cours de l'acrobatie, le poids du pilote appuyant sur le siège faisait passer l'air contenu dans ce dernier vers la ceinture, opposant ainsi, au niveau de l'abdomen, une contre-pression à l'afflux du sang dans les vaisseaux abdominaux. Mais, ce procédé ne plaisait pas aux pilotes, car il avait l'inconvénient, le siège étant légèrement gonflé d'air, de leur faire perdre le contact fessier avec le siège même de l'avion ; or, ce contact doit être intime, pour permettre un pilotage correct, surtout à bord des avions de chasse rapides.

Le remède a été repris, ces temps derniers, par les Américains et l' « anti-blackout suit », actuellement réalisé, comporte, non seulement la ceinture pneumatique que nous avions préconisée, mais des cuissards et des jambières, le tout communiquant avec une bouteille d'air comprimé, le gonflage de ces divers ceinture et cuissards étant automatiquement réglé, au cours des acrobaties, par l'action d'un pendule. Malgré l'emploi de ces vêtements, on n'arrive pas à supprimer complètement les troubles qui se produisent au cours des grandes accélérations. Là encore, un gros travail reste à faire par les médecins de l'aéronautique.

1. Voir *La Presse Médicale*, n° 35, 47

SÉLECTION DU PERSONNEL NAVIGANT

Les diverses recherches que l'histoire de la médecine aéronautique vient de vous laisser entrevoir, indiquent bien comment l'organisme d'un aviateur en travail est soumis à l'action d'une série de facteurs, qui troublent, d'une manière brutale et constante, le fonctionnement normal de cet organisme.

En effet, l'aviateur se déplace à une très grande vitesse, dans toutes les directions de l'espace, il est donc nécessaire que les pilotes et le personnel navigant soient physiquement très sélectionnés. Aussi voit-on, en France, dès le 2 septembre 1912, une circulaire ministérielle prescrivant des conditions spéciales pour le personnel de l'aviation. Cette circulaire est complétée par une autre, le 20 décembre 1916; mais, c'est seulement le 8 novembre 1917 que M. Nepper et le Professeur Camus créent un Service spécial au Grand Palais et, qu'en même temps, MM. Maublanc et Ratier organisent un Service au Groupe des Divisions d'entraînement, au Plessis-Belleville. En Septembre 1918, le Professeur Guilain est chargé de la création du Centre de Longvic-lès-Dijon. Ce Service était prévu pour examiner 1.000 pilotes par mois, mais il fonctionna peu de temps, l'armistice ayant été demandé, presque aussitôt par les Allemands.

Ce n'est qu'en 1920 que le Centre du Bourget [2] fut créé à la fois pour les civils et les militaires. Puis, le 1er Mai 1921, M. Beyne fut chargé d'organiser un Service spécial d'examen pour l'aviation militaire.

C'est seulement en 1922 que le Service du Bourget fut complètement construit et organisé : il s'accrut beaucoup, par la suite, et au moment de la guerre de 1939, il centralisait, pour la France et les colonies africaines, plus de 25.000 dossiers. Actuellement, un Service de Santé de l'Air, exclusivement militaire, vient d'être créé, comprenant une Direction, un Service d'examen et un Service de recherches biologiques [3].

CONDITIONS D'APTITUDES

Les conditions d'aptitudes du personnel navigant n'ont été vraiment définies qu'à la suite de la Convention Internationale de Navigation Aérienne, dont les bases furent établies, à Rome, dès 1919, par les médecins des aviations alliées.

Cette Convention, à laquelle adhéraient, en 1939, 34 nations, comporte, parmi ses nombreuses sous-commissions, une sous-commission médicale qui a établi, depuis 1922, au cours de ses nombreuses réunions, les conditions d'aptitudes pour les différents membres du personnel navigant. Ces conditions sont adaptées aux conditions nouvelles de la navigation aérienne, résultant des incessants progrès faits dans cette voie et constituent des minima d'aptitudes, chaque nation restant libre d'en augmenter la sévérité et de choisir ses méthodes d'examen. Le rapporteur médical français, réélu chaque année par ses collègues étrangers, est demeuré le même depuis 1922 [4].

MÉTHODES DE SÉLECTION

Depuis 1917, jusqu'à la guerre de 1939, les méthodes de sélection sont demeurées sensiblement les mêmes dans tous les pays. Elles comportent un examen clinique complet, fait par des médecins spécialistes, en particulier pour les yeux, les oreilles, le système nerveux et la radiologie. Peu à peu, dans certains pays, on y ajouta quelques épreuves spéciales, de manière à déterminer la résistance à l'altitude et à rechercher, par exemple, l'appréhension de la chute. Quant aux méthodes psycho-techniques, elles n'ont jamais été appliquées, dans l'aviation française, qu'avec une certaine prudence.

Ces méthodes psycho-techniques ne sont pas nouvelles. En France, dès 1917, Camus et Nepper, au Grand Palais, et Maublanc et Ratier, au Plessis-Belleville crurent pouvoir déterminer une aptitude spéciale à l'aviation, en mesurant la durée des réactions psycho-motrices visuelles, auditives et tactiles. Dans ce but, ils utilisaient, soit le chronoscope de d'Arsonval, soit un chronographe. C'est qu'à cette époque, on était encore convaincu que pour faire un bon pilote d' « aéroplane », il fallait posséder des « réflexes » — mot impropre —, extrêmement rapides.

Les mesures faites par ces 4 médecins ne donnèrent pas de résultats appréciables; aussi chercha-t-on à les perfectionner, à l'aide de l'appareil Beyne-Béhague, qui avait pour but de mesurer les mêmes réactions avec plus de précision.

De l'ensemble des recherches faites à l'aide des méthodes psycho-techniques, il apparaît que le pourcentage des sujets réformés à la suite de ces examens spéciaux est de l'ordre de 25 pour 100 ; mais, il n'est nullement démontré que les 25 pour 100 éliminés eussent fait de mauvais pilotes. C'est ainsi, qu'en France, un de nos plus fameux pilotes d'acrobaties eût été déclaré inapte, à la suite des examens psycho-techniques !...

Elles ont été utilisées, également, aux Etats-Unis, à titre d'information et d'après Armstrong lui-même, elles ne paraissent être à peu près au point, pour l'aviation, que depuis 1942. En Algérie, à l'instigation des Etats-Unis, le Professeur Malméjac les utilise, mais il cherche surtout à avoir des tests personnels mieux adaptés à la mentalité française. Beaucoup d'auteurs pensent avec raison, — et l'Ecole Suisse en particulier — que les méthodes de psycho-technique par les tests ne sont pas applicables en matière de sélection aéronautique. La psychologie est préférable et, en Italie, Gemelli qui depuis trente ans s'applique à l'étude de la question, dit que les tests ne sauraient suffire pour exprimer la valeur d'une aptitude déterminée [5].

*
* *

Tel peut être présenté, aujourd'hui, un aperçu des origines et du développement de la médecine aéronautique.

Son but est la recherche des moyens susceptibles de soustraire l'homme aux inconvénients de la pratique de la navigation aérienne.

Cette navigation, on l'appellera peut-être demain : « navigation interplanétaire ». Aussi, la tâche de la médecine aéronautique demeure-t-elle considérable.

Avec l'accroissement des vitesses et des altitudes, les médecins de l'air, comme les ingénieurs dont ils sont devenus inséparables, vont se trouver en présence de problèmes bien différents des précédents : accélérations rectilignes prolongées et brutales; vibrations d'un ordre inconnu; ionisations; rayonnement; gravitation peut-être...

Sans doute, pensez-vous qu'il s'agit là d'anticipations. Je ne le crois pas.

Quoi qu'il en soit, faisons en sorte qu'à chaque nouveau progrès vers l'infini de l'espace, on puisse continuer à dire : des Français sont passés par là.

P. Garsaux.

2. Ce Centre fut créé par le Dr Garsaux.
3. Déjà en Juin 1929, M. Laurent-Eynac avait demandé l'organisation d'un Service semblable. Une Commission s'était réunie trois fois et M. Beyne en avait établi un projet, fort bien construit, mais le Service de Santé militaire ne voulut pas abandonner de son personnel.
4. Ce rapporteur n'est autre que le Dr Garsaux (N. d. l. r.).
5. Journaux médicaux d'aviation. — 1934 : *Journal of Aviation Medicine*, Angleterre et U. S. A. ; *Rivista Medica Aeronautica*, Italie ; *Acta aerophysiologica*, remplacé, par la suite, par la *Lufthartmedizin* qui a même continué à paraître pendant la guerre, Allemagne.
Pour la France : Pas de journal, mais dispersion des publications, dans le *Bulletin de la Section Technique de l'Aéronautique*, dans les *Archives de Pharmacie et de Médecine militaires*, dans le *Bulletin de Santé de l'Air* et dans la *Revue du Service de Santé militaire*.
Ouvrages de médecine aéronautique : David A. Myers : *La Médecine Aéronautique*, U.S.A., 1926 ; Hopwell Bauer : *Aviation Medicine*, U.S.A. : Schubert : *Physiologie des Menschen im Flugzeug*, Allemagne ; Schnell : *Luftfarhtemedizin*, Allemagne ; von Diringschfen : *Medizinischer Leitfaden für fliegende Besatzungen*, Allemagne ; Armstrong : *Principles and practice of aviation Medicine*, U.S.A.

A propos du « Dupuytren » d'Henri Mondor

Dans son livre : *Grands médecins, presque tous*, qui a connu le succès que l'on sait, M. Henri Mondor avait déjà donné un portrait extrêmement vivant de Dupuytren. Cette esquisse lui a fait désirer de consacrer à ce célèbre chirurgien une étude beaucoup plus complète et aujourd'hui il publie un *Dupuytren* en un volume qui va rejoindre dans la collection « leurs Figures » l'ouvrage maintenant si connu qu'il a écrit sur Mallarmé.

Né en 1777, mort avant la soixantaine, Dupuytren, en une vie de courte durée, a traversé une des époques les plus agitées et les plus variées de l'histoire de France. A une époque où tant d'hommes atteignaient par des voies diverses à la renommée ou à la gloire, sa très forte personnalité s'est imposée à l'attention de tous ses contemporains, de telle sorte que son nom est demeuré de ceux que la postérité conserve. Cependant, quand aujourd'hui nous l'évoquons, quelques mots seulement s'éveillent en nous, en quoi se résument nos connaissances à son sujet : très grand chirurgien, bel enseigneur, mais esprit despotique, concurrent redoutable et quelquefois odieux.

Cette silhouette très sommaire, il est intéressant de la confronter avec la réalité et pour cela on ne peut pas suivre de meilleur guide que M. Mondor, qui joint ici à la compétence hors pair du technicien les prestiges d'une plume experte n'ignorant rien de l'art subtil du choix des termes et de leur rendement.

Avec lui, de Pierre Buffière, bourg de sa naissance en Limousin, nous suivons Dupuytren à Paris au Collège de la Marche, puis à l'Ecole de Médecine en 1794. Nous le voyons devenir élève de Boyer à La Charité, consacrer de longues heures à de minutieuses dissections, franchissant dès 1795 le concours de Prosectorat, vivant chichement dans de pauvres logis sans feu, mais soutenu par une ambition dévorante et, un peu plus tard, à 24 ans, conquérant le titre de chef des travaux anatomiques, puis, en 1802, celui de chirurgien de 2e classe à l'Hôtel-Dieu. En 1812, Dupuytren est nommé au concours professeur de médecine opératoire et, en 1815, il franchit le dernier échelon par sa nomination de professeur de clinique, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu. Il a acquis la place pour laquelle il a travaillé vingt ans et, complètement « arrivé », il va y donner un enseignement éblouissant jusqu'à l'automne de 1833 où se manifestent les premiers symptômes d'une maladie à laquelle il succombera au début de 1835, il y a cent ans.

La courbe de cette belle carrière dessine donc une ascension en flèche suivie par une longue période étale que la *pallida mors* est venue abréger avant le temps. Dans l'une comme dans l'autre période Dupuytren a connu l'admiration mais aussi la jalousie, l'envie et toutes les malveillances d'une critique acerbe. C'est que pendant l'ascension il s'est montré concurrent de valeur redoutable, mais âpre et bousculant volontiers ses concurrents. Et dans la belle période de son professorat il n'a pas su faire fi de moyens quelquefois vulgaires pour assurer à son nom la notoriété la plus étendue. Cependant tout ceci, il faudrait résolument le laisser de côté s'il n'y avait eu de pénibles épisodes où vis-à-vis d'hommes comme Bichat ou Laennec, Dupuytren n'a pas eu le beau rôle. Mais ces misérables querelles, pour reprendre une expression employée dans une autre biographie par J.-L. Faure, avec cette sonorité romantique qu'il affectionnait, elles ne sont que la poussière dans la crinière du lion. Et celle-ci reste superbe. Dupuytren a été un grand opérateur; il a décrit plusieurs maladies nouvelles auxquelles son nom est resté attaché; il a été un enseigneur prodigieux dont les leçons remplissaient les amphithéâtres de médecins et d'étudiants et il a pendant près de vingt ans dispensé dans les salles de l'Hôtel-Dieu un enseignement clinique sans rival. Mais il en a été un peu de lui comme de grands artistes lyriques ou dramatiques dont la perfection n'aura été accessible qu'à leurs contemporains, et M. Mondor laisse à plusieurs reprises percer un regret : c'est que l'œuvre écrite de Dupuytren soit si mince et qu'il ait abandonné à ses collaborateurs le soin de recueillir une partie de ses leçons. Peut-être était-ce fatigue due à une existence surmenée, crainte des critiques si malveillantes ? On ne sait.

Et cet homme, doué des plus magnifiques qualités, ayant connu les succès les plus achevés, conquis toutes les dignités et les honneurs auxquels il pouvait prétendre, paraît n'avoir jamais connu de bonheur vrai et complet. Son existence privée a été traversée d'événements pénibles et il a toujours conservé une sensibilité d'épiderme excessive à tous les coups d'épingle que ne lui ménageaient pas ses rivaux. Et puis, et ici on ne peut mieux exprimer

›s choses que ne le fait M. Mondor que j'ai plaisir citer, car ces quelques lignes montrent avec quel ›onheur d'expression il sait traduire les conditions ›s plus délicales : « avec un besoin de domination [ui l'égarait, il prenait ombrage autour de lui des ›alents naissants et se privait par dureté des colla-›orateurs qui l'eussent aimé et déchargé. Pour ›ssurer sa suprématie, il s'abaissait à des besognes ›ccablantes et, pour faire dans Paris tout le bruit [u'il souhaitait, il manquait à quelques élémentaires ›élicatesses de tact et de discrétion. Une inimitié ›mpitoyable s'ensuivait qui rassemblait peu à peu ›ontre lui en furieux persécuteurs tous ceux qui ›e consolaient en le dénigrant de ne pas le valoir. »

Mais ce grand orgueilleux a su le rester et opposer › la maladie tôt venue un beau courage et il a ›ecueilli la mort avec une sereine tranquillité qui ›eut faire envie. Il est bien connu qu'à son enter-›ement les étudiants dételèrent les chevaux et vou-›urent traîner le char funèbre jusqu'au cimetière ›u Père-Lachaise. Dernier témoignage de juvénile ›nthousiasme.

Au cours d'une vie écourtée et si remplie, Dupuy-›ren a été en relations avec nombre de ses contem-›orains. Il ne semble pas qu'il ait jamais été en ›apport avec Napoléon, mais il a, on le sait bien, ›té appelé auprès du duc de Berry frappé au cœur ›ar Louvel et, créé baron par les Bourbons, il a ›orté le titre de chirurgien du roi.

M. Mondor s'est bien gardé d'isoler son person-›age et sans écrire un *Dupuytren et son temps*, ›l n'a négligé aucune des occasions qui lui étaient ›offertes d'ouvrir des aperçus sur le monde politique, ›ittéraire ou scientifique contemporains. Il a ainsi mieux situé son sujet et ajouté sans cesse ›ie et intérêt à un récit auquel la richesse verbale ›u style donnait déjà une valeur exceptionnelle.

PH. PAGNIEZ.

LA MÉDECINE A TRAVERS LE MONDE

Belgique.

« JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES »

Renouant une tradition interrompue par suite des événements, le Comité des Journées de Bruxelles a organisé le jeudi 5 Juillet 1945 sa XIXe Session sous forme d'une Journée en hommage aux Médecins des Armées alliées. Pour avoir été mise sur pied rapidement, cette journée n'en connut pas moins un grand succès.

De nombreux médecins belges avaient tenu à s'associer à cette manifestation de sympathie en l'honneur de leurs confrères alliés dont l'idée fut conçue par M. le Dr MARTEAUX, ministre de la Santé Publique.

La matinée fut consacrée à des visites d'hôpitaux et à des séances opératoires au cours desquelles les Professeurs F. NEUMAN, R. DAMS, F. VAN DEN BRANDEN, J. VAN DEN BRANDEN, G. HENRY, A. HUSTIN, les Docteurs R. LOICQ, BOURG, LA HAYE, F. WATRY, E. TANT et J. ROUFFART-MARIN montrèrent aux assistants la technique utilisée dans leur spécialité et discutèrent avec eux des résultats obtenus.

L'après-midi, dans le grand auditoire de la Faculté de médecine, les Professeurs E. RENAUX, R. DAMS, A. SIMONART et le Dr G. CORYN parlèrent respectivement des transfusions sanguines, de l' « Axial Pressure and Bone Growth », du traitement des rapatriés atteints de dénutrition, et du traitement des abcès du poumon.

Un lunch groupant tous les participants et un concert furent offerts le soir par le Comité des Journées Médicales de Bruxelles pour compléter cette journée si réussie à laquelle la Grande-Bretagne, les Etats-Unis et la France avaient envoyé de brillantes délégations.

*
* *

Le samedi 7 Juillet 1945 s'est tenue dans la Grande Salle du Palais des Beaux-Arts, à Bruxelles, une séance académique solennelle pour célébrer le XXIe *Anniversaire de la Fondation Universitaire.*

S. M. la Reine Elisabeth avait tenu à rehausser la cérémonie de sa présence.

Devant un auditoire qui groupait l'élite intellectuelle du pays, M. Jean WILLEMS, directeur de la Fondation Universitaire, Monseigneur VAN WAYENBERG, recteur magnifique de l'Université de Louvain, M. Roger OCKRENT, au nom des Alumni de la Fondation Universitaire, et M. BUISSERET, ministre de l'Instruction Publique prirent successivement la parole pour retracer l'activité de la Fondation Universitaire depuis sa création, exalter son rôle et sa générosité, souligner ce que lui devaient les milieux scientifiques et la jeunesse universitaire belges et promettre tout l'appui du Gouvernement belge afin de lui permettre de continuer l'œuvre magnifique entreprise 25 ans plus tôt.

*
* *

Le docteur LÉON STIÉNON, professeur honoraire à l'Université de Bruxelles, membre honoraire de l'Académie de Médecine, vient de mourir à Bruxelles, dans sa 95e année.

Le dévouement inlassable du docteur STIÉNON, sa haute probité et la qualité de son diagnostic avaient fait du défunt une des plus nobles figures de la médecine.

*
* *

Le Service de Santé de l'Armée belge vient d'être mis à l'honneur. Au cours d'une séance solennelle à laquelle assistait M. l'Ambassadeur de Belgique à Londres, le colonel-médecin Victor GALLEMAERTS, directeur du Service de Santé de l'Armée belge en Grande-Bretagne, a reçu le diplôme de Membre d'Honneur de la « Royal Society of Medecine ».

Le colonel-médecin GALLEMAERTS fut depuis Septembre 1941 la cheville ouvrière de l'organisation du Service de Santé de l'Armée belge de la Libération, et se dévoua sans compter à cette tâche.

G. DECHARNEUX.

Correspondance

Sport et chronaxie vestibulaire

A propos de l'intéressant article de Mouriquand et Coisnard (*La Presse Médicale*, N° 27, 7 Juillet 1945), il convient de rappeler la thèse de Doctorat d'Université (Sciences), Paris 1936, de Covaciu-Ulmeanu, intitulée : « Effort volontaire et chronaxie » où l'auteur, élève du Prof. Laugier, constate également que « le temps nécessaire pour que les chronaxies reviennent à leurs valeurs initiales de repos, se raccourcit au fur et à mesure que l'entraînement se poursuit ». Dans cette recherche il s'agissait non de chronaxies vestibulaires mais de chronaxies neuromusculaires ordinaires, qui constituent aussi un test précieux pour le contrôle médico-sportif. Le comportement des deux séries de chronaxies n'est cependant pas identique, puisque, au lieu d'une simple diminution, Covaciu-Ulmeanu nota une réaction diphasique, diminution initiale suivie d'une phase d'allongement. L'entraînement se marque surtout, d'après cet auteur, par une réduction de l'amplitude d'allongement de la chronaxie après effort, test également très significatif qui malheureusement n'est pas assez connu. Puisse le nouveau travail de Mouriquand et Coisnard attirer enfin l'attention sur l'intérêt que présenteraient, dans ce domaine, des déterminations chronaximétriques systématiques.

PAUL CHAUCHARD.
Directeur-adjoint du Laboratoire de Neurologie, Sorbonne.

*
* *

La maladie de la canne de Provence.

Je me permets de vous signaler que si le Dr Génévrier a bien indiqué les principales caractéristiques de la « Maladie de la canne de Provence », dans votre numéro du 7 Juillet, ce n'est pas l'Italien Serra qui a décrit le premier, surtout en 1898, la « Maladie de la canne de Provence ». En effet, si on se reporte aux leçons de Bazin sur les affections cutanées artificielles (Paris, 1862, chez Delaye), on trouve au tome 3, page 67, tout un paragraphe décrivant les « éruptions propres aux ouvriers qui travaillent la canne de Provence ». Bazin, d'ailleurs, ne s'attribue pas la primauté de la description, puisqu'il signale, outre Morin qui, en 1860, décrivait dans la *Revue Thérapeutique du Midi* « La dermatose des cannissiers », outre Miquel qui, en 1845, disait un mot dans le *Bulletin Général de Thérapeutique* « sur une maladie communiquée à l'homme par la canne de Provence », un court article de Trinquier, *paru en 1840*, dans la *Gazette Médicale*, page 714, sous le titre : « Observation sur la vertu malfaisante de la moisissure des roseaux (Arundo Donax) ».

BARTHELEMY,
Ancien chef de clinique à Saint-Louis.

*
* *

Erratum. — Les auteurs de l'article sur ***le Cytodiagnostic salivaire parotidien,*** paru dans notre numéro 29, du 21 Juillet dernier, sont MM. R. SOHIER et M. LEORAT (et non LEVRAT).

INFORMATIONS

CONSEIL DE SURVEILLANCE de l'Assistance Publique à Paris

Sont nommés membres du Conseil de Surveillance, à compter du 1er *Août* 1945 :

MM. DE FONTENAY, CAYEUX, le Dr CANDAU, MM. GEVAUDAN, CORVAL, MALVAIS, Mme RABATÉ, M. le Dr ROUQUÈS, Mme RICHARD, M. le Dr LAFAY, représentants de l'Assemblée municipale.

MM. J. MOULY ; R. MOREL ; BREUIER ; BREZOL ; MASPETIOL ; GUÉRIN ; Drs A. RAVINA, membre sortant ; BAZY, membre sortant ; Prof. PORTES, membre sortant ; Dr RAPHEL, membre sortant ; Prof. BAUDOIN, membre sortant ; MM. RANDON-RACHET, membre sortant ; FONTAINE, membre sortant ; VALAT ; Vice-amiral L. LACAZE, membre sortant ; MM. L. DESCAVES, membre sortant ; A. GROU ; A. LE TROQUER ; Dr J. RENAULT, membre sortant ; M. M. RUCART ; Dr G. DUHAMEL ; MM. P. NEUMEYER ; P. FLEUROT.

(*J. O.* du 28 Août 1945.)

Université de Paris

Clinique de la Tuberculose, Hôp. Laennec (Prof. Jean TROISIER. Assistants : MM. BARIÉTY et BROUET, agrégés, médecins des Hôpitaux). — Nous rappelons qu'un *cours en vue de l'examen d'aptitude aux fonctions de Médecin des Services antituberculeux* sera fait du 15 Octobre au 23 Novembre 1945, et qu'il sera suivi du 26 Novembre au 8 Décembre 1945, d'un cours théorique et pratique sur *les méthodes de laboratoire appliquées au diagnostic de la tuberculose.*

Droits d'inscription : Premier cours, 1.000 fr. ; second cours, 1.000 fr. ; les deux cours, 1.500 fr.

Renseignements : A la Clinique de la Tuberculose. **Inscriptions** : au Secrétariat de la Faculté de Médecine (guichet n° 4) les lundis, mercredis et vendredis de 14 h. à 16 h.

Concours et places vacantes

Hôpital Pasteur de Cherbourg. — Un poste d'interne en chirurgie et un poste d'interne en médecine sont vacants. L'Administration hospitalière *demande des étudiants en fin de scolarité.*

(3.000 fr. par mois, logé, nourri et participation aux honoraires perçus par l'établissement). S'adresser au Directeur de l'Hôpital.

Hôpital Psychiatrique de Mayenne (Mayenne). — Un poste d'Interne en médecine est vacant (16 inscriptions). Adresser candidature avec *curriculum vitæ* au Directeur.

Etablissement Psychothérapique de Fleury-les-Aubrais (Loiret). — Une place d'Interne est vacante. Nourriture, logement, indemnité mensuelle de 2.390 à 2.690. Ecrire avec références au Médecin-directeur.

Œuvre Antituberculeuse des Côtes-du-Nord. — Deux postes de *Médecin phtisiologue* de dispensaires sont à pourvoir d'urgence ; traitements et indemnités des inspecteurs de la Santé. Envoyer titres et références à l'Inspection de la Santé, 76, rue de Quintin, Saint-Brieuc.

Le ***Sanatorium de Cauneille, par Peyrehorade*** (Landes) aurait besoin d'un médecin ou d'un étudiant titulaire de 20 inscriptions, de préférence femme, pour un remplacement de trois mois (Octobre, Novembre et Décembre). S'adresser à la direction de l'Etablissement.

Nouvelles diverses

Création d'un magasin général du Service de Santé. — Par décret du 20 Août 1945, il est créé au fort de Vanves un magasin général du Service de Santé placé sous l'autorité immédiate du ministre de la Guerre.

Institut d'Hydrologie et de Climatologie. — Le *J. O.* du 28 Août 1945 publie un décret relatif aux *traitements* et aux *classes* des fonctionnaires de l'Institut d'Hydrologie et Climatologie.

Médecins africains. — Le *J. O.* du 28 Août 1945 publie une liste de médecins nommés médecins africains de 3e classe.

Distinctions honorifiques

LÉGION D'HONNEUR

Commandeur : Médecin commandant Clovis VINCENT, de la direction du Service de Santé. — Médecin lieutenant-colonel A. LICHWITZ, n^e^ division motorisée d'infanterie.

Officier : Médecin commandant J. ANÈNE, n^e^ division d'infanterie marocaine.

Chevalier : Médecin-colonel R. DEBENEDETTI, directeur général du Service de Santé. — Médecin lieutenant-colonel X. SERAFINO, de la 15e région. — Médecin commandant S. AMADAL, chirurgien du Val-de-Grâce. — Médecin commandant H. MONTFORT, des troupes coloniales. — Médecin commandant A. BIECHELER, Servise de Santé de la n^e^ division blindée. — Médecin commandant J. BAUMANN, n^e^ formation chirurgicale. — Médecin de 1re classe de la Marine ANY-FICHEZ. — Médecin capitaine L. GERNEZ, du Comité médical de la Résistance. — Médecin capitaine J. MINNE, du Comité médical de la Résistance. — Médecin capitaine A. DAVERNE, groupe de commandos d'Afrique. — Médecin capitaine E. GEORGES, n^e^ bataillon de marche des Antilles.

— Médecin capitaine R. Gausse, n° bataillon médical. — Médecin capitaine P. Roger, n° bataillon médical. — Médecin capitaine R. Viaud, n° bataillon médical. — Médecin lieutenant H. Vedrenne, n° groupe de tabor. — Médecin lieutenant J. Gravelfay, régiment de marche de la Légion étrangère. — Médecin lieutenant J. P. Stefanini, n° bataillon de choc. — Médecin sous-lieutenant A. Presles, n° bataillon de zouaves. — Denise …esnel, du Comité médical de la Résistance. — P. …esnel, chirurgien, du Comité médical de la Résistance.

Chevalier (à titre posthume). — P. Banuilles, étudiant en médecine, membre de la Résistance, mortellement blessé le 26 Juillet 1944.

MÉDAILLE MILITAIRE

Médecin aspirant H. Braun, n° bataillon médical. — Médecin aspirant A. Gamby, n° division d'infanterie. — Médecin auxiliaire G. Quinot, n° bataillon médical. — Médecin auxiliaire G. Tardieu, n° bataillon médical.

CITATION A L'ORDRE DE L'ARMÉE

Médecin commandant J. Bernard, Service de Santé du détachement de l'Atlantique. — Médecin commandant P. Ponmus, n° bataillon de choc. — Médecin capitaine J. Bergerot, n° bataillon médical. — Médecin capitaine Jacques Lévy. — Médecin auxiliaire R. Massit, n° régiment d'infanterie coloniale.

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES

Médaille de vermeil. — Médecin capitaine J. Aboulker, hôpital militaire Maillot, à Alger.

Médaille d'argent : Médecin colonel P. Chaton, hôpital militaire Maillot, à Alger. — Médecin capitaine M. Faugrue, hôpital militaire Maillot, à Alger.

Médaille de bronze : Médecin commandant J. Grimaldi, hôpital militaire de Sétif. — Médecin capitaine M. André, hôpital de Tiaret. — Médecin capitaine A. Camboulives, hôpital militaire Baudens, à Oran. — Médecin capitaine Ch. Gosset, hôpital militaire d'Oudjda. — Médecin lieutenant F. Rugale, 1er rég. de spahis algériens, à Médéa. — Médecin lieutenant A. Delevoy, médecin-chef de la place de la Courtine. — Médecin lieutenant A. Hun, hôpital militaire de Batna. — Médecin sous-lieutenant R. Lejeune, 433e bataillon médical. — Médecin auxiliaire P. François, hôpital complémentaire Saint-Julien, à Nancy. — Mme le docteur A. Semebrikova, à l'infirmerie-hôpital du camp de La Courtine.

MÉDAILLE D'HONNEUR DU SERVICE DE SANTÉ

Médaille de vermeil. — Médecin général P. Maisonnet, inspecteur du cadre de réserve. — Médecin général L. Jame, inspecteur général du Service de Santé. — Médecin lieutenant F. Eyrolle, parti pour la relève en Allemagne, tué à Landau. (A titre posthume.)

Médaille d'argent. — Médecin colonel C. Morel, détaché au cabinet militaire du ministre de la guerre. — Médecin lieutenant-colonel M. Chauzy, directeur adjoint du service de santé. — Médecin lieutenant-colonel H. Reynaud, direction générale du service de santé. — — Médecin commandant M. Rousseau, direction générale du service de santé. — Médecin commandant J. Bertrand, direction générale du service de santé. — Médecin commandant J. Juillard, médecin chef du service central de transfusion de l'armée. — Médecin commandant R. Fuchs, de la direction générale du service de santé. — Médecin capitaine M. Py, de la direction générale du service de santé. — Médecin capitaine H. Chiche, du service central de transfusion de l'armée. — MM. J. Joncheres et G. Seguinot, chirurgiens de l'hôpital Saint-Louis à Saintes.

Médaille de bronze. — Médecin lieutenant-colonel L. Le Souef, chirurgien de l'R. A. M. C., en captivité au stalag IV B. — Médecin capitaine H. Wykes, de l'R. A. M. C., en captivité au stalag IV B.

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

Inf. spéc. urologie, 8 ans prat., ex. inf. de l'hôpital américain de Paris. Ex. pris. ch. sit. aupr., de médecin ou chirurg. Accept. province. Ecr. *P. M.*, n° 62.

Urgent. Recherche cabinet ou clinique ophtalmo, ou mixte ophtalmo-oto-rhino-chirurgie Paris. Accepterait assoc. ou souhaiter. coopération en vue success. Ecr. *P. M.*, n° 63.

Médecin 30 a., A.E.H.P., expérience clientèle, ch. assistance ou remplacem. médec. génér. Paris ou quart. périphérie. Serait intéressé succession possible. Ecr. *P. M.*, n° 64.

Pharmacien cherc. utiliser diplôme rég. Paris. Ouest ou Sud-Ouest, avec ou sans capitaux. Ecr. *P. M.*, n° 65.

Demande une doctoresse pour direction de Sanatorium. Ecr. *P. M.*, n° 66.

Radiologisto, ass. hôp. Paris, démobilisé, cherche local professionnel, clinique ou association. Dispose matériel moderne et puissant. Ecr. *P. M.*, n° 67.

Pour raison santé, importante clientèle méd. gén. à céder suite, banlieue Paris. Maison 10 pièces, confort, pourrait être vendue. Ecr. *P. M.*, n° 68

Vve médecin dem. rempl. pour plusieurs mois. Urgent. Région Ouest campa. Ecr. *P. M.*, n° 69.

Achèterais bistouri électrique transportable genre 3 ampères chirurgical ou type voisin. Ecr. *P. M.*, n° 70.

Instruments à céder. Boîte de chirurgie abdominale et boîte de chirurgie osseuse. Ecr. *P. M.*, n° 71.

Vve de médecin, disposant capitaux, ch. pr associat. cabinet médic. ou pharmacie (rég. indifférente). médecin ou pharmacien 40 à 55 ans. Ecr. à Mme Nalbert, 37, boulevard Joseph-Garnier, Nice (Alpes-Maritimes).

Négatoscope Kolen et Dellumeau à rhéostat, grand modèle, laqué blanc, état neuf, à vendre. Faire offre Dr J.-M. Boivin, 19, rue Alfred-de-Vigny, Tours.

Aide-médico-sociale sténo-dactylo désirerait emploi secrétaire chez médecin de préférence ou Etablissement hospitalier région Nice. Ecr. *P. M.*, n° 74.

Infirmier suisse, 15 ans pratique, marié sans enfant, cherche situation stable économat-gérance dans Sana ou Préventorium. Ecr. *P. M.*, n° 75.

Demande une doctoresse pour direction de Préventorium. Ecr. *P.M.*, n° 77.

A vendre I.R.U.V. Diathermie O.C. Walter. Livres E.R. Médecine infantile. Encyclop. M.C. Ecr. *P. M.* n° 78.

-Médecin ou étudiant, 20 inscript., de préf. femme, demandé pr remplac. 3 mois, Oct. Nov. Décemb. S'adr. Sanatorium Ganneille, par Peyrehorade (Landes).

A vendre appareil radio-diagnostic moderne Chenaille, état neuf : kénotron et tube dans l'huile : 150 millis, 105 kv maximum avec table basculante Martin et sélecteur Lomon. Ecr. *P. M.*, n° 47.

Jne médecin AEHP, gde prat. client., démob. Octob., ch. poste méd. rég. parisienne. Ecr. *P. M.*, n° 48.

Achèterai app. radiographie, préférence contact tournant. Ecr. *P. M.*, n° 49.

A vendre appareil radioscopie et radiographie, ét. neuf, 2 stérilisateurs à eau, matériel compl. Cabinet Dentaire, autoclave et étuve. Bne occasion. Ecr. *P. M.*, n° 50.

Conf. vend. cab. Rosengart super 5. t. b. ét. (double emploi). Tél. Arc. 63-28, 14 à 16 heures.

Laboratoire biologie proche Paris ch. chef labo. méd. ou ph. ay. capacités pour situat. stable. Ecr. *P. M.*, n° 52.

Meuble tiroirs multiples usage dentiste, infirmière, etc. Lehire, 47, rue de Laborde, Lab. 99-78.

Dr 47 ans, expérimenté, méd. gén., maladies nerv., ch. rempl. Paris ou banl., début Sept. Ecr. *P. M.*, n° 54.

Poste à céder pour cause santé, région minière Nord ; fixes et bonne clientèle payante ; logement moderne ; jardin, fruits. Ecr. *P. M.*, n° 55.

Cherchons à louer, ou acheter grande maison environs Paris pr maison conval. et repos. Ecr. *P. M.*, n° 56.

Médecin 33 a., ex-dir. Publicité Laboratoire parisien, solide formation technique, comm. et publicitaire, cherche situat. industrie pharmac. France ou Etranger. Ecr. *P. M.*, n° 57.

On demande un infirmier ou une infirmière de chirurgie, au courant de la stérilisation. Travail modéré et intermittent. Sana Alfred-Leune. Ste-Feyre (Creuse). Visa n° 15.

On demande un jeune médecin 25 à 30 ans, sans clientèle. Ecr. Knap, 30 Av. de Verdun, Bois-Colombes (Seine).

Visiteur médical. 10 ans métier, meilleures référ. Très introduit sect. Sud-Est. Centre-Est, cherche Labo produits sérieux. Ecr. *P. M.*, n° 61.

Poste médical près Grenoble, proxim. station sports d'hiver. Situat. très intéress. à reprendre d'urgence. Ecr. *P. M.*, n° 8.

A céder, à 30 km., Paris, sur gdes lignes, gros poste de méd. génér. radiol. et agents phys. Ecr. *P. M.*, n° 9.

Chef de Publicité labo. spécialités pharmac., Dr en méd., référ. 1er ordre, offre collaboration à labo grand, moyen ou petit. Ecr. *P. M.*, n° 10.

Visiteur médical, tr. sér. référ. cherche 2e laboratoire pour région Bordeaux, ou Seine-et-Oise et Seine-et-Marne. Ecr. *P. M.*, n° 12.

Pharmacien venant de quitter poste important dans industrie pharmaceutique cherche situation similaire dans labo, Sté pharmaceutique ou tr. grosse Officine. Ecr. *P. M.*, n° 14.

Jne médecin, non installé, cherche pr 6 à 12 mois, appart. vide ou meublé, gr. ou petit, à Paris. Ecr. Dr Benoit, 45, rue Maréchal-Joffre, Saint-Germain.

Visiteur médical, région Sud-Est, 10 années de pratique, très bien introduit, références 1er ordre, cherche 2e Labo pour 1er Septembre prochain. Ecr. *P. M.*, n° 24.

Vendrais grosse clientèle campagne (Var), cause santé. Ecr. *P. M.*, n° 26.

Gynécologue-accoucheur ferait remplacement longue durée à Paris en vue de succession. Ecr. *P. M.*, n° 28.

Dame, 45 ans, sér. référ., ch. emploi manutentionnaire ou conditionneuse. Ecr. *P. M.*, n° 31.

Infirmière, 18 ans pratique chirurgie, hautes référ., libre mi-Octobre, ch. situat. stable. Ecr. *P. M.*, n° 33.

Important Laboratoire recherche pour régions Est, Centre et Sud-Ouest, visiteurs médicaux et pharmaceutiques exclusifs, très bonne présentation et bons vendeurs. Ecr. S.P.M.O., 2 *bis*, rue de la Jussienne, Paris. Visa 9.209.

Tonomètre de Baillart à vendre, état neuf. Ecr. *P. M.*, n° 35.

Visiteur médic. expérim. réf. désire bon labo pour Toulouse. Ecr. Besson, boite post. 109, Toulouse central.

Surveillante service suites de couches est demandée dans clinique parisienne. Situation intéressante. S.P.M.O., 3, rue de Lisbonne, Paris. Visa n° 15.164 O.R.T.

Orpheline de déporté, fille de méd. (18 ans), ch. pl. secr. sténo, ch. confrère. Sér. réf. Urg. Ecr. *P. M.*, n° 43.

Médec. dipl. Univers. étrang. lgue prat. accidents de travail et médec. génér., engagé volont., ay. fait campagne pend. 1 an, en voie de naturalisat, ch. travail Paris ou prov., comme assist. ou clin. Ecr. *P. M.*, n° 44.

Infirmier spécialis. en Physiothérapie, secrétariat médical, massage, ch. poste Sanatorium. Pinsard, 15, rue Cuvier. Paris, 5e.

Sténo-dact., 24 a. av. anglais ch. poste pr automne, régions alpestre ou pyrénéenne. Ecr. Lavialle, Vau de l'Airé, Continvoir (I.-et-L.).

Visiteuse médicale, référ. 1er ordre, 15 ans même Labo, rech. Labo pour Paris. Ecr. *P. M.*, n° 884.

Urgent. 1° Achèterais chambre à air 140-150×40 non synthétique, en tr. bon état ; 2° échangerais roue pilote traction avant 11 cv, munie envelopp. Michelin 185-400, usure 50 pour 100 et chambre bon état contre roue ordinaire complète, enveloppe et chambre même état 140-150×40. Ecr. Dr P. Dor, à Saint-Flour (Cantal).

Jne chirurgien, au cour., égalem. radiologie, ch association, assistance ou aides. Ecr. *P. M.*, n° 929.

Urgent. Cause éducation des enfants, gros poste rural, pro-pharmacie, à céder. Conviendr. à médecin jne et actif (Deux-Sèvres). Ecr. *P. M.*, n° 936

S.-F., 30 a. ex-chef de serv. clin. mat., ch. reprise ou direct. mais. acct. Mme Paul, sage-femme, Le Ripault-Monts (I.-et-L.).

Cherche Pharmacien célibataire susceptible reprendre mon officine av. ou sans capitaux. Ecr. *P. M.*, n° 948.

Visiteur médical, tr. introd. aupr. médecins Paris, ay. déjà un Labo. important ch. s'adjoindre autre Labo. Ecr. *P. M.*, n° 963.

Infirmière, dipl. Etat, bon. référ., 13 a. prat. ch. poste aupr. chirurgien, comme anesthésiste, assistante, soins en ville ou ch. médecin. Ecr. *P. M.*, n° 969.

Médecin, chef-lieu canton à 17 km., Nantes, échanger son poste contre appartement Paris. Ecr. *P. M.*, n° 976.

Visiteur médical, tr. sér. référ., visitant dep. plus. années pour import. Labo. Ouest, Nord-Ouest, s'adj. Labo. sér. Ecr. *P. M.*, n° 978.

Jeune médecin ou pharmacien, chimiste-biologiste, est demandé comme assistant pr Labo. d'analyses de province. Ecr. *P. M.*, n° 979.

Représentant visitant médecins et pharmaciens secteur Sud-Ouest, s'adjoind. Labo. Ecr. *P. M.*, n° 983.

Femme de médecin, bacc., bonne présent., ch. Labo. pour visiter médecins Paris. Ecr. *P. M.*, n° 987.

Bon poste, rég. Lyonnaise, à céder d'urgence, cause maladie. Cond. intéress. Ecr. *P. M.*, n° 988.

Jne médecin proch. démob. cherche poste médecine générale. Ecr. *P. M.*, n° 997.

Visiteur médical, excellentes références s'adjoindrait produit sérieux pour Paris. Ecr. *P. M.*, n° 1.

Visiteur méd., lic. ès sci., bien intr. Paris, Als. Lor. 15 ans expér. ch. Labo. Ecr. *P. M.*, n° 5

Maison de Santé chirurgicale demande : 1° Infirmière au courant chirurgie, non logée. 2° Gouvernante économe et réception. Ecr. *P. M.*, n° 7.

L'Office antituberculeux d'Ille-et-Vilaine (3, rue de la Cochardière, à Rennes) lance un appel urgent à toute personne ou collectivité pouvant lui céder ou lui prêter gants anti-X pour consultations dans dispensaires antituberculeux.

Chirurgien Paris cherche assistant ay. bon. expérience chirurgie générale. Situation avenir. Ecr. *P. M.*, n° 83.

Pharmacien, 28 ans, tr. sérieux, ch. docteur homme ou femme très au cour. bactériologie et sérologie, av. dipl. nécessaires en vue création intéressante laboratoire analyses, ville agréable Sud-Ouest. Réf. s.v.p. Ecr. *P. M.* n° 40.

Secrétaire, sténo-dactylo, Brevet. Capacité droit. ch empl. chez Dr à Paris. Ecr. *P. M.*, n° 26.

Le gérant : F. Thomas.

Imprimé par l'Ancne Imprimerie de la Cour d'Appel, 1, rue Cassette, Paris (France).

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées aux Périodiques, la Direction scientifique de La Presse Médicale *a dû fixer à 4 colonnes maximum l'étendue des mémoires originaux. Tout manuscrit dépassant cette étendue sera retourné à son auteur.*

L'ANHYDRIDE CARBONIQUE TOTAL DU PLASMA DANS LE CHOC ET L'HÉMORRAGIE[1]

PAR MM.

Léon BINET et M. V. STRUMZA

(Paris)

Dans un mémoire lu devant l'Académie des Sciences en 1882, Brown-Séquard aborde l'étude d'une série d'états pathologiques parmi lesquels le choc traumatique est souligné et les hémorragies sont citées. Dominé par la notion de l'inhibition qui lui est chère, il s'efforce de démontrer l'existence d'un arrêt des échanges entre le sang et les tissus et il écrit ces lignes que nous croyons devoir reproduire exactement : « Des recherches faites par mon préparateur, M. d'Arsonval, ont montré que la proportion d'acide carbonique est moindre qu'à l'état normal [2].» Ainsi, il y a soixante-trois ans, les auteurs français attiraient l'attention sur l'existence dans le choc et dans l'hémorragie d'une réaction humorale qui devait faire dans la suite l'objet de travaux particulièrement nombreux.

Au cours du choc, le chiffre d'anhydride carbonique total, contenu dans le plasma sanguin a été bien étudié. Y. Henderson lui a consacré plusieurs mémoires dans *The American Journal of Physiology* de 1908 à 1911. Au cours de la guerre 1914-1918, W. B. Cannon insistait longuement sur le même sujet. Dans le rapport devenu classique qu'il présenta à la *Société de Biologie* en 1918, le physiologiste de Boston souligne la réduction de la réserve alcaline du sang dans plusieurs cas de choc, réduction qui pour lui résulte de l'abaissement trop exagéré de la pression artérielle. D'autre part, l'hémorragie par elle-même est capable de déterminer une diminution de la teneur en CO^2 du sang artériel ; un mémoire de Y. Henderson et H. Haggard est remarquable sur cette question, publié en 1922 dans *The Journal of the Amer. Med. Assoc.* (Chicago, 78, 697). Soulignons encore l'ensemble des mémoires publiés en Angleterre en 1919 et consacrés à *Wound Shock and Haemorrhage*, dans lesquels le Comité des recherches médicales ne manque pas d'aborder cette notion.

Nous croyons devoir revenir sur ces questions à cause de leur intérêt pratique et nous voudrions résumer les recherches expérimentales que nous avons pu poursuivre sur le CO^2 total plasmatique après le choc et après l'hémorragie.

Nos expériences sur le choc ont été réalisées par des injections répétées d'histamine à l'animal anesthésié. Nous avons obtenu dans ces conditions un effondrement tensionnel irréversible, non curable spontanément, et il nous a semblé intéressant d'étudier, avant et après le choc, le CO^2 total plasmatique. Le tableau I et la courbe représentative (fig. 1) semblent démonstratifs à cet égard ; ils résument les résultats expérimentaux enregistrés sur 24 animaux.

Les animaux choqués présentent très rapidement après le début de l'injection d'histamine, plus lentement ensuite, une baisse progressive de la réserve alcaline. En une heure elle s'abaisse à la moitié de sa valeur primitive. Elle est tombée à 14,7 et à 12,7 volumes de CO^2 pour 100, sept heures et sept heures trente après l'installation du choc.

Par ailleurs, nous avons soumis des chiens à des hémorragies tantôt moyennes, tantôt importantes et dans ces derniers cas, parce que l'organisme

TABLEAU I. — *CO^2 total plasmatique et choc histaminique chez le chien chloralosé.*

AVANT CHOC		APRÈS CHOC							
Poids en kilogrammes	CO^2 total plasmatique en volume pour 100	Temps en minutes	CO^2 total plasmatique en volume pour 100	Temps en minutes	CO^2 total plasmatique en volume pour 100	Temps en minutes	CO^2 total plasmatique en volume pour 100	Temps en minutes	CO^2 total plasmatique en volume pour 100
12.200	50,0	20	36,6	45	24.2				
18.500	48,0	»	»	47	27,0	288	15,5		
17.300	46.2	15	38,5						
15 000	46.2	»	»	90	25,2	300	16 6		
23 500	45.3	20	37,6	»	»	180	23,3	430	14,7
21.000	44,3	30	29,0	»	»	270	15,7		
17 500	44.3	»	»	50	18,5	230	15,7		
23 500	43.2	5	42,3						
15 500	43.2	5	40,3						
13 500	43,2	25	41,3						
20.000	43.0	40	39.3						
14 200	42 4	15	35,7						
11 500	42,3	10	37,5						
30 000	42.3	»	»	»	»	120	18,4		
15 000	42.0	»	»	75	30.3				
11 200	41,4	»	»	100	26,0				
14 800	41.3	»	»	80	18,4				
12 000	40,8	10	27.0	»	»	275	14,6	450	12,7
22 000	40 4	35	33.8						
16 000	38.5	10	32,8						
16.100	38.5	25	27,1						
14 800	37.4	»	»	60	18,3	120	14,3		
21 500	36,5		»						
12.700	36,1	10	33,0						

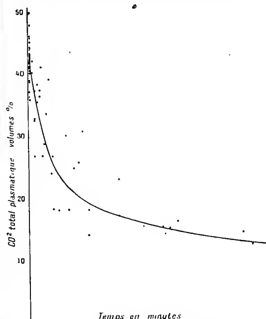


Fig. 1. — Variations du CO^2 total plasmatique sur le chien soumis au choc histaminique et exploré pendant plusieurs heures.

TABLEAU II. — *CO^2 total plasmatique et hémorragie.*

POIDS en kilogrammes	SAIGNÉES SIMPLES					
	CO^2 en volume pour 100 de plasma	Saignée en centimètres cubes	Temps en minutes	CO^2 en volume pour 100 de plasma	Temps en minutes	CO^2 en volume pour 100 de plasma
17 000 .	49.50	675	»	»	432	13.30
16 500 .	47 80	630	100	32.40	370	16,90
20 000	44.00	950	110	40 20		
19 000 .	43,00	850	»	»	355	32,40
12 100 .	37,50	610	50	23,70		
18 000 .	34,50	950	»	»	155	29,00

TABLEAU III. — *CO^2 total plasmatique chez le chien chloralosé, après saignée et injection substitutive de sérum physiologique.*

POIDS en kilogrammes	CO^2 en volume pour 100 de plasma	SAIGNÉE et injection substitutive en centimètres cubes	TEMPS en minutes	CO^2 en volume pour 100 de plasma	TEMPS en minutes	CO^2 en volume pour 100 de plasma	TEMPS en minutes	CO^2 en volume pour 100 de plasma
16 200	59.00	1.050	13	42,00	230	32,00		24,60
26 000	51.60	1.700	»	»	»	»	420	
17.000	50.80	950	»	»	120	23,70		21,00
15 500	47.00	700	»	»	»	»	250	18,90
11 500	45 00	700	»	»	115	31,40	255	14.90
27 000	43.90	1 300	14	30,50	185	22.60	338	22.60
23 000	42.90	1 100	»	»	210	20.30	335	12.00
16 700	42.00	1 000	10	30,30	»	»	260	22,70
14 100	35.30	590	»	»	»	»	460	
10 500	31,40	470	13	22,70	200	19,60		

1. Travail du Laboratoire de physiologie de la Faculté de Médecine de Paris et des Services techniques du Service de Santé militaire.
2. *C. R. de l'Acad. des Sciences*, **94**, 492.

Tableau IV. — *CO^2 total plasmatique chez le chien chloralosé, après saignée et injection substitutive de sérum physiologique bicarbonaté à 4 pour 1.000.*

POIDS en kilogrammes	CO^2 en volume pour 100 de plasma	SAIGNÉE et injection substitutive en centimètres cubes	TEMPS en minutes	CO^2 en volume pour 100 de plasma	TEMPS en minutes	CO^2 en volume pour 100 de plasma	TEMPS en minutes	CO^2 en volume pour 100 de plasma
21.500	49,70	1.380	19	58,40	60	32,30		
17.000	47,90	800	27	40,20	»	»	1.200	33,50
20 700	47,70	1.230	23	55,50	90	45,80	225	26,50
17.500	46,00	800	»	»	»	»	1.860	36,40
18.700	45,80	1.200	40	52,60	»	»	420	19,70
27.000	45,80	1 630	12	49,70	»	»	285	27,50
19 500	42,00	1.130	24	48,70	100	42 90	290	25,50
24.000	42,00	1.450	23	41,00	190	30,30	320	24,00
15 000	42,00	630	»	»	95	36,20		
17.000	35,00	750	»	»	»	»	205	27,00

vait perdu les 3/5 de la masse du sang, nous avons ssuré la survie par une injection substitutive imuédiate d'eau salée physiologique. Nos expériences, ur 10 chiens rapportées dans le tableau II et com›ortant une simple hémorragie, semblent convain-antes, puisque nous notons des chiffres de CO^2 ›our 100 de plasma, qui varient de 32 volumes à 3 volumes, cette dernière valeur étant observée sept heures et douze minutes après la saignée.

Pour les 10 expériences groupées dans le tableau III, il faut tenir compte de la dilution de la réserve alcaline subsistant après l'hémorragie, par suite de l'injection de sérum physiologique. Néanmoins, le CO^2 total plasmatique continue à s'abaisser dans les heures qui suivent cette chute artificielle.

Nous croyons devoir revenir sur pareil problème, surtout pour en tirer des conclusions thérapeutiques. Ces chiffres d'abaissement de la réserve alcaline, au cours du choc et au cours de l'hémorragie, nous ont conduits, dès 1940, à cónseiller l'emploi d une solution saline artificielle préparée en partant de l'eau salée physiologique classique à laquelle nous ajoutons 1 *g.* 5 de bicarbonate de soude et 4 *g.* d'hyposulfite de soude au litre. Notre tableau IV concerne des chiens hémorragiés ayant reçu du sérum bicarbonaté (ici 4 *g.* pour 1.000). On y trouve la correction souhaitable au début de l'expérience, cette correction s'atténue dans la suite avec le temps. De nouvelles injections de bicarbonate sont indispensables si l'on veut maintenir une réserve normale, tant que l'anémie post-hémorragique ne s'est pas atténuée.

De nos jours, si l'on pense que la thérapeutique par les sulfamides appelle l'administration de bicarbonate de soude, — et on sait que beaucoup de nos blessés sont soumis à cette thérapeutique, — nous croyons devoir insister encore davantage sur l'utilité de cette médication bicarbonatée. Nous espérons pouvoir apporter bientôt des observations cliniques relevées par des collègues chirurgiens et nous montrerons qu'elles semblent bien prouver la justification de notre appel.

L'ANASTOMOSE TERMINO-TERMINALE APRÈS GASTRECTOMIE LARGE

PAR MM.

Jacques HUGUIER
et **Charles-Louis CHATELIN**
(Paris)

Cette intervention est différente de la « pylo-›ectomie » de Péan, Billroth. Comme toute gastrec-omie large pour ulcère elle emporte le pylore, la ›etite courbure jusqu'à l'abord de la coronaire, a grande courbure jusqu'où la gastro-épiploïque lroite cesse de l'irriguer.

La particularité technique que nous proposons ·éside non dans la section gastrique au niveau de a petite courbure, mais dans l'exécution de l'ana-›tomose gastro-duodénale à la partie inférieure de a tranche gastrique. Nous n'insisterons que sur ce ›oint, restant brefs par ailleurs.

Du côté grande courbure il importe de préciser ›ù doit porter la section: c'est dans la zone avas-›ulaire qui marque, sur 6 *cm.*, la fin du territoire ›astro-épiploïque droit. On obtient ainsi un moi-›non lisse, sans pédicules liés, parfaitement périto-›isé, sans franges graisseuses. Le point proposé permet une section suffisamment haute de l'estomac : secondairement l'examen radiologique montre la poche gastrique résiduelle enfouie de 2 *cm.* ou plus sous le bord costal, test classique le suffisance d'une gastrectomie.

L'anastomose terminale est possible et même aisée si la section porte en ce point. Au cours des manœuvres la grande courbure « descend » en pivotant autour du cardia (le prétendu ligament suspenseur se fixe non au sommet du fundus mais à sa face postérieure); l'épiploon gastro-splénique, seul tracteur en haut et à gauche, peut être au besoin sectionné dans la zone avasculaire. Pratiquement, alors, rien ne s'oppose à la rotation gastrique, la section pouvant être reportée aussi loin qu'on le veut à gauche. Le danger est de faire trop large, puisque dans un cas la capacité gastrique restante était de 25 cm^3.

Du côté duodénal, l'expérience montre que le bloc duodéno-pancréatique est souvent mobilisable en masse et que le duodénum l'est à peu près toujours si on le libère de ses connexions pancréatiques à l'union des parties fixes et mobiles.

La technique exige la conservation d'une étoffe convenable, c'est-à-dire la séreuse péritonéale. Si l'ulcère siège à 1 *cm.* ou plus à gauche de la limite droite de l'arrière-cavité, on pourra avoir en arrière l'étoffe désirable (même si on a dû décoller une zone normalement libre). Au contraire, tout ulcère siégeant plus à droite supprime ce plan solide et quatre éventualités s'offrent alors :

1° Réaliser une gastrectomie type Polya ou Hofmeister-Finsterer.

2° Pratiquer une anastomose gastro-duodénale quand

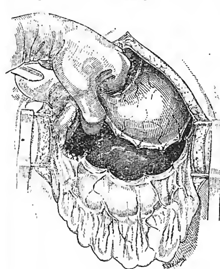


Fig. 1. — Squelettisation de l'estomac.

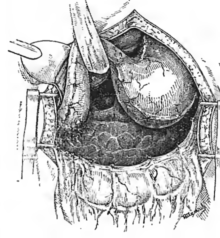


Fig. 2. — Libération duodéno-pancréatique.

même (c'est possible : nous l'avons fait dans un cas, ce qui entraîna une fistulette duodénale rapidement tarie), mais c'est dangereux.

3° Utiliser un lambeau musculoséreux emprunté à la face postérieure de l'estomac et suturé « en redingote » (nous ne l'avons pas encore réalisé).

4° Pratiquer une gastrectomie avec anastomose termino-terminale, mais en laissant l'ulcère en place, ce qui, en l'absence d'exclusion, semble à condamner d'après nos connaissances actuelles de la physiologie de l'ulcère.

En outre, la nécessité de conserver cette étoffe séreuse postérieure semble devoir condamner cette technique dans la gastrectomie pour cancer en raison tant de la nécessité de réséquer les ganglions que de l'état des tuniques.

Tactiques opératoires.

Nous avons pratiqué quatre méthodes différentes :

1° Résection gastro-duodénale primitive : suture difficile des tranches postérieures dont la muqueuse exubérante cache les plans séro-musculaires.

2° Section duodénale primitive : la suture est facilitée par la traction sur l'estomac mais elle présente la difficulté précédente.

3° Plicature de la pièce non sectionnée. Les temps sont : suture péritonéo-musculaire assez difficile car gênée par l'estomac plicaturé ; suture musculaire bord à bord ; ablation de la pièce ; suture muqueuse postérieure puis antérieure ; sutures antérieures.

4° Nous pensons tourner ces difficultés en pratiquant une hémisection verticale primitive de l'estomac dont les moitiés clampées sont rabattues à droite et à gauche : la première suture est effectuée sur tube digestif fermé, avec bons tracteurs. Cette méthode n'a que l'inconvénient de donner une moins belle pièce (séparée en deux segments).

Technique résumée.

(Est détaillée dans la thèse de l'un de nous.)

1° Incision pariétale et exploration des lésions.

2° Section du grand épiploon : celle-ci atteint, au moins à gauche, la zone avasculaire et la « squelettise » (J.-C. Bloch) entre deux pédicules distants de 6 à 8 *cm.* S'arrêter lorsque la grande courbure « pivote » suffisamment, c'est-à-dire lorsque le point où doit porter la section dépasse légèrement la ligne médiane.

3° Libération du duodénum : nécessaire et difficile que si l'ulcère est duodénal. Il faut cependant libérer les adhérences empêchant le duodéno-pancréas de tourner sur l'axe mésentérique supérieur : le fascia de Treitz, « souvenir embryologique », est un plan cellulaire lâche qui permet la mobilisation du bloc. L'estomac tendu, on libère les adhérences antérieures, de même les adhérences duodénum-face antérieure du pancréas. Cette libération est poursuivie à la face postérieure du duodénum s'il se mobilise difficilement : on libère ses connexions vasculaires en sectionnant les vaisseaux qui, à ses bords inférieur, supérieur, à sa face postérieure l'amarrent au pancréas.

4° Ligature du pédicule pylorique, en même temps que les sections vasculaires qui augmentent la mobilité, on squelettise le moignon duodénal en prenant avec la pylorique ses petites branches (d'emblée ou dans un second temps).

5° Ligature de la coronaire stomachique.

6° Vérification de la mobilité gastro-duodénale. Libéré de ses attaches épiploïques, l'estomac bascule facilement à droite ; le duodénum monte à gauche, entraînant plus ou moins le corps du pancréas. Dans un tiers des cas le rapprochement gastro-duodénal est facile sans libération duodénale ; dans les deux tiers des cas aisé après elle.

7° Hémisection gastrique : l'estomac sectionné entre deux clamps suivant une verticale, à l'aplomb de l'angle de la petite courbure, les hémigastres rabattus, leurs faces postérieures apparaissent ; elles sont rapprochées par l'aide.

8° Surjet gastro-duodénal postérieur : la bouche tendant à être petite, il faut étaler le duodénum au maximum pour que le point fixant le bord supérieur duodénal à l'estomac soit situé haut sur la face postérieure de celui

1, 1 ou 2 cm. au-dessus du point qui semblait devoir être le bon. Un surjet serré est conduit de ce point, verticalement, jusqu'à la grande courbure. Les tissus sont tendus sans tension excessive, les points espacés de 2 mm. au maximum pour éviter de froncer et rétrécir la bouche. Si le duodénum est dépéritonisé et se prête mal à un surjet solide, on préférera la suture à points séparés, ou mieux, on fera une gastrectomie type Hofmeister-Finsterer.

9° Section séro-musculaire postérieure des deux viscères : à 0 cm. 5 du surjet précédent, puis hémostase sous-muqueuse.

10° Surjet bord à bord séro-musculaire : quoique dans deux cas, ce plan n'ait pas été exécuté, le surjet précédent donnant toute satisfaction, nous pensons que l'anastomose doit être faite en trois plans, surtout en arrière.

11° Section de l'estomac : section séro-musculaire antérieure ; hémostase sous-muqueuse ; la muqueuse est ouverte avec précaution ; aspirateur électrique. Une valve étroite dans le fundus assure mieux l'évacuation complète ; la capacité du moignon gastrique restant est toujours minime ; repérage des bords avec les pinces l'Okinczyc.

12° Section du duodénum.

13° Surjet mucomuqueux bord à bord ; commencé haut sur la petite courbure de l'estomac (qu'un fil de traction placé après ligature de la coronaire et squelettisation empêche de rétracter), surjet de rapprochement que nous arrêtons au bord supérieur du duodénum puis poursuivons sur le plan postérieur de la bouche pour remonter sur le plan antérieur de celle-ci, en l'arrêtant au bord supérieur du duodénum, c'est-à-dire au raccordement du manche et de la palette de la raquette.

14° Surjet musculo-séreux antérieur bord à bord : conduit de bas en haut, d'abord gastro-duodénal ; au bord supérieur du duodénum il prend la face antérieure de la tranche gastrique, le bord supérieur du duodénum, puis le versant postérieur de la tranche gastrique. Enfin, il reconstitue la partie haute de cette dernière.

15° Surjet séro-séreux antérieur : conduit comme le précédent il peut aussi réaliser une petite suspension duodénale qui tend à élargir la bouche.

16° L'opération est terminée : drainage par un tube court, sous-hépatique, à distance des sutures.

Soins post-opératoires.

Ne présentent pas, du fait de la technique, de particularités importantes ; Schéma de reprise de l'alimentation :

Eau par demi-cuillerées à café ; en moyenne 1/2 tous les quarts d'heure après le réveil ; ceci rend inutile le lavage gastrique ; ce lavage interne de l'estomac déjà vidé au cours de l'opération, diminue, croyons-nous, l'œdème de la bouche.

Premier jour : lait coupé aux 2/3 par cuillerées à café.
Deuxième jour : lait coupé au 1/3.
Troisième jour : purées légères et lait entier.
Quatrième jour : viande hachée, lait, pâtes.
Ultérieurement : régime et repas peu abondants mais nombreux pendant six mois à un an.

Lever précoce (quatrième jour), malade bien sanglé : évite ou améliore les complications pulmonaires rares et bénignes grâce à la préparation pré-opératoire, la vaccination, l'absence d'inhalation anesthésique pendant l'intervention proprement dite.

Comportement ultérieur de la gastrectomie.

a) Cliniquement : les opérés se portent bien.

b) Radiologiquement : sur les clichés post-opératoires (huit jours à un mois) on peut observer :

1° La poche gastrique : elle n'atteint pas les fausses côtes, en retrait de 2 cm. dans les cas où elle est la plus étendue. La poche à air, petite, a basculé à droite et est abaissée.

2° La bouche anastomotique, bien visible, fonctionne correctement sous écran ; elle apparaît parfois un peu étroite ; nous la trouvons dans nos observations non exactement déclive dans 40 pour 100 des cas, sans que le malade en ressente de troubles : le bas-fond est très peu important.

La bouche se projette au bord supérieur ou au niveau du corps de L 1 sur le malade debout.

3° Le duodénum est profondément modifié : toujours dilaté, parfois très dilaté. Situation : médiane gauche (40 pour 100) soit dans toute son étendue, soit dans sa partie supérieure seulement ; il est vertical ou oblique en bas et à droite. Fonctionnemment : il y a presque toujours dilatation déclive de D 3 avec stase ; la partie initiale est souvent remplie de gaz.

c) Cliniquement : les quelques analyses que nous avons nous ont montré de l'anachlorhydrie.

Complications post-opératoires.

Nous ne signalerons ici que les complications qui ont pu être reprochées aux techniques spéciales d'anastomose gastro-duodénale (une mort par choc était sans signes abdominaux) :

Désunion totale : nous ne l'avons pas observée.

Désunion partielle et fistules : 1 cas pour un ulcus du *genu superius*, c'est-à-dire pour un cas où la majorité des chirurgiens font une gastrectomie pour exclusion et non une gastrectomie radicale ; la fistule, d'ailleurs minime, a cédé en quelques jours à l'atropine et au jeûne.

Avantages du procédé.

Physiologique, il respecte le trajet du bol alimentaire par rapport aux sucs digestifs ; il éviterait l'ulcère peptique.

Evite certaines complications : circulus viciosus, invagination rétrograde du jéjunum, étranglement du grêle dans la brèche mésocolique, étranglement de D 4 dans la brèche mésocolique secondairement abaissée (accident peu connu : facteur possible de mort par occlusion duodénale aiguë ou fistule duodénale totale).

Se passe dans l'étage sus-mésocolique.

Cette gastrectomie est aussi large que celles du type habituel (rappelons les anastomoses œsoduodénales qui se multiplient actuellement). Les fistules sont exceptionnelles ; pas de péritonites post-opératoires, ni de récidive d'ulcus à brève échéance. Les résultats ultérieurs, tant mécaniques que chimiques, sont excellents. Quant aux résultats éloignés, le temps en les faisant connaître, indiquera la place exacte de cette anastomose, les autres procédés ne vivant que dans des contre-indications de la méthode termino-terminale.

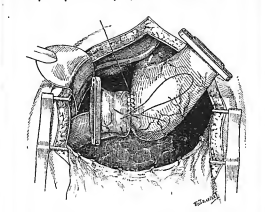


Fig. 3. — Adossement séro-séreux après hémisection.

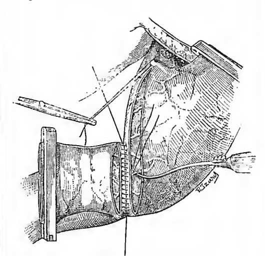


Fig. 4. — Hémostase sous-muqueuse après section séro-musculaire.

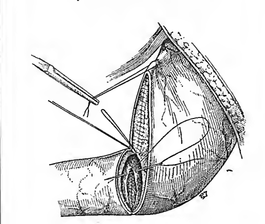


Fig. 5. — Surjets muqueux.

Indications du procédé.

L'intervention que nous préconisons est l'intervention de choix dans les ulcères de la petite courbure : le duodénum intact permet de conserver la portion mobile bien péritonisée ; l'estomac souvent dilaté est d'une mobilisation très facile.

L'indication reste nette dans l'ulcus juxta-pylorique : 0 cm. 5 de séreuse en arrière, même s'il y a des adhérences, permet une bonne suture. Les indications sont plus limitées s'il y a inflammation : elle ne constitue pas une contre-indication absolue : nous avons opéré avec succès 2 ulcus perforés, donc en poussée, au moins œdémateuse ; les suites ont été si simples qu'un opéré a été présenté le dixième jour à l'Académie de Chirurgie, faisant 1 km. à pied à l'aller et au retour.

Contre-indication du procédé.

Dans le cancer : l'état des tissus rend les sutures plus précaires ; surtout la nécessité d'extirper les ganglions rétropyloriques et avec eux le duodénum mobile ne laisse pas de duodénum péritonisé.

Dans l'ulcère du duodénum fixe : ce qui, sauf plasties musculo-séreuses, place dans la situation précédente.

Conclusions.

L'anastomose termino-terminale doit prendre après gastrectomie une place prépondérante dans le cadre des indications indiquées, du fait de sa simplicité, de son meilleur résultat physiologique, de ses suites opératoires.

Les seules conditions pour la réaliser sont l'entraînement aux sutures digestives et une attention soutenue pour les exécuter parfaitement.

BESOINS QUOTIDIENS DU TUBERCULEUX SÉREUX EN VITAMINE C

CONFRONTATION ENTRE INGESTA ET TAUX SANGUINS

par MM.

Hugues GOUNELLE et Albert VALLETTE

(Paris)

Il est maintenant reconnu que l'organisme du tuberculeux requiert un plus grand apport de vitamine C que l'organisme normal. Nous nous sommes donc appliqués, à la demande de l'Institut national d'Hygiène à préciser quels pouvaient être les besoins exacts du tuberculeux en vitamine C [1].

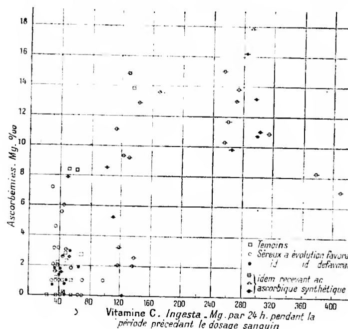
Notre étude s'est adressée à des rapatriés d'Allemagne présentant une forme particulière de tuberculose, à savoir celle des séreuses. La plupart de ces sujets ont évolué favorablement. Cependant, certains ont présenté quelques anomalies d'évolution qui fut lente et parfois entrecoupée de rechutes, comme l'ont souligné MM. Bariéty, Lejard et Barrabé [2].

Nous avions d'abord pensé que le test de Rötter qui consiste à rechercher le temps de décoloration d'une solution de dichloro-phénol-indophénol injectée dans le derme pouvait donner une indication valable sur l'état de carence de l'organisme en vitamine C. Nous avons dû abandonner ce procédé, ne retrouvant pas, comme les auteurs qui l'avaient préconisé, de relation précise entre l'ascorbémie et la vitesse de décoloration [3].

Nous avons alors déterminé chez les malades ainsi que chez trois témoins les ascorbémies [4] et pendant les périodes intercalaires et précédant les dosages sanguins les taux moyens quotidiens des ingesta de vitamine C. Pour ce faire, nous avons dû d'abord convertir en cru les poids des aliments pesés cuits au moment de l'ingestion et nous avons dû établir à cet effet une table des modifications apportées par la cuisson au poids des aliments [5]. Nous avons

1. On trouvera un exposé détaillé de cette étude dans un mémoire à paraître dans le recueil des travaux de l'Institut National d'Hygiène.
2. M. Bariéty, Ch. Lejard et M. Barrabé : Formes actuelles de la tuberculose des séreuses chez l'adulte. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 20 Novembre 1942.
3. H. Gounelle et A. Vallette : Test de Rötter et Vitamine C. *C. R. Soc. de Biol.*, 1944, **138**, 740.
4. Dosages effectués sous la direction d'Y. Raoul selon la méthode cinétique de P. Meunier, technique particulière de Mlle A. Vinet. *Bull. Soc. Chim. Biol.*, 1941, **23**, 334.
5. Modifications apportées par la cuisson aux poids des aliments. H. Gounelle et Mme Collin : *Bull. Soc. Scient. d'Hygiène alimentaire* (sous presse).

ensuite calculé sur les poids crus ainsi obtenus les quantités de vitamine C en utilisant la table de teneurs des aliments en vitamine C contenue dans la monographie de A. Giroud et A. R. Ratsimamanga [6]. Il fallait enfin tenir compte des pertes en acide ascorbique occasionnées par la cuisson et pour ce faire, nous avons, pour les aliments consommés



cuits, systématiquement affecté d'un coefficient de réduction de 50 pour 100 [7] les quantités précédemment calculées. La durée des périodes antécédentes aux dosages sanguins et pendant lesquelles l'alimentation a été ainsi rigoureusement contrôlée, varie de dix à cent vingt-trois jours.

Le graphique ci-joint confronte les ascorbémies et les taux moyens des ingesta de vitamine C pendant les périodes directement antécédentes aux dosages sanguins. Les carrés, les cercles blancs et noirs correspondent respectivement aux témoins, aux séreux à évolution favorable et à évolution défavorable, ingérant comme seule vitamine C celle contenue naturellement dans leurs rations. Les mêmes signes barrés transversalement dénotent qu'en plus de cette dernière il y avait dans les ingesta un apport complémentaire fort important d'acide ascorbique synthétique.

* * *

Que se dégage-t-il de cet ensemble ?

1° Chez les **témoins**, à deux ingesta de vitamine C de 60 à 70 mg. par jour correspondent deux ascorbémies dissemblables, l'une à 8 mg. 4 pour 1.000, la seconde à 2,75 pour 1.000.

Pour les ingesta compris entre 50 et 60 mg., l'on relève comme ascorbémies : 8 mg. pour 1.000, 2.5 pour 1.000, 1 pour 1.000 et un taux indécelable.

Si l'on admet souhaitable pour l'homme un taux sanguin d'acide ascorbique voisin ou non éloigné du taux de saturation (12 à 14 mg.), on doit conclure que dans les circonstances de l'alimentation de nos sujets, et compte tenu de la façon dont nous avons procédé concernant les calculs, un apport quotidien de 50 à 70 mg. de vitamine C dans l'alimentation apparaît insuffisant.

On sait que les discussions restent encore ouvertes sur les besoins exacts de l'individu **normal** [8]. Certains auteurs comme Rietschel et Gœthlin, etc., en se basant sur les doses indispensables pour prévenir le scorbut, estiment que 15 à 30 mg. d'acide ascorbique par jour sont suffisants. Beaucoup d'autres auteurs, Kellie et Zilva, Van Eekelen, Widenbauer, Hamel, etc., opinent entre 30 et 50 mg., Ratsimamanga entre 40 à 60 mg., Mme Randoin indique comme dose moyenne minimum 70 mg., Ralli, Friedman, Scherman, Codvelle-Simonnet et Mornard, 100 mg. et peut-être davantage. Nos résultats nous poussent à accepter ce dernier taux, et à cet égard nos conclusions concordent étroitement avec celles des auteurs qui, comme nous, ont basé l'estimation des besoins sur les quantités nécessaires à l'obtention du taux sanguin de saturation : Belser, Hanek et Storvick, Neige-Todhunter et Robbins et qui, eux aussi, préconisent 100 mg. par jour. C'est donc ce dernier taux que nous réclamons en *pratique pour le sujet normal dans les conditions de la cuisine française courante*.

2° En ce qui concerne les doses requises *par les tuberculeux séreux*, objet particulier de ce travail, un simple coup d'œil sur le graphique démontre que des ascorbémies fort basses, à 2 et 3 mg. pour 1.000, se rencontrent encore avec des ingesta quotidiens déjà élevés à 140 mg. Pour les ingesta inférieurs à 100 mg., on ne dénote que des taux sanguins éloignés du taux de saturation, en majorité très abaissés ou nuls. Lorsque les ingesta dépassent 250 mg. par jour, l'ascorbémie est toujours haute et la saturation sanguine obtenue.

En conséquence, nous estimons que l'apport quotidien *moyen en vitamine C de la ration d'un tuberculeux séreux doit être de l'ordre de 0 g. 25 par jour*. Et comme le plus souvent, notamment en période hivernale, les apports alimentaires restent fort éloignés de ce taux, il apparaît recommandable de prescrire le complément sous forme d'acide ascorbique synthétique.

3° Certes les tuberculeux séreux ne présentent pas tous un même besoin de vitamine C. Le fait n'apparaît pas pour les taux d'ingesta extrêmes qui s'avèrent pour tous largement soit suffisants, soit insuffisants; mais dans la zone intermédiaire des apports vers 120-140 mg., les ascorbémies s'échelonnent sur près de 13 mg., témoignant ainsi de cette différence de comportement individuel. Mais, en toute occurrence, il apparaît qu'une ration de 250 mg. par jour conditionne chez tous une ascorbémie de saturation.

(Hôpital Foch. Médaillés militaires-Service du Prof. agrégé Bariéty *et Centre de Recherches, avec l'appui financier de l'Institut national d'Hygiène.)*

6. A. Giroud et A. R. Ratsimamanga : *Acide ascorbique, Vitamine C (Hermann et Cie, éditeurs)*, Paris, 1942.
7. Mme Randoin et Mlle Gachignard admettent une perte de 33,6 pour 100 de vitamine C à la cuisson au gaz et de 48,7 pour 100 à la cuisson dans une marmite norvégienne. *Bull. Soc. Scient. d'Hyg. Alim.*, 1942, 77.
8. Voir discussion et bibliographie dans la remarquable monographie de Giroud et Ratsimamanga, *loc. cit.*, 44.

MOUVEMENT MÉDICAL

LE TRAITEMENT DE L'ENDOCARDITE MALIGNE LENTE PAR LA PÉNICILLINE

Il n'est pas de maladie plus inexorablement fatale que la maladie d'Osler. Les quelques très rares cas jusqu'ici rapportés de prétendues guérisons étaient tous sujets à caution, liés à des erreurs initiales de diagnostic ou à une observation trop brève.

Les sulfamides, employées à de très hautes doses dans son traitement donnèrent quelques apparents succès, des rémissions fébriles prolongées, des stérilisations passagères d'hémocultures, mais la récidive survenait toujours au bout d'un temps plus ou moins long, témoignant de l'échec de la méthode. Lœwe, Rosenblatt et Lederer au cours d'expériences faites chez le lapin, avaient acquis la conviction qu'en associant à de fortes doses de sulfadiazine un anticoagulant puissant : l'*héparine*, on arriverait à détruire les végétations valvulaires infectées, causes premières de la pérennité du mal. Mais les résultats chez l'homme, malgré les énormes doses de sulfamides employées (plus de 60 g. par jour) furent absolument décevants.

L'avènement de la *Pénicilline* autorisa de nouveaux espoirs. Sa puissance bactériostatique, le fait que le streptocoque viridans se montre sensible à des concentrations de l'ordre de 1/6.000 encouragèrent l'entreprise d'expériences cliniques, où la pénicilline fut d'abord employée seule, sans le secours de l'héparine.

Keefer en 1943 réunit 17 cas et obtint 10 échecs, 2 rémissions avec récidive en moins de trois mois, 4 morts rapides, et une apparente guérison qui se maintint pendant plusieurs mois. A la suite de ces essais, le Comité de la National Research déconseilla l'emploi de la pénicilline dans la maladie d'Osler, en réservant l'emploi aux tâches plus utiles. Cependant, dans divers hôpitaux américains, des essais isolés aboutissaient aux mêmes échecs.

Herrel et ses collaborateurs, puis Dawson et Hobby comptent 7 échecs absolus sur 10 cas observés et attribuent ces échecs à l'insuffisance des doses employées. Ils relatent deux « guérisons » dont l'une se maintenait encore treize mois après la fin du traitement. Dans le même temps, Bloomfield, Rantz et Kirby affirmaient que la pénicilline est sans action dans l'endocardite d'Osler. Dans l'ensemble, les résultats de la pénicillinothérapie semblaient peu encourageants, mais la plupart des auteurs faisaient observer que les doses employées étaient insuffisantes et affirmaient leur volonté de continuer l'expérience, malgré l'avis défavorable du National Research Council.

En 1943, Lœwe, Rosenblatt, Greene et Russel, reprenant leurs travaux, tentèrent de traiter toutes les endocardites de type Osler qu'ils observèrent au Jewish Hospital de Brooklyn par l'association pénicilline-héparine, en injectant en goutte à goutte intraveineux des doses quotidiennes allant de 200.000 à 1.000.000 d'unités de pénicilline et en maintenant ainsi une concentration très élevée et très stable.

L'héparine était administrée soit par doses de 300 mg. tous les deux jours en injections sous-cutanées, soit mieux par doses de 200 mg. par jour, en goutte à goutte intraveineux. Son action était contrôlée par l'étude du temps de coagulation sanguine qui s'élève assez régulièrement dans les cas observés jusqu'à trente ou soixante minutes. A ce degré se produisent souvent des accidents hémorragiques, dont on restreint le nombre et la gravité en diluant l'héparine dans le milieu de G. Pitkin (à base de gélatine, d'acide acétique et de dextrose) qui assure une diffusion beaucoup plus lente. Le traitement, contrôlé par des hémocultures répétées était ainsi poursuivi pendant trois à cinq semaines.

Les tests de guérison exigés pour affirmer le succès étaient : la négativité des hémocultures en série, le retour à la normale de la température et de la vitesse de sédimentation des globules, l'amélioration de l'état général et de la courbe de poids.

En Janvier 1944, Lœwe et ses collaborateurs publiaient 7 observations (5 endocardites lentes à viridans, une à streptocoques hémolytiques, une à pneumocoques) dont le succès thérapeutique se maintenait de soixante et onze à cent vingt jours après le début du traitement.

En Janvier 1945 ils rapportaient 47 nouveaux cas. Sur ces 54 cas ils enregistrèrent 13 échecs complets, une récidive, 3 morts après cessation du traitement et 37 « guérisons ». Les 3 morts tardives furent attribuées à la défaillance cardiaque, et l'autopsie montra que « toute trace d'activité du streptocoque viridans avait disparu ».

Les « guérisons » se maintenaient, au moment de la publication, depuis un temps variant de deux à quatorze mois.

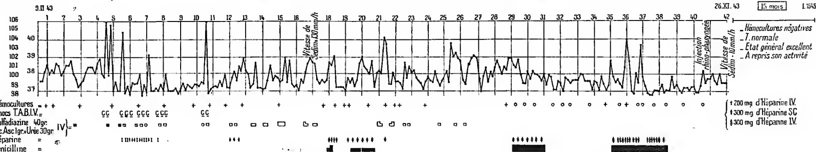
Nous croyons intéressant, pour montrer la minutie scrupuleuse avec laquelle furent suivies ces

observations, de résumer ici l'une des premières que apportèrent Loewe et ses collaborateurs.

S. R..., homme de 34 ans, entre au Jewish Hospital de Brooklyn le 7 Février 1943, pour fièvre et toux persistant depuis six semaines. A l'âge de 13 ans il avait présenté une crise typique de R.A.A. compliquée d'endocardite. Six semaines avant son admission apparaît un état subfébrile avec de la toux, résistant à la sulfadiazine. Dès l'entrée on porte le diagnostic d'endocardite d'Osler. On trouve un double souffle mitro-aortique. Deux hémocultures le 10 et le 12 Février montrent la présence du streptocoque viridans.

Le 22 Février on entreprend un traitement sulfamidé en donnant 18 *g.* par jour de sulfapyridine en goutte à goutte intraveineux. On maintient ainsi la concentration sulfamidée dans le sang aux environs de 20 *mg.* et l'on provoque en même temps, tous les deux jours, un choc violent par injection intraveineuse de vaccin T.A.B. A partir du 4e choc on associe au traitement l'héparine à hautes doses sans aucun résultat. On élève alors le taux sulfamidé à 40 *mg.* Les hémocultures restent positives.

A partir du 4 Mai on injecte la sulfadiazine par voie intraveineuse à la dose de *40 g. par jour* associée à l'urée et à l'acide ascorbique. Le taux sulfamidé s'élève dans le sang à 123 *mg.* pour 1.000 cm^3. Ce traitement massif est poursuivi pendant six semaines sans pouvoir négativer l'hémoculture.



Le 19 Juin on fait un traitement par l'association pénicilline-héparine, qui, poursuivi pendant trois jours se montre inefficace.

Le 27 Juin on entreprend d'injecter chaque jour pendant neuf jours par voie intraveineuse 40.000 unités de pénicilline associées à des injections sous-cutanées de 300 *mg.* d'héparine tous les deux jours. Les hémocultures restent positives.

Après une nouvelle tentative de sulfamidothérapie massive du 7 Juillet au 17 Août, on reprend le 27 Août un traitement plus actif par l'association pénicilline-héparine à raison de 200.000 unités par jour, en goutte à goutte intraveineux pendant quatorze jours. L'hémoculture devient alors négative et se maintient négative jusqu'au 4 Octobre où l'on retrouve le streptocoque viridans.

On fait alors une quatrième cure de pénicilline-héparine en perfusion intraveineuse continué pendant vingt-quatre jours, sans observer d'autre fièvre que 2 clochers thermiques liés aux injections d'héparine.

Depuis la fin de ce dernier traitement la température est restée normale, à l'exception d'un crochet fébrile dû à une affection rhino-pharyngée. Les hémocultures faites régulièrement sont toutes restées négatives.

La vitesse de sédimentation de 130 *mm.* le 14 Juin est revenue à 10 *mm.* en une heure le 26 Novembre et s'est maintenue depuis à ce niveau.

A cette date, le malade est sorti de l'hôpital en excellente condition. Régulièrement suivi depuis sa sortie, il était encore en Février 1945 en excellente santé. Son apparente guérison se maintenait donc depuis quinze mois sans un fléchissement et les hémocultures sont depuis, toujours restées négatives. Il avait reçu en tout 7.890.340 unités de pénicilline et 7.100 *mg.* d'héparine.

Il est à remarquer, dans cette observation que le traitement par l'association pénicilline-héparine fut entrepris le 27 Août 1943, date à laquelle paraissait dans le *J. A. M. A.*, un rapport défavorable à l'emploi de la pénicilline dans l'endocardite d'Osler.

Ce même jour entrait au Jewish Hospital de Brooklyn dans un coma complet, une malade atteinte d'endocardite à forme lente, qui, quinze mois après, apparemment guérie par 8.000.000 d'unités de pénicilline, donnait une interwiew à un grand magazine canadien, et racontait sa guérison.

Devant ces faits, le National Research Council a cru devoir décider le 1er Décembre 1944 de reviser sa décision et de comprendre l'endocardite d'Osler « dans la liste des affections justiciables de la pénicillothérapie, à condition qu'elle soit liée à un germe semblable à la pénicilline ».

Depuis cette date, les observations heureuses se sont multipliées.

Dans le travail de Lœwe et ses collaborateurs, sur les 37 observations de guérison qu'ils rapportent, toutes ont été étudiées avec le même soin que celle que nous avons résumée. Les preuves de l'identité de la maladie ont été affirmées, non seulement par les hémocultures, mais encore par toute une série de signes cliniques, d'accidents emboliques absolument propres à la maladie d'Osler.

Les apparentes guérisons se sont maintenues et ont été constatées plus de seize mois après la fin du traitement. Les succès semblent s'être adressés sans distinction à tous les germes capables de provoquer l'endocardite maligne lente. Il s'est naturellement agi presque toujours de streptocoque viridans, mais les cas plus rares d'endocardites lentes à staphylocoques, à streptocoques hémolytiques ou à pneumocoques ont également bien réagi aux fortes doses de pénicilline.

Il paraît de plus en plus probable que le rôle de l'héparine dans ces guérisons reste théorique et illusoire. Le principe de la méthode est avant tout de frapper très fort à l'aide de doses massives de pénicilline aussi longtemps prolongées que subsistent les chances de récidives. On se souvient de l'absolue innocuité de la pénicilline qui peut être presque indéfiniment supportée à des doses de 1 million d'unités par jour sans aucun dommage clinique ni hématologique. Bien au contraire, on voit dans la plupart des observations l'anémie oslérienne disparaître au cours du traitement sans le secours de l'hépatothérapie ni des transfusions. Le succès n'est question que d'audace dans les doses employées.

Avec ou sans héparine, mais à des doses massives atteignant et dépassant 15.000.000 d'unités, la pénicilline a été employée dans l'endocardite maligne lente par W. S. Priest, du Wesley Hospital de Chicago, par Dawson et ses collaborateurs au Presbyterian de New-York, par Mac Neal au Port Graduate Hospital. Une étude systématique de la question est actuellement poursuivie en Angleterre dans 10 grands hôpitaux désignés à cet effet.

*
* *

On sait avec quelle prudence il convient d'accueillir les prétendues guérisons de la maladie d'Osler. Nous avons tous vu en dehors même de tout traitement actif, survenir parfois d'étonnantes rémissions spontanées poursuivies pendant des semaines ou des mois. Nous avons vu des traitements divers et singulièrement les traitements sulfamidés faire parfois tomber la fièvre pendant un temps plus ou moins long, toujours suivi de rechutes.

Nous avons vu surtout des malades présumés atteints de maladie d'Osler, guérir par telle thérapeutique d'une affection qu'ils n'avaient jamais eue. Il ne suffit pas d'avoir de la fièvre au cours d'une cardiopathie, ou de constater un souffle cardiaque au cours d'une septicémie pour affirmer qu'il s'agit d'une maladie d'Osler et que le streptocoque est bien greffé sur la valvule malade.

C'est pourquoi nous avons relu avec attention ces observations américaines qui ne souffrent pas la critique.

Leur identité est certaine.

Il reste a affirmer celle de leur guérison.

Malgré tout le scepticisme qu'on a pu leur apporter, il faut bien reconnaître qu'une apyrexie durant depuis seize mois, l'absence de tout autre signe d'évolution, l'hémoculture 20 fois négative, sont suffisants, à notre gré, pour dire qu'il s'agit bien d'un succès thérapeutique. Sans doute faut-il exiger encore le recul de quelques mois pour affirmer son caractère définitif.

A notre sens, la maladie d'Osler ne doit plus être considérée comme une affection incurable. Sa guérison doit être inscrite à l'actif de la pénicillothérapie comme un de ses plus parfaits et de ses plus difficiles accomplissements.

L. de Gennes et L. Cournot.

BIBLIOGRAPHIE

Abraham, Chain, Fletcher, Gardner, Heatley, Jennings et Florey : Nouvelles observations sur la pénicilline. *Lancet*, 1941, **241**, 177. — Bloomfield, Kantz et Kirby : Emploi de la pénicilline en clinique. *J. A. M. A.*, 4 Mars 1944, vol. **124**, n° 10. — Dawson et Hobby : 100 observations de malades traités par la pénicilline. *J. A. M. A.*, 4 Mars 1944, vol. **124**, n° 10. — Dick : Endocardite d'Osler. *J. A. M. A.*, 5 Septembre 1942, vol. **120**, nos 24-25. — Herrel : L'emploi clinique de la pénicilline, agent anti-infectieux d'origine biologique. 62 cas. *J. A. M. A.*, 4 Mars 1944, vol. **124**, n° 10. — Herrel, Nichols et Heilman : La pénicilline. Emploi. Indications. Diffusions et dosages, avec une analyse de 150 cas dans lesquels elle fut employée. *J. A. M. A.*, 12 Août 1944, vol. **125**, n° 15. — Keefer, Blake, Marshall, Lockwood et Wood : La pénicilline dans le traitement des infections. *J. A. M. A.*, 28 Août 1943, vol. **122**, 1217-1224. — Kelson et White : Une nouvelle méthode de traitement de l'endocardite d'Osler. *J. A. M. A.*, 4 Novembre 1939, vol. **113**, 1700-1702. — Kruif : « Une victoire sur un microbe qui tue ». *The Reader's Digest.*, Mars 1945, nos 27-31. — Lœwe, Rosenblatt et Lederer : Une nouvelle méthode d'administration de l'héparine. *Soc. Exper. Biol. et Med.*, 1942, **59**, nos 53-55. — Lœwe, Rosenblatt, Greene et Russel : La thérapeutique associée héparine-pénicilline dans le traitement de l'endocardite d'Osler. Sept cas successifs traités avec succès. *J. A. M. A.*, 15 Janvier 1944, vol. **124**, n° 3. — Mac Lean, Meyer et Griffith : L'héparine dans l'endocardite d'Osler. *J. A. M. A.*, 29 Novembre 1941, vol. **117**, 1870-1875.

SOCIÉTÉS DE PARIS

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

12 Juillet 1945.

Angiome artéroïde et périartériel et gliome nodulaire de l'épaule ; angiome et ossification de la langue. — MM. **Giraudeau** et **Duperrat** présentent un homme de 30 ans qui fut opéré en 1932 d'un fibrome cutané de l'épaule droite. Peu de temps après, apparut à l'épaule un angiome plan, et en 1936 survinrent 6 nodosités groupées autour de la cicatrice de 1932 ; en outre il existe 2 nodosités linguales dont une pédiculée. L'histologie montre une structure singulière artéroïde du nævus entouré de capillaires caverneux ; une association de gliome périvasculaire et nodulaire extravasculaire ; une ossification vraie avec ostéoblastose de l'angiome de la langue.

Maladie de Brocq-Duhring et érythème polymorphe. — MM. **H.** et **L. Gougerot, Duperrat** et **Piguet** ont observé un homme de 22 ans atteint de poussées successives de lésions variées : érythème à bulles hémisphériques avec lésions érythémateuses et prurit, comme dans la maladie de Duhring et éléments à type d'érythème polymorphe ; bon état général sans fièvre ni douleurs articulaires. La biopsie montre des lésions du type Duhring ou d'impétigo herpétiforme.

Tuberculides papulo-squameuses atrophiques et lupus érythémateux. — MM. **Gougerot, Duperrat** et **Grupper** présentent une malade de 58 ans qui vit apparaître en pleine santé en 3 semaines une centaine d'éléments maculeux et papulo-squameux rouges, non infiltrés, à centre déprimé, atrophique, disséminés sur les membres supérieurs et la face interne des cuisses. Histologiquement, ces tuberculides revêtent le type de lupus érythémateux.

Lupus érythémateux solaire. — MM. **Gougerot** et **Mansour** présentent un homme de 31 ans qui, à la suite d'une exposition au soleil, fut atteint de placards de lupus érythémateux à la face, front et oreilles ; au cou, les lésions prennent un aspect papuleux lichénoïde ; à la lèvre inférieure existe une leucokératose du type lichen plan.

Lupus érythémateux et lichen plan des muqueuses. — MM. **Gougerot, Burnier, Delort** et **Grupper** présentent 2 malades atteints de lupus érythémateux typique de la face, s'accompagnant de lésions blanchâtres de la face interne des joues et des lèvres, tantôt réticulées comme dans le lichen plan, tantôt

villeuses, parfois exulcérées, rappelant le lupus érythémateux des muqueuses.

Traitement de certaines dermatoses par l'antergan et l'histamine. — MM. **Flandin, Millot** et **Ducourneau** ont traité quelques dermatoses par l'emploi simultané des antagonistes : antergan et histamine ; ils ont obtenu quelques résultats favorables dans certains eczémas aigus rebelles à tout traitement, moins favorables dans une dermo-épidermite eczématiforme, un échec dans un cas de maladie de Duhring.

Mélanose de Riehl et lichen plan. — MM. **Degos** et **Hewitt** présentent une femme de 64 ans, atteinte d'une mélanose réticulée de la face, légèrement squameuse et qui fut précédée d'une phase érythémateuse ; histologiquement, il s'agit d'un lichen plan.

Aphtose géante récidivante à type chancriforme. — MM. **Blum, Lardat** et **Payenneville** présentent une femme atteinte de poussées d'aphtes à répétition ; au cours de sa dernière poussée, on a constaté une lésion géante, chancriforme de la vulve et une lésion linguale, rappelant une plaque muqueuse.

Phénomènes cérébraux syphilitiques. — M. **Karatchentzeff** insiste sur la nécessité d'une dose suffisamment forte de sulfarsénol (2 cg. par kilogramme de poids) pour juguler les phénomènes cérébraux (céphalée, vomissements) qui surviennent chez des enfants en bas âge hérédo-syphilitiques.

Traitement des alopécies séborrhéiques et pityriasiques. — M. **Juster** a obtenu de bons résultats avec les *solutions cadiques* dont l'usage régulier arrête les alopécies séborrhéiques qui conduisent à la calvitie.

Cas familiaux de mélanose de Riehl. — MM. **Sézary** et **Horowitz**, rapportant un cas de mélanose de Riehl chez deux sœurs vivant ensemble et les rapprochant d'observations antérieures de mélanose chez deux sœurs et chez deux cousins, discutent le caractère familial de la dermatose. Ils n'acceptent cependant pas cette hypothèse. Car, ayant vu l'affection exister chez deux conjoints, l'ayant vue aussi s'amender chez deux malades ayant fait un changement prolongé de résidence, ils incriminent surtout le même genre de vie et surtout d'alimentation.

Forme méningitique de l'érythème polymorphe. — MM. **Sézary** et **Galmiche** rapportent un cas d'érythème polymorphe fébrile remarquable par l'existence d'un syndrome méningitique complet et d'une éruption herpétiforme relativement discrète. Le liquide céphalo-rachidien était sensiblement normal. La fièvre ne tomba que lentement et progressivement. Guérison complète en 10 jours. Ce type clinique est rare et d'un diagnostic difficile.

« Linea fusca ». — MM. **Cl. Simon** et **Henocq** présentent une femme atteinte de pigmentation particulière du front dessinant l'image d'une arbalète et décrite par Haxthausen sous le nom de *linea fusca* chez les encéphalitiques et qui, pour lui, serait gouvernée par un trouble du système nerveux central. La malade a un signe d'Argyll, une altération du liquide céphalo-rachidien (0,40 albumine et 10 lymphocytes) ; son Wassermann est positif.

La sérologie des rapatriés. — M. **Touraine** et Mme **Kammes** ont recherché la réaction de Meinicke dans 3.805 échantillons de sang de prisonniers et déportés rapatriés du 30 Avril au 10 Juin. Le nombre des réactions nettement positives a été de 85 (1,24 pour 100) et celui des réactions douteuses de 39 (0,57 pour 100). Ces chiffres sont très inférieurs à la moyenne de 4 à 5 pour 100 que l'on trouve chez les sujets pris au hasard ; mais ils ne comprennent pas les sujets retenus par les cordons sanitaires pour des manifestations cliniques de la syphilis.

Le stovarsol dans le traitement de la syphilis congénitale. — M. **Touraine** attire l'attention sur les bons résultats obtenus, avec ce remède, par certains pédiatres étrangers qui utilisent la méthode des hautes doses (40 à 50 g. en 14 semaines, à doses progressives de 3 cg. chez le nouveau-né, de 5 cg. après un mois jusqu'à 0,30 à 1 g. selon l'âge, avec ou sans périodes de repos ; trois cures la première année, deux la seconde). Les tréponèmes disparaîtraient des lésions en moins d'un jour ; les accidents cutanéo-muqueux guériraient en 7 à 10 jours, la spléno-, l'hépatomégalie, la polyadénopathie en 2 à 3 mois ; la sérologie se négativerait généralement en une cure. Le développement physique et mental serait normal.

Lipomatose en culotte de cheval. — M. **Touraine** présente une femme de 47 ans, pesant 118 kg., dont l'adipose a commencé à 32 ans, sans signes hormonaux et qui, s'étendant de la taille aux chevilles, devient monstrueuse en bourrelets et replis tombants sur la ceinture pelvienne, les cuisses et les genoux. Les parents étaient syphilitiques.

Maladie de Schamberg. — MM. **Touraine** et **François** montrent la relative fréquence de cette affection à l'occasion d'un huitième cas personnel chez un homme de 39 ans, syphilitique ancien, porteur de deux placards caractéristiques sur chaque jambe depuis 4 à 6 mois.

Parapsoriasis en gouttes. — M. **Touraine** présente un homme de 39 ans atteint depuis 6 ans, 3 mois après une crise de rhumatisme articulaire aigu, d'un parapsoriasis lentement évolutif des avant-bras, des bras, des flancs, de la région interscapulaire, des cuisses. La biopsie confirme le diagnostic.

Maladie de Reiter ou urétrite de Waelsch. — MM. **Touraine** et **Ruel**, à propos d'un cas personnel d'urétrite non gonococcique avec conjonctivite, discutent les rapports entre le syndrome conjonctivo-urétro-synovial décrit par Fiessinger et Leroy dans la dysenterie (1916), la maladie de Reiter (1916), l'urétrite avec conjonctivite de Waelsch et les blennorrhées urétro-conjonctivales du groupe des *maladies par inclusions* de Lipschütz.

Mélanose presque généralisée. — MM. **Cl. Simon** et **Basile** présentent un tourneur sur métaux atteint d'une pigmentation très foncée, négroïde, avec cônes cornés péripilaires, située non seulement à la face et aux avant-bras, mais aussi aux organes génitaux, aux membres inférieurs, qui n'ont jamais été au contact de l'huile. La substance mélanogène semble être absorbée soit par la peau du visage et des bras, soit par les voies respiratoires et agir ensuite à la façon d'une intoxication interne.

Léiomyomes de la face. — M. **Tzanck** et Mlle **Dobkevitch** présentent un jeune homme atteint sur la joue d'un placard rouge mamelonné ; la douleur à la pression et au froid ont incité à faire une biopsie qui a montré un léiomyome.

Pemphigus de la langue. — MM. **Tzanck, Sidi** et Mlle **Dobkevitch** présentent une femme atteinte de glossite ; la coexistence d'un pemphigus du cuir chevelu incite à faire une biopsie de la langue qui permet de poser le diagnostic de pemphigus.

Traitement de l'acné. — MM. **Tzanck, Sidi** et Mme **Regnaud** ont traité 50 cas d'acné rebelle par les injections d'*iodoquinate de bismuth* à faibles doses (doses infantiles) ; les résultats ont été très favorables.

Traitement des ulcères de jambe. — MM. **Tzanck** et **Sidi** ont traité les ulcères torpides de jambe par des injections d'*histamine* ; cette méthode fut d'abord employée contre les vives douleurs causées par un vaste ulcère de jambe qui rétrocéda : 15 autres cas furent alors traités, dont un datant de 18 ans, avec des résultats remarquables.

Facteur Rh et hérédo-syphilis. — M. **Tzanck**, après avoir exposé le problème du facteur Rh, souligne l'importance de cette notion qui permet de réviser le cadre de l'hérédo-syphilis et de restreindre singulièrement les exagérations de certains syphiligraphes. Une véritable maladie hémolytique comprenant l'érythroblastose infantile (anasarque fœto-placentaire, ictère grave et anémies du nouveau-né, etc.) est peut-être une cause de polymortalité infantile plus importante encore que l'hérédo-syphilis.

La pénicilline en dermatologie. — MM. **Huriez** et **Leborgne** exposent les résultats qu'ils ont observés avec la pénicilline dans 30 cas de dermatoses diverses : les meilleurs résultats sont obtenus dans les *staphylococcies* et les auteurs rapportent la guérison rapide de 5 cas de staphylococcies malignes de la face. Dans les *streptococcies* (dont les sulfamides restent le traitement de base), la pénicilline a permis la guérison de cellulites, lymphangites, stomatites ulcéro-gangréneuses, eczémas streptococciques généralisés, érythrodermies primitives ou post-chimiothérapiques ; mais dans ce dernier cas, la pénicilline doit être employée prudemment, car elle peut créer des phénomènes d'Herxheimer. La tolérance rénale est parfaite. Les auteurs mettent en garde contre le camouflage de collections profondes par une mycothérapie qui blanchit les lésions superficielles.

R. Burnier.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE DE FRANCE

14 Mai 1945.

Un cas d'éventration traumatique dans la région inguinale. — M. **Robineau** à l'occasion d'une éventration siégeant dans la région inguinale provoquée par le heurt violent d'une pince rappelle les conditions dans lesquelles se produit la hernie de force qui s'extériorise soudainement au moment d'un effort violent. Or, dans le cas d'espèce où tous les plans musculaires ont été rompus, il n'y eut aucune extériorisation immédiate du péritoine et de l'intestin, la hernie apparut tardivement après le 12e jour.

La hernie dite de force ne devrait donc pas apparaître au moment même de l'effort incriminé, mais seulement quelque temps après, comme pour l'éventration traumatique.

Vol et diabète. — MM. **G. Heuyer** et **Mallet** rapportent l'observation d'une jeune fille dont la glycémie est supérieure à 5 g. et dont la glycosurie est de 80 g. par litre et qui a été condamnée pour vol. L'acte reproché n'a pas été impulsif, elle a agi de sang-froid. Or, pendant les périodes d'acétonurie qu'elle présente, elle perd le contrôle de ses actes et il est possible d'admettre que son diabète ait pu avoir une répercussion mentale entraînant une diminution de la responsabilité.

Syphilis et morsure. — MM. **Peyre** et **Dérobert** eurent l'occasion d'observer une syphilis décapitée, cliniquement inapparente, décelée uniquement par l'examen sérologique et survenue à la suite d'une morsure à un doigt par un sujet porteur de plaques muqueuses, de roséole et aux réactions sanguines très fortement positives.

A propos de l'examen toxicologique des viscères dans les avortements criminels. — MM. **L. Dérobert** et **Truffert** montrent que l'analyse toxicologique systématique des viscères des femmes mortes des suites de manœuvres abortives apportent très souvent la preuve d'une association des manœuvres externes et des ingestions de substances réputées abortives. Dans plusieurs observations, alors que les commémoratifs étaient en faveur d'une intervention externe, il fut retrouvé de la sabine, du plomb et du manganèse. Ces constatations expliquent les lésions hépatiques et rénales constatées, très souvent, au cours des autopsies.

11 Juin.

A propos de deux cas d'intoxication mortelle par le dinitrophénol 1-2-4 utilisé en thérapeutique. — M. **Derobert** rapporte deux observations concernant deux cas mortels consécutifs à l'ingestion de dinitrophénol 1-2-4.

Dans l'une de ces observations, il s'agit d'une jeune femme qui suivait une cure d'amaigrissement et qui présenta subitement de la polypnée, des sueurs profuses, de l'hyperthermie suivies de coma. La mort survint 12 heures après l'apparition des premiers symptômes. L'autopsie mettait en évidence des lésions d'hépato-néphrite et l'examen des urines montrait la présence d'amino-nitrophénol.

Dans la seconde observation il s'agit d'un jeune enfant qui suça des pastilles utilisées par sa mère pour se faire maigrir. Il mourut 8 heures après l'ingestion dans un tableau d'hyperthermie, d'anurie et de convulsions.

— M. **Laignel-Lavastine** rappelle l'observation qu'il présenta à la Société médicale des Hôpitaux, concernant une femme morte d'hépato-néphrite à la suite d'une cure d'amaigrissement.

— M. **Valentin**, au nom de M. Escalier, rapporte un cas d'agranulocytose mortelle consécutive à l'ingestion de dinitrophénol 1-2-4 utilisé dans une cure d'amaigrissement.

— **La Société de Médecine légale**, considérant que les prescriptions légales ne sont pas suffisantes pour protéger le public des dangers que présente le dinitrophénol 1-2-4, et que le traitement de l'embonpoint est poursuivi dans un but surtout esthétique, a émis le vœu que la vente en soit interdite.

Accouchement in sepulchro. — M. **Dérobert**. A côté des accouchements avec enfant vivant que l'on observe soit au moment de la mort de la mère, soit dans les moments qui suivent la mort et dont on trouve de nombreux exemples depuis l'embryologie sacrée de Gangiamila, il existe des expulsions tardives de produit de conception sous l'influence de la putréfaction. Celle-ci peut être intense et entraîner un retournement complet en doigt de gant de l'utérus gravide, mais elle peut être moins développée, et cependant permettre l'expulsion à l'extérieur, sans retournement de l'utérus. C'est un cas de cette espèce qui est rapporté. Il s'agit d'observation exceptionnelle d'enfant mort.

L'abduction du pouce. — M. **Rey**.

L. Dérobert.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

28 Mai 1945.

Les formes mentales des encéphalites pseudo-tumorales. — MM. **H. Hecaen** et **H. Sauguet**. Dans 4 cas où des troubles mentaux accompagnaient un syndrome d'hypertension intracranienne avec stase papillaire la ventriculographie montrait l'absence de tumeur et permettait de poser le diagnostic « d'encéphalite à gros cerveaux lourds et petits ventricules ».

Le rôle thérapeutique de la ventriculographie est à souligner (parfois cependant un volet décompressif est nécessaire).

Les troubles mentaux de ces encéphalites pseudo-tumorales n'ont aucune spécificité.

Importance du facteur humoral dans le mécanisme de l'action thérapeutique de l'électro-convulsion. — M. **P. Doussinet** et Mlle **Jacob**. Le sérum de malades électrochoqués, recueilli 30 à 45 minutes après l'électro-convulsion est injecté à la dose de 10 à 15 cm³ par voie intraveineuse 2 fois par semaine en moyenne. Ce sérum donne des résultats analogues à l'électro-convulsion. Le sérum d'anciens épileptiques à crises très espacées (annuelles ou bi-annuelles) et non traités depuis longtemps a une action analogue. Le sérum d'épileptiques à crises fréquentes et traités par les barbituriques est inutilisable. Au total, importance du facteur humoral dans le mécanisme thérapeutique de l'électro-convulsion.

Action de l'électrochoc et de l'encéphalographie sur la polyurie d'un diabète insipide. — MM. **J. Delay, Maillard** et **Rouault de la Vigne**. Chez une éthylique avec troubles du caractère, diabète insipide l'électrochoc améliora les troubles du caractère et fit disparaître transitoirement la polyurie en même temps qu'un syndrome de Raynaud. L'encéphalographie gazeuse eut la même action sur la polyurie.

Les auteurs ajoutent ces faits à ceux déjà réunis sur l'action diencéphalo-hypophysaire de l'électrochoc et de l'encéphalographie gazeuse.

Electrochoc et syndrome confusionnel. Action sur l'hyperthermie et sur l'hyperazotémie. — MM. **J. Delay** et **J. Maillard**. Action quasi constante et en règle générale très rapide de l'électro-choc sur le syndrome confusionnel, ce, quelle que soit la forme clinique du syndrome. Seules varient, selon les formes étiologiques la durée et la stabilité des résultats.

L'électrochoc dans les différentes formes cliniques de la confusion mentale. — MM. **J. Delay** et **J. Maillard**. Résultats stables dans la confusion mentale secondaire à un processus toxique ou infectieux éteint transitoires lorsque la cause subsiste et continue à évoluer pour son propre compte.

9 Juin.

Rôle du terrain dans la forme de l'atteinte syphilitique de l'encéphale. Etude typologique d'un cas. M. **Dublineau**. Importance de l'appréciation morphologique dans l'évaluation du pronostic évolutif. L'atteinte tend d'autant plus vers la syphilis cérébrale et s'éloigne d'autant de la P. G. classique que la morphologie est plus athlétique (Type recto-scapulaire de l'auteur).

Pseudo-paralysie générale alcoolique. Aspect encéphalographique. — MM. **J. Delay, P. Desclaux** et Mlle **G. Boissier.** Tableau de paralysie générale chez un éthylique. Images atrophiques à l'encéphalographie comparables à celles de la P. G. Sérologie négative. Evolution favorable. Les faits permettent d'insister sur l'intérêt comparatif des images encéphalographiques dans les démences toxi-infectieuses, en particulier au point de vue pronostic.

Confusion mentale périodique. Résultats de l'électrochoc et de l'insufflation ventriculaire. — MM. **J. Delay, P. Puech** et **J. Maillard.** Confusion mentale périodique avec hyperazotémie dont les trois premiers accès furent rapidement guéris par l'électrochoc. Au cours d'un quatrième accès, forte hypotension ventriculaire à la ventriculographie. Le rétablissement de la pression ventriculaire entraîna la disparition immédiate de la confusion et de l'hyperazotémie.

Au total, action identique de l'électrochoc et de l'insufflation, sans doute par action diencéphalique commune, laquelle semble régir au surplus l'hyperazotémie.

Cénestopathie faciale droite périodique. — M. **J. Ajuriaguerra.** Présentation d'une malade ayant présenté 6 accès à type de cénestopathie à siège hémi-facial droit s'accompagnant d'une dépression d'intensité variable.

Epilepsie réflexe. Rôle des excitations auditives et tactiles. — MM. **A. Thomas, J. Ajuriaguerra** et **R. Maleyrie.** Epilepsie réflexe déclenchée par des stimuli auditifs et tactiles. Importance de l'élément surprise dans le déclenchement des troubles.

Syndrome de démence précoce. Tares familiales. Crises épileptiques. Secousses myocloniques, amyotrophie et contractures généralisées. Lésions d'Alzheimer et dégénérescence chronique des cellules radiculaires de la moelle. — MM. **L. Marchand, L. Bonnafé** et **F. Tosquelles** font rentrer leur cas dans le groupe des encéphaloses. Les lésions dégénératives par biodystrophie ont d'abord intéressé le cerveau pour prendre finalement les caractères de la maladie d'Alzheimer et elles se sont étendues progressivement aux cellules radiculaires de la moelle.

25 Juin.

Le problème socio-typologique. — M. **J. Dublineau.** La morphologie, quel que soit l'angle sous lequel on l'envisage, n'est qu'un témoin relatif, intermédiaire entre l'étude humorale et les réactions sociologiques. Celles-ci ont une importance croissante et doivent être à la base d'une doctrine sociologique médicale, permettant de reconsidérer certains problèmes (technique de l'enquête sociale en particulier).

Psychoses carcérales et psychoses simulées. — M. **P. Giscard.** A côté de psychoses carcérales pures, généralement marquées par un état anxieux, il y a des psychoses réactionnelles se différenciant : 1° des psychoses apparues à la prison d'une façon tout à fait occasionnelle et sans lien avec l'incarcération ; 2° des psychoses simulées proprement dites.

Etats mystiques et phénomènes xénopathiques. — M. **P. Giscard.** Il y a des similitudes entre les états dits mystiques et les phénomènes xénopathiques d'emprise hallucinatoire. Cependant une discrimination peut être tentée, en la fondant principalement sur l'absence de délire, l'adaptation du jugement aux circonstances et le pragmatisme satisfaisant de ces personnes. La solution fournie par l'expert sollicité par l'autorité religieuse doit être d'ordre pratique.

Equivalents comitiaux de type hallucinatoire divers, unique symptôme d'une tumeur temporale gauche. — MM. **David, R. Coulonjou** et **H. Hecaen.** Glioblastome temporal gauche. Hallucinations auditives, visuelles, gustatives et troubles paroxystiques du schéma corporel, jamais associées, avec champ visuel intact, sans troubles du langage ou des praxies. Au total, valeur localisatrice des hallucinations dans les tumeurs cérébrales, à condition que leur caractère de sensorialité puisse être nettement précisé.

L'encéphalographie gazeuse dans les démences. Sa valeur pronostique. — MM. **J. Delay** et **P. Desclaux.** Parmi les démences dégénératives (encéphaloses), les auteurs détaillent les aspects pneumographiques des maladies de Pick et d'Alzheimer, des démences dégénératives de l'adulte, de la démence choréique de Huntington. On peut suivre par l'encéphalographie la progression des lésions.

Parmi les démences toxi-infectieuses (encéphalites), valeur pronostique de l'encéphalographie dans la P. G.

L'encéphalographie gazeuse dans les délires chroniques paranoïdes. — MM. **J. Delay** et **P. Desclaux** ont observé dans un grand nombre de cas des images d'élargissement des sillons à localisation diverse. Sans préjuger du substrat anatomique de ces images, ils signalent que dans 5 cas où furent pratiquées des interventions neuro-chirurgicales, existaient des altérations importantes.

9 Juillet.

Epilepsie bravais-jacksonienne réflexe. Début crural des crises. Intervention constante dans leur déclenchement de contractions musculaires inopinées du membre inférieur du même côté. — M. **L. Michaux** et Mlle **Granier.** Alors que, dans la plupart des observations d'épilepsie réflexe, l'interprétation pathogénique reste hypothétique, la certitude du mécanisme réflexe apparaît ici grâce à : 1° la constance du facteur déclenchant ; 2° la constance de sa modalité (contraction musculaire inopinée de surprise, sans élément de peur) et de son siège au membre inférieur, où débutent les crises.

Etude typologique d'un psychopathe tuberculeux. — MM. **J. Dublineau** et **J. Beaudouin.** La double résistance : 1° à l'infection tuberculeuse ; 2° à la dissociation mentale se traduit par une participation athlétique importante à la formule typologique.

Affaiblissement psychique associé à des spasmes variés. — MM. **X. Abély** et **Suquet.** Affaiblissement psychique progressif associé à un syndrome neurologique rappelant les maladies hépatostriées, mais associé à des symptômes parétiques.

Maladie osseuse de Paget avec compression médullaire ; troubles mentaux associés. — Mlle **Cullerre** et M. **V. Bertrand.** La paraplégie était due à une compression médullaire d'origine vertébrale. Les auteurs discutent la possibilité d'une relation entre les troubles mentaux associés et les perturbations du métabolisme calcique.

Crises oculogyres avec hallucinose chez un post-encéphalitique. — MM. **J. Delay, P. Desclaux** et **R. Suttel.** Parkinsonien ayant, au cours de crises oculogyres, des hallucinoses caractérisées par la vision d'objets familiers ou de figures géométriques de couleurs brillantes animées de mouvements rapides à l'existence desquels il ne croit pas. Ces faits supposent pour les auteurs une dissolution globale de la conscience.

Intérêt du 245 RP (Pentothal) dans l'exploration du psychisme. — MM. **J. Delay, P. Desclaux, Pasche** et **A. Soulairac.** L'anesthésique 245 RP, permettant de réaliser un état hypnagogique, a permis d'extérioriser très rapidement des contenus psychiques inconsciemment dissimulés, d'objectiver des comportements régressifs avec les complexes qui les sous-tendent, d'obtenir un transfert rapide.

Démence oxycarbonée. Constatations encéphalographiques. — MM. **P. Puech, J. de Ajuriaguerra** et **A. Rouault de la Vigne.** Chez 4 malades, les encéphalographies gazeuses pratiquées entre le 2e et le 16e mois après l'intoxication, ont montré des images d'atrophie cérébrale (se révélant par des dilatations ventriculaires) et des images d'atrophie corticale.

Anesthésique 245 RP et crises hystériques. — M. **J. Delay,** Mlle **J. Moreau** et M. **Suttel.**

JEAN DUBLINEAU

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE PARIS

19 Juin 1945.

Dilatation haute du palais et croissance. — M. **J.-M. Chateau.** La dilatation haute du palais a un but médical et prophylactique beaucoup plus qu'esthétique : car elle rétablit une respiration nasale jusque-là insuffisante.

Les progrès ou régressions de la dilatation palatine haute, d'une part, et ceux de la croissance et de l'état général, d'autre part, sont absolument parallèles.

a) Un apprenti de 15 ans 1/2 (1 *m.* 50, 37 *kg.* 500), cyphotique, respirateur buccal, dont la croissance était bloquée depuis plusieurs années, a été présenté *avant traitement* à la Société de Stomatologie.

b) 10 mois après la pose de l'appareil dilatateur, il avait pris 12 *kg.* et 11 *cm.*, était méconnaissable.

c) Contre-épreuve : on enlève l'appareil, régression locale et aussi générale avec amaigrissement.

d) On remet l'appareil 6 mois plus tard : remontée régulière du poids et des forces.

La technique préconisée par l'auteur est assez facilement vulgarisable et devrait donc permettre de « renflouer » des masses considérbales d'adolescents.

La résection segmentaire bilatérale des branches horizontales du maxillaire inférieur dans la prognathie mandibulaire. — MM. **G. Ginestet, Chemin** et **Labat** (Hôpital militaire Desgenette, Lyon), sous ce titre, décrivent la technique de résection segmentaire bilatérale des branches horizontales avec conservation des paquets vasculo-nerveux, qu'ils ont utilisée pour réduire une prognathie mandibulaire congénitale chez un adulte, édenté presque complet, sauf des dents de sagesse inférieures. La prognathie était compliquée de supraclusion importante confirmée par la radiographie, qui révélait en outre la faible hauteur des branches montantes et leur prolongement presque rectiligne avec les branches horizontales.

ROBERT VRASSE.

SOCIÉTÉS DE PROVINCE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE TRAVAIL DE LYON

15 Juin 1945.

Pathologie professionnelle de la filature des fibres de verre. — M. **V. Dhers** rappelle les caractéristiques de la fibre de verre, les opérations industrielles effectuées avec cet article et les sources de dommage professionnel.

— MM. **J. Pellerat** et **J. Coudert** étudient et précisent les lésions dermatologiques produites chez ces ouvriers et expérimentalement chez le cobaye ; chez les travailleurs le dosage de l'histaminémie montre une augmentation de celle-ci, sans que l'antergan ait une action sur le prurit.

— M. **L. Roche** présente des radiographies pulmonaires normales. D'ailleurs l'examen des poussières en suspension dans l'atelier montre l'existence de fibres de verre, mais l'absence de poussières ayant de 1 à 20 microns, il ne semble pas exister de risque silicotique dans cette industrie.

Syndrome de Landry par intoxication arsenicale d'origine professionnelle. — MM. **P. Mazel, A. Guichard, P. Barral, J. Bourret, L. Roche** présentent l'observation d'une femme travaillant dans une usine d'arséniate de chaux, et qui fut hospitalisée avec le diagnostic de scarlatine. Outre un état fébrile et une éruption scarlatiniforme, il existait un syndrome de polynévrite des 4 membres ; des troubles bulbaires apparus ultérieurement entraînèrent la mort.

Polynévrite arsenicale d'origine professionnelle. — MM. **C. Vignon, P. Carrier, L. Roche** discutent dans cette observation la pathogénie d'une dysphagie dominant le tableau clinique, et le rôle de l'éthylisme associé dans l'étiologie.

A propos des dermites professionnelles observées dans une usine d'arséniate de chaux. — M. **G. Gauthier,** à propos d'une enquête effectuée à Marseille, insiste sur la fréquence des dermites, en particulier de l'érythème du scrotum ; la fabrication par voie humide, les mutations fréquentes, la surveillance médicale dont les précautions à prendre.

L. ROCHE.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

30 Mai 1945.

Faits cliniques brefs concernant les réactions sériques. — M. **V. de Lavergne,** Mme **Herbeuval** et M. **Garnaud** rapportent 3 observations de réactions sériques anormales. La première : début atypique, érythème local, fièvre, adénite sont ordinairement groupés. Ici il y eut d'abord fièvre, puis adénite, enfin érythème local. La seconde : réaction en deux vagues consécutives séparées entre elles par l'intervalle habituel de 4 jours.

Goutte à goutte intrarectal de sang conservé. — MM. **P. Michon, R. Herbeuval, Verain** et **Harmand.** L'absorption rectale, qui s'étend jusqu'à des molécules protéiniques complexes, offre l'avantage de mettre à l'abri des chocs et maladies sériques. Ceci est particulièrement à considérer chez les organismes très affaiblis, comme le sont de nombreux rapatriés. C'est sans aucun inconvénient que l'on peut pratiquer chez eux des instillations de sang conservé, même quelque peu au delà de sa date limite d'utilisation pour une transfusion.

L'efficacité du procédé, qui apparaît dans les 3 observations préliminaires où il a été employé, ressort aussi d'une observation d'anémie de Biermer, traitée d'abord par transfusion de sang pur et hépatothérapie, puis laissée 12 jours sans traitement, puis soumise à deux instillations rectales : au début, le gain quotidien moyen en hématies fut de 91.000 ; il se maintient à 70.000 sans traitement, mais atteignit 126.000 sous l'influence des seules instillations. Etant donné l'importance des stocks de sang conservé entreposés dans les hôpitaux et ambulances et destinés à se périmer inutilement, il semble intéressant et actuel de signaler une possibilité de les utiliser sans inconvénient.

Valeur du rapport de l'urée sanguine et de l'élimination urinaire des 24 heures. Nouvel essai d'interprétation. — M. **Grandpierre.** Premier mémoire. L'étude théorique de la question, grâce à une méthode d'analyse de l'élimination urinaire et de ses facteurs uréiques, permet de juger d'une part des possibilités rénales en clinique et, d'autre part, des exigences des tests uréiques. Il apparaît que les modifications de la diurèse perturbent les résultats des tests uréiques classiques et ne permettent pas de discuter des azotémies extra-rénales qui sont alors confondues et interprétées comme des azotémies rénales dès l'abaissement tant soit peu marqué de la diurèse ou de l'élévation un peu accusée du taux azotémique. Il en résulte que la constante d'Ambard et le coefficient hémato-uréique de Cottet ne doivent pas être retenus comme tests rénaux en cas d'oliguries extra-rénales possibles. On peut proposer un nouveau test qui est le rapport de l'azotémie et de la somme des facteurs uréiques : concentration uréique au litre et débit uréique des 24 heures. Ce rapport, proposé sous la désignation d'indice rénal, uréique, permet de faire la discrimination des azotémies rénales et extra-rénales, quelle que soit la diurèse et jusqu'à la limite de 1 *g.* d'azotémie, limite au delà de laquelle lui aussi perd sa valeur de test rénal exclusif.

Un cas de « délire caféique ». — MM. **G. Feuillet** et **J. Collin.** Observation d'une bouffée délirante, de caractère essentiellement anxieux et interprétatif, chez un tuberculeux pulmonaire adonné à des doses massives de café. Netteté particulière de la symptomatologie toxique évoquant à divers égards celle de l'alcoolisme. Un tel cas semble plaider en faveur d'une autonomie relative des psychoses caféiques.

Un nouveau pupillomètre. — M. **Thomas.** Tous les pupillomètres présentés jusqu'à ce jour cherchent à faire la comparaison entre la pupille et une image projetée sur l'œil. Il en résulte de grosses difficultés d'appréciation. L'appareil présenté possède son originalité dans l'utilisation d'un système optique analogue à celui d'une chambre claire, ce qui permet de comparer la pupille et un index en dehors de la vue du sujet. Un système d'index de surface croissante placé sur un disque permet une utilisation particulièrement aisée de l'appareil.

R. HERBEUVAL.

PETITES CLINIQUES DE "LA PRESSE MEDICALE"

N° 680.

Hématomyélie traumatique et syringomyélie

Par M. Faure-Beaulieu.

En 1923, M. L...., alors âgé de 20 ans, fait une chute d'une hauteur d'environ un mètre. Il tombe tout de son long sur la terre ferme, se relève presque aussitôt sans ressentir autre chose qu'une sensation supportable de courbature lombaire, se remet à son travail, puis passe une nuit normale.

Dans la journée du lendemain, il présente une gêne, d'ailleurs exempte de toute douleur, de la démarche; la pointe du pied droit, ne pouvant se relever, a tendance à accrocher les moindres aspérités du sol; il y obvie en accentuant la flexion du genou droit à chaque pas: on reconnaît là les caractères de ce qu'on désigne communément sous le nom de *steppage*.

Rien d'étonnant, donc, à ce que le diagnostic porté au premier hôpital où il fut adressé quelques jours après, ait été celui de paralysie du sciatique poplité externe, suivi d'un traitement électrique qui lui permit de repartir « très amélioré ».

Mais la démarche continuant à être steppante du pied droit, il se soumet à de nouveaux examens, dont l'un, en raison d'une abolition du réflexe rotulien, conclut non à une simple névrite, mais à une polynévrite, un autre à une poliomyélite, un autre à une paralysie diphtérique.

Au bout de longues années un fait nouveau survient: à des troubles vaso-moteurs déjà existants (cyanose, tendance au refroidissement) s'ajoutent des troubles trophiques: sous la base du 1er orteil gauche se creuse une ulcération atone et indolore ayant tous les caractères d'un mal perforant plantaire; des excoriations rebelles, également indolores, se développent sur les faces latérales des orteils, dont les ongles se fendillent, se cassent et tombent, laissant des ulcérations tenaces: tout cela, nous y insistons, sans la moindre douleur, ni spontanée, ni à l'occasion des explorations cliniques et des pansements.

C'est alors qu'il est conduit à un chirurgien qui exécute sur le pied atteint l'opération de Lisfranc, amputant les orteils et les métatarsiens; cela se passait en 1940. Si les troubles trophiques des orteils ont été ainsi radicalement supprimés, le steppage a été remplacé par une dysbasie qui ne vaut guère mieux, puisque la jambe appuie désormais sur le sol comme avec un pilon.

En Mai 1945, le malade est soumis à notre examen.

Le pied droit, réduit à son massif tarsien, forme un moignon fermé par une cicatrice occupant tout son bord antérieur, rosâtre, froncée et indolore, entourée d'une auréole un peu violacée et bordée sur sa lèvre inférieure d'une plaque d'hyperkératose exubérante épaisse; nulle part il n'y a d'ulcérations.

La force musculaire est très diminuée de façon globale, non seulement pour les mouvements du pied sur la jambe, mais pour ceux de la jambe sur la cuisse. Les muscles du mollet ont fortement diminué de volume, le périmètre de la jambe mesurant 2 *cm.* de moins qu'à la jambe gauche.

Le réflexe achilléen n'est pas aboli, mais seulement affaibli; le rotulien et le crémastérien sont abolis.

Les troubles de la sensibilité objective sont de la plus haute importance: sur toute la surface du membre la peau sent le contact, de façon il est vrai un peu émoussée, alors qu'elle est absolument insensible à toute excitation douloureuse ou thermique: le malade ne peut distinguer des tubes chauds et froids, alternativement appliqués n'importe où, et il supporte sans le moindre désagrément piqûres, pincements, coups violents, etc. Bref, c'est une *dissociation syringomyélique* des plus typiques.

Voilà pour le membre inférieur droit.

Le gauche, qui n'est le siège d'aucun trouble fonctionnel perçu par le malade, va nous montrer à l'examen:

d'une part une thermo-analgésie aussi prononcée et étendue que du côté droit;

d'autre part des *signes pyramidaux* indiscutables: réflexes tendineux très exagérés dans leur vivacité et leur amplitude, clonus inépuisable du pied et de la rotule à la moindre sollicitation; il manque toutefois le signe de Babinski, et la manœuvre de Barré nous a semblé inutilisable, en raison de ce qui se passe du côté droit.

L'examen du tronc montre les trois faits suivants:

a) Une dissociation syringomyélique de la sensibilité remontant jusqu'à une limite supérieure légèrement estompée formant ceinture au niveau du 8e métamère dorsal;

b) Une douleur spontanée de la hanche droite, à maximum sur la partie postérieure de la crête iliaque, sans aucun signe de névralgie sciatique ni d'arthrite coxale ou sacro-iliaque;

c) Enfin et surtout une *scoliose* dorso-lombaire, à concavité droite; elle forme un arc très accusé, à grand rayon, occupe plusieurs vertèbres, de D 6 à L 1, et n'est que très partiellement réductible; cette scoliose, d'ailleurs, n'a jamais beaucoup préoccupé le malade, de sorte que sa date d'apparition ne saurait être précisée; elle n'existait en tout cas sûrement pas dans sa jeunesse.

Il n'y a pas de troubles des sphincters; on ne peut noter qu'un affaiblissement relatif de la puissance virile.

Sur les membres supérieurs il n'y a pas de troubles appréciables de la motilité, de la réflectivité ni de la trophicité, mais par contre une atteinte de la sensibilité objective sous forme de plaques de thermo-analgésie relative irrégulièrement disséminées sur la surface des divers segments.

Le cou et l'extrémité céphalique sont indemnes; il n'y a notamment aucun signe de paralysie des nerfs craniens indiquant un processus de syringobulbie.

En résumé, cet homme a fait il y a vingt-deux ans une chute qui l'a étendu tout de son long sur le sol, et après un intervalle libre de vingt-quatre heures a présenté un steppage de la jambe droite; puis, de longues années après, ont apparu des troubles trophiques du pied droit qui ont fourni le prétexte à une amputation de tout l'avant-pied. Actuellement l'examen neurologique décèle une thermo-anesthésie occupant les deux membres inférieurs et la moitié inférieure du tronc, un syndrome pyramidal au membre inférieur gauche, et enfin une forte scoliose dorso-lombaire: ensemble symptomatique, ne laissant guère de doute sur l'existence d'une syringomyélie.

On comprend qu'en présence du steppage unilatéral du début, symptôme fonctionnel longtemps solitaire, on ait eu l'attention attirée sur le sciatique poplité externe. Mais, en dehors des blessures sanglantes par projectile ou instrument tranchant, il n'y a guère de paralysies traumatiques isolées des muscles innervés par ce nerf, ou alors il s'agit — fait d'ailleurs rare — de micro-traumatisme par compression prolongée, le musculo-cutané, suite du sciatique poplité externe, étant coincé contre le col du péroné qu'il entoure et cravate: telle une de mes malades de la Salpêtrière qui, après être restée des heures agenouillée au lavoir, s'était relevée avec un pied tombant; tel aussi le malade de MM. Guillain et de Sèze qui lors d'une séance de pose comme modèle devant un sculpteur, avait gardé une longue immobilité dans la position assise, les jambes fortement croisées.

Notre malade, n'ayant pu, au cours d'une chute qui l'avait étendu tout le long sur le sol, comprimer son sciatique externe ni son musculo-cutané, on comprend également qu'on n'ait pas osé rattacher par un lien causal sa paralysie au traumatisme.

Mais à quoi bon prolonger cette discussion diagnostique, dont l'intérêt serait tout au plus d'ordr rétrospectif? Plus intéressant est de nous arrêter élucider le mécanisme de production de cette syrin gomyélie.

Sur ce point également on est en droit de se fair une idée arrêtée. Minor a insisté sur les hémato myélies, traumatiques ou non, génératrices de syrin gomyélie ultérieure, tout en exagérant peut-être l fréquence de ce processus au point de faire d l'hématomyélie le prélude presque obligé de tout syringomyélie.

Cette conception pathogénique s'applique de façoi parfaite, nous semble-t-il, à notre cas.

La succession des faits y trouve une explicatioi parfaitement cohérente. Qu'on ne vienne pas objec ter que la paralysie des extenseurs du pied n'es venue que vingt-quatre heures après la chute: c'es chose banale dans les hématomyélies traumatiques où l'on a observé des intervalles libres encore beau coup plus longs, de plusieurs jours. Cela n'a rier d'étonnant, l'épanchement de sang dans la sub stance grise de la moelle pouvant se faire sous form d'un suintement lent et de faible débit.

La légère amélioration survenue dans les pre miers jours, sous l'influence du repos et peut-êtr du traitement électrique, ne constitue pas non plu une objection valable, car il est courant égalemen d'observer en pareil cas une régression qui, tro rarement, peut être portée plus loin et aboutir une guérison clinique.

Voici donc ce qui s'est passé dans ce cas: l brusque secousse imprimée à la moelle a causé un rupture vasculaire dans la substance grise du ren flement lombaire; le foyer hémorragique s'est cons titué au compte-gouttes, peut-on dire, au point d ne se manifester que vingt-quatre heures plus tard sous forme d'une monoplégie dissociée du membr inférieur droit: on peut donc localiser ce foyer dont les dimensions étaient minimes, dans la corn antérieure droite au niveau du centre médullaire d l'origine du sciatique, et empiétant plus ou moin sur celle du crural, puisque le réflexe rotulien s'es trouvé vite aboli, et que maintenant d'ailleurs o est en présence d'une parésie crurale plus ou moin globale.

Ce foyer d'hématomyélie a servi d'amorce à u processus de gliose qui a creusé la substance gris d'une cavité gagnant en largeur vers les cornes pos térieures et en hauteur vers la moelle dorsale: ain s'est constituée une syringomyélie riche en symp tômes relevant du syndrome de la *corne antérieur* (parésie et amyotrophie) du syndrome de la *corn postérieure* et de la commissure (thermo-analgésie) et du syndrome *pyramidal* (clonus du pied et de l rotule, exagération des réflexes tendineux).

*
* *

Le pronostic à envisager est celui d'une affectior lentement, très lentement progressive, d'autant qu'i s'agit d'une forme basse, dorso-lombaire, de l maladie, dont l'extension au bulbe sera forcémen plus tardive que pour les localisations cervicale habituelles; il n'est toutefois pas exclu que se pro duisent des poussées évolutives qui hâtent le pro cessus, peut-être par le mécanisme d'hématomyélies celles-ci secondaires.

Le traitement doit avoir pour base une radiothé rapie médullaire longuement et patiemment appli quée; des cas ont été signalés où l'on a assisté à une régression, partielle il est vrai, d'un ou de plu sieurs symptômes de la maladie: Lhermitte a même par l'examen histologique de moelles syringo myéliques irradiées, observé des traces de régéné ration. Les tentatives de cure chirurgicale, propo sées par Poussep (de Dorpat) n'ont pas donné de résultats tels qu'on soit en droit de les recomman der: d'autant que chez ces malades dont la trophi cité est très altérée, du fait de l'atteinte des colonnes sympathiques de la moelle, il faut être tout particu lièrement économe d'interventions chirurgicales, tous les auteurs compétents sont d'accord sur ce point

CHRONIQUES

L'évolution scientifique

La Science a pour point de départ l'observation de l'Univers, pour but l'étude et l'explication des phénomènes qui s'y déroulent, pour résultat la conquête de la Terre. Qu'elle soit fortuite ou provoquée, qu'elle soit simple ou armée d'appareils capables de révéler un monde invisible, l'observation se ramène toujours à des impressions sensorielles. L'Univers nous apparaît tel que nos sens nous le font connaître. Il faut donc admettre, comme un postulat fondamental, que les renseignements qu'ils nous fournissent sont exacts et que notre monde sensoriel est l'image du monde réel.

Dès que l'homme eut acquis quelques notions sur le monde où il est appelé à vivre, une division, en apparence puérile, en réalité pratique, s'imposa à son esprit. Les êtres et les objets furent divisés en deux groupes : les uns immobiles et par conséquent inoffensifs, les autres mobiles pouvant se déplacer et devenir dangereux. Projetant alors en dehors de soi ce qu'il sentait en soi-même, il admit que le mouvement est la caractéristique de la vie et qu'il est dû à une force analogue à celle qui nous fait agir. Tout ce qui est capable de se déplacer, les astres comme les animaux, l'eau comme le vent ou le feu, fut considéré comme doué de vie. Ainsi se développa la conception dénommée plus tard l'animisme universel. Puis une évolution se produisit qui fit assimiler le moteur caché à un animal ou à un homme, qu'on éleva plus tard à la hauteur d'un génie, d'un démon ou d'un dieu. Ainsi des panthéons se constituèrent formés par l'ensemble des divinités personnifiant les forces de la nature.

Ces êtres divins, dotés d'une mentalité humaine, gouvernaient le monde selon leur caprice et leur bon plaisir. Aucun phénomène ne pouvant être prévu, aucune manifestation ne pouvant être déterminée, la science animiste se donna pour mission de rechercher les motifs qui faisaient agir les maîtres du monde et de trouver les moyens de se les rendre favorables. Ces croyances se sont maintenues pendant des siècles et ont laissé une empreinte qui n'est pas effacée.

Cependant quelques hommes ne tardèrent pas à s'apercevoir que certains phénomènes se reproduisent avec une régularité parfaite et qu'il existe des enchaînements de causes et d'effets. Les rapides progrès des mathématiques permirent d'étudier les manifestations célestes et d'en prévoir quelques-unes, notamment le retour des éclipses.

Cette science causaliste porta ombrage à la science animiste et théocratique; chaque découverte constituait une atteinte à la puissance des dieux, car elle tendait à supprimer leur intervention arbitraire. Une lutte s'engagea qui devint une lutte du sentiment contre la raison. Aujourd'hui encore bien des hommes ne peuvent se résigner à admettre l'indifférence de la nature et continuent à placer leur espoir en des protecteurs surnaturels.

La science naissante se trouva bientôt en face d'un nouvel adversaire. Quelques penseurs ayant mis en doute la valeur des impressions sensorielles, cherchèrent en eux-mêmes l'explication du monde et de leur propre existence. Ainsi naquit une troisième conception qui atteignit son plein développement en Grèce. Dédaignant l'observation et l'expérience, l'Ecole de Socrate chercha l'explication des phénomènes en dehors et au delà du monde sensible et repoussa avec dédain toutes les explications scientifiques. Platon portait une telle haine aux écrits des savants « qu'il voulut, dit Diogène Laerce, brûler tout ce qu'il avait pu recueillir des œuvres de Démocrite. Mais Amyclas et Clinias, philosophes pythagoriciens, l'en détournèrent, en lui représentant qu'il n'y gagnerait rien, parce que ces ouvrages étaient déjà trop répandus ».

Des hauteurs sublimes où il s'était élevé, Platon n'a jamais daigné descendre vers le monde réel. Pour lui les phénomènes sensibles ne sont que des apparences, ce sont « des ombres projetées par la clarté d'un grand feu sur les parois d'une caverne ». Or ce sont ces ombres que la science étudie, qu'elle essaye de saisir et de connaître.

La science a eu beaucoup de peine à se débarrasser des idées primitives qui faisaient de la terre le centre de l'Univers, et de l'homme le roi de la création. Ne tenant compte que des intérêts de cet être privilégié, elle commença par diviser les phénomènes en favorables et défavorables, les animaux en utiles et nuisibles, les plantes en comestibles, vénéneuses et médicinales. En progressant les sciences se libérèrent de leurs attaches humaines et de leur idéal anthropocentriste. C'est ce que démontre l'évolution de la physique, qui s'efforça tout d'abord d'expliquer les perceptions humaines, l'audition, la vision, le tact, les sensations de chaud et de froid; puis abandonnant son premier objectif, elle étudia le son, la lumière, la chaleur, l'électricité et le magnétisme, la force, la pesanteur et la gravitation. En se détachant de ses origines sensorielles et en donnant à ses recherches un caractère de plus en plus abstrait, elle est parvenue à la période actuelle où la plupart des phénomènes ne peuvent être exprimés qu'en langage mathématique.

Les mathématiques, qui avaient ouvert la voie aux conceptions abstraites, ont eu, elles aussi, un point de départ sensoriel. Mais elles ont rapidement évolué et, en s'éloignant des réalités matérielles, elles ont fourni le moyen de les expliquer et même de les prévoir.

La Biologie est une filiale de la Médecine. En examinant les malades et en essayant de comprendre l'origine et le mécanisme des troubles morbides, on parvint à acquérir quelques notions sur le fonctionnement des organes, y compris le cerveau; cinq cents ans avant l'ère chrétienne, Alcméon de Crotone en faisait l'organe de l'intelligence.

C'est en Grèce que débuta la philosophie biologique. Aristote découvrit dans la série des êtres animés une continuité et une graduation parfaites avec trois étapes successives caractérisées, la première par la nutrition, propriété fondamentale, commune à tous les êtres vivants, végétaux, animaux, homme; la seconde par la sensibilité, dont les végétaux sont dépourvus; la troisième par l'intelligence, qui est l'apanage de l'homme. En partant du fœtus humain, on peut voir la succession de ces trois stades, ce qui conduisit Aristote à conclure que les animaux sont des hommes inachevés.

La Biologie ne fit de réels progrès qu'à la fin du XVIIIe siècle et au commencement du XIXe, avec les travaux des naturalistes et des physiologistes. Mais elle fut entravée dans sa marche par le poids des vieilles idées philosophiques qu'elle traînait à sa remorque et surtout par la croyance à la spontanéité des êtres vivants qui leur permettait d'agir à leur guise et de commencer un mouvement sans point de départ et sans manifestation antécédente, ce qui les élevait à la hauteur d'une cause première. Elle était entravée aussi par la répugnance qu'on éprouvait à assimiler le fonctionnement organique de l'homme à celui des animaux et par l'opposition qu'on s'efforçait de maintenir entre l'intelligence humaine et l'instinct animal.

Il fallut l'intervention de Claude Bernard pour renverser les obstacles accumulés sur la route du progrès et, par l'introduction du déterminisme, élever la biologie à la hauteur des autres sciences.

La Médecine a commencé dans le temple ; les maladies étant envoyées par les dieux, c'était aux dieux ou à leurs représentants qu'il fallait en demander la guérison. Cette médecine théocratique s'est compliquée par la croyance aux interventions des démons, à la pénétration d'esprits impurs dans le corps des hommes et des animaux, aux avertissements donnés dans les songes, au rôle des sorciers, des magiciens, des spirites.

En face de cette pathologie surnaturelle, qui est loin d'avoir disparu, s'est développée la médecine laïque, qui a fait de rapides progrès. On en peut diviser l'évolution en quatre périodes. La première période est la période empirique, où les médecins par l'observation pure et simple parvinrent rapidement à des résultats remarquables, comme le montre la lecture du *Recueil hippocratique*.

A partir du XVIIIe siècle l'observation des malades fut complétée par l'ouverture des corps. Ainsi se constitua la deuxième période, période anatomique, dont l'importance s'accrut au siècle suivant, par le développement de l'histologie pathologique. On s'efforça ainsi d'établir un rapport entre les troubles constatés pendant la vie et les lésions décelées après la mort.

Vers 1880, une nouvelle évolution se produisit. On commença à s'intéresser à l'étiologie, car la médecine s'engageait dans une voie nouvelle ouverte par la bactériologie. On se débarrassa des idées de spontanéité morbide, qui avaient tellement retardé le progrès; on rejeta l'origine interne des maladies; on comprit que le point de départ des troubles morbides est toujours en dehors de l'organisme, les maladies héréditaires ne faisant pas exception à la règle, si l'on remonte à leur origine réelle, c'est-à-dire à l'action exercée sur les parents. Ainsi naquit la période étiologique où furent réalisés de nouveaux et grands progrès.

Une autre évolution commença bientôt, qui se poursuit actuellement. On comprit que s'il est intéressant de connaître les causes et de déceler les lésions, ce qui importe le plus en médecine, c'est de déterminer la valeur fonctionnelle de l'organisme.

Les progrès des sciences auxiliaires et les applications de plus en plus nombreuses qu'on en fait à la clinique, ont transformé les méthodes de diagnostic et de traitement. L'observation sert de point de départ à une série d'explorations plus ou moins compliquées. Suivant les cas, on mesure la pression artérielle; on emploie la radioscopie et la radiographie; on recherche les parasites et les bactéries; on fait l'examen cytologique des liquides et l'examen histologique des fragments de tissus prélevés par biopsie; on a recours aux analyses chimiques; on évalue les réactions sériques; on pratique des inoculations aux animaux; on s'adresse à l'ergographie; on enregistre la contractilité musculaire; on détermine la chronaxie; on utilise l'électro-cardio- et l'électro-encéphalographie; on étudie les échanges respiratoires, les éliminations provoquées et les réactions à diverses substances médicamenteuses ou toxiques et à des produits microbiens. Toutes ces méthodes, dont nous n'avons cité que les plus usuelles exigent des connaissances techniques étendues et diverses et nécessitent l'emploi de nombreux instruments d'un maniement souvent fort délicat. Voilà comment l'art médical, fait d'intuition et de bon sens, est peu à peu supplanté par la science médicale. Celle-ci ne peut se développer qu'avec l'aide des autres sciences. Les séparations, les classifications et les hiérarchies qu'on avait établies autrefois sont trop artificielles pour pouvoir être maintenues. Toutes les disciplines scientifiques se prêtent un mutuel concours; il en résulte que celui qui se cantonne dans une seule discipline ne peut apercevoir que de petits faits nouveaux. En médecine, comme dans toutes les sciences, la collaboration s'impose.

Ce qui donne à l'évolution actuelle de la Médecine une importance pratique considérable, c'est qu'il n'y a pas de concordance nécessaire entre les lésions et les troubles fonctionnels. Ceux-ci commandant le pronostic et le traitement, la médecine tend à devenir la science du fonctionnement morbide ; elle peut prendre place, en biologie, sous le nom de Physiologie pathologique.

L'homme ayant été pendant longtemps et étant encore parfois considéré comme un être double, *Homo duplex*, disait Buffon, formé d'un corps

natériel, auquel s'ajoute un principe intellectuel, ou étude a été poursuivie par deux sciences distinctes, l'une la physiologie, pour les organes du corps ; l'autre la psychologie pour les qualités de l'esprit. Ces deux sciences, comme on nous l'enseignait quand j'étais étudiant, suivent deux voies parallèles ; elles ne doivent donc jamais se rencontrer.

Pendant des siècles, la psychologie classique n'eut guère recours qu'à l'introspection. Cependant les observations médicales devinrent si nombreuses et si intéressantes, les expériences faites sur le cerveau les animaux devinrent si démonstratives qu'il fallut bien en tenir compte. Une néo-psychologie se constitua qui mit au second plan ou rejeta complètement l'introspection, faisant remarquer avec juste raison qu'il est impossible d'être à la fois spectateur et acteur. On se mit à interroger des hommes exerçant les professions les plus diverses et on leur appliqua des procédés d'exploration empruntés aux sciences biologiques ; on fit des recherches sur le développement intellectuel du nouveau-né et on créa, aux Etats-Unis, des pouponnières expérimentales ; on étudia le psychisme des enfants et la mentalité des peuples restés à l'état primitif ; on profita des observations recueillies sur les malades, les blessés, les aliénés, les délinquants et les criminels, sur les individus atteints de lésions et de malformations congénitales ; on tint compte des résultats fournis par la chirurgie cérébrale ; enfin, abaissant la barrière qu'on avait élevée entre les hommes et les animaux, on ouvrit un vaste chapitre de psychologie comparée, qui s'est enrichi en ces dernières années, de nombreuses observations faites sur les singes, spécialement les Antropoïdes. Les expériences sur le fonctionnement du cerveau vinrent apporter un dernier appoint, et non des moindres, à la psychologie humaine.

Voilà comment la psychologie a évolué vers la psycho-physiologie, et voilà comment se trouve justifiée l'affirmation de Claude Bernard qui déclarait, dès 1869 « qu'il n'y a réellement pas de ligne de séparation à établir entre la physiologie et la psychologie ».

Malgré les succès qu'elles ont remportés, les sciences de la vie, contrairement aux autres sciences, n'ont pu se débarrasser des vieilles doctrines philosophiques qui ont alourdi leur marche et gêné leur progrès. Elles gardent le souvenir et subissent encore l'influence des conceptions primitives sur l'animisme universel. Si le vitalisme qui procède d'Aristote ne compte guère de partisans en physiologie, le spiritualisme qui procède de Platon, possède encore une importance considérable. Mieux qu'une longue dissertation, deux citations, empruntées aux deux plus grands Maîtres de la science et de la philosophie, permettront d'apprécier les deux conceptions opposées. Claude Bernard avait écrit : « Le cerveau est l'organe de l'intelligence, au même titre que le cœur est l'organe de la circulation, que le larynx est l'organe de la voix. » A quoi Bergson répond : « Le cerveau constitue le point d'insertion de l'esprit dans la matière... Il n'est donc pas à proprement parler organe de pensée, ni de sentiment, ni de conscience », ce qui revient à dire qu'il se comporte dans l'organisme comme un appareil de T. S. F.

H. Roger.

Correspondance

L'Erythème noueux.

L'article paru dans *La Presse Médicale* du 4 Août 1945, de MM. Julien-Marie, Seringe, Maurice et Mlle Nouffiard, concernant les rapports de l'E. N. et du 2090, présente un intérêt particulier pour diverses raisons.

1° Tout en montrant que la conception, de tuberculose initiale, de Landouzy et Poncet, sur l'E. N. ne doit pas être obsolue, il remet en honneur l'E. N. épidémique, du type Trousseau-Comby (pour lequel l'association salicylate de soude et carboxy-sulfamido-chrysoïdine nous a donné de très bons résultats durant une dizaine d'années). D'ailleurs les E. N. peuvent être observés chez des sujets avec négativité des réactions de Pirquet et de Mantoux, également chez des tuberculeux de vieille date, enfin comme « phénomène de sortie » au cours d'une quinzaine d'infections diverses.

2° Ainsi que des publications analogues antérieures, l'article de M. Julien-Marie montre que le 2090 ne doit pas être prescrit comme traitement de l'E. N., car, non seulement il ne le guérit pas, mais il peut le causer. D'autres médicaments peuvent également le déclencher, nous en avons eu un cas avec l'acide acétyl-crésotinique ortho.

3° Enfin nous possédons une observation qui singulièrement étaye l'intéressante conception de M. Julien-Marie sur l'unité étiologique des divers E. N., de pathogénies si différentes au premier abord. Il s'agit d'une malade de 40 ans qui, depuis l'âge de 20 ans, sans aucune manifestation bacillaire, présente, à la suite de chaque absorption de fraises, crues ou cuites, un E. N. typique, durant au moins plusieurs semaines, avec angine, fièvre, nouures érythémateuses et violentes arthralgies (celles-ci et celles-là étant plus accentuées que dans l'E. N. du tuberculeux et que dans l'E. N. sulfathiazolé). Or, en pareil cas, la crise anaphylactique ne constitue qu'une cause déclenchante. Tout se passe comme si la cause essentielle réside en un virus réveillé, exalté, « sorti » par les perturbations hémoclasiques, car l'E. N. observé ne durait pas quelques jours, mais au moins *plusieurs semaines*, durée que nous avons singulièrement raccourcie par l'association salicylate de soude et carboxy-sulfamido-chrysoïdine. Enfin sédimentation beaucoup plus marquée que dans une affection anaphylactique pure.

Avec cette observation, l'hypothèse de M. Julien-Marie semble donc se muer en vérité. L'E. N., de syndrome, reprend sa place de maladie, maladie déclenchée par des causes très diverses, mais *essentiellement due à un virus unique, se comportant comme celui de l'herpès*. Bien entendu, le traitement anti-infectieux ne dispense en rien du traitement de l'état morbide.

Paul Blanchet (Grenoble).

Livres Nouveaux

Hypoglycémies spontanées. Le traitement chirurgical de l'hyperinsulinisme, par P. Mallet-Guy et P. Maillet (*Collection Médecine et Chirurgie. Recherches et applications*). 1 vol. de 100 pages, avec 17 figures (*Masson et Cie*, éditeurs), Paris, 1944. — Prix : 55 fr.

Dans ce très bel ouvrage, que je conseille de lire, P. Mallet-Guy et P. Maillet, disciples de Leriche, traitent avec maîtrise une question qui n'est pas vieille de plus de 20 ans : celle des crises hypoglycémiques, d'apparence, d'allure spontanée, liées à l'atteinte du pancréas, de son tissu langerhansien, atteinte tantôt macroscopique (tumeur maligne, inflammation, mais ordinairement adénome), tantôt seulement histologique.

Après avoir rappelé, dans les premiers chapitres, quels sont les signes, surtout nerveux, qui doivent faire naître l'idée de la carence sucrée, puis les indices à obtenir d'un parfait interrogatoire, enfin les épreuves à demander (notamment glycémie à jeun) pour étayer le diagnostic ; après avoir fait aussi le côté biologique du problème, Mallet-Guy et Maillet donnent comme possible l'établissement de la distinction entre l'hyperinsulinisme au sens strict (hypoglycémie insulaire) et l'hypoglycémie au contraire fonctionnelle.

Puis ils étudient, un à un, en quatre chapitres différents, plus spécialement chirurgicaux, les adénomes langerhansiens, les carcinomes, les pancréatites chroniques hypoglycémiques, et, sujet neuf, physiologique, les pancréatectomies de réduction contre les états fonctionnels, aux résultats bien moins brillants. Dans chaque chapitre est indiqué l'état actuel des connaissances sur ces questions si passionnantes.

Et, pour clôturer ce beau travail, un court aperçu de technique.

« Pour s'attaquer à un sujet récent et difficile, il fallait à MM. P. Mallet-Guy et P. Maillet autant d'expérience personnelle que de sûre culture », écrit très justement M. Mondor dans la préface.

Jean Patel.

Le livre blanc. Formulaire médical 1945. 1 vol. de 1.420 pages (Editions *H. Perrier*), 3, rue Aubriot, Paris-4e. — Prix : 90 fr. Envoi contre remboursement : 107 fr.

Ce formulaire contient :

Une Revue des Thérapeutiques nouvelles par le Prof. Harvier et le docteur Perrault.

Une partie de *Consultations médicales* comprenant une présentation des spécialités pharmaceutiques sélectionnées et classées par maladies d'après leur composition ou leur mode d'action.

Des Notices détaillées sur ces mêmes préparations.

Une énumération intégrale des spécialités, présentée en deux classements : alphabétique puis numérique, avec indication de la catégorie de remboursement par les Assurances sociales.

Une série de renseignements divers sur les stations thermales, etc...

INFORMATIONS

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance exceptionnelle en l'honneur de Sir Alexander Fleming

A l'occasion du voyage en France de Sir Alexander Fleming, l'Académie de Médecine lui a rendu hommage le 4 Septembre 1945 au cours d'une séance exceptionnelle, en présence des ministres de l'Education Nationale et de la Santé publique et de l'Ambassadeur de Grande-Bretagne.

M. Brouardel, Président de l'Académie de Médecine, rappelle brièvement l'histoire de la découverte de la pénicilline ; il montre combien elle a modifié le pronostic des blessures de guerre. Il exprime à Fleming l'admiration et la reconnaissance de tous les médecins.

M. H. Vincent, le plus ancien membre de l'Académie, dans une courte allocution en anglais remercie Sir Fleming de sa venue. M. Léon Binet rapporte « l'observation déjà classique et qui sûrement passera dans l'histoire » qui a montré l'action du *Penicillium notatum* sur une culture de staphylocoques. Il souligne le mérite du chercheur qui a su apprécier à sa valeur cette constatation fortuite, mesurer le degré d'activité de ce nouvel antiseptique, isoler la pénicilline, démontrer son innocuité et prévoir dès l'année 1929 son emploi thérapeutique. En permettant de sauver de nombreux blessés, Sir Fleming « a bien mérité de la victoire ». Au nom de l'Académie de Médecine, de l'Académie des Sciences et de la Faculté de Médecine, M. L. Binet exprime au savant anglais l'admiration et la reconnaissance que mérite son œuvre.

Sir Alexander Fleming prend alors la parole. Il dit d'abord sa reconnaissance pour l'accueil qui lui est fait. C'est en France qu'il a voulu faire son premier voyage hors de sa patrie et il évoque l'angoisse des amis de notre pays aux heures sombres de la guerre.

Puis avec humour il se défend d'avoir, comme on l'a dit « inventé » la pénicilline. Il ne l'a pas inventée puisqu'elle existait sans doute depuis la création, mais il a attiré l'attention sur elle et lui a donné son nom. Le phénomène s'est présenté au cours de recherches qui avaient un but bien différent. Si l'auteur avait fait alors partie d'une équipe de chercheurs, il n'aurait pu se consacrer à l'étude de cette découverte de hasard. Mais ce n'est que le travail en commun de « l'équipe d'Oxford » qui a permis la mise au point du médicament.

Et Sir Alexander Fleming poursuit :

« On a dit que la chance avait joué un rôle important dans cette découverte. Avez-vous réfléchi à tout le hasard, la chance, la fatalité, ou le destin — appelez-le comme il vous plaira — qui influe sur nos vies ; combien sommes-nous influencés par des décisions que nous prenons sans raison bien particulière ou que d'autres prennent ? Il semble parfois que nous ne soyons que des pions que l'on déplace sur l'échiquier de la vie. Shakespeare a dit : « Car il est un destin qui détermine nos fins même si, grossièrement, nous en sculptons l'apparence. »

Laissez-moi en donner comme exemple ma propre vie : Je suis né dans une ferme, en Ecosse, et mes aïeux étaient fermiers. J'aurais pu moi aussi être un fermier — peut-être un bon fermier — mais, avant d'être jugé d'âge à décider moi-même, je fus envoyé à Londres. Je trouvai une place dans un Office de Navigation et devins expert dans la confection des lettres de charges et de manifestes de navires. J'aurais pu demeurer dans la navigation et, peut-être (mais la chose est peu probable) serais-je devenu un magnat de la navigation. Mais le destin intervint à nouveau.

Je reçus le petit héritage d'un parent et, comme j'avais un frère aîné qui était médecin, je me laissai persuader de devenir étudiant en médecine.

J'eus alors à choisir une école de médecine. Il y en avait 12 à Londres et je demeurais à égale distance de 3 d'entre elles.

J'ignorais tout de ces Ecoles, mais à cette époque j'étais excellent nageur et m'étais mesuré au water-polo contre Saint-Mary's. Ce fut donc à Saint-Mary's que je vins, et c'est à Saint-Mary's que je suis resté toute ma vie. Raison bien suffisante pour choisir une école de médecine ; ce choix fut cependant heureux.

A cette époque, un autre événement, sur lequel je ne pouvais aucunement agir, eut cependant sur ma carrière une influence profonde. Wright était professeur de pathologie à l'Ecole de Médecine militaire. Il présenta un vaccin antityphique, et, lorsque les autorités militaires refusèrent de l'accepter, il démissionna. Dans le même temps, la place de pathologiste à Saint-Mary's était vacante, Wright se présenta et fut agréé. Au lendemain de mes derniers examens j'entrai au laboratoire de Wright. J'y suis encore aujourd'hui.

Dans mes travaux aussi, le hasard a eu sa part. Je puis vous en donner deux exemples. En 1922, j'avais entrepris certaines recherches lorsqu'un aspect extraordinaire se manifesta sur une culture. Cela n'avait rien de commun avec mes recherches. C'était seulement quelque chose qui s'était produit par un concours accidentel de circonstances. Mais lorsque je continuais mes investigations, je découvris le remarquable ferment antibactérien que j'appelai la lysozyme et qui, depuis a fait l'objet de maintes recherches.

Six ans plus tard, en Septembre 1928, et, de la même manière, je fus conduit à la pénicilline. Je travaillai sur le staphylocoque lorsque une moisissure contamina une de mes cultures, ce n'était pas un fait sans précédent,

mais ce qui était extraordinaire, c'est qu'autour des moisissures les colonies de staphylocoques subissaient une lyse. Je n'avais pas cherché la contamination par moisissure, c'était par hasard ; hasard aussi que cette moisissure fût tombée sur une culture de staphylocoque, car si c'eût été tout autre microbe — on peu s'en faut — nous n'aurions pas assisté à l'extraordinaire lyse.

Mais je fus l'homme favorisé et mon seul mérite, en occurrence, fut de ne pas mettre la culture au rebut comme bien d'autres bactériologistes l'avaient sans doute fait auparavant. J'ai étudié les propriétés de la moisissure et posé ainsi les fondations de l'œuvre, qui par la suite, eut pour résultat la pénicilline, telle que nous la connaissons aujourd'hui.

Je vous ai conté une histoire qui illustre certains des moyens par lesquels le hasard peut influencer la vie et l'œuvre d'un homme. Mais je ne veux pas soutenir qu'il suffise de se croiser les bras et d'attendre que la chance vienne. Cette voie mène à la ruine. Nous devons être les maîtres de nos moyens afin que, lorsque la main de la Fortune se tend vers nous, nous sachions la reconnaître et en tirer profit. Nous ne pouvons récuser la parole de l'immortel Pasteur : « La chance favorise les intelligences qui sont prêtes ».

M. le Président, je remercie la Fortune de m'avoir permis d'être au milieu de vous aujourd'hui, et je vous remercie de nouveau, vous et tous les membres de l'Académie de Médecine, du grand honneur que vous m'avez fait.

J. Fauvet.

Comité permanent de la Médecine du Travail

Le Comité permanent de la Médecine du travail comprend 33 membres, dont 12 membres choisis en raison de leurs fonctions aux ministères du Travail, de la Santé publique, et de la Production industrielle, 6 membres nommés par le ministre du Travail et de la Sécurité sociale en raison de leur compétence particulière, 9 membres désignés sur la proposition du ministre de la Santé publique et 6 membres nommés par le ministre du Travail et de la sécurité sociale sur la proposition des organisations syndicales d'employeurs et de travailleurs.

Dans cette liste nous avons relevé les noms suivants : Prof. Duvoir (Paris) ; Dr Desoille, professeur agrégé (Paris) ; Prof. Mazel (Lyon) ; Prof. Leclerc (Lille) ; Dr Piédelièvre, professeur agrégé (Paris) ; Dr Dérobert (Paris) ; Dr Wibaux (Paris) ; Prof. Parisot (Nancy) ; Dr Hector Descomps ; Prof. Laugier.

Le Comité permanent de la Médecine du Travail pourra constituer des sous-commissions techniques pour l'étude de questions déterminées.

Il pourra être fait appel pour l'étude de ces questions à toutes personnes ayant une compétence particulière et qui siégeront au Comité et aux sous-commissions avec voix consultative. Le Comité pourra désigner des rapporteurs pris en dehors de ses membres.

(*J. O.* 2 Septembre 1945.)

Université de Paris

Travaux pratiques de Pharmacologie. — Une série supplémentaire de travaux pratiques de Pharmacologie est organisée au Laboratoire de Pharmacologie pour la session d'Octobre 1945. La première séance aura lieu le lundi 6 Octobre à 14 heures, à l'Amphithéâtre Vulpian.

Inscriptions : 200 fr. Les inscriptions sont reçues dès maintenant au Secrétariat de la Faculté (Guichet n° 4) les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Remplacement d'externe. — MM. les étudiants faisant fonctions d'externe et désirant être autorisés à remplacer par ces fonctions certains stages de la Faculté, sont informés qu'ils doivent fournir au Secrétariat (Guichet n° 5) la proposition du Directeur de l'A. P. (délivrée par le Bureau du Personnel Médical), 3, avenue Victoria.

Cette proposition devra être déposée au Secrétariat dans le plus bref délai après la prise des fonctions. A la fin de ces fonctions, ils devront se faire délivrer un certificat par le Chef de service, contresigné par le Directeur de l'hôpital. Ces certificats seront exigés pour la prise des 3e et 4e inscriptions de l'année.

Internes ou faisant fonctions d'interne. — MM. les étudiants Internes titulaires ou suppléants des Hôpitaux indépendants de l'A.P., des Hôpitaux de Seine-et-Oise, des sanatoria, etc., doivent adresser à M. le Doyen une demande sur papier timbré à 8 fr., accompagnée d'un certificat du Directeur de l'établissement, afin d'obtenir l'équivalence de leurs stages.

Pour la délivrance de la 3e et de la 4e inscriptions, ils devront fournir les certificats du chef de service contresigné par le Directeur de l'Hôpital ou légalisé par le Commissaire de police ou le Maire.

Les étudiants de première année ne sont pas autorisés à remplir de fonctions en remplacement de leurs stages hospitaliers.

Inspection de la Santé

— M. Salmon, médecin inspecteur de la Santé de la Nièvre, est affecté, en la même qualité, dans le département de la *Meuse*.

— Mme Midrouillet, médecin inspecteur de la Santé du Jura, est affectée, en la même qualité, dans le département du *Tarn*.

— M. Mathieu, médecin inspecteur de la Santé du Morbihan, est affecté dans le département de la *Nièvre*.

— M. Fontrobert, médecin inspecteur adjoint de la Santé des Pyrénées-Orientales, est chargé des fonctions de médecin inspecteur des *Pyrénées-Orientales*.

— M. Villiet, médecin inspecteur de la Santé du Tarn, est affecté dans le département de la *Gironde*.

— M. Guibert, médecin inspecteur adjoint de la Santé de la Creuse, est chargé des fonctions de médecin inspecteur de la Santé dans le département de *l'Aube*.

— M. Andrieux, médecin inspecteur de la Santé de la Haute-Garonne, a été affecté dans le département du *Finistère*.

— M. Ollé, médecin inspecteur adjoint de la Santé de la Haute-Garonne, chargé de mission dans le Tarn, est chargé des fonctions de médecin inspecteur de la Santé dans le département de la *Haute-Garonne*.

— M. Mallet, médecin inspecteur de la Santé de l'Aube, a été chargé des fonctions de médecin inspecteur de la Santé dans le département du *Morbihan*.

— L'arrêté du 4 Juillet 1945 affectant M. Maginel-Pelonnier, médecin inspecteur de la Santé de la Dordogne, en la même qualité, dans le département de la Gironde, est rapporté, sur sa demande.

— L'arrêté du 4 Juillet 1945 chargeant Mlle Liégeois, médecin inspecteur adjoint de la Santé du Nord, des fonctions de médecin inspecteur de la Santé dans le département de la Meuse, est rapporté, sur sa demande.

— Mlle le docteur Faivre (Simone) est nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé de la *Gironde*.

— Par arrêté en date du 6 Août 1945, Mlle le docteur Knoepflin est nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé de la Meuse.

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

— M. Borel, médecin directeur de l'hôpital psychiatrique de Lannemezan (Hautes-Pyrénées), est nommé médecin chef de service au quartier d'aliénés de *l'hospice de Font-d'Aurelle* (Hérault), en remplacement de M. Eissen, appelé à d'autres fonctions.

— ***Sont vacants*** les postes de :

1° Médecin directeur de *l'hôpital psychiatrique de Lannemezan* (Hautes-Pyrénées) ;

2° Médecin chef de service de *l'hôpital psychiatrique privé de Saint-Pons*, à Nice (Alpes-Maritimes).

Prière d'adresser toute candidature à ces postes, au ministère de la Santé publique (direction du personnel, 2e bureau), 7, rue de Tilsitt, Paris (17e).

SANATORIUMS PUBLICS

— Par arrêté du 21 Août 1945, M. Hamon, médecin adjoint des sanatoriums de la Seine, est affecté à titre définitif au *sanatorium de Francourville* (poste créé).

Concours et places vacantes

Hôpital psychiatrique de La Charité-sur-Loire. — Un poste d'interne est vacant. Adresser les candidatures avec références au Médecin-Directeur.

Hôpital psychiatrique départemental de Saint-Lizier (Ariège). — Deux postes d'internes en médecine seront vacants vers le 1er Novembre à l'Hôpital psychiatrique de Saint-Lizier (Ariège). Traitement de 36 à 42.000 fr., plus avantages habituels. Ecrire au Médecin-Directeur.

Sanatorium interdépartemental de Châteauneuf-la-Forêt (Haute-Vienne). — Le poste d'interne est vacant, indemnité mensuelle, 2.000 fr. Avantages habituels.

Nouvelles diverses

Syndicat des Gynécologues Français (1, rue Jules-Lefèvre, Paris). — L'Assemblée générale aura lieu à la Faculté de Médecine de Paris, Petit Amphithéâtre, le samedi 6 Octobre 1945, à 10 heures.

Bureau pour 1945. *Président :* M. Sénécal, Paris ; *Vice-Président :* M. E. Douay, Paris ; *Secrétaire général :* M. Fabre, Paris ; *Secrétaire général adjoint :* M. J. Courtois, Saint-Germain-en-Laye ; *Trésorier :* M. P. Ulrich, Paris ; *Membres du Conseil :* MM. Béclère, Buquet, Paris ; Guyot, Bordeaux ; Violet, Lyon.

Le Conseil confirme que la Confédération des Syndicats Médicaux admet dans son sein le Syndicat des Gynécologues Français à condition que ses membres soient en même *temps et d'abord* affiliés aux Syndicats médicaux locaux, ce qui va de soi.

Le Syndicat National des Urologistes Français, reconstitué, informe les Urologistes que *l'Assemblée générale* aura lieu le mardi 9 Octobre prochain, à 10 heures du matin, 51, rue de Clichy, à Paris (9e), sous la présidence du Professeur André, de Nancy, Président.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétaire général, Dr Marcel Gallois, 26, rue de Clichy, Paris (9e).

Un ***Syndicat des Médecins des Hôpitaux psychiatriques*** vient d'être créé. Il fait suite à l'Association amicale des Médecins des Etablissements publics d'Aliénés qui a été déclarée dissoute le 4 Août 1945. Son Siège social est à Paris, 1, rue Cabanis (14e).

Son Bureau est ainsi constitué :

Secrétaire général : M. Daumezon (Fleury-les-Aubrais).
Secrétaires : M. X. Abély (Paris), M. Lauzier (Dijon) et M. Sivadon (Ville-Evrard).
Trésorier : M. Never (Cadillac).
Trésorier adjoint : M. Fouquet (Paris).
Archiviste : M. Bessière (Paris).
Administrateurs : M. Beley (Poitiers), M. Bernard (Lille), M. Bonnafé (Saint-Alban), M. Ey (Bonneval), M. Le Guillant (Paris).

Le VIIe Congrès du Film scientifique et technique aura lieu les 12, 13 et 14 Octobre 1945 au Musée de l'Homme.

Les demandes de participation aux Congrès et les envois de films doivent être adressés dans le plus bref délai au Dr Claoué, Secrétariat des Congrès du Film scientifique, 12, avenue Alphand, Paris-16e.

L'Association des Pharmaciens prisonniers, déportés et victimes de la guerre fait connaître qu'un centre de repos vient d'être ouvert à l'intention des intellectuels anciens prisonniers et déportés.

Le prix du séjour a été fixé à 80 fr. par jour. Les candidatures et les demandes de renseignements doivent être envoyées au Directeur du Centre de l'Abbaye de Royaumont à Asnières-sur-Oise (S.-et-O.).

Les confrères qui n'auraient pas les moyens pécuniaires nécessaires sont invités à se mettre en rapport directement avec l'Association, 48, rue des Petites-Ecuries, Paris-10e.

Comité pour le développement de l'enseignement et de la lecture dans les Etablissements de soins et de cures. — Un arrêté daté du 24 Août 1945 vient de paraître au *Journal Officiel* instituant ce Comité.

Parmi les membres qui feront partie de ce Comité, nous notons plusieurs Directeurs et Chefs de Services au ministère de la Santé publique, un Directeur d'Hôpital, le Directeur de l'O.P.H.S. de la Seine, deux médecins des Hôpitaux de Paris, deux médecins directeurs de sanatorium, un médecin chef de préventorium, les présidents de l'Entr'aide française, de la Croix-Rouge et du Comité national de la Tuberculose. (*J. O.*, 5 Septembre 1945.)

Académie Duchenne de Boulogne. — Le prix annuel de 10.000 fr. décerné par l'Académie Duchenne de Boulogne, à un travailleur indépendant dont l'œuvre ou la création ayant trait aux sciences médicales sera jugée la meilleure sera attribué le premier jeudi de Février 1946.

Les mémoires inédits et non encore récompensés (dactylographiés en double exemplaire) devront être adressés au Secrétariat de l'Académie, 60, boulevard Latour-Maubourg, Paris, avant le 1er Janvier 1946.

Distinctions honorifiques

LÉGION D'HONNEUR

Grand officier : Médecin colonel J. Parisot de la Direction générale du service de Santé.

Commandeur : Médecin colonel J. Thibault de Beauregard, ne division alpine.

Officier : Médecin colonel W. Vignal. — Médecin colonel A. Tzanck de la Direction générale du service de Santé. — Médecin principal Bonneuf, médecin major du Duguay-Trouin.

Chevalier : Médecin commandant H. Lacombe, ne division infanterie marocaine. — Médecin principal Garraud. — Médecin principal Natali, Direction du service de Santé des forces navales en Grande-Bretagne. — Médecin principal Duquaire, médecin major du Montcalm. — Médecin principal Dutrey, médecin major du Georges-Leygues. — Médecin principal Michel, médecin major du Emile-Bertin. — Médecin principal Cals, médecin major du Richelieu. — Médecin de 1re classe Perrucho, du Richelieu. — Médecin de 1re classe Dijonneau. — Médecin de 1re classe de réserve H. Dernoun.

MÉDAILLE MILITAIRE

A titre posthume.

Médecin auxiliaire M.. Cognet, groupe de commandos d'Afrique.

CITATION A L'ORDRE DE L'ARMÉE

Médecin lieutenant F. Verdez, ne bataillon médical. — Médecin auxiliaire J. Bournazeau, ne bataillon médical.

A titre posthume. — Médecin auxiliaire M. Mortier, ne bataillon de choc.

ORDRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Officier. — Dr F. Anglade, Versailles.

Chevalier. — Dr A. Bezançon, Boulogne-sur-Seine. — Dr M. Fournestier, médecin en chef du dispensaire de Montreuil-sous-Bois (Seine). M. Heymans, externe des Hôpitaux de Paris.

Chevalier (à titre posthume). — Dr Fouassier, Trun (Orne). — Dr A. Frimault, Laigle (Orne). — Dr Lebosse, Flers (Orne).

Nos Échos

Naissances.

— Le professeur et Madame Pierre FLORENTIN sont heureux de faire part de la naissance de leur fils *Etienne* (15, rue de Boudonville, Nancy).

— Le docteur et Madame Pierre JOUANNEAU sont heureux de faire part de la naissance de leur fils *Jean-Marie* (2, rue du Hamel, Bois-Guillaume, Seine-Inférieure, 2 Septembre 1945).

— Le docteur Fernand BENOIST, médecin des Hôpitaux et Madame, née Odette GAUVRAIS, sont heureux de faire part de la naissance de leur septième enfant *Jean-Pierre* (Paris, 9 Août 1945).

— Monique et Christian BISER ont la joie d'annoncer la naissance de leur petite sœur *Françoise* (174, boulevard Michelet, Marseille, 29 Août 1945).

— Le médecin lieutenant Jean AVRIL et Madame, née Anne-Marie Lerendu, sont heureux de faire part de la naissance de leur fille *Marie-Christine* (80, rue d'Amsterdam, Paris-9e, 17 Août 1945).

— Le docteur et Madame André LIMASSET sont heureux de faire part de la naissance de leur quatrième enfant *Bernard* (Bar-le-Duc, 6, rue de la Gare, 10 Août 1945).

— Le docteur et Madame Pierre CHENEVIL sont heureux de faire part de la naissance de leur deuxième fils *Henry* (Villefranche-de-Rouergue, 17, avenue du Ségala, 21 Août 1945).

— Le docteur Maurice SAMAMA et Madame, née Yvette Bouchoucha, sont heureux de faire part de la naissance de leur second enfant *Yves-Henri* (Tunis, 8, rue du Riche, 26 Août 1945).

— Le docteur et Madame ROUSSEAU ont le plaisir d'annoncer la naissance de leur fille *Fabienne* (59, rue des Morillons, Paris-15e, 15 Août 1945).

— Jean-Claude et Régis DEBU ont la joie d'annoncer la naissance de leur sœur *Franceline* (Dr J. DEBU, Cambrai, 21 Août 1945).

— Le docteur et Madame Henri DUBRUNOY sont heureux de faire part de la naissance de leur fils *François* (Laigle, Orne, 9 Août 1945).

— Le docteur N. GISMON et Madame sont heureux de faire part de la naissance de leur fils *Alain-Jacques* (Le Mont-Dore, 13 Juillet 1945).

— Le docteur et Madame Maurice COCQ sont heureux de faire part de la naissance de leur second fils *Jean-Claude* (Saint-Jean-de-la-Ruelle, Loiret).

— Le docteur J.-M. BOIVIN a le plaisir de faire part de la naissance de sa fille *Dominique* (Tours, 14 Août 1945).

— Le docteur et Madame Henry BAYLON sont heureux de faire part de la naissance de leur fille *Anne-Dominique* (Nice, 29 Juillet 1945).

Mariage.

— On annonce le mariage du docteur Louis VALLADE, médecin-chef des Hôpitaux Psychiatriques, avec Mademoiselle Raymonde GASTINEL, docteur en Pharmacie (Puget-Ville, 4 Août 1945).

— Nous apprenons le mariage du docteur Max WALLET avec Mademoiselle Odette BOUET (Paris, 28 Juillet 1945).

— On annonce le mariage du docteur Charles DARRIS, Interne des Hôpitaux de Paris, Chef de Clinique à la Faculté de Paris, avec Mademoiselle Geneviève DALIBET (Rennes, 4 Septembre 1945).

Décès.

— On annonce la mort de M. VLÈS, professeur de Physique biologique à la Faculté de Médecine de Strasbourg, qui, arrêté le 10 Mars 1944, avait été déporté.

— On annonce la mort du docteur Jean ARMINGEAT, chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph (Paris, 25 Juillet 1945).

— Le docteur et Madame SAIGET (de Lorient), le docteur et Madame SOYER ont la douleur d'annoncer la mort de leur fils et frère Jacques SAIGET, capitaine aviateur de réserve, mort pour la France le 21 Août 1945 au Teil (Ardèche.)

— On annonce le décès de Madame Octavie-Anne BAILLIS, mère du Dr BAILLIS, de Marmande (Lot-et-Garonne).

— Madame Veuve M. DOÏTCHINOVITCH et sa fille Marina font part du décès du docteur DOÏTCHINOVITCH, (Lyon 18, rue des Platanes, 25 Août 1945).

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

Madame Robin, Laboratoires Robin, 13, rue de Poissy, Paris-5e, prie instamment le Docteur qui, voyageant le 2 Juillet dernier, de Vierzon à Paris, a affirmé avoir connu son fils à Buchenwald, de bien vouloir se faire connaître.

Visiteuse médicale, référ. 1er ordre, 15 ans même Labo. rech. Labo pour Paris. Ecr. *P. M.*, n° 884.

A céder gros poste médical, 75 *km*. Lyon. Centre industriel et agricole, 4.000 hab., 1 seul autre médecin, rayons X. U. V. sup. villa, tt conf., grand jardin. Parc. Ecr. *P. M.*, n° 941.

Représentant visitant médecins et pharmaciens secteur Sud-Ouest, s'adjoind. Labo. Ecr. *P. M.*, n° 983.

Infirmière dipl. Etat, 45 ans, sér. référ. désire poste salle d'op. anesthésiste, assistante ou direction clinique Paris, province. Ecr. *P. M.*, n° 985.

Visiteur médical, excellentes références s'adjoindrait produit sérieux pour Paris. Ecr. *P. M.*, n° 1.

Visiteur méd., lic. ès sci., bien intr. Paris, Als. Lor. 15 ans expér. ch. Labo. Ecr. *P. M.*, n° 5.

Chef de Publicité Labo, spécialité pharmac., Dr en méd., référ. 1er ordre, offre collaboration à Labo grand, moyen ou petit. Ecr. *P. M.*, n° 10.

Chirurgien, 5 années pratique, ayant capitaux ch. associat. ou remplacem. Ecr. *P. M.*, n° 22.

Visiteur médical, région Sud-Est, 10 années de pratique, très bien introduit, références 1er ordre, cherche 2e Labo pour 1er Septembre prochain. Ecr. *P. M.*, n° 24.

Vendrais grosse clientèle campagne (Var), cause santé. Ecr. *P. M.*, n° 26.

Gynécologue-accoucheur ferait remplacement longue durée à Paris en vue de succession. Ecr. *P. M.*, n° 28.

Dame, 45 ans, sér. référ., ch. emploi manutentionnaire ou conditionneuse. Ecr. *P. M.*, n° 31.

Infirmière, 18 ans pratique chirurgie, hautes référ., libre mi-Octobre, ch. situat. stable. Ecr. *P. M.*, n° 33.

Médec. dipl. Univers. étrang. lgue prat. accidents de travail et médec. génér., engagé volont., ay. fait campagne pend. 1 an, en voie de naturalisat. ch. travail Paris ou prov., comme assist. ou clin. Ecr. *P. M.*, n° 44.

Médecin ou étudiant, 20 inscript., de préf. femme, demandé pr remplac. 3 mois, Oct. Nov. Décemb. S'adr. Sanatorium Cameille, par Peyrehorade (Landes).

Médecin 33 a., ex-dir. Publicité Laboratoire parisien, solide format. techn., comm. et public., cherche situat. indust. pharmac. France ou Etranger. Ecr. *P. M.*, n° 57.

Radiologiste, ass. hôp. Paris, démobilisé, cherche local professionnel, clinique ou association. Dispose matériel moderne et puissant. Ecr. *P. M.*, n° 67.

Achèterais bistouri électrique transportable genre 3 ampères chirurgical ou type voisin. Ecr. *P. M.*, n° 70.

Aide-médico-sociale sténo-dactylo désirerait emploi secrétaire chez médecin de préférence ou Etablissement hospitalier région Nice. Ecr. *P. M.*, n° 74.

Microscope Leitz, neuf, dernier modèle, révolv. triple, 4 obj. dont 1/10 immers., 4 oculaires, grd chariot, condens. boite armoire. Ecr. *P. M.*, n° 76.

A vendre microscope neuf à immersion. Dr Valensi. TRInité 69-56, de 14 h. à 16 h.

Médecin, 31 ans, ex-int. hôp. prov., actif, au courant client. méd. gén. cherche poste rég. Ouest, Ile-de-France ou Normandie, avec facil. paiem., ou remplac., avec cession assurée au terme. Ecr. *P. M.*, n° 80.

Infirmier dipl., bon. référ., long. prat., ch. poste auprès chirurgien comme anesthésiste, assistant, soins en ville. Ecr. *P. M.*, n° 82.

Chirurgien Paris cherche assistant ay. bon. expérience chirurgie générale. Situation avenir. Ecr. *P. M.*, n° 83.

Médecin actuellement démobilisé cherche poste OPH ou ORL, OPH, région indifférente. Ecr. *P. M.*, n° 84.

A vendre : grand microscope de recherches. Modèle récent, état neuf (platine à chariot rectangulaire), 4 objectifs dont un 1/15 immersion. Loupe binoculaire « Nachet », grossissement de 18 à 140, 3 paires d'objectifs et d'oculaires, état neuf. Téléphoner après 19 h., ODEon 11-04 ou écr. *P. M.*, n° 87.

Secrétaire médicale expérimentée, sténo-dactylo, avec rôle d'assistante sociale, est demandée pour Sanat. médico-chirurgic. d'altitude. Traitement intéressant. Adresser références et photographie. Dr Hubert, Lac-ou-Villers (Doubs). Visa I. T. Besançon.

Docteur en médec., connaiss. publicité, offre collaborat. Labo spécialités (plan de campagne publicitaire, relances, organisation visites médicales, etc.). Ecr. *P. M.*, n° 89.

Ancien externe des Hôp. de Paris, ayant déjà fait visite médicale et connaissant publicité, dirigerait totalement ou partiellement la publicité d'un Labo. Ecr. *P. M.*, n° 90.

Jne médecin de campagne rech. d'extrême urgence soit voiture Fiat 6 cv., excellent état de marche, pneus en bon état, ou bien pneus dimensions 450 × 17. Ecr. *P. M.*, n° 91.

Urgent : suis acheteur matériel ophtalmo. Ecr. avec conditions *P. M.*, n° 92.

Résecteur prostat. Mac Carthy completem. neuf à vendre. Ecr. *P. M.*, n° 93.

Médecin achèterait clientèle Paris, 7e, 8e, 9e 16e, 17e 15e côté Champ-de-Mars. Procurerait éventuellem. pet. appartem. Champs-Elysées. Ecr. *P. M.*, n° 94.

A vendre : grande vitrine métallique 170 × 0,40 × 60, 4 tablettes verre, 1 guéridon roulant dessus glace, 2 cuvettes émail, 3e tablette inférieure. Ecr. *P. M.*, n° 95.

Secrétaire sténo-dactylo expérimentée, ch. emploi même demi-journées. Sér. référ. Ecr. *P. M.*, n° 96.

Magnifique table à pompe, double télescope, complète av. ts accessoires, état absolum. neuf. S'adresser M. Roffin, 29, rue Lecourbe, Paris-15e. SUFfren 68-96.

Chirurgien démobilisé, A.I.H.P., 3 ans de clientèle, possédant instrumentation complète, ch. association ou suite. Ecr. *P. M.*, n° 98.

On demande surveillante expérimentée, de préférence infirmière diplômée célibataire, ou surveillante retraitée. Ecr. avec références à Maison de Santé de Vieille-Eglise, par Rambouillet (S.-et-O.). Visa O.R.T. n° 46.

A vendre microscope Nachet, dernier modèle, 3 obj. dont imm. 1/15, platine mobile, matériel de Labo de praticien, étuve centrif. à main, etc. Ecr. *P. M.*, n° 100.

A vendre : diathermie à éclateur Heitz-Boyer, 5 ampères ; lampe à U.V. et I.R. 220 volts, courant continu ; brûleur Hg. Ecr. *P. M.*, n° 101.

Médecin phtisiologue, 46 ans, sans famille, au cour. des techniques modernes, cherche un emploi dans Sana. Conditions modérées. Ecr. *P. M.*, n° 102.

A céder gros poste médical Sud-Ouest, méd. gén. cause mobilisat., chiffre aff. import. Prix intéress. Sinon demande remplaçant. Très urgent. Ecr. *P. M.*, n° 103

Pharmacien, 30 a., tr. au cour. questions commerciales achèterait spécialités médicales ou confraternelles ou placerait capitaux dans Laborat. susceptible lui faire situation intéressante. Ecr. *P. M.*, n° 104.

Manipulateur radio, 38 a., treize années pratique toutes techniques diagnostic et traitement, dépannage courants, instruction étendue, dactylo rapide, bon secrétaire, disponible, désire emploi, préférence région Paris ou Côte-d'Azur. Ecr. *P. M.*, n° 105.

A céder : Ouest, à 30 *km*. de la mer, chef-lieu de canton ; seul médecin. Grosse client. rurale : payant bien Maison à louer ou à vendre. Urgent cause spécialisat. Ecr. *P. M.*, n° 106.

A vendre étuve à séchage électr. 220 volts (jusqu'à 200°), neuve, 0 *m*. 70 × 0 *m*. 60. Téléphoner entre 13 h et 14 h. ; après 20 h. à MIChelet 33-30.

Chirurgien parisien, belle clientèle, gd appartem. échangerait situation mais. de santé, av. collègue province vendant ou louant à long terme clinique. Préférence rég. Ouest ou Sud. Réponse : Pouyet, 96, rue Saint Dominique, Paris-7e, qui transmettra.

Eure : 80 km. Paris : à céder excellent poste propharmacie, maison tout confort ; voiture et moto bon état. Cause départ. Prix intéressant. Ecr. *P. M.*, n° 109

Ménage ch. direction clinique, maison repos, pension famille ou autre Etablissem., ou situat. analogue. Bonnes références. Ecr. *P. M.*, n° 110.

Cherche appareil radio-scopie-graphie, table basculante Ecr. *P. M.*, n° 111.

A vendre poste médec.-propharmac. Rhône, 35 *km* de Lyon, rive dr. Rhône. Rapport minimum : 200.000 Ecr. *P. M.*, n° 112.

Radiologue, 33 a., ch. associat. ou success. ou installation, pourr. apport. son appareillage. Ecr. *P. M.*, n° 113

Ext. hôp. Paris fin d'études, dipl. médec. du Travail ch. pl. ou assist. de méd. d'usine. Ecr. *P. M.*, n° 114

Fille médec. secrétaire médicale, sérieuses référ. ch ts trav. secrétariat, le matin seulem. Ecr. *P. M.*, n° 115

Médecin, 33 a., anc. ext., pris. lib., ch. place assist un rempl. vue success. Paris ou banl. Ecr. *P. M.*, n° 116

Vendrais appareil graphie-scopie, table basculante générateur indépendant, tube 6 kw, av. tous accessoires n'ayant jamais servi. Ecr. *P. M.*, n° 117.

Pharmacien 32 a., actif, tr. au cour. dragéification et fabricat. pharmaceut. ch. à utiliser compétences et dipl. S'adresser : Laurent, 66 *bis*, av. Guy-Mocquet, Joinville-le-Pont (Seine).

AVIS. — Prière de joindre aux réponses un timbre de 2 francs pour transmission des lettres

Le gérant : F. THOMAS.

Imprimé par l'Ancne Imprimerie de la Cour d'Appel, 1, rue Cassette, à Paris (France).

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées aux Périodiques, la Direction scientifique de La Presse Médicale *a dû fixer à 4 colonnes maximum l'étendue des mémoires originaux. Tout manuscrit dépassant cette étendue sera retourné à son auteur.*

UN PRODUIT CHOLÉRÉTIQUE L'OXYQUINOLÉINE SULFURIQUE

PAR MM.

Maurice LOEPER, Jean COTTET, D. BARGETON et Jacques PARROD

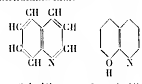
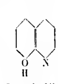
(Paris)

La quinoléine (I) est une combinaison bicyclique contenant un atome d'azote. Elle n'a guère sa place en thérapeutique, mais certains de ses dérivés sont quotidiennement employés.

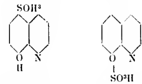
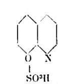
Leurs propriétés sont d'abord antiseptiques ou parasiticides. Citons d'abord la 8-hydroquinoléine (II) qui se différencie du précédent par l'apparition d'une fonction phénolique en position 8. On l'utilise à l'état de sulfate. Très soluble dans l'eau, elle est employée comme antiseptique en solutions de 1 pour 100 à 1 pour 2.000. On connaît d'autres dérivés: le 5-chloro-7-iodo-8-hydroxyquinoléine ou vioforme qui est un antiseptique externe, cicatrisant, non irritant, légèrement analgésique; un antiseptique intestinal: l'entérovioforme; enfin l'acide 7-iodo-8-hydroxy-quinoléine-5-sulfonique dont le sel de sodium est le yatrène 105 ou mixiod, et qui est, à côté de l'émétine, le médicament de choix de la dysenterie.

Certains alcaloïdes du quinquina, qui contiennent d'ailleurs le noyau quinoléine, sont des parasiticides; de même certains composés complexes de la quinoléine sont doués d'une action antiparasitaire élective. C'est ainsi que le N-diéthylamino-isopentylamino-8-méthoxy-6-quinoléine ou plasmoquine détruit les gamètes du *Plasmodium falciparum*.

La quinoléine est encore analgésique et quelques corps qui en dérivent sont des médicaments sédatifs et antiphlogistiques, tels l'acide 2-phénylquinoléine-4-carbonique ou atophan qui est le type du médicament antirhumatismal.

Quinoléine. (I) — Oxyquinoléine. (II)

Oxyquinoléine sulfone. (III) — Oxyquinoléine sulfurique. (IV)

Nos recherches ont porté sur la 8-hydroxyquinoléine. C'est un produit intéressant mais toxique parce qu'il contient une fonction phénolique. Il *faut le détoxiquer*. Persévérant dans la voie qui nous avait réussi avec la tyramine et l'acide salicylique, il nous a paru intéressant de bloquer cette fonction phénolique en l'estérifiant par l'acide sulfurique. Nous avons ainsi réalisé l'oxyquinoléine sulfurique (IV). On pourrait être tenté, à un examen superficiel, de confondre ce corps avec ses isomères sulfonés, l'acide 8-hydroquinoléine-5-sulfonique par exemple (III). En réalité, il en diffère profondément : dans le produit sulfoné, le soufre est lié à un atome de carbone, dans l'ester sulfurique, il est lié à l'oxygène. L'acide 8-quinoléine-sulfurique prend naissance dans l'organisme à partir de la 8-hydroxyquinoléine par une diastase très répandue : la sulfatase de Neuberg, ou par simple séjour en milieu acide (seuls les sels sont stables). Les dérivés sulfonés ne présentent aucune de ces propriétés. La distinction est donc capitale. Nous avons utilisé

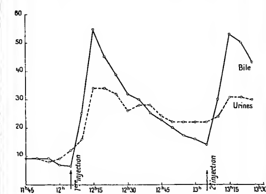


Fig. 1.

l'oxyquinoléine sulfurique à l'état d'*oxyquinoléine sulfate de sodium*.

L'estérification que nous avons fait subir à l'oxyquinoléine modifie quelque peu sa formule; elle modifie plus profondément encore ses propriétés pharmacodynamiques. Czapek a préparé un corps semblable, mais sans l'étudier pharmacologiquement, et d'ailleurs à l'état de sel de potassium, plus toxique certes que le sodium.

On peut juger de son peu de toxicité par de faciles expériences. Alors que, chez le rat, pour provoquer la mort de 50 pour 100 des animaux il faut une dose de 1 *g.* de sulfate d'oxyquinoléine par kilogramme de poids, il faut 8 *g.* 8 d'oxyquinoléine sulfurique pour obtenir la même mortalité de 50 pour 100. Pour le premier corps, la dose minima mortelle est de 1 *g.* 25 par kilogramme, pour le second, de 12 *g.* 5. Deux rats ont même très bien supporté pendant douze jours une injection quotidienne de 0 *g.* 20 d'oxyquinoléine sulfurique, pendant cinq jours 0 *g.* 40 et pendant trois jours 1 *g.*, ce qui représente des doses formidables chez l'homme.

La diminution du pouvoir toxique peut encore être mise en évidence par l'enregistrement de la tension artérielle et de la respiration d'un chien chloralosé: l'injection intraveineuse de 0 *g.* 10 par kilogramme de poids est remarquablement tolérée et ne provoque aucune modification appréciable ni du rythme cardiaque, ni de la pression artérielle, ni de la respiration; des doses de l'ordre de 0 *g.* 20 par kilogramme sont presque aussi bien supportées; par contre, une dose de 0 *g.* 10 par kilogramme de sulfate d'oxyquinoléine injectée dans les veines tue un chien en moins de deux minutes après l'arrêt immédiat de la respiration et la chute brutale de la tension artérielle (courbe I).

Il n'a que peu d'action sur la formule sanguine et, par injections répétées dans la moelle osseuse, ne semble pas déterminer de réaction médullaire.

Malheureusement, si l'estérification de la fonction phénolique de l'oxyquinoléine a grandement diminué sa toxicité, elle a aussi réduit son pouvoir bactéricide, ainsi que nous l'avons constaté avec M. Nitti: vis-à-vis de l'Eberth, ce pouvoir passe de 1/500 à 1/100 et, vis-à-vis du staphylocoque, de 1/900 à 1/100. Le produit sulfoné est d'ailleurs lui aussi moins actif.

Mais grâce à l'estérification de la fonction phénolique, l'oxyquinoléine a acquis ou multiplié deux propriétés importantes: une action *sur la cholérèse* et une action sur la diurèse (graphique 2).

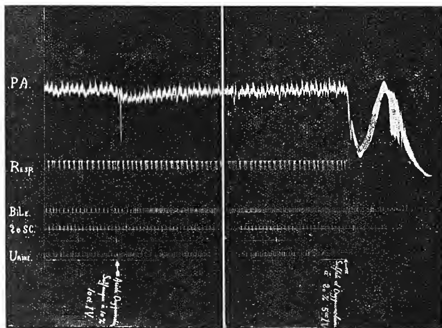


Fig. 2. — La première injection d'oxyquinoléine-sulfate est sans action sur la tension artérielle. La deuxième injection de sulfate d'oxyquinoléine détermine une hypotension marquée et la mort.

Le débit urinaire, étudié par cathétérisme des uretères et enregistré graphiquement par la technique de Wesson, passe de 1 à 3,5 après injection intraveineuse de 10 *cg.* par kilogramme d'acide oxyquinoléine sulfurique, des doses de l'ordre de 20 *cg.* par kilogramme ne produisant pas d'effet beaucoup plus net. L'augmentation de la diurèse persiste plus d'une heure après l'injection et une nouvelle réponse suit une nouvelle injection.

Le débit biliaire, enregistré par la même technique, après cathétérisme du cholédoque et ligature du canal cystique, passe de 1 à 7 après injection intraveineuse de 0 *g.* 10 par kilogramme d'acide oxyquinoléine sulfurique. On n'obtient pas de réponse plus intense avec des doses de l'ordre de 0 *g.* 20 par kilogramme. Comme l'accroissement de la diurèse, celui de la cholérèse persiste environ une heure ; par réinjection d'une même dose, on obtient une réponse très comparable.

Des dosages d'acides biliaires, de pigments et de cholestérol pratiqués sur les échantillons de bile successivement recueillis, montrent que, lors de l'augmentation de la cholérèse provoquée par l'acide oxyquinoléine sulfurique, la concentration de ces constituants diminue dans la bile mais que cette dilution

n'est pas suffisante pour s'opposer à l'augmentation de leur excrétion provoquée par l'accroissement du flux biliaire. C'est ainsi que l'élimination des sels biliaires est multipliée par six après injection de 10 cg. d'acide oxyquinoléine sulfurique par kilogramme d'animal.

On peut par comparaison se rendre compte de l'action très faible sur la cholérèse du sulfate d'oxyquinoléine; chez un chien de 6 kg., des injections successives de 0 g. 01, 0 g. 02 et 0 g. 50 sont même sans aucun effet; par contre, la dernière injection est seule légèrement diurétique. Certes, des doses plus élevées ont bien une action cholérétique, mais elles s'accompagnent de symptômes si graves qu'il ne faut pas songer à les utiliser en thérapeutique. On voit apparaître tout d'abord une importante hémoglobinurie, suivie, quelques minutes plus tard, d'une hémoglobinocholie, très impressionnante également; puis l'animal entre en anurie. D'ailleurs la toxicité du sulfate d'oxyquinoléine ne permet guère d'aller plus haut ou plus loin.

On sait que la quinine, comme la quinidine, contient un noyau quinoléine; aussi avons-nous cherché, avec M. Chassagne, uniquement il est vrai à doses thérapeutiques et chez l'homme, si l'oxyquinoléine-sulfate avait une action sur le cœur: 0 g. 25, 0 g. 50 et 1 g. par voie veineuse n'ont eu aucune action ni sur la rapidité du pouls, ni sur la tension artérielle, ni sur l'électrocardiogramme de deux sujets normaux et d'une malade atteinte d'arythmie complète.

Etant donné la parenté chimique de l'atophan et de l'oxyquinoléine sulfurique, nous avons étudié, chez trois sujets normaux, l'action de ce dernier corps sur l'uricurie: nous n'avons observé, sur la diurèse de vingt-quatre heures, aucune action ni sur le volume urinaire, ni sur l'élimination urique, en injectant par jour 1 g. de produit, après trois jours d'observation témoin.

Propriétés thérapeutiques. — L'absence de toxicité de l'oxyquinoléine sulfurique et son action pharmacodynamique devaient nous encourager à l'essayer en thérapeutique humaine.

L'action sur la tension est à peu près nulle ainsi que l'action hypnotique. L'action antithermique nous a paru faible, inconstante, mais l'action *analgésique* est par contre indéniable. En injections lentes, continues, aux doses de 0 g. 50 à 1 g., diluées dans du sérum physiologique ou glucosé, des rhumatisants, tabétiques, névritiques et même 5 sujets atteints de douleurs osseuses cancéreuses ont noté, comme avec l'atophan, une atténuation de leur souffrance. Nous avons même remarqué l'action efficace du médicament sur certains symptômes d'hyperthyroïdie, spécialement chez une femme atteinte de cancer thyroïdien métastatique avec syndrome basedowien caractérisé.

Enfin, de même que l'atophan agit dans l'asthme, même rebelle à d'autres thérapeutiques, il nous a paru que l'oxyquinoléine sulfurique y était efficace. Chez plusieurs sujets nous avons, en opérant comme dans le groupe de malades précédent, une action moindre qu'avec l'atophan, mais réelle; la médication est d'ailleurs mieux supportée et ne s'accompagne en général ni de fièvre, ni de choc.

Dans tous ces cas, l'effet diurétique n'est pas très accentué, mais la chasse biliaire se manifeste par une plus grande fréquence des selles et nous sommes convaincus que les effets du médicament dans certaines hépatites et lithiases ne sont pas à négliger.

*
* *

Ces quelques résultats montrent le parti que l'on peut tirer de ce médicament dans une série d'états pathologiques.

On y retrouve l'action sédative et l'action métabolique des composés quinoléiques. On y voit apparaître une forte *action cholérétique*. L'absence de toxicité permet d'atteindre d'assez fortes doses que ne permettrait ni l'oxyquinoléine pure, ni même l'atophan.

Répétons que par voie buccale le médicament est moins efficace que par voie veineuse. Encore par voie veineuse est-il préférable de pratiquer des perfusions lentes en goutte à goutte. La dose d'oxyquinoléine sulfurique est à peu près de 1 g. heure et nous conseillons de ne pas dépasser 2 g. dans une même perfusion.

A cette dose et dans ces conditions l'oxyquinoléine sulfurique semble un progrès thérapeutique.

(*Travail de l'Institut de Thérapeutique de la Faculté de Médecine de Paris.*)

BIBLIOGRAPHIE

M. Loeper et J. Pannod : L'acide tyramine-sulfurique. *Bull. de la Soc. de Chimie biologique*, Septembre-Octobre 1938, **20**, nos 9-10 (séance du 21 Juin 1938). — M. Loeper et R. Mande : Asthme et acide phénylcinchoninique. *Bull. et Mém. Soc. méd. des Hôp. de Paris*, séance du 12 Janvier 1940, nos 1-2-3. — M. Loeper : L'acide quinoléine carbonique en injection veineuse lente dans les douleurs et l'évolution des cancers secondaires des os. *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 1939, **22**, 103e année, 3e série, 429. — M. Loeper : Action de l'oxyquinoléine sulfurique sur certains symptômes du cancer métastatique du thyroïde. *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 1941, n° 20, 336.

POUR LA SUTURE ARTÉRIELLE DANS LES PLAIES DE GUERRE

PAR MM.

E. CURTILLET,
Médecin Commandant,

D. NOTE, J. HOUEL et V. ROIGT,
Médecins Lieutenants.

Il y a tout lieu de penser qu'aujourd'hui, où les plaies de guerre nous apportent à nouveau un nombre impressionnant de blessures vasculaires, la suture artérielle n'occupe pas dans *l'esprit* des chirurgiens la place qu'elle mérite.

On a trop tendance à considérer la suture artérielle comme une intervention plus ou moins réservée à quelques rares chirurgiens. Consciemment ou non, on se la représente comme une opération difficile, risquée, exigeant un entraînement particulier et une instrumentation peu courante.

Rien de tout ceci n'est exact. Il faut que l'on sache: 1° que la suture artérielle — tout au moins dans certains cas — si elle est d'exécution délicate, est malgré tout facile et à la portée de tous; 2° qu'elle n'exige ni qualités techniques ni matériel opératoire d'exception; 3° que si les occasions de la pratiquer sont rares, elles ne préviennent pas et que toute occasion manquée risque de coûter au blessé son membre.

Nous pensons que c'est pour être nous-mêmes convaincus de ces notions que nous pouvons apporter aujourd'hui une série de 7 sutures vasculaires pratiquées sur un total de 52 plaies artérielles observées.

Il est à noter que tandis que les trois premières furent faites en Italie sur un total de 33 plaies artérielles, les quatre autres le furent ultérieurement en France sur un total de 19 seulement.

Observation I. — *Plaie carotido-jugulaire. Suture latérale de la carotide primitive. Suites simples.*

Opérée le 22 Juin 1944 à la 20e heure (Méd. Cdt Curtillet). Anesthésie générale N^2O. Ether. Petit orifice d'entrée à 5 cm. au-dessus de la clavicule gauche. Projectile repéré en avant de l'apophyse transverse de C6. Thrill. Battements de la carotide externe bien perçus. Large voie d'abord carotidienne. Fils d'attente passés à chaque bout de la carotide primitive. Plaie latérale de l'artère (6 mm. de long, 3 mm. de large). Suture par surjet au sertigut 0000 à points perforants. Un point supplémentaire est placé pour parfaire l'étanchéité. La carotide bat bien sur toute sa longueur. Résection de la veine blessée. Les jours suivants, la temporale superficielle bat normalement. Guérison sans incident.

Observation II. — *Plaie latérale de la fémorale superficielle. Suture latérale. Suites simples.*

Opéré le 22 Juin 1944 à la 14e heure (Note, Roigt). Anesthésie générale Penthotal 1,60. Plaie transfixiante de la cuisse droite au canal de Hunter. Parage, puis découverte des vaisseaux. La veine déchiquetée est réséquée. L'artère présente une plaie à l'emporte-pièce de 1 mm. 5 de diamètre. Hémostase temporaire par fil en amont. Suture par 3 points perforants séparés au catgut 0000. Etanchéité. L'artère bat sur toute sa longueur. Les jours suivants, le pouls est bien perçu aux artères du pied. Evolution simple vers la guérison.

Observation III. — *Plaie latérale de l'artère poplitée. Suture latérale. Amputation secondaire.*

Opéré le 22 Juin 1944 à la 9e heure (Equipe Note. Roigt). Anesthésie générale Penthotal. Polyblessé. Plaie du creux poplité gauche avec éclat inclus. Parage, puis découverte des vaisseaux. Plaie de la veine poplitée qui est réséquée. L'artère présente une plaie longitudinale de 15 mm., plaie sèche obturée par un caillot. Fil d'attente en amont. Suture par 6 points translixiants séparés au catgut 0000. Etanchéité parfaite. L'artère est animée de battements. Au soir : pouls pédieux peu perçu. Le 23 Juin 1944, œdème généralisé du membre. Température : 38°. Disparition du pouls pédieux. Le 24 Juin 1944, signes de gangrène par ischémie et amputation de cuisse au tiers inférieur.

Observation IV. — *Plaie latérale de l'artère tibiale postérieure. Suture latérale. Suites favorables.*

C.-J. M... Opéré le 15 Janvier 1945 à la 5e heure (Méd. Lt Houel). Plaie vasculaire du mollet. Découverte des vaisseaux par grande incision de Fiolle et Delmas : au niveau de l'arcade du soléaire les deux veines sont lésées : ligature. L'artère spasmée présente une plaie sèche de la grosseur d'un grain de blé. Surjet au sertilin 000 à points totaux. A la levée des champs, l'artère ne bat pas au-dessous de la suture. Infiltration lombaire. Deux heures plus tard, le pied est réchauffé et on sent de faibles battements sur l'artère tibiale postérieure. Le 16 Janvier 1945, l'artère bat normalement; pied chaud; néanmoins, infiltration lombaire. Le 17 Janvier 1945, la tibiale postérieure bat plus fort du côté blessé, le pied est plus chaud. Suture secondaire. Le 26 Janvier 1945, cicatrisé; marche normalement.

Observation V. — *Plaie latérale de l'artère poplitée basse. Suture latérale. Suites excellentes.*

S. I... Opéré le 23 Janvier 1945 à la 6e heure (Méd. Lt Houel). Séton du creux poplité. Après parage, découverte des vaisseaux, plaie sèche de la face antérieure de l'artère (longueur : 15 mm., largeur : 1/3 de la circonférence). Poplitée basse. Excision discrète des bords. Surjet à points totaux au sertigut 0000. Diminution importante du calibre de l'artère. Malgré une sympathectomie péri-artérielle en amont et en aval de la suture et une injection de 10 cm^3 de novocaïne à 1 pour 100 dans l'artère, celle-ci ne bat pas au-dessous de la suture.

Le 24 Janvier 1945, la jambe et le pied chauds. Quelques troubles sensitifs au niveau du pied. Pas de battements artériels. Infiltration lombaire.

Le 28 Janvier 1945, oscillations artérielles perceptibles au tiers moyen de la jambe, quoique diminuées. Pouls artériel perçu au pied.

Le 7 Février, parfait état. Marche bien. Il persiste une hypoesthésie de la semelle plantaire.

Observation VI. — *Plaie de l'artère fémorale superficielle. Suture termino-terminale. Suites excellentes.*

S. Y... Opéré le 26 Janvier 1945 à la 24e heure (Méd. Lt Houel). Séton antéro-interne de la cuisse droite par éclat d'obus avec gros dégâts et plaie vasculaire. Parage : découverte des vaisseaux. Plaie sèche de l'artère fémorale superficielle au-dessous du canal de Hunter (longueur de 15 mm., large de 2/3 de la circonférence). Il est impossible de songer à une suture latérale. Clamps hémostatiques, section franche de part et d'autre de la plaie. Rapprochement des deux bouts par légère flexion de la jambe. Suture termino-terminale au sertilin 000 par surjet à points totaux renforcé par deux points séparés. Etanchéité. L'artère ne bat pas au-dessous de la suture malgré l'absence de rétrécissement notable. Injection intra-artérielle de 10 cm^3 de novocaïne à 1 pour 100 et sympathectomie péri-artérielle au-dessus et au-dessous de la suture. Pas de changement.

Le 27 Janvier 1945, pied chaud. Pas de battements artériels. Injection de 10 cm^3 de novocaïne intra-fémorale. *Le 28 Janvier 1945*, apparition de battements aux artères du pied. Oscillations un peu diminuées. *Le 8 Février 1945*, peut être considéré comme guéri.

Observation VII. — *Plaie de la fémorale superficielle Suture termino-terminale. Suites favorables.*

M. A... Opéré le 31 Janvier 1945 à la 9e heure (Méd Lt Roigt). Fracture ouverte de cuisse avec plaie vasculaire à la pointe du triangle de Scarpa. Parage. Résection de la veine blessée; l'artère, à nu sur 7 à 8 cm., présente une plaie transfixiante, ne laissant subsister que deux petits ponts pariétaux. Suture termino-terminale de l'artère après extirpation de caillots dans les deux bouts. Surjet à la soie 000 à points totaux. Etanchéité. Sympathectomie sur 5 cm. L'artère bat. Trois heures après l'intervention, le pied est réchauffé.

Le 2 Février 1945, légères oscillations du côté blessé Les jours suivants, indice 1.

Telles sont nos observations. Nous sommes convaincus qu'il ne s'agit pas là « d'une série » et qu'il se ferait davantage de sutures artérielles si deux conditions premières étaient toujours remplies.

L'une est que le chirurgien soit toujours personnellement prêt à décider et exécuter une suture artérielle. S'il n'en est souvent pas ainsi c'est que chose curieuse, nos exercices de médecine et de chirurgie opératoire ne l'y ont en général pas préparé. On compterait sans doute le nombre de ceux qui, sur le cadavre, ou mieux encore sur l'animal vivant, se sont exercés à la suture vasculaire. C'est cependant le meilleur moyen de se familiariser avec cette chirurgie de finesse dont l'exécution devient facile aussitôt qu'elle n'est plus une surprise, une nécessité inattendue. Le maniement de la petite instrumentation fine deviendra naturel. L'usage

les fils très fins nécessaires ne sera plus une contrainte· C'est jusqu'aux incidents opératoires qui ourront être prévus et dont on deviendra facilement aître: ainsi le saignement par quelque point de uture, qui peut cesser très vite, mais qui peut aussi écessiter un point supplémentaire.

Dans l'esprit et dans le geste, le chirurgien sera raiment préparé. On ne saurait trop conseiller aux eunes cet entraînement.

La deuxième condition c'est que le chirurgien dispose toujours du matériel opératoire nécessaire. ous entendons par là: petits ciseaux droits et courbes, pinces à disséquer fines, matériel de suture sous orme d'aiguilles serties droites ou courbes, de soie u de chromgut triple et quadruple O huilées, clamps asculaires. C'est à dessein que nous ne mentionons pas sur cette liste des liquides anticoagulants: olution de citrate de soude, huile de paraffine... Comme l'a déjà écrit M. Leriche, ils n'ont pas d'intérêt et nous avouons pour notre part, tant au cours le nombreuses expériences de laboratoire que ors de quelques interventions chirurgicales sur 'homme, ne nous en être jamais servi et n'avoir amais eu à le regretter.

Ajoutons que si de bons clamps vasculaires peuvent être très utiles, ils ne sont pas indispensables: ın garrot sur les membres, une double ligature provisoire de l'artère de part et d'autre de la blessure, suffisent à rendre possible l'opération. Les fils le suture fins sont par contre nécessaires. Comme 'a dit M. Leriche, ce matériel est à rejeter dans a chirurgie des anévrysmes où l'on agit sur des parois vasculaires ou néo-vasculaires, épaisses, forces, plus ou moins fusionnées au tissu péri-anévrysmal. Mais nous le croyons bien préférable pour a suture des parois artérielles normales, souples et ibres. Ici le matériel de suture intestinal qui convient à la chirurgie des anévrysmes réaliserait un ravail trop grossier et favoriserait par trop le rétrécissement de la lumière artérielle.

Du point de vue technique, nous ne voulons pas revenir sur des règles classiques, établies depuis longtemps. Il convient de souligner la nécessité de *bien nettoyer de son adventice le voisinage de la brèche*, car les fins filaments adventitiels pris dans la lumière vasculaire seront la cause principale de caillots ultérieurs et d'échecs.

Nous croyons bon, à diverses reprises, durant l'opération, *d'irriguer* au sérum le champ opératoire. On évite ainsi la dessiccation du sang sur le fil de suture et on entraîne des masses coagulées, s'il tend à s'en produire.

L'important est de préciser les *indications et les limites* de la suture. On doit d'autant plus reculer ces limites que la ligature de l'artère blessée comporte un pronostic plus sombre; énumérons dans l'ordre: poplitée, fémorale commune, axillaire et sous-clavière, carotide interne, iliaque interne et externe, carotide primitive, fémorale superficielle et humérale.

Deux de nos cas concernent la poplitée. Si l'un fut un échec, l'autre est un succès complet et il est très probable que ce blessé doit son membre à cette suture, car on connaît le détestable pronostic de la ligature de cette artère. Un autre cas est relatif à une artère tibiale postérieure, intéressant à souligner, car il montre jusqu'où peut être poussée la suture et l'on sait par ailleurs la sévérité de la ligature de la tibiale postérieure en chirurgie de guerre.

N'oublions pas non plus que *l'étendue des lésions musculaires associées* est de grande importance et qu'ainsi la ligature de la fémorale superficielle associée à de gros dégâts de voisinage est responsable de nombreuses ischémies, ce qui légitime amplement, croyons-nous, la suture de cette artère. Il est bien certain que *l'état général du blessé* entre en ligne de compte dans la décision d'entreprendre ou non une suture qui prolonge l'intervention. De même, *l'ancienneté de la blessure*, son infection déclarée ou vraisemblable et le risque de lâchage des sutures qu'elle comporte peuvent faire reculer. Ce sont là des facteurs que seul le chirurgien peut apprécier dans chaque cas.

L'indication type est la plaie latérale à traiter par un surjet longitudinal. On ne sera arrêté que lorsque, en raison de la largeur de la plaie, le rétrécissement qui résulte de la suture longitudinale est trop prononcé. On peut alors envisager de faire une suture transversale.

C'est ainsi que Maurer rapporte un cas de suture transversale exécutée par Proust durant la précédente guerre.

La réfection par suture termino-terminale ne pourra être envisagée et réalisée que plus rarement. Nous en apportons 2 cas sur nos 7 observations. Il est juste de souligner que ces sutures de la fémorale au tiers moyen furent faites malgré une perte de substance de 15 à 20 *mm.* presque sans flexion de membre et sans traction excessive sur les vaisseaux.

Toutefois on peut admettre la nécessité dans de tels cas pour gagner de l'étoffe, de mettre le membre en flexion. Cette flexion sera maintenue par un pansement plâtré et le membre libéré après dix jours en un ou plusieurs temps.

Il paraît sage en fin d'intervention de se prémunir contre un lâchage éventuel : garrot prêt à être serré à la racine du membre, fil abandonné sous l'artère en amont pour les racines des membres ou le cou, surveillance étroite du blessé pendant trois jours, pas d'évacuation avant le douzième jour.

Notre intention n'est pas d'étudier ici les résultats des sutures artérielles; les éléments bibliographiques nous ont manqué.

Le fait important est que la suture artérielle compte de nombreux succès dans des cas où le résultat de la ligature eût été aléatoire. Elle compte aussi des échecs; nous en apportons un exemple (par thrombose).

Rappelons simplement que von Haberer a pu rapporter 200 cas sans un seul insuccès. Franz, d'après l'expérience des chirurgiens de l'Europe Centrale, rapporte 10,5 pour 100 de gangrènes après ligature, 3 pour 100 après suture [1].

Nous désirons, en terminant, souligner le fait suivant: dans 2 cas, la réapparition des battements artériels à la périphérie ne se fit *qu'après plusieurs jours.* Nous savons certes que des battements artériels peuvent se voir malgré obturation ou ligature de l'artère principale. Néanmoins, la qualité des battements observés nous incite pour nos cas à douter d'une pareille coïncidence. Alors, est-ce le fait de la dilatation progressive d'un rétrécissement suturaire ou faut-il invoquer le relâchement d'un spasme prolongé? La première hypothèse est vraisemblable dans l'un de nos cas (obs. V), la seconde dans l'autre (obs. VI). Quoi qu'il en soit, cela engage à être très réservé avant de parler d'échec et surtout, en pratique, à mettre en œuvre, chaque fois que les battements artériels périphériques ne réapparaissent pas aussitôt, une thérapeutique sympathique, comme ce fut d'ailleurs fait dans les deux observations en question.

LE TRAITEMENT DES TUBERCULOSES LARYNGÉES PAR INFILTRATION DES SINUS CAROTIDIENS *

Par **R. LE LOURD**
(Bordeaux)

Si les laryngites tuberculeuses suivent fidèlement la gravité des atteintes pulmonaires, elles en aggravent singulièrement le pronostic lorsque les lésions s'étendent au vestibule laryngé : aryténoïdes, replis aryténo-épiglottiques, épiglotte. Les douleurs spontanées et à la déglutition s'ajoutent alors à la dysphonie. Jusque-là, simple trouble de la phonation, la laryngite devient intolérable, impose sa note dominante et compromet la nutrition du malade, vite entraîné dans la cachexie si on ne soulage pas sa douleur.

Diverses thérapeutiques sont classiques.

Les pulvérisations variées (cocaïne, morphine, scurocaïne...) pratiquées avant chaque repas sont suivies d'une détente. Mais il faut les renouveler à chaque prise alimentaire. Leur action est à la fois imparfaite et éphémère.

L'anesthésie du nerf laryngé supérieur ou son alcoolisation donne des résultats très inconstants. La répétition des manœuvres est indispensable. D'autre part, elles ne s'adressent théoriquement qu'à des lésions unilatérales, ce qui diminue d'autant les indications. C'est la même raison qui fait rare la pratique de la section du nerf et l'on hésite à pratiquer une section bilatérale.

L'alcoolisation du récurrent connaît quelques succès, mais reste en dehors de la pratique courante.

L'échec plus ou moins complet de ces méthodes a dirigé l'attention d'une façon plus précise dans le sens de la chirurgie de la douleur, de la chirurgie sympathique qui se propose de supprimer la douleur sans nuire à la sensibilité générale et à la motilité, tout en intervenant dans le trophisme local.

En 1926, Jacod, par la sympathectomie de l'artère thyroïdienne supérieure, obtient la suppression de la douleur et la cicatrisation d'ulcérations dans deux cas.

Durante préfère pratiquer l'ablation du plexus rétrocarotidien laryngé de Haller. Ce plexus, situé entre l'aponévrose cervicale profonde et la gaine carotidienne, semble être de constitution mixte, à la fois sympathique et parasympathique, par l'intrication de filets venus du premier ganglion sympathique cervical et de filets issus du nerf laryngé supérieur. Durante y associe souvent la sympathectomie du bulbe carotidien, suivi en cela par Canestro.

Cette intervention se traduit localement par une hypérémie intense qui apparaît vers la troisième heure et diminue progressivement d'intensité pour disparaître au bout d'un mois ou deux, plus rarement au bout de trois mois. Son action déborde plus ou moins sur l'hémi-larynx opposé. En même temps, la sensibilité à la douleur disparaît, tandis que les sensibilités thermique et tactile restent intactes.

Dans 14 cas sur 15, Durante observe des cicatrisations d'ulcérations lorsque la survie dépasse un mois.

Par contre, de l'étude de 8 cas, Canestro, montre moins d'enthousiasme : douleurs et dysphagie ont disparu chez tous, permettant une alimentation normale et une reprise de l'état général. Les ulcérations ne sont pas totalement insensibles au traitement, mais elles n'ont disparu que dans un cas. Les infiltrations laryngées, associées ou non à la périchondrite demeurent inchangées. Et Canestro conclut : « La résection du plexus de Haller, simple ou associée à la sympathectomie périartérielle du bulbe, constitue sans doute l'une et l'autre des interventions d'une certaine importance et d'une technique délicate et, pour ce motif, elle doit être naturellement une opération d'exception, réservée aux cas seuls de lésions laryngées bilatérales fortement dysphagiques et résistant aux traitements ordinaires, écartant, je pense, les cas avec cachexie et les formes rapidement évolutives, ainsi que les vieillards et les enfants ».

Ainsi se trouve éliminé un nombre appréciable de malades auxquels s'ajoutent les cas où l'intervention est peu recommandable à cause de l'état athéromateux des vaisseaux. Aussi ce sont, d'une part, le recours à l'acte chirurgical et, d'autre part, les contre-indications précédentes qui nous ont incité à étudier l'effet des infiltrations novocaïniques de la fourche carotidienne.

La technique est simple et sans danger : ayant repéré les battements carotidiens à hauteur de l'angle supéro-externe du cartilage thyroïde, une aiguille fine est introduite jusqu'au contact de l'artère. L'injection de 20 cm^3 de novocaïne à 1/200 est nécessaire si l'on veut être assuré de noyer suffisamment la région. A moins d'erreur grossière, on ne risque pas de léser la grosse veine jugulaire ou le pneumogastrique. Si l'aiguille pénètre le vaisseau, il n'y a pas d'inconvénient, si elle est fine. En la retirant un peu, on

1. Charles GOODMAN : *American Journal of Surgery*, 1943.
* Voir la thèse de notre élève H. LACAZE : *La place des infiltrations novocaïnées du sinus carotidien dans le traitement des laryngites tuberculeuses*. Bordeaux, 24 Janvier 1945.

peut pousser l'injection, à moins qu'on ne préfère la reporter à une autre séance. De toute manière, il faut éviter de pratiquer l'injection intravasculaire pour ne pas s'exposer à l'hypotension et à des troubles corticaux possibles.

Le meilleur indice d'une bonne infiltration est la disparition du réflexe sino-carotidien associé ou non à un syndrome de Claude Bernard-Horner. *Ce syndrome est loin d'être constant, bien que les battements transmis à l'aiguille prouvent à l'évidence que l'injection a été faite au contact du vaisseau.*

Lorsque 20 cm^3 de liquide sont injectés, il est fréquent de voir les signes paralytiques suivants : dans un quart des cas environ, on observe isolés ou associés : une paralysie faciale avec déviation prononcée des traits, un syndrome sympathique, se traduisant par un syndrome de Horner au grand complet et une disparition du réflexe pilomoteur après irritation du cou, de l'épaule et de la partie haute du thorax ; une hémicranie avec otalgie.

La diffusion de la solution cocaïnée dans une région de passages nerveux, explique une partie de ces signes. Mais, on ne doit pas repousser, sous une forme que nous ne saisissons pas avec évidence, une action de la corticalité cérébrale, quand on sait les modifications enregistrées par l'électro-encéphalogramme au cours des actions sinusales.

D'autre part, le tronc du nerf facial est trop éloigné du point d'injection pour être intéressé. Force est donc d'invoquer une action sympathique suivant soit les rameaux de la carotide externe destinés à la face, soit l'anastomose qui réunit le sympathique au facial. Le processus de cette paralysie demande à être précisé par une observation plus poussée.

En pratique, il faut être prévenu de ces signes associés, susceptibles de troubler des patients non avertis. Ils disparaissent avec la résorption du liquide en deux ou trois heures.

L'étude des modifications végétatives, après anesthésie sinusale est rassurante quant aux variations apportées, loin d'être équivalentes aux troubles obtenus chez l'animal. Le rythme respiratoire est inconstamment ralenti, l'amplitude des mouvements accrue. Les modifications de la tension artérielle sont aussi très variables : on observe, environ 1 fois sur 4, une hypertension légère, moins souvent une hypotension ; dans les cas les plus nombreux, la tension reste inchangée malgré une intervention bilatérale. La modification la plus constante semble être l'augmentation de l'indice oscillométrique.

La sédation de la douleur est quasi-immédiate. Elle est souvent obtenue intégralement par l'anesthésie d'un seul sinus en cas d'atteinte bilatérale. Si une seule infiltration n'est pas suffisante, il n'y a aucun inconvénient à pratiquer dans une même séance une infiltration bilatérale.

L'examen laryngé, pratiqué dès la fin de l'injection, permet de constater une ischémie appréciable qui commence à la périphérie du repli aryténo-épiglottique vers la deuxième ou la troisième minute, gagne peu à peu la ligne médiane et atteint la fossette postérieure vers la dixième minute. L'ischémie domine de beaucoup du côté infiltré. Elle est remplacée rapidement par une vasodilatation secondaire importante, encore appréciable le cinquième jour.

La durée d'action est au minimum de cinq jours. Elle atteint en général de sept à dix jours. Elle dépasse rarement vingt jours.

Avant d'obtenir un premier résultat, il est parfois nécessaire d'attendre la quatrième ou la cinquième infiltration, comme s'il y avait une véritable sommation.

Les infiltrations peuvent se répéter pendant des mois et demeurent encore efficaces.

Toutes les laryngites douloureuses et œdémateuses en sont justiciables, sans considération de l'âge des malades, de l'état général, de la gravité des atteintes pulmonaires ou laryngées.

Depuis dix-huit mois, nous avons traité 25 malades : 9 avaient des laryngites indolores : 9 fois, le traitement a été inefficace. 16 fois, des ulcérations laryngées s'accompagnaient de douleurs plus ou moins violentes ; nous n'avons enregistré qu'un seul échec : il s'agissait d'une fonte totale du larynx et 3 injections seulement avaient pu être pratiquées avant la mort.

Trois observations méritent d'être prises en exemple :

I. — P..., Pépita, 32 ans, est adressé au Sanatorium Arnozan le 15 Octobre 1943 pour des crises de suffocation de plus en plus violentes qui la rendaient asphyxique. Elle était en traitement à Cambo depuis de de nombreux mois pour une tuberculose bilatérale à gros flocons et de multiples petites ulcérations. Elle accusait une cyanose intense, un cornage permanent. L'auscultation ne révélait pas la moindre activité pulmonaire physiologique : la glotte était réduite au calibre d'une plume d'oie. Les bandes ventriculaires, les replis aryténo-épiglottiques étaient œdématiés à l'extrême. Pendant trois semaines, on s'attendait à une trachéotomie d'urgence que l'on retardait le plus possible par les opiacés, étant donné la gravité de l'atteinte pulmonaire.

Or, 3 injections sinusales, pratiquées tantôt à droite, tantôt à gauche, réussissaient en quinze jours à débloquer le larynx, à rétablir un orifice glottique suffisant. L'examen montrait un affaissement considérable de l'œdème antérieur. Pour la première fois, depuis plusieurs mois, la malade pouvait s'étendre. La cyanose disparaissait en même temps que la séméiologie pulmonaire s'enrichissait par suite du rétablissement d'un courant aérien suffisant.

L'amélioration se maintient depuis seize mois. Pendant ce temps, un pneumothorax gauche, réalisant un collapsus harmonique, a été réalisé, mais il est insuffisant pour guérir de volumineuses cavernes juxta-hilaires. Aux derniers examens, le larynx rétréci, est devenu cicatriciel : il semble fixé et les infiltrations sinusales ne sont plus pratiquées.

II. — M..., Bertrand, 63 ans, est envoyé dans le service de M. Secousse, par le Prof. Portmann. Il présente un état de cachexie fébrile expliqué par une tuberculose bilatérale multi-excavée et une laryngite ulcéreuse diffuse, étendue au pharynx.

Les douleurs spontanées, déjà importantes, deviennent intolérables lors des tentatives d'alimentation. Depuis des semaines, elles ont exigé des pulvérisations pluri-quotidiennes et des injections de morphine qui se sont élevées progressivement à 6, 8 et 10 *cg.* par jour.

La première injection sinusale a calmé la douleur. A la troisième, la voix prit une fermeté e. un articulé jamais encore entendu. Le malade, morphinomane, ne voulait point convenir du résultat. Celui-ci était cependant très brillant, car il permit la désintoxication progressive, les injections de morphine étant peu à peu supprimées et pendant un temps, remplacées par des injections d'eau distillée. L'alimentation devint enfin possible et la voix perdit définitivement son timbre éteint.

Les lésions anatomiques restèrent inchangées jusqu'à la mort qui survint quarante-quatre jours après l'admission.

III. — L... Marcel, 32 ans, est hospitalisé dans le service de M. Secousse, à Pellegrin, porteur d'un pneumothorax double. Les lésions pulmonaires, sous-jacentes, ne sont pas stabilisées malgré un bon collapsus.

Le larynx présente un œdème considérable de la bande ventriculaire droite et une ulcération de la corde droite. La voix est rauque et éteinte.

Des infiltrations, répétées pendant huit mois, entraînent une amélioration clinique très notable du larynx, avec disparition de l'ulcération, qui va d'ailleurs de pair avec l'amélioration de l'état général, sans que les signes cliniques ou radiologiques pulmonaires se soient modifiés d'une façon appréciable.

Ces exemples montrent ce que peut donner la méthode. Sans attendre des résultats toujours aussi patents, on peut dire que l'infiltration novocaïnée répétée des sinus carotidiens n'a pas de contre-indication. Elle guérit la douleur et supprime l'œdème.

Nos communications précédentes à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux et à la Société d'Etudes scientifiques de la Tuberculose, mettaient en doute la possibilité de cicatrisation. On ne peut faire formellement état de la troisième observation, où l'amélioration laryngée était à peu près parallèle à l'amélioration de l'état général ; là, cependant, l'ulcération était unilatérale et la sommation des injections de ce côté doit être retenue. Par contre, la deuxième observation, *la plus prolongée*, affirme la possibilité d'une *cicatrisation dissociée de l'état pulmonaire*. On en conçoit tout l'intérêt.

Tout en soulignant qu'on ne doit pas s'attendre à la fréquence de tels résultats, on doit accorder à la méthode sa valeur entière si on ne lui demande pas plus qu'elle ne peut donner. A ce titre, elle mérite de prendre une place de premier rang dans le traitement des laryngites tuberculeuses. Elle devient un devoir euthanasique dans les formes préterminales.

SOCIÉTÉS DE PARIS

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE BIOLOGIE CLINIQUE

27 Juin 1945.

Le granulo-diagnostic. — M. **Benda** expose la technique et l'intérêt clinique du granulo-diagnostic de la tuberculose. Il définit le granulogramme normal et les différents aspects pathologiques qu'il peut présenter. Il montre que le diagnostic peut se faire directement sur le sang du malade, coloré au May Grunwald, ou sur le sang d'un cobaye inoculé avec le sang suspect ou un produit pathologique. Ainsi l'étude des granulations n'a pas, comme on a pu le croire, seulement un intérêt pronostique, on voit que l'auteur lui attribue également un intérêt diagnostique. La question des rapports entre le granulo-diagnostic et la réaction d'allergie est à l'étude.

Présentation d'un appareil destiné à faciliter l'établissement de la formule sanguine. — MM. **Costil** et **Flad** présentent un petit compteur à 6 touches, destiné à marquer automatiquement les différents éléments de la formule leucocytaire. Arrivé à 100, l'appareil prévient automatiquement que la lecture des résultats peut être effectuée.

A propos de la coagulation du sang. — M. **Delcourt** (Bruxelles) apporte des résultats concernant les courbes de la coagulation obtenues avec la technique de Meunier. Il a opéré à 20° de température et ses résultats paraissent plus constants que ceux obtenus par Mauric, Durupt et Gorny, à la température de 40°.

Notions théoriques et pratiques sur les nouvelles techniques utilisées en U. S. A. — M. **Desbordes** donne une liste de techniques et de tests utilisés en Amérique dans le diagnostic biologique. Il n'a guère trouvé de grandes nouveautés, mais seulement un certain empressement pour quelques épreuves moins utilisées en France, telles que l'épreuve de la concentration de Volardt.

Présentation d'un appareil à mesurer la chronaxie au lit du malade. — M. **Lecocq** présente un appareil portatif qui permet de mesurer la chronaxie sans avoir recours à un spécialiste.

A. Durupt.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

15 Juin 1945.

L'abord de la hanche par désinsertion de l'arcade crurale. — M. **R. Massart** décrit une nouvelle voie d'abord de la hanche, utilisée par Smith Petersen pour l'acétabuloplastie et l'arthroplastie. La désinsertion de l'arcade permet de découvrir largement le rebord du cotyle, le col fémoral et de faire une opération qui ne saigne pas et procure un jour considérable. L'auteur a pu, par cette voie, remettre en place des luxations invétérées et pratiquer arthroplasties et acétabuloplasties avec une sécurité et une simplicité qui l'engagent à faire connaître cette voie nouvelle.

Essai pathogénique sur les raréfactions osseuses. — MM. **Masmonteil** et **Leuret** présentent une suite d'études sur les raréfactions osseuses, improprement qualifiées de décalcification. Les auteurs, reprenant les travaux de Leriche sur la pathologie du tissu osseux, montrent que l'os se raréfie par un double mécanisme, soit par insuffisance de construction, soit par prédominance des phénomènes de destruction.

S'il y a hypo-construction, deux causes peuvent intervenir : 1° soit l'absence de formation de matrice protéique, par inactivité des ostéoblastes : c'est l'ostéoporose d'origine histologique ; 2° soit l'absence de précipitation du complexe phospho-calcique ; c'est l'ostéomalacie, d'origine chimique, liée généralement à un trouble du métabolisme calcique.

S'il y a hyper-destruction, deux mécanismes peuvent entrer en jeu :

1° Soit une action des ostéoclastes : comme dans la maladie de Recklinghausen, ostéolyse histologique ; 2° soit une action chimique : halistérèse comme dans le Paget ou ostéolyse chimique. Dans le Paget, l'halistérèse est généralement associée à l'hyperactivité ostéoblastique ; dans la syringomyélie, l'halistérèse s'accompagne d'une déficience des ostéoblastes.

Il s'agit d'une classification d'attente basée sur les recherches modernes, susceptibles de retouches ; elle peut être néanmoins, une excellente base de travail.

Diastasis sacro-iliaque. — M. **Masmonteil** présente la radiographie d'une arthro-malacie post-puerpérale : l'interligne sacro-iliaque se présente sous forme d'un espace clair de quelques millimètres de large.

R. Massart.

SOCIÉTÉ D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE MÉDICALE DE FRANCE

12 Juin 1945.

Sur le diagnostic radiologique du cancer apical du poumon. — M. **Mathey Cornat**. Les cas publiés du cancer apical restent très rares. Le syndrome clinique de Pancoast et Tobias est assez caractéristique

.es syndromes radiologiques apparaissent précocement, ous forme d'une opacité en bande ou en croissant coiffant 'arc postérieur de l'apex. La nature en est difficile à éterminer. Des tumeurs malignes, de nature histolo-·ique variable donnent des signes radiologiques dont la progression est constante. Le cancer bronchiolaire est le plus fréquent. L'atélectasie localisée est à la base des principales images reconnues. La technique radiogra-phique est spéciale. La tomographie est peu connue. L'observation rapportée a donné des images radiolo-giques assez caractéristiques dès le deuxième mois de l'évolution et celle-ci s'est montrée fatale en 7 mois. Le diagnostic radiologique différentiel est discuté.

La radiographie des cavités rénales après injec-tion intraveineuse et compression des uretères. — M. **Coliez** étudie la technique et les principaux résultats de la méthode de compression des uretères qu'il a décrite en 1930 et qui a pris place dans les méthodes d'explorations rénales sous le nom d' « épreuve de la rétention pyélo-calicielle provoquée ». Il indique que malgré ses efforts, 10 années se sont écoulées avant que l'on accepte de s'intéresser à son procédé, dont l'avantage est de transformer une étude radiographique rendue difficile par le dynamisme pyélo-caliciel et urétéral (contractions nombreuses et irrégulières) en une méthode d'exploration permettant d'étudier à loisir des cavités rénales contenant de l'urine opacifiée sous pression. Cet excellent montage se traduit sur les clichés par des images particulièrement complètes. De physiologique l'urographie devient ainsi en quelque sorte anatomique.

Mais l'auteur insiste sur la nécessité de procéder de la façon qu'il a décrite avec Fey en 1940 ; pendant les 10 premières minutes, il convient de garder à l'épreuve son caractère physiologique en étudiant, grâce à des clichés successifs et en dehors de toute compression, l'apparition et la rapidité de l'élimination rénale et sa symétrie. Au cours d'une deuxième phase dite phase anatomique on procède à la compression, et c'est environ 13 à 15 minutes après le début de cette compression que l'on obtient les plus belles images des cavités rénales. Au cours d'une troisième phase, dite de décompression, les uretères peuvent souvent être saisis dans leur entier au moment où les reins se vident. Il considère comme une erreur de pratiquer la compression avant ou tout de suite après l'injection intraveineuse.

L'auteur donne les principaux avantages de la méthode qui évite les douleurs et les dangers du cathétérisme des uretères, et donne les raisons physiologiques pour les-quelles les images sont souvent d'une extrême finesse, plus fines même parfois que celles qui sont données par la pyélographie. Il ne connaît aucun accident. La méthode ne doit pas être considérée comme pouvant donner des renseignements précis sur les coudures des uretères (sauf peut-être après décompression), car la compression est susceptible de produire des coudures arti-ficielles ; elle ne peut pas non plus rendre compte des ptoses rénales et reste muette lorsque le rein à étudier ne sécrète pas.

La méthode est très précieuse car elle permet, avant toute manœuvre de cathétérisme, de guider l'urolo-giste ; dans beaucoup de cas, elle rend le cathétérisme inutile.

A propos des blocs vertébraux lombaires. — MM. **Trial** et **Rescanières** présentent des clichés de blocs lombaires du type antérieur congénitaux ou par troubles de développement. Le premier est un bloc imparfait caractérisé par un pincement très accentué de l'interligne L 2-L 3 associé à une asymétrie de ces deux vertèbres avec rachischisis postérieur. Le deuxième est un bloc par-fait avec fusion des corps de D XII et de L 1 et le troi-sième un bloc parfait également avec fusion des corps de L 4 et de L 5, qui est partiellement sacralisée. La vérification anatomique de ce dernier bloc a pu être faite et a montré, en même temps que la disparition totale du disque, l'absence de tout remaniement structural. Les auteurs insistent sur la valeur de l'aspect de nivellement intégral du contour antérieur des corps synostosés que l'on n'observe pas dans les blocs cicatriciels post-trau-matiques ou pottiques.

Maladie ostéogénique et dyschondroplasie. — MM. **Trial** et **Rescanières** rapportent l'observation d'un malade de 23 ans atteint de maladie ostéogénique ; ce malade présente en outre un raccourcissement segmen-taire de l'avant-bras droit, de quelques os de la main droite et de quelques métatarsiens droits, ainsi que de lésions d'enchondrose des extrémités ; ces signes sont empruntés au domaine radio-clinique de la dyschondro-plasie et prouvent l'intrication fréquente des symptômes dans ces deux maladies.

Traitement radiothérapique de gliomes de la rétine. — M. **Le Goff**. Deux observations de manifes-tations contro-latérales de gliomes de la rétine, après énucléation d'un œil, traitées par doses modérées de rayons X, conformément à une technique inédite. Gué-rison maintenue plus de 6 ans dans l'un des cas ; cicatri-sation depuis près de 2 ans pour l'autre ; conservation intégrale de la vision dans les deux cas.

L'irradiation primitive de ces tumeurs semble donc indiquée.

D'autres observations n'appartenant pas à l'auteur sem-blent montrer que les méthodes classiques d'irradiation ne donneraient pas de résultats équivalents.

Considérations sur la technique rœntgenthéra-pique (*suite*). — MM. **Surmont** et **Dauvilliers** présen-tent un visualiseur du rayon normal destiné à rendre de grands services, en particulier en téléradiothérapie et dans les irradiations tangentielles ; ils exposent leur opinion sur les rôles respectifs de la filtration, de la tension, du débit et du rythme des séances en rœnt-genthérapie et souhaitent que les recherches expérimen-tales à venir s'attachent particulièrement à mettre en évidence le rythme et le débit convenant à chaque variété histologique de tissu ou de tumeur à irradier ; ils pro-posent une classification basée sur le facteur A. P. ; ils proposent d'arrêter définitivement les éléments d'un schéma de traitement radiothérapique ; enfin ils indi-quent aux constructeurs dans quel sens il y aurait lieu d'améliorer les tubes pour permettre le perfectionnement des techniques.

A. Dariaux.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HÉMATOLOGIE

21 Juin.

La grande auto-agglutination des hématies. — MM. **H. Bonnin, S. Dubarry, Ch. Duslong de Rosnay** et **P. Encas** (Bordeaux), à propos d'un cas personnel, font une étude très complète du phénomène et discutent en particulier les rapports de l'auto-agglutination avec les modifications des protéines du sérum, son mécanisme, la place qu'il faut lui accorder en pathologie.

Myélose splénomégalique hypoleucémique évo-luant depuis plus de 13 ans. — MM. **R. Picard, Horeau** et **Kerneis** (Nantes) rapportent l'observation d'un cas complexe de classement difficile, remarquable par la longue durée de l'évolution.

Lésions atypiques des adénopathies périphériques dans un cas de lymphogranulomatose de forme ané-mique. — MM. **R. Cachera, A. Rubens-Duval** et **Cl. Durand** rapportent 1 cas de lymphogranulomatose mali-gne de forme anémique remarquable par l'apparition tardive et la discrétion des adénopathies périphériques et par les lésions atypiques rencontrées à l'examen histo-logique des ganglions biopsiés. Celles-ci consistent en une hyperplasie plasmodiale des histiocytes des sinus lym-phatiques accompagnée d'endo-vascularites oblitérantes et de sclérose périvasculaire. Cette sclérose tend à devenir prédominante et à transformer le ganglion en un petit bloc fibreux. Les auteurs en discutent la signification et émettent l'hypothèse de l'intervention d'un processus abortif.

Action du complexe « Vitamine B » sur l'anémie et la leucopénie expérimentales du régime sans protéines. Effets leucotoxiques de la vitamine B 1. — M. **Aschkénasy**. Lorsqu'on administre à des rats carencés en protéines certaines vitamines B (B 1, B 2, PP) en excès, l'anémie consécutive à l'inanition pro-téique non seulement ne s'améliore pas, mais la leuco-pénie habituelle devient encore plus marquée et prend, du moins à son début, l'aspect d'une agranulocytose.

L'administration de vitamine B 1 seule, en excès aggrava considérablement l'anémie normale de l'inani-tion protéique, et l'altération de la leucopoïèse fut parti-culièrement manifeste : agranulocytose initiale, suivie soit d'une leucopénie grave globale, soit le plus souvent d'une réaction leucémoïde par hyperplasie pathologique des éléments mononucléaires.

Cette anémie avec dysleucie s'accompagna d'une hyper-plasie de la moelle et d'une réactivation érythropoïétique de la rate dont l'atrophie fut de ce fait moindre que dans l'inanition protéique simple.

Ces constatations apportent la preuve de l'intervention de l'aneurine dans le métabolisme des protides en général et dans la leucopoïèse en particulier.

Le myélogramme du rat blanc adulte. — M. A. **Aschkénasy**. En se servant d'une technique spéciale, l'auteur obtient des frottis médullaires *in vivo* qui per-mettent l'établissement de myélogrammes.

La morphologie cellulaire est en général superposable à celle de la moelle humaine, à quelques particularités près. C'est ainsi que parmi les promyélocytes, ce sont les éosinophiles qui sont les plus fréquents.

Comme proportions moyennes, l'auteur indique : Hé-mocytoblastes, 1,5 ; Promyélocytes, 4,5 ; Myélocytes, 3,6 ; Métamyélo., 3,1 ; Granulocytes neutro., 25,5 ; Eosino., 2,1 ; Baso., 0,3 ; Mononucléaires, 22,5 dont 0,4 de mono-cytes ; Cellules du réticulum, 0,3 ; Erythroblastes, 36,5.

Le rapport $\frac{\text{cellules myéloïdes}}{\text{érythroblastes}}$ est en moyenne de 1,1.

Contribution à l'étude hématologique du rat blanc normal (hémogramme, myélogramme). — Mlle **S. Duvalon** fait une étude très complète du sang et de la moelle du rat normal. Elle insiste particulièrement sur les granulocytes à noyau annulaire, sur la grande varia-bilité de l'hémogramme, sur la relative fixité du myélo-gramme.

La moelle osseuse du rat blanc. — M. **Liessens** (Anvers) souligne comme les auteurs précédents l'intérêt de l'étude de la moelle *in vivo*.

L'hémoconcentration dans le choc des blessés de guerre. — MM. **P. Royer** et **J. Barbizet**. Classique-ment, l'hémoconcentration représente dans le choc un signe du plus haut intérêt diagnostique et pronostique. Or, l'expérience de 6 mois de réanimation transfusion dans une formation chirurgicale mobile et la recherche systématique de l'hémoconcentration ont montré qu'il s'agissait d'un symptôme inconstant et infidèle. Il faut noter que parmi les blessés traités ne figuraient ni brûlés, ni blessés par « crush injury ». Cependant on peut se demander si les méthodes de mesure de l'hémoconcen-tration permettent une connaissance exacte de la masse sanguine. En tout cas, l'expérience montre clairement qu'en pratique l'hémoconcentration ne peut guider le médecin ni dans son diagnostic, ni dans la conduite du traitement.

L'anomalie nucléaire familiale de Pelger-Huet. — M. **R.-A. Bogaert** (Anvers) rapporte une observation personnelle, étudie l'anomalie du triple point de vue de la morphologie, de la génétique et de l'anatomie com-parée.

Sur les granulocytogénies malignes. — M. **Van den Bergh** (Anvers) relate 6 observations personnelles et s'efforce de trouver la place nosologique des granulo-cytogénies malignes. La rareté des formes primitives est soulignée. Plusieurs rechutes furent observées dans un cas. Les nucléotides du pentose ont donné à plusieurs reprises de bons résultats.

Influence de la défibrination sur la richesse de la formule leucocytaire du sang. — M. **I. Blitstein** (Anvers).

Jean Bernard.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

5 Juillet 1945.

Exposé des travaux du fonds Babinski : sur le syndrome pyramidal déficitaire ; sa fréquence et son importance pratique ; le rôle transformateur de sa mise en évidence dans divers types nosogra-phiques. — M. **A. Charbonnel** (Nantes), après le rappel des manœuvres à employer pour objectiver ce syndrome, montre à l'aide de nombreuses observations personnelles sa très grande fréquence en clinique courante et son intérêt pratique des points de vue *diagnostique* (dans des processus histologiquement très variés et aux différents étages du névraxe et plus particulièrement dans les tumeurs hémisphériques, les hématomes sous-duraux traumatiques et les tumeurs de la moelle), *thérapeutique* (il permet souvent une intervention précoce dans les cas précédents) et *médico-légal* (en apportant une confir-mation objective aux troubles fonctionnels de nombre de traumatisés du crâne et de la moelle).

Il envisage ensuite comment, en prouvant l'origine centrale du déficit moteur, ce syndrome a modifié la conception d'une série d'états : 1° le syndrome physio-pathique de Babinski-Froment ; 2° les troubles moteurs centraux affectant les deux membres d'un côté après traumatisme d'un seul membre (Barré) ; 3° la forme polio-pyramidale de la maladie de Heine-Medin ; 4° cer-tains cas considérés classiquement comme des polynévrites pseudo-tabétiques ; 5° le syndrome thalamique ; 6° l'épi-lepsie où sa présence confirme la nature comitiale des crises et doit faire rechercher la lésion causale qui est souvent une tumeur.

Dans une dernière partie, l'auteur étudie le tonus dans le syndrome pyramidal déficitaire, puis l'importance com-parée des différents signes déficitaires entre eux et avec quelques autres tests d'atteinte pyramidale fruste et enfin la valeur que garde le syndrome s'il est bien analysé, quand on le trouve associé à d'autres syndromes neuro-logiques, en particulier à des troubles moteurs périphé-riques ou à des signes cérébelleux.

Limitation du regard au cours d'une chorée chro-nique. — M. **A. Thomas** présente une malade atteinte de chorée chronique, incapable d'effectuer les mouve-ments d'élévation des yeux. L'analyse de ce trouble montre qu'il ne dépend pas de modifications permanentes du tonus ; il faut faire intervenir des anomalies psy-chiques, en particulier une sorte de négativisme, de renoncement à exécuter les mouvements prescrits, que l'on objective plus facilement au niveau des membres.

Dystonie de fonction chez un musicien. — M. **A. Thomas** rapporte l'observation d'un joueur de guitare qui présente une dystonie de fonction uniquement pro-fessionnelle ; à certains moments il se produit une cris-pation de l'auriculaire droit lorsqu'il va appliquer ce doigt sur la corde ; le spasme passé, il est capable d'exé-cuter facilement des trilles ; l'examen ne montre qu'une hyperextensibilité de l'auriculaire dans tous les sens. Dans la pathogénie de ce trouble, à côté du facteur mécanique, il faut faire intervenir un facteur psycho-émotif qui joue, comme dans toutes les dystonies pro-fessionnelles, un rôle important.

Rétrécissement extrinsèque du trou de Monro. — MM. **Cl. Vincent** et **Guiot** rappellent les signes cli-niques et ventriculographiques des obstructions du trou de Monro ; ils insistent sur l'importance des insufflations unilatérales qui permettent de constater l'aspect carac-téristique (corne frontale dilatée et médiane) et de recon-naître le côté où se trouve l'obstacle. Ils présentent un malade de 14 ans, opéré depuis un an pour une obs-truction non tumorale du trou de Monro gauche ; l'intervention a consisté à faire par une excision limitée une encoche dans le pilier antérieur gauche du trigone ; les signes d'hypertension intracranienne ont rapidement disparu et le sujet se comporte normalement. Cette in-tervention, qui n'est pas grave, a été faite par les auteurs dans plusieurs cas.

Un cas de ptosis et de paralysie complexe du regard. — MM. **L. Rouquès, J. Voisin** et **J. Pautrat** présentent une femme de 76 ans chez qui évolue très pro-gressivement depuis 30 ans un syndrome caractérisé par un ptosis bilatéral, la partie totale des mouvements d'élé-vation, de latéralité vers la droite et de convergence, la diminution des autres ; les mouvements automatico-réflexes n'existent que dans la limite des mouvements volontairement possibles ; les réflexes pupillaires sont normaux. L'examen neurologique négatif. L'étude cli-nique et pharmacologique permet d'éliminer l'interven-tion des facteurs spasmodique et myasthénique.

Traitement de l'œdème cérébral traumatique. — MM. **Le Beau** et **Guiot**, dans les traumatismes fermés, utilisent les injections intraveineuses à très hautes doses de sulfate de magnésie hypertonique (20 cm^3 de solution à 15 pour 100 toutes les deux heures) et s'il n'y a pas d'amélioration, font un grand volet décompressif. Dans les traumatismes ouverts, ils préconisent l'intervention directe sur le foyer de contusion pour enlever les esquilles intracérébrales et pour exciser les zones hémorragiques.

Fibrillations musculaires au cours de syndromes neurologiques divers. — MM. **Targowla, Feder** et **Gruner** présentent 3 malades atteints de fibrillations musculaires apparues respectivement 15 ans après une poliomyélite, 12 ans après une sciatique à répétition et au décours d'une radiculo-myélite ; elles débordent le territoire antérieurement lésé, se généralisent malgré la régression des autres troubles et ne semblent liées ni à l'amyotrophie, ni à l'atteinte du neurone moteur.

Abcès du cerveau et hernies cérébrales infectées traitées par la pénicilline. — MM. **David, Hecaen** et **Talaviach**, à propos de la présentation de deux opérés, montrent que par les injections locales de pénicilline associées soit à la pénicillinothérapie générale, soit à défaut de celle-ci à la sulfamidothérapie générale, l'évolution des hernies cérébrales infectées et des abcès du cerveau a été profondément modifiée ; on arrive à guérir des sujets dont la mort était autrefois fatale et on peut parfois se contenter d'interventions moins étendues.

Sur un tremblement des extrémités observé chez les prisonniers rapatriés. — M. **Béhague.**

La gingivite hyperplasique post-diphényl-hydantoïne. — MM. **Roger** et **Boudouresques.**

Contrôle électro-encéphalographique de l'électro-choc. — MM. **Cornil, Gastaut** et **Ollivier.**

1° Relations entre l'épilepsie et le « Status dysraphicus » ; 2° Valeur séméiologique de l'aréflexie plantaire constitutionnelle. — MM. **Barraquer Ferré** et **Barraquer Bordas** (Barcelone).

LUCIEN ROUQUÈS.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE EXOTIQUE

13 Juin 1945.

Diagnostic du kyste hydatique par un extrait de tænia. — M. **J. Brisou** estime qu'il serait facile en partant d'un cestode, *tænia saginata*, par exemple, d'obtenir une suspension d'antigène à 1 pour 100 dans une solution de sérum physiologique à 0,5 pour 100 ; en partant de cet antigène on peut pratiquer l'intradermo-réaction de Casoni, comme avec un antigène hydatique classique ; les réactions positives seraient même plus fortes et plus faciles à lire.

A propos d'une épizootie de peste dans un élevage de cobayes. — MM. **E. Magrou** et **J. Brisou** relatent des cas de peste chez le cobaye ; les organes prélevés donnent une culture du bacille de Yersin typique après 6 à 8 jours d'incubation, les auteurs soulignent les caractères du bacille pesteux qui, dans certains cas, se présentent sous une forme corpusculaire, en anneaux dont le mince pourtour circulaire fixe seul les colorants ; ces formes sont d'un diagnostic difficile ; avec leur culture, on obtient des bacilles typiques qui permettent l'identification.

Albuminurie de la trypanosomose expérimentale à « T. evansi » du lapin. — M. **L. Launoy** apporte des documents relatifs à la constance de l'albuminurie dans les infections du groupe de *T. evansi*, chez le lapin.

De l'action préventive d'une diamidine aromatique : la diamino-diphénoxypentane sur deux trypanosomoses expérimentales du rat. — MM. **L. Launoy** et **H. Lagodsky** établissent que les premières recherches relatives à la prophylaxie chimique de deux trypanosomoses expérimentales du rat par les diamidines, remontent aux travaux de Launoy publiés en 1920 et 1940 ; J. D. Fulton qui a étudié cette question en Amérique en 1944, semble avoir été dans l'impossibilité de se procurer la bibliographie française correspondante. L'action préventive des diamidines sur les trypanosomoses de la souris et du rat dues à *T. brucei* et à *T. evansi* est établie avec précision, une dose de 2 *mg.* par kilogramme de poids de diamino-diphénoxypentane protège le rat contre *T. brucei*. Des résultats semblables sont obtenus dans la trypanosomose à *T. evansi*.

A propos d'un cas de syngamose humaine. — MM. **E. Montestruc, J. Ragusin, Palmas** et **Georges** relatent une observation clinique de syngamose humaine infestation à Nématodes des voies respiratoires) chez une jeune femme de la Martinique donnant ses soins aux volailles, la maladie a été bénigne et a guéri.

R. DESCHIENS.

SOCIÉTÉS DE PROVINCE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

18 Mai 1945.

Le choc médical. — M. **R. Damade.** Il existe en médecine un syndrome analogue au choc traumatique sur. C'est le « médical shock » addisonien. Même collapsus rapide et même syndrome humoral : hémoconcentration, hypochlorémie, azotémie.

Les syndromes malins des maladies infectieuses (typhoïdes, diphtéries) s'apparentent aux chocs traumatiques complémentaires. Même défaillance neuro-végétative : lésions anatomo-pathologiques semblables : vaso-dilatation généralisée. œdème cérébral.

La thérapeutique des syndromes médicaux utilise la rechloruration, les hormones surrénaliennes, l'éphédrine, l'ouabaïne intraveineuse, l'oxygénothérapie.

Un cas désespéré d'infection « post abortum » guérie par la pénicilline. — MM. **Dupérié, Laumonier, Monmayou, Rumeau** et **Vincendeau** présentent l'observation d'une femme de 23 ans, qui, à la suite d'une injection d'eau savonneuse, fit des accidents hyperseptiques avec pouls misérable, teint plombé, anurie.

Le curage évacue des débris placentaires sphacéliques. Malgré la sulfamidothérapie, l'état général s'aggrave encore et une péritonite par propagation se déclare. Trois jours après, on institue la thérapeutique par la pénicilline. En 9 jours, la malade reçoit 80.000 unités intrapéritonéales, 1.000.000 unités intramusculaires, 10.000 unités endoveineuses, associées pendant les trois premiers jours à 4 *g.* de soludagénan par jour.

La guérison, rapide et sans la moindre séquelle locale, s'est faite en deux étapes. L'état général s'est d'abord remarquablement transformé, avec diurèse de 2 litres en 24 heures, malgré une azotémie à 1 *g.* 45, alors que les signes locaux s'aggravaient jusqu'à l'aspect ultime de la péritonite. Ensuite, et après les injections intrapéritonéales, la situation s'est arrangée très rapidement.

Confins de l'anorexie mentale : alternances de maigreur et d'obésité chez la jeune fille. — M. **Bergouignan** rapporte 3 observations où un syndrome typique d'anorexie mentale avec amaigrissement extrême et aménorrhée fut encadré entre des poussées d'engraissement, elles-mêmes pathologiques, qui aboutirent tantôt à une rééquilibration neuro-hormonale correcte, tantôt à une obésité durable. L'opothérapie a paru dépourvue d'action véritablement spécifique. Chacune des transformations s'accompagna de modifications parallèles de l'état psychique et de certains signes végétatifs. La psychothérapie, le changement de milieu, la cure en maison de santé assurèrent dans la plupart des cas une meilleure régulation tant à la phase d'amaigrissement qu'à la phase d'engraissement, bien que les résultats fussent moins démonstratifs dans cette deuxième phase. Il ne semble pas que le problème pathogénique puisse se réduire à des alternances d'insuffisance et d'hyperfonctionnement hypophysaires.

Réfection des paupières. Présentation de malades. Choix des techniques. — M. **Ed. Bessière.** La réfection chirurgicale des paupières doit être envisagée sous différents aspects : anatomique, esthétique, fonctionnel.

Le point de vue fonctionnel est très important pour la paupière supérieure, surtout dans les blépharoptoses. Une technique assez rarement employée y donne pourtant d'excellents résultats, c'est celle de Georges Derby. Sa facilité d'exécution en fait une méthode très précieuse.

Les autoplasties palpébrales par la méthode hongroise sont suivies de reconstitution parfaitement esthétique ; elles ont à ce point de vue des indications très précises.

La difficulté des réfections palpébrales à la suite de l'excision d'une tumeur étendue n'est pas une contre-indication au traitement chirurgical qui reste la meilleure thérapeutique.

Des malades se rapportant à ces différents types de réfection palpébrale sont présentés.

Traitement du choc traumatique. — M. **Poinot.** La question du choc traumatique est une de celles qui a le plus bénéficié des progrès réalisés durant les dernières hostilités. Bien que la pathogénie n'en soit pas encore connue d'une manière formelle, il semble néanmoins que deux éléments principaux sont à envisager. Un choc nerveux, dans le sens du déséquilibre de la régulation des grandes fonctions vitales ; la conséquence de ce dérèglement nerveux s'inscrit dans le choc confirmé sous la forme d'une insuffisance circulatoire qui passe elle-même par deux phases, une phase initiale de choc compensé où il y a peu de signes cliniques nets et une phase secondaire où la symptomatologie est complète. Le traitement devra donc avant tout être préventif. Il doit avoir pour but de calmer le blessé en le soustrayant aux influences extérieures (morphine intraveineuse), de lutter contre la perte du tonus des capillaires par des analeptiques (pressyls, éphédrine) et enfin, si c'est nécessaire, de faire une oxygénation du blessé. Le réchauffement s'avère un des éléments principaux du déchoquage. Lorsque le choc est au complet, il importe de traiter énergiquement le blessé par les thérapeutiques judicieuses qui combattent essentiellement l'anoxémie et l'exhémie plasmatique. Ce traitement doit être fait dans un organisme spécial (chambre de déchoquage) par un personnel spécialisé, très au courant des transformations sanguines, de l'oxygénothérapie et de quelques recherches de laboratoire simples.

Le rapport se termine sur l'étude de quelques points particuliers tels que syndrome de Bywaters, syndrome de Blast-Injury et sur la méthode entièrement nouvelle du traitement des brûlures où le geste essentiel est un déchoquage et où l'utilisation du plasma en grande quantité paraît être la manœuvre la plus importante.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

13 Juin 1945.

L'urographie intraveineuse. — MM. **Bonnet** et **Malraison.** Une importante série d'urographies intraveineuses sont présentées. Les auteurs ont utilisé le compresseur de Hickel. Ils montrent l'importance extrême et la précision de cette méthode, non seulement en chirurgie urinaire, mais dans beaucoup d'examens médicaux. Ils développent particulièrement la nécessité des urographies intraveineuses dans les examens de tuberculoses rénales où elles sont devenues le complément indispensable des examens habituels.

Lipoïdose rénale sans œdèmes. — MM. **P. Louyot** et **M. Verain.** Cette lipoïdose rénale ayant débuté à l'âge de 6 ans, sans étiologie précise, comporte les signes sanguins et urinaires classiques (augmentation des lipides et de la cholestérine, diminution de la sérine, corps biréfringents dans les urines) sans signes d'insuffisance rénale ; mais par contre, alors que cette affection dure déjà depuis 12 ans, un très léger œdème des chevilles est apparu depuis un an seulement. Cet œdème lui-même ne paraît pas en rapport direct avec le déséquilibre protidolipidique : il est léger, dur, rouge, un peu sensible, apparaissant à la veille des règles pour disparaître après celles-ci. Le traitement mixte thyroïdien et hépatique a donné une amélioration subjective très appréciable, malgré la persistance de l'albuminurie. En résumé, néphrose lipoïdique sans œdèmes, sans aucun signe de néphrite.

Valeur du rapport de l'urée sanguine et de l'élimination urinaire des 24 heures. Nouvel essai d'interprétation. Etude clinique (2e mémoire). — M. **G. Grandpierre.** Une étude théorique précédente a permis de proposer un nouveau test rénal, dénommé indice rénal uréique. Il est représenté par le rapport de l'urée sanguine exprimée en centigrammes avec la somme des chiffres de concentration au litre de l'urée urinaire et du débit uréique urinaire des 24 heures, somme exprimée en grammes. L'étude clinique confirme qu'il n'est pas influencé par les troubles extra-rénaux de l'élimination de l'eau et que ses résultats ne reflètent donc pas l'influence perturbatrice des variations, même extrêmes de la diurèse. Il voit sa valeur de test rénal strict confirmée par la majorité des épreuves rénales. Les discordances rencontrées sont, pour la plupart, interprétées en fonction des causes cliniques et des modifications de la diurèse, toutes causes extra-rénales pouvant modifier les résultats des autres épreuves rénales. Les discordances réelles rencontrées sont exceptionnelles et n'intéressent d'ailleurs le plus souvent qu'une épreuve qui se trouve alors en contradiction avec les autres épreuves de contrôle. Le taux de ce rapport au-dessous duquel le rein peut être considéré comme possédant un état fonctionnel normal est de 1,2. Au-dessus de ce taux il existe un mauvais état fonctionnel rénal. Il ne conserve sa valeur de test rénal strict que dans les cas d'urée sanguines en dessous de 1 *g.* Il est applicable dans tous les cas cliniques, sa qualité particulière est d'être valable même dans les oliguries accusées extra-rénales, ce qui en fait, par excellence, le test rénal du cardiaque.

Un critère d'amélioration chez les mélancoliques traités par l'électro-choc. — MM. **Hamel** et **Valdenaire.** Quand chez un malade, atteint d'un état dépressif on constate l'atténuation progressive puis la disparition de la confusion mentale onirique du post-électro-choc on peut conclure que l'état mental a subi une amélioration parallèle.

Chez les psychasthéniques, obsédés et phobiques, l'onirisme persiste et signe l'incurabilité de ces sujets.

Réflexions sur 50 cas de perversions instinctives — MM. **Hamel** et **Valdenaire** montrent que presque dans tous les cas de perversions instinctives on peut relever les trois étiologies suivantes : 1° un facteur congénital ; 2° un facteur physique ; 3° l'influence néfaste du milieu. Ils relèvent une atteinte certaine de la base du cerveau dans 11 cas (22 pour 100) et une atteinte probable dans 30 cas (60 pour 100), soit au total 41 cas (82 pour 100) où l'atteinte du diencéphale peut être incriminée. Ils soulignent les troubles du caractère, l'influence de la puberté, le rôle de l'épiphyse et les rattachent à une altération de la région entourant le 3e ventricule.

R. HERBEUVAL.

REVUE DES THÈSES

THÈSE DE PARIS

M. **Cournot.** *Application des données numériques à la surveillance clinique de l'accouchement.* (Foulon Editeur), Paris, 1945. — L'étudiant qui aborde l'étude de l'obstétrique, est amené à considérer la surveillance de l'accouchement comme limitée aux points suivants : appréciation de la dilatation, état de la poche des eaux, degré de l'engagement, mécanismes des diverses présentations. Nos ambitions ne devraient pas se borner à ces rudiments et elles devraient s'étendre à ce qui est l'essentiel de l'accouchement, c'est-à-dire la physiologie et la physiopathologie de la contraction utérine. L'accouchement est un acte musculaire, comme l'est la contraction cardiaque pour la circulation ou la motricité gastro-intestinale pour la digestion. Il faut l'étudier par le moyen de données numériques. Il n'est pas de science sans mesure et il n'y a pas antinomie entre une connaissance chiffrée et la clinique. C'est ce que cette thèse très étudiée, expose en détail. Tour à tour l'auteur passe en revue les enseignements que fournit le nombre de contractions suivant la méthode de Frey, puis ceux que donnent le rythme et la durée des contractions. Quinze pages sont ensuite consacrées à l'intensité des contractions et à l'emploi de l'utéro-tensimètre, à ses applications cliniques et surtout thérapeutiques ; c'est une excellente mise au point de cette précieuse méthode. C. expose, ensuite, l'électrohystérogramme, la tension du col utérin, la durée de la dilatation et les renseignements que l'on peut recueillir en dressant la courbe de la dilatation. Enfin sont exposés les travaux récents sur la méthode classique qui consiste à compter les bruits du cœur.

S. R.

REVUE DES JOURNAUX

REVUE D'ORTHOPÉDIE ET DE CHIRURGIE DE L'APPAREIL MOTEUR (Paris)

P. Mallet-Guy et **R. Geay** (Lyon). ***Sur les résultats et les indications de la parathyroïdectomie dans le traitement des rhumatismes chroniques*** (*Revue d'Orthopédie et de Chirurgie de l'appareil moteur*, t. **30**, nos 5-6, Septembre-Décembre 1944, p. 135-139). — M. et G. concluent d'un ensemble de 13 observations dont 4 comportent des résultats à longue échéance suivis pendant un délai de 9 ans à 2 ans 1/2, que l'*indication de choix* de la parathyroïdectomie est l'évolution d'un *rhumatisme vertébral chronique avec hypercalcémie*.

Il est nécessaire de tenir compte du taux du calcium sanguin. La technique de Guillaumin est très supérieure aux autres méthodes de dosage ; ce dosage doit être fait sur du sérum frais qui ne soit resté qu'un minimum de temps au contact du caillot, qui ait été prélevé sans garrot, avec une seringue et dans un tube préparés par plusieurs lavages à l'eau chlorhydrique et bidistillée.

La parathyroïdectomie ne supprime pas seulement les douleurs, elle supprime les contractures et restitue de la mobilité au rachis. Elle arrête l'évolution des lésions.

Il ne faut pas oublier qu'invisibles d'un côté, les glandules parathyroïdes sont parfois facilement découverts de l'autre ; que, s'ils sont invisibles derrière les lobes thyroïdiens, ils peuvent se cacher dans la graisse vestigiale du thymus.

Albert Mouchet.

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE DES MALADIES DU FOIE (Lyon)

Maurice Wahl (Marseille). ***Quelques considérations bio-chimiques sur l'activité hépato-thyroïdienne dans la maladie de Basedow*** (*Revue médico-chirurgicale des Maladies du Foie*, t. **17**, n° 4, Avril 1944, p. 139-144). — W. étudie les résultats généraux des métabolismes des protides, des glucides et des lipides dans les formes habituelles de la maladie de Basedow.

Dans les formes sérieuses, les réserves protidiques paraissent utilisées à jeun pour des fins énergétiques. L'action dynamique spécifique des protéines est généralement augmentée mais assez souvent diminuée (peut-être à une phase avancée seulement). C'est là un signe indubitable de souffrance de la nutrition.

Les altérations de la nutrition glucidique les plus connues chez les basedowiens consistent en une exagération de la quantité des produits intermédiaires des processus de la phosphorylation. L'envahissement du muscle par l'acide lactique est la forme la plus étudiée. Non spécifique, on rencontre celui-ci aussi bien dans le myxœdème, le béribéri, l'insuffisance surrénale corticale. L'épreuve de Loeper et Verpy met en évidence la mauvaise tolérance des sucres.

Le métabolisme défectueux des lipides explique l'acidose (acétonurie) et la présence d'un signe de Chvostek.

Chez la femme, la production des stérols génitaux peut être déséquilibrée. M. Guy Laroche a mis en lumière l'hypocholestérolémie des basedowiens qui s'accentue régulièrement à chaque poussée évolutive.

Pour W., bien des troubles thyréo-toxiques sont l'effet du déséquilibre des métabolismes et sont communs avec certains états de carence comme le béribéri, ou avec l'insuffisance thyroïdienne.

BRUXELLES MÉDICAL

P. de Moor (Bruxelles). ***Le traitement par la thyroxine de la crise post-opératoire des hyperthyroïdies*** (*Bruxelles Médical*, t. **25**, n° 1, 14 Janvier 1945, p. 7-11). — La crise post-opératoire des hyperthyroïdiens semble bien être due, partiellement tout au moins, à une hypothyroïdie relative et brutale, quel que soit le mécanisme par lequel elle se produit. Il semble donc logique d'instituer un traitement post-opératoire par la thyroxine en quantité suffisante. De M. a d'abord été prudent et en a donné des doses minimes, 5 *mg*. le premier jour, 3 le second en plusieurs injections. Les réactions post-opératoires observées avec ce traitement ne sont pas très différentes des habituelles. Ensuite, il a porté les doses à 15 *mg*. le premier jour et à 10 le second. Avec cette technique les modifications de la crise opératoire sont nettes sans qu'on puisse parler de disparition.

L'hyperthermie qui, normalement dure 4 à 5 jours, se prolonge pendant 7 à 8 jours, l'accélération du rythme cardiaque est en concordance avec les variations thermiques ; mais cette aggravation de la fièvre est compensée par le fait que l'opéré est très calme, plutôt en légère torpeur, optimiste au lieu d'être inquiet et que l'éréthisme du pouls et du cœur a disparu.

On peut penser que la thyroxine agit favorablement sur les suites opératoires en neutralisant l'hyperadrénalinémie exagérée et en supprimant le réflexe cardiaque d'éréthisme et de fibrillation qui est le réflexe dangereux.

Robert Clément.

ANNALS OF INTERNAL MEDICINE (Lancaster)

Barnett A. Green. ***Récents progrès dans le traitement des comas*** (*Annals of Internal medicine*, vol. **16**, n° 4, Avril 1942, p. 727-737). — Les observations faites au cours des anesthésies prolongées ont permis de remarquer un certain nombre de faits dont peut bénéficier le traitement des comas. En première ligne, on doit veiller à l'élimination des urines. La rétention des urines doit être combattue par des injections de prostigmine qui permettent d'éviter les cathétérismes répétés, source d'infection. Celle-ci sera combattue par les sulfamides. Il faut veiller à la rétention chlorurée qui engendre les œdèmes périphériques et viscéraux en la combattant par la prise de liquide et par des injections de sérum glucosé. Il faut asseoir les malades et non pas les laisser à plat ou en position de Tredelenburg qui augmente les œdèmes passifs pulmonaires. L'infection pulmonaire est particulièrement grave. L'aspiration inconsciente des mucosités de la bouche, de la salive favorise non seulement l'infection mais encore l'atélectasie du poumon par obstruction des bronches. Le tube intratrachéal comme dans l'anesthésie peut rendre de grands services en empêchant l'aspiration des mucosités.

La morphine ne doit pas être prescrite, car elle empêche le réflexe de la toux qui est une défense contre l'obstruction des conduits aériens. Il faut au contraire employer les analeptiques tels que la coramine, le métrazol, le camphre, mais à doses élevées. Les sympathicomimétiques tels que l'adrénaline et l'éphédrine sont indiqués dans le coma associé à une maladie de Stokes-Adams, dans la simple syncope, dans les accidents consécutifs à une anesthésie rachidienne. La caféine, la théophylline doivent être employées en cas de baisse de la pression rachidienne et la strychnine ne doit pas être bannie de cette thérapeutique.

Enfin, les inhalations prolongées d'oxygène peuvent rendre quelques services. Il est évident que les indications sont également posées par la nature du coma, mais si le médecin est convaincu que son action peut être efficace, en employant ces différents moyens thérapeutiques, il aura quelque chance d'obtenir un succès qu'on ne pouvait espérer naguère.

A. Plichet.

Russell L. Cecil, William H. Kammerer et **François J. Debrune.** ***Les sels d'or dans le traitement du rhumatisme chronique ; une étude portant sur 245 cas*** (*Annals of Internal Medicine*, vol. **16**, n° 5, Mai 1942, p. 811-827). — En 1929, J. Forestier a été le premier à préconiser les sels d'or dans le traitement du rhumatisme chronique. En 1935, il apportait une statistique de 500 cas où 70 à 80 pour 100 des malades étaient améliorés par cette thérapeutique. Depuis cette époque dans différents pays, avec des succès variables, les sels d'or ont été employés dans cette maladie. C. K. et D. apportent ici une statistique de 245 cas dans laquelle 62 pour 100 des malades ont été améliorés. Il est à remarquer que les cas datant de moins d'un an sont les plus favorablement influencés et que dans 10 cas de spondylite ankylosante un seul succès, seulement, a pu être enregistré.

Les réactions d'intolérance sont malheureusement fréquentes et se traduisent principalement par de la stomatite et des aurides cutanées. Un seul cas fatal a été observé sous forme d'entérite ulcérative, probablement due à la chrysothérapie.

Dans 42 pour 100 des cas, des rechutes furent observées qui furent moins graves mais qui résistèrent davantage au traitement.

Les sels d'or employés furent le thiomalate sodique d'or (207 cas), l'aurothioglucose (40 cas), le thiosulfate sodique d'or (3 cas). Chez les sujets améliorés la sédimentation redevint normale dans près de la moitié des cas (57 pour 100), dans les cas rebelles, ce pourcentage fut réduit à 5 pour 100.

Ce traitement nécessite une observation attentive des malades et des examens fréquents de laboratoire, mais les résultats obtenus justifient cette thérapeutique.

A. Plichet.

Moses Paulson et **Carl I. Wyler.** ***Les tests de la fonction hépatique dans le cancer du tube digestif. La valeur des réactions de la bromosulphaléine, de l'acide hippurique et de Van den Bergh dans le diagnostic des métastases hépatiques avec une étude sur le test de l'acide hippurique*** (*Annals of Internal Medicine*, vol. **16**, n° 5, Mai 1942, p. 872-878). — Des travaux antérieurs avaient montré la valeur de ces tests pour le diagnostic des métastases hépatiques. Reprenant cette question, P. et W. ont pratiqué des recherches sur 25 malades atteints de cancer secondaire du foie. Pour eux les réactions de la bromosulphaléine et de Van den Bergh ne peuvent servir à ce diagnostic. Chez ces sujets, ils ont bien noté une diminution de l'excrétion de l'acide hippurique après l'injection intraveineuse de benzoate de soude, mais chez 25 sujets du même âge, atteints d'affections aiguës, ils ont observé les mêmes variations. Ils en concluent que le test de l'acide hippurique est d'une sensibilité trop grande pour servir au diagnostic des métastases cancéreuses hépatiques.

A. Plichet.

THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (Chicago)

Seelig, Verda et **Kidd.** ***Le danger de la poudre de talc sur les gants en chirurgie*** (*Journal of the American Medical Association*, vol. **123**, 11 Décembre 1943). — S., V. et K. montrent qu'expérimentalement la poudre de talc a, sur le tissu animal, un effet irritant qui entraîne une réaction inflammatoire permanente et progressive pouvant avoir des conséquences graves, favorisant en particulier les adhérences péritonéales.

Ils conseillent de le remplacer sur les gants de caoutchouc à usage chirurgical par le bitartrate de potassium qui n'a aucune action nocive sur les viscères et qui de plus est bactériostatique pour le colibacille et le staphylocoque doré.

Les gants doivent être stérilisés à l'autoclave pendant 15 minutes avec 10 *kg*. 500 de pression.

Le seul inconvénient est qu'avec le bitartrate de potassium les gants supportent 7 à 10 stérilisations, alors qu'avec le talc ils en supportent 12 à 20 (*Analyse d'après un résumé de l'article*).

André Sicard.

NEW ORLEANS MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL

Milton Finn (New Orléans). ***Splénectomie et purpura hémorragique*** (*New Orléans medical and surgical Journal*, Vol. **93**, n° 5, Novembre 1940, p. 259-263). — C'est sur une expérience de 12 splénectomies pratiquées de 1924 à 1939 pour purpura hémorragique que s'appuie M. pour montrer l'efficacité de l'intervention.

De ces 12 malades (7 hommes, 5 femmes), le plus âgé avait 61 ans, le plus jeune 3 ans.

Le tableau clinique était essentiellement fait, chez 9 d'entre eux, de purpura, chez un de ménorragies, chez un d'hématémèses, chez un d'épistaxis. Tous présentaient de l'anémie, une prolongation du temps de saignement et une diminution des plaquettes sanguines.

On note 1 mort post-opératoire (enfant de 3 ans décédé avec des vomissements et de l'acidose).

Il est remarquable de constater les modifications sanguines post-opératoires, en particulier celles portant sur les plaquettes dont le nombre commence à augmenter quelques heures après la splénectomie.

A l'exception d'un malade mort 6 ans plus tard de cause indéterminée et de deux malades qui n'ont pas été retrouvés, tous les autres restent parfaitement guéris.

André Sicard.

Dean H. Echols (New Orléans). ***Le traitement chirurgical de la sciatique*** (*New Orléans medical and surgical Journal*, vol, **94**, n° 6, Décembre 1941, p. 265-270). — D. a opéré 50 cas de hernie discale. Il n'utilise plus, sauf dans quelques cas typiques, le lipiodol intrarachidien qui est mal toléré par certains sujets, qui augmente les douleurs, qu'il n'est pas possible de retirer en totalité au cours de l'intervention et qui ne met pas toujours en évidence une hernie latérale quand elle siège au niveau du 5e disque lombaire. Le thorotrast, essayé par quelques neuro-chirurgiens, a de trop grands inconvénients pour être pris en considération. L'examen du liquide céphalo-rachidien ne donne pas de renseignement utile. La radiographie joue uniquement un rôle d'élimination.

Le diagnostic de la hernie discale est donc purement clinique. Il est basé surtout sur l'histoire de la sciatique et sur son caractère persistant. 46 pour 100 des malades accusaient un traumatisme net. 78 pour 100 avaient une sciatique unilatérale. 74 pour 100 présentaient un lumbago associé à la sciatique.

On note 38 hommes et 12 femmes. L'âge moyen était 37 ans ; le plus jeune opéré avait 18 ans, le plus âgé 58 ans.

D. ne pose l'indication de la laminectomie qu'après tentative et échec des procédés orthopédiques (repos au lit, corset, gymnastique).

Comme dans plus de 90 pour 100 des cas la hernie siège au niveau des 4e ou 5e disques lombaires, il fait d'abord une laminectomie de L 5 pour explorer le 5e disque ; s'il trouve celui-ci normal, il agrandit vers le haut le champ opératoire pour explorer le 4e, à moins bien entendu que les signes cliniques ne fassent d'emblée laminectomiser L 4.

Tantôt la hernie est nette et consiste dans un fragment fibro-cartilagineux, avec ou sans le nucléus, qui se laisse extirper en totalité. Quatre fois, un fragment libre a été trouvé dans le canal rachidien. Une fois, la hernie était assez volumineuse pour déterminer, un blocage complet du canal rachidien avec parésie de deux pieds et rétention d'urine.

Tantôt le disque est simplement saillant (vingt-quatre fois sur cinquante). Il est inutile d'y toucher. Après avoir poussé aussi loin que possible sur les côtés l'ablation du ligament jaune et de l'os, on complète par une radicotomie.

Les suites opératoires ont toujours été simples : 29 malades sont totalement guéris, 8 sont soulagés, 3 souffrent autant et 10 n'ont pu être retrouvés.

Si l'on excepte 3 cas de suppuration de la plaie, 1 cas de thrombo-phlébite, la seule complication post-opératoire sérieuse est un cas de paralysie permanente du pied.

André Sicard.

PROCEEDINGS. INTERSTATE POST GRADUATE MEDICAL ASSEMBLY OF NORTH AMERICA

Masson et **Cariker**. ***Endométriose et ses complications*** (*1943 Proceedings. Inter state Post graduate Medical Assembly of North America*). — Les signes d'endométriose permettant le diagnostic préopératoire sont : l'âge de la malade (25-45 ans), la dysménorrhée, les douleurs pelviennes irradiant vers le sacrum, le rectum, les cuisses et augmentant au moment des règles, les ménorragies, la stérilité, la dyspareunie.

L'examen donne des renseignements variables : rétroversion de l'utérus fréquemment fixé par des adhérences avec ou sans tumeur palpable, empâtement et sensibilité des culs-de-sac, kyste des ovaires, petits nodules irréguliers de la cloison recto-vaginale ou des ligaments larges. Le fibromyome est associé à l'endométriose dans 80 pour 100 des cas environ.

Chez la femme jeune, le traitement est difficile. Si on laisse du tissu ovarien, on peut être certain que les troubles continueront et, si on fait une castration, on risque les inconvénients d'une ménopause prématurée.

Quand les deux ovaires sont atteints, on doit, bien entendu, sans tenir compte de l'âge, pratiquer une hystérectomie avec ablation des annexes. Quand un seul ovaire est atteint et que la femme a moins de 38 ans, il est préférable de ne faire qu'une castration, mais la malade doit être avertie qu'elle pourra plus tard avoir à subir une hystérectomie secondaire ou de la radiothérapie. Les opérations conservatrices, chez les femmes jeunes qui se plaignent de dysménorrhée, peuvent être complétées par la résection du nerf présacré.

De toute façon, il est très important, pour éviter les récidives, d'enlever tout le tissu endométrial.

A la clinique Mayo, de 1923 à 1943, le diagnostic d'endométriose a été fait dans 2.062 cas. 80 pour 100 des malades avaient de 30 à 49 ans. 500 de ces cas présentaient des complications. Dans 329 cas, la tumeur siégeait au niveau de la cloison recto-vaginale, du rectum ou du sigmoïde. Les lésions ovariennes ont obligé presque toujours à pratiquer une opération radicale (*Analyse d'après un résumé de l'article*).

André Sicard.

ARCHIVES OF OPHTHALMOLOGY (Chicago)

B. Klien. ***La thérapeutique anticoagulante de la thrombose de la veine centrale de la rétine*** (*Archives of Ophthalmology*, t. 29, n° 669, Mai 1943, *in* Ophthalmology Newsletter, Septembre 1943). — Le traitement par les anticoagulants tels que l'héparine et la dicoumarine est devenu d'un usage courant dans les thromboses de la veine centrale de la rétine. Le succès de cette thérapeutique est commandé par l'étiologie de la thrombose.

La thrombose la plus fréquente est celle que l'on rencontre chez les vieillards artério-scléreux, elle est secondaire à une irritation proliférative des parois veineuses aussi la thérapeutique anticoagulante ne fait-elle que retarder un processus inévitable.

Un second type de thrombose est dû à une maladie dyscrasique du sang telle que la maladie de Vaquez ou la thrombocythémie primitive. C'est dans ces cas que la thérapeutique agit surtout.

Dans un troisième type, la thrombose est due à une stase qui peut dépendre de la diminution de volume du sang artériel à la suite de spasme, comme cela se voit au début de l'hypertension ou à la suite d'intervention chirurgicale portant surtout sur le crâne. Dans ces cas, l'action des anticoagulants est certaine à condition qu'ils soient associés à des vaso-dilatateurs.

Un quatrième type enfin est causé par la périphlébite de la veine comme dans la tuberculose de la rétine ; dans ce cas, il semble que cette thérapeutique ne soit pas indiquée.

A. Plichet.

JOURNAL OF CLINICAL ENDOCRINOLOGY

Mac Bryde et **Reiss**. ***L'insuline protamine-zinc, l'insuline globine-zinc et les mélanges d'insuline*** (*Journal of Clinical Endocrinology*, t. 4, n° 469, Octobre 1944, *in* Medical News letter, Mars 1945). — De cette étude poursuivie à l'Ecole de Médecine de Washington, il semble que l'insuline protamine-zinc modifiée donne de meilleurs résultats que l'insuline globine-zinc à laquelle B. et R. reprochent de ne pas diminuer l'hyperglycémie consécutive au petit déjeuner et de donner une hypoglycémie importante l'après-midi. Les mélanges faits de deux parties d'insuline ordinaire et d'une partie d'insuline protamine-zinc donnent des résultats irréguliers. Sur un total de 110 diabétiques observés pendant 2 ans, 90 pour 100 des sujets ont été nettement équilibrés avec une seule injection d'insuline protamine-zinc modifié, les cas sévères aussi bien que les cas bénins ne dépassant pas 120 unités par jour.

B. et R. concluent qu'il ne faut pas encourager l'usage de multiples formes d'insuline. Une bonne thérapeutique du diabète demande la simplicité et l'introduction de ces insulines nouvelles amène la confusion. Deux formes d'insuline semblent suffisantes : l'insuline protamine-zinc modifiée et l'insuline régulière.

A. Plichet.

BRITISH MEDICAL JOURNAL (Londres)

Sir Henry Tidy. ***Fréquence de l'ulcère du tube digestif à l'Hôpital Saint-Thomas, 1910-1937*** (*British medical journal*, n° 4.392, 10 Mars 1945, p. 319-324). — L'Hôpital Saint-Thomas ayant été militarisé de 1914 à 1921, on ne peut comparer que la période qui s'étend de 1910 à 1913 et celle de 1921 à 1937. De 1910 à 1913, on relève 403 ulcères du tube digestif, de 1922 à 1937, 3.336.

D'une façon générale, la fréquence des ulcères gastriques a augmenté chez les hommes âgés de moins de 40 ans.

La fréquence des ulcères duodénaux a augmenté modérément jusqu'en 1930 pour regagner ensuite son niveau d'avant la guerre de 1914. La fréquence des ulcères duodénaux est moindre que celle des ulcères gastriques depuis 1927.

Chez la femme, on peut faire les mêmes remarques pour l'ulcère gastrique, mais il est moins fréquent que chez l'homme. Il s'observe surtout chez les femmes au-dessous de 40 ans. L'ulcère duodénal est moins fréquent chez la femme à tous les âges.

La possibilité de perforation est plus grande pour l'ulcère duodénal, plus fréquente chez l'homme que chez la femme, plus fréquente pour l'ulcère gastrique au-dessous de 40 ans.

A. Plichet.

Barnet Salomons. ***L'anesthésie par injections intraveineuses de Pentothal sodique*** (*British medical journal*, n° 4.399, 28 Avril 1945, p. 592-593). — Le Pentothal sodique en injection intraveineuse continue permet d'obtenir une anesthésie complète. Les solutions employées sont à 2,5 pour 100 et ne sont pas caustiques pour les veines. On peut leur adjoindre des inhalations soit d'oxygène ou de carbogène, soit de cyclopropane qui permettent de diminuer la quantité de pentothal injectée. La quantité injectée pour obtenir une anesthésie profonde ne dépasse pas 1 *g.* 50 et est en fonction de la durée de l'opération.

Cette anesthésie a été employée chez 700 blessés de guerre. La septicémie, l'état de shock ne sont pas des contre-indications, à condition toutefois de ne pas donner de grosses doses. S., cependant, ne l'a pas employée chez des sujets atteints d'ictère.

A. Plichet.

G. R. Cameron et **F. Burgess**. ***La toxicité du 2.2 bis (p-chlorphény) I. I. I. Trichloréthane*** [D. D. T.] (*British medical journal*, n° 4.407, 23 Juin 1945, p. 865-873). — Il résulte de ces expériences qui ont été poursuivies d'Avril 1943 à Mars 1945 sur l'animal et sur l'homme ainsi que d'autres recherches d'auteurs américains, qu'il existe une large marge de sécurité entre la dose toxique et la dose insecticide du D. D. T.

Chez l'animal, la dose léthale du D. D. T. en application cutanée est variable avec le solvant ou avec l'émulsion ainsi qu'avec le nombre d'applications. Il faut notamment des applications directes et quotidiennes d'une solution de D. D. T. à 10 pour 100 dans le kérosène pour provoquer une irritation cutanée. Des pansements imbibés d'une solution à 0,5 pour 100 de D. D. T. dans le benzène, représentant une dose de 100 *mg.* par kilogramme d'animal, appliqués pendant 7 jours sur la peau rasée d'un lapin ne déterminent aucun érythème.

Il faut au moins faire ingérer à un lapin 4 doses de 50 *mg.* par kilogramme d'animal de D. D. T. en suspension dans la paraffine pour voir apparaître des symptômes précurseurs d'intoxication, et des lapins ont survécu après l'absorption de 30 doses, soit 1 *g.* 5 par kilogramme de poids.

Chez l'homme, des expériences furent faites qui consistèrent à faire porter à des soldats des sous-vêtements imprégnés de poudre de D. D. T. à 1 pour 100 pendant 18 à 26 jours. Quelques-uns d'entre eux présentèrent de très légers érythèmes. Aucun accident ne fut observé chez des ouvriers travaillant à la fabrication de la poudre D. D. T.

De cette étude, on peut déduire que le D. D. T. à la dose où il est employé comme insecticide n'est pas toxique. Peut-être seulement faut-il prescrire la prise de quelques précautions chez les ouvriers maniant la poudre de D. D. T. pour leur éviter les symptômes nerveux : incoordination, tremblement, qui n'ont d'ailleurs été observés jusqu'ici que chez les animaux soumis à une intoxication prolongée et massive.

A. Plichet.

THE LANCET (Londres)

J. H. Robert, Oswald Tubbs et **M. Bates**. ***Le traitement des suppurations pulmonaires et pleurales par la Pénicilline*** (*The Lancet*, n° 6.333, 13 Janvier 1945, p. 40-45). — Dans l'hémothorax traumatique, la pénicilline employée systématiquement diminue les possibilités d'infection.

Dans les cas d'empyème aigu, l'injection de pénicilline amène rapidement la stérilisation de l'épanchement, mais il est bien souvent nécessaire d'intervenir et de drainer largement. Cependant l'injection précoce de pénicilline peut suffire, notamment dans les pleurésies à streptocoques chez l'enfant ou le vieillard.

La pénicilline est encore efficace dans les infection secondaires d'épanchement pleural tuberculeux, dans le épanchements purulents secondaires à une thoracoplastie.

Soixante cas de suppurations pulmonaires ont ét traités par la pénicilline qui n'avaient pas été amélioré par la sulfamidothérapie. Le traitement a consisté e injections intramusculaires de pénicilline toutes les troi heures jusqu'à 120.000 unités en moyenne par jour L'expérience de ce traitement montre qu'une asepsi rigoureuse est nécessaire pour éviter des abcès intramus culaires dus à des colibacilles. L'injection intraveineus a été employée dans certains cas, mais elle détermin souvent une phlébite de la veine. En employant l'hépa rine, il semble qu'on puisse éviter cet accident. La duré du traitement est en moyenne de 2 semaines, mai l'absence d'amélioration au bout d'une semaine doit f faire cesser.

Dans les suppurations diffuses dues au streptocoque no hémolytique, le traitement a eu une action certaine dan 7 cas, mais il n'a pas empêché l'extension à la cavit pleurale dans 2 cas, ni l'abcès cérébral métastatique dan 3 cas.

Le traitement est moins efficace dans les suppuration à microbes anaérobies.

Dans 2 cas d'actinomycose, il y eut un succès comple mais un 3e cas mourut de complications veineuses due au pyocyanique.

A. Plichet.

F. H. Bentley, Scott Thomson, A. K. Bingham J. A. Key et **M. H. Wostenholm**. ***Le traitement de fractures ouvertes par la suture précoce et l Pénicilline*** (*The Lancet*, n° 6.339, 24 Février 1945 p. 232-236). — Ce traitement a été appliqué à 62 ca dont 57 blessures de guerre et 5 accidents de route. O enregistra 58 succès complets avec cicatrisation pa première intention et consolidation rapide de la fracture 2 cas chez lesquels la guérison suivit une opération pou extraction de corps étrangers, 2 cas furent des échecs.

En général, les blessés arrivèrent à l'hôpital au 3e o 4e jour de leur blessure. Ils avaient tous reçu 20 *g.* d sulfamide par la bouche, traitement qui ne fut pa continué dès qu'on institua celui par la pénicilline.

Si le blessé ne montrait pas de signes d'intoxication ou le gardait en observation pendant 24 heures pendan lesquelles on faisait les radiographies nécessaires.

Au 6e jour en moyenne, la plaie était suturée aprè nettoyage, épluchage ; on introduisait un petit drain d 4 *mm.* de diamètre aux deux extrémités du foyer de la fracture ; un plâtre était ensuite appliqué s'il était néces saire en ménageant deux fenêtres pour laisser passer le tubes : 5 cm^3 de pénicilline sodique à 500 unités pa centimètre cube étaient introduites dans chaque tube à la fin de l'opération et 3 cm^3 deux fois par jour pendan 5 jours après aspiration. Il fut nécessaire dans la moiti des cas de compléter ce traitement par des injections d pénicilline (480.000 unités en 4 jours).

La pénicilline parentérale ne peut pas stériliser le fragments osseux souvent privés de vascularisation, ni l sang extravasé dans le foyer de la fracture tandis qu les instillations locales de pénicilline portent directement la pénicilline à l'endroit où elle est utile.

A. Plichet.

B. H. Burns et **R. H. Young**. ***La pénicilline dans les fractures compliquées du fémur*** (*The Lancet* n° 6.339, 24 Février 1945, p. 236-238). — B. et Y. n sont pas partisans de la pénicilline en instillations locales Ils font à leurs blessés, pendant 4 ou 5 jours, 2 à 5 injections par jour de 20.000 à 50.000 unités. Dan la plupart des cas ils pratiquent une suture précoce qu favorise la cicatrisation, la pénicilline mettant à l'abr des septicémies et des infections que l'on redoutait tant autrefois.

Dans 70 cas de fractures ouvertes du fémur, 48 furent suturées immédiatement et, grâce à ce traitement, se comportèrent comme des fractures fermées. Il n'y eut ni amputation, ni mort. Les auteurs insistent sur la mobilisation précoce du genou qui amène la disparition rapide de l'œdème et empêche les adhérences.

A. Plichet.

Clement Grinshaw et **Lois Stent**. ***Gangrène cutanée post-opératoire*** (*The Lancet*, n° 6.345, 7 Avril 1945 p. 434-436). — G. et S. rapportent l'observation de 2 cas de gangrène post-opératoire, affection extrêmement rare. Dans le premier cas, consécutif à une gastrectomie pour ulcère d'estomac, la gangrène des bords de la plaie se développa au 7e jour de l'opération et évolua pendant 4 semaines. Les traitements médicaux furent impuissants, y compris la sulfamidothérapie. Seule l'excision large des bords de la plaie au bistouri électrique vint à bout de cette gangrène due à une flore composée de streptocoques et staphylocoques aérobies et anaérobies.

Dans le deuxième cas, consécutif à une opération pour ulcère d'estomac, la gangrène de la plaie opératoire survint au 13e jour. Elle était due à un streptocoque anaérobie. Un traitement de 5 jours par 100.000 unités quotidiennes de pénicilline guérit rapidement cette gangrène.

G. et S., à propos de ces 2 observations discutent l'étiologie des autres cas qui ont été publiés.

A. Plichet.

CHRONIQUES

L'Hospice de Bicêtre [1]

C'est sur les lieux mêmes où s'élevait le magnifique château féodal du duc de Berry [2], dont les restes furent rasés par ordre de Richelieu, que Louis XIII fit construire en 1634 « une maison vrayement royale » pour les soldats estropiés, sous le nom de *Commanderie de Saint-Louis*. Inachevée après dix ans de travaux, elle abrita provisoirement les enfants trouvés avant de recevoir sa nouvelle affectation. Lorsqu'en 1656 parut l'édit de Louis XIV prescrivant le « renfermement » des pauvres, Bicêtre fut rattaché aussitôt à l'*Hôpital Général*, dont il devint une des principales maisons. Rapidement aménagé, l'ancien hôpital militaire, transformé en dépôt de mendicité, pouvait recevoir, dès l'année suivante, plus de 600 personnes.

Dès lors, Bicêtre connaîtra pendant plus d'un siècle et demi la triste célébrité que lui a valu son étrange population composée d'abord de mendiants puis de syphilitiques, de fous, de nerveux et de condamnés. « A Bicêtre, écrit Tenon, sont de pauvres hommes, jeunes et vieux, valides ou invalides, des fous furieux, des imbéciles, épileptiques, paralytiques, aveugles, écrouelleux, incurables de toute espèce, des hommes enfin et des femmes soumis aux grands remèdes. »

D'avoir été « le refuge de toutes les misères et de tous les vices de l'humanité [3] » est né le sentiment d'horreurs que cet établissement inspirait encore au début du siècle dernier. C'est parce qu'il y retrouve « cette désolante image de la vie [4] » que Huysmans écrira : « En haut, tout en haut, couvrant le ciel, Bicêtre dresse sa masse énorme, dominant tout Paris comme une menace [4]. » Au-dessus de la Bièvre, sa silhouette, visible de loin, se détache sur l'horizon, comme une « bouée formidable et grandiose signalant les brisants de la ville [4] ».

Maxime du Camp, lui aussi, dans ses études sur *Les aliénés à Paris* [5] a tracé du vieux Bicêtre un tableau saisissant : « Ce qu'était Bicêtre à cette époque, on ne peut se le figurer ; c'était la *renfermerie* du moyen âge dans ce qu'elle avait de plus hideux ; c'était à la fois une geôle, une maison de correction, un pénitencier, un hôpital : assassins, débauchés, malades, indigents, idiots, gâteux vivaient pêle-mêle dans la plus affreuse promiscuité ; d'un seul mot, c'était un cloaque. Les aliénés, comme des bêtes dangereuses, étaient tenus à part, enfermés dans des cabanons de six pieds carrés, qui ne recevaient d'air et de jour que par le guichet dont la porte était percée. Enchaînés [6] par le milieu du corps, portant des fers aux mains et aux pieds, nus pour la plupart... ne recevant ni soin, ni médicament [7], les malades étaient dans un état de fureur permanente... »

Les premiers pensionnaires installés dans les bâtiments de Louis XIII occupaient la partie nord, près de l'ancienne entrée, là où sont installés aujourd'hui les grands infirmes. Les *bons pauvres*, c'est-à-dire les vieillards indigents, s'y trouvaient d'abord confondus avec les malades. Faute de lits en nombre suffisant, les uns veillaient une partie de la nuit pendant que les autres dormaient. Malgré l'exclusion portée contre eux par l'édit de 1656, qui leur refusait l'entrée dans les hôpitaux et hospices [8], les vénériens furent admis à Bicêtre dès l'origine ; mais c'est seulement à partir de 1690 que les « gastez » des deux sexes y furent reçus de façon régulière dans deux divisions spéciales : à *Saint-Eustache* et à *La Miséricorde*. Pour éviter l'encombrement, le règlement stipulait que ceux qui avaient gagné le mal par leur inconduite seraient « sujets à correction avant toute chose et fouettés, ce qui sera certifié par leur billet d'envoi ». Venaient ensuite les « Grands Remèdes [9] », après quoi ils étaient déclarés guéris, à moins qu'entre temps survienne une complication ou une issue fatale.

Un quartier spécial, on disait alors un « emploi » était réservé aux « insensés », c'est-à-dire aux fous, qui furent admis à Bicêtre dès 1660. Tandis que les aliénés tranquilles conservaient une certaine liberté, du moins jusqu'en 1730, les agités parqués au *quartier Saint-Prix*, occupaient des loges humides et mal aérées, qui subsistèrent jusqu'à la Restauration.

Maison de correction pour les enfants indisciplinés, dès la fin du XVII° siècle, Bicêtre deviendra une maison de détention à partir de 1729, pour les condamnés de droit commun qui étaient emprisonnés dans la *Maison de Force*. Douze ans plus tard, les bâtiments des *Cabanons*, qui lui faisaient pendant au nord, recevront les individus enfermés sur lettres de cachet [10].



Bicêtre. Entrée actuelle. (*Arch. de l'Assistance Publique.*)

Aux fortes têtes étaient réservés les sinistres *Cachots* de Bicêtre [11], où les condamnés mis au pain sec et à l'eau étaient enchaînés aux murs.

La Révolution amena bien des changements dans cette maison, en particulier dans les conditions de traitement et de logement de ses pensionnaires. Les aliénés furent les premiers à en bénéficier, grâce à l'intervention de Pinel dont les méthodes de douceur aboutirent à la suppression des chaînes. Déjà quelques années avant la Révolution deux modestes employés de l'hospice, J.-B. Pussin et Guilleret, avaient fait preuve d'une heureuse initiative dans ce sens. Enfin, la construction de nouveaux bâtiments au début du XIX° siècle permit d'accorder à ces malheureux un abri plus convenable [12].

Sous la Convention, l'ouverture de l'hôpital des *Vénériens* désencombre Bicêtre d'une grande partie de ses pensionnaires. Quant aux prisonniers, leur sort était moins affreux depuis la suppression des cachots noirs un an déjà avant la Révolution. Les lettres de cachet également supprimées avaient vidé les *Cabanons*, qui ne servaient plus qu'aux condamnés de droit commun.

En Septembre 92, Bicêtre connut des heures tragiques [13]. C'est à Bicêtre que fut inaugurée une pratique maintenue pendant plus de quarante ans et qui contribua beaucoup à la mauvaise réputation de cet établissement : le « ferrement des condamnés [14] », dont un tableau de Boilly (1791) rappelle le souvenir. En 1836 un important changement s'opère. *La Maison de Force* est remplacée par la Grande Roquette, tandis que les enfants de *la Correction* sont transférés à la Petite Roquette, devenue prison des Jeunes Détenus. C'est donc seulement sous Louis-Philippe que Bicêtre, débarrassé de sa prison, prend le caractère définitif de grand hospice qu'il a conservé. Jusqu'en 1887, il portera le nom d'*Hospice de la Vieillesse-Hommes*. Du vieux Bicêtre démoli à cette époque, et rebâti en plus grand sur le plan primitif, il reste encore de nombreux vestiges suffisamment évocateurs, en particulier les deux anciennes portes d'entrée : celle orientée au nord [15], du XVII° siècle, et la porte actuelle à l'est qui date de 1787, dont l'écusson encadré de feuillage est encore surmonté de la couronne royale.

On ne voit plus la chapelle élevée par Le Vau en 1674 malheureusement démolie en 1919. Par contre, nous retrouvons les vieux bâtiments de *la Force* et des *Cabanons*, dont les petites pièces ont gardé leur plafond à poutres apparentes, la *cour royale*, les anciens *cachots blancs* qui servent de magasin en sous-sol à la pharmacie. Le jardinet voisin, c'est la *Cour des Massacres*. Plus au sud, voici le *quartier Saint-Prix* et les nouvelles loges, celles de la Restauration. Ce curieux bâtiment en rotonde qui avait si fâcheusement impressionné Maxime du Camp, c'est l'ancienne *Sûreté* bâtie sous Louis-Philippe pour les aliénés criminels, et dont les anciennes loges grillées servent aujourd'hui de cabines de bains. Ces petits logements de la *Cour des Marchands* rappellent l'époque où d'innombrables travailleurs recrutés parmi les malades exerçaient divers métiers, pour se procurer quelque argent. Mais la principale curiosité de l'établissement c'est encore le fameux puits de Bicêtre « connu par sa beauté, écrit Tenon, et le volume considérable d'eau qu'il procure [16]. » Avec l'ancien manège [17], aujourd'hui transformé en chapelle, et le réservoir [18], il forme un ensemble heureusement conservé. Pourvu aujourd'hui de tous les perfectionnements modernes, cet établissement représente avec ses 4.220 lits le plus vaste hospice après la Salpêtrière. Le rôle bienfaisant qu'il accomplit de nos jours auprès des vieillards, des anormaux et des aliénés permet de mesurer le chemin parcouru entre les méthodes d'hier et celles d'aujourd'hui.

PIERRE VALLERY-RADOT.

BIBLIOGRAPHIE

Dr BENASSIS : Bicêtre. *Revue thérapeutique des Alcoloïdes*, éditée par les Laboratoires Houdé. — FRANCK FUNCK-BRENTANO : Bicêtre. *Les vieux hôpitaux français*, édité par les Laboratoires Ciba.

1 Monument historique (10 Avril 1929).

2. Jean do Fraace, 3° fils do Philippe-le-Bon ot frèro de Charles V.

3. DELAURE : Histoire de Paris.

4. Croquis parisiens.

5. *Revue des Deux Mondes*, 1870. Les Hôpitaux de Paris.

6. On a beaucoup exagéré le nombre des aliénés enchaînés. Lors de sa visite à Bicêtre, en 1790, La Rochefoucauld-Liancourt n'en trouva que 10 sur 270.

7. Il faut avouer qu'il n'était pas très encourageant de tenter une thérapeutique chez des sujets, dont l'incurabilité avait été officiellement reconnue par un certificat médical, après traitement d'essai à l'Hôtel-Dieu, qui ne gardait que les cas curables.

8. Sauf aux *Petites Maisons*.

9. Trois purgations, neuf bains de deux heures suivis do frictions mercurielles quotidiennes pendant ua mois.

10. Ces deux constructions formaient uae eaceinte spéciale isolée du reste de l'établissement.

11 Victor Hugo y fait allusion dans *Dernier jour d'un condamné*. Moins redoutés que les *Cachots noirs* où régaait une obscurité absolue, les *Cachots blancs* jouissaient d'uao faible clarté qui en atténuait l'horreur.

12. Une gouache de Bertin au Musée Caraavalet représento *Un coin de lo cour des paisibles à l'Hôpital Bicêtre en 1824.*

13. 170 déteaus, parmi lesquels plus do 30 enfants de la *Correction*, furent massacrés.

14. Cette cérémonio traditioanelle se déroulait daas la « cour royale » où les forçats eachaîaés attendaient leur départ pour le bagne.

15. Condamaée depuis sa transformation en chapelle protestante. Elle porte encore au frontoa l'iascription auivante *A Saint-Jeon-Baptiste, Hospitol Générol, 1668.*

16. Creusé par BOFFRANN en 1733 ea partie dans le roc 58 *m.* do profondeur, 5 *m.* do diamètre. Au fond coule une rivière aux eaux rapides.

17. Construction de formo octogouale où 12 chevaux attelés par 4 montaient l'eau. Par raison d'économie, à partir de 1779 et jusque sous lo Second Empire, on y employa des hommes au nombre de 24 qui se relayaient par groupe de 8.

18. Magnifiquo construction en pierre que ses voûtes d'arête élégantes et ses gros piliers font ressembler à uae crypte D'une conteaaace de 5.000 hectolitres, il pouvait alimeater l'établissement pendant une somaine.

Camille Dambrin

(1874-1945)

Une exubérance méridionale avait pénétré le calme service de Reclus, lorsqu'en 1902, avec ses yeux noirs, son teint mat, ses cheveux d'ébène et sa voix chantante, Camille Dambrin y vint terminer un internat qui l'avait fait jusque-là passer dans les services de Brun, de Bar et de Nélaton. Nul ne pouvait douter qu'il n'arrivât de la Faculté de Toulouse. Il regagna son Midi bien-aimé dès qu'il eut passé sa thèse, pour retrouver sa place dans le service du Prof. Jeannel, dont il avait été l'externe, dont il devint le chef de clinique et qu'il considéra toujours comme son Maître essentiel.

Chirurgien des hôpitaux en 1907, agrégé de chirurgie générale en 1910, il est, à la mobilisation de 1914, chirurgien de l'ambulance 1 de la 38e division coloniale. Avec ses zouaves et ses tirailleurs, il est à Charleroi et à la bataille de la Marne, et obtient, dès Septembre, une citation qui lui vaudra la croix de guerre. Chirurgien consultant de la 5e armée, je l'avais rencontré un peu plus tard à Fismes, où son ambulance était installée, et où sa réputation de chirurgien s'était accrue du fait qu'il était le seul chirurgien de l'armée qui fût, à celle époque, parvenu à guérir une plaie de l'abdomen avec lésion du grêle. Ce succès était bien dû à celui qui avait consacré sa thèse aux lésions de l'intestin dans les contusions abdominales.

En Mai 1915, Dambrin est nommé chef de centre chirurgical à Marseille. En collaboration avec le génial Sicard, il crée un service de chirurgie nerveuse d'où sortiront une série de recherches originales, tant sur les plaies des nerfs que sur les plasties craniennes par greffes prélevées sur des crânes de cadavres. Il est chevalier de la Légion d'honneur en 1918.

En 1921, la Faculté de Toulouse lui confiait à l'unanimité la chaire de clinique chirurgicale. Il l'abordait sous l'égide d'une leçon inaugurale qu'il avait tenu à consacrer aux qualités morales du chirurgien : la bonté, la charité et la moralité : « Les Maîtres devraient placer au premier rang de leurs préoccupations l'éducation morale de leurs élèves. Il faut que le Maître donne l'exemple. Il faut que sa carrière soit sans tache, et qu'arrivé au soir de sa vie, il ait le droit de dire qu'il est satisfait, parce qu'il a bien travaillé et dignement vécu ».

Dambrin se fit à Toulouse l'apôtre de la chirurgie sous anesthésie locale. Avec son fils Louis, il mit au point une technique d'amputation des grands segments de membre sous cette anesthésie.

Officier de la Légion d'honneur en 1934, il ne voulut pas que sa retraite professorale mît fin à sa carrière chirurgicale. Il avait transporté son activité à Castelsarrasin, tout près de son pays natal de Lafitte, où il avait depuis longtemps déjà installé une clinique de chirurgie. C'est là qu'il est mort le 21 Mai 1945, de la belle mort du chirurgien qu'il avait toujours souhaitée. Quelques jours auparavant, après une hystérectomie particulièrement laborieuse, il était rentré chez lui en disant : « Cette opération m'a tué ». Le lendemain, pendant qu'il faisait lui-même une piqûre à une opérée, un ictus le terrassait.

A ses fils, chirurgiens, qui furent ses élèves et ses assistants, et dont le plus jeune, engagé volontaire dans l'armée Delattre de Tassigny, lui procura sa dernière joie en lui apportant la Croix de guerre qui venait de lui être décernée en Alsace, à Madame Camille Dambrin, qui fut la digne compagne des émotions comme des joies, *La Presse Médicale* adresse l'expression de ses très vives condoléances

MAURICE CHEVASSU.

Correspondance

Sur les dénutritions actuelles et l'athrepsie.

Dans *La Presse Médicale* du 18 Août 1945, M. le Prof. Louriquand a fait paraître un travail intitulé « A propos des graves dénutritions actuelles. Remarques biocliniques sur l'athrepsie et le terrain athrepsique » dans lequel il relate chez les malheureux dénutris revenus des camps de concentration d'Allemagne des états irréversibles, se distinguant par là des cachexies et qu'il rapproche de l'athrepsie des nourrissons, plus particulièrement de l'athrepsie par hypo-alimentation étudiée par Marfan.

Nous avons été frappé de notre côté de cette même analogie à propos des graves syndromes de dénutrition que nous avons observés pendant les années 1941-1942 chez les aliénés, et nous avons insisté sur des formes spéciales que nous avons désignées sous le nom « *d'athrepsie des aliénés* ». Les accidents évoluaient le plus souvent en trois phases. Une première phase de troubles gastro-intestinaux marqués soit par des gastro-entérites avec diarrhées, soit plus souvent par des colites, ou par d'énormes dilatations avec paralysies gastriques, et distension abdominale provoquées par le déséquilibre alimentaire. La deuxième phase était marquée par des œdèmes et des diarrhées, la troisième phase enfin par un syndrome athrepsique typique avec fonte musculaire énorme, hypothermie et un état spécial que certains ont appelé coma, mais qui présentait plutôt le tableau du « mort vivant » de l'athrepsie : immobilité absolue les yeux ouverts, faciès de cadavre avec cornée ternie, refroidissement considérable et sidération des capillaires, contractures, enfin et surtout troubles respiratoires très particuliers avec pauses respiratoires, parfois plus rarement rythmes de Cheynes-Stokes ou de Kussmaül, en outre paralysie des mâchoires tombantes, bref signes bulboprotubérantiels. Le pouls restait néanmoins régulier malgré cet aspect de mort, mais à l'électrocardiogramme nous avons constaté une fois des troubles importants du fonctionnement myocardique. Nos recherches anatomiques devaient déceler notamment des hémorragies purpuriques du tube digestif et parfois des tendances congestives au niveau du système nerveux.

Ces faits sont bien différents des comas hypoglycémiques décrits par Lhermitte et Sigwald. D'ailleurs, il s'agissait d'état irréversibles, inaccessibles à la cure sucrée. C'est pourquoi reprenant une idée que nous avons maintes fois défendue sur l'analogie de la pathologie de l'aliéné et du nourrisson, nous pensions que les faits que nous venions d'observer devaient être rattachés à la maladie de Parrot, et qu'ici les manifestations athrepsiques étaient favorisées par le terrain nerveux et les troubles des centres neuro-végétatifs.

Notre opinion a été exposée dans la thèse de notre élève Bachet (*Etude des troubles causés par la dénutrition dans un asile d'aliénés*, Février 1943, Arnette). Nous l'avions également exposé oralement à la Société Médico-psychologique (10 Mai 1943), exposé qui a été enregistré, mais qui n'a pu à ce moment être publié en raison des lois raciales des occupants, mais qui fait l'objet d'un mémoire d'ensemble déposé en Janvier dernier aux *Annales médico-psychologiques*. Quant à l'étude physiologique de ces dénutritions, elle a été faite par M. Gounelle et ses collaborateurs.

H. BARUK,

Médecin-chef, Maison Nationale de Charenton.

*
* *

Erratum. — Dans l'article de M. Jacques ETÉVÉ sur **la Phénothiazine,** paru dans notre numéro 35 du 1er Septembre 1945, la formule de la Leucophénothiazone (p. 467, 2e colonne) doit être ainsi représentée :

Livres Nouveaux

Cancérologie clinique et pratique, par Léon IMBERT, directeur honoraire du Centre anticancéreux de Marseille. 1 volume de 292 pages (*Masson et Cie*, éditeurs), Paris. — Prix : 70 fr.

L'auteur de ce livre qui a été Directeur du Centre anticancéreux de Marseille pendant de longues années apporte ici le fruit de son expérience. Après un chapitre où sont exposées les notions générales sur le Cancer et les principes de traitement du Radium et des Rayons X, le Prof. Imbert aborde l'étude des différentes formes d'épithélioma. Il en fait une étude clinique et thérapeutique où sont consignées ses vues personnelles. Une part importante est faite à l'examen clinique et à ce titre cet ouvrage est susceptible d'apporter de précieuses notions aux praticiens. Une troisième partie est consacrée à l'étude si complexe des sarcomes et enfin dans un dernier chapitre le Prof. Imbert essaie de tirer des conclusions générales de ce qu'il a vu et observé lui-même, ce qui donne à ce travail une note personnelle rarement rencontrée dans les ouvrages qui traitent de cette difficile question du cancer.

S. L.

Cinquante ans d'Histoire de l'Ecole du Service de Santé de Lyon (1889-1939), par le Médecin général inspecteur MAROTTE, préface de A. LUMIÈRE (*B. Bonnefon*, éditeur, 5, place des Cordeliers, Lyon).

Lorsque le Médecin général inspecteur Marotte écrivait qu'il désirait avant tout fixer une période de l'histoire de l'Ecole du Service de Santé avant que les témoins de ses débuts aient tous disparu, et parce qu'il avait par trois fois fait partie de cette institution à laquelle il est resté très attaché, il ne se doutait pas que les bâtiments d'où les élèves avaient été chassés par la Gestapo s'écrouleraient en partie sous les bombes peu de mois après.

Cette blessure profonde marquant sans doute la fi[n] d'une des phases de la vie d'une de nos Grandes Ecole[s] qui, pour être la plus jeune n'en est pas moins dign[e] de ses aînées, donne encore plus d'intérêt, s'il en étai[t] besoin, au bel ouvrage d'un des « grands anciens » de la médecine militaire française.

On y trouvera l'histoire, fort bien résumée, du Corp[s] de Santé Militaire, de son origine à nos jours, mais su[r] cette fresque se détache, avec un grand souci du détai[l] et de l'exactitude, l'image très riche en couleurs de cett[e] Ecole lyonnaise où ont été formés, depuis plus de 50 ans la plupart des médecins militaires, avant qu'ils n'aillent à l'ombre du dôme du Val-de-Grâce, parachever leur études.

La documentation abondante et précise concernant le[s] étapes de la création, l'organisation et le fonctionnement les règlements sous les différents régimes qui se son[t] succédé, la vie des élèves à la Faculté de Médecine les cérémonies qui ont eu lieu à l'Ecole, les portrait[s] des chefs qui l'ont dirigée, de leurs collaborateurs, de[s] Maîtres qui y ont enseigné, doit intéresser de nombreu[x] lecteurs.

Tous ceux qui y ont vécu retrouveront une évocatio[n] parfaite, animée d'anecdotes qui sauront les émouvoir de la Maison à laquelle ils doivent leur formation. Ceu[x] qui s'intéressent à tout ce qui touche l'Armée et se[s] grandes institutions, comme ceux qui veulent connaîtr[e] l'activité de la grande cité lyonnaise, le Français, quell[e] que soit la discipline à laquelle il appartient, qui désire[nt] relire une page d'histoire de son pays, comme l'étrange[r] qui souhaitera savoir ce qu'est le Corps de Santé Mili[-]taire, tous auront dans ce livre, très agréable à lire les souvenirs ou les documents qu'ils cherchent.

Aux heures que nous vivons, où l'Ecole du Servic[e] de Santé va entrer dans une nouvelle période de sa vie les paroles, citées dans cet ouvrage, que prononçait e[n] 1938 le Président Herriot, au cinquantenaire de l'Ecol[e] qu'après Strasbourg « Lyon avait reprise au lendemai[n] du grand deuil de la Patrie », ont plus que jamais leu[r] sens : sa mission est toujours « de lutter contre l'ignoranc[e] et la cruauté, de conserver le goût de la culture géné[-]rale qui marque le caractère de la médecine française Les jeunes gens qui y viennent ont le devoir indéfin[i] pour l'esprit de lutter contre les forces aveugles de l[a] matière ».

Nul doute que la nouvelle génération de « Santards » ne suive la voie qui leur a été ainsi tracée. Le Médeci[n] général inspecteur Marotte, sans en dissimuler les obs[-]tacles, a su leur en montrer l'attrait et la grandeur.

R. SOHIER.

Technique de la chirurgie du sympathique et de ses infiltrations, par LAMBRET, RAZEMON et DECOULX 2e édition (*Doin*, éditeur), Paris, 1944.

La réédition de ce livre prouve assez son succès. Sou[s] un format commode, cet ouvrage résume en effet l[a] technique des infiltrations anesthésiques du sympathiqu[e] et des diverses exérèses chirurgicales. C'est dire qu'il constitue à la fois un ouvrage utile aux praticiens e[t] un aide-mémoire précieux pour l'opérateur.

Une riche iconographie, particulièrement soignée, rend agréable la lecture de ce travail.

LUCIEN LÉGER.

Klinik und Behandlung der Azidose mit isotonischer Natriumbikarbonatlösung (L'acidose en clinique et son traitement par la solution isotonique de bicarbonate de soude), par E. KIRK (Copenhague). 1 vol., 263 pages (*E. Munskggard*, éditeur), Copenhague, 1944. — Prix : 18 couronnes.

Les états d'acidose sont d'une grande fréquence en clinique et multiple est leur étiologie. Un moyen excellent s'offre à nous pour les combattre : les perfusions de bicarbonate de soude en solution isotonique. E. Kirk désire que cette notion soit bien connue de tous les praticiens. Cette thérapeutique qu'il a introduite au Danemark en 1934 lui a permis, en effet, de sauver la vie de très nombreux malades. Après avoir exposé sobrement les signes cliniques et les causes de l'acidose, il en approfondit de façon minutieuse le traitement et donne des observations typiques, la plupart personnelles, des résultats que l'on peut obtenir au cours de diverses variétés d'acidose. Une description détaillée de la technique de la détermination de la teneur du plasma en bicarbonate termine cet ouvrage dont le caractère pratique est incontestable.

P.-L. MARIE.

Le Comité National de l'Enfance vient de faire paraître deux petits volumes ayant un caractère à la fois technique et documentaire.

Le premier traite des *Consultations de Nourrissons*. Ce texte va de l'historique de la question au fonctionnement actuel de ces Consultations, à leur rôle éducatif et à leur avenir.

Le second volume envisage le *Problème du lait au point de vue hygiénique et sanitaire*, problème que M. le Dr LESNÉ, Président du C.N.E., a tant contribué à résoudre, malgré les obstacles de cette période difficile.

Des techniciens, tels MM. Guittonneau, Thieulin, Houdinière, Basquiast et Lelong ont examiné tous les aspects de la question et les conclusions qui s'imposaient.

Le Major Macy (du corps de Santé Américain), Professeur de bactériologie de l'Université de l'Etat de Minnesota — traduit par le médecin commandant Perles — a fait l'exposé du problème du lait aux Etats-Unis.

Ces deux ouvrages se trouvent au COMITÉ NATIONAL DE L'ENFANCE, 51, avenue Victor-Emmanuel-III (8e). — Prix : 30 fr.

LA MÉDECINE A TRAVERS LE MONDE

États-Unis.

Des essais de GREFFE NERVEUSE ont été tentés aux Etats-Unis avec des nerfs humains en se servant d'une colle tirée de l'acacia au lieu des sutures habituelles. Les nerfs ont été prélevés sur des sujets morts d'accident et les fragments ont été collés aux bouts périphériques et distal du nerf sectionné. Sur 3 sujets l'un a récupéré ses fonctions motrices et sensitives, le second a récupéré les fonctions motrices. Il est encore trop tôt pour juger les résultats chez le troisième.

***

Le Dr MILTON ROSEMAN, président de l'Association de la Santé publique Américaine, réclame un fonds de 100 millions de dollars pour des recherches sur les maladies mentales, la tuberculose, l'arthritisme, les maladies du cœur et des reins — affections qui sont encore de grandes inconnues et dont l'étude a été à peine effleurée jusqu'ici. Il faut profiter de l'exemple donné par le département de la guerre qui, en mettant des sommes considérables à la disposition des chercheurs, a permis des découvertes spectaculaires telles que la pénicilline, la thérapie par le plasma sanguin et les insecticides contre le typhus.

***

Aux Etats-Unis les YEUX ARTIFICIELS sont maintenant faits en matière plastique. Ce sont trois dentistes de l'armée américaine qui ont mis au point cette invention. L'œil plastique ressemble tant à l'œil naturel qu'il est difficile de l'identifier. Il se fixe exactement sur le moignon et donne une expression plus vivante. Il est plus léger que l'œil de verre et les malades ayant porté les deux préfèrent de beaucoup l'œil en matière plastique. Un autre avantage est leur solidité et leur bon marché ; un œil en matière plastique coûte 5 dollars alors qu'un œil en verre coûte 300 dollars.

(D'après *Medical Newsletters*.)

***

On parle beaucoup actuellement aux Etats-Unis d'un NOUVEAU SÉRUM découvert à l'Institut de Biologie de Kiew par le Professeur Alexandre BOGOMOLETZ, président de l'Académie des Sciences d'Ukraine, qui serait en cours d'expérimentation dans deux centres scientifiques américains.

Ce sérum, cytotoxique et antiréticulaire, semblerait stimuler l'organisme contre l'infection en évitant l'accumulation de substances toxiques dans les cellules. Il serait obtenu par l'injection à des chevaux de cellules de la rate et de la moelle osseuse humaine, et serait surtout efficace dans les arthrites et dans les fractures ouvertes. De plus on le dit capable de prolonger la durée de la vie en créant une défense de l'organisme contre le vieillissement.

***

Des résultats encourageants ont été décrits par Stokes et Neffe (*Journal Amer. Med. Ass.*) dans le TRAITEMENT DE L'HÉPATITE PAR LA GLOBULINE GAMMA qui est la dernière thérapeutique découverte contre la rougeole. La globuline gamma est un produit secondaire provenant des albumines fractionnées du sang de sujet en état de shock. Elle a été essayée au cours d'une épidémie de jaunisse survenue dans un camp de jeunes gens. Administrée par voie intramusculaire, 20,8 pour 100 seulement des sujets traités furent atteints d'ictère au lieu de 67 pour 100 pour les sujets non traités.

A. P.

INFORMATIONS

Comité consultatif de l'hygiène scolaire et universitaire

Le comité consultatif de l'hygiène scolaire et universitaire est appelé à définir la doctrine des départements intéressés des membres de l'Education nationale et de la Santé pour ce qui touche à la protection de la santé dans les établissements d'enseignements de tous ordres relevant du Ministère de l'Education nationale et, d'une manière générale, à donner des avis sur toutes les questions dont il sera saisi par le ministre de l'Education nationale en matière sanitaire.

Le comité consultatif de l'hygiène scolaire et universitaire comprendra parmi ses membres :

Un représentant de la confédération des syndicats médicaux français, désigné par le bureau de la confédération ;

Un inspecteur général de l'hygiène scolaire et universitaire ;

Un directeur d'institut régional d'Education physique, désigné par le ministre de l'Education nationale ;

Un inspecteur général de la santé et de l'assistance, désigné par le ministre de la Santé publique ;

Un directeur régional de la santé et de l'assistance, désigné par le ministre de la Santé publique ;

Un inspecteur départemental de la santé, désigné par le ministre de la Santé publique ;

Cinq médecins chargés des questions sanitaires auprès du ministère de la Santé publique, désignés par le ministre de la Santé publique ;

Le président de l'Association des médecins inspecteurs des écoles de Paris ;

Un médecin inspecteur régional de l'hygiène scolaire et universitaire, désigné par le directeur de l'hygiène scolaire et universitaire ;

Un médecin examinateur chargé du contrôle médical scolaire, désigné par le directeur de l'hygiène scolaire et universitaire ;

Une assistante chef régionale de l'hygiène scolaire et universitaire, désignée par le directeur de l'hygiène scolaire et universitaire ;

Des membres, dont le nombre ne pourra pas dépasser celui de dix, nommés par le ministre de l'Education nationale après accord du ministre de la Santé publique et choisis pour leurs connaissances en matière de protection de la santé dans les établissements d'enseignement.

Les conseillers techniques de la direction de l'hygiène scolaire et universitaire prendront part, avec voix consultative, aux séances du comité.

(*J. O.*, 12 Septembre 1945.)

CONSEIL DES MÉDECINS DE LA SEINE

Allocation de charbon

A la suite de démarches pressantes du Conseil des Médecins de la Seine, le Répartiteur du charbon a consenti à reprendre, pour l'hiver prochain, les allocations de combustible aux Médecins. Il a décidé d'attribuer à chaque médecin 300 *kg*. de charbon ou 1.200 *kg*. de coke de récupération. D'autre part, sur demande, les 300 *kg*. de charbon pourront être remplacés par 6 hect. de coke de gaz ou 450 *kg* de briquettes de lignite.

Pour obtenir le bon de charbon, les Médecins devront s'adresser à la Mairie de leur arrondissement ou de leur commune, à partir du 1er Octobre.

Inspection générale d'hygiène scolaire et universitaire

M. R. LEVY, dit Robert, médecin inspecteur départemental de la Santé, est nommé, à titre provisoire, inspecteur général de l'Hygiène scolaire et universitaire, à compter du 1er Juin 1945.

Université de Paris

Un Cours de radiologie clinique par M. R. LEDOUX-LEBARD, Chargé de Cours, commencera le vendredi 5 Octobre 1945, à 17 heures, à l'Amphithéâtre de Physique de la Faculté de Médecine et continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure. Ces leçons sont consacrées à l'exposé des *Notions indispensables de Radiodiagnostic clinique médico-chirurgical et d'interprétation radiologique*.

Cet enseignement est destiné aux étudiants, aux externes et aux internes des hôpitaux ainsi qu'aux docteurs en médecine désireux d'acquérir des notions pratiques d'interprétation des images radiologiques et de posséder les éléments indispensables de radiodiagnostic clinique basés sur l'emploi des techniques les plus récentes.

Ecole de Stomatologie. — Ouverture de l'enseignement : 5 Novembre 1945. L'enseignement réparti sur deux années scolaires comporte : 1° L'enseignement clinique (stages hospitaliers) ; 2° L'enseignement théorique : *a*) à la Faculté de Médecine ; *b*) à l'Ecole de stomatologie. 3° L'enseignement technique donné à l'Ecole de stomatologie.

Certificat de stomatologie. — A l'issue de la première et de la seconde année, les élèves subissent un examen écrit, oral et pratique portant sur toutes les matières enseignées.

Les cours de l'Ecole de stomatologie sont ouverts aux étudiants en médecine, en dernière année de scolarité et aux médecins français et étrangers, et à toutes autres personnes agréées par le Conseil d'Administration de l'école, tous régulièrement immatriculés à la Faculté de Médecine de Paris.

Droits : Immatriculation : 300 fr ; bibliothèque : 200 fr. ; examen : 100 fr. Le bulletin de versement de ces droits doit être retiré au Secrétariat de la Faculté (Guichet n° 4), les lundi, mercredi et vendredi de 14 à 16 h.

Travaux pratiques : 6.000 fr., à verser à la Caisse de l'Ecole de Stomatologie, 20, passage Dauphine, 30, rue Dauphine (6e).

Universités de Province

Faculté de Médecine d'Alger. — M. LAFFONT, professeur, est nommé, à titre provisoire, à compter du 1er Juillet 1945 et jusqu'à une date qui sera fixée par décret après le retour des prisonniers, *assesseur du Doyen*.

Faculté de Médecine de Bordeaux. — Par arrêté en date du 4 Septembre 1945, la chaire de *clinique chirurgicale et gynécologie* (dernier titulaire M. Jeanneney, décédé) est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours à dater du 12 Septembre est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

Faculté de Médecine de Lille. — M. Ph. BELLOCQ, professeur sans chaire à la Faculté, est nommé à titre provisoire, à compter du 1er Octobre 1945, professeur titulaire de la chaire d'*Anatomie*.

Faculté de Médecine de Lyon. — M. WERTHEIMER, professeur en surnombre, est transféré, à compter du 1er Juillet 1945, dans la chaire de *clinique chirurgicale*.

Faculté de Médecine de Nancy. — Le titre de professeur honoraire est conféré à M. JOB, ancien professeur de cette Faculté, admis à la retraite.

Ecole de Médecine de Limoges. — M. BONNEAUD, professeur suppléant, est *titularisé* dans ses fonctions à titre rétroactif, à compter du 1er Octobre 1945.

Direction générale de la Santé

L'honorariat du grade a été conféré à M. le docteur VIEILLEDENT, directeur régional de la Santé en retraite.

Hôpitaux et Hospices

Hôpital Lariboisière. — Le service de M. P. SOULIÉ, Agrégé, et les consultations de Cardiologie sont transférés à l'Hôpital Lariboisière. Jusqu'au 1er Octobre prochain, les consultations cardiologiques et le laboratoire d'électro-cardiographie ne fonctionneront que les mardis et samedis de chaque semaine de 9 à 12 h. A partir du 1er Octobre, le rythme normal des consultations reprendra :

Lundi : Dr P. LAUBRY ; mardi : Dr D. ROUTIER ; mercredi : Dr J. WALSER ; jeudi : Prof. Ch. LAUBRY ; vendredi : Dr F. JOLY ; samedi : Dr P. SOULIÉ. En outre, le mercredi : Dr J.-R. SICOT : consultation réservée aux artérites des membres ; Dr HAMELIN : consultation réservée au rhumatisme.

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

— Un poste de médecin chef de service est actuellement vacant à *l'hôpital psychiatrique de Lannemezan* (Hautes-Pyrénées).

Prière d'adresser toute demande de candidature au Ministère de la Santé publique, direction du personnel (2e bureau), 7, rue de Tilsitt, Paris (17e).

— Par arrêté en date du 3 Septembre 1945, M. STOEBER, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Lannemezan (Hautes-Pyrénées), affecté provisoirement à la direction de *l'hôpital psychiatrique de Lorquin* (Moselle), est nommé à titre définitif, médecin directeur de cet établissement.

Concours et places vacantes

Hôpital psychiatrique de Lannemezan. — Deux places d'internes en médecine sont vacantes à l'Hôpital psychiatrique de Lannemezan (Hautes-Pyrénées). Les candidats doivent être de nationalité française et posséder au moins 16 inscriptions de doctorat. Ils peuvent être docteur en médecine.

S'adresser à M. le Médecin-Directeur de l'Hôpital. Les internes sont logés, chauffés, éclairés, blanchis, nourris.

ndemnité annuelle : Internes docteurs, 28.000 fr. 1re année) ; 32.000 fr. (2e année et suivantes). Internes : 0.000 fr. (1re année) ; 24.000 fr. (2e année et suivantes).

Contrôle médical de la Jeunesse. — Un concours ur titres aura lieu à l'Hôtel de Ville de Perpignan, le Octobre 1945, en vue du recrutement de deux médecins t d'un dentiste du Contrôle médical de la Jeunesse. Pour ous renseignements, s'adresser à la Mairie de Perpignan.

Sanatorium départemental de Ponteils (Gard). — n interne est demandé d'urgence. S'adresser au médecin-irecteur.

Médecins chefs des dispensaires antituberculeux. – Un concours sur titres sera ouvert dans le courant du nois d'Octobre à la Faculté de Médecine de Marseille, our la nomination d'un médecin chef des dispensaires ntituberculeux du Var et d'un médecin chef des dispensaires antituberculeux des Alpes-Maritimes.

Les candidats à ces postes sont invités à se faire connaître dans un délai de trente jours, à compter du 2 Septembre, au Directeur régional de la Santé et de Assistance, 66, rue Saint-Sébastien.

Nouvelles diverses

Concours de la captivité. — Le Jury des « Concours le la captivité » institués parmi les prisonniers de toutes nationalités par l'aide aux Prisonniers de guerre des U. C. J. G. (Y. M. C. A.) par le Bureau International d'Education et par le Fonds Européen de secours aux Etudiants a décerné le 1er prix de la section « Médecine et Biologie » au médecin capitaine René CLUC'N, en service au Stalag VII A (Genève, 1944).

Distinctions honorifiques

LÉGION D'HONNEUR

Officier : Médecin commandant M. ORSINI, des troupes coloniales, direction du Service de Santé de la 1re Armée française.

Chevalier (à titre posthume) : Médecin capitaine J. GAIOTAN, ne régiment de chasseurs parachutistes. — Médecin capitaine A. MANINE, ne régiment de chasseurs parachutistes.

MÉDAILLE MILITAIRE

Médecin auxiliaire A. PERDRISOT, ne groupe de tabors marocains.

CITATION A L'ORDRE DE L'ARMÉE DE MER

Médecin principal E. LEBRETON, du R.B.F.M. — Médecin de 2e classe J. SAPIN-JALOUSTRE, du ne R.F.M.

Nos Échos

Naissances.

— Philippe et Elisabeth ont la joie d'annoncer la naissance de leur petite sœur *Odile* (Madame et le docteur GERMAN, Falaise, Calvados, 3 Septembre 1945).

— Roger, Claude, Pierre, Jacques, Eliane ARNOVE ont la joie de faire part de la naissance de leur petite sœur *Chantal* (docteur H. ARNOVE, 3, rue de la Mairie, Quimper, 5 Septembre 1945).

— Jean-Pierre a la joie d'annoncer la naissance de ses petites sœurs *Marie-Françoise* et *Martine* (docteur et Madame Jean DUFOSSÉ, Gan, Basses-Pyrénées, 29 Juillet 1945).

Fiançailles.

— Le docteur WILLOT, de Roubaix, nous fait part des fiançailles de sa fille Janine avec M. Georges PETIT, ingénieur de l'Ecole centrale des Arts et Manufactures.

Mariage.

— On annonce le mariage du docteur Maurice DÉMEUSY, lauréat de la Faculté de Paris avec Mlle Andrée ADAM (Montreux-Château, Territoire de Belfort, 5 Septembre 1945).

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

Les Petites Annonces dans LA PRESSE MÉDICALE *sont acceptées sous réserve d'un contrôle extrêmement sérieux. Aucune annonce commerciale n'est acceptée.*

Prix : 20 fr. la ligne (15 fr. pour les abonnés).

AVIS. — Prière de joindre aux réponses un timbre de 2 francs pour transmission des lettres

Le gérant : F. THOMAS.

Imprimé par l'Ancne Imprimerie de la Cour d'Appel, 1, rue Cassette, à Paris (France).

A nos Amis
de l'Académie Suisse des Sciences Médicales

L'Académie Suisse des Sciences Médicales est de date récente. Elle a été fondée à Bâle le 24 Septembre 1943 par un groupe de Professeurs et de Médecins suisses. Présidée par le professeur Wegelin, *le distingué pathologiste de Berne, elle est administrée par un Comité comprenant les professeurs* Michaud (*Lausanne*), Miescher (*Zurich*), Rothlin (*Bâle*), Jentzer (*Genève*) *et le docteur* Ruppanner (*Samaden*). *Le Secrétariat général en est assuré par le professeur* Gigon, *de Bâle, qui vient de montrer de réelles qualités d'administrateur.*

Les buts essentiels de cette jeune Compagnie, à laquelle il nous plaira d'apporter prochainement le salut de nos Académies, leurs aînées, consistent essentiellement à faciliter, à cultiver la recherche scientifique médicale dans toutes ses branches, dans toutes ses orientations, et à seconder l'effort poursuivi jusqu'ici par les Universités. « Une grande nation — a dit à la séance inaugurale le professeur Gigon *— joue de par sa grandeur même, ses ressources, son armée, sa politique, un rôle dans le monde. Une nation petite sur la carte géographique ne peut être grande que par son travail intellectuel et scientifique. »*

Dès que les circonstances l'ont permis, l'Académie suisse a voulu renouer les relations interrompues durant la guerre entre les Médecins de nos deux pays. Elle a convié, à cet effet, l'Académie des Sciences, l'Académie de Médecine et l'Académie de Chirurgie, ainsi que les Doyens de nos Facultés de Médecine, à participer à une « Semaine médicale franco-suisse » qui se tiendra à Genève, du 1er au 6 Octobre prochain.

Le Comité scientifique de La Presse Médicale *et ses Editeurs ont décidé de consacrer un numéro spécial à cette manifestation d'amitié et d'ouvrir ses colonnes aux travaux des Médecins Suisses, tandis que le* Journal Suisse de Médecine *accueillera ceux des Médecins Français.*

Ce geste venant d'un petit pays qui a fait de si grandes choses sur le plan humain, et a donné tant de preuves de son attachement à la cause des Alliés, notamment à celle de la France, sera justement apprécié par le Corps médical français tout entier.

Nous savons l'œuvre admirable poursuivie par la Croix-Rouge internationale, sous la haute direction de son Président M. Burkhardt, *aujourd'hui Ministre de Suisse à Paris.*

Nous nous rappelons avec quel enthousiasme les enfants de nos régions sinistrées et les orphelins de guerre ont été accueillis et recueillis au sein des familles des villes et des campagnes suisses. Nous n'oublions pas non plus l'immense effort fait pas nos amis pour faciliter la recherche des prisonniers et des déportés, et permettre l'envoi des précieux colis auxquels beaucoup d'entre eux doivent la vie. Ni l'accueil fait à ceux des nôtres qui, pourchassés par la Gestapo ou la Milice, se sont vus contraints de passer la frontière, souvent au risque de leur vie, en quelque lieu des Alpes ou du Jura. Et que dire de l'admirable dévouement des médecins suisses, jeunes et anciens, qui, aidés de nombreuses Infirmières et Assistantes sociales bénévoles, se sont donné pour mission, dans leur pays comme à l'étranger, de soulager, d'apaiser les douleurs physiques et morales.

A nos amis de la Suisse, il m'est un agréable devoir d'adresser, au nom de La Presse Médicale, *notre salut le plus cordial et le plus chaleureux. C'est avec enthousiasme que nous répondons à leur appel. Ils peuvent être assurés que ceux des nôtres, Médecins, Chirurgiens et Biologistes qui auront la bonne fortune d'assister à ces prochaines Assises placées sous le signe de l'amitié et de la fraternité, sauront donner à cette manifestation tout son sens et toute sa signification.*

Gustave Roussy.

TRAVAUX ORIGINAUX

QUELQUES RÉSULTATS DE LA LUTTE CONTRE LE GOITRE EN SUISSE

Par **C. WEGELIN**

(Berne)

Vu la grande importance que présente le problème du goitre endémique pour certaines régions de la France et pour la majorité des Cantons suisses, il me semble justifié de discuter cette question devant un auditoire franco-suisse et de parler des mesures prophylactiques prises contre le goitre en Suisse. A cette occasion nous rappelons avec gratitude les excellents travaux de certains auteurs français, entre autres Chatin, Saint-Lager, Baillarger, Boussingault, Rilliet, qui ont contribué à élargir nos connaissances du problème du goitre endémique. La discussion classique dans l'Académie de Médecine, provoquée par l'ouvrage de Rilliet en 1860, a déjà révélé tous les dangers auxquels le porteur d'un goitre est exposé par un dosage trop élevé d'iode.

Dans la lutte contre le goitre l'hygiène publique ne peut pas se contenter des excellents résultats de la thérapeutique chirurgicale, le but idéal est plutôt de supprimer l'endémie du goitre. Malheureusement nos connaissances étiologiques sont encore très modestes. Il est vrai que des 42 théories que Saint-Lager a énumérées en 1867, un grand nombre ont été éliminées au cours des années, mais ce qui en reste n'est point satisfaisant et il en est de même des théories plus récentes. Celle de la carence d'iode est actuellement la plus répandue. Tout en concédant que l'iode est un élément nécessaire à la fonction normale de la glande thyroïde, il faut admettre que sa carence ne peut jouer un rôle que lorsque certains facteurs exigent une hyperfonction thyroïdienne. On a envisagé par exemple des infections intestinales (Mac Carrison, Messerli), des troubles alimentaires comme le manque de certaines vitamines, l'excès de graisse ou de chaux (Mac Carrison), ou un air trop riche en anhydride carbonique (Duerst). On a aussi découvert dans le chou des substances produisant des goitres très prononcés chez le lapin (B. Webster). Blum, qui a étudié cette question à fond, a constaté que les substances nocives existent non seulement dans les espèces de Brassica, mais aussi dans d'autres plantes, par exemple dans la graine de soja, les haricots, les pois, les lentilles, les betteraves et peut-être aussi dans les noisettes de terre (Arachis). Le développement d'un goitre peut être empêché par l'administration simultanée de petites doses d'iodure de potassium (KI) ou de diiodotyrosine, tandis qu'une nourriture très pauvre en iode, mais dépourvue de substances nocives, par exemple l'avoine et la salade d'endive, ne produit jamais un goitre. Un fait très intéressant dans les recherches de Blum est la transformation du goitre diffus parenchymateux en un goitre du type basedowien, lorsque après une période d'alimentation aux choux on donne aux animaux de petites doses d'iode, ou lorsqu'on retourne à une nourriture pauvre ou sans substances nocives. Ceci nous rappelle le basedow iodique, dont de Quervain nous a donné un tableau excellent lors de la deuxième Conférence internationale du Goitre (Berne 1933).

Se basant sur toutes ces expériences, on peut conclure que le goitre endémique a probablement des causes multiples, comme le prétend d'ailleurs Mac Carrison, et que la théorie de la carence d'iode ne suffit pas pour nous faire comprendre les fortes hyperplasies caractérisant les premiers stades des goitres. Mais, par contre, on ne peut pas nier l'effet neutralisant de l'iode et son action prophylactique contre le goitre.

Il y a déjà plus de cent ans que Boussingault et Prévost ont recommandé un sel alimentaire iodifère, et Chatin, entre 1850 et 1860, après avoir constaté un parallélisme entre la fréquence du goitre et la teneur en iode dans l'ambiance, proposa une prophylaxie du goitre avec un sel iodé et l'administration de doses supérieures d'iode dans les écoles. Mais le dosage étant trop élevé il fallut abandonner ces mesures à cause des effets nocifs. Ce ne fut qu'au commencement de notre siècle que les tentatives des Américains Marine, Lenhart et Kimball ont encouragé des médecins suisses à administrer des tablettes iodées aux écoliers. Or, ce n'était pas une prophylaxie, mais plutôt un traitement du goitre, car à cette époque plus de 90 pour 100 des écoliers à Berne étaient atteints de ce mal (de Quervain).

Une véritable prophylaxie du goitre doit empêcher l'agrandissement de la glande thyroïde dès le début. Or, nous savons que la prolifération de l'épithélium entraînant le goitre commence déjà chez le fœtus, comme mon élève Pulaski l'a montré. Le goitre congénital des nouveau-nés ainsi formé a causé dans ses formes excessives la mort par suffocation de beaucoup d'enfants dans les premiers jours après la naissance. Pour expliquer cette hyperplasie de la glande thyroïde fœtale la plupart des auteurs ont supposé une fonction augmentée par suite d'une hypothyréose chez la mère. D'après les auteurs américains Patterson, Hunt et Roy, l'hyperfonction de la glande fœtale est en relation avec l'hypercholestérinémie du sang maternel pendant la grossesse. Mais il n'est pas exclu que des substances nocives, telles que Blum les a démontrées, atteignent directement la glande fœtale en traversant le placenta.

Quoi qu'il en soit, une prophylaxie efficace n'est réalisable qu'en supprimant le goitre congénital. C'est aux médecins suisses Hunziker, Eggenberger et Bayard que l'on doit d'avoir repris la méthode de Chatin en introduisant un sel iodé pour la consommation générale. Mais cette fois, il s'agit d'une dose d'iode d'un ordre physiologique. Le sel iodé employé en Suisse ne contient que 5 *mg.* d'iodure de potassium sur 1 *kg.* de sel. Ce sel a été mis à la disposition du public pour la première fois dans les années 1922-1924. Toutefois, ce ne fut d'abord qu'une petite minorité des cantons qui déclara obligatoire l'usage du sel iodé. Mais peu à peu un nombre toujours plus grand des 22 cantons suisses suivit cet exemple, de sorte qu'en 1943 8 cantons notent une consommation de sel iodé de 100 pour 100, 8 de 50 à 90 pour 100 et seulement 6 de 9 à 50 pour 100. Pour toute la Suisse, ce chiffre a augmenté de 38,6 pour 100 en 1935, à 68 pour 100 en 1943. Dans le canton de Berne, depuis 1936, la vente du sel est réglée de telle façon que le sel iodé est livré sans autre, sauf si l'acheteur désire expressément du sel non iodé. Ainsi les personnes hypersensibles à l'iode peuvent se protéger contre une action nocive du sel. Cependant, les craintes d'une telle action nocive sont souvent exagérées. Le travail très consciencieux que Flück a fait sous la direction de de Quervain a montré que le danger d'une maladie de Basedow provoquée par le sel iodé est minime, ce qui correspond à l'opinion de Wagner von Jauregg, à Vienne.

Pour être sûr que le chemin suivi est juste, un contrôle exact est absolument nécessaire. Ce contrôle peut s'effectuer d'une manière différente. Mais sans doute l'état de la glande thyroïde du nouveau-né est-il le meilleur indicateur d'une prophylaxie efficace. En réalité presque tous les observateurs ont constaté un très bon effet de cette façon de procéder. Les cliniciens (Eggenberger, Guggisberg, Wespi) mentionnent une forte diminution du

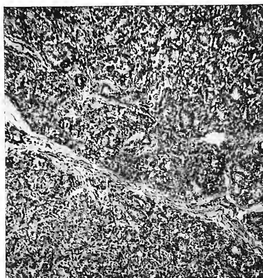


Fig. 1. — Goitre congénital d'un nouveau-né. Absence de colloïde.

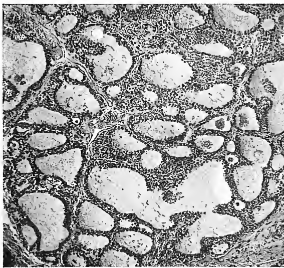


Fig. 2. — Thyroïde normale d'un nouveau-né après administration de sel iodé à la mère.

goitre congénital. Dans les cantons d'Appenzell et de Saint-Gall, il a presque disparu et selon Guggisberg, à Berne, le nombre des thyroïdes normales est monté de 47 à 70 pour 100, tandis qu'avant la période de la prophylaxie, les goitres palpables et mesurables étaient très fréquents. Autrefois, 1 nouveau-né sur 7 présentait un gros goitre, aujourd'hui, il en reste 1 seul sur 500. Wespi rapporte des résultats analogues à la Maternité de Zurich, toutefois il a administré un sel iodé auquel il a ajouté 20 *mg.* d'iodure de potassium, parce qu'il est d'avis que les 5 *mg.* ne suffisent pas pour les femmes enceintes. Par ce procédé, on réussit à abaisser le nombre des glandes thyroïdes palpables à 6,8 pour 100. Cela signifie que le nombre des thyroïdes normales a dépassé 90 pour 100.

Mais il est évident que l'examen morphologique des glandes thyroïdes est encore plus exact que la simple inspection et palpation. Quant à la structure histologique de la glande, j'ai constaté déjà en 1926 qu'après l'administration du sel iodé elle retrouve sa capacité d'accumuler la substance colloïde et reprend sa configuration normale (fig. 1 et 2). Cette observation a été confirmée par Eggenberger, Bernhard, Wespi en Suisse, et de Josselin de Jong et Schmelling, en Hollande, ont obtenu des résultats analogues chez le rat nouveau-né en ajoutant une très petite quantité d'iode à la nourriture des femelles enceintes.

Mais le goitre étant caractérisé avant tout par un agrandissement de la glande thyroïde, le poids de la glande joue un rôle décisif dans le problème de la prophylaxie. En conséquence, j'ai fait enregistrer le poids des glandes des nouveau-nés et mes élèves Steinmann et Pradervand ont comparé les chiffres des périodes de 1925-1934 et de 1935-1938 avec celles des quinze années précédant l'introduction du sel iodé. Leur statistique a été complétée par moi-même pour les années 1939-1944. Ce matériel de l'Institut d'anatomie pathologique de Berne comprend 1.110 cas de nouveau-nés d'une longueur de 45 *cm.* et plus jusqu'à l'âge de 1 mois. Le poids normal de la glande des nouveau-nés, ainsi qu'on l'a trouvé dans les régions exemptes de goitre, oscille entre 1 et 3 *g.*, mais ce poids dépend non seulement de la quantité du parenchyme, mais aussi de la teneur en sang. Or, nous savons que la glande du nouveau-né présente souvent une forte hyperémie, qui peut doubler le poids, mais qui disparaît après deux à trois jours. Cela veut dire que les glandes d'un poids supérieur à 6 *g.* sont certainement goitreuses, tandis que le fait n'est pas certain, mais seulement probable, pour les glandes d'un poids de 3-6 *g.*

Le résultat de la statistique est le suivant : Le nombre des glandes avec un poids de plus de 3 *g.* qui dépassait les 80 pour 100 jusqu'à 1924, tombe après l'introduction facultative du sel iodé (1924) à 70 pour 100 environ et après l'administration générale en 1936 à 30-40 pour 100 pendant les périodes de 1936-1944. Le pourcentage le plus petit est atteint en 1941 avec 20 pour 100. Les oscillations relativement fortes des dernières années s'expliquent par le petit nombre de cas.

Si nous examinons les glandes de plus de 6 *g.*, la diminution est encore plus évidente. De 70 pour 100 entre 1909 et 1914, le chiffre est tombé à 7 pour 100 entre 1940 et 1944 (tab.). Les gros goitres quelquefois monstrueux d'un poids de 10 à 40 *g.* sont devenus très rares. Depuis 1935 nous n'avons vu qu'un seul goitre pesant plus de 20 *g.*

Si nous considérons la moyenne du poids absolu et relatif de la glande thyroïde, nous pouvons constater une diminution tout à fait analogue. Après



Fig. 3. — Diminution du goitre des nouveau-nés à Berne après introduction du sel iodé.

———, pourcentage des glandes thyroïdes d'un poids supérieur à 3 *g.*

------, pourcentage des glandes thyroïdes d'un poids supérieur à 6 *g.*

19.4. Sel iodé à la disposition facultative du public.

1936. Introduction générale du sel iodé dans le canton de Berne.

1936, le poids absolu est de 2,4 à 3,7 *g.*, tandis qu'il était de 8,5 à 9,9 *g.* avant 1925. Le poids relatif est actuellement de 0,9 à 1,2 ; avant 1925, de 3 à 3,4.

Il me semble donc prouvé qu'il existe une coïncidence entre la forte diminution du goitre congénital et l'administration du sel iodé. En outre, les calculs faits d'après les règles statistiques ont confirmé cette opinion.

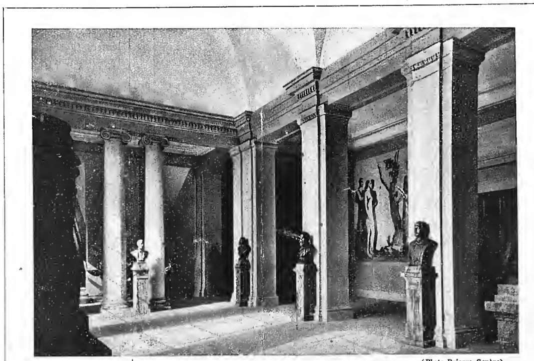
S'il est juste que la prophylaxie par le sel iodé supprime à peu près le goitre congénital et empêche le développement du goitre dans la vie dès la naissance, on peut attendre aussi une augmentation des glandes thyroïdes normales chez les individus jeunes dans les vingt dernières années, comme mon élève Schnetz l'a déjà démontré pour la période de 1909 à 1934 et comme Dind l'a également signalé pour Lausanne. De fait, selon ma nouvelle statistique, le nombre des glandes normales chez les jeunes personnes de 5 à 25 ans est monté de 13 pour 100 avant la période de prophylaxie jusqu'à 60 pour 100 dans les cinq dernières années (poids maximum chez l'adulte 30 *g.*). Par contre, le goitre nodulaire, dont l'apparition précoce signifie toujours une endémie grave, a diminué très rapidement après l'introduction du sel iodé. Chez les enfants de 5 à 15 ans, il a disparu presque complètement et dans la classe de 16 à 25 ans, il est tombé de 56 à 16 pour 100. Entre ces deux catégories se range le goitre diffus, dont la fréquence a diminué aussi très nettement.

Tels sont les résultats du contrôle morphologique de la lutte contre le goitre dans le canton de Berne. Ils signifient sans doute un progrès réel et important, mais d'autre part il nous faut avouer que nous n'avons pas réussi à éteindre l'endémie radicalement. Chez les nouveau-nés et les jeunes personnes il reste encore un petit nombre de glandes hyperplasiques qui se transformeront en goitre au cours de l'âge adulte. Il est vrai que l'on trouve un certain nombre de ces glandes chez des Fribourgeois hospitalisés à Berne. En effet, dans le canton de Fribourg, la consommation du sel iodé est très peu répandue. Mais un échec partiel de la prophylaxie provient peut-être du mauvais vouloir des commerçants qui ne respectent pas les prescriptions, ou de la qualité du sel, car à la suite d'un long emmagasinage, la distribution de l'iode ne reste pas égale, de même que la quantité de 5 *mg.* d'iodure de potassium par 1 *kg.* de sel n'est pas toujours garantie.

C'est pourquoi la Commission suisse du goitre a envisagé l'addition de 10 *mg.* d'iodure de potassium au sel, mais pour le moment elle s'est abstenue de soumettre une proposition aux autorités fédérales, parce qu'elle est d'avis qu'il faut recueillir encore plus d'expériences. Toutefois, nous sommes persuadés que la prophylaxie avec le sel iodé nous mènera au but, en supprimant au moins les formes graves du goitre et ses suites fatales, le crétinisme endémique et la plupart des goitres malins.

BIBLIOGRAPHIE

Baillarger : *Enquête sur le goitre et le crétinisme.* Paris, 1873. — Bernhardn : *Helvetica med. Acta*, 1935, **2**. — Blüm : *Journal suisse de Médecine*, 1944, n° 52 ; 1942, nos 47-48 ; 1943, n° 35. — Dind : Endémie goitreuse et prophylaxie par le sel iodé dans le canton de Vaud. *Thèse de Lausanne*, 1939. — Duerst : Die Ursachem der Entstehung des Kropfes, Berne, 1941. — Flueck : *Journ. suisse de Méd.*, 1929, n° 58. — Guggisberg : *Arch. f. Gyn.*, 1938, **167**. — De Josselin de Jong : *II° Conférence internat. du Goitre*, Berne, 1933. — Mac Cannison : *II° Conférence internat. du Goitre*, Berne, 1933. — Messerli : *Le goitre endémique*, Lausanne, 1916. — Pattenson, Hunt et Roy : *Transact. amer. Assoc. study of goiter*, 1937. — Pradervand : *Endokrinologie*, 1940, **23**. — Pulaski : *Frankf. Zeitscher. f. Path.*, 1929, **38**. — De Quervain : *La Presse Médicale*, 18 Avril 1936, n° 32. — Schmelling : Over den normale en vergroote schildklier, etc., *Thèse d'Utrecht*, 1934. — Schnetz : *Endokrinologie*, 1937, **19**. — Saint-Lager : *Etudes sur les causes du crétinisme et du goitre endémique*, Paris, 1867. — Steinmann : *Endokrinologie*, 1936, **16**. — Webster : *II° Conférence internat. du Goitre*, Berne, 1933. — Wegelin : *Journ. suisse de Méd.*, 1926, n° 35, 867. — Wespi : *Journ. suisse de Méd.*, 1940, n° 39 ; *Münchn. med. Wschr.*, 1944, nos 15-16 ; *Monatsschr. f. Geburtsh. rend Gyn.*, 1944, **118**.



(*Photo Pricam, Genève*).

Vestibule de l'Université de Genève.

INFILTRATIONS PULMONAIRES FUGACES AVEC ÉOSINOPHILIE DU SANG

(Syndrome de Lœffler)

Par W. LŒFFLER
(Zurich)

Nous avons décrit en *1932* [1] un syndrome pulmonaire bien défini par les symptômes suivants :

Ombre radiologique pulmonaire ;

Eosinophilie du sang;

Signes d'une irritation parfois assez violente quoique passagère des voies respiratoires;

Evolution bénigne.

Le substrat anatomo-pathologique du syndrome consiste en une pneumonie à cellules éosinophiles (v. Meyenburg). Nous attachons une importance capitale aux infiltrations fugaces à éosinophiles dans un bon nombre d'organes, infiltrations qui peuvent précéder, accompagner ou suivre les infiltrations pulmonaires fugaces ou même se présenter sans elles. Nous avons donc ici une réaction pathologique générale dépassant de beaucoup les limites du poumon.

Au point de vue pathogénique il s'agit d'une réaction allergique selon la définition de Pirquet; parmi les allergènes l'ascaridiose en est le plus fréquent mais non l'unique.

Nous nous rendons tous bien compte de la tendance actuelle de certains milieux médicaux de considérer toute ombre pulmonaire mal définie comme une infiltration fugace avec éosinophilie du sang, alors que celle-ci représente un syndrome strictement défini et ne prêtant lieu à aucune confusion pour peu que l'observateur veuille bien se donner la peine d'en rechercher les signes et d'en suivre l'évolution. On évitera ainsi d'abuser de ce terme pour désigner par pure commodité toute ombre pulmonaire mal définie.

Passons rapidement en revue les principaux critères qui feront poser le diagnostic d'infiltration fugace avec éosinophilie du sang dans le sens que nous avons donné à ce syndrome, ainsi que les points pathogéniques les plus importants.

1° *L'ombre radiologique est fugace*, apparaît et disparaît rapidement c'est-à-dire en l'espace de quelques *jours*. Partant de zéro elle évolue vers un maximum d'intensité et d'extension pour disparaître après six à douze jours. Seuls persistent parfois, pendant quelques jours encore, les signes d'hyperémie des parties précédemment atteintes. La localisation et l'étendue des ombres peuvent varier dans des limites très larges ; le plus souvent leur grandeur est considérable puisqu'elle peut intéresser plus de la moitié d'un champ pulmonaire. Ces ombres sont assez homogènes et à bords souvent irréguliers et estompés. Il est assez fréquent de voir que des ombres en train de disparaître ou déjà disparues sont suivies d'autres ombres d'étendue et de localisation différentes. Assez souvent les hiles sont agrandis et parfois l'infiltration se localise dans le hile lui-même ou dans la région périhilaire. Il n'est pas rare que la plèvre soit également intéressée, surtout au niveau de la scissure interlobaire droite. Parfois l'épanchement interlobaire est des plus net et limité vers le haut par une ligne convexe très marquée. La ponction pleurale donne alors un liquide citrin qui révélera un pourcentage relativement haut de cellules éosinophiles. S'il y a participation pleurale le malade se plaint souvent de points de côté et l'examen stéthacoustique décèlera un frottement pleural plus ou moins accentué.

2° *L'éosinophilie du sang*, ce deuxième signe cardinal, est, elle aussi, *fugace*. Elle s'élève rapidement et atteint son acmé avec un retard de trois cinq jours sur le maximum de l'ombre radiologique pour redescendre vers des valeurs normales au bout de dix à quinze jours. Le caractère passager ou bien fugace de l'éosinophilie est bien plus caractéristique que le nombre des cellules éosinophiles qui varie de 8 à 60 pour 100.

Il faut, pour saisir le maximum de l'ombre radiologique et de l'éosinophilie du sang, tenir compte du décalage de leur acmé. En suivant jour par jour l'évolution du syndrome par la radioscopie et l'examen du sang, on obtiendra des courbes d'évolution très homogènes. Si par contre ces signes cardinaux ne sont pas saisis, l'éosinophilie étant recherchée trop précocement, la radioscopie étant pratiquée trop tard, le diagnostic de ce syndrome essentiellement dynamique peut devenir très difficile, sinon même impossible. Il va donc sans dire que le diagnostic du syndrome ne peut être posé que par des médecins ayant à leur disposition une installation radiologique et pratiquant des examens hématologiques; quoique très fréquent il échappera forcément aux autres observateurs. Si un observateur ne connaissant pas, ou connaissant mal le syndrome ne sait pas y rattacher des ombres pulmonaires découvertes par hasard, il s'exposera non seulement à commettre de graves erreurs diagnostiques, mais il assumera la responsabilité des graves conséquences pratiques qui pourraient en découler. C'est ainsi que nous avons pu, à maintes reprises, empêcher à la dernière minute l'application d'un pneumothorax en reconnaissant la nature inoffensive d'une ombre radiologique qui avait été prise à tort pour une lésion tuberculeuse. Il faudra de même éviter de reconnaître sans examens appropriés une nature tuberculeuse à une hémoptysie due en réalité à un purpura hémorragique d'origine allergique.

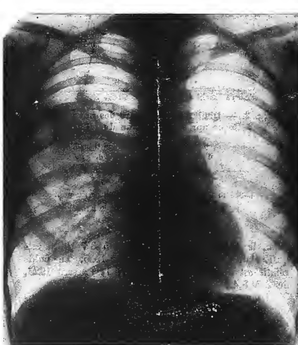


Fig. 1 (cas I). — Infiltration fugace de l'étage moyen et inférieur, particulièrement dense dans les parties supérieures.

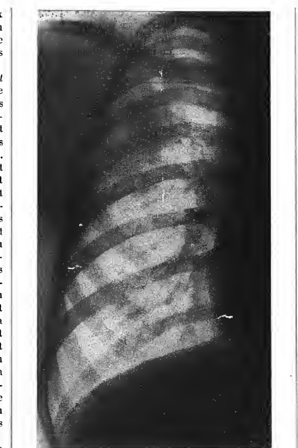


Fig. 2 (cas II). — Infiltration fugace infraclaviculaire droite rappelant par sa forme et sa localisation l'infiltration (tuberculeuse) précoce. Douze jours plus tard, l'infiltration avait complètement disparu.

Nous croyons, au point de vue pathogénique, avoir devant nous un *syndrome*, une réaction allergique non spécifique du *sang*, du *poumon* et, fait capital, d'un bon nombre *d'autres organes*. Dans un grand nombre de cas il s'agit d'ascaridiose pulmonaire, les larves d'ascarides produisant lors de leur migration à travers le poumon les lésions en question, lésions, qui, selon les observations de v. Meyenburg, consistent en une pneumonie à cellules éosinophiles. L'engouement alvéolaire étant formé surtout par des leucocytes éosinophiles et la fibrine n'y tenant qu'une part peu importante, on comprend plus facilement le caractère essentiellement fugace de ces altérations. La moelle osseuse présente, elle aussi, une éosinophilie très marquée (Stahel).

Nous avions déjà émis et discuté le *rôle étiologique possible d'une helminthiase* et plus particulièrement d'une ascaridiose dans notre première communication sur les infiltrations pulmonaires fugaces avec éosinophilie du sang. Parmi nos observations nous trouvons dans 23 pour 100 des cas une helminthiase comme cause du syndrome. Ce chiffre reste sans doute bien en dessous de la réalité, les œufs d'ascaris n'apparaissant dans les selles que huit à dix semaines après l'infestation, c'est-à-dire à un moment où il n'est très souvent plus possible de réexaminer les selles de ces malades déjà guéris. Nous n'avons pas trouvé non plus de larves d'ascaris dans les crachats, en général d'ailleurs peu abondants de nos malades et v. Meyenburg n'a pas pu en déceler dans les poumons examinés histologiquement. Ces résultats négatifs ne prouvent d'ailleurs rien, car il est tout à fait admissible que les larves aient ou bien déjà dépassé le poumon, ou aient été détruites par la réaction intense survenant alors au sein du parenchyme pulmonaire. Il est des cas (Walter) et surtout des infections de groupes pour lesquels le rôle étiologique de l'ascaridiose a pu être démontré (Walter, Kartagener, Spuehler, etc.) et à la suite de l'ingestion, dans une expérience personnelle, de quelques deux mille œufs d'ascaris, Koïno fit une pneumonie des plus violentes.

Mais, s'il s'agit, comme nous le croyons, d'une réaction allergique, celle-ci ne saurait être nécessai-

1. *Beitr. Klin. Tbk.*, 1932, **79**, 338, 368, 566.

·ement spécifique. La réponse du poumon ou d'un ıutre organe à des allergènes différents peut, par :ontre, rester la même. C'est ainsi que l'on a accusé oute une série d'allergènes tout aussi différents es uns des autres que le pollen de certaines plantes, es séra d'espèces différentes et même les bactéries, els dans l'infiltration pulmonaire fugace à éosino- ›hilie post-pneumonique.

Il nous paraît cependant de première importance le relever que dans nos 100 cas d'infiltrations pul- nonaires fugaces avec éosinophilie du sang nous ı'avons jamais trouvé de bacilles de Koch et ıu'aucun de nos malades n'a fait de poussée tuber- :uleuse à la suite de son syndrome. Le fait qu'un nombre relativement élevé d'infiltrations pulmo- ıaires fugaces ait été observé dans les sanatoria :'explique d'une part par le fait que les sujets ıtteints de tuberculose sont souvent parallergiques ıt par là même plus sensibles aux différents aller- ;ènes que les sujets sains, et d'autre part, par le ʻait que, dans les sanatoria, le nombre des contrôles ·adioscopiques est relativement élevé. Les examens ·adioscopiques de l'Armée Suisse en 1942-1944 ·évélèrent 330 cas d'infiltrations pulmonaires 'ugaces avec éosinophilie du sang sur les quelques 100.000 soldats examinés.

De plus l'infiltration fugace à éosinophiles n'est ɔas limitée aux poumons. Nous avons signalé sa ocalisation, quoique rare, dans *les méninges* et ɔlus nombreux sont les cas d'envahissement de *'intestin*, du foie, du système lymphatique, de la ɔrostate et de *l'épididyme*. Cette dernière localisa- ion est d'un très grand intérêt pour le chirurgien, vu que sa méconnaissance peut donner lieu à des erreurs thérapeutiques irréparables et par consé- quent bien plus graves que l'application d'un pneumothorax. Malgré son évolution tout à fait différente l'épididymite fugace à éosinophiles ne se

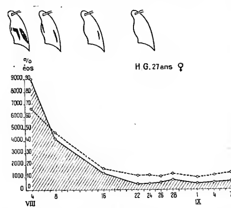


Fig. 3 (cas III). — Femme de 27 ans, infiltration fugace de l'étage inférieur gauche. Dans ce cas la régression de l'éosinophilie se fit parallèlement à celle de l'infiltration. Le trait plein indique le nombre absolu, le pointillé le pourcentage des leucocytes éosinophiles.

distingue morphologiquement pas de la tuberculose de cet organe. D'où la nécessité de procéder à des examens de sang répétés et d'observer l'évolution de l'affection pendant huit à quinze jours dans tous les cas d'épididymites, surtout lorsque celle-c se présente sous la forme de nodules isolés.

Enfin nous avons déjà souligné que nombre de nos malades étaient des sujets allergiques atteint: en outre d'urticaire, d'eczéma, de migraine, de dystonie vasculaire, de purpura hémorragique d'asthme, etc. Des recherches expérimentale: récentes ont montré que des lésions pulmonaire: identiques aux images trouvées chez l'homme pa v. Meyenburg ont pu être provoquées chez de cobayes sensibilisés par insufflations intratrachéale: d'antigènes différents, par applications ultérieure intratrachéales de corps protéiniques différents.

La conclusion théorique dont la portée pratique ne peut échapper est donc que notre syndrome es *l'expression clinique d'une allergie vis-à-vis d'aller gènes différents*, sa localisation aujourd'hui encore la mieux connue et la mieux établie étant celle au niveau du poumon. Cette conclusion d'ordre géné ral ne contredit nullement le rôle étiologique de l'ascaridiose dans un grand nombre ou même dan le plus grand nombre des cas d'infiltrations fugace à éosinophiles.

BIBLIOGRAPHIE

W. Burckhardt et M. Kartagener : *Schweiz. med. Wschr.* 1943, 1550. — R. Hegglin : *Praxis*, 22 Janvier 1942, n° 4 — M Kartagener : *Schweiz. med. Wschr.*, 1942, 862. — W. Löffler : *Beitr. Klin. Tbk.*, 1932, **79**, 338 ; 1932, **79** 368 ; 1932, **79**, 566 ; *IVe Internat. Radiologenkongres Zürich.*, 1934, Bd II ; *Klin. Wschr.*, 1935, **1**, 297 *Schweiz. med. Wschr.*, 1936, 1069. — W. Löffler e C. Maier : *Radiol. clin.*, 1943, **12**, 263 ; *Ergeb. inn. Med.* 1943, **63**, 195. — C. Maier : *Helv. med. Acta*, 1943 **10**, 95.

LES TROUBLES FONCTIONNELS DE LA SILICOSE

Par **L. MICHAUD**,

Directeur de la Clinique médicale, Lausanne.

La silicose a pris en Suisse, au cours des dernières décades, une extension inquié- tante. Elle a été étudiée avec une attention particulière par les cliniciens, les anatomo- ɔathologistes et les radiologues. Les autorités s'en sont préoccupés et ont ordonné des mesures de ɔrophylaxie et de protection des ouvriers fort udicieuses.

C'est en 1894 que Wegmann, inspecteur des ʻabriques, a attiré l'attention sur la pneumoco- ıiose. Dès 1900, Zangger (Zurich) a observé des silicoses chez les aiguiseurs qui utilisent des meules ·n molasse. En 1916, son élève Staub a publié des ›bservations de silicose typique et Zangger, recon- ıaissant d'emblée les dangers de la silicose, a non eulement fait prendre des précautions protectrices lans les ateliers, mais il a amené les entrepreneurs ı indemniser les ouvriers atteints de silicose. C'était à la première indemnisation pour silicose en Europe. Depuis lors, la Caisse nationale (C. N.) a lécidé, en 1932, de prendre bénévolement à sa :harge les cas de silicose et, en 1938, le Conseil édéral a ajouté le quarz (SiO_2) à la liste des ubstances toxiques, reconnaissant ainsi à la sili- ·ose la qualité de maladie professionnelle. Les ›uvriers ont donc droit à la protection et à l'indem- ıisation légales, alors qu'auparavant, ils touchaient ›ien des indemnités, mais sans avoir le droit de es exiger. Il en est résulté une augmentation consi- lérable du nombre de malades annoncés à la C. N. Toutefois, tous les cas annoncés avec le diagnostic le silicose ne sont pas atteints de cette maladie. D'après les statistiques de Lang (médecin de la C. N.[1]), chez plus des deux tiers des mineurs nnoncés à la C. N. en 1942 et 1943 pour silicose, e diagnostic n'a pas été confirmé. A la clinique nédicale de Lausanne, Jequier-Doge et Lob[2] ont rouvé chez 60 mineurs qui nous avaient été adres- és avec ce diagnostic de silicose, seulement 30 cas ertains. Le diagnostic de silicose doit donc être ›osé avec beaucoup de circonspection.

Il y a lieu de distinguer :

a) Le diagnostic anatomique des lésions silico- tiques ;

b) Le diagnostic clinique de la silicose maladie ;

c) Le diagnostic des troubles fonctionnels avec la réduction de la capacité de travail qui en résulte.

En effet, un homme peut être porteur de lésions anatomiques dues au quartz et visibles à l'examen radiologique, sans être malade et sans avoir une capacité de travail réduite. C'est ce qu'ont montré les examens radiologiques en série de l'armée. D'autre part, un mineur peut se plaindre de symptômes cliniques de silicose et se croire forte- ment limité dans son travail, alors qu'un examen minutieux ne permet de déceler aucune lésion ana- tomique bien caractérisée.

Le diagnostic de silicose se base sur l'examen radiologique et sur l'anamnèse.

La radioscopie seule est insuffisante pour diagnos- tiquer les lésions anatomiques ; la radiographie est de rigueur. Et encore, une seule radiographie ne permet souvent pas de trancher la question ; des radiographies répétées à intervalles plus ou moins longs seront nécessaires avant de pouvoir être affirmatif.

Nous ne ferons que rappeler brièvement les trois stades qu'on distingue habituellement :

Stade I : ombres micronodulaires, de la grandeur d'une tête d'épingle, disséminées symétriquement dans les zones moyennes des plages pulmonaires, avec renforcement du dessin linéaire du paren- chyme ; gros hiles, ou du moins, images hilaires accentuées.

Stade II : ombres nodulaires allant jusqu'à la grandeur d'un pois, correspondant aux nodules silicotiques et donnant, par leur nombre, l'impres- sion de grenailles, de tapioca, ou d'une tempête de neige.

Stade III : ombres compactes, généralement à l'étage moyen et pouvant s'étendre à l'étage supé- rieur, ayant l'aspect de pseudotumeurs, compre- nant aussi des parties atélectasiées ; signes de fibrose, de rétractions, d'épaississements pleuraux, de déformations diaphragmatiques et thoraciques calcifications des hiles et parfois des nodules.

Ces ombres radiologiques ne sont pas suffisam ment caractéristiques pour permettre, sans autre le diagnostic de lésions silicotiques. Elles ne seron bien interprétées qu'en tenant compte de l'anam nèse professionnelle. Déjà Ramazzini, au xvIII siècle, avait montré combien il est important de se renseigner sur le métier de chaque malade. Pou la silicose, c'est doublement vrai. Ce n'est que s le patient a été en contact avec des poussières de quarz pendant un certain temps que le tableau radiologique pourra être interprété dans le sen d'une silicose. Sans ce contact, pas de silicose. En tenant compte de l'anamnèse professionnelle, on évitera des confusions avec la maladie de Besnier Boeck, la tuberculose miliaire, la soi-disant gra nulie froide, la carcinose miliaire et, lorsqu'i s'agit d'ombres plus étendues, avec de véritable tumeurs ou avec des processus inflammatoires.

L'étendue des ombres radiologiques ne renseigne pas sur la durée de l'exposition aux poussières. On est parfois étonné de trouver des ombres impres sionnantes par leur nombre et leur étendue che des hommes qui ont travaillé à peine une anné en galeries, alors que de vieux mineurs présenten des lésions relativement peu importantes et qu ne les font pas souffrir. De même, nous ne sau rions trouver, dans les ombres radiographiques, de détails suffisamment précis pour en déduire la nature du travail qu'a accompli le patient, c'est à-dire dans quelle sorte d'industrie il a été occupé[3].

Les tableaux radiologiques sont accompagnés d signes stéthacoustiques et cliniques banaux : ma tités plus ou moins prononcées, râles secs, ou par fois humides, accompagnant une respiration accen tuée avec expirium prolongé et renforcé, fremitu pectoral incertain, toux, expectorations, douleur thoraciques ; en somme, signes de bronchit diffuse. En général, le malade n'a pas de fièvre

1. *Radiologica clinica*, vol. XIV, 83.
2. *Journal suisse de Médecine*, 1945, nos 13 et 14.

3. Pourtant certains auteurs qui se sont spécialisés dan cette question prétendent pouvoir le faire.

la vitesse de sédimentation des globules rouges n'est pas accélérée et la leucocytose fait défaut, à moins que des processus infectieux, des ramollissements caverneux à l'intérieur des masses pseudotumorales ne compliquent le tableau habituel. La fatigabilité excessive et l'amaigrissement sont des signes de stades avancés. Par contre, dès le début, les malades se plaignent de dyspnée d'effort et c'est cette dyspnée précoce, régulière, constante à chaque effort qui paraîtra suspecte au médecin averti. Mais, somme toute, ce n'est pas sur les symptômes cliniques que l'on pourra établir le diagnostic de silicose [4]. Celui-ci se base, ainsi que nous l'avons déjà dit, sur l'anamnèse et sur l'examen radiologique.

Si les méthodes d'investigation radiologique sont indispensables à l'établissement du diagnostic, elles ne suffisent pas à déterminer l'importance des troubles fonctionnels causés par la silicose et responsables de la réduction de la capacité de travail. Sur ce point, seuls des examens spirométriques peuvent nous renseigner avec le maximum de précision désirable.

En examinant le patient après lui avoir fait faire des exercices de gymnastique ou après lui avoir fait monter des escaliers, en contrôlant son pouls, la fréquence de sa respiration, en déterminant l'apnée dont il est capable, on peut obtenir quelques renseignements approximatifs sur les troubles fonctionnels qu'il présente. Toutefois, ce sont là des méthodes rudimentaires. Ce qui importe, c'est d'établir un bilan fonctionnel du sujet aussi exact que possible. C'est à ce problème que s'est attachée très particulièrement la clinique médicale de Lausanne et je voudrais, dans les pages qui suivent, exposer très brièvement les résultats des travaux de mon médecin-adjoint, le Dr Ed. Jequier-Doge et de ses collaborateurs [5].

En premier lieu, il s'avère qu'il n'existe pas de parallélisme entre l'étendue des lésions visibles radiologiquement et les variations des valeurs spirométriques au repos (capacité vitale et capacité respiratoire maxima). Ainsi, une diminution de la capacité vitale n'a été constatée que dans 60 pour 100 des cas, aussi bien chez des malades du stade I que chez des malades du stade III. Chez le 40 pour 100 restant, au contraire, la capacité vitale présentait un excédent par rapport à son chiffre théorique (que l'on trouve en multipliant par 2.3 le chiffre du métabolisme de base théorique exprimé en calories). De même, la capacité respiratoire maxima n'a pas été trouvée abaissée d'une façon constante et proportionnelle au stade de la silicose. Ces chiffres, obtenus alors que le sujet est au repos, indiquent les réserves respiratoires dont il peut, à la rigueur, disposer, mais ils ne nous renseignent pas sur la manière dont il les utilise à l'effort. C'est pourquoi il est important de compléter ces premiers examens, pratiqués au repos, par des enregistrements spirométriques durant l'effort physique. Le laboratoire de la clinique médicale de Lausanne dispose d'un ergomètre qui permet d'imposer au patient un effort exactement dosé ; le travail fourni par le malade (en tournant une manivelle) est exprimé en watts [6].

Nous déterminons l'effort maximum que le patient est capable d'accomplir pendant dix minutes en « steady state », c'est à dire avec un débit respiratoire stabilisé, sans déficit d'oxygénation du sang artériel et avec, à la fin de l'exercice, un temps de récupération inférieur à trois minutes (le travail maximum dont le patient est capable jusqu'à épuisement de ses réserves ne nous intéresse pas ici). Si l'on classe les patients d'après les efforts qu'ils sont capables d'accomplir en « steady state » pendant dix minutes à 140, 130, 120, 100, 80 et 60 watts, on trouve, par exemple, des patients atteints de silicose au deuxième stade accomplissant facilement un effort de 140 watts et des patients du premier stade seulement un effort de 120 watts. Les patients du stade III, s'ils sont capables d'accomplir un effort de 100 watts ou de 80 watts, souvent ne le font plus en « steady state » et seulement en épuisant leurs réserves respiratoires ; la plupart, même, sont dans l'impossibilité de poursuivre l'effort pendant dix minutes ou présentent une désaturation en oxygène du sang artériel. A côté des patients du stade III, on trouve aussi des patients du stade II qui ne peuvent faire un effort de 100, 80, 60 watts qu'en épuisant leurs réserves. Pourtant, M. Jéquier a observé un malade silicotique du stade III, âgé 53 ans, capable d'accomplir un travail de 120 watts en « stedy state » et un autre malade de 38 ans, aussi au stade III, disposant d'une capacité respiratoire maxima de 160 litres et travaillant en « steady state » à 140 watts.

Ces épreuves sont instructives à plusieurs points de vue. Elles nous démontrent une fois de plus le manque de parallélisme strict entre l'extension des lésions silicotiques et le handicap fonctionnel. Des silicoses des stades I et II peuvent être, au point de vue fonctionnel, inférieures aux silicoses du stade III. Ce n'est donc pas la lésion silicotique, comme telle et à elle seule, qui détermine le degré de la diminution fonctionnelle. En effet, l'aspiration de poussières de bioxyde de silicium provoque de l'hyperémie des bronches, de l'œdème, de l'exsudation, de la desquamation et des spasmes bronchiques ; les lésions « spécifiques » (les réactions fibroblastiques interstitielles et les nodules) se compliquent d'emphysème, d'atélectasies, de stase lymphatique ; elles provoquent de la rétraction des poumons, des déplacements du médiastin, des déformations du diaphragme et de la cage thoracique qui devient de plus en plus rigide. Enfin, la stase sanguine peut compliquer le tout.

P. H. Rossier a attiré l'attention sur plusieurs points. Ainsi, il a montré [7], qu'après injection de 1-4 *mg.* d'adrénaline la capacité vitale et le débit respiratoire augmentent, ce qui s'explique par le relâchement du spasme bronchique. La même amélioration des valeurs spirométriques s'observe aussi au cours d'un effort musculaire (Jéquier). Or, l'effort musculaire s'accompagne d'un déversement augmenté d'adrénaline dans la voie sanguine (Verzar).

P. H. Rossier attache de l'importance à l'espace mort qui est augmenté chez les porteurs de lésions silicotiques et qui est une des causes de l'hyperventilation. Cette augmentation de l'espace mort s'explique évidemment par les multiples altérations pulmonaires, etc. [8].

L'examen de la fonction respiratoire par les examens d'effort renseigne non seulement sur le handicap causé par les lésions spécifiques silicotiques, mais sur l'ensemble des processus que nous venons d'énumérer [9].

C'est probablement à cet ensemble de complications, plus qu'aux lésions silicotiques comme telles, qu'est due la réduction de la capacité d'effort et de travail du sujet. Nous cherchons à nous rendre compte comment, dans de pareilles conditions pathologiques, la consommation d'oxygène pendant l'effort est assurée par le débit respiratoire et comment l'oxygène est utilisé, en d'autres termes, ce qui nous intéresse, c'est le transport de l'oxygène des poumons aux tissus. Or, l'utilisation de l'oxygèn sera troublée, dans la silicose, d'une part par le complications signalées plus haut qui modifient le échanges entre les alvéoles pulmonaires et le capillaires sanguins — si la tension partielle d l'oxygène alvéolaire ne suffit pas à transformer l presque totalité de l'hémoglobine en oxyhémo globine, la consommation d'oxygène sera plu élevée, au moment où l'on fait respirer au patien une atmosphère artificiellement enrichie en oxy gène — d'autre part, par le ralentissement circu latoire résultant de lésions du myocarde, de dépla cements du médiastin, de défauts de régulatio vasomotrice des capillaires qui entraînent des trou bles du processus d'oxydation tissulaire, de l'acidos avec déviation de la courbe de dissociation de l'oxy hémoglobine vers la droite, l'avidité de l'hémo globine pour l'oxygène dépendant du *pH* sanguin Le débit respiratoire nécessaire à une consomma tion d'oxygène donnée s'élève [10]. En plus d l'augmentation du débit respiratoire, nous possé dons encore un argument spirométrique précieu pour juger du trouble de la circulation périphé rique, c'est la prolongation du temps de récupéra tion (pour la consommation d'oxygène) aprè cessation du travail. En effet, le déficit, ou la dett d'oxygène, au niveau des tissus, résultant d'un circulation insuffisante à transporter l'oxygèn jusqu'à la musculature et aux autres organes selo leurs besoins, ne pourra être couvert que par un récupération prolongée (c'est-à-dire que la con sommation d'oxygène ne revient à sa valeur d repos qu'après un laps de temps exagéré).

Les poumons, le cœur, les vaisseaux périphé riques, le sang forment une unité fonctionnelle un système d'organes que l'on ne saurait envisage séparément. C'est cet ensemble synergique qu garantit la capacité d'effort.

Il a été reproché aux examens fonctionnels tel que nous les recommandons de dépendre de l bonne volonté du malade. Nous estimons au contraire que c'est là un avantage. Nos méthodes permettent de mettre en évidence la mauvaise volonté et la tendance à l'aggravation de certains patients mais aussi les névroses et les états d'angoisse, fréquents parmi les ouvriers qui ont pu suivre l'évolution de la maladie chez leurs compagnons de travail. Le débit respiratoire-minute dépend du psychisme et sera modifié par une hyperpnée psychique ; il dépend aussi de l'entraînement.

Les examens fonctionnels permettent de reconnaître ce qui, dans l'ensemble de la silicose-maladie, est susceptible d'être amélioré par la thérapie, les troubles circulatoires, les bronchites étant réversibles. Ils montrent l'utilité du travail, de la rééducation par des exercices bien mesurés et combien le manque d'entraînement est nuisible. Ils signalent les cas où la psychothérapie est indiquée.

Les examens fonctionnels, tels que nous les préconisons, ne doivent pas se substituer aux examens cliniques et radiologiques. Ils ne contribuent pas au diagnostic qui se pose sur les données de l'anamnèse professionnelle et radiologique. En revanche, ils sont indispensables pour déterminer quantitativement la limitation de la capacité de travail sur laquelle l'examen radiologique ne donne pas de renseignements suffisamment précis ; seuls ont droit à une indemnité, les ouvriers qui sont handicapés fonctionnellement, mais non pas les porteurs de lésions anatomiques muettes. Les examens fonctionnels sont superflus et pourraient même être nuisibles chez les malades chez lesquels l'insuffisance cardio-pulmonaire est évidente, même au repos.

4. Je ne discute pas ici, faute de place, l'association silicose-tuberculose, sa pathogénie, son diagnostic, son importance pour l'assurance.
5. Jequier-Doge et Lob : *Helv. med. Acta*, **11**, 123 ; *. Suisse de Méd.*, 1945, nos 13-14. — Jequier-Doge : *Helv. med. Acta*, **8** ; *J. méd. de Leysin*, 1943, n° 7 ; *Arztl. Monatshefte*, 1945, 34.
6. Pour tous détails, voir Ed Jéquier-Doge, *Rev. méd. Suisse romande*, 1940. L'ergomètre a été construit d'après les indications de M. Jéquier.

7. *Helv. med. Acta*, Bd 11. 128.
8. *Helv. med. Acta*, Bd 12, 629.
9. Le seul trouble fonctionnel sur lequel l'examen radioscopique puisse nous orienter, ce sont les mouvements diaphragmatiques et en quelque sorte la rigidité thoracique. M. Jéquier a raison lorsqu'il écrit : « Ce qui compte au point de vue fonctionnel, c'est souvent ce que l'on ne voit pas sur une radiographie ; c'est l'immobilisation. »

10 La proportion entre la respiration et la consommation d'oxygène, c'est-à-dire la quantité d'air ventilé nécessaire à l'utilisation de 1 cm^3 d'oxygène est connue Rossier emploie, pour la caractériser, le terme de ventilation spécifique pulmonaire, Jéquier, celui de coefficient d'utilisation de l'oxygène. Ces relations sont variables d'un sujet à l'autre.

LA RÉGULATION VAGO-HUMORALE DU CŒUR

Par **Alex de MURALT**

(Hallerianum, Berne.)

Dès 1921, O. Loewi, a montré dans une série de travaux d'une suite logique remarquable que l'excitation du vague conduit dans le cœur à une mise en liberté d'acétylcholine. Ces travaux sont devenus célèbres et l'on admet généralement maintenant que ce médiateur chimique joue un rôle important dans la régulation de l'activité cardiaque. L'action du vague sur le cœur se manifeste par un allongement de la phase de repos et un raccourcissement de la systole, suite du relâchement diastolique survenant plus tôt. Cette action caractéristique du vague peut être décomposée en ses divers éléments : actions chronotrope, bathmotrope, dromotrope et clinotrope (Bohnenkamp) négatives. Cette division de l'action du vague en ses cinq composants peut en faciliter la compréhension, mais — et on doit le souligner — ce résultat de cette action est un tout coordonné, dont la signification devient beaucoup plus claire si nous la formulons de façon simplifiée comme nous venons de le faire au début de notre exposé. Si la période de repos du cœur est prolongée, les processus chimiques anaboliques, ayant plus de temps pour se dérouler, aboutissent à la formation de réserves chimiques. Le raccourcissement de la contraction systolique diminue la libération d'énergie chimique ; il en résulte une utilisation plus économique des réserves disponibles. L'action du vague sur le cœur aboutit donc à la fois à des synthèses et à des économies. Hess l'a caractérisée « Entlastung » et il désigne de façon générale la fonction du vague sous le nom de *principe histiotrope*.

L'action du sympathique est opposée à celle du vague. Son rôle est d'augmenter le rendement ; Hess parle de *principe ergotrope* et Cannon de l'« emergency function ». La phase de repos du cœur est raccourcie jusqu'à disparition complète ; à la suite de leur relâchement différé, par contre, la contraction des fibres musculaires est considérablement renforcée.

Actuellement, nous attachons la plus grande importance dans la contraction des fibres du muscle cardiaque à l'apparition de la phase du relâchement. Car l'idée que Ritchie a émise pour la première fois s'est révélée exacte : la totalité des phénomènes chimiques sert à produire l'énergie nécessaire au relâchement des fibres musculaires. La *myosine* est le corps albumineux contractile tant dans les muscles du squelette que dans le muscle cardiaque. Pendant sa contraction, elle prend le caractère d'une adénosine-triphosphatase et déclenche par là les réactions chimiques, en particulier le processus initial du dédoublement de l'acide adénosine-triphosphorique. Grâce à ces réactions les fibres musculaires peuvent se relâcher; l'énergie libre dépensée pour la contraction de la myosine est remplacée aux dépens de l'énergie chimique (réaction couplée de Meyerhof). Lorsque le relâchement de la fibre musculaire s'établit tôt, la myosine a probablement déjà pris le caractère d'une adénosine-triphosphatase après une courte contraction et déclenche ainsi la chaîne des réactions chimiques aboutissant à ce relâchement. Lorsque ce relâchement s'établit plus tard, la myosine a subi une contraction forte et prononcée avant de jouer son rôle de ferment. Nous pensons aujourd'hui que l'action du vague — de même que celle de l'acétylcholine — sur le muscle cardiaque se traduit par un déclenchement avancé des réactions chimiques permettant le relâchement des libres musculaires; à l'action du sympathique — ou de l'adrénaline — correspond un déclenchement retardé. Il n'est, je pense, pas nécessaire de souligner que la coordination de l'activité cardiaque totale nécessite des influences correspondantes sur le seuil d'excitabilité, le temps de conduction et l'automatisme de la formation des stimuli.

Il est connu depuis longtemps que le simple antagonisme entre les actions du vague et du sympathique sur le cœur est une image beaucoup trop simple. La coordination entre l'activité cardiaque et les besoins de l'organisme est beaucoup plus finement organisée. Wundt (1860), Schmiedeberg (1871), Boehm (1875), François-Franck (1894) et surtout Arloing (1895) avaient déjà montré au siècle passé que le vague contient une composante antagoniste qui provoque à elle seule un raccourcissement de la période de repos du cœur et une augmentation de la contraction systolique. On parle dès lors des fibres cardio-accélératrices du vague.

Dernièrement Jourdan et Nowak ont étudié ce problème au moyen de la méthode de la circulation croisée, développée et mise au point dans l'Institut de Heymans. Extirpant soigneusement le ganglion stellaire qui pourrait envoyer des fibres orthosympathiques dans le rameau voisin du vague et par là au cœur, ils ont constaté après blocage de l'action normale du vague par l'atropine un effet cardio-accélérateur de 20 à 60 pour 100. Ils en ont conclu que les fibres cardio-accélératrices prennent naissance dans la région des noyaux du vague dans le tronc cérébral. Travaillant sur des animaux dont le système nerveux sympathique avait été totalement enlevé, Brouha, Nowak et Dill, Brouha et Nowak, Brown et Maycock ont aussi observé tout récemment cette action cardio-accélératrice du vague. Ils ont même pu constater que cette action augmente progressivement pour atteindre un maximum vingt jours après l'opération. L'idée que le vague contient des fibres cardio-accélératrices spéciales est à la base de tous ces travaux. Mais, à ma connaissance, la preuve de l'existence *anatomique* de ces fibres n'a jamais été fournie. Seule leur *action* a été observée et par des expériences où l'on a tenté de les isoler, on a uniquement établi qu'elles cheminent dans le vague dès son origine.

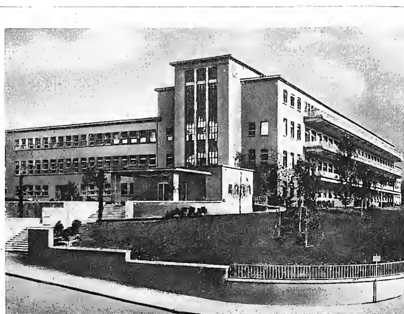
Hess, le premier, a songé à la possibilité qu'il ne s'agit là peut-être pas de fibres spéciales, mais que le vague, lui-même, peut avoir dans certaines circonstances une action stimulante sur le cœur. Depuis notre découverte de la *deuxième substance vagale*, nous tenons que cette double action humorale du vague sur le cœur est très vraisemblable.

Quelle est la nature de cette deuxième substance vagale ? Les nerfs cholinergiques excités élaborent de façon passagère une forme facilement extractible d'aneurine. En bref : de l'aneurine combinée se transforme en aneurine libre (Minz, V. Muralt, Liechti, V. Muralt et Reinert, V. Muralt et Zemp). Lors de l'excitation d'un nerf, il se forme de l'acétylcholine aussi bien le long du trajet nerveux qu'à son extrémité. C'est un fait connu. Il était donc logique de penser que les nerfs cholinergiques libèrent également de l'aneurine à leurs extrémités. Grâce à un fluoromètre extrêmement sensible (Wyss) et à une microméthode au phycomyces (Schopfer, V. Muralt et Wyss, Wyss) nous avons pu montrer que l'excitation du vague libère en plus de l'acétylcholine (*première substance vagale*) une certaine quantité d'aneurine (*deuxième substance vagale*) en rapport avec l'état de nutrition. Nous ne pouvons pas encore dire si cette substance est libérée par certaines fibres spéciales, cardio-accélératrices, ou par la totalité des fibres du vague. Lors de l'excitation du sympathique, elle n'apparaît jamais.

Comment agit cette deuxième substance vagale ?

L'aneurine n'a pas une action *directe* sur le cœur, mais elle inhibe de façon presque spécifique l'action de l'acétylcholine (Agid et Balkanyi, Kaiser, Moniz de Bettencourt et Cruz, Scheinfinkel, V. Muralt et Raaflaub). Cette deuxième substance vagale provoque une inhibition beaucoup plus marquée que l'aneurine pure. Nous en avons conclu que l'action du vague sur le cœur libère une forme *particulièrement active* d'aneurine qui inhibe déjà à petites doses l'action de l'acétylcholine. En fait, dans l'avitaminose B1 expérimentale de l'homme, on a constaté au repos une bradydycardie marquée (Williams, Mason, Wilder et Smith), car l'action antagoniste de l'aneurine fait défaut. Il s'agit là avant tout d'une action du vague et non pas d'un trouble local du métabolisme du muscle cardiaque. Nous en voulons pour preuve que la section du vague fait disparaître immédiatement la bradycardie du béribéri classique du pigeon (Drury). L'action du vague dépend de l'état du métabolisme du cœur (Welsh). Si le métabolisme glucidique est élevé, l'action inhibitrice de la deuxième substance vagale sur la première est grande et le cœur en est stimulé. Si le métabolisme glucidique est bas, l'action de la deuxième substance vagale est également faible. La deuxième substance vagale (aneurine) est moins rapidement inactivée que la première (acétylcholine); l'action stimulante peut donc souvent subsister plus longtemps. Pendant la digestion, le cœur, mis au service de la circulation sanguine intestinale, présente une activité accrue malgré une augmentation du tonus du vague (Marshall). Cette fonction dépend à notre avis de la régulation cardiaque humorale à double sens due à la première et la deuxième substance vagale.

Les références bibliographiques et une discussion plus approfondie se trouvent dans l'article général de V. Muralt : *Experientia*, 1945, n° 5.



(*Photo Chapallaz*).

L'Hôpital Nestlé, à Lausanne.

MALADIES DE L'ARTÈRE PULMONAIRE ET INTERVENTIONS CHIRURGICALES

Par le Prof. **Ch. HENSCHEN**
Directeur de la Clinique chirurgicale.
(Bâle)

Les hémoptysies pulmonaires massives, comme toutes les hémorragies qui menacent la vie de l'individu, imposent une thérapeutique active. Lorsque « la petite » thérapeutique médicamenteuse et biologique (petites transfusions répétées) est restée sans effet, il faut recourir à une aide plus héroïque, c'est-à-dire à des actes chirurgicaux : phrénicectomie d'urgence, pneumopéritoine hémostatique, pneumothorax controlatéral hémostatique, toutes opérations intrathoraciques qui s'offrent au choix, suivant la gravité, les répétitions et la durée des hémoptysies.

Une cause fatale d'hémorragies pulmonaires, qui n'a pas encore éveillé l'intérêt chirurgical, bien qu'en 1909 déjà, le pathologiste A. Posselt ait réclamé l'aide de la chirurgie pour l'opération de l'anévrisme pulmonaire, tient à la pathologie de l'artère pulmonaire (A. P.).

La pathologie de l'artère pulmonaire, « une série de jalons posés dans un terrain mal délimité » (Laubry) englobe toute une série d'états morbides, dont les uns sont *primaires* et les autres *secondaires* à des cardiopathies congénitales ou actives, ou à des affections pleurales ou pulmonaires. Le caractère de *dualité* du tableau clinique, point capital de la question, dépend de la localisation primaire ou primordiale de la maladie, soit au tronc ou aux branches principales de l'artère, soit au contraire aux artérioles ou aux ramifications terminales péri-alvéolaires. Lorsque l'artère est gravement atteinte et que son rôle dans le jeu de la respiration pulmonaire périphérique est supprimé, nous assistons tôt ou tard à des troubles fonctionnels directs ou indirects. Les troubles fonctionnels directs tiennent à la mauvaise irrigation des artérioles et des capillaires préposés aux échanges gazeux, à l'altération les dépôts sanguins et aux troubles du métabolisme des graisses. Les troubles indirects tiennent au retentissement de la maladie sur la tension relativement basse de l'artère pulmonaire et par là sur le cœur droit, à une répartition inadéquate de la masse sanguine, au métabolisme des gaz, à l'hématopoïèse, à l'activité du foie, des reins et du cerveau. « Ces lésions terminales présentent une importance de premier ordre, car elles tiennent sous leur dépendance la cyanose, les hémorragies et la plupart des troubles fonctionnels » (Clerc).

Les affections les plus diverses de l'artère pulmonaire peuvent engendrer des hémorragies massives. Ce sont :

1° *L'athéromatose* ulcérée ou non.

2° *L'artériosclérose du tronc, des branches principales ou des ramifications moyennes ou petites de la pulmonaire* (artériolosclérose).

Cette affection est rarement isolée et va, en général, de pair avec une affection thoraco-abdominale généralisée.

3° *La sclérose fonctionnelle observée dans l'hypertension durable de la petite circulation*, au cours des cardiopathies (sténose mitrale ou aortique, sténoses veineuses acquises ou congénitales, persistance de l'orifice septal, persistance du canal artériel, oblitération péricardique, compression par des processus interstitiels pleuraux ou chroniques, tumeurs, cyphoses, etc.).

4° *La thrombo-artériolite pulmonaire*, du type Winiwarter-Buerger, avec ou sans participation des veines.

5° *L'artérite et la péri-artérite infectieuse chronique* (apparentée au Buerger pulmonaire) secondaire à une variole, rougeole, scarlatine, grippe, choléra, fièvre thyphoïde, pneumonie, diphtérie ou blennorragie. La forme la plus grave de cette affection est l'artérite septique ulcéreuse (due au streptostaphylo-gono ou diplocoque). C'est la sepsis pulmonaire lente rappelant la tuberculose ou les abcès miliaires de la corticale pulmonaire.

6° *La péri-artérite noueuse et l'artérite ou péri-artérite pulmonaire rhumatismale* (Roessle).

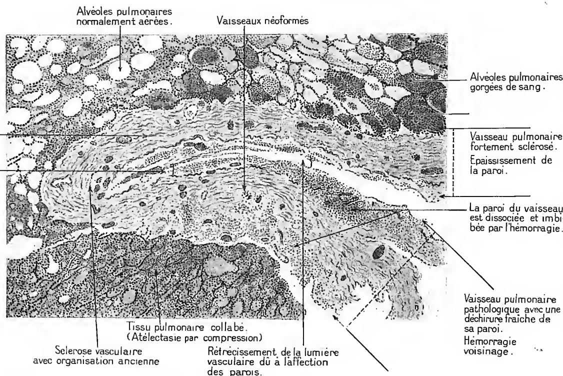
7° *La sclérose pulmonaire, dite spécifique*, due à la syphilis (artérite gommeuse ou diffuse) ou à la tuberculose.

8° La forme *thrombo-embolique de la sclérose pulmonaire*, apparaissant sous les caractères d'une pseudo-tuberculose suraiguë, ou en association avec la tuberculose. La forme qui se localise au hile ou aux valvules éveille moins l'intérêt chirurgical que la forme très hémorragique qui se localise aux ramifications pulmonaires moyennes ou périphériques.

9° *La sclérose pulmonaire néoplasique et ses subdivisions :* tumeurs autochtones de la paroi artérielle (enchondromes); tumeurs para-artérielles (tératomes); lymphangite cancéreuse avec compression des ramifications pulmonaires; artérite ou périartérite néoplasique (métastases dans les nodules lymphatiques et dans les espaces lymphatiques entourant l'artère sur tout son parcours); embolies néoplasiques dans les ramifications terminales, préparées par une endartérite occasionnelle à la capture des cellules tumorales.

10° *Les lésions pulmonaires post-traumatiques :* mise en liberté par un traumatisme d'une gomme pariétale; cicatrices gênantes au point de vue fonctionnel, secondaires à une contusion; traumatisme chroniques d'effort, avec artériose par épuisement ou par effort, comme cela se voit chez les portefaix, les souffleurs de verre, les nageurs de vitesse surentraînés; anévrisme post-traumatique parfois du type disséquant.

11° *Les dilatations préanévrismales et les anévrismes.* L'artère pulmonaire a une tendance marquée à la dilatation (primaire ou secondaire); son calibre, de 3 cm. 5 de moyenne, surpasse celui de l'aorte jusqu'à cinquante ans. Mais les anévrismes pulmonaires sont rares. Ils siègent au niveau du cône artériel, sur le tronc ou sur les ramifications intrapulmonaires (même à l'intérieur du tissu pulmonaire sain). La syphilis joue un rôle important dans leur pathogénie, à côté de l'artériosclérose ou de l'athéromatose, des altérations pariétales mycotiques, de la persistance du canal artériel ou du foramen ovale ou encore des anomalies valvulaires congénitales. Les anévrismes sont uniques ou multiples, fusiformes ou sacciformes, disséquants, artério-veineux ou aorto-pulmonaires. La rupture peut se faire dans le médiastin, la plèvre, le péricarde et l'aorte. Le tableau clinique est celui du cardiaque noir et des hémoptysies. Faisons une place à part aux anévrismes caverneux de la tuberculose et des bronchiectasies, aboutissant à des hémorragies très graves, voies fatales. Le diagnostic, souvent difficile, même hypothétique », pourrait se faire par artériographie en injectant la substance opaque suivant la méthode d'Assmann, à l'aide d'une petite sonde depuis une veine du coude jusqu'au cœur droit. Ce diagnostic ne serait pas sans intérêt, car certains anévrismes, les « botalliens » et les anévrismes intrapulmonaires de l'endartérite périphérique, pourraient bénéficier ainsi d'un traitement chirurgical. Les hémoptysies dangereuses sont celles qui se répètent, à intervalles plus ou moins rapprochés et qui inquiètent par leur abondance. Pour Posselt, pareille hémorragie doit mettre sur le chemin de la sclérose pulmonaire : l'hémorragie est souvent abondante et dure peu de temps. Elle peut faire illusion pour une hémoptysie cardiaque dans certains cas de vice cardiaque où l'on ne peut pas mettre en évidence de signe d'infarctus pulmonaire. Or, les infarctus pulmonaires hémorragiques les plus étendus ne conduisent pas forcément à une hémoptysie. Les hémoptysies qui accompagnent la sténose mitrale caractérisée ou les vices congénitaux, et qui évoluent sans signe d'infarctus doivent faire soupçonner une sclérose pulmonaire. « Le diagnostic consiste exclusivement à rechercher l'origine d'une hémoptysie survenue au cours d'un syndrome pulmonaire ou d'un rétrécissement mitral, et tout d'abord à démontrer ou à écarter l'hypothèse d'une tuberculose pulmonaire » (Laubry.)



Si l'on s'attache à l'histoire de la maladie, on

reconnaît bien vite qu'elle représente dans ses différents modes l'aboutissant d'une constellation pathologique, d'une concentration de facteurs nocifs dirigeant leurs attaques répétées sur la petite circulation. Ces facteurs nocifs sont courants alors que la maladie est rare, ce qui nous pousse à admettre une certaine prédisposition à la sclérose de l'arbre bronchique chez l'individu atteint de bronchiectasies, et une prédisposition à la sclérose de l'arbre vasculaire chez le scléreux de la pulmonaire. Les bronchiectasies et la sclérose pulmonaire vont d'ailleurs souvent de pair. Ce qui est primordial, c'est que les facteurs nocifs agissent par poussées répétées, toujours sur le même système tissulaire prédisposé, pour y accomplir leur dommage.

Je renonce à détailler la symptomatologie générale et la séméiologie des différentes formes cliniques de l'artérite pulmonaire chronique, maladie d'un caractère implacablement progressif. Eppinger et Wagner, Laubry et Walser, Clerc, Noël Deschamps et L. Michaud, parmi tant d'autres, en ont tracé le tableau clinique. On jetterait plus de lumière sur les détails étiologiques et pathologiques de chaque cas individuel si l'on savait combiner la tomographie du cœur (dans le diamètre longitudinal) avec la kymographie des poumons et l'artériographie de l'artère pulmonaire telle que nous venons de la décrire.

Citons encore quelques données cliniques empruntées à une communication de Wuhrmann et Kalt. La sclérose pulmonaire se laisse subdiviser en trois groupes cliniques :

Au premier groupe appartient *la sclérose pulmonaire sénile*, qui est contemporaine de la sclérose du système aortique ou d'une artériosclérose généralisée. Le tableau clinique est souvent estompé par la symptomatologie de la sclérose générale. On met bien en évidence quelques symptômes typiquement pulmonaires (dyspnée, cyanose), mais on ne s'attache pas à rechercher leurs caractères spécifiques à cause des rapports étroits entre l'anatomie et la physiologie des poumons et de la circulation.

On range dans le deuxième groupe *la sclérose pulmonaire dite secondaire*. Il s'agit de tableaux cliniques où les vaisseaux pulmonaires sont sclérosés ou dégénérés à la suite de processus induratifs ou infiltratifs chroniques. L'altération du parenchyme se double d'une modification profonde des vaisseaux pulmonaires, ce qui accentue fortement les phénomènes pathologiques et fonctionnels (la fonction pulmonaire est insuffisante, la dyspnée est marquée et la cyanose exprime la diminution de la capacité vitale et du pouvoir d'oxygénation). Nous observons une insuffisance circulatoire, conséquence de l'affection et séquelle de la dilatation et des troubles fonctionnels du cœur. Citons parmi les causes principales de cette forme de sclérose les affections chroniques du poumon comme la tuberculose, la silicose, l'asthme avec emphysème pulmonaire, la syphilis et la stase en retour des cardiopathies.

Le troisième groupe est formé par *la sclérose pulmonaire primaire*, avec ses formes presque purement inflammatoires. A côté de ses effets cliniques secondaires sur la circulation, les manifestations pathologiques de l'affection se limitent presque entièrement au tableau de la sclérose pulmonaire vraie. L'insuffisance respiratoire ressortit principalement à l'irrigation défectueuse et à la saturation insuffisante à l'oxygène. Les signes cliniques et radiologiques de l'atteinte des poumons ne sont pas éclatants, mais les troubles fonctionnels sont importants. Les facteurs étiologiques sont avant tout les foyers infectieux avec dissémination de toxines, des sepsis chroniques avec bactériémie, la tuberculose extra-pulmonaire, la syphilis, etc. L'affection n'est pas encore parfaitement élucidée. Les sujets atteints meurent d'insuffisance cardiaque ou d'hémorragie.

A côté de ces formes pathologiques presque pures, susceptibles d'être classées séparément, tant au point de vue clinique qu'au point de vue pathologique, il existe d'autres *formes mixtes*, qu'il est difficile de caractériser. Le fond de cette communication a précisément pour objet l'observation d'une pareille sclérose mixte, qui, méconnue et tenue pour une tuberculose pulmonaire, se manifestait depuis des années par de grandes hémoptysies périodiques. La nécessité de protéger une vie menacée nous plaçait devant une décision thérapeutique très délicate. L'examen anatomo-pathologique montra une forme typiquement mixte, présentant à la fois des dilatations vasculaires anévrismales et des bronchiectasies. La localisation principale de ces deux affections au lobe inférieur droit fait penser à une anomalie constitutionnelle tant de l'arbre bronchique que de l'arbre pulmonaire.

Le patient, âgé de 31 ans, tombe le 17 Décembre 1944 d'un tram en marche. Il est transporté sans connaissance à la clinique chirurgicale. Il reprend conscience le 18, avec des périodes de somnolence temporaires et quatre jours après l'accident, à la suite d'un vomissement violent, il a une hémoptysie soudaine avec évacuation de 400 cm^3 de sang. Il se remet grâce à une transfusion.

Anamnèse : mère décédée d'un cancer gastrique. Le père et les frères et sœurs sont en bonne santé. Pas de tuberculose dans la famille. Rougeole et jaunisse dans l'enfance. *L'affection pulmonaire actuelle débute à l'âge de 11 ans* par une pneumonie droite, suivie de toux persistante et de crachats sanglants. Pas de bacilles tuberculeux. En 1936, appendicectomie et tonsillectomie. En 1938, fracture vertébrale et fracture de côtes par accident de planeur. A la suite de cet accident, empyème pleural avec drainage et exérèse du phrénique. Guérison. Ensuite, séjour en Italie. Le patient y fait de nouvelles hémoptysies On lui installe un pneumothorax extra-pleural, qui entraîne un empyème suivi de thoracotomie et de drainage. Le patient se rend alors à Davos, où, pour supprimer à la fois la cavité résiduelle qui s'étend presque jusqu'au diaphragme et les hémorragies massives, on procède, en trois temps successifs, à une thoracoplastie totale paravertébrale (1re à 11e côte) avec plastique axillaire. Pas d'hémorragies importantes par la suite. Le poumon droit est entièrement sombre à la base. Le sommet est aplati. Le patient se soigne ensuite à Leysin. Jamais de bacilles tuberculeux.

Constatations personnelles. — Commotion cérébrale. Cicatrices guéries de plastiques dans la région paravertébrale et dans la région axillaire droite. Aplatissement maximum de la cage thoracique.

Auscultation. — Respiration bronchique à la base du poumon droit, avec beaucoup de râles humides à moyennes bulles, parfois consonnants. Le patient a des hémorragies presque quotidiennes. Il expectore aussi des crachats purulents, surtout le matin, rappelant les bronchiectasies. Cœur : peu agrandi. Les épreuves fonctionnelles ne peuvent être exécutées à cause du mauvais état général. L'E. C. G. montre une altération myocardique assez marquée, avec des ondes T très réduites. Asthénie prononcée, sinon rien de pathologique. Radioscopie du thorax: aplatissement très marqué à droite. A la base, ombres nettes. La trame pulmonaire est accentuée et les bronches principales sont incurvées. Le diaphragme est surélevé à cause de la phrénicectomie précédente. Les hémoptysies deviennent toujours plus fréquentes par la suite. Bacilles tuberculeux positifs une seule fois, mais résultat douteux. Les hémostatiques et les transfusions restent sans effet. Le patient ne souffre de dyspnée et de cyanose qu'au moment de ses hémoptysies ou lorsqu'il a des accès de toux. Le poumon gauche ne montre aucune altération visible. Comme les hémorragies risquent d'être fatales et que cette affection pulmonaire chronique nécessite une cure radicale, le patient est opéré le 13 Janvier 1945, sous narcose au protoxyde, en vue d'une lobectomie ou d'une pneumectomie. Incision de thoracotomie coudée vers l'avant. Résection des fragments osseux régénérés dans le champ opératoire. Mise en liberté du poumon hors de l'épaississement pleural de 3 cm. d'épaisseur à l'aide d'un fort bistouri et de la diathermie, d'après la méthode de Delorme. On met à jour un poumon assez mobile, fortement rétracté et anthracosique qui est attiré vers le hile après libération du lobe supérieur. L'opération est ensuite interrompu parce que le malade est sans pouls et en période d'apnée Mise en place d'un gros plombage paraffiné sur l poumon détaché, pour arrêter indirectement les hémor ragies. Suture partielle. Les hémorragies cessent aprè l'opération. Bon état subjectif pendant deux jours Ensuite dyspnée par déplacement important du cœur Le plombage est alors enlevé et la cavité tamponnée la gaze. Peu de temps après, nouvelles hémorragies affection pleurale, ce qui oblige, le 3 Février 1945 procéder, après une transfusion, à une pneumectomi d'urgence de tout le poumon droit, sous narcose intra veineuse au narconumal. Suture du moignon pulmonair sur plusieurs plans. Suture séparée des gros vaisseaux Accollement du moignon au diaphragme paralysé, pou éviter une fistule bronchique. Pas de dyspnée. Eta général normal et satisfaisant. Sept jours après l'inter vention, apparition d'un exsudat péricardique, pone tionné au point de Larrey. Bon état général durant si semaines. Durant la septième semaine, hémorragie sou daine vers l'extérieur, partant du moignon hilaire.

Examen du poumon gauche et du poumon extirpé. — Le poumon gauche est absolument normal. Le poumo extirpé est très altéré. Il est recouvert d'une plèvr épaissie avec de gros dépôts de fibrine et parsemé d'hé morragies fraîches. Le parenchyme pulmonaire es indemne d'altération syphilitique ou tuberculeuse. Le parois alvéolaires sont parfois élargies. On y voit de dépôts de fibrine, du sang et de l'hémosidérine. Le alvéoles sont parfois gorgées de sang. Les bronches e les bronchioles sont souvent dilatées comme des bron chiectasies sacciformes, souvent comprimées en tuyau et entourées de cartilages déformés. Les artères pulmo naires montrent un élargissement de la paroi avec un sclérose nette et par endroits des dilatations anévris males. Le processus inflammatoire a gagné la paro vasculaire et il y a de grosses déchirures des tunique à ces endroits. *La tunique élastique des vaisseaux dilaté est fortement détruite, si bien que la paroi vasculair n'est plus munie de lamelles élastiques qu'en de rare points. Les hémorragies fraîches partent des vaisseau ainsi altérés. La dilacération du tissu élastique entrain de petits anévrismes, du type de l'anévrisme disséquant même aux endroits où il n'y a pas encore d'altératio véritable des parois et des déchirures.* On voit sur quel ques préparations paraffinées, au niveau de semblable anévrismes, des signes d'hémorragies récidivantes ave organisation, ce qui permet de conclure à des hémor ragies antérieures.

Diagnostic : Sclérose pulmonaire avec altération de parois vasculaires ; formation d'anévrismes. Rupture vasculaires. Atélectasie pulmonaire étendue, bronchiec tasies, hémorragies alvéolaires, pneumonie récidivante

Il importe de souligner l'apparition concomi tante dans ce cas de bronchiectasies et de scléros intrapulmonaire de l'artère pulmonaire, la locali sation unilatérale certaine de la sclérose, presqu entièrement restreinte au lobe inférieur droit, l déchirure des tuniques élastiques artérielles et l transformation des parois vasculaires qui sont cas santes et poreuses, l'absence d'altérations tubercu leuses fraîches ou encapsulées, la formation d'ané vrismes intrapulmonaires au niveau des petites e des grosses branches pulmonaires, avec infarctus, ruptures hémorragiques ouvertes, formation par tielle d'anévrismes disséquants à l'extérieur ou au centre du tissu pulmonaire, déchirure des parois anévrismales amincies à la suite des accès de toux.

Il faut souligner finalement le mélange probable des facteurs nocifs de la sclérose primaire et secondaire.

* * *

En présence d'une sclérose périphérique artérielle, à évolution lente, mais en fin de compte fatale, il est possible d'obtenir une guérison radicale en recourant dans la localisation lobaire à une lobectomie et dans la localisation pulmonaire unilatérale ou à une pneumectomie. Les autres possibilités chirurgicales, intéressant le domaine de la pathologie de l'artère pulmonaire, sont représentées par la ligature de ses rameaux lobaires ou par la ligature du canal artériel dont la persistance entraîne la création d'une sclérose secondaire et la formation d'anévrismes pulmonaires (anévrismes botalliens).

(*Photo Kremtscher*, Zurich).

Nouvel hôpital cantonal de Zurich.

TROUBLES CIRCULATOIRES DE LA RÉTINE DANS LES SYNDROMES SINO-CAROTIDIENS

Par **E.-B. STREIFF**
(Lausanne)

Les expériences de Hering (1923, 1927), Heymans et Bouckaert (1929, 1932), M. et D. Schneider (1934) et Ask-Upmark (1935) pour ne citer que les auteurs principaux, ont démontré le rôle du sinus carotidien dans la régulation du tonus vasomoteur et cardio-inhibiteur de la circulation cérébrale. Au point de vue oculaire Gollwitzer-Meier et Schulte (1932), Weeckers et Dautrebande (1933), Streiff et Monnier (1941), Monnier et Streiff (1942), Riser, Planques, Conadan et Seigneuric (1945), ont mis en évidence les rapports qui existent entre la circulation rétinienne et le sinus carotidien.

On sait que chez l'individu normal l'excitation du sinus carotidien (manœuvre de Tscermak) provoque une bradycardie et une légère chute des pressions artérielles générale et rétinienne, sans produire de sensation subjective. Par contre, sous l'influence de facteurs pathologiques (athéromatose des carotides et du sinus carotidien, tumeurs de la région du cou, goitre, traitement prolongé à la digitale, certaines formes de névroses) la réactivité du sinus carotidien est exagérée. Une légère compression, un simple effleurage de la zone sino-carotidienne, entraîne alors une bradycardie considérable et une forte chute de la pression artérielle. Il s'ensuit toute une série de troubles subjectifs et objectifs, qui caractérisent les *syndromes carotidiens:* le vertige et l'ictus carotidien.

Vertige carotidien. — La chute subite de la pression artérielle à la suite d'une excitation d'un sinus carotidien hypersensible provoque des symptômes qui peuvent être attribués à une insuffisance passagère de la circulation cérébrale et rétinienne. Ce sont des vertiges, des pertes de mémoire, des fourmillements et engourdissements des membres, des crises d'angoisse, des troubles visuels tels que le brouillard, le voile noir devant les yeux, quelquefois la syncope. Le symptôme le plus fréquent est le vertige qui survient lors de mouvements un peu brusques de la tête (de côté, en arrière), chez le coiffeur ou le dentiste, en mettant un faux-col, en se baissant. I. Mahaim (1933) dans une étude approfondie de cette symptomatologie a créé le terme le *vertige carotidien.*

Dans un travail sur les modifications de la pression artérielle rétinienne dans le syndrome du sinus carotidien (1943) nous avons relaté quelques observations d'hyperexcitabilité sino-carotidienne. Nos malades se plaignaient de troubles visuels brouillard, voile noir) lorsque la zone sino-carotidienne était excitée. A ce moment on notait une forte chute de la pression artérielle rétinienne, qui, le plus souvent, ne pouvait plus se mesurer avec l'ophtalmodynamomètre de Bailliart. Rollin (1939) a constaté chez son malade une instabilité de la pression artérielle rétinienne.

Ictus carotidien. — M. P. Marcel (1944) a attiré l'attention sur le fait que « le dérèglement carotidien peut jouer un rôle fort important dans les troubles vasculaires *localisés* du système nerveux central ». Chez deux malades, qui avaient subi un ictus à la suite de mouvements intempestifs de la tête, la manœuvre de Tscermak provoqué des malaises généraux discrets et une paralysie flasque de tout un membre. Chez trois autres malades l'anamnèse et l'examen ont révélé l'origine sino-carotidienne de l'ictus. Au tableau clinique de ces accidents d'origine vasculaire, Marcel donné le nom d'*ictus carotidien.*

Parmi ses cas, Marcel relate l'observation d'un malade atteint de thrombose de la veine centrale de la rétine, qui lui avait été adressé comme hypertendu. Or, la pression générale était normale, mais il existait une artériosclérose et une hyperréflectivité considérable des sinus carotidiens. De même il cite le cas de Bender atteint de double thrombose de la veine centrale presque immédiatement après l'extraction de dents. Nous-même avons eu l'occasion d'observer 2 malades dont voici brièvement l'observation :

M. B., de 70 ans, a consulté un confrère pour diminution brusque de la vision à l'œil droit. On a constaté un foyer jaune proéminent dans la région maculaire. Après deux semaines nous notons la disparition de ce foyer (œdème ?) et à sa place nous voyons de très fines lésions du type de la capillarose. Les artères sont celles d'un artérioscléreux. La pression artérielle rétinienne est trop basse par rapport à la pression générale, qui n'est pas augmentée. La vision est remontée à 0.7. L'examen cardio-vasculaire révéla une hyperréflectivité sino-carotidienne typique.

M. R., de 75 ans, artérioscléreux, qui avait présenté des vertiges et des obnubilations, subitement n'a plus vu de l'œil gauche. Quelques mois plus tard la vue s'éteint brusquement à l'œil droit. Quelques semaines après ce dernier accident nous constatons aux deux yeux les reliquats d'une soi-disant embolie de l'artère centrale, avec une vision diminuée à 0.01. L'examen cardio-vasculaire démontre une pression générale et artérielle rétinienne très basse avec une hyperréflectivité sino-carotidienne, jusqu'alors passée inaperçue aux différents médecins traitants.

Kouretas et Djacos (1940) ont observé chez une malade avec hyperréflectivité du sinus carotidien des crises d'amaurose, qui, par la suite, ont conduit à la cécité définitive. Nous ne pouvons relater ici les intéressantes observations faites par ces auteurs au fond de l'œil de la malade lors des différents examens.

Notons encore que dans quelques cas de thrombose de la veine centrale on a constaté la présence d'un goitre (M. Dufour et Gonin, Moses). Schiff-Wertheimer et Ballard (1935) ont observé dans un cas d'oblitérations répétées de l'artère centrale de la rétine une hypotension artérielle rétinienne discordante et une augmentation de la thyroïde. Ce cas nous fait penser à la possibilité que dans bien des cas de soi-disant spasmes de l'artère centrale de la rétine, l'hypotension générale et surtout artérielle rétinienne souvent constatée soit d'origine sino-carotidienne et qu'elle pourrait jouer un rôle important et parfois prémoniteur de lésions graves du fond de l'œil. Citons à ce sujet un cas d Marcel qui, au réveil, se sent mal, étourdi, e s'aperçoit qu'il ne voit pas. Ce malade avait fai quelque temps avant un ictus carotidien.

Comme pour l'apoplexie cérébrale on adme actuellement pour la thrombose et la soi-disan embolie des vaisseaux rétiniens des causes *prédispo santes* et des causes *déclenchantes.* Parmi les pre mières il faut citer les altérations des parois vascu laires (le plus souvent une athéromatose), la situa tion des vaisseaux au niveau de la lame criblée, l stase dans le système capillaro-veineux. Les cause déclenchantes sont soit une poussée hypertensive soit une chute tensionnelle. Si la poussée hyper tensive explique aisément une apoplexie ou un thrombose de la veine centrale, et en est le plu souvent rendue responsable, il faut attirer l'atten tion sur le fait que la chute de pression est plu fréquente de ce qu'on imagine. Déjà Leber, Haab Michel et Langdon ont admis cette possibilité Coppez et Fritz (1938) notent que la thrombos peut être provoquée par une chute de la pressio artérielle rétinienne. D'autre part, on sait que dan 20 à 30 p. 100 des cas de thrombose la pressio générale est normale ou basse. Wessely (1935) constaté dans 40 cas une labilité du système ner veux et une pression générale normale. Basil (1939), Roshamer et Rehn ont observé une cons titution vagotonique.

Or, parmi les causes bien connues qui peuven provoquer une chute tensionnelle (insuffisanc ventriculaire, arythmie complète, choc opératoire saignée, déshydratation intense) nous pensons ave Marcel que l'hyperréflectivité sino-carotidienne n'es pas la moindre. Elle devrait être recherchée sys tématiquement avec précaution chez tous le malades, si l'on veut instituer une thérapeutiqu adéquate et efficace.

On peut donc conclure que l'excitation du sinu carotidien, suivant l'intensité des réactions réflexe pathologiques, l'état des parois vasculaires d cerveau et de l'œil, l'intensité de la stase dans l système capillaro-veineux, peuvent provoquer u simple vertige, une syncope, un ictus et, au poin de vue oculaire, un brouillard, une cécité passagère des lésions rétiniennes graves.

(Clinique Ophtalmologique de l'Université de Lausanne [Directeur : Prof. E. B. Streiff].)

BIBLIOGRAPHIE

Ask-Upmark : *The carotid sinus and th cerebral Circulation,* Copenhague, 193 — G. G. Basile : *Boll. Ocul.,* 193 **18,** 713. — Bender, cité par Marcel. — H. Coppez et A. Fritz : *Bull. Soc. franç Ophtalm.,* 1938, 524. — M. Dufour et J Gonin : *Encycl. franç. Ophtalm.,* **6.** — K. Gollwitzer-Meier et H. Schulte : *Arch exper. Path.,* 1932, **165,** 683. — Haab, cit par Dufour et Gonin. — H. E. Hering *Münch. med. Wschr.,* 1923, 1287 ; *De Carotissinusreflex auf Herz und Gefäss* Dresden-Leipzig, 1927. — G. Heymans e J. J. Bouckaert : *Erg. Physiol.,* 1929, **41** 28 ; *Le sinus carotidien et la zone homolo gue cardio-aortique,* Paris, 1933. — D. Kou retas et C. Djacos : *Ann. d'Ocul.,* 194 **177,** 161. — Langdon : *Ann. of Ophtalm* 1915, **24.** 266. — Leber : *Graefe-Saemisc* VII. A. 1. II. — I. Mahaim : *La Médecin* 1933, 194. — M.-P. Marcel : *Rev. méd Suisse romande,* 1944, 187. — Michel, cit par Dufour et Gonin. — M. Monnier e E. B. Streiff : *Pflügers Arch.,* 1942, **246** 145. — Moses, cité par Dufour et Gonin — Riser, Planques, Couadau et Seigneu ric : *La Presse Médicale,* 1945, 161. — Rollin : *Bull. Soc. Opht.,* Paris, 1939, 10 — Roshamer et Rehn, cité par Basile. — Schiff-Wertheimer et H. Ballard : *Bull Soc. Opht.,* Paris, 1935, 615. — M. et D Schneider : *Arch. exper. Path.,* 1934, **175** 606, 640 ; 1934. **176.** 393 ; *Arch. exper Path.,* 1934, **175.** 606. 610 ; 1934, **176** 393, — E. B. Streiff : *J. Suisse Méd.* Avril 1943. — E. B. Streiff et M. Monnier *Gr. O. N. O.,* Genève, 1941. — Weecker et Dautrebande : *Arch. d'Opht.,* 1933, 787 — Wessely : *Kl. Mbl. Augenheilk.,* 1935 95, 308

(Photo Chappuis).

Institut d'Hygiène de Lausanne. — Laboratoire de Recherches.

ACQUISITIONS RÉCENTES SUR LES ALCALOIDES DE L'ERGOT

Par **Arthur STOLL** (Bâle)

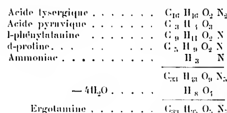
Les avis sur la nature chimique des principes actifs de l'ergot ont souvent changé au cours des années. En 1935, à Montreux, lorsque Sir Henry Dale fit sa conférence à la 1re Semaine Médicale Internationale en Suisse, on pensait que l'action spécifique de l'ergot sur l'utérus était engendrée par les alcaloïdes. On connaissait à l'époque les produits suivants, plus ou moins homogènes : l'ergotinine cristallisée (Tanret, Paris, 1875) et l'ergotinine amorphe (Tanret), l'ergotoxine (G. Barger et Carr, Londres, 1906) et le produit identique, l'hydro-ergotinine, obtenue simultanément par F. Kraft (Brugg, Suisse), enfin l'ergotamine (A. Stoll, Bâle, 1918).

Un nouvel alcaloïde, l'ergométrine (ergobasine), dont la composition est plus simple, fut obtenu en 1935. Cet alcaloïde est facilement soluble dans l'eau, autrement dit il demeure dans les extraits aqueux et se caractérise, lorsqu'il est administré par voie gastrique, par son action rapide et puissante sur l'utérus. Dale était persuadé que ce nouvel alcaloïde supplanterait probablement tous les autres alcaloïdes connus, utilisés en thérapeutique. Il pensait alors à l'action sur l'utérus. Mais déjà, à ce moment, on pouvait prévoir que l'ergotamine, en raison de son action beaucoup plus durable sur les contractions de l'utérus, conserverait sa place en obstétrique et en gynécologie. D'autre part, l'ergotamine possède — comme les alcaloïdes qui lui sont apparentés — une action inhibitrice spécifique sur le système nerveux sympathique que l'ergobasine ne possède pas. Avec l'étude approfondie de l'action complexe de l'ergotamine sur la musculature lisse et sur le système nerveux sympathique, E. Rothlin et d'autres ont touché à un problème dont on ne pouvait prévoir le développement pharmacologique et clinique.

Parmi les travaux de chimie, citons ici les recherches de W.-A. Jacobs qui par hydrolyse fractionnée des alcaloïdes de l'ergot de seigle a obtenu et identifié un certain nombre de composants dont le plus caractéristique, commun à tous

et plus durable sur l'utérus. C'est pour cette raison que ce produit semi-synthétique fut introduit en thérapeutique. Il est prescrit non seulement dans le post-partum, mais également avant l'accouchement. Il agit par voie gastrique, comme un ocytocique remplaçant les produits hypophysaires.

Les alcaloïdes du type de l'ergotamine sont de nature plus complexe. Barger et Carr avaient montré anciennement que la dégradation thermique de l'ergotoxine donne l'amide de l'acide diméthylpyruvique. W.-A. Jacobs a obtenu encore, par hydrolyse alcaline, deux acides aminés. Un de ceux-ci est toujours de la proline, l'autre est spécifique pour chaque alcaloïde. Par scission de l'ergotamine, on obtient à côté de l'acide lysergique, la d-proline et l'ammoniac, la l-phénylalanine et l'acide pyruvique non substitué. La composition de l'ergotamine, d'après ces composants, serait :



Acide lysergique	$C_{16}H_{16}O_2N_2$
Acide pyruvique	$C_3H_4O_3$
l-phénylalanine	$C_9H_{11}O_2N$
d-proline.	$C_5H_9O_2N$
Ammoniac	H_3N
	$C_{33}H_{43}O_9N_5$
— $4H_2O$	H_8O_4
Ergotamine	$C_{33}H_{35}O_5N_5$

Les alcaloïdes du type de l'ergotamine sont donc des polypeptides et c'est ce qui les différencie des autres bases végétales.

L'ergosine, isolée en 1936 par S. Smith et G.-M. Timmis, contient également de l'acide pyruvique, mais la l-phénylalanine est remplacée par la d-leucine. L'ergocristine que nous avons obtenue en 1937 a la formule indiquée par Jacobs pour l'ergotoxine, mais elle se différencie de l'ergotoxine par sa faculté de cristalliser.

La comparaison des produits et de leurs formules et les propriétés variables de l'ergotoxine ont fait mettre l'homogénéité de cet alcaloïde en doute.

Alcaloïdes de l'ergot à type polypeptidique.
Éléments constitutifs de tous ces alcaloïdes : amide lysergique, NH_3, d-proline.

	GROUPE DE L'ERGOTAMINE avec acide pyruvique		GROUPE DE L'ERGOTOXINE avec acide diméthyl-pyruvique	
	Acide lysergique	Acide isolysergique	Acide lysergique	Acide isolysergique
l-phénylalanine.	Ergotamine ⇄	Ergotaminine $C_{33}H_{35}O_5N_5$	Ergocristine ⇄	Ergocristinine $C_{35}H_{39}O_5N_5$.
l-leucine.	Ergosine ⇄	Ergosinine. $C_{30}H_{37}O_5N_5$	Ergokryptine ⇄	Ergokryptinine $C_{32}H_{41}O_5N_5$.
l-valine.			Ergocornine ⇆	Ergocorninine $C_{31}H_{39}O_5N_5$.

les alcaloïdes de l'ergot de seigle, est l'acide lysergique, constitué par un noyau hétérocyclique non saturé assez compliqué.

Dans l'ergobasine, l'acide lysergique est fixé à un amino-alcool simple, l'amino-propanol. Nous avons réalisé au laboratoire la combinaison de ces deux éléments constitutifs et cette synthèse partielle est techniquement utilisable. Ceci est important, puisque l'ergot contient très peu d'ergobasine; certaines drogues du commerce n'en contiennent même point. L'acide lysergique nécessaire pour cette synthèse peut être obtenu à partir de n'importe quel alcaloïde de l'ergot. En remplaçant l'amino-propanol par d'autres composants basiques homologues et analogues, nous avons obtenu toute une série de dérivés très actifs de l'ergobasine. L'alcaloïde possédant un groupe méthylique en plus, la méthyl-ergobasine (Méthergine), surpasse l'ergobasine par son action encore plus puissante

Avec un procédé particulier utilisant les sels d'un acide tartrique substitué, nous avons obtenu à partir d' « ergotoxines » d'origines différentes 3 alcaloïdes homogènes et bien cristallisés. Un de ces alcaloïdes était l'ergocristine, les deux autres étaient inconnus, nous les avons nommé ergokryptine et ergocornine. Ces 3 alcaloïdes du groupe « ergotoxine » se différencient par leurs propriétés physiques et chimiques et, selon E. Rothlin, par leurs propriétés physiologiques. Ceci explique que les anciennes données de la littérature sur les effets de l'ergotoxine ne concordent pas toujours. Les 3 alcaloïdes du groupe de l'ergotoxine se différencient également par leurs constituants.

Ce que nous venons de dire pour l'ergotoxine vaut encore pour l'ergotinine. Le taux des isomères, fortement dextrogyres, de l'ergocristine, de l'ergokryptine et de l'ergocornine, soit l'ergocristinine, l'ergokryptinine et l'ergocorninine, est variable.

Rappelons ici qu'à chaque alcaloïde actif, lévogyre, de l'ergot de seigle correspond un isomère dextrogyre, beaucoup moins actif. Cet isomère dérive de l'acide isolysergique. Cette isomérisation est facilement réversible.

La parenté entre les alcaloïdes de l'ergot, qui semble fort compliquée, à première vue, l'est beaucoup moins si l'on procède à un classement, comme dans le tableau.

W.-A. Jacobs a déjà donné, il y a un certain temps, une formule de constitution de l'acide lysergique et il semble avoir prouvé récemment son exactitude en réalisant la synthèse de son dérivé dihydrogéné. Ceci est une contribution importante à la réalisation de la synthèse complète de ces corps importants, bien que la synthèse des produits naturels non saturés doive encore engendrer nombre de difficultés. La présence de la liaison non saturée dans l'acide lysergique naturel est d'importance fondamentale pour l'action des alcaloïdes de l'ergot sur la musculature lisse. Si l'on sature cette double liaison par l'hydrogène, l'action sur l'utérus disparaît complètement et les alcaloïdes du type ergobasine se transforment en substances pratiquement inactives. L'hydrogénation des alcaloïdes polypeptidiques fait également disparaître l'action sur l'utérus, mais l'effet sur le sympathique demeure. L'hydrogénation permet donc de sélectionner cet effet et ceci est un avantage thérapeutique lorsque l'action sur la musculature lisse n'est pas désirée.

Les nombreuses indications de l'ergot seront exposées dans la conférence elle-même. Nous les mentionnerons très brièvement ici, tout en laissant délibérément de côté les indications classiques des alcaloïdes de l'ergot en obstétrique et en gynécologie. L'emploi en médecine interne et en neurologie des alcaloïdes type ergotamine est fondé, pour une large part, sur leurs propriétés sympathicolytiques, observées pour la première fois par Dale. Expérimentalement, cette action se traduit par le renversement de l'action hypertensive de l'adrénaline qui devient hypotensive après administration d'ergotamine.

Les alcaloïdes de l'ergot de seigle, type ergotamine, contractent non seulement la musculature lisse de l'utérus, mais encore celle de quelques autres organes. Ainsi, d'après certains auteurs américains, la crise de migraine serait accompagnée d'une hypervasodilatation des vaisseaux cérébraux. L'ergotamine couperait la crise en supprimant cette vasodilatation. On observe des phénomènes analogues dans les poumons, lorsque l'ergotamine, par son action vasoconstrictrice, arrête une hémoptysie. La musculature lisse de l'estomac et des intestins réagit aussi favorablement à l'ergotamine dans le sens d'une augmentation de sa tonicité.

Une des indications principales de l'ergotamine en médecine interne est représentée par les états d'excitation du système nerveux sympathique tel qu'ils apparaissent chez les basedowiens. Le ralentissement du pouls est net dans les cas de tachycardie thyréotoxique, nerveuse et paroxystique comme dans les cas de tachycardie chez les tuberculeux. C'est encore à l'effet sédatif sur le sympathique qu'il faut attribuer les résultats obtenus dans les cas d'urticaire, de prurigo et de prurit ainsi que dans le zona.

Les alcaloïdes de l'ergot, et surtout l'ergotamine (Gynergène ou tartrate d'ergotamine), sont de plus en plus utilisés en médecine. Ce fait et les difficultés toujours plus grandes qu'il faut surmonter pour importer l'ergot, nous ont incités déjà avant la guerre à cultiver cette drogue en Suisse en inoculant artificiellement des champs de seigle. Des clichés qui montrent des cultures en grand seront projetés à la conférence. Ces cultures ont donné, pour une surface de 100 à 120 ha. jusqu'à 20.000 kg. annuellement d'ergot particulièrement riche en ergotamine.

ÉTUDES EXPÉRIMENTALES SUR LA DISSÉMINATION ET LA FIXATION DE GERMES (COLIBACILLE, GONOCOQUE) DANS L'ORGANISME

Par G. MIESCHER
(Zurich)

Nos connaissances de la pénétration des microbes dans l'organisme et de leur sort ultérieur se basent sur des observations d'ordre clinique et expérimental. Mais bien qu'un grand travail ait été effectué dans ce domaine, nous sommes encore loin de connaître soit l'importance de cette pénétration, soit les lois qui déterminent les manifestations pathologiques.

Nous savons que la surface de la peau humaine possède des qualités antimicrobiennes importantes. Nous savons également que les muqueuses et leur sécrétion empêchent rigoureusement le passage des microbes. Mais de nombreuses observations expérimentales nous démontrent que la barrière intestinale n'est pas insurmontable et que ce sont surtout les appareils lymphatiques qui peuvent jouer le rôle de porte d'entrée. Et même l'épiderme en état de lésion d'après les expériences de Matsumoto, Kuschnarjew et d'autres est largement pénétrable.

Contre cette invasion l'organisme possède de nombreux moyens de défense. En premier lieu les éléments phagocytaires du sang et de l'appareil réticulo-endothélial et histiocytaire, et en second lieu les pouvoirs antimicrobiens des humeurs (anticorps, complément). Le succès de cette action dépend de la relation des forces réciproques selon l'équation : $\frac{\text{résistance de l'organisme}}{\text{nombre et virulence des germes}}$.

L'expérience clinique et expérimentale enseigne que la victoire remportée sur une invasion bactérienne ne signifie nullement le complet anéantissement de tous les germes. Il se peut bien au contraire que des germes même pathogènes subsistent dans les tissus sans cependant provoquer de manifestations cliniques. Ainsi par exemple : Topley et Wilson, puis Price et Jones ont constaté que chez le lapin infecté expérimentalement par le bacille typhique, des bacilles vivants persistent dans la rate des semaines et même des mois encore. Pareillement la persistance inapparente de bacilles tuberculeux dans les tissus malgré un coefficient allergique élevé a été prouvée à maintes reprises (Römer, Boquet, Solari, etc.). Les recherches de Reidt et de nombreux autres auteurs (Carrière et Vanverts, Ford, Bo Quersch, Amako entre autres) ont démontré la présence très fréquente de germes de toute sorte et de caractère non ou peu pathogène dans le sang et dans les organes (musculature, rate, poumon, ganglion lymphatique, foie, etc.) d'animaux vivants et morts (porcs, lapins, cobayes).

La pathologie des infections chroniques connaît nombre de faits cliniques qui parlent en faveur d'une dissémination de germe pathogène d'origine locale. Nous savons que selon l'état d'immunité des humeurs et des tissus cette dissémination reste ou bien inaperçue ou bien se manifeste soit par les métastases bacillaires banales, soit par des réactions transitoires, pauvres en microbes, que nous appelons microbides (tuberculides, trichophytides, streptococcides, etc.).

De tous ces faits nous pouvons déduire que le passage des germes, pathogènes ou non, dans le sang et dans les organes est non seulement possible, mais même fréquent. Ce que nous ignorons encore c'est l'importance de cette invasion bacillaire et l'ensemble des conditions nécessaires pour qu'elle devienne manifeste. A ce problème sont étroitement liées des questions d'ordre pratique, surtout en ce qui concerne l'influence du traumatisme sur l'apparition et le développement d'infections locales (épididymite, ostéomyélite, arthrite, etc.). Ce qui nous manque ce sont des études expérimentales systématiques, facilement reproduisibles et permettant par cela une évaluation des possibilités biologiques sur des bases statistiques.

C'est dans ce but que mon collaborateur, le Dr Böhm, et moi ont entrepris une série de recherches expérimentales sur l'envahissement de l'organisme du cobaye par le colibacille et d'autres germes et sur les conditions qui déterminent une réaction locale.

Nous nous servîmes d'une souche de coli provenant d'une cystite de porc. Celle-ci se montra éminemment pathogène pour le cobaye : décès en vingt-quatre heures après injection intrapéritonéale de 0 cm^3 2 d'une suspension bactérienne ; nécrose étendue de la peau après injection sous-cutanée de 0 cm^3 5.

Dans une première série d'essais sur des mâles, 0 cm^3 5 d'une émulsion bactérienne furent instillés dans la vessie au moyen d'un fin cathéter. Chez 19 cobayes sur 21 d'infectés se développa en l'espace de deux à quatre jours une cystite aiguë avec urine purulente et riche en bactéries. Deux fois, il n'y eut qu'une bactériurie.

Sur les 19 cobayes atteints de cystite, 11 furent atteints entre le cinquième et le douzième jour d'une épididymite, dix fois d'un seul côté, une fois des deux côtés. L'épididymite eut une évolution rappelant celle de l'homme : tuméfaction considérable du contenu scrotal avec poussée fébrile de 38 à 40°, évolution chronique, qui dura plusieurs semaines. L'image histologique était celle d'une épididymite intra- et péricanaliculaire, riche en leucocytes et sans participation du parenchyme testiculaire.

Quatre mois après le début de l'expérience, une cystite persistait encore chez 15 cobayes, 5 montraient simplement une bactériurie, 1 cobaye était mort d'une sepsis après un abcès de la prostate. Chez aucun les colibacilles ne disparurent spontanément de l'urine. Pendant tout le temps de l'observation ultérieure aucune épididymite spontanée ne se produisit plus, bien que la cystite persista.

Dans une seconde série d'essais, on utilisa une souche de colibacilles prélevés chez un homme atteint de cystite. Dans ces cas par simple instillation de colibacilles dans la vessie on ne réussit pas à provoquer une cystite (20 cobayes), mais bien en instillant au préalable 0 cm^3 5 d'une solution à 1 pour 100 d'acide chlorhydrique. Sur 10 animaux traités de cette manière, 8 furent atteints d'une cystite relativement légère, 2 présentèrent seulement une bactériurie. Sur les 8 cobayes atteints de cystite 2 présentèrent entre le dixième et le douzième jour une légère tuméfaction épididymaire, qui huit jours après était résorbée. Cystite et bactériurie, un mois et demi plus tard, avaient disparu chez tous les animaux en expérience.

Il résulte de ces faits, *qu'une injection intravésicale de colibacilles provoque une cystite chez presque tous les cobayes, si la souche est fortement pathogène, et seulement après lésion préalable de la muqueuse vésicale si la souche est moins active. Dans les deux cas surviennent des complications épididymaires au cours des deux premières semaines, fréquentes et d'allure grave avec une souche fortement pathogène, en faible pourcentage et d'évolution abortive avec une souche de virulence atténuée.*

Les essais suivants étaient destinés à l'étude de l'influence d'un traumatisme sur le développement de l'épididymite. Nous avons d'emblée renoncé à de gros traumatismes, vu que les accidents qui surviennent le plus communément chez l'homme sont de caractère plutôt léger et sans lésions visibles. Nous nous sommes contentés de pincer légèrement à trois reprises avec une pincette anatomique le pôle inférieur du contenu scrotal qui correspond à la place de l'épididyme. Les animaux se montrèrent après l'intervention parfaitement tranquilles et ne manifestèrent aucune douleur. Cliniquement aucune réaction ne s'en suivit (10 cobayes) ; l'examen histologique montra régulièrement dans le tissu orchitique et para-orchitique des amas de spermatozoïdes extravasés, provenant de l'éclatement d conduits épididymaires sans réaction inflammatoire

Nous traitâmes de cette manière des cobaye atteints de cystite depuis deux semaines et qu n'avaient pas eu d'épididymite spontanée. Su 6 sujets 5 présentèrent du côté pincé une épididymite relativement grave, qui ne disparut qu'au bout de quatre à cinq semaines. Aucune épididymite n'apparut spontanément chez 4 animaux d la même série d'expérience, atteints de cystite, mai non soumis au pincement.

La même intervention fut pratiquée sur 20 cobayes ayant une cystite chronique de trois mois 2 seulement eurent une épididymite de faible intensité qui, dix jours après, déjà avait disparu.

Il ressort de ces essais *que dans les cas de cystit aiguë, qui de par elle-même est assez facilemen suivie d'une épididymite, un traumatisme donn presque toujours un résultat. Au contraire, en ca de cystite chronique, qui chez nous n'a jamai entraîné spontanément une épididymite, un traumatisme peut provoquer une épididymite, mais seulement dans un très faible pourcentage* (10 *pour* 100 *des cas et d'un caractère bénin et de courte durée*

Les mêmes essais furent poursuivis chez de cobayes exempts de cystite et n'ayant qu'une bactériurie.

Sur 6 animaux avec une bactériurie durant seulement depuis peu de temps (deux semaines), u seul eut une légère épididymite du côté traumatisé

Sur 10 animaux avec une bactériurie duran depuis longtemps (six mois), 2 furent atteints d'épididymite du côté traumatisé. L'ancienneté de la bactériurie se montra ainsi sans influence. Contrairement aux expériences précédentes le caractère de l'épididymite eut un caractère remarquablement bénin et passager. On remarqua régulièrement deux à trois jours déjà après le traumatisme, une légère tuméfaction qui quatre à sept jours après avait disparu. Un processus infectieux était réellement en cause, ainsi qu'il résulte de ponctions comparatives du contenu scrotal du côté pincé et du côté laissé indemne. On obtint régulièrement des cultures de colibacilles avec le produit de la ponction du côté pincé, tandis que les plaques du côté indemne restèrent stériles.

Dix cobayes atteints de bactériurie, chez lesquels un pincement n'avait une première fois pas eu de résultat, furent soumis après plusieurs mois à une seconde intervention. Chez 2 d'entre eux une légère tuméfaction apparut du côté lésé.

Il résulte de ces essais *que même en cas de simple bactériurie un traumatisme de l'épididyme peut aboutir à une infection, mais d'un caractère particulièrement bénin et passager.* On est tenté de conclure que la dissémination microbienne est considérablement plus grande en cas de cystite qu'en cas de bactériurie, de sorte que là, le traumatisme se surajoute à une infection beaucoup plus massive.

Dans les essais suivants, on utilisa d'autres voies d'infection.

1° *Voie épiconjonctivale* par instillation d'une goutte d'une suspension de colibacilles dans le sac conjonctival, l'excès étant enlevé avec un tampon de ouate (24 cobayes).

2° *Par instillation* au moyen d'une sonde de 1 cm^3 de suspension *dans l'estomac* (6 cobayes).

3° *Par injection sous-cutanée* de 0 cm^3 01 de suspension (correspondant à 100-200 germes) [2 cobayes].

Dans ces trois séries l'évolution clinique se fit sans aucune réaction, mais *chez tous les animaux apparut après deux à cinq jours une colibacillurie* qui persista inchangée pendant des mois.

On ne put par ces voies provoquer de cystite, ni en répétant l'inoculation conjonctivale même deux fois par jour pendant quatorze jours, ni en irritant la vessie avec l'acide chlorhydrique à 1 pour 100.

On réussit pourtant dans une nouvelle série de 10 animaux à provoquer une cystite dans 4 cas lorsque, tout en poursuivant les inoculations conjonctivales deux fois par jour, la vessie fut irritée deux fois à l'acide chlorhydrique dans l'intervalle de six jours. Un des cobayes développa une épididymite grave. Cet animal de même que 2 autres, dont l'un avait une cystite et l'autre une simple bactériémie, moururent les jours suivants de péritonite colibacillaire (l'examen bactériologique montra les colibacilles dans le péritoine, dans les testicules et les épididymites des deux côtés, de même que dans le sang cardiaque).

Ainsi une cystite peut être provoquée facilement par inoculation massive directe dans la vessie, tandis que, lorsqu'il s'agit d'une imprégnation à dose minimale mais longtemps poursuivie, une irritation chimique répétée est nécessaire pour produire cet effet.

De tous ces essais résulte la constatation que quelle que soit la voie par laquelle les colibacilles entrent en contact avec l'organisme animal, automatiquement apparaît une bactériurie. *Même les animaux indemnes de colibacilles s'infectent en peu de jours, quand on les garde dans la même cage avec des porteurs de colibacilles.*

Pour trancher la question de savoir si la bactériurie ne proviendrait pas de l'orifice pénien par voie ascendante, on garda un certain nombre d'animaux isolés dans des récipients spéciaux qui leur permettaient de bouger librement la tête et de manger, mais les empêchaient de toucher avec leur museau la litière et la région ano-génitale. Quatre fois en l'espace de plusieurs heures, on leur badigeonna avec une émulsion de colibacilles la région périanale et les cuisses. L'expérience fut interrompue deux fois après deux jours, une fois après trois jours et deux fois après cinq jours; puis on les tua au moyen d'une narcose et leur vessie pleine fut stérilement ponctionnée. Chez aucun on ne put à partir de l'urine cultiver des colibacilles. L'infection des cobayes sains se fait donc par voie digestive, ces animaux mangeant une nourriture infectée.

L'apparition de colibacilles dans la vessie qui suit tous les modes d'infections extérieures et intérieures doit être précédée par une bactériémie, qui peut n'être que d'intensité minime, particulièrement dans les cas d'inoculation conjonctivale. C'est cette dissémination bactérienne réduite au minimum qui nous incita à en faire usage pour soumettre à l'expérience la question infection et traumatisme. Le procédé fut le suivant: Nous avons pincé de la façon habituelle l'épididyme gauche, soit au moment de l'injection conjonctivale, soit douze heures auparavant. Dans plusieurs séries d'expériences, 24 cobayes furent traités de cette manière. Seize fois apparut entre le deuxième et le septième jour une épididymite de faible intensité, qui régressa quatre à dix jours après. Chez tous, une bactériurie fut ultérieurement constatée. Comme contrôle, on ponctionna chez 6 animaux ayant une tuméfaction épididymaire le côté pincé et le côté sain, et dans *tous les cas le côté pincé donna des cultures de colibacilles, tandis que les plaques du côté sain restèrent stériles.*

Il résulte de ces essais, *que lors d'une invasion exogène minime de colibacilles dans le sang une épididymite peut être provoquée par un léger traumatisme dans un grand pourcentage* (deux tiers), *mais que celle-ci suit une évolution extrêmement bénigne et passagère, à la limite de l'observation clinique, semblable aux épididymites provoquées par traumatisme en cas de bactériurie.*

Les constatations de colibacilles dans le sang et dans les organes chez les animaux en expérience sont les suivantes :

1° *Examens bactériologiques après inoculation conjonctivale* (cœur, foie, rate, rein, testicule, vessie. Inoculation sur plaques d'un fragment d'organe trituré dans du sérum physiologique) :

Six heures *post infectionem*, 4 animaux : tous négatifs.

Douze heures *post infectionem*, 4 animaux : 2 négatifs, 2 positifs (rein).

Vingt-quatre heures *post infectionem*, 4 animaux : 2 négatifs, 2 positifs (rein, testicule, vessie).

Quarante-huit heures *post infectionem*, 4 animaux : 2 négatifs, 2 positifs (premier : cœur, foie, rate, testicule, rein, vessie ; deuxième : testicule, rein, vessie).

Quatre jours *post infectionem*, 4 animaux : tous positifs (premier : cœur, testicule, rein, vessie ; deuxième : testicule, rein, vessie ; troisième : cœur, testicule, rein, vessie ; quatrième : cœur, foie, testicule, rein, vessie).

2° *Examens bactériologiques à l'état de bactériurie et de cystite.*

a) *Sang* (ponction du cœur) :

10 cobayes avec cystite aiguë datant de un à trois jours : 1 positif, 9 négatifs.

10 cobayes avec cystite chronique datant de trois semaines : 4 positifs, 6 négatifs.

15 cobayes avec bactériurie récente datant de un à trois jours : tous négatifs.

10 cobayes avec bactériurie ancienne datant de trois semaines : 1 positif, 9 négatifs.

b) *Organes :*

3 cobayes avec bactériurie durant depuis deux à trois mois : testicule, épididyme, foie, rate, reins, cœur, négatifs.

5 cobayes avec bactériurie, ayant eu depuis deux mois et demi une cystite : 3 négatifs, 2 positifs (premier cobaye : foie, reins, testicule, épididyme positifs ; cœur et rate négatifs ; deuxième cobaye : reins, rate, testicule épididyme positifs, foie et cœur négatifs).

Les recherches bactériologiques prouvent la présence du colibacille dans le sang et dans les organes, soit directement après l'inoculation soit à l'état de cystite ou de bactériurie. L'examen a très souvent échoué ce qui n'a pas une valeur absolue, mais bien au contraire démontre la grande difficulté de recherches bactériologiques quand la dispersion des microbes est minime. Sans le test de la bactériurie, condition exceptionnellement heureuse chez le cobaye, la dissémination hématogène et intra-organique nous aurait échappé dans la plupart des cas.

Pour finir voici encore brièvement rapportés les résultats d'essais conduits de la même façon avec des gonocoques au lieu de colibacilles. Le gonocoque, on le sait, est un microbe qui n'est pathogène que pour l'homme. L'infection de l'animal ne pouvant être effectuée que sous des conditions spéciales (infection intrapéritonéale de la souris à l'aide de la mucine (Levaditi); infection de la membrane chorion-allantoïdienne de l'embryon de poule (Morrow et Berry, Hill et Pitts, Bang).

On injecta à 46 cobayes en tout, par voie intravésicale (23), intratesticulaire (13) et épiconjonctivale (10) une émulsion de gonocoques cultivés à partir d'une uréthrite humaine récente. Chez aucun animal ne survinrent des manifestations gonococciques quelconques, en revanche tous sans exception présentèrent une bactériurie gonococcique, qui chez tous les animaux restés en expérience, dure maintenant encore après neuf mois. Les gonocoques n'ont par là aucunement perdu leur virulence. Nous avons réussi avec son consentement à infecter un homme au moyen d'une culture provenant d'une vessie hébergeant des gonocoques depuis six mois. L'infection ne survint qu'après provocation préalable de la muqueuse au nitrate d'argent et emploi d'une émulsion de gonocoques sur bouillon ascite. Il se développa une gonorrhée classique avec pus épais et gonocoques en masse, qui fut guérie par le sulfathiazol.

Pour terminer nous concluons *que chez le cobaye des germes, pathogènes ou non pathogènes, peuvent traverser sans difficulté les barrières normales, passer dans la circulation, parvenir dans les organes et s'y installer sans qu'aucun symptôme n'apparaisse. Une infection ne se manifeste que si une lésion tissulaire frappe un organe particulièrement prédisposé ou si l'invasion bacillaire est massive et d'un pouvoir pathogène suffisamment élevé.*

Pour des détails, voir le travail qui paraîtra dans la *Schweizerische Zeitschrift für Pathologie und Bacteriologie.*

LA MALADIE DES PORCHERS, UNE LEPTOSPIROSE POMONA

Par le Dr **O. GSELL**
(Saint-Gall)

La maladie, ou la méningite des porchers, a tout d'abord été décrite par Bouchet, en Savoie. Ce furent Urech et Penso qui, en 1933, découvrirent les liens qui unissaient cette maladie au porc. Elle est caractérisée par une courbe fébrile diphasique. Elle commence brusquement par une phase fébrile de quatre à six jours, suivie d'un intervalle afébrile de un ou deux jours auquel fait suite une seconde ascension de la température de peu de durée. Dans cette seconde période on peut reconnaître le tableau d'une méningite séreuse. Des symptômes cliniques sont pourtant déjà reconnaissables dans la première phase de la maladie. On la trouve chez les *jeunes gens* employés dans les fromageries et dans les laiteries, et qui sont *en contact* avec des porcs ou avec les excréments de ces animaux. Cette maladie se trouve répandue en Savoie, en Suisse romande, dans la région de Berne, en Italie du nord, et depuis 1936 dans certaines régions de la Suisse orientale.

Etant donné que Durand, Giroud, Larive, Mestralet ont pu transplanter la maladie par du sang et de l'urine infectés, cette méningite serait provoquée par une sorte de virus. Cette manière de voir est aussi celle de Penso et de Rosa qui ont confirmé les mêmes expériences. Mais comme la matière d'infection passait uniquement le filtre CH2, sans passer le filtre 3, on soupçonna un virus comme cause de la maladie, sans qu'on ait pu en apporter la preuve expérimentale. Je fais remarquer, ici, que les recherches bactériologiques usuelles apportaient un résultat négatif pour le sang, l'urine et le liquor du malade. L'agglutination au Morbus Weil et la réaction de Weil-Félix étaient de même négatives.

Des observations nombreuses, faites dans la région de Saint-Gall, nous montrèrent une ressemblance frappante dans le tableau clinique des cas bénins de leptospirose, étudiés ces dernières années. Il s'agissait donc d'une infection par d'autres types que par le *Lept. icterogenes*. Après avoir démontré des cas bénins parmi la population agricole de la Suisse orientale, nos recherches concernèrent, dès l'année 1944, les anciens et des nouveaux cas de maladie des porchers au point de vue culture et sérologique. Nous avons eu l'honneur de présenter les résultats de nos premières expériences à la séance de l'Académie suisse de médecine en mai 1944. On trouva dans le sérum de 8 cas de ces méningites dès la deuxième semaine de la maladie des agglutinations aux Leptospires, agglutinés qui n'existaient pas auparavant, et dont, dans les deux mois suivants, le titre augmenta fortement. Durant la première semaine le sang fut trouvé infectieux, les cultures de Leptospires furent positives. Une transfusion de ce sang à des sujets che

lesquels la pyrétothérapie était indiquée provoqua une réaction fébrile très élevée avec production l'anti-corps spécifiques du type Leptospirose. Le liquide céphalo-rachidien des malades et des sujets inoculés contenait les mêmes agglutinations spécifiques et le liquide lui-même était dès la première semaine également infectieux. Enfin le sang les porcs provenant d'étables des régions où la méningite des porchers est inconnue a donné à Rimpau (Munich) une réaction tout à fait négative.

Toutes les expériences suivantes démontrèrent qu'il s'agit dans la maladie des porchers d'une nfection d'un type tout spécial de Leptospires, ne *Leptospirosis Pomona*, tandis que dans des cas cliniques analogues avec Lept. Grippotyphosa ou Sejrö, qui ont d'abord été considérés comme identiques il s'agissait de la fièvre des champs, due ı une infection causée par la souris des champs. Nos 39 cas humains de Pomona ont tous eu un contact intense avec des porcs. Il s'agissait soit de romagers ou de gardiens de porcs qui travaillaient lans des fermes possédant 60 à 300 porcs. 6 cas le méningite à Pomona ont été trouvés chez des bouchers. L'infection s'était produite à l'abattoir ; in contact avec la campagne, en particulier avec les souris et des rats était exclus. Deux maçons qui avaient été occupés à des réparations dans une étable à porcs, et un chauffeur d'automobile qui transportait de la nourriture pour porcs sont les euls individus d'une autre profession qui ont été tteints de Pomona. Toutes les expériences d'agglutination-lyse ont été faites avec Wiesmann dans une station spéciale pour Leptospires. Nous avions notre disposition les souches du laboratoire de Rimpau : *Icterogenes*, *Grippotyphosa*, *Sejrö*, *Australis A.*, *Pomona Autumnalis* et *Canicola*.

Nous avons dans 32 cas de maladie récente obtenu un titre au Pomona dépassant 1/1.000, lonc très élevé et chez 7 individus ayant eu antérieurement la maladie des porchers, dont l'un il y a onze ans, le titre spécifique au Pomona était encore aux environs de 1/100.

Dans un cas, nous avons réussi à démontrer le Pomona par une culture.

Tous les observateurs ont été frappés du fait, que les porcs des étables infectieuses ne présentaient eux-mêmes aucun symptôme maladif caractéristique. Schmidt (Berne) a inoculé un porc avec notre souche de Pomona, sans provoquer de symptôme maladif quelconque. Il fut néanmoins possible d'obtenir du sang de cet animal une culture positive et dès le sixième jour un titre d'agglutination élevé. Ce qui nous paraît important, l'animal présenta dès le quatorzième jour une Leptospirurie intense.

La source d'infection pour l'homme est donc assez sûrement les leptospires qui se trouvent très abondamment dans l'urine du porc. Les examens sérologiques faits chez 173 porcs, dans les diverses régions de la Suisse où la maladie des porchers a été décelée, ont donné dans 65 pour 100 des cas une agglutination positive à partir du 1/100, dans 30 pour 100 des cas une agglutination dépassant 1/1.000. Enfin nous avons trouvé des Leptospires dans l'urine de deux porcs apparemment sains, venant de ces régions.

Nous pouvons à la suite de ces constatations considérer le porc comme le porteur des germes responsables de la Leptospirose Pomona de l'homme. Les porcs, même s'ils sont infectés, ne présentent pas obligatoirement des symptômes pathologiques comme les rats et les souris au cours des autres maladies à Leptospires.

Il semble que la transmission de la maladie à l'homme se fait par la peau, par contact avec l'urine des porcs ou les excréments qui ont été en contact avec l'urine. D'après nos expériences les germes pénètrent chez les domestiques de campagne qui travaillent pieds nus à travers la peau des pieds et chez les bouchers par les blessures aux mains. Cliniquement la Leptospirose Pomona se présente d'habitude comme une méningite séreuse diphasique, la maladie des porchers typique. Selon les observations d'Urech et de Charleux on peut aussi n'avoir qu'une seule ascension thermique accompagnée de méningisme. Nous avon observé dans deux de nos cas de l'ictère et l'affection ressemblait à un Morbus Weil léger. Les récidives sont rares ; nous n'en vîmes que deux. L durée d incubation varie entre six-dix jour (extrême deux-quatorze jours).

Nous comprenons maintenant pourquoi on a découvert le type Pomona dans des laiteries d *Queensland* (Australie). En effet Clayton et se collaborateurs ont mis en évidence pour la pre mière fois le Leptospire Pomona chez des jeune gens atteints d'une affection fébrile bénigne, du rant huit jours. Ces jeunes gens avaient travaill dans une exploitation de productions laitières, mai Clayton ne pensa pas aux rapports qui pouvaien exister entre la maladie et les porcs.

On comprend aussi très bien les différentes par ticularités de la maladie des porchers lorsque l'o sait que c'est une Leptospirose. La maladie appa raît en été, elle n'atteint que quelques individus exerçant des professions spéciales. Comme le autres Leptospiroses, elle a une marche diphasi que, le clocher fébrile principal est celui du début le sang est infectieux pendant la première phase e la maladie est toujours bénigne. Les expérience intéressantes de Durant s'expliquent facilemen dès que l'on admet qu'il s'agit d'une leptospi rose. Il produisit en effet par inoculation chez diffé rentes espèces d'animaux des Leptospiroses qui s manifestèrent sous la forme de réaction fébrile Leptospiroses qui ne furent pas reconnues comm telles. Il n'est pas nécessaire de recourir à l'hypo thèse d'un virus pour expliquer ces maladies expé rimentales.

Il faut distinguer la *Maladie des porchers* de méningites produites par des virus. C'est un Leptospirose Pomona transmise par les porcs.

GSELL. *Bull. Acad. suisse des sciences méd.*, vol. 1, 1944 *Schweiz Med. Wschr.* **51**, 1994, et en impression 1946.

ECHANGES NUTRITIFS DU DIABÈTE

Par **A. GIGON**

(Bâle)

L'INDIVIDU normal dispose d'au moins deux voies pour l'assimilation de certains sucres : une voie avec surproduction de CO^2 à raison d'environ 6 *g.* par 50 *g.* de glucose ingéré, jusqu'à concurrence de 150 *g.*; une econde voie sans surproduction de CO^2 dès que l'ingestion de glucose dépasse 150 *g.*

L'individu après un jeûne prolongé (3 jours) et *e diabétique sans jeûne prolongé* assimilent le glucose sans production sensible de CO^2 dépassant e métabolisme de base. L'assimilation du sucre limentaire utilisé se fait chez le diabétique autrement que chez l'homme normal. Ce fait doit être pris en considération dans la théorie du diabète. l permet en outre une conclusion importante : les processus pathologiques ne suivent pas toujours les lonnées de la physiologie.

Le travail musculaire engendre chez l'individu une surproduction de CO^2. Celle-ci est, jusqu'à une certaine limite proportionnelle au nombre des contractions musculaires. Si l'on dépasse cette imite, la quantité de CO^2 produite dépassera celle prévue par la proportion. Cette exagération est en général en relation avec l'apparition de la sensation e fatigue. L'entraînement fera monter la limite les valeurs proportionnelles de CO^2. Après un jeûne prolongé, le travail engendre une production de CO^2 moindre que chez l'individu normal. Il y a ici nalogie avec le mode d'assimilation du glucose près jeûne prolongé et chez le diabétique. L'organisme a donc, si l'on considère le CO^2 produit, au moins trois voies à sa disposition pour la production du travail musculaire.

La ventilation pulmonaire augmente dans le travail musculaire à peu près proportionnellement au CO^2 expiré. Il n'en est pas ainsi dans l'alimentation. Le poumon fournit, après ingestion de sucres ou d'albumine, davantage de CO^2 pour la même valeur de ventilation que dans le travail musculaire, et, il n'existe pas de proportion nette avec les variations de sucre ingéré.

Le diabétique produit avec les protéines ingérées une même quantité de sucre, soit pour 1 *g.* d'azote, 5 à 6 *g.* de sucre. Cette proportion est la même chez tous les diabétiques. Elle est autre chez le chien dépancréaté.

Il est intéressant d'observer que dans l'ingestion d'albumines chez l'individu normal, le rapport entre doses de protéines données et surproduction de CO^2 est de 1 à 3 et 6 de CO^2 pour 1 à 2 et 3 de protéines. On peut déduire de ce résultat que probablement dans ces conditions d'alimentation il se produit constamment du glucose aux dépens des albumines ingérées. La production et la composition des « dépôts » de graisse chez le diabétique diffèrent de celles des individus normaux. La graisse du diabétique semble en général contenir davantage d'acides gras saturés que la graisse de l'individu normal.

Le diabétique s'écarte des lois physiologiques non pas seulement dans son travail d'assimilation des sucres, mais aussi dans celui des albumines et des graisses.

Un individu en état de nutrition normale reçoit par exemple tous les quarts d'heure la même quantité de glucose durant dix heures consécutives. La surproduction du CO^2 sera constante et se maintiendra durant les dix heures autour de 6 *g.* par heure. Le CO^2 ne présente pas de modification parallèles à celles du sucre sanguin, modification étudiées par Bang, Staub et autres auteurs. L consommation répétée de caséine (exemple : 15 *g.* par heure) fournit un résultat analogue, soit 4. de CO^2 par heure. Un résultat semblable s'obtien si l'on combine ingestion de glucose et travail mus culaire. Il n'y a donc aucune influence des processu l'un sur l'autre quant au CO^2 produit.

Le sucre ingéré n'est pas employé par l'organism comme aliment d'épargne de l'albumine ou d'un substance quelconque utilisée dans le travail muscu laire. Les aliments ne sont employés par l'organism pour son propre travail que s'ils ont été trans formés et mis « en dépôt » dans le corps.

D'autre part, il semble certain que les « dépôts » de l'organisme en hydrates de carbone et en graisse servent de moyens d'épargne pour les protéines.

Le sucre sanguin est soumis à des variations ali mentaires qui ne sont nullement parallèles au variations des échanges gazeux. Ces variations d sucre sanguin sont de même nature que celle provoquées par d'autres substances ingérées, fer salicylates, iodures, etc. L'assimilation du gluco ingéré ne se fait pas en fonction de la glycémie.

Toutes les variations alimentaires dans le san ne présentent aucun parallélisme avec la courbe d résorption. L'organisation possède pour la rapidit de la résorption intestinale un système régulateu spécial. D'autre part la glycémie est influencée pa un grand nombre d'autres facteurs, en particulie par presque tous ceux qui influencent d'une manièr brusque le système nerveux central (narcoses piqûres, asphyxie, etc.)

Il est intéressant de remarquer que le cerveau est le seul organe dont le quotient respiratoire soit à peu près de 1,0. Il emploie proportionnellement le maximum de sucre. J'aimerais à croire que le sucre sanguin et le glycogène hépatique sont en relation intime avec le travail cérébral.

Les relations entre glycogène hépatique et travail musculaire sont généralement admises. Elles sont possibles mais nullement certaines.

Forsgren et d'autres auteurs ont démontré que le foie est soumis à un *rythme héméral extraordinairement indépendant des repas*. Le travail d'assimilation, production et emmagasinement de glycogène est un travail nocturne, le travail de sécrétion, production et déversement de la bile, perte de glycogène, est un travail diurne. Ces constatations semblent certaines chez le rat, le cobaye et d'autres animaux. Comme le maximum de production de bile a lieu chez l'homme durant le jour, ce rythme héméral est très probablement valable chez l'homme. Il est intéressant de mettre en parallèle le rythme hépatique avec le « rythme cérébral » ; travail diurne, repos nocturne. Ces observations confirment assez bien celles d'anciens auteurs qui démontrèrent que chez le chien, après un repas riche en hydrates de carbone, les premiers signes d'une augmentation de glycogène du foie n'apparaissent qu'environ quatre heures après le repas, c'est-à-dire à un moment où le tractus intestinal ne contient plus de sucre, où les échanges respiratoires ont à peu près atteint les chiffres de base et l'hyperglycémie alimentaire a disparu.

Où se trouve donc entre deux et quatre et même sept heures après le repas le sucre qui, dans les heures suivantes, réapparaît comme glycogène ?

De nombreux expérimentateurs ont cherché la solution de cette question en même temps qu'ils étudiaient l'effet de l'insuline. Si nous comparons les résultats de Forsgren, Holmgren, etc., avec ceux obtenus par d'autres expérimentateurs, nous trouvons des différences telles qu'elles n'ont qu'une explication possible. Tandis que Forsgren et collaborateurs ne trouvent pas d'influence immédiate des aliments sur le glycogène chez le rat, d'autres auteurs décèlent une demi-heure à une heure après l'ingestion de sucre, avec ou sans insuline, une sorte augmentation du glycogène. Les effets immédiats et lointains du glucose et de l'insuline dans l'organisme et sur certains organes (foie, muscles) sont très différents suivant les conditions diverses choisies par les expérimentateurs. L'effet par ingestion intraveineuse ou intrapéritonéale n'est en outre pas à identifier avec l'effet par administration stomacale. Les doses de sucre données dans certaines expériences sont exorbitantes : par exemple 0 *g*. 766 de glucose par 100 *g*. de poids d'animal, soit pour un homme de 70 *kg*. une dose de 532 *g*. Les expériences chez l'animal décapité, éviscéré, etc., ou les expériences *in vitro* donnent des résultats qui peuvent correspondre à des processus possibles, souvent probables dans l'organisme intact ; mais ils peuvent y être aussi non probables ou même impossibles. S'il s'agit de mêmes processus, la suite des diverses réactions peut être, par rapport à l'individu intact, normal ou pathologique, soit retardée, soit accélérée. Un organe chez l'animal décapité brûle parfois les étapes. La démonstration d'une transposition à l'homme est certainement justifiée ; elle est souvent très difficile, sinon impossible.

Il est certain que l'insuline influence le travail alimentaire. Son influence sur la glycémie alimentaire aussi bien chez l'homme sain que chez le diabétique ou chez l'animal en est une preuve

D'autre part une intoxication insulinique expérimentale est enrayée parfois en moins d'une minute par ingestion ou injection de glucose : donc effet alimentaire. L'effet si prompt du glucose ne peut être localisé que dans le sang.

Nous avons vu qu'il existe une indépendance entre le travail d'assimilation des aliments et le travail de l'organisme une fois les aliments assimilés. Ce principe d'indépendance peut être appliqué aux tâches essentielles, par exemple des hormones. Une hormone destinée à l'assimilation des aliments au delà du canal intestinal n'influencera probablement pas de façon immédiate les phénomènes endogènes, et inversement.

Le suc pancréatique sert à l'assimilation des aliments dans le canal intestinal ; l'insuline continue ce travail au delà de la paroi intestinale.

Cette dernière question n'aura donc pas comme tâche immédiate d'influencer des processus « endogènes ».

Une question se pose : Jusqu'où va le stade exogène du processus d'assimilation ?

Il est certain que la formation de glycogène dans le foie, dans la musculature, dans les autres tissus est un processus qui peut se produire chez l'animal en dehors de tout travail d'assimilation des aliments. Markees a fait l'observation intéressante qu'une lésion traumatique du foie provoque une augmentation de son glycogène.

La production de glycogène dans le foie se fait plusieurs heures après le repas, c'est-à-dire à un moment où les symptômes classiques de l'injection d'insuline ont complètement disparu. N'est-il pas plus plausible d'admettre que l'insuline, quant aux hydrates de carbone, influence les processus intermédiaires qui sont destinés à préparer la transformation de sucre en glycogène, processus intermédiaires qui sont encore peu connus.

Que savons-nous des relations qui existent certainement entre hydrates de carbone, albumines, graisses, dès que ces substances ont traversé la paroi intestinale, relations entre sucre résorbé et albumines du sang (plasma et érythrocytes) entre graisses alimentaires et hydrates de carbone du corps.

Un phénomène intéressant que Markees a étudié dans mon laboratoire et qu'il a appelé « l'effet graisse » illustre par un exemple ces dernières relations. Donnons à un lapin une forte dose de glucose *per os* (5 *g*. par kilogramme), ou en injection sous-cutanée, deux heures plus tard la même dose de glucose, puis encore deux ou trois heures plus tard un sel de sodium de l'acide butyrique, ou capronique ou β oxybutyrique ; ces dernières substances provoquent dans ces conditions et, semble-t-il, dans ces conditions seulement, une hyperglycémie qui peut notablement dépasser l'hyperglycémie provoquée par le glucose, et de l'acétonémie.

En même temps on observe une diminution du glycogène hépatique et Markees admet que glycogénolyse et hyperglycémie sont l'expression d'une réaction entre acides gras et sucre. Une insuffisance en insuline ne me paraît pas probable. Un lapin auquel on injecte lentement par voie intraveineuse 10 *g*. de glucose par kilogramme a par exemple sept minutes après la fin de l'injection une glycémie de 0,41 pour 100, trente minutes plus tard la glycémie a déjà baissé à 0,294 pour 100.

La production de corps cétoniques dans le foie est physiologique, mais à l'état normal ces corps semblent ne pas quitter cet organe ; ils y sont immédiatement transformés. Cette transformation peut être arrêtée ou retardée par l'adrénaline, dans la créatinurie et dans le diabète.

Un foie gravement malade peut être incapable d produire des corps cétoniques. L'acétonémie n'es donc pas nécessairement un symptôme d'insuffi sance hépatique.

Conclusions.

1° Il existe chez l'individu normal une indépen dance extraordinaire entre le travail d'assimilatio des aliments et le travail « endogène » de l'orga nisme, qu'il s'agisse de travail musculaire, céré bral, glandulaire ou autre.

2° L'individu dispose de plusieurs modes d'assi milation des sucres, avec ou sans production d CO_2. Il accomplit du travail musculaire en pro duisant, suivant les circonstances, des quantité variables de CO_2 par « unité de travail » (École d Johansson).

Les lois qui régissent les échanges nutritifs l'état physiologique ne sont pas toujours applica bles à l'état pathologique. L'individu normal aprè un jeûne prolongé n'est pas en état physiologique Son mode d'assimilation du glucose diffère de celu de l'individu normal. Il est comme le diabétique acétonémique.

3° Il existe entre la disparition de sucre ingér et l'apparition du glycogène un intervalle asse long (rythme du foie) durant lequel la majeur partie du sucre ingéré n'a pas jusqu'à présent ét décelée dans l'organisme ni comme sucre ou comm glycogène, ni retrouvé sous forme de CO_2. Un cer tain nombre de questions ne seront résolues ave certitude, que lorsque ce fait aura reçu son expli cation.

4° Le diagnostic « diabète sucré » est un dia gnostic purement symptomatique. Le diabétiqu n'assimile pas les aliments comme le fait habi tuellement l'individu normal, mais selon le mod employé par l'individu après un jeûne prolongé

5° Il emploie *son* albumine, sa graisse, son gly cogène et son sucre « endogène » aussi bien que l non-diabétique.

Un diabétique en état de jeûne prolongé s comporte comme un individu non diabétique Malheureusement son état pathologique ne perme cette expérience qu'avec de grandes précautions Mais lorsqu'elle réussit, on observe diminution d sucre urinaire et diminution de l'acétonurie à de taux que l'on retrouve chez le non-diabétique Habituellement le diabétique est constamment sou l'influence de l'alimentation. Les faits indiqué expliquent les résultats heureux d'une alimentatio sobre dans le traitement du diabète.

7° Le pancréas, sa sécrétion externe comme l sécrétion de l'insuline, a pour tâche l'assimilatio des aliments. Le traitement insulinien doit s régler sur le travail alimentaire et non comm Forsgren le recommande, sur le rythme héméra du foie.

Le rôle des surrénales et de l'hypophyse est dan le travail endogène de l'organisme. Il n'y a pa d'antagonisme réel entre ces glandes et le pancréas

8° Il est très improbable qu'une hormone, l'insu line, la thyrosine, une hormone hypophysaire, o autre, soit destinée à influencer le métabolism d'un seul corps chimique (glucose) ou même d'u groupe restreint de substances chimiques (hydrate de carbones, graisses, corps acétoniques). Il m paraît presque inadmissible qu'il existe des cen tres nerveux pour la régulation du sucre sanguin pour le métabolisme de l'eau, du sel de sodium. O devrait alors admettre des centres pour le fer, l cuivre, le magnésium, le calcium, etc... Ces suppo sitions sont un peu trop entachées de chimie pou être vraiment *biologiques*.

Les Facultés de Médecine de la Suisse

En Suisse, comme en France, le christianisme a favorisé le développement de la Médecine et des Soins hospitaliers. A la fin du Moyen âge apparurent, en dehors des couvents, les premiers médecins laïques, les chirurgiens et les barbiers, qui durent souvent prendre part aux campagnes des armées confédérées. Au cours des siècles passés, plus d'un barbier s'en alla en France et en Italie, où les mercenaires suisses combattirent au service des rois de France. Les cités d'une certaine importance fondèrent bientôt des hôpitaux séculiers destinés aux indigents, aux infirmes, aux lépreux et aux pèlerins malades. Les ordres religieux de chevalerie, avant tout l'ordre de saint Jean, furent à l'origine d'établissements hospitaliers, spécialement en Suisse (à Genève, « la Maison du temple » fondée au XIIIe siècle par les Templiers).

La véritable médecine scientifique ne put cependant se développer que dans les Universités. En accordant en 1459 à la ville de Bâle le privilège de fonder une Université, le Pape Pie II favorisa également l'essor de la Médecine. Le 4 Avril 1460, on inaugura solennellement la première Université suisse. Elle comprit dès le début une Faculté de Médecine, laquelle n'acquit son plein épanouissement qu'après les troubles engendrés par la Réforme. L'origine des autres Universités suisses remonte en fait au XVIe siècle. On créa alors dans la plupart de nos villes des Ecoles de Théologie (Lausanne 1537, Genève 1559, Zurich 1523, Berne 1528). A Berne et à Zurich, ces écoles devinrent, au XVIIIe siècle, des Académies où l'on étudiait les sciences et la Médecine. Enfin, ces Académies furent plus tard élevées au rang d'Université (Zurich 1833, Berne 1834). A Genève et à Lausanne, les conditions politiques retardèrent quelque peu la fondation d'Universités. Les Ecoles de Théologie portèrent, dès leur apparition, le nom d'Académie. En 1876, à Genève, l'Académie fondée par CALVIN *devint une Université après que l'on y eut adjoint une Faculté de Médecine. Deux ans plus tard, Lausanne voyait à son tour son Académie se transformer en Université.*

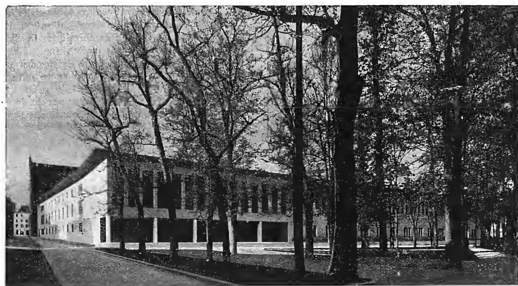
LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BALE

Au XVIe siècle, le corps enseignant de la Faculté de Bâle était composé de deux professeurs, un de médecine théorique et un de démonstrations anatomiques. C'est à cette époque également qu'il faut placer la création de la chaire de clinique et ce sont des maîtres comme PARACELSE (1527), VESAL (1543), FELIX PLATTER, THÉODORE ZWINGER, CASPAR, BAUHIN, qui ont donné à la Faculté son empreinte scientifique. Au XVIIe et au XVIIIe siècle, l'enseignement de la chirurgie, de la chimie, de la physiologie et de la clinique se développa, mais ce développement ne devint complet qu'au début du XIXe siècle, lors de la création légale de nouvelles chaires et de places de chargés de cours pour l'enseignement des différentes disciplines de la Médecine. La Faculté de Médecine de Bâle a toujours eu le bonheur de posséder des hommes de sciences de renom, parmi lesquels nous citerons C.-G. JUNG, MIEG, FRIEDRICH MIESCHER (senior et junior), WILHELM HIS, LIEBERMEISTER, SOCIN, Fr. MÜLLER, SIEBENMANN et d'autres. Seuls les travaux scientifiques effectués à la Faculté de Médecine de Bâle ont contribué à établir sa réputation dans le monde.

Les grandes découvertes de GALILÉE, de NEWTON, de HUYGHENS et de BOYLE, de même que les idées de DESCARTES, furent à l'origine du développement extraordinaire des sciences au XVIIIe siècle. Un de leurs représentants les plus célèbres fut Daniel BERNOUILLI (1700-1782), le plus jeune de la famille des mathématiciens. Ce savant fut pendant de nombreuses années professeur de médecine à Bâle.

Les étudiants étrangers peuvent être immatriculés à la Faculté de Médecine pour autant qu'ils aient passé un examen avec latin équivalent à la maturité suisse. Ils sont admis à l'examen et à la promotion au doctorat à la condition qu'ils aient suivi les cours théoriques et cliniques exigés par le règlement. Les études et les examens faits à l'étranger, dans des Universités de rang égal, peuvent être reconnus. Les étrangers ont encore la possibilité de passer un examen analogue à l'examen de diplôme fédéral, sans toutefois acquérir le droit de pratiquer la médecine en Suisse. Un échange constant de professeurs et d'étudiants a toujours été maintenu avec les Universités étrangères, et il faut espérer que cette tradition sera conservée. A ce propos, des démarches sont actuellement en cours, en vue d'un échange d'étudiants suisses et français.

Depuis un an il existe à Bâle un Institut de Médecine Tropicale suisse, destiné à des études scientifiques. Un service de médecine a été adjoint qui doit servir au traitement des malades atteints de maladies tropicales. Avant la guerre 35 à 50.000 Suisses vivaient dans les régions tropicales du globe et chaque année un assez grand nombre rentrait au pays atteint de maladies des pays chauds.



L'Université de Bâle

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BERNE

La Faculté de Médecine de Berne peut être fière d'un passé qui, pour être relativement court, n'en est pas moins remarquable. Issue de l'ancienne Académie, elle a son origine dans la fondation de l'Université de Berne en 1834, et s'est sans cesse développée depuis lors. L'esprit d'ALBERT DE HALLER, le grand savant de l'Académie au XVIIIe siècle, est demeuré vivant à Berne. ALBERT DE HALLER acheva de bâtir la science de l'anatomie; il jeta les fondements de la physiologie, cette autre science fondamentale de la Médecine, en lui donnant des bases expérimentales exactes ; à vrai dire, c'est à Goettingue qu'il fit la plupart de ses travaux. Il fut aussi le chantre enthousiaste de nos Alpes.

L'histoire de la chaire d'anatomie est dominée par les noms de THEILE, K. L. RÜTIMEYER, AEBI, GASSER, STRASSEN et ZIMMERMANN. L'actuel titulaire, le Prof. H. BLUNTSCHLI, s'est attaché spécialement à de vastes recherches personnelles sur l'anatomie comparée; ses travaux sont largement inspirés des sciences naturelles. Il est secondé par le Prof. H. HINTZSCHE, qui déploie aussi une activité féconde dans le domaine de l'Histoire de la Médecine. Le Prof. A. DE MURALT maintient avec distinction les grandes traditions de la physiologie, dans la lignée du génial VALENTIN, de KRONECKER et D'ASHER. Actuellement, les travaux de l'Institut s'orientent surtout vers la physiologie nerveuse et l'étude des propriétés du climat d'altitude; l'Institut de recherches du Jungfraujoch (à 3.457 m. d'altitude) offre à ses collaborateurs scientifiques d'abondants sujets et de larges possibilités de travail. La chaire de chimie physiologique a été confiée récemment au Prof. I. ABELIN, qui a, lui aussi, de remarquables prédécesseurs en NENCKI et en DRECHSEL. La chaire de Chirurgie a été illustrée par Théodore KOCHER, un des plus grands chirurgiens de son temps. Son successeur, le Prof. DE QUERVAIN, s'acquit aussi une réputation mondiale. L'actuel titulaire, successeur du Prof. MATTI, est le Prof. K. LENGGENHAGER. Il s'occupe, à côté de chirurgie, de problèmes biologiques, et notamment de la coagulation sanguine et de ses relations avec la thrombose et l'embolie. La Médecine interne eut d'éminents représentants tels que BIERMER, MUNK, NAUNYN, QUINCKE, LICHTHEIM et SAHLI : Ce dernier jouit d'une autorité internationale. Son successeur, le Prof. W. FREY, s'efforce de baser la clinique sur la pathologie expérimentale, en particulier dans le domaine des affections rénales et de la circulation; il se consacre aussi au développement d'une médecine sportive. LESSER et JADASSOHN ont donné jadis à la chaire de Dermatologie une réputation mondiale; le titulaire actuel, le Prof. P. ROBERT, étudie spécialement les relations entre la dermatologie et la pathologie générale. Dans l'histoire de l'Ophtalmologie, les noms de ZEHENDER, PFLÜGER et SIEGRIST sont très connus; aujourd'hui le Prof. H. GOLDMANN suit avec succès la voie tracée par son maître SIEGRIST. L'Oto-Rhino-Laryngologie qu'enseignèrent VALENTIN, le fils du physiologiste, puis les Prof. LÜSCHER, père et fils, est actuellement confiée à la compétence du Prof. L. RUFFI. La Médecine des accidents, introduite à Berne par Steinmann, est enseignée par le Prof. M. DUBOIS, qui dirige en même temps le service d'Orthopédie. L'Institut d'Anatomie pathologique a connu des maîtres de réputation internationale : MIESCHER, KLEBS, LANGHANS ; son actuel directeur le Prof. C. WEGELIN, président de l'Académie suisse des Sciences médicales, a poursuivi les études de son maître LANGHANS sur le goitre. Il est secondé par son prosecteur le Prof. B. WALTHARD. Au second étage de l'Institut d'anatomie pathologique se trouve la Pharmacologie : le Prof. E. BÜRGI, qui vient de prendre sa retraite, a jeté de nouvelles bases exactes pour cette science avec ses lois des combinaisons et s'est acquis dans cette chaire une réputation mondiale. L'enseignement clinique de la Médecine interne est utilement introduit par une Clinique propédeutique, confiée au Prof. A. SCHÜPBACH, et complété par la Policlinique médicale dirigée par le Prof. W. HADORN. A l'exception des Instituts d'anatomie et de physiologie tous les Instituts et Services cliniques mentionnés jusqu'ici sont situés dans l'aréal de l'hôpital de l'Ile, fondé en 1354 par ANNA SEILER.

Plus loin se trouve l'Institut de Bactériologie, qui fut fondé par Tavel, puis dirigé de façon exemplaire



(Photoglob, Wehrli et Vouga).

L'Université de Berne.

ıar Kolle et Sobernheim ; son actuel directeur, le 'rof. C. Hallauer, élève du Prof. Doerr, de Bâle, 'intéresse surtout aux virus. Au sud-ouest de l'hô›ital de l'Ile s'élève l'Hôpital des Enfants, fondation ›rivée de Julie de Jenner: c'est la Clinique infantile ıniversitaire, qui possède depuis 1941 un nouveau ›avillon d'infections rationnellement conçu. Le irecteur actuel de la Clinique infantile, le Prof. :. Glanzmann, est le successeur de Demme et de rooss. Les travaux de la clinique concernent partiulièrement les maladies du sang, les maladies infecieuses et l'application en Pédiatrie des récentes lécouvertes sur les vitamines. Située à l'ouest du ıâtiment de l'Université, sur les hauteurs de la ichanze, la maternité cantonale, construite sous la lirection de P. Müller et récemment modernisée, st actuellement dirigée par le Prof. H. Guggisberg. :elui-ci, secondé par le Prof. Neuweiler, s'est ›articulièrement attaché aux recherches sur l'emploi es vitamines et des hormones en gynécologie. La :linique psychiatrique se trouve assez loin de la ille, à la Waldau; elle dispose depuis quelques nnées d'une Policlinique psychiatrique, située près le l'hôpital de l'Ile. Son directeur, le Prof. J. Klaesi, enseigne la Psychiatrie du point de vue phéıoménologique et psychologique, et familiarise les tudiants avec la Psychothérapie, qui a été introduite lans notre Faculté par Paul Dubois. L'Institut de ıédecine légale est placé sous la direction du Prof. Dettling.

Les branches spéciales ont été confiées à d'autres naîtres : la Neurologie au Prof. R. Isenschmid, une ›artie de la Psychiatrie aux Prof. M. Müller et Wyrsch, la Physiologie pathologique au Prof. A. Liechti, une partie de la Chirurgie au Prof. Fonio, a Propédeutique obstétricale au Prof. F. Ludwig, la ıouvelle chaire de Pédologie au Prof. W. Tobler. En outre un Institut pharmaceutique, dirigé par le 'rof. P. Casparis, assisté par le Prof. Mühlemann, 'ait partie de la Faculté de Médecine. Son fondateur 'ut l'illustre Prof. Tschirch.

Pour pouvoir s'immatriculer, les étudiants étran›ers doivent présenter une maturité avec latin. Ils ›euvent acquérir le grade de docteur en médecine de 'Université de Berne en passant l'examen de docto›at, qui est divisé en trois parties : chacun de ces ›xamens doit être subi à la Faculté de Médecine de Berne, les examens étrangers n'étant pas reconnus. :hez les candidats au doctorat, on exige, outre la hèse, toujours indispensable, l'immatriculation penlant deux semestres au moins à l'Université de Berne.

●

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GENÈVE

Créée en 1876, à l'époque où l'Académie fondée ›ar Calvin devait prendre rang d'Université, la 'aculté de Médecine de Genève est à la veille de célé›rer son soixante-dixième anniversaire. Elle fut llustrée, dès son origine, par quelques-uns des grands noms de la science médicale : Maurice Schiff, l'un des maîtres de la physiologie du siècle dernier; Jacques L. Reverdin, dont les mémoires sur le goitre ont ouvert l'un des premiers chapitres de l'endocrinologie; Adolphe d'Espine, dont le traité des Maladies de l'Enfance fut traduit en plusieurs langues et resta pendant plus de vingt ans le livre de pédiatrie par excellence; enfin Jean-Louis Prévost, physiologiste particulièrement connu pour ses travaux neurologiques.

Composée, lors de sa création, de 14 professeurs, la Faculté de Médecine de Genève compte aujourd'hui 19 professeurs ordinaires, 4 professeurs extraordinaires, 4 chargés de cours et une trentaine de privat-docents. Aussi se trouve-t-elle à l'étroit dans les édifices déjà vétustes de l'Ecole de Médecine et de l'Hôpital cantonal. L'étude de la reconstruction de ces bâtiments est heureusement fort avancée, et tout permet d'espérer qu'on verra bientôt se dresser dans le quartier de la Roseraie, autour d'un hôpital moderne, les constructions destinées à abriter les nombreux laboratoires où l'on enseigne les sciences médicales préparatoires.

Edifiés dans la région de Genève la plus proche de l'Arve, impétueuse rivière qui apporte au Rhône les eaux glacées du Mont-Blanc, les bâtiments actuels de la Faculté de Médecine regardent tous dans la direction de la France. Que l'on se mette aux fenêtres de l'Ecole de Médecine, de l'Institut d'Hygiène, de la Maternité, de l'Hôpital cantonal, de la Clinique ophtalmologique, les yeux se portent involontairement sur les départements de la Haute-Savoie ou de l'Ain. C'est d'un côté le Salève, aux larges assises horizontales superposées ; de l'autre le Reculet et le Crêt de la Neige, sommets majeurs du Jura; entre eux la Trouée du Rhône, défilé sévère dans lequel disparaît le fleuve qui depuis vingt siècles sert de trait d'union entre les villes de Lyon et Genève.

Si les étudiants de Genève, dès leur premier contact avec la médecine, tournent ainsi leurs yeux vers la France, ce n'est d'ailleurs pas qu'en raison d'inéluctables nécessités topographiques. Ils entendent chaque jour, dans tous leurs amphithéâtres, résonner les grands noms qui sont la gloire de la médecine française : Laennec, Claude Bernard, Trousseau, Charcot... Ils étudient dans les livres français et lisent les revues françaises. Ils savent qu'ils doivent aux savants français l'essentiel de leurs connaissances.

Avant tout tournée vers la France, la Faculté de Médecine de Genève a pu, dès son origine, s'assurer la collaboration d'éminents savants étrangers, venus des trois pays limitrophes. Nous rappellerons seulement, parce qu'ils sont encore sur toutes nos lèvres, les noms de l'anatomo-pathologiste Askanazy, de l'hygiéniste Cristiani, du physiologiste Battelli, et surtout celui de Louis Bard, l'éminent clinicien lyonnais, orateur brillant, intelligence prodigieuse, esprit toujours en éveil, qui enseigna pendant deux décades la médecine interne à Genève, avant d'aller occuper, en 1919, la chaire de clinique médicale de l'Université de Strasbourg libérée. Aujourd'hui encore Amédée Weber, après avoir professé à Nancy et Alger, enseigne à Genève l'anatomie, avec une vivacité et une précision qui font l'admiration de tous ses auditeurs.

L'enseignement médical est organisé à Genève, comme dans les autres Universités suisses, de façon à satisfaire avant tout aux exigences du règlement pour l'obtention du *diplôme fédéral de médecin*, qui seul donne le droit d'exercer la médecine sur tout le territoire de la Confédération suisse. Un diplôme équivalent, le *certificat d'études médicales*, est délivré par l'Université aux étudiants étrangers.

Les études médicales durent six ans, et sont divisées en trois sections, terminées chacune par une série d'examens. Durant la première année les étudiants s'initient, dans les auditoires et les laboratoires de la Faculté des Sciences, aux disciplines fondamentales de la physique, de la chimie et des sciences naturelles. Ils consacrent ensuite trois semestres à l'étude des sciences de base de la médecine, les sciences anatomo-physiologiques. Munis de ces connaissances, ils pénètrent dans les services hospitaliers où ils entrent en contact avec les malades, pour subir enfin, après sept semestres d'études cliniques, les 25 épreuves que comportent les examens professionnels de médecine. Après avoir obtenu leur diplôme, les jeunes médecins doivent encore, avant de recevoir le grade de *Docteur en Médecine*, imprimer une thèse agréée au préalable par la Faculté.

Les docteurs en Médecine peuvent ensuite, au



(Photo Boissonnas, Genève)

L'Université de Genève.



(Photo de Jongh).

Faculté de Médecine de Lausanne. Le nouvel Institut d'Anatomie Pathologique.

ours d'une série de stages hospitaliers dont la durée arie de trois à cinq ans, préparer le *Diplôme de nédecin-spécialiste*. Ce diplôme témoigne de leurs onnaissances particulièrement poussées dans un lomaine spécial de la Médecine, qu'il s'agisse de nédecine interne, de chirurgie, d'ophtalmologie ou de toute autre spécialité.

A la Faculté de Médecine est rattachée, depuis 918, un *Institut dentaire*. Celui-ci reçoit les étuliants ayant subi avec succès l'examen fédéral d'anaomie et de physiologie ou le Baccalauréat ès sciences nédicales de l'Université de Genève. Il les prépare, u cours de cinq semestres d'études, à la profession le dentiste. Les dentistes peuvent ensuite, en proongeant d'une année leurs études dans divers serices et laboratoires de la Faculté de Médecine, se prébarer aux examens de doctorat en Médecine dentaire, xamens qui comportent la présentation d'une thèse.

Depuis un an la Faculté de Médecine, avec la colaboration de la Faculté des Sciences, a fondé un organisme nouveau, l'*Institut de Biologie et de Chimie médicale*, destiné à préparer les hommes de cience qui se destinent non pas à la médecine proessionnelle, mais plus particulièrement aux recherhes biologiques et aux analyses de laboratoire. Les oorteurs d'un diplôme de médecin peuvent ainsi, n deux ans, compléter leurs connaissances en himie et acquérir les techniques indispensables ux recherches de laboratoire. Cet institut est ouvert ion seulement aux médecins, mais également aux himistes, aux pharmaciens et aux porteurs de ertaines licences ès sciences. Ceux-ci, possédant déjà ıne préparation chimique suffisante, étudient à 'Institut certaines disciplines médicales dont la onnaissance leur permet d'obtenir, après présenation d'une thèse préparée dans l'un des nombreux aboratoires affiliés à l'Institut, le grade de Docteur n Biologie et en Chimie médicale.

La Faculté de Médecine, dès sa fondation, s'est oréoccupée d'encourager la recherche scientifique par la création de prix. Quatre prix sont actuelement mis au concours, chaque année ou tous les leux ans. Ce sont le *Prix de la Faculté de Médecine*, lestiné à récompenser la meilleure thèse imprimée lurant les deux années précédentes; le *Prix Bizot*, lont le sujet est imposé par la Faculté plus d'une nnée à l'avance; le *Prix Gustave-Humbert*, ccordé au meilleur travail préparé dans les services lirigés autrefois par le Prof. Gustave Humbert; nfin le *Prix Georges-Regard*, qui porte alternatiement sur un sujet de philosophie religieuse et ur une question de physiologie. Ce prix fut lécerné pour la dernière fois, en 1942, à un jeune nais déjà éminent médecin français.

●

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LAUSANNE

La longue évolution qui finit par la création de a Faculté de Médecine de Lausanne montre que elle-ci est intimement liée à la vie de l'Académie, 537 à 1890, et de l'Université ensuite.

Le 8 Juillet 1836, le Dr Mathias MAYOR, président le la Société vaudoise des Sciences naturelles, parlant u cours d'une séance solennelle de l'histoire des ociétés médicales, dans le canton de Vaud, rappela en particulier les noms de FRANCO, de FABRICE, de HILDEN, de VENEL, de TISSOT qui honorèrent grandement, dit-il, notre Art et notre Pays. Il voyait, dans le rôle joué par ces hommes, une prédestination pour le canton de Vaud à être le berceau de la médecine et de la chirurgie populaires.

En 1890, avec la transformation de l'Académie en Université, la création d'une Faculté de Médecine complète fut réalisée.

Dès lors, on vit se succéder, pour assurer l'enseignement dans la nouvelle Faculté, une série de Maîtres dont la renommée a largement dépassé nos frontières. Citons, pour ne parler que des disparus, les César ROUX, Marc DUFOUR, L. BOURGET, A. COMBE, J. GONIN, G. ROSSIER, H. VULLIET.

Actuellement, la Faculté de Médecine de Lausanne compte en moyenne 340 étudiants.

Les études faites à la Faculté de Médecine préparent :

1° LES ÉTUDIANTS DE NATIONALITÉ SUISSE : *aux examens fédéraux pour les médecins et les médecins-dentistes*. Leur réussite confère aux candidats *le diplôme de Médecin*, qui autorise le porteur à pratiquer la médecine sur tout le territoire de la Confédération suisse. Les étudiants en médecine dentaire et vétérinaire ne peuvent faire à l'Université de Lausanne que *les deux premiers examens fédéraux*.

2° LES ÉTUDIANTS DE NATIONALITÉ ÉTRANGÈRE : *a*) aux examens du *Certificat d'études médicales*. Pour s'y présenter, les candidats doivent avoir suivi tous les cours, cliniques et laboratoires exigés des étudiants suisses. Leur réussite confère le *diplôme du Certificat d'études médicales* et le grade de *Docteur en Médecine* (avec ou sans thèse), mais ne donne pas le droit de pratiquer en Suisse; *b*) aux examens dits du *Doctorat en Médecine*. Ce diplôme, d'une valeur inférieure à celle des précédents, ne donne pas le droit de pratiquer en Suisse.

La Faculté de Médecine décerne aussi : *a*) le grade de *Docteur en Médecine* au porteur du *diplôme de médecin* après *la présentation* d'un travail spécial au Conseil de Faculté; *b*) le grade de *Docteur en Médecine dentaire* et celui de *Docteur en Médecine vétérinaire*.

●

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE ZURICH

Les premiers membres du Corps enseignant de l'Académie de Zurich au XVIIIe siècle se firent connaître par leurs travaux d'Histoire naturelle. J. J. SCHEUCHZER (1672-1733) et Johannes GESSNER (1709-1790) attirèrent un certain nombre de jeunes gens et de médecins pour leur cours d'Histoire naturelle et de Médecine. Dès la transformation de l'Académie en Université, en 1833, quelques médecins de marque firent le renom de la Faculté de Médecine. Qu'il nous suffise de citer BILLROTH, qui a passé de nombreuses années à Zurich, les psychiatres Auguste FOREL (1848-1931) et Eugène BLEULER, le clinicien Hermann EICHHORST, le pharmacologiste suisse Max CLOETTA (1868-1940) et l'ophtalmologiste Otto HAAB, l'inventeur de l'électro-aimant à grande puissance. Parmi la dernière génération, nous citerons Otto NAEGELI (1871-1938), Bruno BLOCH (1878-1933) et l'ophtalmologiste Alfred VOGT (1873-1943).

Comme dans toutes les autres Universités suisses, les étudiants étrangers sont admis à la Faculté de Médecine pour autant qu'ils peuvent certifier avoir passé un examen avec latin, équivalent au baccalauréat suisse. Un règlement, qui n'est pas tout à fait identique pour toutes les Universités suisses, indique les cours théoriques et pratiques exigés pour être admis à l'examen et à la promotion au Doctorat en Médecine. Les étudiants étrangers peuvent également, à Zurich, passer un examen identique à un examen de diplôme fédéral, sans néanmoins avoir le droit de pratiquer la Médecine en Suisse. Les relations de l'Université de Zurich avec les Universités étrangères ont été toujours très actives et l'on s'efforce de les intensifier à nouveau.

●

L'UNIVERSITÉ DE FRIBOURG

A l'Université de Fribourg, enfin, on peut accomplir les premières années d'études en Médecine. C'est à Fribourg qu'ARTHUS et DHÉRÉ ont continué leurs travaux importants. Une chaire d'anatomie relativement récente est occupée par le Prof. COULOUMA.

*
* *

Pour terminer, notons que des relations ont toujours existé entre la Médecine Française et les médecins suisses. Nous rappelons l'activité de A.-P. DE CANDOLLE, *à Montpellier, les rapports amicaux entre le médecin vaudois* Louis AGASSIZ *et le grand* CUVIER, *les communications intéressantes de* Jean-Louis PRÉVOST (1790-1850), *un des promoteurs de l'étude chimique du sang et de l'histologie expérimentale, en collaboration avec le Français* Jean-Baptiste DUMAS (1800-1884), *un maître de la chimie et* Frédéric RILLET (1814-1861), *qui fut le collaborateur de* A.-C.-E. BARTHEZ (1811-1891) *pour le « Standard-Work », le « Traité clinique et pratique des Maladies des Enfants », écrit à Paris.*



L'Université de Zurich

PROGRAMME

DE LA SEMAINE MÉDICALE FRANCO-SUISSE

(Genève, 1er au 6 Octobre 1945)

L'Académie suisse des Sciences médicales *a prié l'*Académie des Sciences, *l'*Académie de Médecine *et l'*Académie de Chirurgie *de désigner un certain nombre de leurs membres pour être ses hôtes afin de participer à une manifestation franco-suisse qui se tiendra à Genève du 1er au 6 Octobre prochain.*

Cette manifestation s'ouvrira le *lundi 1er Octobre* par une Séance solennelle présidée par le Professeur Wegelin, Président de l'Académie suisse des Sciences médicales.

Après la séance d'ouverture et dans les journées qui suivront, des conférences seront faites le matin et l'après-midi par les plus éminents représentants de la Science médicale française et suisse. Ces exposés permettront aux participants de la « Semaine » de se rendre compte des progrès de la médecine dans les deux pays voisins et amis si longtemps séparés.

Voici le programme détaillé :

LUNDI 1er OCTOBRE 1945

Aula de l'Université.

9 h. Séance solennelle d'ouverture. Discours d'inauguration. — 11 h. Prof. Courrier, représentant de l'Académie des Sciences : *Radioactivité artificielle et endocrinologie.* — 11 h. 45. Prof. Wegelin : *Quelques résultats de la lutte contre le goitre en Suisse.* — 15 h. 15 à 16 h. Dr Welti : *Questions d'actualité dans le traitement chirurgical de la maladie de Basedow.*

MARDI 2 OCTOBRE 1945

Aula de l'Université.

8 h. 30. Prof. A. de Muralt : *La régulation vago-humorale du cœur.* — 9 h. 15. Prof. Lhermitte : *Sénilité et système nerveux.* — 10 h. 15. Prof. Miescher : *Etudes expérimentales sur la dissémination et la fixation de germes dans l'organisme.* — 11 h. Prof. Leveuf : *Données nouvelles sur l'évolution physio-pathologique des infections osseuses par le staphylocoque doré. Applications thérapeutiques à l'ostéomyélite aiguë des adolescents.* — 11 h. 45. Prof. Sénèque : *Etude pharmaco-dynamique de l'ipéca dans le radio-diagnostic des lésions gastriques.* — 15 h. Prof. Löffler : *Infiltrations pulmonaires fugaces avec éosinophilie du sang.* — 15 h. 45. Prof. Polonovsky : *L'haptoglobine et sa signification clinique.* — 16 h. 30. Prof. Fiessinger : *Les Anémies érythroplasmatiques, maladies de carence avec pathogénie des œdèmes.* — 17 h. 15. Prof. Binet : *L'oxygène en Médecine, thypoxie et thyperoxie.*

20 h. Banquet.

MERCREDI 3 OCTOBRE 1945

Aula de l'Université.

8 h. 30. Prof. Henschen : *Maladies de l'artère pulmonaire et interventions chirurgicales.* — 9 h. 15. Prof. Brocq : *A propos des endométrioses.* — 10 h. 15. Dr Gandart d'Allaines : *La chirurgie conservatrice du cancer du rectum par la voie sacrée.* — 11 h. Prof. Petit-Dutaillis : *A propos des hernies discales.* — 11 h. 45. Dr Sorrel : *Résultats éloignés des greffes osseuses dans les tuberculoses ostéo-articulaires.* — 15 h. Prof. Gigon : *Echanges nutritifs et diabète.* — 15 h. 45. Prof. Fabre : *De l'intérêt en médecine du travail, du dosage des solvants industriels dans le sang des ouvriers. Applications au benzène, au toluène et au sulfure de carbone.* — 16 h. 30. Dr Patel : *L'état actuel des connaissances sur le traitement opératoire des péricardites constrictives.* — 17 h. 15. Prof. Stoll : *Les alcaloïdes de l'ergot ; acquisitions récentes.* — 21 h. Discussion dans une salle de l'Hôtel des Bergues.

JEUDI 4 OCTOBRE 1945

Promenade au *Château de Chillon.* Lunch à Chillon offert par le Conseil d'Etat du Canton de Vaud (Départ de Genève 9 h. 06, arrivée à Lausanne 9 h. 44, arrivée à Chillon 11 h.).

16 h. 15 à 17 h. A l'auditoire de l'Hôpital Nestlé, Lausanne. Prof. Michaud : *Les troubles fonctionnels dans la silicose.* — 17 h. à 17 h. 45. Prof. Streiff : *Troubles circulatoires de la rétine dans les syndromes sino-carotidiens.* 18 h. Réception à « Mon Repos » par la Ville de Lausanne. Retour individuel à Genève (20 h. 39, 22 h. 21, 22 h. 40).

VENDREDI 5 OCTOBRE 1945

à l'Hôpital Cantonal.

8 h. 30. Prof. Rutishauser : *Démonstrations d'anatomie pathologique.* — Prof. Jentzer : *Démonstration clinique de chirurgie endocrinienne.* — Prof. Roch : *Démonstration de clinique médicale.* Prof. Franceschetti : *Démonstration de clinique ophtalmologique.* — 11 h. 45. Dr Lépine : *Recherches d'ultra-centrifugation effectuées à l'Institut Pasteur de 1941 à 1945.* — 14 h. 30. Dr Gautier et Dr Biraud (Section d'Hygiène de la Société des Nations) : *Conférence sur l'Organisation d'Hygiène de la S. D. N. au Palais de la S. D. N.* — 21 h. Prof. Brocq : *L'Hôtel Dieu pendant la libération de Paris.*

SAMEDI 6 OCTOBRE 1945

Aula de l'Université.

8 h. à 13 h. *Séance scientifique de l'Académie suisse des sciences médicales.* — Prof. Roussy, Paris : *Le système régulateur neuro-hormonal et son dérèglement.* — Prof. Glanzmann, Berne : *Maladie de carence chez l'animal et chez l'homme dans les montagnes.* — *Courtes communications* entre autres de MM. les Prof. Frey, Steck et Vannotti.

UNE FONDATION DE L'INSTITUT PASTEUR

pour les étudiants suisses

« LA BOURSE YERSIN »

Alexandre Yersin, mort il y a une année dans cette Indochine où s'était écoulée presque toute sa vie scientifique, était né à Morges, en Suisse. C'est de là qu'il était parti à 20 ans pour venir terminer ses études médicales à Paris. Il y parvint au moment où l'on était en pleine fièvre pastorienne : on commençait rue d'Ulm à appliquer à l'homme les premiers traitements antirabiques. Yersin, conquis par la Science nouvelle, devint l'un des premiers disciples du Maître. A 30 ans il fit une des plus grandes découvertes de la médecine moderne : il réussit en effet à isoler et à cultiver le bacille pesteux.

Sa vie s'écoula alors presque entièrement en Indochine où il dirigea pendant de longues années tous les Instituts Pasteur, filiales de la maison-mère de Paris.

En 1944, année cinquantenaire de la mémorable découverte de Yersin, le docteur Tréfouël, Directeur de l'Institut Pasteur de Paris et le Conseil d'Administration décidèrent de fonder une bourse pour permettre à un travailleur suisse de venir étudier à Paris les disciplines enseignées à l'Institut Pasteur.

Cette bourse, d'une durée de deux ans, sera attribuée cette année pour la première fois. Elle sera une marque tangible de l'amitié qui unit la Suisse et la France et célèbrera mieux que toute autre manifestation la mémoire de Yersin, Suisse de naissance, Français d'adoption et grand Pastorien.

Le gérant : F. Thomas.

Imprimé par l'Ancne Imprimerie de la Cour d'Appel, 1, rue Cassette, à Paris (France).

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées aux Périodiques, la Direction scientifique de La Presse Médicale *a dû fixer à 4 colonnes maximum l'étendue des mémoires originaux. Tout manuscrit dépassant cette étendue sera retourné à son auteur.*

ENFANTS DITS « LYMPHATIQUES » ET NONCHALANCE THYROÏDIENNE

PAR

G. MOURIQUAND et Mme ENSELME

(Lyon)

A côté des états confirmés de myxœdème, d'insuffisance thyroïdienne nette, il existe des états de déficience thyroïdienne légère pour lesquels on a décrit de petits signes (Hertoghe, Léopold Levi et H. de Rothschild) qui peuvent se manifester sous des aspects cliniques divers. Tel enfant présentera un trouble de la croissance plus ou moins accentué pouvant réaliser parfois le type d'infantilisme de Brissaud, tel autre une tendance à l'obésité, tel autre des troubles de l'activité. Chez tous ces malades les signes d'insuffisance thyroïdienne peuvent être extrêmement larvés, demander un examen attentif et souvent c'est la recherche du métabolisme de base et son abaissement qui fixera une étiologie hésitante.

Nous voudrions dans ces lignes nous attacher plus particulièrement à l'étude d'une de ces formes cliniques, celle qui concerne ces enfants que l'on présente au médecin comme des « lymphatiques », des paresseux et auxquels la famille et le professeur semblent parfois reprocher avec une certaine amertume une attitude que nous désignerions volontiers par le terme de nonchalance (éthymologiquement : on trouve « non chalant » (chalant, participe présent de chaloir = se soucier (Littré) et non chalant — non ardor), terme qui nous semble caractériser plus justement cet état, tant au point de vue clinique que métabolique.

Cette forme d'insuffisance thyroïdienne légère a été déjà signalée (Heuyer, Codet, Nobécourt, Janet) mais nous voudrions insister à nouveau pour montrer que l'état de ces enfants traités à tort de paresseux est un état pathologique, une attitude physiologique qui est fonction d'une déficience thyroïdienne qui peut être ancienne ou récente, passagère ou prolongée; déficience portant plus particulièrement sur l'activité cérébrale, mais aussi sur l'activité physique, cette dernière d'ailleurs étant solidaire de la précédente.

Nous voudrions en quelque sorte réhabiliter ces petits malades aux yeux de la famille et du maître, les faire entrer dans le domaine pathologique et montrer que cet état particulier, cette indifférence physique et intellectuelle, cette absence d'ardeur devant la vie, cette impossibilité de l'effort soutenu nous semblent différents des paresses qui ressortissent à des troubles du caractère seul.

Notre intention n'est pas d'aborder l'étude de la paresse en général chez l'enfant, elle a fait l'objet de descriptions de beaucoup d'auteurs, médecins psychiâtres, pédagogues, nous nous bornerons à cette catégorie d'enfants « qui sont considérés comme des apathiques, des lymphatiques, qui travaillent mal et sont traités de paresseux » (Heuyer), mais chez qui l'examen attentif décèle de petits troubles d'insuffisance thyroïdienne et chez lesquels le métabolisme de base est toujours abaissé.

*
* *

C'est vers l'âge de 10 à 12 ans, que l'on constate, ou que s'intensifie la plupart du temps cet état particulier, c'est au moment où l'enfant va franchir ce cap difficile de la puberté, au moment où la nature met en œuvre toutes les possibilités, toute la vitalité de ses glandes et de ses tissus qu'apparaît cette défaillance. Ce qui frappe avant tout chez ces enfants, c'est la nonchalance, l'indolence, l'état d'indifférence pour toute la vie ambiante.

A la consultation, nous trouvons le petit malade installé sur la chaise longue. Il est là depuis une heure, calme, ne s'agite pas, ne s'inquiète pas sur l'examen qui l'attend, ne pose pas la question fatidique : « Est-ce que cela va me faire mal » ; non, il attend tranquille et indifférent aux préparatifs, sans curiosité et sans impatience.

On interroge la famille, et c'est alors que se déclenchent les épithètes de « paresseux », d'enfant mou, d'apathique. Le petit malade ne s'émeut pas le moins du monde d'un tel déluge de compliments. On apprend que ce manque de réaction s'étend à toutes les manifestations de la vie physique et intellectuelle. Il travaille mal en classe, ses notes et ses places sont mauvaises ; à la maison il reste de longues heures immobile à lire, ou à dessiner au coin du feu, tranquille. il joue peu avec ses frères et sœurs ou ses petits camarades, les jeux bruyants le fatiguent plus qu'ils ne l'ennuient ; s'il lui arrive de jouer au bout de peu de temps il se retire fatigué et quelquefois légèrement essoufflé.

Si on lui commande quelque chose, ses réactions sont lentes, si on lui demande un des menus services de la vie familiale il se lève avec docilité, mais va lentement et souvent oublie en cours de route ce qu'on lui a demandé. Il est intelligent cependant, répond aux questions qu'on lui pose avec pertinence, mais son attention se fatigue vite comme ses muscles et si l'on insiste en tâchant de l'intéresser aux questions qu'on lui pose sur ses occupations, ses goûts, on s'aperçoit très vite que l'enfant ne suit plus très bien et qu'au bout de peu de temps il répond mal et on semble l'importuner comme si l'effort physique que demande l'attention soutenue lui était impossible.

Il est indifférent, on a l'impression que chez lui la perception se fait mal, est obtuse, partant l'attention n'est pas déclenchée et quand on force cette attention l'effort n'est pas soutenu.

L'imagination est souvent déficiente, et l'absence de curiosité manifeste.

En somme, il y a chez lui une difficulté de l'effort physique et intellectuel, l'état de fatigue est très vite atteint. Une mère nous décrivant un jour l'attitude de son enfant a eu cette expression imagée et très juste : « Il fait du cinéma au ralenti » ; et nous avons tous présents à l'esprit ces enfants qui interminablement se réhabillent après notre examen, que l'on est obligé de rappeler à l'ordre, oubliant qu'ils lacent leurs souliers ou remettent leur tricot pendant que la mère et le médecin piétinent d'impatience.

Ces petits malades, à l'examen, se présentent avec un facies pâle et le plus souvent, avec cette pâleur bouffie assez typique de cet état, les paupières légèrement gonflées, infiltrées, surtout le matin, leur donnant un aspect mal éveillés.

Déshabillés, leur stature est quelquefois normale, ils sont bien proportionnés, quelquefois aussi ils ont une tendance légère à engraisser, leur poids dépasse celui de leur âge, leur taille est quelquefois plus élevée que normalement, quelquefois aussi ils présentent un certain degré d'hypotrophie : certains même présentent quelques troubles osseux, soit une légère scoliose ou un dos un peu rond, particulièrement chez les fillettes. Mais tout ceci n'étant jamais très accusé et ne constituant que rarement la raison pour laquelle ils sont amenés chez le médecin.

Les extrémités sont bien proportionnées, il ne faut pas s'attendre à trouver les extrémités trapues du myxœdème, leur peau est douce sans rugosité, souvent molle, les tissus sont mous, comme infiltrés, rappelant le « status pastosus » des lymphatiques.

L'examen des différents organes est négatif. Ils ont un bon appétit et de bonnes digestions.

Ils dorment bien et beaucoup, aiment les longues nuits, ils ont toujours le matin de la peine à se lever.

L'état génital est normal le plus souvent, quelquefois cependant les signes sexuels secondaires sont en retard.

Ils sont souvent frileux et s'habillent plus chaudement que les autres enfants.

Les amygdales sont souvent hypertrophiées et presque toujours la mère signale que l'enfant a eu des végétations adénoïdes que l'on a opérées.

Les cheveux sont le plus souvent souples et abondants, mais chez les garçons surtout on voit aussi ces chevelures récalcitrantes, ces mèches qui se redressent inlassablement et qui font le désespoir de la mère plus que celui du petit malade que son esthétique laisse assez indifférent.

Les sourcils sont normalement fournis et nous avons exceptionnellement rencontré ce signe de la « queue du sourcil » bien décrit par Hertoghe et L. Levi.

Le pouls est lent, le plus souvent autour de 60 et ceci constitue un signe que nous avons presque toujours retrouvé et sur lequel nous insistons particulièrement, il est régulier et l'examen cardiaque est négatif.

Le corps thyroïde est normal.

Le métabolisme de base est abaissé. Cet abaissement oscille entre 10 et 25 pour 100. Nous attachons la plus grande importance à cet examen qui nous permet à la fois, de fixer l'étiologie, l'importance du trouble glandulaire et l'intensité du traitement opothérapique qui, judicieusement appliqué et suivi, améliore le plus souvent, l'état de ces malades.

En somme, le diagnostic d'insuffisance thyroïdienne larvée chez ces enfants présentant un trouble de l'activité globale, chez ces nonchalants, doit venir à l'esprit du médecin quand il observe de la pâleur du visage avec bouffissure des paupières, quand il constate une certaine frilosité et une sécheresse plus ou moins accentuée des cheveux, certains troubles de la croissance, soit une tendance à l'obésité, soit au contraire à l'hypotrophie. Dans tous ces cas le diagnostic pourra s'affirmer en se basant sur la coïncidence avec le ralentissement du pouls, qui est un excellent signe, de l'abaissement du métabolisme de base

Cet ensemble clinique qui est une attitude physiologique de défense contre le trouble glandulaire nous semble relever d'une pathogénie que nous voudrions exposer avec quelques détails.

La nonchalance psychique relève de la nonchalance physiologique. En effet, chez l'hypothyroïdien le trouble primitif est bien une insuffisance des oxydations tissulaires qui se traduit immédiatement par un abaissement du métabolisme de base. Dans cette diminution de chaleur, dans cette restriction énergétique nous trouvons l'explication de tous les signes que nous avons observés.

Elle porte tout d'abord sur le système musculaire. Certains psychologues contemporains (Lange, W. James, Watson) ont longuement insisté sur le retentissement de l'activité physique, sur la vie psychique. L'émotion, l'attention perdent singulièrement de leur intensité et de leur efficacité si elles ne s'accompagnent pas d'un « comportement » extérieur adéquat. Expressions corporelles et vie intérieure sont extrêmement liées. Les unes favorisent l'autre et lui deviennent parfois indispensables. Leur adaptation est constante et les artistes en ont exploité toute la valeur symbolique. La réflexion, la méditation, n'impliquent-elles pas une attitude voisine de celle du penseur de Rodin ?

Privés de ces traductions extérieures la plupart des états de conscience n'en persistent pas moins, mais ils sont décolorés et sans ferveur.

Tel est justement le cas de l'enfant hypothyroïdien. Nous l'avons vu, c'est sans aucun signe d'inquiétude qu'il attend notre examen, c'est le visage impassible et même indifférent qu'il écoute les questions auxquelles il répond de façon pertinente. Le corps ne tient plus l'esprit. Et cela est très compréhensible. Physiquement frappé d'une certaine torpeur musculaire, la vie psychique est privée de toute mimique. La faiblesse des combustions interdit toute dépense de luxe. Dès lors tout état de conscience chez lui manque de vie et d'intensité. La restriction énergétique porte aussi sur le cerveau. Et lui aussi se met au repos, sans présenter aucune anomalie dans son fonctionnement, il diminue son ardeur et la pensée quoique juste est lente, difficile et rare.

Nous connaissons des états analogues qui nous éclairent sur ces mécanismes intimes. On sait qu'à l'altitude une anoxie due à l'abaissement de la tension partielle de l'oxygène de l'air provoque une diminution semblable des échanges tissulaires. Les symptômes psychiques sont les mêmes : lenteur et rareté des mouvements, ralentissement de la vie intellectuelle qui transforment en paresseux les sujets à l'esprit le plus vif, qui clouent parfois sur place devant les pires dangers les alpinistes atteints du mal des montagnes. Pas plus que l'ascensionniste terrassé par son anoxie l'enfant en état de défaillance thyroïdienne n'est responsable de son attitude indifférente et apparemment paresseuse. Il est, lui aussi, victime d'échanges insuffisants, et cette prétendue paresse n'est au fond qu'un état patholo-

gique latent et sur lequel il convient d'insister pour réhabiliter ces petits malades aux yeux de la famille et du professeur.

*
* *

Nous avons été frappés, depuis plusieurs mois par le nombre accru des observations du genre de celles ayant suscité cet article. Les restrictions alimentaires (carence de protéines, prédominance hydrocarbonée) jouent-elles un rôle dans ce ralentissement des échanges métaboliques ? Nous serions enclins à le croire et de même que nous avons signalé depuis quelque temps l'augmentation du nombre des goitres chez l'enfant, nous nous demandons si l'alimentation carencée actuelle ne jouerait pas un rôle de déclanchement chez des enfants prédisposés à un état thyroïdien déficient. Néanmoins il faut reconnaître que tous les cas d'apathie ne ressortissent pas évidemment à l'hypothyroïdie fruste.

Nous avons constaté souvent que les restrictions alimentaires donnaient, le fait est banal, une diminution du métabolisme de base sans que pour cela on puisse parler d'hypothyroïdie. Mais dans ces cas alors l'apathie n'a pas ce caractère que nous signalons, mais ressemble plus à une fatigue plus rapide et plus grande, au moindre effort. D'autre part, certaines affections d'ordre endocrinien, d'ordre cérébral, d'ordre psychique peuvent donner des apathies sans insuffisance thyroïdienne et nous signalons à ce sujet une observation d'Apert où à un syndrome d'obésité se surajoutait chez une jeune fille une apathie extraordinaire avec métabolisme de base augmenté et qui fut améliorée par des extraits orchitiques.

LE TRAITEMENT DE LA BLENNORRAGIE PAR LA PÉNICILLINE

Par James MARSHALL
(Londres)

Bien que la pénicilline ait été employée depuis peu de temps dans la blennorragie, il se confirme qu'elle en est le remède le plus efficace.

Mon expérience personnelle se limite à l'usage le solutions aqueuses du sel de sodium de la pénicilline en injections intra-musculaires.

Mes malades furent presque tous hospitalisés jusqu'à disparition de tous les symptômes cliniques de la maladie. L'évolution est suivie par l'examen au microscope des sécrétions de l'urètre, prélèvement fait chaque matin avant toute miction. Après la fin du traitement, les malades reviennent, pendant trois semaines, pour une visite hebdomadaire; puis au bout de trois mois pour vérification de la guérison, enfin au bout de six mois pour un examen sérologique final. Etant opposé aux examens traumatisants, nul massage de la prostate n'est fait avant l'examen de contrôle de guérison. Ce dernier comprend un examen de la prostate, des vésicules et de leur sécrétion, un passage de béniquet, quelquefois une uréthroscopie, et un examen sérologique pour recherche de la syphilis. Le contrôle par spermo-culture a été impossible.

Blennorragie aiguë. — Dès le début, presque tous les cas de blennorragie aiguë que j'ai traités ont reçu 100.000 unités de pénicilline, administrées à raison de 20.000 unités toutes les trois heures. Les résultats furent bons, et à part les cas de séries expérimentales, ce traitement fut continué de la même façon.

Le tableau ci-dessous indique les détails concernant 262 hommes qui ont été traités par .00.000 unités de pénicilline, avec trois mois de recul.

Blennorragie aiguë (hommes), 100.000 unités en 5 doses de 20.000 unités espacées de trois heures.

Total	262
Guérison immédiate	220 (84 pour 100)
Nécessitant un traitement complémentaire pour uréthrite non gonococcique	31 (12 pour 100)
Rechute récente (avant le quatorzième jour)	6 (2 pour 100)
Rechute tardive (au delà de quatorze jours)	5 (2 pour 100)

(Les rechutes récentes comprenaient un cas d'épididymite. Les rechutes tardives sont survenues l'une au bout de deux semaines, une autre à la quatrième semaine, et 3 trois semaines après le traitement. Toutes furent guéries plus tard par des séries répétées de pénicilline.)

Bien que la pénicilline ait provoqué la disparition des gonocoques dans les sécrétions dans 96 p. 100 des cas de cette série, pas moins de 12 pour 100 du nombre total, nécessitèrent un traitement supplémentaire, sous forme de lavages, ou d'une série de sulfamides ou même des deux.

Dans tous les cas les gonocoques disparurent des sécrétions uréthrales en moins de vingt-quatre heures. Le temps moyen pour la disparition des signes et symptômes d'uréthrite dans les cas de guérison immédiate est de quatre jours. Les rechutes, démontrées par la réapparition de gonocoques dans les sécrétions, apparaissent, dans certains cas en quelques jours, dans certains autres, quelques semaines. Toutes les rechutes furent guéries plus tard par un traitement répété de pénicilline aux mêmes doses.

Des dosages et intervalles différents ont été essayés. Dans une série de 50 cas, une dose de 100.000 unités de pénicilline fut donnée en une seule injection. Le résultat fut la disparition des gonocoques en moins de quatre heures. Les rechutes furent fréquentes et traitées par une nouvelle injection de 100.000 unités. Les résultats furent si mauvais qu'il fut nécessaire de changer de méthode et revenir au traitement par doses fractionnées. Les résultats en sont indiqués ci-dessous:

Blennorragie aiguë (hommes) 50 cas. 100.000 unités pénicilline en une dose:

Guéris (pas de traitement complémentaire)	15 cas.	36 pour 100
Guéris (traitement complémentaire nécessaire)	3 —	
Faillite du traitement 3 fois avec une seule dose	1 cas.	64 pour 100
Faillite du traitement 2 fois avec une seule dose	1 —	
Faillite du traitement 1 fois avec une seule dose	24 —	
(Tous les cas pré-mentionnés furent guéris après 5 doses de 20,000 unités à des intervalles de trois heures.)		
Faillite du premier traitement, guérison à la 2e injection de 100,000 unités	1 —	
Rechute tardive, seize à quarante jours après traitement	5 cas.	

Apparition de rechutes récentes:

Après deux jours	16 cas
Après trois jours	7 —
Après quatre jours	4 —
Après cinq jours	3 —

Cas de réinfection: 2 cas. Tous deux guéris par 5 doses de 20.000 unités.

Disparition des gonocoques. — Dans chaque cas, dans les quatre heures qui suivent l'injection, les gonocoques disparaissent. 20 cas furent traités par 2 injections de 50.000 unités de pénicilline à huit heures d'intervalle. Deux rechutes sont notées, l'une après six et l'autre après huit jours. Ils furent ensuite guéris par 200.000 unités de pénicilline, administrées en 5 doses à trois heures d'intervalle.

Traitement combiné par pénicilline et sulfamide. — Oard ainsi que d'autres ont publié leurs résultats dans une série de cas où la pénicilline et le sulfathiazol ont été employés comme traitement de la blennorragie aiguë. Ce traitement consistait en 8 *g.* de sulfathiazol en doses fractionnées le premier jour, administrées par voie buccale, et 4 *g.* de sulfathiazol le deuxième jour, avec une injection de 10.000 unités de pénicilline toutes les trois heures, jusqu'à la dose complète de 50.000 unités. Sur 232 cas il y eut 10 rechutes: 4,3 pour 100. Le taux des rechutes était de 8,6 pour 100 pour les blancs, et seulement 2.5 pour 100 pour les nègres. Ces rechutes furent promptement guéries par un traitement de 100.000 unités de pénicilline. Le taux des rechutes avec 50.000 unités de pénicilline seule semble être d'environ de 10 pour 100 à 20 pour 100. Les auteurs précités concluent qu'il existe une action synergique entre la pénicilline et les sulfathiazols contre les gonocoques.

Prolongement de l'action de la pénicilline. — La rapidité d'excrétion de la pénicilline demande que l'intervalle entre les injections ne soit pas trop long, afin que les taux de pénicilline dans le sang soient effectivement maintenus. Afin de réduire la fréquence des injections plusieurs moyens furent essayés.

Romansky et Rittman (1944) rapportent de succès dans 11 cas sur 12 parmi les malades souffrant de blennorragie aiguë traités par une seule injection de 50.000 à 100.000 unités de pénicilline émulsionnées dans un mélange de cire d'abeille et d'huile d'arachide.

Trumper et Hatter (1944) ont suggéré une réfrigération du point d'injection et de sa périphérie ce qui à la fois conserve plus longtemps les effets bactériostatiques de la pénicilline, et en épargne la quantité. Ils rapportent 100 pour 100 de guérison dans une série de malades souffrant de blennorragie, traités par une seule injection de pénicilline dans les tissus réfrigérés. Dans des séries témoins le pourcentage des rechutes fut de 45 pour 100 dans 20 cas traités par 2 injections de 50.000 unités à six heures d'intervalle, et de 80 pour 100 dans 10 cas traités par une seule injection de 50.000 unités.

Mentionnons aussi le rapport de Putnall et de ses collaborateurs (1944) qui indique 94 pour 100 de guérisons dans une série de 68 hommes et femmes traités par une seule injection de pénicilline X.

Blennoragies sulfamido-résistantes. — L'impression générale est que les cas de blennorragies sulfamidorésistantes ne présentant pas de complications locales réagissent aux doses adéquates de pénicilline de la même manière que le cas de blennorragie récente.

Les résultats des 111 cas que j'ai traités sont indiqués plus bas:

Blennorragie sulfamido-résistantes (hommes) 100.000 unités de pénicilline en 5 doses de 20.000 unités chacune à trois heures d'intervalle.

Total	111
Guérisons	101 (91 pour 100)
Rechutes récentes	6 (5,4 pour 100
Rechutes tardives (quatorze jours et plus)	3 (3,6 pour 100

Les résultats de cette série ne sont pas aussi bons que ceux que j'ai obtenus dans la blennorragie aiguë; mais, étant donné le nombre relativement peu élevé de ces cas, je ne crois pas que l'on puisse en tirer des conclusions définitives.

Traitement des rechutes. — Si le traitement par la pénicilline ne provoque pas la disparition des gonocoques dans les sécrétions, ou s'ils apparaissent à nouveau, il est nécessaire de faire des recherches afin de découvrir s'il existe une complication locale. Si l'on ne découvre aucun foyer d'infection, le malade sera traité à nouveau avec de la pénicilline. Une dose similaire à la première, si celle-ci était de 100.000 unités au plus, apporte généralement le succès, mais l'on peut conseiller un dosage plus élevé. J'ai observé que dans les cas où une cure répétée de pénicilline restait sans succès même à des doses plus élevées, on pouvait faire un traitement fractionné, en donnant 100.000 unités en plusieurs doses deux jours de suite, avec un bon résultat. Ce dernier plan fut suggéré par les travaux de Bigger (1944) sur l'action de la pénicilline sur les staphylocoques. Jusqu'à présent, je n'ai eu qu'un seul cas de blennorragie sans complication apparente, complètement résistant à des cures répétées de pénicilline allant jusqu'à 300.000 unités.

Lorsque la rechute est due à une complication de la blennorragie, la répétition du traitement doit être retardée jusqu'à l'institution du traitement local ainsi qu'il est décrit plus loin.

Une sécrétion uréthrale persistante, sans trace de gonocoques, est un fait assez commun après le traitement par la pénicilline. Une nouvelle cure par la pénicilline, après quatre à cinq jours d'attente, la guérit rarement; des lavages et l'emploi des sulfamides sont alors nécessaires pour obtenir la guérison.

Traitement des complications de la blennorragie. — Epididymite: J'ai soigné mes cas de

›lennorragie avec épididymite avec des doses de 00.000 unités et dans la plupart des cas le résultat ut bon. Dans quelques cas exceptionnels, la réapparition des gonocoques nécessita une nouvelle pplication de pénicilline, mais je n'ai pas eu de echutes tardives. La série est trop peu élevée pour upporter l'analyse. La pénicilline n'a pas d'effet ur la vitesse de réduction de l'épididymite. J'ai u également l'épididymite se développer au leuxième ou au troisième jour d'un traitement, n apparence réussi d'une blennorragie aiguë ou ulfamido-résistante. Des observations semblables nt été publiées par Scarcello (1945) et Robinson 1944).

Prostatite: J'ai vu 2 cas de prostatite violente qui éagirent immédiatement au traitement par la pénicilline, et deux sur lesquels la pénicilline n'eut ucun effet. Dans ces derniers, des abcès se développèrent et un nouveau traitement fut donné après 'incision des abcès, avec succès cette fois.

Arthrite: L'opinion diffère sur les résultats btenus par la pénicilline dans le rhumatisme lennorragique. Scarcello (1945) note de bons résultats, Thompson (1944) n'y trouve pas un avantage notable. Je n'ai traité qu'un petit nombre de as avec des doses allant jusqu'à 500.000 unités et e résultat ne fut pas meilleur que par les autres néthodes.

L'injection localisée de pénicilline dans l'articulation atteinte a été essayée par Dawson et Hobby 1944) et par Thompson (1944) sans résultat remarquable.

Dans deux cas de la maladie de Reiter (polyarthrite avec uréthrite non-gonococcique) la pénicilline aux doses de 200.000 et 1.000.000 d'unités ı'eut aucun effet.

Abcès blennorragiques: D'après les quelques cas que j'ai vus d'abcès localisés tels qu'abcès périuréthraux, bartholinites, j'ai l'impression que la pénicilline aux doses employées actuellement, ne peut remplacer la chirurgie, mais son efficacité est nette si on l'emploie après intervention.

Salpingite. Greenblatt et Street (1944) notent que dans le traitement des blennorragies sulfamidorésistantes chez les femmes, les symptômes de salpingite et de péritonite du pelvis régressent vingt-quatre ou quarante-huit heures après le traitement par la pénicilline.

Vulvo-vaginite: La blennorragie chez les enfants cède à la pénicilline employée aux mêmes doses que celles qu'on utilise chez les adultes.

Complications du traitement. — Dans mes propres séries de blennorragies traitées par la pénicilline, je n'ai eu qu'une seule complication: une induration rapidement résorbée au point d'injection.

La fièvre, le choc, les réactions cutanées, phénomènes que provoque l'emploi de doses élevées pour le traitement de la syphilis, ne furent jamais observés.

Je n'ai pas vu avec la pénicilline des faits analogues à ceux que l'on groupe sous le nom de sulfamido-résistance. Jusqu'à présent un seul cas s'est montré réfractaire, malgré l'utilisation de doses variables, au traitement par la pénicilline.

Syphilis cachée par le traitement par la pénicilline. — On a pensé qu'un danger de l'emploi de la pénicilline dans la blennorragie serait de cacher ou de rendre latente une infection syphilitique concomitante. Afin de minimiser ce risque, nous avons toujours exigé dans l'armée britannique des examens sérologiques pour rechercher la syphilis à des intervalles de trois et de six mois après le traitement de la blennorragie par la pénicilline. A mon point de vue, ce risque est plus apparent que réel. J'ai déjà vu 3 cas d'hommes traités pour blennorragie par la pénicilline, présenter des signes de syphilis bien avant trois mois. La période d'incubation fut, dans chaque cas, d'environ cinquante jours, un peu plus longue que normalement, mais les lésions primaires avaient l'aspect normal, et l'on trouvait facilement les spirochètes. J'ai d'ailleurs toujours traité par les sulfamides les blennorragies survenant sur des sujets souffrant d'ulcérations génitales d'une espèce quelconque.

Résumé et conclusions.

1° La pénicilline est le remède le plus puissant que l'on possède actuellement pour le traitement de la blennorragie.

2° On peut obtenir, avec une dose de 100.000 unités et plus, administrée en cinq fois, en huit ou douze heures, une guérison rapide d'au moins 90 pour 100 des cas de blennorragie aiguë ou sulfamido-résistante. Parmi les rechutes, un large pourcentage peut être guéri par la répétition du traitement par la pénicilline.

3° Un traitement complémentaire est quelquefois nécessaire pour la guérison d'une uréthrite résiduelle due à une infection secondaire.

4° Des cas de complications avec foyer fermé ne réagissent pas toujours bien à la pénicilline. Dans de tels cas le foyer d'infection doit être incisé avant que le traitement par la pénicilline soit commencé.

5° La meilleure méthode de guérison de la blennorragie par la pénicilline, au point actuel de nos connaissances, consiste dans l'injection intramusculaire de 100.000 à 200.000 unités fractionnées en 4 ou 5 doses à des intervalles de trois heures, pendant une période de neuf à douze heures.

Les cas de rechute après traitement par la pénicilline doivent être traités par des doses plus élevées que celles qui ont d'abord été choisies. Si elles restent encore sans succès on essayera deux « séries » de pénicilline à vingt-quatre heures d'intervalle.

Nous nous excusons de ne pouvoir, faute de place, donner de renseignements bibliographiques.

LA VALEUR DIAGNOSTIQUE DU TAUX D'ÉOSINOPHILIE SANGUINE DANS LES HELMINTHIASES

Par G. LAVIER

L'hyperéosinophilie sanguine qui accompagne les helminthiases est de notion classique depuis plus de cinquante années; dès le début cependant et très fréquemment par la suite, des observations étaient faites qui amenaient à en nier la constance. Aussi, à bien des reprises la valeur diagnostique de cette éosinophilie a-t-elle été mise en doute et certains auteurs ont même pu contester la réalité du phénomène. Et de fait, si l'on parcourt l'énorme littérature existant à ce sujet on ne peut qu'être frappé par sa discordance et le taux d'éosinophilie y apparaît comme capricieux, fantasque et défiant toute règle.

Or, il n'en est rien, cette hyperéosinophilie, comme j'ai eu l'occasion de le montrer [1], est parfaitement constante et s'exprime en fonction de certains facteurs avec une rigueur rarement observée dans un phénomène biologique aussi complexe. Voici quels sont les principaux d'entre eux: 1° en tout premier lieu, et le plus important de tous, un facteur chronologique; cette éosinophilie n'a pas en effet, comme on tend à le croire, un caractère statique, mais est au contraire esssentielllement évolutive : quand un helminthe, quelle qu'en soit l'espèce, pénètre dans l'organisme on assiste après un certain temps de latence à une ascension du nombre des éosinophiles très rapide d'abord puis se ralentissant pour atteindre un maximum après lequel il tombe vite d'abord, puis de plus en plus lentement pour se stabiliser pratiquement à un taux faible. Il décrit donc une courbe qui pour tous les helminthes est de même forme; 2° l'espèce du ver détermine les points critiques de la courbe: date d'apparition de la montée (c'est-à-dire durée du temps de latence) et date du taux maximum; 3° le nombre des parasites a aussi une influence; pour certains, de petite taille, il existe un seuil; pour tous il agit sur la hauteur du maximum: avec l'accroissement du nombre celle-ci en effet croît d'abord, mais non proportionnellement, puis passe elle-même par un maximum et diminue rapidement. Sur cette évolution bien régulière, divers facteurs extrinsèques peuvent venir interférer: une maladie infectieuse intercurrente, même légère de l'hôte, abaisse pendant toute sa durée considérablement le taux; des phénomènes anaphylactiques, par contre, peuvent l'exagérer; enfin la médication antiparasitaire quelle qu'en soit la nature chimique augmente d'abord l'éosinophilie, après quoi se fait une chute plus rapide que la normale.

Il résulte de tout cela que d'un taux constaté d'hyperéosinophilie sanguine il n'y a pas à attendre un renseignement direct ni sur la nature du parasite, ni sur l'importance de l'infestation. Il est admis généralement qu'il y a des vers à forte éosinophilie et d'autres à éosinophilie faible ou nulle; ce n'est que partiellement exact et certains, comme l'Oxyure ou l'Ascaris, réputés de la seconde catégorie, sont parfaitement susceptibles de déterminer des taux élevés, mais de courte durée et précoces, si bien qu'ils ne sont pratiquement jamais constatés. En fait, pour fournir un renseignement, le taux d'éosinophilie doit être interprété à la lumière du déterminisme que je viens d'exposer, et il est absolument nécessaire en tout premier lieu de tenir compte de l'ancienneté du parasitisme. L'importance du facteur chronologique est telle en effet qu'il permet à lui seul d'expliquer presque toutes les divergences qui ont été relevées; et quelques autres facteurs rendent compte du reste. Ces divergences en effet sont les suivantes: forte éosinophilie sans mise en évidence d'helminthe; présence avérée d'un helminthe sans éosinophilie notable; éosinophilie élevée avec présence d'un parasite déjà ancien. Examinons successivement ces différents cas.

Forte éosinophilie sans mise en évidence d'Helminthes. — Avant de faire rentrer le cas dans la « grande éosinophilie essentielle », il faut se souvenir que l'éosinophilie des helminthiases est toujours précoce, beaucoup plus en général que l'apparition des éléments (œufs, larves, anneaux suivant les cas) qui permettront d'affirmer l'existence de l'Helminthe. Il y a là en réalité deux chronologies indépendantes l'une de l'autre. Le tableau suivant les résume, pour les espèces où elles sont actuellement bien connues (voir tableau).

On voit par là que pour certains vers (Ascaris) le diagnostic causal ne pourra être fait que bien après la poussée éosinophilique; pour d'autres (Ténia, Grande Douve, et l'on peut aussi y ajouter les Bilharzies), il est possible à la phase descendante; pour d'autres enfin (Oxyure, Bothriocéphale, Ankylostome), il pourra être réalisé avant que le maximum soit atteint. Mais il convient de noter que les chiffres fournis ici pour la date d'apparition des éléments diagnostiques sont des minima et que, dans la pratique, leur découverte est beaucoup plus tardive.

Il en résulte qu'en présence d'une forte éosinophilie un examen coprologique négatif ne permet pas d'écarter d'emblée une origine parasitaire; un nouvel examen pourra plus tard, les délais d'apparition une fois atteints, se montrer positif; il y a eu de ce fait plusieurs exemples surtout avec la grande Douve.

Éosinophilie faible ou nulle avec présence d'Helminthes. — Dans les infections anciennes, nous l'avons vu, un taux faible, parfois même très faible, est la règle. On a à diverses reprises insisté, sous le nom de « phénomène paradoxal », sur l'existence d'une éosinophilie normale ou même d'une éosinopénie avec forte infestation vermineuse. Schilling qui l'a décrit dans la botriocéphalose l'attribue à une aplasie médullaire; d'autres auteurs ensuite en ont rapporté des cas. Mais à voir de près toutes ces observations on se rend compte que pour la plupart il s'agit d'infestations très anciennes bien que massives, et alors un faible taux n'a plus rien de paradoxal; dans d'autres, il y a des phénomènes infectieux fébriles concomitants et nous savons quelle éosinophilie en résulte alors. Enfin, rappelons l'action du nombre des parasites qui tend avec son augmentation au delà d'un certain chiffre à diminuer rapidement le taux des éosinophiles. C'est seulement là en fait qu'est le vrai paradoxe et il y a déjà bien longtemps qu'Opie et Staübli

1. G. Lavier : L'éosinophilie des Helminthiases. *Soc. Franç. d'Hématologie*, séance de Décembre 1944. *Le Sang*, 16 (n° sous presse); *Cf.* aussi la thèse de mon élève Deouirot. Paris. 1945.

PARASITE	ÉOSINOPHILIE		APPARITION de l'élément diagnostic
	Apparition	Maximum	
Ankylostome (Lavier et L. Brumpt)	20° jour.	3° mois.	Œufs : 40° jour.
Grande Douve (Lavier)	?	4° mois.	Œufs : 4° mois.
Oxyure (Schmidt)	Moins de 14 jours.	13 jour.	Œufs : 15° jour.
Bothriocéphale (Le Bas)	12-14° jour.	40° jour.	Œufs : 20 jour.
Tænia saginata (Prümm)	?	8-9° semaine.	Anneaux : fin du 2° mois.
Ascaris (Reiner W. Müller)	6-8° jour.	15° jour.	Œufs : 7° semaine.

avaient été frappés de l'absence d'éosinophilie chez les cobayes qu'ils avaient infectés par des quantités massives de trichine.

Fortes éosinophilies dans des Helminthiases anciennes. — Assez souvent on a noté des taux élevés dans l'échinococcose et l'on sait quelles discussions a provoquées la question de l'éosinophilie dans cette affection. Or lorsqu'un kyste hydatique se manifeste cliniquement, il est déjà très ancien (au moins une dizaine d'années environ). On a vu de même fréquemment des éosinophilies élevées chez des filariens (surtout parasités par *Filaria loa*) ayan depuis de longues années quitté les régions où il avaient pu s'infester. En réalité, ces hyperéosino philies ne relèvent plus alors du même mécanism que dans les cas précédents; elles constituent de épiphénomènes d'origine anaphylactique et son accompagnées d'autres manifestations de mêm ordre dont on connaît bien la fréquence dans l maladie hydatique et les filarioses; elles sont pa contre exceptionnelles avec les vers intestinaux.

Ainsi se trouvent facilement expliquées les con tradictions si souvent relevées entre les taux d'éosi nophilie constatés. Le chiffre d'éosinophilie re trouve alors toute sa valeur diagnostique, à condi tion de ne pas le consulter aveuglément comm un oracle devant répondre par oui ou non, mai de tenir compte dans chaque cas particulier de tou les facteurs en présence qui influent sur lui, san perdre de vue surtout que le principal en est l facteur chronologique.

PREMIÈRES CONSTATATIONS SUR LA TUBERCULOSE DES PRISONNIERS ET DÉPORTÉS

HOSPITALISÉS DANS LES SANATORIUMS DE LA 1re ARMÉE FRANÇAISE EN ALLEMAGNE

par MM.

J. LE MELLETIER et P. PÉRUS

(Paris)

Depuis leur ouverture au mois de Mai jusqu'à présent [1] les sanatoriums de la Première Armée Française en Allemagne, destinés aux prisonniers, déportés politiques et travailleurs libérés ont reçu surtout des tuberculeux patents. Certains avaient déjà été reconnus comme tels par les Allemands, pour d'autres le diagnostic a été fait par les médecins des hôpitaux militaires ou des centres de rapatriement. Plus récemment, nous avons reçu quelques malades dépistés par des examens radiologiques systématiques, mais en assez petit nombre puisque ceux-ci étaient habituellement pratiqués en France. En principe, les sujets agoniques lors de la libération ne sont pas venus jusqu'à nous et sont morts dans les hôpitaux.

L'examen d'un premier contingent d'environ un millier de malades français et alliés nous a montré la tuberculose des prisonniers et déportés sous un jour assez particulier.

Chez presque tous le début clinique de la maladie remontait à moins d'un an. Presque seuls faisaient exception quelques rares porteurs de pneumothorax. Les manifestations initiales qu'on relevait le plus habituellement étaient un épisode fébrile d'allure aiguë, une asthénie progressive, ou des douleurs thoraciques.

La *symptomatologie fonctionnelle* proprement respiratoire était généralement pauvre. La toux, l'expectoration restaient souvent assez discrètes pour ne pas avoir attiré l'attention du malade. Les hémoptysies étaient rares.

Chez presque tous nos malades *l'état général* était profondément altéré. Seuls faisaient exception quelques prisonniers et travailleurs favorisés par le sort.

Beaucoup de nos hospitalisés étaient squelettiques et accusaient des pertes de poids de 20 kg. et plus depuis leur détention. Les malades provenant des camps de déportés présentaient dans l'ensemble les formes les plus sévères. Cependant il n'y avait aucun rapport entre l'amaigrissement et la gravité des lésions pulmonaires.

De nombreux malades même très sérieusement atteints avaient une fièvre peu élevée. Leur aspect général ne différait en rien de celui des dénutris non tuberculeux. Beaucoup avaient des œdèmes qui rétrocédèrent rapidement et la plupart reprirent très vite du poids lorsqu'ils reçurent une alimentation suffisante. Leur vitesse de sédimentation globulaire était habituellement élevée mais il en était de même chez beaucoup de non tuberculeux, convalescents de typhus, porteurs de pyodermites ou même indemnes de toute manifestation d'allure infectieuse.

L'examen clinique et radiologique nous mit le plus souvent en présence de lésions graves et étendues.

Les infiltrats précoces étaient rares chez nos premiers malades, sauf toutefois chez les porteurs de pleurésies cliniquement primitives où on trouvait souvent des infiltrats nuageux sous-claviculaires, parfois multiples. Ils ont été beaucoup plus fréquents chez les malades dépistés par examen systématique que nous avons reçus ensuite. Nous n'avons guère observé de tuberculose d'allure pneumonique et sur les clichés nous voyons peu de plages d'infiltration homogène. Très fréquents au contraire sont les semis nodulaires tantôt fins mais à grains souvent inégaux et irréguliers, tantôt plus gros et plus flous. Presque toujours ils coexistent avec des cavernes. Quelquefois les lésions ulcéro-nodulaires ainsi réalisées sont localisées à un territoire lobaire ; plus souvent elles débordent sur les autres lobes du même poumon, dans la plupart des cas elles sont bilatérales. Tantôt l'association des lésions ulcéreuses d'un lobe supérieur et d'un semis d'un lobe inférieur opposé réalise l'image classique de l'ensemencement croisé. Tantôt il existe de grosses cavernes d'un lobe supérieur et des lésions nodulaires fines de tout le reste des champs pulmonaires. Tantôt la presque totalité de ceux-ci est parsemée de nodules de taille variable plus ou moins confluents et d'ulcérations de petites dimensions. Les lésions limitées aux deux régions sous-claviculaires sont plus rares. Même lorsque l'atteinte du côté le plus malade est limitée il est très fréquent de noter un semis nodulaire discret à la partie moyenne de l'autre poumon.

L'aspect radiologique des hiles et du médiastin est dans la règle normal. Chez quelques malades jeunes seulement existent des images ganglionnaires qu'il est légitime d'attribuer à une primo-infection.

Nous avons été frappés par le nombre vraiment surprenant des *épanchements pleuraux*. Tout d'abord les pleurésies séro-fibrineuses cliniquement primitives sont fréquentes, souvent bilatérales, assez souvent associées à une péritonite ascitique. Celle-ci reste habituellement discrète et constitue souvent une découverte d'examen. Cette tuberculose qui frappe les séreuses de façon simultanée ou successive revêt habituellement une allure traînante, comme l'ont antérieurement signalé MM. Bariéty, Lejars et Barrabé, chez les prisonniers rapatriés.

Mais le point le plus remarquable est la fréquence des épanchements pleuraux spontanés chez les porteurs de lésions pulmonaires. Dans quelques cas, nous l'avons déjà dit, il s'agit de pleurétiques chez lesquels l'examen radiologique découvre un ou plusieurs infiltrats nuageux. Plus souvent un épanchement pleural vient se surajouter à une tuberculose pulmonaire excavée du type commun. Et ceci avec une fréquence tout à fait insolite qui nous sembl atteindre le tiers ou au moins le quart des cas, che les plus âgés, aussi bien que chez les plus jeunes D'abondance très variable, ces épanchements, dan la règle séro-fibrineux à la ponction, sont souven bilatéraux.

Nous avons observé aussi plusieurs péricardite exsudatives — séro-fibrineuses ou purulentes — che des sujets d'âge variable porteurs de lésions pulmo naires de type tertiaire.

On pouvait à priori suspecter la nature de ce épanchements des séreuses survenant chez des su jets par ailleurs dénutris, souvent porteur d'œdèmes. En réalité leur origine tuberculeuse n semble guère discutab'e, bien que nous n'ayons p pratiquer les inoculations ou les cultures qui nou en auraient apporté la preuve bactériologique. E effet, ils apparaissent bien plus souvent chez de tuberculeux pulmonaires que chez des œdémateux chez ceux-ci ils évoluent indépendamment de œdèmes ou apparaissent après leur disparition. L longue durée des uns s'oppose à la fugacité de autres. Le liquide de ponction a une formule lym phocytaire. Et nous avons observé dans plusieur pleurésies et péricardites le passage à la purulence

Beaucoup moins souvent relevée que celle d'un pleurésie l'association aux lésions pulmonaires d'un tuberculose externe ostéo-articulaire ou ganglion naire n'est cependant pas exceptionnelle.

L'évolution de la tuberculose des prisonniers e déportés a presque toujours, en captivité, revêt une exceptionnelle gravité en relation avec le conditions dans lesquelles se trouvaient ces malades

Beaucoup d'entre eux ont continué à travaille jusqu'à la mort ou la libération. Ceux qui ont ét reconnus tuberculeux par les Allemands nous son souvent arrivés avec des dossiers médicaux asse fournis et plusieurs clichés radiologiques. Quelques uns avaient bénéficié de pneumothorax souven abandonnés par la suite, mais la plupart n'avaien reçu aucun soin médical.

Presque tous ont continué à vivre malades dan des conditions alimentaires, hygiéniques et morale épouvantables. Aussi sur les registres de décès de infirmeries des camps allemands le diagnostic d tuberculose ouverte était-il un de ceux qu'on rele vait le plus souvent.

Chez les survivants les clichés pris à quelque semaines d'intervalle nous ont souvent montré l'extension d'une petite caverne à tout un lobe, l'ensemencement nodulaire de tout un poumon antérieurement sain.

Il est à noter que le typhus contracté par un certain nombre de nos malades ne semble pas avoir aggravé de façon sensible les lésions pulmonaires préexistantes.

Au régime du sanatorium presque tous prennent très rapidement du poids, même ceux dont les lésions sont les plus étendues.

Beaucoup cependant ont succombé, dans les premières semaines qui ont suivi leur admission, dans un état de cachexie effroyable ou par asphyxie progressive, quelques-uns du fait d'une méningite tuberculeuse.

Des grandes *complications* classiques de la tuberculose pulmonaire, la laryngite a paru jusqu'ici très

1. Cet article a été rédigé à la fin de Juin.

rare, sans doute en raison de la rapidité de l'évolution.

Il est plus difficile d'apprécier la fréquence de la tuberculose intestinale. Les troubles digestifs ont été fréquents, mais habituellement transitoires, du même type que chez les non tuberculeux, et nous n'observons pas le tableau clinique de l'entérite tuberculeuse.

Inversement le pneumothorax spontané constitue un accident beaucoup plus fréquent que dans la pratique habituelle.

Il est encore impossible de prédire quels seront les résultats de la *cure* hygiéno-diététique et du *traitement* chez les malades les moins gravement touchés. Tous sont soumis à la cure sanatoriale dans d'excellentes conditions, ils bénéficient d'un régime alimentaire que nulle part en France on ne pourrait leur procurer actuellement.

Pour ceux qui en sont justiciables une collapsothérapie a été instituée. Seule, l'épreuve du temps permettra d'apprécier les résultats.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES URÉMIES POST-TRANSFUSIONNELLES

Par le Médecin-Lieutenant **KLARNET**
Chef de Service de Réanimation et Transfusion.

La transfusion sanguine joue actuellement un rôle très important en chirurgie de guerre; tous les hôpitaux, toutes les formations chirurgicales et même les postes de secours des compagnies de ramassage, ont leurs équipes de médecins-réanimateurs munies d'un matériel spécialisé et au courant des techniques modernes de transfusions. Les statistiques récentes démontrent que ce moyen de déchoquage a été largement employé au cours des campagnes d'Italie et de France.

A notre débarquement en Italie (fin Novembre 1943), nous avions à notre disposition de grandes quantités de plasma français et U. S. A., mais c'est uniquement au sang frais de donneurs universels de notre formation que nous faisions appel. Plus tard, le sang conservé nous parvenait d'Alger, du Centre de Transfusion de l'Armée; malheureusement, les délais de route le rendaient utilisable seulement pendant quelques jours. Ainsi le déchoquage était surtout plasmatique. En mars 1944, l'Organe de Réanimation et Transfusion dirigé par le médecin-capitaine Bicard s'installa ; il a pu surmonter les difficultés techniques et organiser sur place un centre de récolte de sang conservé parmi les membres des formations sédentaires du C.E.F. Au moment de l'attaque du Garigliano, nous disposions de quantités plus importantes de sang conservé et le déchoquage sanguin, plus durable, nécessitant moins de liquide biologique, prenait le pas sur les transfusions plasmatiques uniquement réservées aux brûlés, choqués, nerveux, syndrome Bywaters, etc.

Depuis notre débarquement en France (Août 1944), l'O.R.T. nous a fourni très régulièrement toute quantité de sang demandé et les réanimateurs ont pu largement user des transfusions sanguines. La statistique ci-dessous donne un aperçu sur les quantités respectives de sang et de plasma utilisés dans notre formation et elle indique l'évolution progressive vers le déchoquage sanguin de préférence.

Campagne d'Italie. — Bataille du Garigliano et deux mois d'avance victorieuse du C.E.F.

	SANG en litres	PLASMA en litres
Mai 1944	44.250	42.350
Juin 1944	28.700	29.650
Proportion : 1 *l.* de sang pour 1 *l.* de plasma.		

Campagne de France. — Bataille d'Alsace.

	SANG en litres	PLASMA en litres
Novembre 1944	45,900	14,650
Décembre 1944	148 700	28
Janvier 1945	85.350	19
Février 1945	31,400	11,700
Proportion : 3 à 5 *l.* de sang pour 1 *l.* de plasma.		

En raison de très brillants résultats de transfusions sanguines per-opératoires et devant les exigences de nos chirurgiens, très partisans du déchoquage sanguin, des quantités massives (2 litres et plus) ont souvent été injectées. Les résultats ont été remarquables; chez un polyblessé, polyfracturé en état très grave, nous avons injecté pré-, per- et post-opératoirement 3 litres 800 cm^3 de sang conservé, en cinq heures avec un résultat excellent sans la moindre réaction immédiate ou tardive. Nous signalons pour mémoire que le sang conservé de l'Armée est dilué au 1/3, car pour 500 *cm.* il contient 330 cm^3 de sang pur et 170 cm^3 de solution citratée.

Malheureusement, chez quelques blessés graves qui ont reçu des transfusions sanguines massives, nous avons constaté des manifestations hyperazotémiques, mettant leurs jours en danger. Nous avons essayé d'analyser les faits et de pratiquer régulièrement les dosages d'urée sanguine et urinaire, des chlorures et des polypeptides à la suite des transfusions importantes ; mais nous avons rencontré quelques difficultés : soit parce que notre laboratoire ne pouvait faire toutes les analyses demandées et qu'il fallait avoir recours au laboratoire de l'Armée (d'où certains retards) ; soit parce que les nécessités d'évacuation éloignaient rapidement les blessés vers les formations de l'arrière.

Par ailleurs, il est difficile de résoudre le problème pathologique de troubles hyperazotémiques chez les blessés graves et faire la part qui revient : *a*) A l'infection et à la toxémie traumatique au niveau des tissus en voie de désintégration ; *b*) à la sulfamidothérapie souvent massive qui peut avoir une répercussion sur la fonction rénale; *c*) à la destruction globulaire de transfusions massives.

Voici les résultats de dosages d'urée sanguine chez quelques blessés graves soignés dans notre service au cours de la bataille d'Alsace en Décembre 1944 et qui ont reçu des quantités importantes de sang conservé. Aucun de ces blessés n'a présenté de signes cliniques imputables à l'hyperazotémie.

G. S..., polyblessé : abdomen, cuisses : a reçu 3 litres 700 de sang (U. S. 0,40).

M. Ben A. Plaie abdomino-vésicale : a reçu 2 litres de sang (U. S. 0,61).

A. Ben A. Plaie pénétrante des fesses : a reçu 2 litres 200 de sang (U. S. 0,68).

G. G... Plaie pénétrante abdomen et résection intestinale 90 *cm*. Etat grave : a reçu 2 litres 600 de sang (U. S. 0,37).

Ch. F... Plaie pénétrante périnéo-urétrale : a reçu 2 litres de sang (U. S. 0,87).

Ainsi chez ces blessés, l'hyperazotémie a été modérée entre 0.37 et 0,87, sans rapport direct avec la quantité de sang injectée, et l'urémie n'a pas eu de conséquences fâcheuses sur l'évolution de la blessure.

Certains blessés ont fait un séjour prolongé dans notre formation et nous avons pu recueillir des observations plus complètes. C'est ainsi que nous avons vu constater une azotémie importante chez un polyblessé grave après des transfusions massives de sang conservé. Ce blessé a guéri après traitement médical.

Il s'agissait d'un tirailleur ayant reçu une quantité importante de sang (3 litres en tout dont 2 litres 600 cm^3 en dix-huit heures) et qui a présenté au septième jour un syndrome urémique important. Hypertension, somnolence ; urée sanguine d'emblée 4 *g.* 32. Pas d'hémoglobinurie. Elimination d'urée urinaire et débit urinaire satisfaisants. Nous instituons un traitement banal destiné à augmenter la diurèse. L'urée sanguine continue à monter pendant trois jours (maximum le 30 janvier : 4 *g.* 44 par litre) puis baisse progressivement à 0 *g.* 62. La tension artérielle atteint son maximum le 31 Janvier (17,5-12). Le débit urinaire augmente progressivement avec un taux d'urée urinaire diminué et nous assistons à la guérison du syndrome azotémique. Le blessé est évacué le 15 février sur une formation de l'arrière en très bon état.

Aucun traitement sulfamidé n'ayant été mis en œuvre, deux facteurs peuvent être discutés au point de vue pathogénie de cette hépato-néphrite :

1° Toxémie traumatique : le médecin-commandant Delvoye qui a opéré ce blessé a attiré notre attention sur l'énorme délabrement musculaire qui a nécessité une amputation de la cuisse. L'intervention a été tardive, à la dix-huitième heure seulement ; l'aspect des muscles et le foyer de la blessure ont imposé une pénicillinothérapie intensive (1.000.000 U.O. en cinq jours).

2) Transfusions massives : le blessé a reçu 3 litres de sang conservé mais il manque l'élément principal : l'hémoglobinurie paroxystique, signe fidèle de l'hémolyse globulaire. Par ailleurs, le syndrome hyperazotémique tardif et l'évolution vers la guérison sont en faveur de la toxémie traumatique.

Un second cas concernait un blessé abdominal grave opéré tardivement (à la vingt-sixième heure), qui reçut des transfusions massives de sang conservé (3 litres). On vit apparaître d'emblée un coma d'interprétation difficile, sans doute toxémique, infectieux et urémique. L'hémoglobinurie se manifesta très vite, quelques heures après la transfusion. L'hyperazotémie maxima fut de 2 *g.* 54. En dépit d'un traitement intensif, par transfusions de plasma, sérum glucosé et citrate de soude intraveineux, sérum hypertonique glucosé en perfusion, le débit urinaire diminua, tandis que l'urée urinaire restait à un taux élevé (21 *g.* 10 par litre). La mort survint une semaine après la blessure.

La pathogénie de cette hépato-néphrite paraît plus évidente ; l'hémoglobinurie rapide nous fait penser que la masse importante du sang injecté a été la cause du blocage rénal.

Mais nous nous expliquons mal les raisons de ces transfusions post-opératoires répétées : le blessé ayant reçu sur la table d'opération une quantité de sang importante (1 litre 500), sa tension artérielle après l'intervention étant très satisfaisante (10-7), nous pensons que l'abstention aurait mieux valu. Par ailleurs, le blessé à son arrivée dans notre formation était en pleine péritonite évolutive que nous croyons la cause du décès.

La troisième observation se rapportait à un polyblessé des membres avec gros délabrement musculaire et hémorragie importante. On fit, chez lui, une erreur de déchoquage à l'avant. Une injection de 900 cm^3 de plasma avait vidé les vaisseaux du contenant sanguin. Le déchoquage secondaire fut très difficile, nécessitant 2 litres 200 de sang conservé en trente-six heures. Le syndrome urémique s'installa quarante-huit heures après la blessure, d'une façon brutale et sans rémission, avec élévation brusque de la tension artérielle, urée sanguine à 3 *g.* 58 par litre, anurie complète, coma. L'évolution fatale fut très rapide.

Dans un dernier cas, il nous fut donné d'assister à l'installation d'un syndrome hyperazotémique chez un blessé thoraco-abdominal néphrectomisé, qui avait reçu 1 litre 800 de sang conservé. Les suites opératoires furent normales jusqu'au dixième jour. Puis s'installa une urémie modérée, atteignant 2 *g.* 15 par litre. Le malade fut traité par 3 injections d'un litre de sérum glucosé hypertonique. La guérison fut rapide.

Il est très difficile de tirer une conclusion absolue de notre modeste travail. Certaines données pathogéniques du problème n'ont pas été étudiées d'une façon suffisante. Nos examens de laboratoire sont incomplets et manquent souvent. Néanmoins, il nous semble que l'urémie post-transfusionnelle est un fait assez rare. Au cours de la campagne d'Alsace nous avons soigné une grande quantité de blessés, choqués et hémorragiés. Nous avons pratiqué une grande quantité de transfusions massives de sang avec des résultats très brillants. Nos chirurgiens ont été très satisfaits et reconnaissent que le déchoquage sanguin plus efficace, plus durable que le déchoquage plasmatique, a joué un grand rôle dans leurs succès.

Par ailleurs, nous ne pouvons pas affirmer que ces urémies ont eu pour cause essentielle la transfusion sanguine. Elles existent chez des blessé

infectés en dehors de toute injection de sang ; certes une transfusion massive comportant plusieurs échantillons de sang, une quantité non négligeable de potassium, une quantité importante d'albumine hétérogène peuvent jouer un rôle dans l'élimination rénale, surtout quand ces éléments se surajoutent à la grande quantité de toxines résorbées au niveau des muscles et tissus détériorés.

D'autre part, l'hémoglobinurie n'a pas été un élément constant et manque souvent dans le tableau clinique.

Au point de vue pronostic de l'urémie post-transfusionnelle, la conservation d'un bon début urinaire, une diminution de l'urée sanguine avec conservation d'un taux élevé d'urée urinaire, la baisse de la tension artérielle sont des éléments favorables.

Pour conclure, en matière de transfusions sanguines, massives, une certaine prudence s'impose. Le déchoquage ne doit pas être un acte mécanique, mais réfléchi. Le sang et le plasma ont actuellement des indications précises. Les réanimateurs doivent être avant tout des cliniciens et ne pa[s] s'enfermer dans des règles rigides. Pour notre part nous continuons à attribuer la préférence a[u] déchoquage sanguin, surtout en ce qui concerne l[a] réanimation per-opératoire, des blessés des gro[s] vaisseaux et des viscères qui sont très hémorragiés. Le déchoquage post-opératoire peut se faire mixt[e] sanguino-plasmatique, mais sous prétexte de risque[r] un syndrome hyperazotémique on ne doit pa[s] limiter l'emploi de la transfusion sanguine qui [a] sauvé des milliers de blessés graves.

SOCIÉTÉS DE PARIS

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

14 Juin 1945.

La podologie dans l'Armée. — M. **Toubert**. La podologie, qui vient d'être réglementée officiellement en milieu civil (loi du 20 Mars 1944), est appelée à jouer un rôle important dans l'Armée. On peut admettre qu'en périodes pénibles 20 à 25 pour 100 de l'effectif est immobilisé temporairement par des lésions des pieds, superficielles ou profondes. Un service de pédicurie, organisé au Val-de-Grâce en 1944, rend déjà de grands services. Il serait souhaitable de compléter cette réalisation en créant un service de podologie médicale ainsi qu'un service de podologie chirurgicale destiné à réaliser les interventions actuellement bien codifiées telles que : excisions, résections, arthroplasties, etc... Le chirurgien osseux est tout désigné pour pratiquer, après initiation, cette chirurgie spéciale.

Une nouvelle méthode de localisation des projectiles se servant du principe de la méthode de Patte. — M. **Bouton** pratique, en même temps que le repérage du projectile, celui d'un index opaque situé sur la peau, de façon à apprécier la distance du projectile à la peau et non pas à l'écran. Il emploie pour mesurer cette distance une réglette spéciale.

Adaptation du matériel radiologique du Service de Santé au dépistage de la tuberculose dans les camps de prisonniers. — M. **Gesteau** expose comment, en zone occupée, le dépistage de la tuberculose dans les camps et kommandos a pu être effectué en adaptant le matériel radiologique du Service de Santé récupéré à la pratique des examens de radioscopie systématique.

Un nouveau cas d'abcès du poumon asséché après radiothérapie fonctionnelle du carrefour carotidien. — MM. **Didiée**, **Besnoit** et **Cosse** rapportent l'observation d'un sujet de 24 ans atteint d'abcès métastatique du poumon à la suite d'une intervention pour appendicite gangréneuse. L'aggravation progressive de l'état général fait craindre un pronostic fatal. Cependant applications de rayons X sur le carrefour carotidien (KV 150-AL 15-FP 31) faites en 15 jours à la dose de 40 rtg chacune (60 r BII n° 4), soit 240 r au total, sont immédiatement suivies d'une transformation de l'état général et d'une évolution telle des signes physiques fonctionnels et radiologiques que, 3 mois après, le malade peut être considéré comme cliniquement guéri. Ce cas est le 3ᵉ observé par les auteurs.

La pratique de la radio-photographie dans les pays anglo-saxons. — M. **Proton**. La photographie de l'écran est pratiquée sur une grande échelle pour le dépistage de la tuberculose dans les armées anglaise et américaine, sous le nom de « mass-radiography ». Des équipes parfaitement organisées et disposant d'un excellent appareillage fonctionnent notamment dans la R.A.F. et dans la marine anglaise. Les résultats paraissent comparables à ceux de la radioscopie systématique avec l'avantage sur cette dernière de laisser un document objectif.

R. TRIAL.

SOCIÉTÉS DE PROVINCE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

(*Consacrée à la Dermato-Vénérologie.*)

27 Juin 1945.

Le fontarsol dans le traitement de la syphilis. — MM. **J. Watrin**, **Ribon**, Mlles **Lienhart**, **Zakusilo**, MM. **Blanc** et **Guervin**. Le frontarsol peut dans le déroulement d'un traitement antisyphilitique prendre exactement la place du 914. Sa cure sera plus rapide. Les accidents graves sont beaucoup plus à redouter qu'avec les arsénobenzènes. Pour éviter l'arséno-résistance il est bon d'associer la cure bismuthique. Le manque de recul ne permet pas encore actuellement de se faire une opinion complète et exacte à l'égard du frontarsol.

Le traitement du lupus vulgaire par la méthode de Charpy. — M. **J. Watrin** confirme les résultats remarquables enregistrés par les différents dermatologistes qui utilisent la méthode de Charpy dans le traitement du lupus vulgaire.

La vitamine D 2 employée à doses élevées est nettement supérieure à la vitamine huileuse que l'auteur utilisait depuis longtemps dans toutes les tuberculoses cutanées ; l'association du gluconate de calcium ne lui paraît pas indispensable. Par contre la thérapeutique locale, en particulier par les scarifications, suivant la méthode de Vidal et Brocq, influence plus rapidement la résorption des lupômes et mérite d'être poursuivie. La vitamine D 2 donne un coup de fouet à l'état général, elle est toujours bien supportée ; conformément aux observations de Charpy, elle reste sans action sur le lupus érythémateux.

Erisypéloïde de Rosenbach. — MM. **J. Watrin** et **P. Michon**. Dix-huit heures après avoir sacrifié un porc atteint de rouget à forme septicémique, un homme présente sur la face dorsale du pouce et de l'auriculaire de la main gauche une rougeur œdémateuse, limitée à la moitié antérieure, qui gagne la moitié suivante, la face dorsale en totalité, et cause une cuisson très vive que calment difficilement des bains d'eau salée froide.

Huit jours après une nouvelle poussée s'étend à la face dorsale des deux mains, sous forme d'éléments rouges, ecchymotiques et tuméfiés, ne disparaissant pas à la pression : celle-ci est extrêmement douloureuse. Il n'y a ni fièvre ni adénopathie. La paume des mains et les avant-bras sont respectés. Des compresses d'eau ichtyolée calment la douleur provoquée par l'éruption : celle-ci s'atténue déjà à partir du 13ᵉ jour qui suit l'inoculation du *bacillus crisypelatis suis*.

Généralisation cutanée de type angiomateux d'un épithélioma dendritique du sein. — MM. **Barthélemy**, **P. Bertrand** et **H. Guillemin** présentent une femme de 54 ans porteuse d'un E. O. A. mammaire bilatéral, histologiquement de type dendritique avec placards angiomateux recouvrant le thorax, le cou et affectant dans le dos une topographie radiculaire. Ils admettent que ces dilatations vasculaires sont consécutives à la gêne circulatoire de retour produite par de nombreuses métastases cutanées jointes à l'existence d'une pleurésie et de volumineuses adénopathies.

Mycose cutanée guérie par la pénicilline. — M. **J. Watrin**, Mlles **Lienhart** et **Zakusilo**. Une jeune fille de 16 ans atteinte d'ulcères de la jambe gauche, de nature probablement mycosique, et évoluant depuis 4 mois avait été guérie, en 2 mois, par une médication iodée locale et générale. 3 semaines plus tard, c'est-à-dire à la fin de Février 1945 nouvelle récidive. Cette fois les lésions résistent à l'iode, à des séances de rayons ultra-violets, à la radiothérapie. Alors, en Juin 1945 on institue un traitement à la pénicilline (500.000 unités intramusculaires à raison d'une injection de 20.000 unités toutes les 3 heures). Dès la fin du traitement les lésions commencent à s'améliorer très rapidement et sont actuellement en bonne voie de guérison.

Syphilis tertiaire méconnue évoluant depuis 7 ans. — MM. **J. Watrin** et **J. Guervin**. Femme de 33 ans atteinte depuis 1938 d'une syphilis tertiaire partie d'un nodule (?) de la région cervicale enlevé par biopsie pour examen histologique ; il n'a pas été fait de B.-W.

Le processus ulcératif a gagné insensiblement la région cervicale, la région sternale, les fosses sus-épineuses, la face à l'exception de la lèvre inférieure, du menton, et de la moitié inférieure du nez. Les lésions sont toutes du même type ; tuberculo-ulcéreuses à évolution excentrique et circinée La confusion avec un lupus excedens n'est pas possible, même au niveau de la face ; l'évolution, la couleur des lésions, l'aspect des cicatrices (aspect gaufré), la profondeur des ulcérations, tout parle en faveur d'une syphilis tertiaire. Du reste le B.-W. est positif total. Il est bien regrettable qu'aucun des médecins consultés n'ait songé à cette affection et que tous se soient contentés de traitement par agents physiques : radiothérapie et rayons U. V., après 5 injections de bismuth les lésions étaient déjà en pleine voie de réparation cicatricielle.

Scrofuloderme développé sur un foyer d'érysipèle. — M. **J. Watrin**. Une femme de 59 ans fait en Mars 1945 un érysipèle de la face : thérapeutique sulfamidée locale et générale, la température tombe, mais il persiste à la racine du nez et sur la partie moyenne du front une surface rouge sombre des dimensions d'une petite paume de main. Un traumatisme violent entraîne l'apparition de plusieurs plaies : pendant 3 mois, malgré des pansements corrects, la suppuration ne tarit pas ; le pus est tantôt lié, crémeux, tantôt grumeleux, et se dessèche en croûtes épaisses. Le 14 Juin, la peau de la région malade est amincie, livide, les bords des plaies sont décollés, e[t] un stylet pénètre facilement dans de véritables clapier[s] communiquant entre eux. L'impression clinique est cell[e] d'un scrofuloderme ulcéré ; l'examen histologique con[-]firme cette impression ; il y a des follicules typique[s] avec cellules de Langhans. Il n'y a pas de bacilles d[e] Koch dans le pus, mais des streptocoques très nets. Pa[s] d'autre localisation tuberculeuse. La réaction de Verne[s] est à 61. Il faut donc admettre qu'une infection strepto[-]coccique brutale a réveillé une tuberculose latente et l'[a] extériorisée *in situ* sous forme de gomme tuberculeuse sans que le foyer primitif soit éteint, ce qui expliqu[e] l'abondance du pus, la présence de streptocoques et l[a] réaction douloureuse de l'inflammation.

Maladie de Duhring-Brocq atypique. — M. J. **Watrin**. Malade de 56 ans qui présente depuis le moi[s] de Septembre 1944 une maladie de Duhring-Brocq qui [a] débuté dans les creux auxiliaires, et a gagné ensuite pro[-]gressivement le thorax, l'abdomen, les lombes, la fac[e] antérieure des cuisses, la face postérieure des mollets L'éruption est nettement du type herpétiforme ; les bulle[s] étant disposées en bordure d'un placard érythémateu[x] polycyclique, quelques-unes toutefois naissent en peau saine. La confluence des placards sur la partie antérieur[e] du thorax et de l'abdomen, l'ouverture des bulles spon[-]tanée ou provoquée par le grattage, le suintement, l'in[-]crustation consécutive donnent l'impression d'un vast[e] eczéma de la région : l'éruption n'est pas douloureuse elle est tout simplement prurigineuse, et le prurit s'atté[-]nue avec l'apparition du suintement. Il n'y a pas d'éosi[-]nophilie sanguine, ni au moment des poussées ni dans l[a] période de repos. Il n'y a pas non plus d'éosinophilie dans le liquide des bulles.

Albumines totales au litre de sérum : 80,1 ; sérine a[u] litre de sérum : 32,2 ; globulines : 46,9 ; rapport sérine globuline : 0,71. Le test à l'iode est négatif, et l'absorp[-]tion d'une potion iodurée reste sans effet. Par contre l[e] novarsénobenzol essayé à titre thérapeutique, provoqu[e] une poussée et doit être arrêté après une injection d[e] 0,45. Le chlorure de calcium, puis l'hyposulfite de soud[e] en injections intraveineuses ont arrêté le suintement, et i[l] ne persiste plus que des macules pigmentées ; l'auto[-]hémothérapie et l'antergan ont été sans effet.

Malgré l'absence d'éosinophiles, le cas observé rentr[e] dans le cadre des dermatoses d'intolérance de Tzanck e[t] de Turpin.

La rougeur et le prurit prééruptifs, le suintement, le[s] poussées successives, le monomorphisme de l'éruptio[n] depuis le début de la maladie, l'influence heureuse de l[a] thérapeutique par l'hyposulfite de soude, autorisent l'au[-]teur à prononcer le nom d'eczéma bulleux.

Indications et résultats de la radiothérapie de contact en dermatologie. — M. **P. Jacob** rapporte le[s] résultats de 151 cas de lésions dermatologiques diverse[s] traités depuis un an. Il s'agit de 3 cas de lupus, 3 ca[s] d'angiome, 3 cas de chéloïde, de nombreux cas de verrues de cors et de durillons, et de 105 malades porteurs d[e] lésions précancéreuses et cancéreuses de la peau parmi les quelles un nævo-carcinome. L'auteur conclut que l'o[n] peut généralement obtenir des résultats comparables au[x] meilleures techniques de radiothérapie et de curiethérapi[e] actuelle et même parfois des résultats nouveaux quan[d] il est possible de donner des doses de véritable « radio coagulation », comme dans certains cas de nævo-carci[-]nome. De plus, dans la plupart des cas, ces résultat[s] sont obtenus avec une facilité et une simplicité éton[-]nantes, constituent un progrès pratique considérable. Le[s] indications sont limitées : les indications de choix rési[-]dent dans les lésions radio-sensibles de la peau ne s'éten[-]dant pas en surface sur plus de 5 *cm.* de diamètre et e[n] profondeur à plus de 1 *cm.*

Ces indications ne sont pas restrictives ; on peut traite[r] par contact-thérapie des lésions plus étendues et mêm[e] des lésions infectées, mais avec des techniques et des pré[-]cautions spéciales telles que la contact-thérapie ne pré[-]sente souvent pas d'avantages appréciables sur les techni[-]ques habituelles. Au contraire dans les cas où elle es[t] bien indiquée, la contact-thérapie est une méthode d'un élégance inégalée.

Un cas d'atrophie cutanée idiopathique. — MM **J. Watrin** et **J. Jeandidier**. Observation d'un homm[e] de 27 ans qui présente une dermatose évoluant depui[s] 1939, occupant différentes régions et constituée par de[s] nodules (à structure histologique inflammatoire) qu[i] régressent lentement tandis que sur les régions atteinte[s] apparaît une atrophie modérée mais caractéristique d[e] la peau. Il s'agit vraisemblablement d'une forme atténué[e] de la maladie de Pick-Herxheimer atypique par la dis[-]crétion et peut-être par une certaine tendance à l[a] régression de l'atrophie.

R. HERREUVAL.

NOTES
DE MÉDECINE PRATIQUE

PUBLIÉES PAR LES SOINS DE L. ROUQUÈS

Les progrès récents dans la thérapeutique des brûlures

Les brûlures ont tenu une grande place parmi ces blessures de guerre, étant donnée leur fréquence chez les aviateurs, les tankistes et parmi les populations civiles victimes des bombardements. Toutefois, il est curieux de noter qu'une des plus importantes études cliniques, biologiques et thérapeutiques fut d'abord poursuivie sur les quelque 300 victimes de l'incendie d'une boîte de nuit américaine, le Cocoanut Grove Club. Nous ne saurions étudier ici l'ensemble du traitement des brûlures. Nous voulons seulement insister sur certaines méthodes dont une vaste expérience a démontré la valeur. Nous envisagerons successivement la lutte contre les accidents généraux et locaux, telle qu'elle est actuellement pratiquée dans ces pays anglo-saxons.

I. Thérapeutique des accidents généraux. — Ceux-ci sont de trois ordres: les phénomènes précoces de choc, l'infection secondaire, l'adynamie tardive.

a) *Le choc* des brûlés est l'effet d'une diminution de la masse sanguine circulante par exsudation plasmatique massive: exsudation intratissulaire traduite par l'énorme œdème des zones lésées, exsudation externe au niveau de la peau brûlée. Rien n'a permis de confirmer l'existence d'un choc toxique ou nerveux: les signes neurologiques souvent observés relèvent essentiellement des troubles encéphaliques déterminés par l'anoxie circulatoire des centres. La thérapeutique du choc consiste donc dans le rétablissement de la masse sanguine circulante. Ce rétablissement ne peut se faire qu'en injectant une solution à pression osmotique élevée qui sera retenue dans la circulation et ne diffusera pas à travers les parois capillaires. Ceci justifie le rejet des solutions cristalloïdes et impose tout naturellement l'emploi du plasma. Mieux vaut même injecter du plasma surconcentré associé à une réhydratation massive par voie orale. Les doses de plasma seront proportionnées à la surface brûlée (ou à l'hémoconcentration, ou à l'hyperglobulie). Par exemple en se fondant sur l'appréciation de l'étendue brûlée, on donnera 500 cm^3 de plasma pour une brûlure de 10 pour 100 de la surface du corps, 2 litres pour une brûlure de 40 pour 100, etc. On voit que des transfusions plasmatiques de 2 litres 1/2 ou de 3 litres ne seront pas exceptionnelles. Par voie buccale, on donnera de l'eau salée physiologique (1 litre 1/2, au moins, le premier jour). Rosenthal et Fox préconisent l'administration orale massive de lactate de soude. La déshydratation tissulaire tente en effet de compenser la concentration sanguine mais elle s'accompagne d'une dangereuse spoliation sodée et d'un accroissement massif du potassium intercellulaire: l'administration de l'ion sodium est donc indispensable. Le second jour, on refera des injections de plasma (25 cm^3 pour 1 pour 100 de surface brûlée) et on fera boire au moins 1 litre de solution physiologique.

Il ne s'agit pas seulement de compenser la déshydratation et la déperdition plasmatique, il faut encore les freiner. Le tannage avait l'avantage de diminuer la perte externe de liquides mais nous verrons ses inconvénients et d'autre part il n'agissait nullement sur la diffusion intratissulaire. On tend actuellement à généraliser l'emploi des grands pansements *assez compressifs pour diminuer l'œdème* mais assez prudemment serrés pour ne pas entraver la circulation.

Accessoirement, l'oxygénothérapie a une grande valeur; la morphine ne doit être employée qu'avec prudence et plutôt par voie intraveineuse. Les barbituriques semblent préférables. Contrairement à des notions classiques trop répandues, *le réchauffement des brûlés est plus nuisible qu'utile*, car en provoquant une vaso-dilatation périphérique, il fait encore diminuer le débit circulatoire, donc aggraver le choc. Les extraits cortico-surrénaux ont donné des résultats très décevants. Pour aider le foie et les reins à surmonter des déséquilibres fonctionnels dont la cause n'est pas toxique mais circulatoire, il faut administrer du glucose, des protéines, des alcalinisants. On a formellement démontré que *les substances tannantes résorbées au niveau de la brûlure sont susceptibles de déterminer les lésions hépatiques les plus graves* et il faut trouver là une cause de leur défaveur croissante dans les pays anglo-saxons.

b) *L'infection* est à l'origine du choc secondaire des brûlés, véritable toxémie infectieuse. Actuellement, elle peut et doit être évitée. Dans les brûlures du troisième degré, le tannage créait une escarre épaisse sous laquelle l'infection ne se développait que trop facilement. C'est pourquoi on tend à appliquer aux brûlures les principes qui ont assuré l'évolution aseptique des plaies de guerre: nettoyage aussi précoce que possible, antisepsie locale très discrète (pansements sulfamidés) et surtout pansements rares qu'en principe on ne change pas avant le dixième ou le quatorzième jour (pansement compressif ou même plâtré). On y adjoint la sulfamidothérapie générale ou mieux la pénicillinothérapie. La sulfamidothérapie locale doit être très prudente pour ne pas exposer à des résorptions excessives.

(c) Quant aux *accidents tardifs*, il faut y voir l'effet de la dénutrition, d'une anémie secondaire, d'une déficience rénale peut-être liée à l'acidose et à une décharge hémoglobinémique (comme dans le crush-syndrom), de l'hypoprotidémie, d'avitaminoses, d'une dilution sanguine par résorption secondaire des œdèmes. Il en résulte la nécessité de fournir précocement aux brûlés une ration calorique élevée (3.000 calories par jour dont 4 à 500 seront fournies par 100 à 120 *g.* de protéines), un complexe vitaminique équilibré (30 à 40 *g.* de levure, 20.000 unités internationales de vitamine A, 100 de vitamine D, 0 *g.* 20 de vitamine C, 0 *g.* 020 de vitamine B_2, 0 *g.* 20 de vitamine PP), ou bien un mélange contenant 10 *mg.* de vitamine B_1, 10 *mg.* de vitamine B_2, 250 *mg.* de vitamine PP, 500 *mg.* de vitamine C des transfusions de sang total en cas d'anémie, des solutions alcalinisantes en cas de déficience rénale.

II. Traitement des accidents locaux. — Nous avons déjà dit que le tannage était l'objet de critiques très vives, tant du fait des accidents hépatiques qu'il peut provoquer qu'en raison de son rôle souvent favorisant dans l'infection. Du point de vue local, on note aussi que dans les brûlures du troisième degré il augmente l'épaisseur de l'escarre et retarde sa chute. Il ne semble garder des défenseurs que dans les brûlures du second degré moyennement étendues. Celles-ci cicatrisent spontanément et rapidement sous pansement rare, quel que soit le type de la substance tannante ou antiseptique qui a été employée. Au contraire, *dans les brûlures du troisième degré* où la couche de Malpighi a été détruite, l'épidermisation demandera un temps infini et laissera toujours une cicatrice vicieuse. Dans ces cas le traitement doit être chirurgical. Il faut favoriser la chute précoce de l'escarre (pansements humides à pH acide), puis entre le quinzième et le vingt-cinquième jour *greffer toute la surface de granulation avec de larges lambeaux dermo-épidermiques semi-minces.* On obtient ainsi des cicatrisations précoces, souples, d'autant plus parfaites qu'une mécanothérapie active aura été instituée plus tôt.

En résumé, les points essentiels de la thérapeutique des brûlures sont les suivants: lutte contre le choc par les transfusions plasmatiques, la réhydratation, les pansements compressifs, prévention de l'infection par le pansement non tannant, alimentation fortement azotée, énergétique et précoce, cicatrisation rapide par greffes cutanées.

Il semble certain que ces méthodes ont amélioré considérablement le pronostic des brûlures étendues et profondes. De tels progrès n'ont pu être réalisés que par une collaboration étroite des cliniciens, des biologistes, des hommes de laboratoire, grâce à une organisation hospitalière impeccable, grâce aussi à un esprit d'équipe, à un travail acharné, à un refus de toutes les routines qui tendent à perpétuer les méthodes classiques (comme le tannage, par exemple), à une incessante recherche du mieux. Ne fût-ce qu'à ce titre, les progrès récents réalisés dans le traitement des brûlures représentent pour nous une leçon à méditer.

J. Gosset.

BIBLIOGRAPHIE

N. V. Harkins : *J. A. M. A.*, 24 Juin 1944, **125**, 533. — O. Code : *J. A. M. A.*, 24 Juin 1944, **125**, 536. — C. R Lam : *J. A. M. A.*, 24 Juin 1944, **125**, 543 — Mc Clure, Lam et Romence : *Annals of Surgery*, 1944, **120**, 387. — Lund : *Annals of Surgery*, 1944, **120**, 460 — J. M. Vaughan : *J. A. M. A.*, 18 Décembre 1943, **123**, 1920.

Une technique simple pour explorer la sensibilité de l'appendice

Malgré les nombreux moyens proposés pour examiner la sensibilité appendiculaire, malgré les progrès de l'examen radiologique, tous les praticiens savent à quel point il reste difficile chez un sujet qui souffre du flanc droit de rapporter avec certitude les douleurs à l'appendice. Kérangal a décrit il y a déjà longtemps, une technique que Félix Ramond avait recommandée. M. Pascalis [1] vient de rappeler, avec observations à l'appui, son intérêt.

Après avoir examiné le malade en décubitus dorsal, on le fait se coucher sur le côté gauche de façon à ce que la paroi abdominale antérieure soit perpendiculaire au plan du lit; la masse intestinale se déplace vers la gauche, mais l'angle iléo-cæcal et l'appendice restent dans la fosse iliaque droite: le médecin place ses doigts sur la ligne ombilico-pubienne, puis déprimant la paroi la refoule vers la crête iliaque droite; il peut ainsi atteindre facilement l'appendice; si celui-ci est lésé, une réaction vive (grimace, flexion de la cuisse) se produit immédiatement, et cela même chez les malades qui n'ont pas réagi au palper en décubitus dorsal.

Lucien Rouquès.

1. G. Pascalis : Valeur du signe de Kérangal pour le diagnostic de l'appendicite. *Le Bulletin Médical*, 1945, **59**, 87

CHRONIQUES

L'EXERCICE ET L'ORGANISATION des professions de médecin de chirurgien-dentiste et de sage-femme

Le J. O. du 28 Septembre 1945 vient de publier une ordonnance datée du 24 Septembre 1945 dont voici les principales dispositions :

EXPOSÉ DES MOTIFS

Les professions de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme ont été jusqu'à présent réglées par la loi de 1892. Cette loi, véritable code de ces professions, ne répond plus aux circonstances présentes. Dans le domaine législatif de nouveaux textes sont intervenus (loi du 21 Avril 1933, loi du 26 Juillet 1935). Dans le domaine des faits la profession a évolué. Le développement des lois sociales et du syndicalisme médical a mis au premier plan des préoccupations la création d'ordres professionnels. Les syndicats, organes de défense professionnelle, ont été amenés à créer, sous forme de « Conseils de famille », de véritables juridictions en matière déontologique, s'appliquant aux syndiqués et s'étendant, dans certains cas, anomalie juridique, aux non syndiqués. Dans ces conditions apparaissait nettement la nécessité de mettre au point un organisme, l'Ordre, chargé des questions de discipline et de déontologie.

La question faillit aboutir au Parlement entre 1935 et 1936. Toutefois, lors du début des hostilités, elle n'était pas réglée. L'autorité de fait de Vichy s'arrogea alors le droit de la résoudre, mais les textes successifs qui créèrent les Ordres sont contraires à la législation républicaine et ne peuvent être maintenus. Notamment en ce qui concerne la suppression des syndicats qui aboutissait d'ailleurs à une très fâcheuse confusion : ce n'est pas au même organisme qu'il convient de défendre les intérêts professionnels et d'assurer la discipline de la profession.

Dès Alger, le Gouvernement provisoire de la République française s'est préoccupé de résoudre la question et une ordonnance du 18 Octobre 1943 annulait les dispositions de l'autorité de fait tout en maintenant le principe de l'Ordre et en séparant son activité de celle des syndicats. Cette ordonnance n'a pas été rendue applicable à la métropole, le Gouvernement se réservant de procéder à une nouvelle consultation des organismes intéressés après la libération.

Le nouveau texte tient compte de l'opinion des représentants qualifiés des trois professions et sera le nouveau code qui, avec l'ordonnance du 15 Décembre 1944, rétablissant les syndicats, remplacera la loi de 1892.

Les Ordres créés auront la charge de maintenir la discipline et l'honorabilité de chacune des trois professions. Une ordonnance complétera bientôt ce texte, précisant les modalités créées par l'application de la loi sur les assurances sociales.

Les Ordres auront ainsi à défendre l'indépendance de la profession. Le but des articles 67 à 69 est d'éviter que des tiers non qualifiés cherchent à s'immiscer dans l'exercice de la médecine ou de l'art dentaire, en facilitant par leurs capitaux ou leur matériel l'exercice de la profession. Il n'est ni dans leur esprit, ni dans leur lettre de s'opposer au fonctionnement normal d'installations créées par des sociétés mutualistes (cabinets dentaires notamment) dans des buts non lucratifs et sans immixtion dans la vie professionnelle du praticien.

*
* *

Le Gouvernement provisoire de la République française.

Sur le rapport du Garde des Sceaux, ministre de la Justice, du ministre des Affaires étrangères, du ministre de l'Intérieur, du ministre de l'Education nationale, du ministre des Colonies, du ministre de la Santé publique et du ministre du Travail et de la Sécurité sociale.

Vu l'ordonnance du 3 Juin 1943 portant institution du Comité français de la Libération nationale, ensemble les ordonnances des 3 Juin et 4 Septembre 1944 ;

Vu l'ordonnance du 9 Août 1944 portant rétablissement de la légalité républicaine sur le territoire continental ;

Vu la loi du 30 Novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, ensemble les textes qui l'ont complétée ou modifiée ;

Vu l'urgence constatée par le président du Gouvernement ;

Le Conseil d'Etat (Commission permanente) entendu,

Ordonne :

Titre premier.

DE L'EXERCICE DE LA PROFESSION DE MÉDECIN, DE CHIRURGIEN-DENTISTE ET DE SAGE-FEMME

Des conditions d'exercice de la profession.

Article premier. — Nul ne peut exercer la profession de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme en France s'il n'est :

1° Muni du diplôme français d'Etat de docteur en médecine, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme ou bénéficiaire des dispositions transitoires de la loi du 30 Novembre 1892 ou des dispositions spéciales aux praticiens alsaciens et lorrains (arrêté du 24 Septembre 1919, loi du 13 Juillet 1921 loi du 10 Août 1924, décret du Juillet 1922 ratifié par la loi du 13 Décembre 1924, loi du 31 Décembre 1924, loi du 8 Août 1927) ou aux praticiens sarrois (lois des 26 Juillet 1935 et 27 Juillet 1937) ;

2° Citoyen ou sujet français ou ressortissant d'un pays placé sous le protectorat de la France ;

3° Inscrit à un tableau de l'Ordre des Médecins, à un tableau de l'Ordre des Chirurgiens dentistes ou à un tableau de l'Ordre des Sages-femmes.

Toutefois, cette troisième condition ne s'applique pas aux docteurs en médecine et aux chirurgiens-dentistes appartenant au cadre actif du Service de Santé des armées de terre, de mer ou de l'air et aux médecins et chirurgiens-dentistes fonctionnaires n'ayant pas de clientèle privée.

Art. 2. — Par dérogation aux dispositions des paragraphes 1er et 2 de l'article précédent et sous réserve les dispositions transitoires prévues à l'article 70 ci-après, les médecins et chirurgiens-dentistes étrangers exerçant également leur profession en France à la date du 1 Septembre 1939 et les sages femmes étrangères exerçant légalement leur profession en France à la date de la présente ordonnance, sont autorisés à continuer la pratique de leur art.

Art. 3. — Un règlement d'administration publique fixera les conditions dans lesquelles :

1° Les étudiants de nationalité étrangère pourront s'inscrire aux facultés et écoles de médecine en vue de l'obtention du diplôme d'Etat ;

2° Les titulaires d'un diplôme étranger de docteur en médecine, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme, ou d'un diplôme français d'Université, pourront postuler le diplôme d'Etat ;

3° Afin de tenir compte de la durée légale du service militaire, le délai au terme duquel les étrangers, naturalisés sans avoir accompli leur service militaire, peuvent être autorisés à exercer leur art.

Art. 4. — Les chirurgiens-dentistes ne peuvent prescrire que les médicaments figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre de la Santé publique, pris après avis de l'Académie de Médecine.

Les sages-femmes ne peuvent employer que les instruments dont la liste est fixée par leur code de déontologie. En cas d'accouchement dystocique ou de suite de couches pathologiques, elles doivent faire appeler un docteur en médecine.

Elles ne peuvent prescrire que les médicaments figurant sur une liste fixée par un arrêté du ministre de la Santé publique pris après avis de l'Académie de Médecine.

Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer les vaccinations et revaccinations antivarioliques.

Art. 5. — Les internes français des hôpitaux et hospices des villes de facultés et écoles de médecine, nommés au concours et munis de seize inscriptions validées et les étudiants en médecine français ayant vingt inscriptions validées peuvent être autorisés à exercer la médecine en temps d'épidémie ou à titre de remplaçants de docteur en médecine.

Cette autorisation, délivrée par le préfet après avis favorable du Conseil départemental de l'Ordre, est limitée à trois mois ; elle est renouvelable dans les mêmes conditions.

Lorsque les besoins de la santé publique l'exigent, le ministre de la Santé publique peut, par arrêté, abaisser jusqu'à seize pour une partie ou la totalité des étudiants en médecine, le nombre des inscriptions nécessaires pour pouvoir bénéficier des dispositions du présent article. L'arrêté fixe le délai pendant lequel il est applicable.

Art. 6. — Les docteurs en médecine, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes sont tenus, dans le mois qui suit leur établissement, de faire enregistrer sans frais leur titre à la préfecture ou sous-préfecture et au greffe du tribunal civil de leur arrondissement. Le changement oblige à un nouvel enregistrement du diplôme dans les mêmes conditions.

Il en est de même pour les praticiens qui, ayant interrompu depuis deux ans l'exercice de leur profession, décident de le reprendre.

Il est interdit d'exercer la médecine, l'art dentaire ou la pratique des accouchements sous un pseudonyme.

Les médecins, les chirurgiens dentistes et sages-femmes ayant droit d'exercer en France ne peuvent donner de consultations dans les locaux ou les dépendances des locaux commerciaux où sont vendus les appareils qu'ils prescrivent ou qu'ils utilisent.

Les infractions aux dispositions des deux précédents alinéas seront punies des peines prévues à l'article 12 ci-dessous.

Art. 7. — Il est établi, chaque année, dans les départements, par les soins des préfets, des listes distinctes des médecins, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes portant pour chacun d'eux les nom, prénoms, la résidence professionnelle, la date et la provenance du diplôme, la date d'inscription au tableau de l'Ordre des Médecins, des Chirurgiens-dentistes et des Sages-femmes.

Cette dernière mention n'est portée ni pour les médecins du cadre actif du Service de Santé des armées de terre, de mer et de l'air, ni pour les médecins fonctionnaires n'ayant pas de clientèle privée.

Ces listes sont, chaque année, insérées au Recueil des textes administratifs de la préfecture et affichées, chaque année, au mois de Janvier, dans toutes les communes du département. Des copies certifiées conformes sont transmises au ministère de la Santé publique, au Conseil national de l'Ordre et au Conseil régional intéressé.

De l'exercice illégal.

Art. 8. — Exerce illégalement la médecine :

1° Toute personne qui prend part habituellement ou par direction suivie, même en présence d'un médecin, à l'établissement d'un diagnostic ou au traitement de maladies ou d'affections chirurgicales, congénitales ou acquises, réelles ou supposées, par actes personnels, consultations verbales ou écrites ou par tous autres procédés quels qu'ils soient, ou pratique l'un des actes professionnels prévus dans une nomenclature qui sera fixée par arrêté du ministre de la Santé publique pris après avis de l'Académie de Médecine, sans être titulaire du diplôme d'Etat de docteur en médecine ou sans être bénéficiaire des dispositions spéciales visées au paragraphe 1er de l'article 1er, à l'article 2, à l'article 5 et à l'article 70 de la présente ordonnance ;

2° Toute personne qui se livre aux activités définies au paragraphe précédent sans être citoyen français, sujet français ou ressortissant d'un pays placé sous le protectorat français ou sans appartenir à la catégorie de médecins étrangers visée à l'article 2 de la présente ordonnance ;

3° Toute personne qui, munie d'un titre régulier sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes visées aux paragraphes précédents, à l'effet de les soustraire aux prescriptions de la présente ordonnance ;

4° Tout docteur en médecine qui exerce la médecine sans être inscrit à un tableau d'Ordre des Médecins institué conformément au titre II de la présente ordonnance ou pendant la durée de la peine d'interdiction temporaire prévue à l'article 36, à l'exception des personnes visées à l'article 1er, dernier alinéa, de la présente ordonnance.

Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux étudiants en médecine, ni aux sages-femmes, ni aux infirmiers ou garde-malades qui agissent comme aides d'un docteur en médecine ou que celui-ci place auprès de ses malades.

Art. 9. — Exerce illégalement l'art dentaire :

1° Toute personne qui, non munie du diplôme d'Etat de docteur en médecine ou de chirurgien-dentiste et n'étant pas bénéficiaire des dispositions transitoires et spéciales, comme il est dit à l'article 8 ci-dessus prend part, habituellement ou par direction suivie, à la pratique de l'art dentaire ;

2° Tout dentiste qui prend part, habituellement ou par direction suivie, à la pratique de l'art dentaire sans être citoyen français, sujet français ou ressortissant d'un pays placé sous le protectorat de la France ou sans appartenir à la catégorie des praticiens étrangers visés aux articles 1er et 2 de la présente ordonnance ;

3° Tout dentiste qui, muni d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes visées aux paragraphes précédents du présent article, à l'effet de le soustraire aux prescriptions de la présente ordonnance ;

4° Tout dentiste qui exerce l'art dentaire sans être inscrit au tableau de l'Ordre des Chirurgiens-dentistes institué par l'article 48 ci-après ou pendant la durée de

la peine d'interdiction temporaire prévue aux articles 36 et 52 ci-après, à l'exception des personnes visées à l'article 1er, dernier alinéa, de la présente ordonnance.

Art. 10. — Exerce illégalement la pratique des accouchements :

1° Toute personne qui, non munie du diplôme d'Etat de docteur en médecine ou de sage-femme et n'étant pas bénéficiaire des dispositions transitoires ou spéciales, comme il est dit à l'article 8 ci-dessus, pratique habituellement des accouchements ;

2° Toute sage-femme qui pratique habituellement des accouchements sans être citoyenne ou sujette française ou ressortissante d'un pays placé sous le protectorat de la France, à moins qu'elle n'ait obtenu son diplôme avant la date de la présente ordonnance ;

3° Toute sage-femme qui pratique habituellement des accouchements sans être inscrite au tableau de l'Ordre des Sages-femmes institué par l'article 55 ci-après ou pendant la période d'interdiction temporaire prévue aux articles 36 et 58 ci-après, à l'exception des sages-femmes fonctionnaires n'ayant pas de clientèle privée.

Art. 11. — Les infractions prévues et punies par la présente ordonnance sont, à l'exception des peines disciplinaires, poursuivies devant la juridiction correctionnelle.

En ce qui concerne spécialement l'exercice illégal de la médecine, de l'art dentaire ou de la pratique des accouchements, les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes, les Conseils de l'Ordre et les syndicats intéressés pourront saisir les tribunaux par voie de citations directes, données dans les termes de l'article 182 du Code d'instruction criminelle sans préjudice de la faculté de se porter, s'il y a lieu, partie civile dans toute poursuite de ces délits intentés par le Ministère public.

Art. 12. — L'exercice illégal de la profession de médecin ou de chirurgien dentiste est puni d'une amende de 12.000 à 60.000 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 60.000 à 120.000 francs et d'un emprisonnement de six jours à six mois, ou de l'une de ces deux peines seulement. Pourra, en outre, être prononcée la confiscation du matériel ayant permis l'exercice illégal.

L'exercice illégal de la profession de sage-femme est puni d'une amende de 6.000 à 12.000 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 12.000 à 60.000 francs et d'un emprisonnement de six jours à six mois ou de l'une de ces deux peines seulement. Pourra, en outre, être prononcée la confiscation du matériel ayant permis l'exercice illégal.

Art. 13. — Il est interdit à toute personne ne remplissant pas les conditions requises pour l'exercice de la profession de recevoir, en vertu d'une convention, la totalité ou une quote-part des honoraires ou des bénéfices provenant de l'activité professionnelle d'un médecin ou d'un chirurgien-dentiste. Toute infraction aux présentes dispositions sera punie des peines portées à l'article précédent.

Art. 14. — L'usurpation du titre de docteur en médecine, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme est punie des peines prévues à l'article 259 du Code pénal.

Est considéré comme ayant usurpé le titre français de docteur en médecine quiconque, se livrant à l'exercice de la médecine, fait précéder ou suivre son nom du titre de docteur en médecine sans en indiquer la nature ou préciser qu'il s'agit d'un titre étranger ou d'un diplôme français d'Université.

Art. 15. — Quiconque exerce la médecine, l'art dentaire ou la pratique des accouchements sans avoir fait enregistrer son diplôme dans les délais et conditions fixés à l'article 6 de la présente ordonnance, sera puni d'une amende de 5.000 à 12.000 fr.

Art. 16. — Tout docteur en médecine est tenu de déférer aux réquisitions de l'autorité publique sous les peines portées à l'article précédent.

Art. 17. — Lorsqu'un médecin, ou chirurgien-dentiste, ou une sage-femme aura été condamné par une juridiction pénale pour tout autre fait qu'un crime ou délit politique, le Conseil régional de l'Ordre pourra prononcer, s'il y a lieu, à son égard, dans les conditions de l'article 37 ci-après, une des sanctions prévues à l'article 36.

« En vue d'assurer l'application des dispositions qui précèdent, le Conseil national de l'Ordre intéressé sera informé de toute condamnation, devenue définitive, de l'un des praticiens ci-dessus, y compris les condamnations prononcées à l'étranger. »

Art. 18. — Tout médecin, chirurgien-dentiste ou sage-femme qui aura fait une fausse déclaration en vue de son inscription au tableau de l'Ordre sera puni d'une amende de 12.000 à 30.000 francs et d'un emprisonnement de un à trois mois ou de l'une de ces deux peines seulement.

Titre II.

DE L'ORGANISATION DE LA PROFESSION MÉDICALE ET DE L'ORDRE DES MÉDECINS

Art. 19. — Il est institué un *Ordre national des Médecins* groupant obligatoirement tous les médecins habilités à exercer leur art en France et en Algérie.

L'*Ordre des Médecins* veille au maintien des principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine et à l'observation, par tous ses membres, des devoirs professionnels, ainsi que des règles édictées par le code de déontologie prévu à l'article 66 de la présente ordonnance.

Il assure la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession médicale.

Il peut organiser toutes œuvres d'entr'aide et de retraite pour ses participants.

Il accomplit sa mission par l'intermédiaire des conseils départementaux, des conseils régionaux et du conseil national de l'ordre.

De l'inscription aux tableaux départementaux de l'Ordre.

Art. 20. — Les docteurs en médecine qui exercent dans un département sont inscrits dans les formes indiquées ci-après sur un tableau établi et tenu à jour par le conseil départemental de l'ordre visé à l'article 22 de la présente ordonnance. Ce tableau est déposé à la préfecture ainsi qu'au parquet du tribunal. Dans le courant du mois de Janvier de chaque année, il est publié conformément à l'article 7 ci-dessus.

Nul ne peut être inscrit sur ce tableau s'il ne remplit pas les conditions requises par la présente ordonnance.

Un médecin ne peut être inscrit que sur un seul tableau qui est celui du département où se trouve sa résidence professionnelle sauf dérogations prévues par le code de déontologie.

Art. 21. — Le premier tableau de l'ordre constitué en exécution de la présente ordonnance sera établi par les soins du préfet, dans le mois qui suivra la publication de celle-ci.

Tout médecin remplissant les conditions requises par la présente ordonnance à la date de celle-ci qui n'aurait pas été inscrit d'office dans ce premier tableau de l'ordre aura le droit d'adresser une demande d'inscription au préfet qui sera tenu de réparer cette omission.

Art. 22. — Hors le cas prévu au deuxième alinéa de l'article 21 ci-dessus, les demandes d'inscription au tableau de l'Ordre sont adressées par les intéressés au Conseil de l'Ordre du département dans lequel ils se proposent d'exercer; elles sont accompagnées du diplôme de docteur en médecine en original ou en copie certifiée.

Le Conseil départemental de l'Ordre prononce l'inscription au tableau après avoir vérifié les titres du demandeur et obtenu communication de l'extrait de son casier judiciaire n° 3.

Il refuse cette inscription si le demandeur ne remplit pas les conditions nécessaires de moralité et d'indépendance.

Le Conseil départemental de l'Ordre doit statuer dans un délai maximum de deux mois à compter de la réception de la demande.

Le délai de deux mois est prolongé lorsqu'il est indispensable de procéder à une enquête hors de la France continentale. L'intéressé en sera, dans ce cas, avisé.

Dans la semaine qui suit la décision du Conseil, celle-ci est notifiée par lettre recommandée à l'intéressé. En cas de refus d'inscription, la décision doit être motivée.

Chaque inscription au tableau est notifiée sans délai au préfet du département, au procureur de la République et au Conseil de l'Ordre.

Art. 23. — En cas de refus d'inscription, le requérant pourra déférer l'avis motivé du Conseil départemental de l'Ordre au Conseil régional dans le délai de deux mois à dater de la notification. Le défaut de décision dans le délai imparti est considéré comme une décision de refus qui donne lieu aux mêmes recours.

Appel pourra être fait de la décision du Conseil régional devant le Conseil national par le médecin intéressé ou par le Conseil départemental.

Art. 24. — L'inscription à un tableau de l'Ordre rend licite l'exercice de la médecine sur tout le territoire national.

En cas de changement de résidence professionnelle hors du département, l'intéressé doit demander à être inscrit au tableau de l'Ordre du département de la nouvelle résidence. Il est provisoirement autorisé à exercer la médecine, en attendant que le Conseil ait statué sur son cas.

Des Conseils départementaux de l'Ordre.

Art. 25. — Dans chaque département, il est institué un *Conseil départemental de l'Ordre des Médecins.*

Celui-ci est composé d'un nombre variable de membres suivant le nombre des médecins inscrits au dernier tableau publié. Le Conseil départemental comporte neuf membres si le nombre des médecins inscrits au tableau est inférieur à cent, et douze si ce nombre est supérieur à cent. Dans le département de la Seine, le Conseil de l'Ordre compte vingt-quatre membres.

Art. 26. — Les membres du Conseil départemental de l'Ordre sont élus par l'Assemblée générale des Médecins inscrits au tableau.

Seuls sont éligibles, sous réserve des dispositions de l'article 68 ci-dessous, les médecins possédant la nationalité française, âgés de 30 ans révolus et inscrits au tableau de l'Ordre depuis au moins trois ans.

L'élection est faite à la majorité des membres présents ou ayant voté par correspondance.

Les membres du Conseil sont élus pour six ans. Le Conseil est renouvelable par tiers tous les deux ans. Pour les quatre premières années de l'institution de l'Ordre, les membres sortants seront désignés par le sort.

Les membres du Conseil sont rééligibles. Le Conseil de l'Ordre élit son président tous les deux ans après renouvellement du tiers du Conseil.

L'inspecteur de la Santé du département assiste aux séances du Conseil départemental, avec voix consultative.

Le Conseil départemental peut se faire assister d'un conseiller juridique.

Art. 27. — Des membres suppléants également renouvelables par tiers tous les deux ans sont élus dans les mêmes conditions que les membres titulaires et au cours du même scrutin, à raison de trois pour les Conseils qui comptent neuf membres, de six pour ceux qui comptent douze membres et de neuf pour le département de la Seine.

Ces membres suppléants sont destinés à remplacer les membres titulaires qui viendraient à cesser leurs fonctions pour une cause quelconque avant la fin de leur mandat. Lorsqu'ils entrent au Conseil de l'Ordre, les membres suppléants suivent, au point de vue de la durée de leurs fonctions, le sort qu'auraient eu les membres qu'ils ont remplacés. Les membres suppléants sont rééligibles.

Art. 28. — L'Assemblée générale appelée à élire le premier Conseil de l'Ordre sera réunie par les soins du préfet dans les trois mois qui suivront la publication de la présente ordonnance. Elle sera composée de tous les médecins inscrits au tableau prévu par l'article 21.

En vue de la constitution des premiers Conseils régionaux et du premier Conseil national, chaque Conseil départemental, dès sa première séance, devra procéder à la désignation de ses délégués au Conseil régional correspondant. Il devra également s'entendre avec les Conseils départementaux de la même région sanitaire pour la désignation du ou des délégués au Conseil national.

Art. 29. — Après chaque élection, le procès-verbal de l'élection est notifié sans délai au Conseil régional, au Conseil national, au préfet, au ministre de la Santé publique.

Les élections peuvent être déférées au Conseil régional par les médecins ayant droit de vote et par le préfet dans le délai de quinze jours. Ce délai court pour les médecins du jour de l'élection et pour le préfet de la date à laquelle le procès-verbal de l'élection lui a été notifié.

Art. 30. — Le Conseil départemental de l'Ordre exerce dans le cadre départemental, et sous le contrôle du Conseil national, les attributions générales de l'Ordre des Médecins énumérées à l'article 19 ci-dessus.

Les délibérations du Conseil départemental de l'Ordre ne sont pas publiques.

En cas de partage des voix, le président a voix prépondérante.

Il statue sur les inscriptions au tableau.

Il autorise le président de l'Ordre à ester en justice, à accepter tous les dons et legs à l'Ordre, à transiger ou compromettre, à consentir toutes aliénations ou hypothèques et à contracter tous emprunts.

En aucun cas il n'a à connaître des actes, des attitudes, des opinions politiques ou religieuses des membres de l'Ordre.

Il peut créer avec les autres Conseils départementaux et sous le contrôle du Conseil national de l'Ordre des organismes de coordination.

Art. 31. — Le Conseil départemental n'a pas de pouvoir disciplinaire. Au cas où des plaintes sont

portées devant lui contre les médecins, il les transmet au Conseil régional avec un avis motivé.

Art. 32. — Le président représente l'ordre dans tous les actes de la vie civile. Il peut déléguer tout ou partie de ses attributions à un ou plusieurs membres du Conseil.

De la discipline et des Conseils régionaux.

Art. 33. — Un *Conseil régional des Médecins* est institué pour chaque région sanitaire et exerce, au sein de l'Ordre des Médecins, la compétence disciplinaire en première instance.

Le Conseil régional est composé de huit délégués des Conseils départementaux.

Chaque Conseil départemental désigne un, deux ou trois délégués, selon le nombre des départements compris dans la région. les sièges restants étant attribués aux départements qui comptent le plus de médecins, à raison d'un par département. Il devra être désigné un suppléant par délégué.

Pour la région sanitaire de *Paris*, le Conseil régional compte un délégué du Conseil départemental de Seine-et-Marne, deux délégués du Conseil départemental de Seine-et-Oise et cinq délégués du Conseil départemental de la Seine.

Sont adjoints au Conseil régional, avec voix consultative :

Le directeur régional de la Santé et de l'Assistance, représentant le ministre de la Santé publique ;

Un professeur de la Faculté ou à défaut de l'Ecole de Médecine de la région désignée par le ministre de l'Education nationale ;

Le médecin contrôleur régional des Assurances sociales, représentant le ministre du Travail.

Art. 34. — Le Conseil régional peut être saisi par le Conseil national ou par les Conseils départementaux de l'Ordre ou les syndicats de médecins de son ressort, qu'il s'agisse de leur propre initiative ou à la suite de plaintes. Il peut également être saisi par le ministre de la Santé publique, par le directeur régional de la Santé et de l'Assistance, par le préfet, par le procureur de la République ou par un médecin inscrit au tableau de l'Ordre.

Art. 35. — Les médecins chargés d'un service public et inscrits au tableau de l'Ordre ne peuvent être traduits devant le Conseil régional, à l'occasion des actes de leur fonction publique, que par le ministre de la Santé publique, le directeur régional de la Santé et de l'Assistance ou le procureur de la République.

Art. 36. — Le Conseil régional peut soit sur la demande des parties, soit d'office, ordonner une enquête sur les faits dont la constatation lui paraîtrait utile à l'instruction de l'affaire. La décision qui ordonne l'enquête indique les faits sur lesquels elle doit porter et décide, suivant le cas, si elle aura lieu devant le Conseil ou devant un membre du Conseil qui se transportera sur les lieux.

Les peines disciplinaires que le Conseil régional peut appliquer sont les suivantes :

L'avertissement ;

Le blâme ;

L'interdiction temporaire ou permanente d'exercer une, plusieurs ou la totalité des fonctions médicales conférées ou rétribuées par l'Etat, les départements, les communes, les établissements publics, les établissements reconnus d'utilité publique ou des fonctions médicales accomplies en application des lois sociales ;

L'interdiction temporaire d'exercer la médecine, cette interdiction ne pouvant excéder trois années ;

La radiation du tableau de l'Ordre.

Les deux premières de ces peines comportent en outre la privation du droit de faire partie du Conseil départemental, du Conseil régional ou du Conseil national de l'Ordre pendant une durée de trois ans ; les suivantes, la privation de ce droit à titre définitif. Le médecin radié ne peut se faire inscrire à un autre tableau de l'Ordre. La décision qui l'a frappé est portée à la connaissance des autres Conseils départementaux et du Conseil national dès qu'elle est devenue définitive.

Le praticien frappé d'une sanction disciplinaire est tenu au payement des frais résultant de l'action engagée devant la juridiction professionnelle.

Art. 37. — Aucune peine disciplinaire ne peut être prononcée sans que le médecin en cause ait été entendu ou appelé à comparaître dans un délai de huitaine.

Si le médecin est domicilié en dehors de la circonscription de l'Ordre où il exerce sa profession, les délais de comparution et de notification prévus par le présent article et les articles suivants seront fixés conformément aux articles 73 et 1.033 du Code de procédure civile.

Le médecin mis en cause peut se faire assister d'un défenseur, médecin ou avocat inscrit au barreau. Il peut exercer devant le Conseil régional de même que devant le Conseil national le droit de récupération dans les conditions des articles 378 et suivants du Code de procédure civile.

Le Conseil régional tient un registre de ses délibérations.

A la suite de chaque séance, un procès-verbal est établi ; il est approuvé et signé par les membres du Conseil. Des procès-verbaux d'interrogatoire ou d'audition doivent être également établis, s'il y a lieu, et signés par les personnes interrogées.

Art. 38. — Les décisions du Conseil régional doivent être motivées. Elles sont notifiées au président du Conseil départemental de l'Ordre intéressé, qui les notifie lui-même dans les dix jours au médecin qui en a été l'objet. Elles sont également notifiées dans le même délai au préfet et au procureur de la République. Dans tous les cas, les décisions sont notifiées au Conseil national de l'Ordre.

Art. 39. — Si la décision a été rendue sans que le médecin mis en cause ait comparu ou se soit fait représenter, celui-ci peut faire opposition dans le délai de cinq jours à compter de la notification faite à sa personne par lettre recommandée avec accusé de réception. Lorsque la notification n'a pas été faite à sa personne, le délai est de trente jours à partir de la notification à sa résidence professionnelle et par ministère d'huissier. L'opposition est reçue par simple déclaration au secrétariat du Conseil qui en donne récépissé.

Du Conseil national de l'Ordre.

Art. 40. — Il est institué *un Conseil national de l'Ordre des Médecins* composé :

1° De vingt-quatre membres élus pour six ans à la majorité par les Conseils départementaux de chaque région sanitaire, à raison d'un membre par région, les autres membres étant élus par le Conseil départemental de la Seine ;

2° D'un membre de l'Académie de Médecine désigné par ses collègues.

Le Conseil national est renouvelable par tiers tous les deux ans après tirage au sort des membres sortants en ce qui concerne les deux premiers renouvellements.

Il élit son président tous les deux ans ; le président et les conseillers sont rééligibles.

Sont adjoints au Conseil national avec voix consultative trois médecins représentant les ministres de la Santé publique, de l'Education nationale et du Travail.

Art. 41. — Le Conseil national est assisté par un conseiller d'Etat nommé en même temps qu'un conseiller d'Etat suppléant par le garde des Sceaux, ministre de la Justice, avec voix délibérative.

A sa première réunion et à la première réunion qui suit chaque renouvellement, le Conseil national élit en son sein huit membres qui constituent, avec le Conseiller d'Etat désigné à l'alinéa précédent et sous sa présidence, une section disciplinaire. Les membres sortants sont rééligibles.

Art. 42. — Le Conseil national de l'Ordre remplit sur le plan national la mission définie à l'article 19 de la présente ordonnance, notamment il veille à l'observation, par tous les membres de l'Ordre, des devoirs professionnels et des règles édictées par le Code de déontologie prévu à l'article 66. Il étudie les questions ou projets qui lui sont soumis par le ministre de la Santé publique.

Art. 43. — Le Conseil national fixe le montant des cotisations à percevoir par les Conseils départementaux et la quotité à verser aux Conseils régionaux et au Conseil national. Les cotisations sont obligatoires sous peine de sanctions par le Conseil régional.

Le Conseil national gère les biens de l'Ordre et peut créer ou subventionner des œuvres intéressant la profession médicale ainsi que des œuvres d'entr'aide ou de retraite. Il surveille la gestion des Conseils départementaux qui doivent l'informer de la création et de la gestion de tous organismes dépendant de ces Conseils, à quelque titre que ce soit.

Art. 44. — Par sa section disciplinaire, le Conseil national reçoit les appels des décisions des Conseils régionaux.

L'appel est introduit par une déclaration au secrétariat du Conseil national. Cette déclaration doit être faite par le procureur de la République, le préfet, le directeur régional ou le ministre, dans les trente jours de la décision ; par le médecin ou le Conseil départemental de l'Ordre intéressé ou le Syndicat des Médecins dans les six jours de la notification qui leur a été donnée, en cas de décision par défaut dans les dix jours qui suivent l'expiration de délai d'opposition.

L'appel a un effet suspensif. L'arrêt d'appel doit être rendu dans les deux mois.

Les décisions rendues par la section disciplinaire du Conseil national, en matière disciplinaire, ne sont susceptibles de recours que devant le Conseil d'Etat, dans les conditions de droit commun.

Des autres actions et de la revision.

Art. 45. — L'exercice de l'action disciplinaire ne met obstacle :

1° Ni aux poursuites que le ministère public ou les particuliers peuvent intenter devant les tribunaux répressifs dans les termes du droit commun ;

2° Ni aux actions civiles en réparation d'un délit ou d'un quasi-délit ;

3° Ni à l'action disciplinaire devant l'administration dont dépend le médecin fonctionnaire ;

4° Ni aux instances qui peuvent être engagées contre les médecins en raison des abus qui leur seraient reprochés dans leur participation aux soins médicaux prévus par les lois sociales.

Art. 46. — Après qu'un intervalle de trois ans au moins se sera écoulé depuis une décision définitive de radiation du tableau, le médecin frappé de cette peine pourra être relevé de l'incapacité en résultant par une décision du Conseil régional qui a prononcé la sanction. La demande sera formée par une requête adressée au président du Conseil départemental de l'Ordre intéressé.

Lorsque la demande aura été rejetée après examen au fond, elle ne pourra être représentée qu'après un nouveau délai de trois années.

Titre III.

DE L'ORGANISATION DE LA PROFESSION DENTAIRE ET DE L'ORDRE DES CHIRURGIENS-DENTISTES

Art. 47. — Les praticiens de l'art dentaire forment deux groupes, les médecins stomatologistes réunis aux docteurs en médecine dans l'Ordre des Médecins, les chirurgiens-dentistes, pour qui est institué un *Ordre national des Chirurgiens-dentistes* groupant obligatoirement tous les chirurgiens-dentistes habilités à exercer leur art en France et en Algérie.

Les praticiens munis à la fois du diplôme de docteur en médecine et du diplôme de chirurgien-dentiste peuvent se faire inscrire, à leur choix, à l'Ordre des Médecins ou à l'Ordre des Chirurgiens-dentistes. Dans ce dernier cas, leur pratique doit se limiter à l'art dentaire et ils n'ont pas le droit d'exercer la médecine.

. . . .

Art. 49. — Dans chaque département il est institué un *Conseil départemental de l'Ordre des Chirurgiens-dentistes*. Ce Conseil est constitué de membres en nombre variable selon le nombre de chirurgiens-dentistes inscrits au tableau. Ce nombre est de 7 si le nombre des chirurgiens-dentistes inscrits est égal ou inférieur à 50, et de 10 si le nombre est supérieur à 50.

Art. 50. — Les dispositions des articles 26 et 29 ci-dessus sont applicables aux chirurgiens-dentistes sous la réserve suivante :

Dans les départements où exercent des médecins stomatologistes, ceux-ci désignent un représentant au Conseil départemental des chirurgiens-dentistes si le nombre des membres du Conseil est de 7, deux si ce nombre est de 10. La présence de médecins stomatologistes ne diminue pas le nombre de chirurgiens-dentistes du Conseil.

L'inspecteur de la Santé du département est adjoint avec voix consultative au Conseil départemental.

. . . .

Art. 52. — Un *Conseil régional des Chirurgiens-dentistes* est institué pour chaque région sanitaire et exerce, au sein de l'Ordre des Chirurgiens-dentistes, la compétence disciplinaire en première instance.

Le Conseil régional de l'Ordre des Chirurgiens-dentistes est composé de 8 délégués des Conseils départementaux élus dans les conditions fixées à l'article 33 pour les Conseils régionaux des Médecins.

Sont adjoints au Conseil régional, avec voix consultative, le Directeur régional de la Santé et de l'Assistance représentant le Ministre de la Santé publique, un Professeur de la Faculté ou, à défaut, d'une école de Médecine de la région désigné par le Ministre de l'Education nationale et le Médecin contrôleur régional des Assurances sociales.

Art. 53. — Il est institué un *Conseil national de l'Ordre des Chirurgiens-dentistes* composé de 9 membres désignés par les Conseillers départementaux des diverses régions sanitaires groupées selon les modalités fixées par arrêté du Ministre de la Santé publique.

Sont adjoints au Conseil national de l'Ordre des Chirurgiens-dentistes avec voix consultative trois médecins représentant les Ministres de la Santé publique, de l'Education nationale et du Travail.

Le Conseil a, en ce qui concerne l'Ordre des Chirurgiens-dentistes, les mêmes attributions générales que le Conseil national de l'Ordre des Médecins vis-à-vis des médecins. Toutefois, il ne possède pas de section disciplinaire. En cas d'appel d'une décision rendue par un Conseil régional des Chirurgiens-dentistes, l'affaire vient devant la section disciplinaire du Conseil national de l'Ordre des Médecins à laquelle sont adjoints trois membres du Conseil national des Chirurgiens-dentistes désignés par ce dernier.

. . . .

Titre IV.

DE L'ORGANISATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME ET DE L'ORDRE DES SAGES-FEMMES

Art. 55. — Il est institué un *Ordre national des Sages-femmes* groupant obligatoirement toutes les sages-femmes habilitées à exercer leur profession en France et en Algérie.

. . . .

Art. 56. — Dans chaque département, il est institué un *Conseil départemental de l'Ordre des Sages-femmes*. Il possède, en ce qui concerne la profession de sage-femme, les mêmes attributions que le Conseil départemental de l'Ordre des Médecins en ce qui concerne les médecins.

Il est composé de six membres élus en assemblée générale pour six ans, renouvelable par tiers tous les deux ans.

Toutefois, le Conseil départemental de l'Ordre des Sages-femmes est présidé par un médecin accoucheur nommé pour deux ans par le Conseil départemental de l'Ordre des Médecins.

L'Inspecteur de la Santé du département assiste, avec voix consultative, au Conseil départemental.

Art. 57. — Les deux Conseils départementaux des médecins et des sages-femmes peuvent tenir des réunions communes sous la présidence du président du Conseil départemental de l'Ordre des Médecins.

Art. 58. — Les sages-femmes sont soumises à la compétence disciplinaire du Conseil régional des Médecins, dans lequel quatre médecins sont, à cet effet, remplacés par quatre sages-femmes élues par les Conseils départementaux des sages-femmes de la région.

Art. 59. — Les sages-femmes peuvent interjeter appel des décisions du Conseil régional des Médecins devant la section disciplinaire du Conseil national des Médecins complété par l'adjonction de deux sages-femmes désignées par le Conseil national des Sages-femmes.

Art. 60. — Il est institué un Conseil national de l'Ordre des Sages-femmes composé de quatre docteurs en médecine, de préférence spécialisés comme accoucheurs, désignés par le Conseil national des Médecins en dehors de son sein, et de cinq sages-femmes élues par les Conseils départementaux à raison d'une par groupe de régions sanitaires. Les modalités de groupement des régions sanitaires sont fixées par arrêté du ministre de la Santé publique.

Le Conseil national nomme son président chaque année. Ce président est obligatoirement médecin.

Sont adjoints au Conseil national des Sages-femmes, avec voix consultative, trois médecins représentant les ministres de la Santé publique, de l'Education nationale et du Travail.

Art. 61. — Le Conseil national des Sages-femmes peut tenir séance avec le Conseil national des Médecins, pour examen des questions communes aux deux professions.

. . . .

Titre V.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Art. 63. — Ne peuvent faire partie à un titre quelconque des Conseils de l'Ordre des Médecins, des Chirurgiens-dentistes et des Sages-femmes, les personnes qui ont fait l'objet :

Soit d'une sanction prononcée en application des ordonnances des 26 Juin 1944, 28 Novembre 1944 et 9 Janvier 1945 relatives à la répression des faits de collaboration ;

Soit d'une condamnation pour indignité nationale en application des ordonnances des 26 Août, 28 Novembre et 26 Décembre 1944, complétées par l'ordonnance du 9 Février 1945 instituant l'indignité nationale ;

Soit d'une sanction prononcée en application de l'ordonnance du 27 Juin 1944 relative à l'épuration administrative ou en application de l'ordonnnnce du 18 Janvier 1945 relative à l'épuration des médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes, lorsque la sanction prononcée est l'interdiction définitive, pour l'intéressé, d'exercer sa fonction ou sa profession et lorsque l'interdiction prononcée a été temporaire pendant la durée de cette interdiction.

Art. 64. — Tous les Conseils de l'Ordre sont dotés de la personnalité civile.

Art. 65. — Dans le cas d'infirmité ou d'état pathologique rendant dangereux l'exercice de la profession, le Conseil régional pourra prononcer l'interdiction d'exercer. Celle-ci, qui sera temporaire et, s'il y a lieu, renouvelée, ne sera prononcée qu'après examen par trois médecins experts spécialisés, désignés l'un par l'intéressé ou sa famille, le second par le Conseil départemental et le troisième choisi par les deux premiers. Un rapport motivé sera adressé au Conseil régional.

Art. 66. — Un Code de déontologie propre à chacune des professions de médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes sera préparé par le Conseil national de l'Ordre intéressé et soumis au Conseil d'Etat pour être édicté sous la forme d'un règlement d'administration publique.

Art. 67. — Les médecins, les chirurgiens-dentistes, les personnes qui demandent leur inscription au tableau de l'Ordre des Médecins ou des Chirurgiens-dentistes, devront communiquer au Conseil de l'Ordre intéressé les contrats ayant pour objet l'exercice de leur profession et, s'il ne sont pas propriétaires de leur matériel et du local dans lequel ils exercent ou exerceront leur profession, les contrats leur permettant l'usage du matériel et du local.

Seront également communiqués les contrats transmettant sous conditions résolutoires la propriété du matériel et du local.

Cette communication devra être faite pour les médecins et chirurgiens-dentistes dans les trente jours du contrat ou de la constitution des Conseils départementaux prévus par la présente ordonnance.

Les personnes qui demandent leur inscription au tableau de l'Ordre des Médecins ou des Chirurgiens-dentistes l'annexeront à leur requête. Elles communiqueront sans délai les contrats visés aux alinéas 1er et 2, qu'elles auraient passés après leur demande d'inscription, mais avant ladite inscription.

Tous les contrats dont la communication est exigée devront être passés par écrit. Le manquement à cette obligation constituera une faute disciplinaire, susceptible d'entraîner les sanctions prévues à l'article 36 ou de motiver le refus de l'inscription au tableau.

Art. 68. — L'absence de communication ou la communication mensongère exposera son auteur aux sanctions prévues à l'article 36. Le Conseil de l'Ordre pourra, d'autre part, refuser d'inscrire au tableau des candidats qui auront contracté des engagements incompatibles avec les règles de la profession ou susceptibles de priver le praticien de l'indépendance professionnelle nécessaire.

Art. 69. — Les médecins et chirurgiens-dentistes visés à l'alinéa 1er de l'article 67 pourront soumettre au Conseil de l'Ordre les projets des contrats visés aux alinéas 1er et 2 du même texte. Le Conseil de l'Ordre devra faire connaître ses observations dans le délai d'un mois.

Art. 70. — Les dispositions du chapitre 1er de la présente ordonnance ne portent pas atteinte aux dispositions transitoires contenues dans l'ordonnance n° 45-1748 du 6 Août 1945 relative à l'exercice de la médecine par des médecins étrangers et dans l'ordonnance n° 45-1765 du 8 Août 1945 relative à certaines conditions d'accès au diplôme d'Etat de docteur en médecine, chirurgien-dentiste et de pharmacien.

Art. 71. — La présente ordonnance est applicable à l'Algérie, qui sera considérée comme formant une région sanitaire.

Des décrets détermineront les conditions d'application de la présente ordonnance aux territoires relevant du Ministère des Colonies.

Art. 72. — Sont abrogées toutes dispositions contraires à la présente ordonnance et notamment :

La loi du 30 Novembre 1892 modifiée, à l'exception des articles 8, 11, 12, 27, 31 et 32 de cette loi ;

La loi du 26 Juillet 1935 relative à l'exercice de la médecine et de l'art dentaire et à l'organisation des professions médicales et dentaires ;

L'ordonnance du 19 Mars 1944 frappant d'inéligibilité aux conseils et chambres des médecins et praticiens de l'art dentaire, les médecins et chirurgiens-dentistes ayant appartenu aux groupements antinationaux.

Est expressément constaté la nullité de l'acte dit loi du 15 Novembre 1943 modifiant l'article 16 de la loi du 30 Novembre 1892.

Toutefois, cette nullité ne porte pas atteinte aux effets résultant de l'application dudit acte, antérieure à la mise en vigueur de la présente ordonnance. Est abrogée à la date de l'élection des Conseils nationaux de l'Ordre, l'ordonnance du 11 Décembre 1944, créant des organismes transitoires de gestion pour les professions médicales et para-médicales.

Art. 73. — La présente ordonnance sera publiée au *Journal officiel* de la République française et exécutée comme loi.

(*J. O.* du 28 Septembre 1945.)

INFORMATIONS

BILAN D'UNE ANNÉE DE TRAVAIL

et Esquisse d'une politique de la renaissance sanitaire française

Devant un auditoire nombreux, au Vélodrome d'Hiver, le 26 Septembre, M. Fr. Billoux, ministre de la Santé, a fait un large exposé de l'état sanitaire de la France et des réalisations déjà obtenues après une année de travail.

Sous l'occupation, déjà, le Corps médical avait dénoncé l'état inquiétant dans lequel se trouvait la France, mais il était bon que le ministre de la Santé lui-même, chiffres officiels en main, le dise non seulement au pays, mais le fasse entendre aux autres nations. La France a terriblement souffert. La mortalité générale a augmenté dans les proportions suivantes : en 1938-1939, 155 décès pour 10.000 habitants ; en 1941, 174 décès ; en 1942-1943, 168 décès (les pertes dues aux blessures de guerre étant exclues), et ces chiffres n'ont pas diminué en 1944. La mortalité infantile qui était en régression depuis 10 ans, grâce aux progrès et aux efforts faits dans le domaine de l'hygiène prénatale et de l'hygiène infantile, a augmenté. En 1943, sur 1.000 enfants, 75 sont morts qui avaient moins d'un an. Les chiffres de 1944 et de 1945 sont comparables. C'est donc 40.000 enfants de moins d'un an qui sont morts pendant chaque année d'occupation. Il faut non seulement empêcher les enfants de mourir mais encore prévenir les abandons qui deviennent de plus en plus fréquents. Actuellement 200.000 enfants sont placés sous la protection provisoire ou définitive de l'Assistance à l'enfance. Il faut réduire le nombre des enfants dits en danger moral ou en état de délinquance : avant la guerre 12.000 ; en 1943, 36.000 ; en 1944, 40.000. Les maladies sociales ont augmenté. Voici les chiffres pour la tuberculose : de 15 à 19 ans, 25 pour 100 d'augmentation ; de 20 à 25 ans, 30,8 pour 100 ; de 25 à 29 ans, 26,6 pour 100 ; de 30 à 34 ans, 35,5 pour 100 ; de 35 à 39 ans, 18,8 pour 100. Les maladies vénériennes ont également augmenté : en 1944, les cas sont 5 fois plus nombreux qu'en 1939. Les maladies infectieuses ont été aussi plus fréquentes. Le typhus exanthématique et la peste même, qui avait fait son apparition en Corse, ont été rapidement jugulés.

Cette recrudescence de maladies est due à la sous-alimentation qui nous fut imposée et qui marquera pendant de longues années notre population puisque nos enfants ont une taille et un poids inférieur à ceux des enfants d'avant-guerre.

Pour remédier à cet état sanitaire déplorable, il était nécessaire de prendre des mesures immédiates. Si le dévouement de notre Corps hospitalier, la science de nos médecins permettent de lutter avec efficacité contre les maladies déclarées, la prévention des maladies dépend de mesures administratives et de l'impulsion qu'un ministre de la Santé donne à ses services. Le ministre annonça qu'il avait soumis au gouvernement un projet de loi prévoyant une réorganisation des services du ministère. Diverses directions seront créées : direction de la médecine générale sous le contrôle de laquelle fonctionnera une école d'infirmières et d'assistantes sociales sur le principe des écoles normales d'institutrices, innovation qui permettra d'étendre le recrutement des infirmières ; une direction de la médecine publique chargée de la lutte contre les épidémies, de l'assainissement et de l'hygiène rurale ; une direction de la médecine sociale (lutte antituberculeuse, anticancéreuse, hygiène mentale) ; une direction de la protection de la maternité, de l'enfance, de l'adolescence ; une direction de l'entr'aide sociale et un service de la famille.

Déjà des réalisations ont été faites : révision de la loi sur la protection de l'enfance ; création d'allocations prénatales permettant d'aider précocement la future mère ; accélération des départs pour le sanatorium ; dépistage systématique de la tuberculose qui est déjà commencé chez les prisonniers et déportés ; création de villages d'enfants avec écoles en plein air que l'expérience réussie de cet été incite à développer ; réglementation du logement des familles nombreuses ; dégrèvement des petits et moyens patrimoines dont les possesseurs sont chargés de famille pour l'impôt de solidarité nationale ; statut des aveugles ; loi sur la silicose des mineurs ; ordonnances sur l'Ordre des Pharmaciens, sur la reconstitution des Syndicats médicaux ; sur l'exercice de la médecine et sur l'Ordre des Médecins, des Chirurgiens-dentistes et des Sages-femmes ; création d'un Institut national d'études démographiques.

Mais il reste beaucoup à faire et en terminant son exposé, écouté d'ailleurs avec le plus grand intérêt par tous, M. Fr. Billoux trace le programme de l'équipement national hospitalier qui a vraiment besoin d'être réorganisé. Donner la garantie aux communes et aux départements qu'ils resteront intéressés à la gestion de leurs hôpitaux ; donner aux malades la garantie qu'ils seront soignés dans les meilleures conditions ; donner au personnel hospitalier la garantie qu'il pourra participer à l'organisation générale des hôpitaux (amélioration du recrutement, possibilité de gravir les différents échelons administratifs) ; donner aux médecins la garantie que les hôpitaux seront dotés de tous les moyens techniques modernes, c'est à ce prix que l'on pourra avoir des hôpitaux qui correspondront en nombre et en qualité aux besoins de la France et combler le retard qui, en cette matière, nous sépare des autres pays.

A. P.

Université de Paris

Faculté de Médecine. — MM. Villaret, Aubertin, rofesseurs ; Lescœur, Haas, Kohn-Abrest, assistants ; 'ignes, chargé de cours de clinique annexe, sont admis faire valoir leurs droits à la retraite à dater du 1er Octo- re 1945.

Hôpitaux et Hospices

Hôpital Saint-Antoine. — Service central de ladiologie (Dr Porcher). Du 8 au 13 Octobre, chaque natin, à 10 h. 30, une démonstration de *technique radio- raphique* sera faite sur les sujets suivants :

Lundi 8 : Artériographie. Veinographie. Corps étrangers ntra-oculaires (méthode de Sweet). Mardi 9 : Hypertonie astrique provoquée. Mercredi 10 : Stéréo-radiographie u temporal. Corps étrangers intra-oculaires (méthode ersonnelle). Jeudi 11 : Examens gastriques au compres- eur : manuel, instrumental, progressif. Vendredi 12 : 'ho'angio-radiographie en pression contrôlée : technique e Bergeret-Cardi. Lymphographie. Samedi 13 : Insuffla- ion gastrique. Radiographie per-opératoire.

Concours et places vacantes

Concours spéciaux pour l'admission à l'Ecole du Service de Santé militaire de Lyon en 1945. — Ces concours auront lieu le *mardi 9 Octobre* 1945, à Paris (hôpital militaire du Val-de-Grâce) ; Lyon (école du Service de Santé) ; Toulouse (hôpital militaire Hippolyte-Larrey). Ils seront ouverts, sous certaines conditions, aux étudiants en médecine à 16 et 20 inscriptions.

S'adresser, pour renseignements complémentaires, aux directeurs régionaux du Service de Santé.

Nos Échos

Naissances.

— Le médecin lieutenant L. Kreislen, interne des Hôpitaux de Paris et Madame sont heureux de faire part de la naissance de leur fille *Aude* (Besançon, 9 Septembre 1945).

— Le docteur et Madame P. Bazeille sont heureux de faire part de la naissance de leur fille *Christine* (Trun, Orne, 7 Septembre 1945).

— Didier et Florence Meillère ont la joie d'annoncer la naissance de leur petite sœur *Sylvie* (Docteur et Madame Jean Meillère, Paris, 4 Septembre 1945).

— Monsieur Rodolphe Tourneur, interne des Hôpitaux de Paris et Madame, née Favre, docteur en médecine, ancienne externe, ont la joie de faire part de la naissance de leur fils *Philippe* (Sceaux, 4, avenue de Fontenelle, 8 Août 1945).

Mariage.

— On annonce le mariage du docteur Georges Berthet, interne des Hôpitaux de Paris, avec Mademoiselle Jacqueline Héry (Paris, 4 Octobre 1945).

Décès.

— Nous apprenons le décès du docteur Jeanne Luys, sœur du docteur Clérisz, survenu le 11 Septembre 1945, à Paris (61, rue des Martyrs).

— On annonce le décès accidentel de Daniel Kitmacher, fils de Madame et du docteur Kitmacher (Sully-sur-Loire).

— On annonce le décès du docteur Albert Dreyus, Administrateur des Sucreries du Marquenterre (Bourg-la-Reine, 19 Septembre 1945).

— Madame Kalmanovitch a la douleur de faire part de la mort, au camp de Mauthausen, de son mari, le docteur J. Kalmanovitch, réformé de guerre 1914 1918 (1er Mars 1945).

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

AVIS. — Prière de joindre aux réponses un timbre de 2 francs pour transmission des lettres

Le gérant : F. Thomas.

Imprimé par l'Ancne Imprimerie de la Cour d'Appel, 1, rue Cassette, à Paris (France).

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées aux Périodiques, la Direction scientifique de La Presse Médicale a dû fixer à 4 colonnes maximum l'étendue des mémoires originaux. Tout manuscrit dépassant cette étendue sera retourné à son auteur.

LA VACCINATION ANTIDIPHTÉRIQUE ET LA PROPHYLAXIE DE LA DIPHTÉRIE

NOUVELLES PREUVES DE SON EFFICACITÉ

Par G. RAMON

Après une longue et pénible interruption de outes relations scientifiques et médicales, les Revues étrangères et spécialement les Revues américaines et anglaises, nous parviennent de plus en plus nombreuses, avec une fréquence et une rapidité, elles aussi, de plus en plus grandes. Elles nous apportent le témoignage du labeur fructueux de nos Collègues d'outre-mer durant ces dernières années et nous apprennent en même temps les progrès remarquables réalisés en divers domaines de la science médicale. Elles nous font en outre connaître le développement pris dans le monde, par des méthodes d'origine française, ce qui nous permet d'exposer aujourd'hui certains des résultats acquis dans l'application de la vaccination antidiphtérique à la prophylaxie de la diphtérie. Le lecteur y puisera maints enseignements.

Notre intention n'est pas de dresser ici un bilan de la vaccination antidiphtérique et de ses résultats dans les différents pays. Nous l'avons fait il y a peu de temps ailleurs, aussi largement que possible [1]. Nous nous bornerons, dans ce court article, à montrer l'influence de la vaccination dans la prophylaxie de la diphtérie, en fournissant quelques exemples parmi les plus démonstratifs par leur ampleur et leur signification.

A peine avions-nous jeté, en 1923 [2], les bases de l'immunisation active contre la diphtérie au moyen de l'anatoxine spécifique que la méthode se répandit à l'étranger, en premier lieu aux Etats-Unis et au Canada.

A ce propos, nous rappellerons ce qu'écrivait en 1937 le grand hygiéniste et immunologiste américain que fut William Park qui jadis avait lui-même préconisé un procédé de vaccination utilisant des mélanges de toxine et d'antitoxine diphtériques [3] (T. A.) et par conséquent tout différent de la méthode anatoxique.

« *En 1924. Zingher et moi,* précise William Park, *nous acceptions la supériorité de l'anatoxine de Ramon sur le vaccin « toxine-antitoxine ».* Nous basions cette supériorité sur le fait que l'anatoxine est plus stable, plus commode à préparer, non dangereuse lorsqu'elle a été soumise à de grands froids, plus efficace et non sensibilisante [4]. » Et Zingher de son côté avait annoncé, dès 1925 : « *L'anatoxine diphtérique est une préparation idéale pour l'immunisation active contre la diphtérie* [5]. »

De 1925 à 1929, durant la période d'organisation de la vaccination par l'anatoxine, environ 200.000 enfants de New-York ont été vaccinés. A partir de 1929, les campagnes de vaccination aintidiphtérique se succédèrent de plus en plus actives dans cette ville, sous l'énergique impulsion de William Park qui était alors Directeur des Services d'Hygiène. Dès 1933, dans une cérémonie officielle, le *millioniéme enfant de New-York était vacciné* par William Park lui-même [6], assisté de Bela Schick, l'auteur de l'épreuve qui porte son nom, laquelle a rendu et rend tant de services pour le contrôle de

1. G. RAMON : *Bulletin Académie de Médecine*, 1944, **128**, 563

2. G. RAMON, *C. R. Acad. des Sciences*, 1923, **177**, 1338. *Annales Institut Pasteur*, 1924, **38**, 1.

3. Ce procédé était basé sur les constatations initiales de Théobald SMITH (1907) et sur les recherches de VON BEHRING (1913).

4. William H. PARK, *The Journ. of the Am. Med. Ass.*, 1937, **109**, 1681.

5. A ZINGHER, *Proc. of the Soc. for Exp. Biol. a. Medicine*, 1925, 162,

6. Signalons ici, en passant, que fin 1944, à peine 400.000 enfants étaient vaccinés contre la diphtérie, à Paris, cela bien que la vaccination antidiphtérique ait été rendue obligatoire en France par la loi du 25 Juin 1938 complétée par celle du 24 Novembre 1940, et malgré les efforts des Services d'Hygiène et d'une grande partie du Corps Médical (voir à ce propos Ch REVERDY et Albert BESSON, *Bullet. Acad. de Méd* 1945 **129** 267)

l'immunité antidiphtérique. Bela Schick vaccina, lui, le premier enfant du deuxième million. Et en 1935, à l'occasion de la remise qui lui était faite par ses collaborateurs d'une plaquette en bronze à son effigie, William Park annonçait *qu'en l'espace de quinze ans le nombre des cas de diphtérie à New-York était tombé de 15.000 à 1.500.*

Dans le *Bulletin des Services de la Santé de la Cité de New-York*, de Mars 1945 [7] sont publiées sous forme d'un tableau que nous reproduisons intégralement les statistiques de morbidité et de mortalité par diphtérie pour la ville de New-York depuis 1910 jusqu'en 1944 y compris.

Cité de New-York.
Nombre de cas et de morts par diphtérie 1910-1944.

ANNÉES	CAS	MORTS	MORTS pour 100.000 enfants au-dessous de 15 ans
1910-1919 (moyenne).	14.282	1 290	86,4
1920-1929 (moyenne).	10 685	704	42,2
1930	3.794	198	11.4
1931	3 999	186	10,8
1932	3.581	210	12,4
1933	1 891	86	5,2
1934	1 393	103	6,3
1935	1 189	68	4,3
1936	1 124	35	2,2
1937	1.184	58	3,8
1938	700	26	1,7
1939	543	22	1,4
1940	386	10	0,7
1941	362	10	0,7
1942	392	7	0.5
1943	274	16	1,1
1944	242	7	0,4

A l'examen de ce tableau, on constate que de 1910 à 1919, il y eut en moyenne, chaque année, 14.000 cas de diphtérie avec 1.290 morts malgré le traitement par le sérum antidiphtérique et ses progrès. La maladie diphtérique était donc encore très redoutable.

De 1920 à 1929, pendant la période d'organisation, de mise en train de la vaccination antidiphtérique et de sa généralisation, la moyenne annuelle était de 10.000 cas de diphtérie avec 704 morts.

A dater de 1929, sous l'influence de la vaccination par l'anatoxine diphtérique rendue systématique et généralisée à New-York, la morbidité et la mortalité par diphtérie vont s'abaisser progressivement et très rapidement. C'est ainsi que durant ces cinq dernières années, il y eut en moyenne à New-York, 330 cas de diphtérie seulement et 10 morts par an. L'indice de mortalité par diphtérie pour 100.000 enfants au-dessous de 15 ans a passé de 86,4, moyenne annuelle de la période 1910-1919, à 0,4 en 1944. En bref, on peut dire que *New-York fait chaque année, grâce à la vaccination antidiphtérique, l'économie de plus de 1.200 vies d'enfants.*

Tels sont les résultats impressionnants enregistrés à New-York dans la lutte contre la diphtérie. Il peut être proclamé que dans cette ville comme d'ailleurs dans la plupart des grandes villes des Etats-Unis [8], la diphtérie est aujourd'hui pratiquement vaincue par l'utilisation d'une méthode d'immunisation d'origine française, de même que le tétanos a été éliminé de l'armée américaine durant la présente guerre par l'emploi généralisé d'une méthode de vaccination, elle aussi d'origine française [9].

7. *Quartely Bulletin. Dept. of Health, City of New-York*, N° 1, Mars 1945. **13**. 10.

8. Voir *The Journal of the Am. Med. Assoc.*, 1942, **118**. 714-718. Voir également à ce propos G. RAMON, *Bullet. Acad. de Méd.*, 1944, **128**, 563.

9. G. RAMON, *La Presse Médicale*, 30 Décembro 1944, **23**, 333.

Dès les premiers essais d'immunisation en France (1924), la prophylaxie de la diphtérie au moyen de l'anatoxine fut entreprise *au Canada* ainsi que le rappelaient, en 1938, Fitz-Gerald et ses collaborateurs : « *En 1925, en conséquence des travaux de Ramon, l'anatoxine diphtérique était préparée dans les Laboratoires Connaught, de l'Université de Toronto* et distribuée aux Services d'Hygiène des provinces et des localités du Canada. Cela fut fait après de soigneuses études, au laboratoire et en clinique, qui avaient démontré la valeur — du point de vue de l'innocuité et des propriétés immunisantes — de cet agent spécifique de prévention de la diphtérie » [10].

A diverses occasions, nous avons rapporté les résultats de la lutte contre la diphtérie au Canada [11]. Aujourd'hui, nous emprunterons la relation des succès remportés dans ce pays, dans l'application de la vaccination au moyen de l'anatoxine diphtérique, à un article relativement récent (1943) de Carson, sous-directeur du Bureau d'Hygiène et des Maladies Tropicales à Londres [12]. Les résultats saisissants obtenus au Canada, déclare cet auteur, dans les villes de Toronto, Hamilton, Brantford, Montréal, etc., sont à citer spécialement. Fitz-Gerald, Fraser, Mc Kinnon et Ross montrent en 1938 que la vaccination des enfants des écoles, au cours des années 1927 à 1932, réduit la morbidité diphtérique d'environ 90 pour 100 chez les vaccinés, par rapport aux non-vaccinés. Dans certaines villes, la mortalité chez les vaccinés est nulle. Le bénéfice de la vaccination des enfants a eu sa répercussion dans la réduction de la morbidité et de la mortalité par diphtérie dans la population entière; en effet, le taux de mortalité, par exemple, tombe de 6 pour 100.000 en 1930 à 0,6 en 1934. Au cours de la guerre, *la vaccination au moyen de l'anatoxine diphtérique a été pratiquée dans l'armée canadienne et y a pour ainsi dire éliminé la diphtérie* [13].

On sait combien le public anglais est en général réfractaire à la pratique des vaccinations. Néanmoins, depuis quelques années, grâce à la propagande faite par les organisations médicales et les Services d'Hygiène, la vaccination antidiphtérique a pris un grand essor dans les Iles Britanniques. C'est ainsi qu'une campagne très active d'immunisation fut entreprise en Ecosse en Novembre 1940, au moment où l'on constatait une recrudescence de la diphtérie. En 1941-1942 rapporte Russel [14], il a été procédé en Ecosse à l'immunisation de 748.287 enfants dont près de 500.000 ont été immunisés dans la première moitié de 1941. A la fin de 1941, on estimait que 71 pour 100 des enfants des écoles et 56 pour 100 des enfants d'âge préscolaire avaient été soumis à la vaccination antidiphtérique. Nous reproduisons dans notre texte les tableaux figurant dans celui de Russel et qui concernent la morbidité et la mortalité chez les non-vaccinés et chez les vaccinés.

De ces tableaux, il ressort que l'on a constaté en 1941, 10.616 cas de diphtérie chez les non-vaccinés et 1.036 chez les vaccinés, soit dix fois moins. D'autre part il y eut, toujours en 1941, *515 morts par diphtérie chez les non-vaccinés et 2 seulement chez les vaccinés.* Au total pour les années 1941 et 1942 on a compté : 17.091 cas de diphtérie chez les non-vaccinés et 2.833 chez les vaccinés et *794 morts chez les non-vaccinés contre 13 chez les vaccinés.* Ces chiffres illustrent de façon frappante l'efficacité de la vaccination antidiphtérique généralisée à toute une région sans qu'il soit besoin d'apporter des documents relatifs à des observations faites en Angleterre dans les collectivités restreintes.

10. J. G. FITZ-GERALD, D. T. FRASER, N. E. Mc KINNON, M. A. ROSS, *The Lancet*, 12 Février 1938, 391, et *Bullet of the New York Academy of Medicine*, Septembre 1938, **14**, 566.

11. Voir par exemple G. RAMON : *La Presse Médicale*, 1939, n° 21

12. J. F. CARSON : Diphtérie A Summary of recent Literature, *Bull. of Hyg.*, Décembre 1943, **18** 383.

13. Voir SELLERS, *Canad. Publ. Health Journ.*, 1942, **33**, n° 12, 575-587. Analysé in *Bullet. of War Med.*, 1943, **3**, 643.

14. A. RUSSEL, *Proc. Roy. Soc. Med.*, 1943, **36**, 503-511.

Morbidité chez les non-vaccinés et chez les vaccinés (en Ecosse).

	NON-VACCINÉS				VACCINÉS			
	Age préscolaire	Age scolaire	Au-dessus de 15 ans	Total	Age préscolaire	Age scolaire	Au-dessus de 15 ans	Total
1941	2.766	4 275	3 120	10.161	170	835	51	1 036
1942	1.754	2 271	2.905	6.930	307	1 397	93	1.797
Totaux . . .	4.520	6.546	6 025	17.091	477	2 232	124	2.833
Mortalité chez les non-vaccinés et chez les vaccinés.								
1941	277	186	52	515	»	2	»	2
1942	153	89	37	279	4	7	»	11
Totaux . . .	430	275	89	794	4	9	»	13

Arrivé au terme de cet exposé relatif au développement et aux résultats de la méthode de vaccination par l'anatoxine diphtérique dans différents pays étrangers, il conviendrait d'en venir aux réalisations en France. Nous renvoyons pour cela à nos publications antérieures [15]. Nous nous contenterons d'évoquer la remarquable application de l'immunisation antidiphtérique active dans *l'Armée française.*

Obligatoire depuis 1936 [16] pour toutes les troupes des armées de terre, de mer et de l'air, et aussi rapidement que parfaitement bien exécutée, selon la formule des « vaccinations associées », l'immunisation antidiphtérique avait à la veille de la guerre diminué considérablement la morbidité et la mortalité par diphtérie. Les médecins militaires ont été unanimes à déclarer que, *grâce à la vaccination antidiphtérique obligatoire effectuée dans d'excellentes conditions durant le temps de paix, la diphtérie avait, en 1939, pratiquement disparu de l'Armée française* [17]. Et comme épilogue des vaccinations dans l'Armée française nous citerons ici un simple fait tout récemment rapporté par P. Juret [18]. Dans le courant du dernier trimestre 1940, 10 Belges et 8 Français sont entrés à l'hôpital du Stalag 2 B, atteints d'angine diphtérique contrôlée bactériologiquement. Les prisonnier. belges dépendant de ce camp se trouvaient sept o huit fois moins nombreux que les prisonniers fran çais avec lesquels ils étaient mélangés. On peu donc estimer que la morbidité a été parmi eu: dix fois plus importante que parmi les nôtres Quant à la mortalité, elle a atteint 50 pour 100 che les malades belges [19] contre 12 pour 100 chez le nôtres (encore convient-il de noter que le seul Fran çais qui a succombé n'avait pas été vacciné). Ce résultats ne peuvent être expliqués, dit l'auteur qu les relate, qu'à la lumière des mesures différente prises précédemment dans l'Armée française e dans l'Armée belge, celle-ci n'ayant pas été soumis à la vaccination antidiphtérique, obligatoire dan la première.

Les faits que nous venons d'exposer nous auto risent à répéter aujourd'hui, avec plus de forc encore, la conclusion que nous émettions déjà à l veille de la guerre [20] :

Les résultats obtenus depuis 1923 et plus spécia lement ceux acquis à l'heure présente à l'étrange consacrent incontestablement l'efficacité de la vac cination au moyen de l'anatoxine diphtérique. Il entraînent la conviction de plus en plus grande, d voir disparaître la diphtérie, par la pratique systé matique et généralisée de cette méthode de prophy laxie spécifique qui, partout où elle a été correcte ment, judicieusement mise en œuvre, a permis un réduction considérable de la morbidité et de la mor talité dues à la diphtérie, maladie épidémique.

15. G. Ramon, *Bullet. Acad. de Médecine*, 1943, **127**, 653 ; idem, 1944, **128**, 563.
16. Il faut noter qu'à partir de 1930, des essais systématiques de vaccination antidiphtérique avaient été faits dans certaines Régions militaires.
17. Voir par exemple : F. Meerssemann et M. Hulin, *La Presse Médicale*, 1940, No 53, 589. — Pilod : *Revue Med. Franç.*, 1938, **19**, 377. — R. Somer et J. F. Buvat : *Soc. de Médecine Milit. Française*, 1938, **18**, 415.
18. P. Juret : *Thèse Paris* 1945.
19. Cette forte mortalité s'explique en partie par la pénu rie de sérum antidiphtérique dans les camps, par la sous alimentation et les fatigues de toutes sortes auxquelle étaient soumis les prisonniers
20. G. Ramon, *Bullet. Acad. de Méd.*, 1938, **12**, 730.

PARALYSIE TARDIVE
DES
DILATATEURS DE LA GLOTTE
APRÈS THYROÏDECTOMIE

Essai pathogénique [1]

PAR MM.

Pierre WERTHEIMER et Henri MARTIN

(Lyon)

Les paralysies récurrentielles post-opératoires sont depuis longtemps décrites, et si leur existence et leur fréquence sont notions banales, il n'en est pas de même de leurs modalités, de leur évolution clinique et surtout de leur pathogénie.

Depuis la thèse de Deygas (1902) précédée de nombreux travaux, parmi lesquels ceux de Lermoyez, la séméiologie des diverses formes cliniques des paralysies récurrentielles d'origine périphérique est bien établie; le devenir de cette séméiologie est par contre sujet à discussion, et dès 1914 la loi de Semon Rosenbach était critiquée dans la thèse de Dufourmentel. Ces dix dernières années de très nombreux cas de paralysies bilatérales post-opératoires ont été signalés tant en France qu'à l'étranger. Rankin, Herbert A. Bruce, Earle Green, Davies, New et Children rapportaient les cas anglo-saxons; Collet, Bérard, Mme Grevelink, Feuz, Halphen et Ramadier, Piaget dans sa thèse signalaient les cas français, Rebattu et Mayoux dernièrement publiaient les cas lyonnais récents de paralysie des dilatateurs de la glotte.

Ainsi quelques faits furent établis avec certitude. Les paralysies récurrentielles qui survenaient d'une façon très habituelle au cours des premières interventions sur les goitres et dont la prévention fut longtemps un des principaux soucis de la technique opératoire, sont de plus en plus rares actuellement; elles peuvent être immédiates au cours de l'intervention: le nerf peut être sectionné ou pris dans la ligature de la thyroïdienne inférieure, le plus souvent il est simplement élongé, tiraillé dans les manœuvres de désenclavement. Ces paralysies immédiates sont habituellement définitives; mais à côté il existe un certain nombre de paralysies qui n'apparaissent qu'après l'opération et pour lesquelles le mécanisme semble différent: elles peuvent survenir quelques heures après l'acte chirurgical ou deux jours après au plus, et sont dues alors à l'œdème ou à un hématome au voisinage du récurrent.

Il nous a été donné d'observer un cas très tardif de paralysie post-opératoire des dilatateurs, nous le rapportons non seulement parce qu'il nous a semblé unique dans la littérature, mais aussi parce que la dissection minutieuse de la pièce anatomique en dévoile les causes et permet d'en tirer les déductions pathogéniques d'une portée plus générale.

Voici les faits :

Il s'agit d'un homme qui en 1935, à l'âge de 21 ans, est opéré d'un volumineux goitre diffus ; on pratique une hémithyroïdectomie droite assez complète, ne laissant guère subsister qu'une partie du pôle inférieur, à gauche le goitre étant moins volumineux on ne fait qu'une résection partielle, on laisse donc une lame postérieure assez épaisse de corps thyroïde.

Les suites opératoires furent simples et il n'est fait mention d'aucun trouble vocal ou respiratoire.

Militant dans la Résistance, il est blessé en Avril 1944 par une balle qui provoque une fracture du fémur du côté droit. En Octobre 1944, le malade se plaint d'une dyspnée d'effort progressive.

Il est examiné au mois de Janvier 1945 :

Dyspnée d'effort, légère dysphonie, pas de dysphagie.

Pas de tremblement, ni d'exophtalmie.

Pas d'amaigrissement.

On note un goitre prédominant sur le lobe gauche, nettement plongeant, de consistance assez résistante, sans noyaux indurés.

L'examen général est par ailleurs négatif. Métabolisme basal normal.

Examen laryngoscopique (Prof. Rebattu) :

Les cordes vocales sont immobilisées dans une situation para-médiane. Dans la phonation elles se rapprochent et la voix est sensiblement normale. Cependant l'abduction est presque nulle et il n'existe qu'une petite ouverture en O fermé. La tension des cordes est pratiquement normale.

Il s'agit d'une paralysie des dilatateurs d'origine discutable.

Le 2 Février 1945, *intervention :*

Anesthésie locale. Incision transversale gauche des muscles du cou sur quelques centimètres pour permettre la libération de la tumeur. On se trouve en présence d'un goitre kystique adhérent dont la partie supérieure tient à la trachée et à la sangle musculaire du cou ; la partie inférieure est représentée par une volumineuse poche intrathoracique, adhérente de toute part, qu'il es difficile d'extérioriser. En outre, toute manœuvre d'exté riorisation provoque immédiatement des troubles respi ratoires très accusés. On parvient cependant à libère cette poche et à l'enlever, mais le malade présente un dyspnée progressive et bruyante allant jusqu'à l'apnée On est obligé de pratiquer la respiration artificielle.

La pièce paraît correspondre à une vieille hématocèl enflammée.

Les suites opératoires sont simples au point de vu local, mais la dyspnée est importante, le tirage est all en s'atténuant progressivement, cependant que des crise paroxystiques venaient troubler ce calme relatif.

Le 5 Février 1945, dans la nuit, le malade meurt san cyanose dans un tableau de collapsus. A ce moment l trachéotomie était inutile, mais on regrette rétrospecti vement qu'elle n'ait pas été pratiquée antérieurement

Autopsie : Eviscération totale. Ablation en bloc d pharyngolarynx. Autopsie des centres nerveux.

Rien à signaler au niveau des viscères.

L'examen macroscopique des centres nerveux et micro scopique du bulbe (Dr Girard) ne montre aucune lésio spéciale.

La dissection des récurrents révèle :

1° Du côté droit un récurrent englobé dans un tiss cicatriciel compact, il est impossible de le suivre plu haut que le pôle inférieur du lobe thyroïdien tant es dense le tissu de sclérose.

2° Du côté gauche, à la partie moyenne du lob thyroïdien, le nerf est inclus dans une poche hématiqu organisée de la grosseur d'une noix. Il s'agit d'une vieill hématocèle, ce que l'examen biologique est venu con firmer, sans cependant que ces lésions soient de dat très ancienne à l'examen microscopique.

A noter que sur la pièce anatomique les cordes vocale étaient en position intermédiaire.

Réflexions. — De cette observation anatomo clinique nous déduirons tout d'abord quelque remarques sur le mécanisme de l'atteinte du récur rent dans la thyroïdectomie et dans ses suites.

Le récurrent droit englobé dans du tissu cica triciel était en réalité lésé depuis la première inter vention; cette paralysie avait dû apparaître soi aussitôt, soit dans les quelques jours qui ont suiv l'opération, mais cette paralysie unilatérale n'avai pas eu d'expression clinique comme il est asse fréquent. Il a fallu l'atteinte du deuxième récur rent pour que l'examen laryngoscopique s'imposât cette paralysie survenue douze ans après thyroïdec tomie était la conséquence d'une hématocèle loca lisée; c'est dire non seulement tout l'intérêt d'un examen systématique pré-opératoire des corde vocales, car certains malades peuvent présenter de paralysies unilatérales silencieuses (Rankin), mai aussi la nécessité d'un examen post-opératoire tardif surtout dans le cas d'une réintervention.

1. *Cf.* Thèse Goutorbe, Lyon, 1945, inspirée par R. Mayoux.

Quant à la pathogénie même des phénomènes observés et de la situation de la corde vocale paralysée, l'analyse des faits permet d'en tirer des déductions d'une portée plus générale.

Comment expliquer en effet la paralysie des dilatateurs d'origine périphérique ? Les travaux sur ce sujet sont très copieux.

Tout d'abord on essaya d'expliquer la loi de Semon Rosenbach établissant qu'une paralysie laryngée d'origine centrale ou périphérique débute d'abord par la perte de la fonction dilatatrice et évolue ensuite par la paralysie du constricteur vers la rectification en position cadavérique de la position première de la corde en position médiane. Une dissociation des fibres récurrentielles fut invoquée, les fibres abductrices étant plus vulnérables que les fibres adductrices, car moins bien protégées (Morell, Mackenzie) et plus fragiles (Frænkel et Gad, Risien Russel); on a soutenu qu'il existait une différence d'intensité dans l'impulsion nerveuse venue des centres; certains ont voulu attribuer à l'infériorité des muscles eux-mêmes la responsabilité de cette électivité, les dilatateurs étant moins nombreux, plus faibles, ayant un mode d'insertion moins favorable (Gomers) et se fatiguant davantage.

Mais toutes ces hypothèses ne sont pas acceptables car dans la section complète des récurrents la position médiane des cordes vocales est fréquente.

Si la paralysie des dilatateurs n'est pas le fait d'une paralysie isolée des abducteurs, peut-être est-elle imputable à la contracture des muscles constricteurs ?

Cette idée est ancienne puisqu'elle fut pour la première fois formulée par Krishaber en 1866, cet auteur attribuant la fermeture de la glotte à la contracture de certains adducteurs par lésion du récurrent lui-même.

Mais Lermoyez combattit cette interprétation, il estimait que l'hypothèse d'une contracture primitive résultant de l'irritation d'un tronc nerveux et de la névrite qui en résulte est contraire aux données de la neuropathologie; en effet les paralysies par névrite périphérique sont flasques; d'autre part, l'existence de cette contracture établie expérimentalement par Krause et consécutive à une irritation du récurrent n'a rien de comparable aux lésions pathologiques qui s'observent chez l'homme.

Loin de nous la pensée de critiquer ces objections faites par Lermoyez; la section d'un récurrent détermine une paralysie flasque et les expériences de Krause ont abouti non pas à une irritation récurrentielle mais à une paralysie pure et simple.

Tout nous porte à croire cependant que la vieille hypothèse de Krishaber reste vraie et l'explication nous en est donnée par une notion anatomique qui semble avoir échappé à tous ses détracteurs.

L'inter-aryténoïdien est innervé par le laryngé inférieur certes, mais aussi par le laryngé supérieur. Dans le cas que nous rapportons le fait était évident, une dissection minutieuse de ce nerf nous a permis de suivre une branche nerveuse jusque dans le corps du muscle lui-même. Nous avons avec Goutorbe, qui consacre sa thèse à cette question, poursuivi d'autres dissections dont nous donnerons ultérieurement les résultats, mais dès à présent, sur 7 pièces anatomiques, 7 fois nous avons trouvé un rameau de la branche interne du laryngé supérieur innervant l'inter-aryténoïdien, ce rameau est souvent d'une extrême finesse, mais avec des trajets quelquefois différents, il nous a toujours été possible de le poursuivre en plein corps musculaire.

Cette notion anatomique n'est pas entièrement nouvelle, cette double innervation a déjà été signalée, le plus souvent réfutée, mais elle nous a paru d'une remarquable constance.

Il n'est donc plus besoin d'admettre la coexistence difficilement concevable de phénomènes paralytiques et irritatifs à l'intérieur d'un même nerf.

La paralysie des dilatateurs de la glotte nous paraît due à une paralysie récurrentielle complète avec intégrité des nerfs laryngés supérieurs. Tous les muscles du larynx se trouvent alors paralysés, sauf ceux qui reçoivent leur innervation motrice du laryngé supérieur, c'est-à-dire le crico-thyroïdien et l'inter-aryténoïdien. Ces muscles par perte de leurs antagonistes vont produire leur action respective, tension et adduction des cordes vocales, c'est-à-dire l'aspect caractéristique de la paralysie des dilatateurs.

En plus des arguments anatomiques que nous venons de signaler, nous pouvons invoquer des arguments expérimentaux et cliniques.

En Allemagne, Klestadt, puis Leischenring et Hegener pratiquèrent chez plusieurs tuberculeux du larynx des sections chirurgicales ou cliniques (alcoolisation) du récurrent pour mettre le larynx au repos; ils obtinrent le plus souvent une corde en position médiane, mais Grabover et Kilian parvinrent à transformer en paralysie en ouverture une paralysie des dilatateurs par section chirurgicale chimique du laryngé supérieur.

Chez notre malade c'est la mort qui, faisant office de cette section, permit aux cordes vocales de revenir en position intermédiaire.

L'absence du muscle inter-aryténoïdien chez le chien explique dès lors pourquoi Dufourmentel, par section du récurrent chez cet animal, n'obtint pas de paralysie en position médiane.

On comprend aussi pourquoi Ruault ayant fait sectionner par Monod le récurrent d'un hémiplégique laryngé immobilisé en position médiane n'avait constaté aucun changement de position.

L'observation de Makins qui a vu une paralysie en position médiane suivre une section du récurrent réparé par suture, ne prouve pas du tout que les fibres adductrices aient été les seules à récupérer leur fonction, comme il le pensait mais simplement que la paralysie des muscles antagonistes a permis à l'inter-aryténoïdien de ramener progressivement les cordes dans cette position et c'est là, nous semble-t-il, l'explication de l'évolution possible de ces paralysies.

Enfin signalons que la position médiane des cordes vocales a été signalée dans les cas d'atteinte élective du laryngé supérieur (dans la diphtérie par exemple) où il y a perte des mouvements d'adduction.

Reste à expliquer cependant le fait que dans la section récurrentielle la paralysie des dilatateurs n'est pas constante; il faut admettre alors que l'innervation de l'inter-aryténoïdien par le laryngé supérieur puisse être ou bien absente ou bien insuffisante fonctionnellement; en ce cas les cordes vocales perdent leur tension (par suppression de l'action du crico-thyroïdien) mais restent en position intermédiaire par défaut de contracture de l'inter-aryténoïdien.

Il nous a paru intéressant à propos d'une observation particulièrement démonstrative de rouvrir à la lumière de faits nouveaux expérimentaux, cliniques et anatomiques le débat sur les paralysies récurrentielles, celles des dilatateurs en particulier et de soutenir une hypothèse pathogénique nouvelle.

IMPORTANCE ET VALEUR DE L'ÉLECTRO-ENCÉPHALOGRAPHIE DANS LES TRAUMATISMES CRANIO-CÉRÉBRAUX

PAR MM.

PUECH, FISCHGOLD, VERDEAUX et BRUN

(Paris)

L'expérience que nous avons acquise en appliquant systématiquement l'électro-encéphalographie à l'étude des traumatismes cranio-cérébraux nous autorise à souligner son importance et sa valeur dans la détermination : 1° DU PRONOSTIC VITAL PRÉCOCE, 2° DE L'ÉVOLUTION RÉCENTE, 3° DE L'ÉVOLUTION TARDIVE.

Ce travail porte sur la totalité de traumatimes récents et sur une série d'accidents tardifs enregistrés dans le Laboratoire d'Electrobiologie du Centre Neuro-Chirurgical des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine :

118 TRAUMATISMES CRANIO-CÉRÉBRAUX RÉCENTS ont été enregistrés du 8 Octobre 1942 au 31 Décembre 1944, moins de quinze jours après l'accident. 18 observations ont dû être éliminées. *Parmi les 100 cas restants, 43 ont fait l'objet d'une intervention neuro-chirurgicale* d'importance variable, allant du simple trou de trépan explorateur jusqu'à la lobectomie. Il y a lieu de tenir compte du fait que la majorité des traumatismes cérébraux adressés au Centre Neurochirurgical de Sainte-Anne sont des cas graves.

239 TRAUMATISMES CRANIO-CÉRÉBRAUX PLUS ANCIENS, remontant à plus de quinze jours, à des mois ou même des années ont par ailleurs été enregistrés au Laboratoire : nous avons retenu un certain nombre de ces observations.

Nos recherches ont été possibles grâce à l'aide efficace et aux conseils scientifiques de notre maître le Doyen Baudouin auquel nous adressons nos affectueux et respectueux remerciements.

I. — E.E.G. ET PRONOSTIC VITAL.

Lorsqu'un traumatisme récent arrive dans le Service, la première question qui se pose est celle du *pronostic vital :* le blessé veut-il vivre ou non ? Que faut-il faire ou ne pas faire ? Faut-il ou non opérer ? S'il s'agit d'un traumatisme ouvert, la question est vite résolue : il faut l'opérer. Dans le cas contraire, l'hésitation est fréquente.

A l'heure actuelle, chacun sait que le pronostic immédiat des traumatisés de la tête repose principalement sur *l'étude des perturbations des fonctions vitales :* conscience, circulation (pouls et pression artérielle), respiration, régulation thermique, déglutition, excrétion des matières et des urines. Les autres examens neuro-psychiatriques n'apportent en général aucun renseignement important pour le pronostic vital. La radiographie simple montre l'état du crâne et non celui du cerveau. Les épreuves radiologiques de contraste sont habituellement contre-indiquées comme dangereuses à ce stade. En cas de doute, on est donc conduit à pratiquer une trépano-ponction exploratrice sur l'importance diagnostique de laquelle Petit-Dutaillis, Cl. Vincent et nous-mêmes avons insisté.

Nous sommes en mesure d'affirmer que *l'E.E.G. est à même de fournir, en dehors de toute exploration sanglante, des signes électriques qui, judicieusement insérés dans le contexte clinique, peuvent acquérir une valeur pronostique certaine.*

Un sujet qui n'est pas dans le coma et dont le tracé électrique est très altéré, présente d'habitude un état grave qui met la vie en danger :

G.-M. L..., 60 ans, le 10 Août 1944, balle en séton, sans atteinte cérébrale, dans la région occipitale gauche. Examinée vingt jours après, elle a encore un tracé totalement désorganisé, sans trace d'alpha. *Décès* le 4 Septembre 1944.

Inversement, la persistance d'un tracé normal ou voisin du normal fournit un élément rassurant, même si les dégâts déterminés par le traumatisme paraissent à première vue considérables :

D. L..., 54 ans, le 27 Juillet 1943, chute de bicyclette Radiographie : forte embarrure frontale. Le tracé es[t] pratiquement normal, avec un rythme alpha conservé L'embarrure est levée le jour même et l'on observe [à] l'intervention un cerveau contus, avec dure-mère ouvert[e] et *bouillie cérébrale, nécessitant l'amputation. Guérison* totale dès les jours qui suivent.

Ainsi, *l'ampleur des anomalies électriques s'accroît avec la gravité du traumatisme.* Sur no[s] 43 opérés, 42 fois le tracé était altéré ; une seul[e] fois les signes cliniques étaient tels que l'intervention s'imposa malgré un tracé normal.

H. P..., 55 ans, renversé par une voiture le 23 Novembre 1944 : otorragie gauche, fracture temporo-pariétal gauche. Dans les deux jours suivants, le malade rest[e] vigile, avec température à 37°5 ; mais le pouls se ralenti[t] à 40. Le tracé E.E.G., très plat, reste normal. L[e] 25 Novembre 1944, on intervient et l'on évacue u[n] *kyste de méningite séreuse de 50 cm³ au niveau de l[a] scissure de Sylvius. Guérison* en trois semaines.

La signification pronostique de l'E.E.G. dans le[s] traumatismes a déjà été notée par Jasper, Kershma[n] et Elvidge (1); puis par l'un de nous, avec Mme e[t] M. Lerique (2) dans un mémoire basé sur 127 cas d[e] traumatismes, dont 37 récents.

En appliquant dans le présent travail la méthode lu « double calcul », nous trouvons une *corrélation le 0,49 avec une erreur probable de plus ou moins),05, entre la gravité clinique et l'altération du racé*[1].

Sur 23 traumatisés ayant guéri spontanément en noins de quinze jours, 18 avaient un tracé normal ou à la limite du normal.

Inversement les 5 sujets décédés des suites du raumatisme présentaient, même à l'état vigile, des racés E.E.G. totalement désorganisés.

Il y a certes des exceptions et des discordances dont nous commençons à saisir les mécanismes. Ainsi, *pour un traumatisme de gravité égale, un enfant a un tracé plus altéré qu'un adulte.* L'instabilité du ythme cérébral de l'enfant, bien connue dans l'épilepsie, s'observe aussi dans ce domaine. De nême, *il n'y a pas lieu de prendre trop au tragique les modifications électriques amples et spectaculaires enregistrées au niveau des deux lobes frontaux* qui, assez silencieux chez le sujet normal, s'allument acilement dans toutes les affections cérébrales.

En conclusion, on peut dire *qu'on ne meurt pas l'un traumatisme cranio-cérébral avec un tracé E.E.G. normal ou même légèrement perturbé sur oute la surface du crâne, pourvu que le rythme alpha soit conservé.* Au contraire, un blessé de la ête, sorti du coma, *dont le tracé reste désorganisé, mérite d'être considéré comme étant en danger érieux.*

II. — E.E.G. et évolution récente.

Dans quelle mesure l'E.E.G. permet-il de distinguer les effets de la *commotion initiale et globale* les lésions plus ou moins *localisées?* Dans quelle nesure peut-on suivre par l'E.E.G. l'évolution, l'extension, l'atténuation des lésions ou le développement de réactions intracraniennes secondaires?

E. Ch..., 61 ans, renversé par une voiture allemande le 8 Août 1943 : otorragie droite, hémiplégie droite avec Babinski. L'E.E.G. pratiqué le lendemain montre un rythme alpha normal à droite et une désorganisation complète à gauche. A l'intervention : *méningite séreuse gauche et hématome sous-dural à droite.* Décès le septième jour.

En général, les signes électriques de la commotion sont immédiatement diffus et bilatéraux car ils traduisent l'ébranlement de la totalité de l'encéphale. Or, dans l'observation que nous venons de citer, les altérations électriques étaient *localisées* et *unilatérales.* En outre, le facteur commotionnel s'atténue dans les heures ou les jours qui suivent le traumatisme ; il n'y donc pas lieu de le mettre en cause dans les cas où le tracé s'aggrave progressivement.

N. S..., 23 ans, chute de bicyclette le 22 Octobre 1944 : Le tracé E.E.G., presque normal vingt-quatre heures après, *s'altère progressivement ;* le 28 Octobre 1944, les anomalies électriques se localisent surtout à gauche. L'intervention libère une *méningite séreuse* avec *un petit hématome extra-dural. Guérison* et normalisation du tracé en trois semaines.

Un tracé normal, enregistré immédiatement après l'accident, permet d'affirmer le rôle minime de la commotion.

C. A..., 24 ans ; chute de bicyclette le 13 Novembre 1944. Fracture occipitale médiane. Les altérations électriques s'aggravent au cours de la 1re semaine et s'atténuent ensuite. Guérison en quinze jours sans intervention.

Les examens E.E.G. mettent en évidence une *volution électroencéphalographique* qui jalonne efficacement l'évolution clinique.

D'autre part, toutes les lésions et réactions intracraniennes ne modifient pas le tracé de la même manière. En étudiant les 43 dossiers des malades opérés, c'est-à-dire dont les lésions furent vérifiées sur le vivant, on constate que les *altérations électriques les plus importantes eurent pour cause des hématomes, l'œdème cérébral ou l'hypotension.* La méningite séreuse, tout en marquant fortement l'E.E.G. peut s'accompagner d'un tracé normal. *Par contre, l'embarrure osseuse récente, la contusion et la déchirure du cerveau avec bouillie cérébrale, ne modifient qu'assez peu le tracé.*

Tout n'a pas encore été dit dans ce domaine. Ces problèmes méritent d'être étudiés par la méthode expérimentale et par l'observation clinique. Les recherches physiologiques de guerre ont pris un élan nouveau en Grande-Bretagne et aux Etats-Unis (3,4 et 5). Afin d'isoler le facteur commotionnel des lésions initiales et des réactions secondaires, il convient de pratiquer des examens E.E.G. précoces[2], de les répéter aussi souvent que possible et *d'enregistrer simultanément plusieurs territoires cérébraux.* Les difficultés techniques ne nous ont permis qu'une application modeste de cette règle.

III. — E.E.G. et complications tardives.

En ce qui concerne les accidents tardifs des traumatismes, nous nous bornerons à donner quelques renseignements essentiels fournis par l'E.E.G. dans l'épilepsie post-traumatique et dans le « syndrome subjectif ».

a) Epilepsie post-traumatique. — Dans une publication récente, Kornmüller et Gremmler (7) signalent « des signes *préépileptiques électroencéphalographiques chez les traumatisés de la tête* ». Il s'agit d'ondes lentes d'une morphologie un peu particulière que les auteurs appellent « courants convulsifs » (Krampfströme).

Nous ne pouvons personnellement être aussi catégoriques. Il nous semble néanmoins *que les traumatisés de la tête qui conservent un tracé très altéré après l'accident, sont davantage menacés d'épilepsie que ceux dont le tracé est normal.* Il nous a été possible de suivre cliniquement et électriquement des traumatismes jusqu'à l'apparition de l'épilepsie tardive. *Les malades qui conservent un tracé altéré doivent être traités préventivement par les médications sédatives classiques et ceci à doses suffisantes pour essayer d'obtenir la normalisation du tracé.* Dans le cas relaté ci-après nous avons suivi par une série de 9 E.E.G., échelonnés sur 1 an 1/2, la constitution de l'aptitude convulsivante. Il est possible que chez un malade plus discipliné, l'apparition des crises aurait pu être évitée.

A. P..., 40 ans, renversé par une voiture le 1er Janvier 1943. Enfoncement frontal gauche opéré. Le malade reste agité, confus, aphasique et alexique pendant un mois. Le 1er tracé pratiqué seize jours après l'accident est très altéré. *six mois après, disparition de tout signe neurologique objectif, les anomalies E.E.G. persistent malgré un traitement de 0,30 de gardénal par jour.* Le 2 Février 1944, deux jours après un arrêt brusque du gardénal, crise généralisée dans son escalier. Le 4 Mars 1944, les altérations persistent. Remis au gardénal : en Octobre 1944 le tracé commence à se normaliser. La dose de gardénal étant réduite à 0,25, le 20 Janvier 1945, le malade se mord la langue pendant le sommeil : le tracé redevenu anormal prouve qu'il a eu une deuxième crise comitiale.

Dans d'autres cas, une épilepsie B. J. trouve sa traduction électrique dans un tracé à altérations localisées.

K. A..., 39 ans, blessé le 22 Mars 1944 par un éclat frontal gauche : aphasie et hémiplégie droite. Opéré d'urgence. Le tracé pris deux mois après montre un rythme normal sauf dans la région frontale gauche. dix mois après l'accident, des crises B. J. localisées à droite apparaissent. Le tracé reste encore anormal sur la région frontale gauche.

Cela ne signifie pas que tout traumatisme cranien ayant un rythme cérébral altéré doive faire de l'épilepsie. Nous savons également que certains cas d'épilepsie traumatique examinés tardivement peuvent avoir un tracé normal alors que les crises sont manifestement authentiques (8). La question reste certes très complexe : de nombreuses observations et un long recul sont nécessaires pour la résoudre.

b) Syndrome subjectif. — Les séquelles électriques peuvent persister longtemps après un traumatisme cranio-cérébral sérieux. Quelle est la signification de ces altérations persistantes? Dans une série de 43 blessés venus consulter *tardivement* nous avons relevé *15 cas de « syndrome subjectif »* après un traumatisme dont l'ancienneté variait entre un et dix ans : *9 d'entre eux avaient des altérations nettes du tracé* ou une sensibilité particulière à l'hyperpnée du rythme cérébral ; *6 avaient un tracé normal.*

II. A..., 42 ans ; blessé à la tête le 6 Février 1934 ; présente actuellement vertiges, céphalées et troubles subjectifs de la vision. L'E.E.G., pratiqué par nous *dix ans et demi après le traumatisme, montre un tracé nettement altéré,* dont les anomalies s'accentuent franchement à l'hyperpnée.

Voici par contre, un cas de syndrome subjectif certainement sincère avec E.E.G. négatif :

B. S..., 23 ans ; chute de bicyclette en Mai 1943 Coma de huit jours ; otorragie et épistaxis. Fracture temporale gauche ; fracture du rocher et de la colonne vertébrale. Seize mois après : céphalées localisées à l'hémicrâne gauche ; bourdonnements d'oreilles et nausées. *Le tracé E.E.G. est totalement normal.*

Dans le syndrome subjectif, les perturbations du tracé constituent le témoignage d'une activité encore anormale du cortex. La constatation d'une séquelle électrique peut donc permettre une appréciation médico-légale plus équitable du syndrome

Conclusions.

I. — Un traumatisé cranio-cérébral récent, *avec E.E.G. normal,* guérit d'ordinaire rapidement e sans intervention. Un traumatisme vigile, *avec tracé* altéré, se trouve en danger immédiat et risque de complications tardives.

II. — Il est important d'établir une corrélation entre les signes cliniques et les signes électriques dans les accidents récents. On en peut déduire des précisions importantes sur l'atténuation des lésions primitives et le développement de réactions secondaires; on peut en juger dans certains cas et sans exploration sanglante, de l'opportunité de l'acte chirurgical.

III. — Grâce à l'E.E.G., un traitement préventif rationnel de l'épilepsie post-traumatique peut être envisagé.

IV. — Dans le « syndrome subjectif, la présence de séquelles E.E.G. nettes fournit un signe tangible de l'existence d'un traumatisme sévère dans le passé et d'un trouble cérébral encore existant Par contre, l'absence de séquelles électriques peut ne pas infirmer parfois la réalité d'une lésion encéphalique.

Bibliographie

(1) Jasper, Kershman et Elvidge : Electroencephalographic studies of injury to the head. *Arch. of Neur. and Psych.* 1940, **44**, 328-330. — (2) P. Puech, A. Lerique-Kœchlin et J. Lerique : Electroencéphalogramme dans les traumatismes cranio-cérébraux. *Rev. Neur.*, 1943, **75**, 169-18? — (3) Denny, Brown, Russel et Ritchil : Experimental cerebral concussion. *Brain*, 1941 **64**, 95-163. — (4) Denny et Brown : Sequelae of war injuries. *New England J. Med* 1942, **227**, 771-788, 813-821. — (5) Gindjan et Webster Acute physiologic responses in experimental head injury with special reference to the mechanism of death soon after trauma. *Surgery*, 1944, **16**, 381-338. — (6) Dow Ulett et Raaf : Electroencephalographic studies immediately following head injury. *Am. J. Ppsych.*, 1944, **101** 175-183. — (7) Kornmüller et Gremmler : Präepileptisch Zeichen in Elektrenkephalogramm von Kopfverletzten *Klin. Woch.*, **23**, 22-23. — (8) Baudouin et Fischgold : Le diagnostic de l'épilepsie par l'électroencéphalographie. *Bull Acad. Méd.*, 1941, **125**, nos 24-25.

ÉVALUATION GRAPHIQUE D'UN EXCÈS DE SUBSTANCES ANTICOAGULANTES DANS LE PLASMA

PAR

Ivan BERTRAND et **D. QUIVY**

(Paris)

Les états hémorragipares[1] et les troubles de coagulation qu'ils comportent sont généralement du à des proportions inadéquates des éléments plasmatiques nécessaires à la formation dans un temp normal d'un caillot ferme de fibrine.

Rappelons brièvement les diverses éventualités qui peuvent se présenter. Un retard appréciable de la coagulation n'est en pratique jamais imputable à l'*hypocalcémie*, il résulte souvent d'une *hypoprothrombinémie* (fréquente chez le nouveau-né et chez l'ictérique), que corrigent en général les agents susceptibles d'améliorer un métabolisme défectueux d

1. Le calcul de corrélation a été fait par Mme Fischgold ; nous lui adressons nos vifs remerciements.

2. A la demande de l'Oregon State Industrial Accidents Commission, l'Oregon Shipbuilding Corporation a installé un poste d'E.E.G. *sur ses chantiers mêmes.* Ainsi, dans certains cas, l'E.E.G. est pris dix minutes après l'accident (6).

1. Nous n'envisagerons pas ici ceux qui relèvent d'une fragilité vasculaire anormale.

a vitamine K. D'autre part, des cas (relativement ares) de *fibrinogénopénie*, acquise ou congénitale, ont été signalés. A la thrombocytopénie de certaines hémogénies on oppose parfois l'hémophilie, dans laquelle l'élément déterminant semble être, malgré un taux normal de thrombocytes ou plaquettes, un *apport* qualitativement ou quantitativement *déficient en thrombokinase;* cette insuffisance, corrigée *in vitro* par l'addition d'activateurs [Govaerts et Gratia (7), Dam et Venndt (4), Eagle (5), Witts et Hobson (14), etc.], est confirmée *in vivo* par l'effet bienfaisant des transfusions de sang ou de plasma.

Quant aux syndromes hémorragiques par *excès* de *substances inhibitrices* [2], un très petit nombre de travaux leur ont été consacrés. Si l'on excepte les notes relatives à un taux élevé d'antithrombine dans la typhoïde [Mills (10)] et dans l'hyperleucocytose basophile [Schloss (13)], on ne relève dans la littérature que l'étude de Lozner concernant un cas de diathèse hémorragique non hémophilique: cet auteur (9) a pu mettre en évidence dans le sang un anticoagulant qui, n'étant pas neutralisable par les protamines, ne peut être constitué par de l'héparine.

Fig. 1. — Temps de coagulation de plasma citraté de chien, contenant des doses variables d'extrait cérébral B4, additionnées ou non de quantités fixes (1 γ, 2 γ, 3 γ) d'héparine.

A l'origine d'une documentation aussi fragmentaire se trouve peut-être l'absence de techniques appropriées. Aussi l'application éventuelle à la clinique d'une méthode que nous avons utilisée expérimentalement avec succès nous paraît-elle souhaitable; nous l'exposerons ici avec quelque détail. Nous soulignerons tout d'abord les avantages qui résultent, pour l'étude des processus de coagulation, de l'emploi de formules mathématiques appropriées. La présentation sous une forme graphique adéquate des multiples résultats obtenus aboutit en effet à des diagrammes linéaires, dont la confrontation est très commode; les erreurs éventuelles d'observation sont aisément décelables et les interpolations parfaitement justifiées.

La formule empirique de Fischer (6), dont l'intérêt avait surtout été signalé à propos des agents favorisant la coagulation sanguine (extraits tissulaires ou thrombine), a été l'instrument essentiel de nos recherches sur les inhibiteurs. Cette formule est la suivante:

$$\frac{1}{t} = k\ c^{a}$$

elle exprime les temps de coagulation t en fonction des concentrations c, k et a étant des constantes qui ne dépendent que des conditions expérimentales. En pratique, cette équation mise sous une forme logarithmique équivaut à une relation linéaire entre les log des concentrations et les log des temps de coagulation.

Suivant un protocole inspiré de Zunz et déjà utilisé par l'un de nous (3), nous notons en petits tubes les temps de coagulation à 37° d'un plasma préalablement oxalaté ou citraté [3], puis recalcifié. Nous opérons en présence de quantités géométriquement décroissantes d'un extrait cérébral [4] utilisé aux doses suivantes : 6.000 γ, 3.000 γ, 1.500 γ, 750 γ, 375 γ, 187 γ, 93 γ, 46 γ et 23 gamma. Le volume de 2 cm^3 étant soigneusement respecté, le plasma est toujours dilué dix fois. Le temps de coagulation est mesuré, à partir du moment où le plasma est introduit dans le milieu calcique, à l'aide d'un chronographe à cran d'arrêt.

Nous établissons nos graphiques en portant en abscisses les log des concentrations et en ordonnées les log des temps, opération exécutée rapidement grâce à l'emploi d'un papier bilogarithmique. Les neuf points expérimentaux obtenus pour un même échantillon de plasma définissent régulièrement une droite, dont la pente exprime la valeur du coefficient exponentiel a (fig. 1, courbe B 4).

Au cours de nos recherches, qui ont porté sur une centaine de plasmas de chien, nous avons été frappés par la fixité relative de ce coefficient, habituellement voisin de — 0,24. Une étude statistique (2) nous a permis d'établir que les chiffres inférieurs à 0,16 ou supérieurs à 0,34 devaient être considérés comme pathologiques [5]. Pour les valeurs anormalement élevées, tout se passe comme si la teneur en principes anticoagulants était excessive. En effet, nous avons vu antérieurement (1) que l'introduction, dans les tubes successifs, d'une dose constante d'héparine entraîne une accentuation nette de la pente (fig. 1), les valeurs de a étant en moyenne de — 0,35 pour 1 gamma d'héparine (10 expériences) et de — 0,49 pour 2 gamma (9 expériences).

Ce même accroissement du coefficient de Fischer a été retrouvé *in vivo* chez le chien après injection intraveineuse de 1 mg. d'héparine par kilogramme (12). La valeur de a, qui est, deux minutes après l'intervention, de — 0,60 passe, trente-six minutes après, à — 0,53, le retour à la normale s'effectuant d'ordinaire entre une heure trente et deux heures trente (fig. 2).

Sous la réserve que les conditions expérimentales choisies (température, dilution, etc.) soient scrupuleusement respectées, nous avons donc là un moyen commode de mettre en évidence un retard de coagulation. Celui-ci est-il toujours dû à un excès d'anticoagulant? Legler (8) pense que l'examen des deux diagrammes fournis dans de telles conditions par l'emploi de deux dilutions différentes de plasma permet de distinguer si, dans un échantillon pathologique dont le temps de coagulation est nettement prolongé, la teneur en prothrombine est insuffisante ou le taux d'anticoagulant excessif. Dans le premier cas, les droites sont parallèles; dans le second, elles sont divergentes.

Fig. 3. — Temps de coagulation de plasma citraté de chien, additionné de doses variables de thrombokinase. La courbe I correspond au plasma dilué dix fois, la courbe II au plasma dilué quinze fois.

Nous avons pu vérifier ce premier point (12) en étudiant comparativement le comportement d'un plasma dilué dix fois selon le protocole habituel (courbe I) et celui d'un plasma dilué quinze fois [6] (courbe II). Les droites obtenues sont bien parallèles (fig. 3); le décalage dans le temps traduit un accroissement de la constante k, mais le coefficient a reste constant.

Il est très vraisemblable qu'un plasma riche en substances inhibitrices ainsi examiné à deux dilutions différentes aurait donné des tracés divergents. Toutefois, la discrimination effectuée grâce à cet ingénieux artifice n'est, à notre avis, valable que dans certaines limites: en effet, l'accroissement de a en fonction de la teneur en héparine se produit seulement pour des quantités minimes. Dans l'exemple reproduit figure 1, l'addition au plasma de 1 γ d'héparine fait passer le coefficient de 0,23 à 0,37; avec 2 γ, la pente s'accroît, a devenant égal à 0,45; avec 3 γ, la droite obtenue reste parallèle à la précédente. Il conviendra donc de choisir des dilutions susceptibles de donner lieu à une disposition caractéristique en éventail. Sous cette réserve, la distinction entre une hypo-prothrombinémie et une hyper-antithrombinémie est permise; mais nous ignorons l'aspect, d'ailleurs difficilement prévisible, du diagramme de l'hémophile.

Fig. 2. — Temps de coagulation, en présence de doses variables d'extrait cérébral B4, de plasma citraté chez un chien ayant reçu 1 mg. d'héparine par kilogramme. *Echantillon 1*, avant l'injection; *échantillon 2*, deux minutes après; *échantillon 3*, vingt-neuf minutes après; *échantillon 4*, cent douze minutes après.

Quoi qu'il en soit, ce procédé, par sa simplicité et sa rapidité d'exécution, se prête à des essais en série. Il nous paraît, mieux que la méthode photométrique [7], susceptible d'apporter quelques éclaircissements dans la pathologie de la coagulation sanguine.

(*Laboratoire de Physiologie pathologique de l'Ecole pratique des Hautes-Etudes.*)

BIBLIOGRAPHIE

(1) Ivan Bertrand et D. Quivy : L'étude des anticoagulants *in vitro* à l'aide de la formule de Fischer. *C. R. Soc. Biol.*, 1944, **138**, 404-406. — (2) Ivan Bertrand et D. Quivy : Distribution statistique du coefficient exponentiel *a* de Fischer. *C. R. Soc. Biol.*, séance du 23 Juin 1945. — (3) L. Cuny et D. Quivy : Sur l'action « antihéparine » *in vitro* de l'acide nicotinique. *C. R. Soc. Biol.*, 1942, **136**, 707-708. — (4) D. Dam et H. Venndt : Observations on the coagulation of blood plasma in hoemophilia. *Lancet*, 13 Janvier 1940, 70-72. — (5) H. Eagle : Studies on blood coagulation. IV. The nature of the clotting deficiency in hemophilia. *J. gen. Physiol.*, 1935, **18**, 813-818. — (6) A. Fischer : Gerinnungszeit und Konzentration des Gerinnungsstoffes. *Bioch. Z.*, 1935, **278**, 320-325. — (7) P. Govaerts et A. Gratia : Contribution à l'étude de l'hémophilie. *Rev. belge Sc. méd.*, 1931, **3**, 689-696. — (8) R. G. Legler : Uber die Kinetik der Blutgerinnung I. *Helv. chim. Acta*, 1943, **26**, 1512-1532. — (9) L. Lozner, L. S. Joliffe et F. H. L. Taylor : Hemorrhagic diathesis with prolonged coagulation time associated with a circulating anticoagulant. *Amer. J. Med. Sc.*, 1940, **199**, 318-327. — (10) C. A. Mills et K. V. Kitzmiller : Aid to the diagnosis of typhoid fever; a new laboratory method. *Arch. int. Medicine* 1926, **38**, 544-550 et 1927, **39**, 618-620. — (11) A. J. Quick : Nature of bleeding in jaundice. *J. Amer. Med. Ass.*, 1938, **1**... 1658-1662. — (12) D. Quivy : Evaluation de l'héparine *in vitro*; l'héparinémie au cours de certaines agressions. *Thèse Sciences*, Paris, 1945. — (13) A. Schloss : *Diss. Med.* Zurich, 1939. — (14) L. J. Witts et C. G. Hobson : Analysis of haemorrhagic states with snake venom and lecithin. *Brit. Med. J.*, 1940, 862-864.

2. L'anticoagulant physiologique, dont on ne sait encore s'il est identique à l'héparine, est généralement appelé antithrombine.
3. Le sang est recueilli dans 1/10 de son volume de solution d'oxalate de sodium à 1 pour 100 ou dans 1/20 de son volume de solution de citrate de sodium à 9 pour 100, puis centrifugé pendant vingt minutes à 4.000 tours.
4. Préparé extemporanément selon Quick (11) à partir d'un cerveau préalablement séché à 37°, la poudre obtenue étant conservée à la glacière.
5. Quelques examens effectués chez l'homme normal ont également donné des chiffres voisins de — 0,24 : ils sont trop peu nombreux pour suffire à établir la distribution statistique de *a*.
6. Ce qui revient essentiellement à créer une hypoprothrombinémie.
7. Dans cette technique, qui consiste à suivre en fonction du temps les variations d'opacité d'un milieu en voie de coagulation, l'altération généralement de même sens que présentent les courbes des échantillons anormaux ne donne guère d'indication quant aux proportions excessives ou déficientes des éléments plasmatiques qui entrent en jeu.

XLVIIIE CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

(Paris, 8-11 Octobre 1945.)

Le XLVIIIe Congrès français de chirurgie s'est ouvert le 8 Octobre sous la présidence de M. Albert Mocquot, *autour duquel ont pris place de nombreux délégués étranger et provinciaux, ainsi que le Recteur de l'Université, le Doyen de la Faculté et MM.* Duhamel, *de l'Académie française,* Hartmann, *Président de l'Association française de Chirurgie* de Fourmestraux, *Vice-Président du Congrès,* Mondor, *Secrétaire général, le Général Inspecteur* Rouvillois, Leriche, *de l'Académie des Sciences et de nombreuses autres person nalités du monde médical. Dans son discours d'ouverture, M.* Mocquot *a tracé un tableau très étudié de l'évolution de la chirurgie ostéo-articulaire, depuis les premiers travau d'*Andry *au XVIIIe siècle jusqu'aux recherches les plus récentes de* Leriche *sur la physiologie osseuse, en passant par les travaux si importants d'*Ollier *sur les résections, le progrès de l'appareillage, la révolution de la radiographie, le traitement des tumeurs osseuses, etc.*

Le Prof. Mondor *a ensuite exposé le compte rendu général des travaux du Congrès avec l'élégance et la pureté de langage auxquelles il nous a depuis longtemps habitués*

Enfin M. Max Page, *Vice-Président du Collège royal de Londres, est venu apporter le cordial salut des chirurgiens anglais et remettre au Président une plaquette contenan la photographie des destructions causées à leur Institut par les bombardements allemands.*

Première question :

Traitement des troubles des fonctions thyroïdiennes.

Première partie :

L'hyperthyroïdisme et les thyro-toxicoses (formes rares ou anormales). — M. **Petit-Dutaillis** (Paris), rapporteur, montre tout d'abord que, depuis l'introduction de la mesure du métabolisme basal, il faut reconsidérer la hiérarchie des symptômes dans les syndromes d'hyperthyroïdisme. A la triade classique : goitre, exophtalmie, tachycardie, tremblements, s'oppose la triade : troubles cardio-vasculaires, amaigrissement, élévation du métabolisme basal.

Passant ensuite en revue la valeur des différents tests, l'auteur montre que *le métabolisme basal reste encore le plus fidèle* de ceux-ci. L'iodémie présente également un certain intérêt, mais ces tests n'ont de valeur *que comparés au tableau clinique.* Dans les formes frustes en effet le métabolisme basal peut être normal, tandis que les troubles fonctionnels relèvent d'une origine thyroïdienne.

A. Étude clinique. — a) *Le goitre* : symptôme banal et rarement absent, qu'il s'agisse de Basedow vrai ou de goitre basedowifié, syndromes d'ailleurs qu'il ne faut pas séparer tant du point de vue anatomo-clinique que thérapeutique, encore que les formes graves soient plus souvent l'apanage du Basedow vrai.

b) *L'exophtalmie* est très variable et d'interprétation toujours difficile. Elle est en général discrète, réductible, ne s'accompagnant ni de stase (rétinienne ou rétro-bulbaire), ni d'œdème, *ni de mydriase.* Elle est le plus souvent bilatérale. L'exophtalmie progressive après thyroïdectomie, aboutissant à la perte des 2 yeux, constitue une forme rare mais d'une excessive gravité. Le sympathique paraît ne jouer qu'un rôle accessoire dans sa production. Il s'agit vraisemblablement d'un retentissement direct sur le mésocéphale, de la thyroxine et d'autres hormones de l'origine hypophysaire ou surrénalienne.

c) *Formes rares et anormales.* — A retenir surtout :

1° *Les formes frustes* qui posent des problèmes de diagnostic très délicats, le métabolisme basal n'ayant ici qu'une valeur très relative, et le diagnostic ne se faisant que grâce à un examen clinique très serré. Il est en effet difficile de savoir bien souvent, qu'il s'agisse de manifestations banales d'hyperthyroïdisme ou d'insuffisance cardiaque, si le C. T. est ou non en cause.

2° *Les formes aiguës* parfois simples épisodes passagers, plus rarement formes à allure foudroyante, réalisant le tableau d'une infection suraiguë chez un jeune sujet avec mort rapide dans le coma.

d) *Hyperthyroïdisme et grossesse.* — Association rare, l'hyperthyroïdisme étant une cause de stérilité par sa répercussion sur l'ovaire. Influence réciproque discutée mais retentissement sur l'enfant très fréquent.

e) *Variations suivant l'âge.* — Le Basedow de l'enfant est rare mais non exceptionnel : fréquence des formes aiguës curables, rareté des complications cardiaques, action excitante sur la croissance et la puberté, en sont les traits essentiels. Après la cinquantaine, prédominent les complications cardiaques graves et les formes cachectisantes. Chez le vieillard on observe la forme apathique (Lahey) avec teint jaunâtre, peau sèche, tachycardie faible, métabolisme basal peu élevé.

f) *Formes caractérisées par certains symptômes d'interprétation discutée.* — 1° Formes s'accompagnant de *troubles cutanés* et des *phanères* : prurit, urticaire, canitie, chute des poils et des ongles, etc. ; 2° formes se traduisant par des troubles de *décalcification,* pouvant expliquer les *fractures pathologiques* observées dans certains cas. Le métabolisme du calcium est d'ailleurs toujours troublé dans le Basedow et il faut en tenir compte.

g) *Associations avec différents syndromes ou lésions.* — Des associations intéressantes peuvent se produire : association en apparence paradoxale *d'hypo- et d'hyperthyroïdisme* (ne contre-indiquant pas la thyroïdectomie) ; association *avec le diabète,* permettant d'améliorer ce dernier par l'ablation du C. T ; association avec certains syndromes nerveux (syndromes *parkinsoniens* post-encéphaliques) ne contre-indiquant pas non plus la thyroïdectomie, comme on l'a cru longtemps. Par contre, l'association avec *l'acromégalie* et les *tumeurs de l'hypophyse* ne semble pas bénéficier de l'intervention sur le goitre.

B. Pathogénie. — La pathogénie des syndromes toxiques d'origine thyroïdienne reste encore obscure. Toutefois, si les théories *thyro-surrénalienne* et *thyro-hypophysaire* contiennent toutes deux une part de vérité, il n'en semble pas moins qu'il faille, se basant sur l'observation journalière, conserver le rôle principal, tout au moins comme *point de départ de l'affection, au corps thyroïde.*

C. Traitement. — 1° *Traitement médical.* — Simple traitement d'attente le plus souvent, il consiste essentiellement en : cure d'isolement, de repos, iode à petites doses, cures hydro-minérales.

2° *Traitement physiothérapique.* — Associée ou non à l'électrothérapie, la radiothérapie, malgré des progrès techniques indéniables, ne donne que des résultats très aléatoires. Ses indications doivent se réduire aux cas suivants : *formes légères, formes aiguës, sujets pusillanimes, récidive post-opératoire,* enfin, à titre de traitement pré-opératoire chez certains *sujets iodo-résistants.*

3° *Traitement chirurgical.* — Procédé de choix, universellement accepté, et se limitant, sauf exceptions rares, à la *thyroïdectomie subtotale* en un ou deux temps. Les interventions sur le sympathique sont abandonnées, les essais de surrénalectomie sont encore peu nombreux et difficiles à juger, les ligatures ne sont qu'un procédé d'attente chez les sujets peu résistants.

a) **Indications de la thyroïdectomie** : Elles doivent être très larges, quel que soit l'âge du malade et les contre-indications doivent tenir actuellement plus à la bénignité du syndrome qu'à sa gravité.

Si la thyroïdectomie est contre-indiquée en principe dans les formes aiguës ou les formes frustes, il est toutefois deux considérations qui doivent peser en faveur de l'intervention : 1° la présence d'une *exophtalmie accentuée ;* 2° la présence d'un *goitre* et sa *nature anatomique.* Elle s'impose dans le goitre basedowifié, elle est plus discutable dans le goitre diffus. Les *cardiothyréoses* qui ont été longtemps considérées comme une contre-indication formelle, sont devenues un exemple d'indication impérieuse et pressante. Les formes *cachectiques* ellesmêmes en bénéficient. Seules les formes fébriles (contre-indication temporaire) et les formes galopantes restent au-dessus des ressources chirurgicales. En cas de *tuberculose associée,* on a vu parfois l'ablation du C. T. influencer favorablement la cicatrisation des lésions. En cas de *grossesse,* les indications sont discutables. Quant au *diabète* (*Cf. supra*) il entraîne une indication formelle, sous réserve d'y associer la cure d'insuline et d'opérer en plusieurs temps.

En tout état de cause la préparation pré-opératoire doit toujours être très minutieuse et parfois fort longue (repos, iode, examen du métabolisme basal, étude du psychisme, etc.).

L'anesthésie régionale reste l'anesthésie de choix.

b) **Résultats de la thyroïdectomie** : La *mortalité* opératoire est *très faible* : 1 à 3 pour 100 selon les auteurs. Elle est presque toujours due aux phénomènes *d'hyperthyroïdisme aigu post-opératoire,* de pathogénie encore très obscure. Les résultats éloignés, quoique plus difficiles à apprécier, sont des plus encourageants. Sur 237 malades suivis entre 1 et 9 ans, le rapporteur note que 80 à 90 pour 100 des opérés peuvent reprendre une vie normale ; 50 à 60 pour 100 sont guéris radicalement. Les récidives ne dépassent guère 10 pour 100 et peuvent être améliorées par la radiothérapie.

Addendum.

A ce résumé du rapport tel qu'il fut écrit pour le Congrès qui devait avoir lieu en 1939, **Petit-Dutaillis** ajoute les considérations suivantes :

A. Le traitement pré- et post-opératoire s'est enrichi de thérapeutiques nouvelles durant la guerre, thérapeutiques qui semblent permettre d'élargir les indications de la thyroïdectomie subtotale en un temps.

Pour la préparation des malades à l'opération nous disposons actuellement de nouveaux médicaments antithyroïdiens dont l'action paraît très efficace. Parmi ceux-ci on doit retenir : 1° *la thiourée et ses dérivés ;* allylthiourée et thiouracil dont nous devons la découverte et les applications aux auteurs anglo-saxons (Richter et Clisby, Kennedy, Astwood) ; 2° *l'aminothiazol* dont l'action antithyroïdienne, soupçonnée par Jeantet (de Lyon), a été expérimentalement contrôlée par Marcel Perrault, D. Bovet et P. Droguet. Administrés à la dose de 2 à 4 g. par jour pour la thiourée, 0 g. 40 à 0 g. 60 pour le thiouracil, de 0 g. 40 pour l'aminothiazol, ces deux séries de médicaments, bien que de constitutions chimiques différentes, semblent présenter une action comparable. *Ils provoquent progressivement la régression de tous les symptômes, sauf l'exophtalmie.* Ils permettraient en particulier d'obtenir en cinq ou six semaines un retour du métabolisme à la normale et, en outre, d'éviter le plus souvent les opérations sériées, même dans les cas graves. Toutefois il faut compter avec les incidents inhérents à toute chimiothérapie (intolérance digestive, éruptions diverses, leucopénie, exceptionnellement agranulocytose). Il est encore trop tôt pour se prononcer sur sa valeur pratique réelle.

B. *La crise aiguë post-opératoire,* tant redoutée des chirurgiens avant l'emploi de l'iodothérapie, n'est cependant pas supprimée depuis l'usage de cette médication. On assiste même encore de temps à autre à des accidents graves et même mortels. La théorie de l'hyperthyroïdisme aigu déclenchée par l'opération, longtemps admise cadrait mal avec les faits, en particulier avec la chute de l'iode organique du sang observée après la thyroïdectomie. La conception inverse, qui consiste à attribuer la crise d'hyperthermie à une carence soudaine en thyroxine chez un malade jusque-là surimprégné (théorie du choc hypothyroxinémique de Bier), reprise en 1939 par Raoul Berger (de Charleroi), puis par Mahaux (de Bruxelles) sous le nom de choc de sevrage thyroxinien apparaît au contraire très séduisante et semble avoir conduit ces auteurs à des conclusions pratiques heureuses. Administrant la *thyroxine aussitôt après l'opération,* soit en une dose unique de 4 à 6 mg. (Berger) soit à doses réfractées et prolongées pendant les trois ou quatre premiers jours (Mahaux), ils ont vu s'atténuer considérablement les réactions post-opératoires et ont pu élargir ainsi les indications des opérations en un temps. Les résultats obtenus par Berger sont particulièrement suggestifs : sur une série de 100 opérés traités par le lugol et la thyroïdectomie (dont 88 en un temps) 71 opérés atteignirent 38 et plus et 4 fois 40°. Il y eut 9 morts. Sur une deuxième série de 100 autres traités par thyroïdectomie (dont 98 en un temps), suivie d'administration de thyroxine, 33 seulement dépassèrent 38°. Aucun ne dépassa 39°. On n'eut à déplorer qu'une seule mort. Cette méthode, basée sur une conception logique, mérite de retenir l'attention et d'être essayée dans l'avenir.

Deuxième partie :

La chirurgie dans les états d'insuffisance thyroïdienne. — M. **Peycelon** (Lyon), rapporteur, étudie successivement les hypothyroïdies spontanées et les hypothyroïdies post-opératoires.

I. Hypothyroïdies spontanées. — Elles comprennent le *myxœdème infantile* sous ses deux formes — M. congénital et M. infantile tardif — le *M. spontané de l'adulte,* à symptomatologie polymorphe, plus fréquent chez la femme et souvent consécutif à une infection du C. T. — *l'insuffisance thyroïdienne des goitres sporadiques,* qui n'est pas un M. franc — enfin *l'insuffisance thyroïdienne des thyropathies endémiques* et du *crétinisme endémique,* apanage exclusif des pays où règne l'endémie goitreuse. Trois sortes d'interventions ont été tentées contre ces lésions avec des fortunes diverses :

1° *Ablation des goitres sporadiques,* opération logique si l'on admet l'action néfaste du tissu tumoral sur le parenchyme resté sain. Quelques résultats satisfaisants ont été obtenus.

2° *Réactivation de la glande par action sur le sympathique cervical* (Leriche) pour créer une vaso-dilatation du C. T. Principe à retenir mais résultats encore difficiles à apprécier.

3° *Greffes de C. T.* — Action toujours limitée et incomplète. Diminution des troubles thyroïdiens, mais impossibilité de rétablir ainsi un équilibre endocrinien total.

En somme, aucune méthode ne donne de résultats définitifs et probants, ce qui confirme la règle générale de pathologie endocrinienne, à savoir que nous sommes bien moins armés contre les syndromes d'insuffisance glandulaire que contre ceux d'hyperfonctionnement. La raison majeure en est la fréquence du caractère congénital ou précoce de ces syndromes, frappant l'organisme au départ de son développement et laissant s'organiser des tares somatiques et psychiques rapidement fixées et irréversibles.

II. Hypothyroïdies post-opératoires. — Beaucoup plus intéressante, cette catégorie d'insuffisances thyroïdiennes répond au myxœdème post-opératoire, complication qu'il faut analyser de très près.

Principaux caractères du myxœdème post-opératoire apparition généralement *tardive,* comme si l'action hormonale survivait un certain temps à l'ablation de la glande. *Gravité en raison inverse de l'âge ;* la forme grave correspondant au tableau classique de Reverdin est heureusement plus rare que les formes légères.

Retentissement fonctionnel et humoral très important : *circulation ralentie, dilatation et atonie du cœur gauche* (d'ailleurs bien supportée puisque méconnu jadis et révélée seulement par la radio) par infiltration myxoïde du myocarde. *Hypoglobulie,* chloro-anémie, hématies nucléées. *Ralentissement général des oxydations* et des échanges. *Modifications humorales,* principalement sur les *graisses. Hypercholestérinémie* (signe important). Tous ces troubles sont d'ailleurs améliorés par la thyroxine. Quant au métabolisme basal, il ne constitue pas un critère absolu, les résultats étant assez variables.

Si l'on envisage maintenant la fréquence du myxœdème selon la lésion et selon l'opération pratiquée, il aut établir tout d'abord une distinction fondamentale ntre les thyroïdectomies totales et partielles.

1° *Thyroïdectomies totales.* — Résultats variables selon a cause :

a) *Dans les thyroïdectomies totales pour goitre simple,* e myxœdème est presque constant et, lorsqu'il ne se roduit pas, il faut toujours penser à l'existence d'un obule aberrant méconnu.

b) *Dans les thyroïdectomies totales pour Basedow,* préconisées par certains auteurs pour supprimer radicalement toute la source d'intoxication, les résultats paraissent favorables, sous réserve d'un traitement post-opératoire à la thyroxine. Toutefois, beaucoup d'observations nanquent de recul et ne permettent pas de conclure formellement à l'indication de l'exérèse totale dans tous es cas.

c) *Dans les thyroïdectomies totales pour cancer,* le nyxœdème est relativement rare. Ceci peut paraître paradoxal, mais tient à ce fait qu'il s'agit généralement d'individus âgés à corps thyroïde sénile et peu actif.

d) *Dans les thyroïdectomies totales pour cardiopathies* (ablation d'un corps thyroïde sain), les résultats sont contradictoires, mais l'action améliorante sur le cœur est à peu près constante.

2° *Thyroïdectomies partielles.* — a) *Dans le goitre simple.* — On peut observer des cas de myxœdème, peut-être par action néfaste s'exerçant sur le tissu conservé (amélioration d'ailleurs par la thyroxine).

b) *Dans le Basedow.* — Le myxœdème est exceptionnel après thyroïdectomie partielle.

c) *Dans les thyroïdites chroniques.* — Par contre, ici le myxœdème n'est pas rare, car il s'agit d'une glande malade. Aussi est-il indiqué de faire des ablations très limitées.

3° *Ablation des goitres aberrants.* — En pratique, il s'agit presque exclusivement du goitre lingual. Son ablation est généralement suivie d'un myxœdème grave, probablement parce que le goitre lingual représente un noyau d'hypertrophie compensatrice d'un corps thyroïde déficient.

De cette étude analytique, il résulte qu'on peut voir aussi bien l'absence de myxœdème après thyroïdectomie totale que le développement de cette complication après thyroïdectomie partielle.

Les erreurs cliniques, les suppléances glandulaires, les fautes de technique souvent involontaires d'ailleurs (glandule aberrante méconnue, suppléant après une totale ou au contraire exérèse partielle ne laissant subsister que du tissu malade, d'où myxœdème), tout cela peut expliquer, en partie au moins, ces faits d'apparence paradoxale.

La seule conclusion qu'on en puisse tirer jusqu'ici est qu'il faut se montrer très prudent dans l'indication de la totale et que jusqu'ici rien ne vient infirmer la notion classique de la nécessité de laisser toujours une portion de glande. Malheureusement, la grosse difficulté est de connaître la valeur physiologique du tissu thyroïdien sur lequel on opère et de prévoir le retentissement endocrinien de l'intervention.

En tout état de cause, sous prétexte de prévenir des récidives de goitre au départ d'adénomes minuscules ou de chercher une suppression radicale de troubles sécrétoires, aucun argument, aucune sanction pratique, n'autorisent à sacrifier de façon systématique la totalité du parenchyme thyroïdien. « La chirurgie doit se souvenir qu'elle a autrefois, par pure ignorance, fabriqué des monstres en série avec la thyroïdectomie totale. Elle doit se garder de pareilles aventures » (Leriche).

Troisième partie :

La chirurgie thyroïdienne dans la thérapeutique de divers troubles fonctionnels. — M. Peycelon (Lyon), rapporteur.

I. Corps thyroïde et cœur. — a) *Thyroïdectomie dans les cardio-thyréoses :* Dans certains cas d'hyperthyroïdisme, les troubles cardiaques dominent le tableau clinique et créent un état de défaillance circulatoire très grave à évolution irréductible vers l'asystolie mortelle. Notre ignorance de la nature intime des poisons thyroïdiens ne nous permet pas d'aller au delà de cette définition purement clinique. Mais toutes les recherches prouvent qu'il s'agit bien, dans ces cas, d'un *cœur intoxiqué* par les poisons que sécrète un C. T. malade et que l'ablation de ce dernier est une opération non seulement logique, mais la seule capable d'enrayer les accidents. Elle présente même pour certains une véritable *intervention d'urgence.*

L'âge semble le facteur influant le plus sur le développement des accidents cardiaques ; la majorité des asystolies basedowiennes concernent des sujets ayant dépassé la cinquantaine.

Les *cardio-thyréoses avec tachyrythmie permanente par fibrillation auriculaire* sont les plus fréquentes. L'arythmie qui succède à la tachycardie régulière d'abord intermittente, disparaissant aux périodes de repos, devient finalement permanente et complète.

Les *cardio-thyréoses avec asystolie franche* offrent le tableau des signes périphériques de ralentissement circulatoire, indice de la décompensation cardiaque : œdème localisé des membres inférieurs ou généralisé en véritable anasarque, hypertrophie hépatique, épanchements séreux pleuraux ou ascitiques.

Mais l'évolution de cette asystolie, entretenue par l'élaboration continue du poison thyroïdien, est irréductible et fatale.

Les indications opératoires sont donc toujours *impérieuses.* La *thyroïdectomie subtotale* sera faite en un ou plusieurs temps (question encore discutée) après *préparation médicale particulièrement minutieuse.*

Malgré le risque d'une *mortalité immédiate* due à l'état de ces malades et d'une *mortalité secondaire précoce* survenant brusquement après une période de nette amélioration, on peut dire que *dans l'ensemble les résultats sont très bons.*

Le retour à la normale se fait très souvent de façon rapide et le bénéfice complet est acquis au bout de quelques semaines.

Mais tous les thyroïdectomisés ne sont pas radicalement guéris. Les troubles du rythme en particulier sont les plus tenaces. La quinidine est alors une thérapeutique complémentaire post-opératoire utile.

b) *Thyroïdectomie dans les troubles cardiaques à type basedowien sans modification apparente du C. T.* — Dans ce groupe il faut distinguer deux ordres de faits :

1° *Les Basedow sans goitre,* où tous les signes d'hyperthyroïdisme existent sauf la tumeur du C. T. La thyroïdectomie est ici indiquée et donne de bons résultats.

2° *Les tachycardies sinusales permanentes,* faux thyroïdiens ainsi que l'ont montré Gallavardin et Labbé.

Les interventions thyroïdiennes sont ici vouées à l'échec, alors que les opérations nerveuses dans le domaine du sympathique donnent des résultats appréciables.

c) *Dans les troubles cardiaques des cancers du C. T. avec hyperthyroïdisme associé,* ainsi que dans ceux des *goitres simples sans hyperthyroïdisme clinique,* la thyroïdectomie conserve également des indications et les résultats en sont favorables.

d) *Rôle du cœur dans les réactions post-opératoires des interventions thyroïdiennes.*

Le cœur joue le rôle le plus important dans l'évolution post-opératoire des hyperthyroïdies.

Si on analyse les divers aspects des accidents qui persistent encore, on est frappé de la prédominance de la participation cardiaque. De façon schématique, ils revêtent trois types différents :

Il est des *accidents mortels immédiats,* dramatiques, au cours de l'intervention, ou dans les heures qui suivent le réveil.

A l'opposé, il est fréquent d'observer, pendant les deux ou trois premiers jours, *des manifestations bénignes et transitoires, restant uniquement cardiaques,* et ne s'accompagnant pas d'autres signes de recrudescence de l'intoxication thyroïdienne.

Restent enfin les accidents désignés sous des vocables multiples : *réaction basedowienne post-opératoire, crise hyperthyroïdienne post-opératoire.* L'horaire en est relativement fixe, en général, le lendemain de l'intervention et ils méritent le nom d'accidents secondaires précoces. L'intensité en est variable et difficilement prévisible. Il n'y a pas de parallélisme entre le degré d'élévation du métabolisme et l'intensité de la réaction opératoire.

e) *Dans les cardiopathies banales et l'angine de poitrine,* l'impression dominante qui se dégage est la difficulté à formuler des indications opératoires précises. Après une période d'engouement, se dessinent actuellement un recul et une raréfaction progressive de cette intervention, même dans le continent où elle a pris naissance.

f) *Le cœur myxœdémateux.* — La sécrétion thyroïdienne peut agir sur le cœur par défaut comme par excès, ce qui souligne les rapports endocriniens entre ces deux appareils.

Le complexe clinique du cœur myxœdémateux s'oppose en tous points à celui du cœur hyperthyroïdien, tant dans la pauvreté de signes fonctionnels que dans son évolution. Souvent l'examen radioscopique seul révèle des modifications inattendues. Le cœur, dont les dimensions de l'ombre traduisent l'énorme augmentation de volume, paraît immobile, paresseux, animé de contractions lentes et de faible amplitude.

Comme pour l'hyperthyroïdie, mais de façon inverse, le test thérapeutique démontre la relation de causalité. Le traitement thyroïdien amène en général une véritable fonte du cœur et un retour de l'orthocardiogramme à ses dimensions normales en quelques semaines.

En terminant cet important chapitre, Peycelon discute les différentes *théories pathogéniques* sur les troubles cardiaques dans l'hyperthyroïdisme — sur le mode d'action de la thyroïdectomie totale sur un C. T. normal dans les cardiopathies banales et enfin sur les modifications cardiaques dans le myxœdème.

II. Corps thyroïde et tension artérielle. — 1° Dans les Basedow à évolution banale, la tension, relativement peu élevée, s'abaisse généralement après l'intervention.

2° Par contre dans les B. à *forte tension permanente,* celle-ci n'est *pas influencée* par l'intervention et il faut conclure à l'existence d'une maladie hypertensive indépendante.

3° Le traitement de l'*hypertension cryptogénétique,* par l'*ablation totale* d'un *C. T. normal* a été tenté, mais *sans succès,* par certains partisans de l'origine endocrinienne de l'hypertension.

III. Corps thyroïde et métabolisme du sucre. — La glycosurie des *hyperthyroïdiens* et son amélioration par la thyroïdectomie ont conduit certains auteurs à tenter la *guérison du diabète* par l'*ablation du C. T. normal.* Les faits connus jusqu'ici ne semblent pas inciter à persévérer dans cette voie.

Quant aux modifications du métabolisme du sucre au cours des *hypothyroïdies,* elles sont encore très mal connues.

IV. Corps thyroïde et squelette. — 1° Dans l'hypothyroïdisme. *Chez l'enfant,* les troubles de l'ostéogénèse dans l'hypothyroïdisme sont de notion classique, ainsi que leurs signes radiologiques et l'amélioration des troubles de croissance par la thyroxine. *Chez l'adulte* on a pu observer également un trouble du métabolisme calcique et une *hypercalcification* du squelette en rapport avec l'insuffisance thyroïdienne.

2° Dans l'hyperthyroïdisme. *Chez l'enfant,* on peut observer une brusque poussée de croissance avec parfois une avance des noyaux d'ossification et une soudure prématurée des cartilages. *Chez l'adulte,* troubles dystrophiques, décalcification, constituant les *ostéoses thyréogènes* (Snaper). On peut observer des fractures spontanées au cours d'*ostéoporoses graves* devenant symptôme prédominant. Influence améliorante très nette de la thyroïdectomie.

V. Corps thyroïde et psychisme. — L'apparition de troubles mentaux au cours d'une maladie de Basedow ne représente pas forcément une contre-indication opératoire. S'il est incontestable que certains, associés à un goitre exophtalmique typique, réagissent favorablement à la thyroïdectomie, il faut cependant en séparer les troubles nerveux coexistant avec un goitre simple, qui persistent après l'ablation de la tumeur qui n'a aucune activité technique, et les faux syndromes thyroïdiens ou états névropathiques avec tachycardie, où l'intervention risque au contraire de créer une aggravation.

Discussion.

— M. **de Moor** (Bruxelles) insiste surtout sur la gravité de la réaction post-opératoire dite autrefois crise d'hyperthyroïdie. Elle est la principale cause de mort post-opératoire et nous ne savons pas encore bien la juguler. Il considère le Basedow comme une *véritable dysendocrinie généralisée* avec intoxication générale de l'organisme. Le cœur est pris dès le début et de Moor n'admet ni le terme de cardiothyréose ni la modalité qu'il s'efforce d'individualiser. C'est la brusque disparition de la concentration sanguine en thyroxine qui paraît être le *primum movens* des accidents, agissant à la façon de la suppression brusque du poison chez le morphinomane. Aussi la thyroxino-thérapie post-opératoire ne peut-elle avoir qu'un résultat passager.

— M. **Welti** (Paris), se basant sur une expérience personnelle de près de 5.000 cas, fait un éloquent plaidoyer en faveur de l'*intervention en deux temps* à 3 mois d'intervalle et insiste sur la minutie des détails techniques. Les trois écueils : lésion du récurrent, des parathyroïdes, myxœdème post-opératoire ne sont pas négligeables, étant donné surtout la nécessité d'opérer toujours *très largement.* Une série d'images de techniques et de résultats opératoires est projetée par l'auteur qui termine par la description de la trépanation orbitaire grâce à laquelle on peut arriver à combattre l'œdème qui conditionne l'exophtalmie maligne, complication heureusement exceptionnelle.

— M. **Fontaine** et Mlle **Oswald** (Strasbourg) présentent *quelques réflexions à propos de 65 goitres thyrotoxiques* opérés de 1940 à 1944, durant leur repli à Clairvivre (39 Basedow primitifs et 26 secondaires). Tous ces cas sauf 2 ont été traités par la thyroïdectomie subtotale en *un* temps sous anesthésie locale. Sept malades furent opérés en pleine asystolie avec 2 morts et 5 guérisons contrôlées à longue échéance. Les 58 autres n'ont donné qu'une mort (accident d'anesthésie). Donc mortalité faible si l'on considère la gravité initiale des cas traités. Aussi les auteurs se montrent-ils partisans convaincus de la thyroïdectomie subtotale en un temps comme traitement de choix des états thyrotoxiques.

Ils passent ensuite en revue une série de cas spéciaux : 3 cas de persistance (appendus aux pôles inférieurs de la thyroïde de débris thymiques assez importants, histologiquement en pleine activité malgré l'âge avancé des malades).

Ils terminent par l'étude des modifications que subit la tension artérielle sous l'influence de la thyroïdectomie subtotale, modifications en général passagères ; exceptionnellement une hypertension artérielle permanente, préexistant à l'opération disparaît définitivement après celle-ci.

— M. **Delannoy** (Lille), sur 400 cas opérés, note 22 hommes, tous à forme très grave. Il préfère dans ces cas ne pas opérer et agir par radiothérapie et traitement médical. Dans la préparation pré-opératoire, il reste fidèle à l'emploi du lugol faible, de la vitamine C et de la quinicardine associées au repos. Partisan de l'opération en deux temps dans la plupart des cas, il pratique la totale du côté droit et la subtotale à gauche. Il n'a jamais observé de tétanie post-opératoire et note seulement quelques paralysies récurrentielles fugitives. Il termine en relatant un succès obtenu par la greffe thyroïdienne chez une jeune malade, après échec d'opération sur le sympathique.

— M. **Arnaud** (Saint-Etienne) insiste sur la difficulté que présente le diagnostic de l'état du tissu thyroïdien à conserver au cours de la subtotale. Il ménage toujours l'isthme au niveau duquel on peut trouver du tissu sain, alors que la lame postérieure est très altérée. Il relate deux observations caractéristiques et insiste en terminant sur la nécessité d'une hémostase et surtout d'une asepsie particulièrement soignées, des accidents graves étant souvent dus à l'infection. Dans de semblables cas, il a toujours vu le drain cultiver.

— M. **Chavannaz** (Bordeaux) insiste sur l'importance des traumatismes, même minimes, pouvant déclencher une poussée grave de basedowisme soit chez des prédisposés, soit chez des malades atteints de B. latent. Il en cite plusieurs exemples typiques.

— M. **Gentil** (Nogent-sur-Marne) rapporte, avec projections à l'appui, deux observations personnelles : 1° malade hémogénique ayant fait, à la suite de l'opération, un hématome du cou, avec suites mouvementées auxquelles elle faillit succomber ; 2° une asystolique qui, à la suite de la ligature des pédicules thyroïdiens supérieurs, fit un œdème aigu du poumon. Il opère en un temps, de droite à gauche (comme dans l'hystérectomie à l'américaine), mais fait toujours au préalable la ligature des thyroïdiennes supérieures. (*A suivre.*)

Michel Deniker.

PETITES CLINIQUES DE "LA PRESSE MÉDICALE"

N° 681.

Une méningite qui paraissait tuberculeuse et qui pourtant guérit

Par Jean Olmer,
Médecin des Hôpitaux de Marseille.

Le 3 Décembre 1944, je suis appelé par les docteurs Million [1] et Pedat à Fréjus auprès d'une de leurs malades atteinte d'un syndrome méningé dont ils redoutent la nature tuberculeuse.

Les craintes de mes confrères paraissent malheureusement bien fondées. L'histoire qu'ils me racontent est déjà évocatrice.

Il s'agit d'une jeune fille de 15 ans, Gilberte Mare..., qui a présenté, à la fin Octobre, une diplopie par strabisme interne de l'œil droit. Pendant quelques semaines, ce trouble est resté isolé puis, le 28 Novembre, d'une façon soudaine, ont débuté les signes méningés: céphalée très violente, vomissements et constipation, tandis que la température s'élevait à 38°.

L'examen ayant confirmé l'existence d'une réaction méningée, une ponction lombaire est pratiquée le 29 Novembre qui montre une hyper-albuminose avec diminution des chlorures (les chiffres n'en ont pas été précisés) et 125 lymphocytes par millimètre cube. La recherche des bacilles de Koch dans le liquide céphalo-rachidien s'est avérée négative; malgré cela, de fortes suspicions pèsent en faveur de la méningite tuberculeuse et c'est pour cela que je suis appelé afin de donner mon avis.

Je suis en présence d'un sujet assez abattu mais capable de répondre aux questions qu'on lui pose. Elle est couchée en chien de fusil, se détournant de la lumière. Ce qui frappe d'emblée chez elle, c'est l'existence d'un strabisme interne de l'œil droit; on constate, en effet, une paralysie du droit externe complète de ce côté, qui explique la diplopie accusée par la malade. Il n'y a, par contre, pas d'atteinte des autres muscles de l'œil droit, ni des muscles de l'œil gauche. On met facilement en évidence une raideur de la nuque, un signe de Kernig et un signe de Brudzinski. Il n'y a pas de troubles nets de la sensibilité, ni de la motricité au niveau des membres; par contre, le réflexe rotulien droit est aboli. Les troubles vaso-moteurs se caractérisent par la constatation de la classique raie méningitique. Il n'y a pas de troubles urinaires. On me signale l'existence d'une constipation tenace. L'examen viscéral est pratiquement négatif; en particulier, je ne trouve aucun signe de lésion pulmonaire. Le pouls est à 100 pour une température qui se maintient aux environs de 38° depuis le début, la tension artérielle est 10-6.

Ainsi donc, on se trouvait en présence d'un syndrome méningé cliniquement évident et que venait confirmer la réaction du liquide céphalo-rachidien. De ce syndrome méningé, il importait de fixer l'étiologie. Or, il apparaissait très vraisemblable qu'il s'agissait d'une tuberculose méningée: la notion de fréquence, l'âge de la malade, l'existence d'un syndrome méningé aigu avec fièvre à 38° entraînant une hyper-albuminose avec lymphocytose rachidienne, la constatation d'une diplopie par paralysie du VI droit traduisant une atteinte basilaire, tout plaidait en faveur de ce redoutable diagnostic. Tout au plus, pouvait-on remarquer que l'on n'avait pas mis en évidence de bacille de Koch dans le liquide céphalo-rachidien, mais nous savons que, pour avoir toute sa valeur, cette recherche doit être longuement et minutieusement poursuivie.

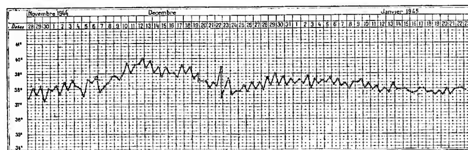
Une autre remarque un peu plus importante pouvait être faite aussi contre ce diagnostic de méningite tuberculeuse, c'est qu'on ne retrouvait pas ici de contagion directe: cette jeune malade habitait une ferme en pleine campagne et il n'y avait, dans son entourage, aucun cas suspect. Cependant, la présence dans la proximité d'un hôpital de Sénégalais où sont traités de nombreux cas de tuberculose pouvait faire craindre qu'il y ait eu là une contamination fortuite.

Ainsi, les objections que l'on pouvait essayer d'opposer au diagnostic de méningite tuberculeuse apparaissaient bien fragiles. Cependant, avant de l'admettre définitivement, il convenait d'envisager si une autre éventualité ne pouvait être retenue.

Comme toujours en pareil cas, on essayait de se raccrocher à la possibilité d'une méningite syphilitique mais il n'existait malheureusement rien dans les antécédents personnels ou familiaux qui autorisât quelque espoir de ce côté.

Pouvait-il s'agir d'une réaction méningée au cours d'une encéphalite, d'une poliomyélite, d'un herpès ou d'un zona: ici encore aucun argument clinique ne permettait cette hypothèse. Il ne paraissait par des accidents paroxystiques (dysesthésies et parésies à topographie hémiplégique, aphasie, amaurose transitoires, migraines, absences, convulsions, coma passager) liés à des spasmes vasculaires encéphaliques et survenant sur un fond symptomatique permanent fait de troubles psychiques (psychasthénie, indifférence, amnésie, euphorie) et de surdité labyrinthique. Dans l'un et l'autre syndrome existe un élément commun, représenté par une intense réaction du liquide céphalo-rachidien, avec hypercytose et hyperalbuminose considérables et xanthochromie habituelle, ces modifications liquidiennes représentant, pour le Prof. Roger, le fait initial et essentiel. Nous étions bien loin du tableau présenté par notre malade mais cet antécédent pouvait laisser planer un petit doute sur le diagnostic de méningite tuberculeuse et nous devions demander à l'évolution de nous fixer. En attendant, nous proposions d'adjoindre au traitement général des injections intraveineuses de salitropine.

Or, le 23 Janvier, le Dr Million voulait bien nous écrire que non seulement sa malade était toujours en vie mais même qu'elle allait mieux. « Pendant



sait non plus pas possible d'admettre la possibilité d'une réaction méningée au cours d'une maladie infectieuse, dont on ne trouvait aucun signe.

Et si l'on cherchait, en désespoir de cause, à envisager l'hypothèse d'une méningite lymphocytaire bénigne, il fallait bien reconnaître que c'était un diagnostic bien peu vraisemblable en raison du fait qu'en pareil cas les signes oculaires font toujours défaut et que la réaction leucocytaire est toujours beaucoup plus intense que celle qui avait été observée ici.

Par conséquent, l'hypothèse d'une méningite tuberculeuse tirait à la fois arguments des signes positifs rencontrés chez cette petite malade et aussi de l'impossibilité de trouver des éléments solides en faveur d'une autre étiologie.

Cependant, dans la discussion qui suivit mon examen, le Dr Million m'apporta un renseignement de première importance: il m'indiqua, en effet, que six mois auparavant, en Avril 1944, il avait soigné cette malade pour une mélitococcie bénigne, à forme ambulatoire, mais confirmée par un séro-diagnostic positif, et qui avait guéri complètement en trois semaines à la suite d'injections de vaccin. Il n'est pas douteux que cet antécédent prenait ici une valeur singulière, comme le soulignait lui-même le Dr Million, depuis que nous connaissons bien, grâce surtout aux travaux du Prof. Roger (de Marseille) et aussi des Prof. Rimbaud et Janbon (de Montpellier), les manifestations nerveuses de la fièvre ondulante dont les Prof. Roger et Poursines ont donné une description complète dans leur remarquable ouvrage sur les méningo-neuro-brucelloses.

L'apparition tardive de ces localisations chez des malades paraissant guéris depuis plusieurs mois n'était pas pour nous étonner car elle est la règle en pareil cas. Mais nous savions qu'habituellement ces localisations réalisent deux grands types cliniques: un syndrome méningo-myélo-radiculaire, caractérisé par l'installation progressive d'une paraplégie flasque avec abolition des réflexes et discrète irritation pyramidale, — un syndrome méningo-encéphalique se constituant par étapes et se tradui-

tout le mois de Décembre, nous précisait-il, la situation était restée grave et toujours menaçante. Mais à partir du début de Janvier, les signes physiques se sont améliorés progressivement: disparition de la céphalée, du Kernig, de la raideur de la nuque, réapparition du réflexe rotulien droit et surtout amplitude de plus en plus grande des mouvements de latéralité des yeux, avec disparition presque complète de la diplopie; appétit régulier, constipation cédant aux lavements. » Il ajoutait que l'état général s'améliorait rapidement. Il me faisait remarquer que la courbe de température présentait deux ondulations assez nettes; il me signalait, également, que la malade avait accusé, à diverses reprises, dans les épaules et dans les jambes, des douleurs analogues, disait-elle, à celles qu'elle avait ressenties au cours de sa mélitococcie; il m'indiquait, enfin, qu'un nouveau séro-diagnostic Wright pratiqué s'était montré fortement positif à 1/200 et encore positif à 1/400.

Tous ces arguments rendaient de plus en plus probable le diagnostic de méningite brucellosique pure dont de rares observations ont été publiées. Toutefois, convenait-il d'attendre un recul suffisant. Or, le 22 Mai, le Dr Million nous écrivait que depuis le début de Février sa malade pouvait être considérée comme guérie sans rechute, ni séquelle: il ne restait plus rien des symptômes qui avaient été si alarmants.

Ainsi, la suite de cette observation éliminait définitivement l'hypothèse redoutable de méningite tuberculeuse qui, à tous égards, paraissait, au début, la plus vraisemblable et permettait d'affirmer le diagnostic de méningite mélitococcique à forme pseudo-tuberculeuse. Ces faits de méningite pure sont, jusqu'à présent, considérés comme exceptionnels; leur possibilité, leur apparition tardive, après une brucellose souvent fruste et qui a pu passer inaperçue, doivent être bien connues, car elles permettent, en présence d'une méningite grave à lymphocytes de ne pas porter forcément et sans appel le pronostic fatal qu'entraînerait le diagnostic de méningite tuberculeuse et de laisser la porte ouverte à l'espoir.

1. Nous remercions bien vivement le docteur Million de nous avoir fourni avec une très grande complaisance tous les éléments nécessaires à la rédaction de cette clinique.

CHRONIQUES

Assassinat[1] systématique de prisonniers malades par les médecins nazis

Je me borne à exposer, sans commentaires, ce que j'ai vu.

Arrêté le 29 Avril, après un long séjour à Fresnes, puis quelques mois au Fort de Romainville, je fus envoyé en Allemagne en Novembre 1943. Je passai par Sarrebrück puis par Mauthausen d'où je fus dirigé sur le Camp de Gusen I. Là, en 1944, je fus employé comme médecin au *Revier*, c'est-à-dire à l'infirmerie.

Les soins y étaient assurés par des médecins prisonniers, en majorité polonais, mais sous les ordres d'un médecin allemand, un SS, le Dr Vetter, Hauptsturmführer. La responsabilité de ce qui se passait au *Revier* lui incombe entièrement ; une résistance ouverte de notre part eût eu comme conséquence de priver complètement — par notre disparition — les prisonniers des quelques soins utiles que nous arrivions malgré tout à leur donner.

Le Dr Vetter ordonnait souvent la mise à mort des malades.

Deux cas sont à considérer.

D'une part, le Dr Vetter se faisait régulièrement présenter tous les malades atteints de tuberculose pulmonaire. Il examinait les feuilles de température, les radiographies (celles-ci tirées avec un appareil rudimentaire étaient extrêmement mauvaises, presques illisibles) et décidait. Quelques malades étaient conservés pour être traités ; mais la plupart étaient classés dans ce qu'on appelait le *groupe III*, autrement dit étaient voués à la mort. Ils étaient passés au block 31 et enfermés dans le *Bahnhof*[2] en attendant leur mise à mort. Celle-ci avait lieu soit le jour même soit après un temps variable. C'était le *Blockältester* (chef de block) qui en était chargé. Ce chef de block était un prisonnier allemand, condamné de droit commun ; il est mort depuis. Il s'y prenait en faisant une injection intracardiaque, comme je l'ai vu de mes propres yeux. J'évitais d'ailleurs d'assister à ces exécutions et même d'en parler au *Blockältester*. Je ne puis donc dire avec certitude quel était le liquide injecté mais probablement s'agissait-il de benzine.

Je venais de prendre mes dispositions pour pouvoir pratiquer l'autopsie de quelques-uns de ces malheureux sacrifiés lorsque je fus envoyé au Camp voisin de Gusen II. Je voulais vérifier la nature du liquide et surtout préciser si l'injection était vraiment faite dans la cavité ventriculaire et non dans le poumon, chose possible de la part d'un incompétent peu scrupuleux. Une injection mal faite rend la mort plus lente et douloureuse, mais je n'ai pas pu vérifier.

D'autre part il y avait les *transports*. Lorsque le nombre des malades hospitalisés paraissait trop élevé aux allemands, le médecin SS les passait tous en revue pour choisir ceux qu'il fallait éliminer. Les malades complètement nus défilaient devant lui. Il décidait sur l'aspect général, sans regarder les feuilles de température et sans interroger les médecins traitants sur le diagnostic, sinon d'une façon exceptionnelle.

Qu'on ne vienne pas dire que seuls étaient désignés pour la mort des malades à pronostic désespéré, dont on abrégeait ainsi les souffrances. Il est insoutenable médicalement qu'un simple coup d'œil puisse toujours suffire, sans aucun autre examen pour établir un pronostic. J'ai tenu à préciser le temps consacré à « l'examen » de chaque malade. Avec l'aide d'un confrère j'ai trouvé une moyenne de *trois secondes*[3]. Au surplus il est arrivé, un certain retard ayant été apporté au départ, que l'état de quelques malades s'améliore avant ce départ. Cela prouve bien que le pronostic n'était pas désespéré.

Les malades ainsi choisis étaient emmenés en camion ou en autocar. « Destination inconnue ». Peut-être certains sont-ils partis vers les camps d'expérience dont nous connaissions l'existence par ouï-dire et sur lesquels on commence à avoir des précisions. La plupart allaient à Mauthausen et ont certainement été achevés, notamment dans la chambre à gaz que j'ai visitée moi-même dans ce camp, après notre libération par les Américains.

Non seulement ces mises à mort étaient par elles-mêmes affreuses, mais elles ont en quelque sorte paralysé mon action médicale. Que répondre au camarade qui m'abordait dans le camp et me disait : « Il y a quelques années j'ai fait un séjour en sanatorium ; ces jours-ci j'ai craché un peu de sang, j'ai envie d'aller à la visite pour entrer à l'infirmerie[4]. Qu'en penses tu ? ». Je pensais : « S'il entre au *Revier* ils vont me le tuer ; mieux vaut laisser la tuberculose évoluer, peut-être aura-t-il du moins la consolation de mourir chez lui... » et je parlais de congestion, d'efforts de toux sans gravité... la mort dans l'âme. Plus tard à Gusen II, alors qu'il n'y avait pas encore d'infirmerie dans ce camp, j'ai eu la responsabilité de désigner les malades qui devaient aller à Gusen I subir la visite du médecin SS. pour être éventuellement admis au *Revier* de Gusen I. Mes angoisses s'accrurent. Inscrire pour la visite les suspects de tuberculose, les vieux, les faibles ? N'était-ce pas les envoyer à la mort ? Quand les Israélites hongrois sont arrivés à Gusen II, et Dieu sait dans quel état étaient ces malheureux[5] la situation fut pire encore : lorsqu'on inscrivait trop de malades, les *transports* se multipliaient. Comment rendre service aux gens ?

Il arrivait qu'un camarade me dise : « Tu ne veux pas me reconnaître malade, je t'assure que je ne tiens plus debout, et comme je n'ai pas la force de travailler, je suis battu sans arrêt. Un de ces jours je serai frappé jusqu'à la mort. Je te jure que je n'en peux plus ! » Alors je finissais par l'inscrire pour la visite, voulant espérer que s'il était achevé il souffrirait, après tout, moins d'une injection intracardiaque, ou gazé, que d'être martyrisé journellement jusqu'à ce qu'il succombe sous les coups. Mais que de tortures morales pour moi, qui ne pouvais me confier à personne et qui traitais de légende l'histoire des piqûres lorsqu'on m'en parlait, car je ne voulais pas affoler mes camarades !

Comme médecin j'ai relativement peu souffert matériellement et si je parle de mes angoisses personnelles c'est parce que j'ai le devoir de souligner toutes les conséquences des assassinats pratiqués par des nazis qui n'avaient de médecin que le nom. *L'Euthanasie* est condamnable à tous points de vue ; en particulier du point de vue médical : comment conseiller les malades lorsque l'on sait que l'infirmerie est à proprement parler un *abattoir?*

J'ai nommé le Dr Vetter mais il n'était pas seul responsable. Il s'agissait bel et bien d'un système pratiqué par l'ensemble des nazis. D'abord à Gusen I, j'ai vu une fois la visite, pour un transport, être faite par un médecin nazi de Mauthausen, Chef du Dr Vetter. D'autre part, à Gusen II un certain nombre de faits prouvent qu'en réalité les allemands ne cherchaient que *l'extermination* des déportés :

Le *Lagerführer* (Chef de camp SS) de Gusen II m'a dit qu'il ne fallait pas inscrire trop de monde pour la visite : « Ce n'est pas ici un sanatorium. Il n'y a pas place pour les malades. Les gens doivent travailler ou mourir ».

Fin 1944 on ouvrit à Gusen II un block, le block 13, pour les malades. Quelque temps plus tard le *Rapportführer*, autre SS, estima qu'on ne mourait pas assez dans ce bloc et donna l'ordre, —on était en hiver — « d'ouvrir les fenêtres et d'éteindre les feux ». Le *Blockältester* comprit ce que désirait le SS : il existait au block 13 un *Bahnhof*. Dès lors chaque soir les malheureux qui y avaient été placés dans la journée étaient massacrés ; autant que j'ai pu le savoir principalement en leur maintenant la tête dans un tonneau d'eau. Il n'y avait au préalable aucune visite médicale, c'était le *Blockältester* 13 ou ses aides qui désignaient, à peu près au hasard, les malades que l'on mettait au *Bahnhof*. Le Dr Vetter, qui avait également la charge de Gusen II, venait d'ailleurs rarement à ce camp.

Dès que j'eus vérifié qu'on achevait ainsi régulièrement les malades au *Bahnhof*, je m'astreignis à y passer chaque soir et à en faire sortir de ma propre autorité, du moins ceux qui n'avaient pas de diarrhée (J'y ai vu un malade atteint d'un simple panaris !). Cela ne dura que quelques jours : le *Blockältester* me frappa pour être entré au *Bahnhof* et me signifia que, d'ordre supérieur, lui seul avait le droit de pénétrer en ce lieu. Il me fut désormais impossible de rien tenter pour sauver mes camarades.

On sut rapidement dans le camp ce qui se passait au block 13. Les malades en avaient la terreur. Beaucoup n'osaient pas se faire porter malade.

Puis un nouveau block fut réservé aux malades : le Block 16. C'était en 1945 et les tueries se multiplièrent. Ici je serai plus bref, n'ayant eu les détails que par ouï-dire. J'étais en effet de plus en plus confiné dans la salle de pansements. Je puis du moins affirmer que les tueries ont bien eu lieu, pour avoir moi-même vu de nombreux cadavres.

Non seulement au Block 16 mais dans presque tous les blocks les malades, les faibles étaient massacrés la nuit : assommés à coups de bâton, étranglés, pendus, noyés, abattus à coup de hache. Tandis que les assassinats au Block 13 étaient chaque nuit de l'ordre de la dizaine, les massacres de 1945 s'élevèrent à Gusen II à l'ordre des centaines par nuit. Il m'est impossible de fournir des chiffres précis. Je suis du moins persuadé que le nombre des morts était chaque jour transmis au Dr Vetter qui ne pouvait ignorer la situation.

Dans les derniers mois il y eut d'ailleurs des *Transports* partant directement de Gusen II. Il s'agissait parfois de simples évacuations, faute de place, car certains malades ainsi partis ont été soignés à Mauthausen et quelques-uns sont même revenus ensuite au camp. Dans l'ensemble cependant, faire partie d'un *transport* était extrêmement dangereux. C'est ainsi par exemple que le trajet jusqu'à Mauthausen (quelques kilomètres avec côte) était accompli parfois à pied par des malades littéralement à bout de forces, presque pas vêtus ni chaussés. J'ajoute que les derniers temps la ration journalière des malades était *d'un quart de litre de mauvaise soupe et de cinquante grammes de pain*. On manquait soi-disant de vivres. En réalité, les silos contenaient d'énormes quantités de pommes de terre.

Tout cet ensemble permet d'affirmer que les nazis — y compris les médecins nazis — ne poursuivaient qu'un but *d'extermination*. Tout l'appareil médical n'était qu'un *décor*, qu'un mensonge destiné à masquer le massacre. Sans doute certains tuberculeux ont été traités par le pneumothorax artificiel, sans doute il y eut des distributions journalières de lait et certains malades ont bénéficié de régimes remontants, très substantiels, comportant même parfois des œufs. Mais, du moins dans les camps que j'ai cités, il ne s'agissait là que d'un trompe l'œil. On voulait pouvoir dire que les malades étaient bien soignés, en passant sous silence les assassinats systématiquement ordonnés par ailleurs.

1. *Assassinat* est le terme juridique qui signifie « meurtre avec préméditation »

2. *Bahnhof* : la *gare*, gare pour l'autre monde. C'était une petite pièce réservée aux malades graves spécialement aux diarrhéiques ou à ceux qui, ne pouvant se lever facilement, risquaient de salir leur lit. Ils étaient entassés par terre, sans lit, sans matelas, pratiquement sans couvertures, couchés sur une litière de copeaux de bois souillée de déjections. On leur donnait peu à manger, presque pas à boire. Les phlegmons, les plaies n'étaient pas pansés. Le spectacle du *bahnhof* empli de sortes de squelettes vivants couchés dans l'ordure était épouvantable. Il est très difficile de s'en représenter le degré d'horreur quand on ne l'a pas vu soi-même.

3. A défaut de chronomètre, on apprécie très aisément la seconde en comptant à mi-voix, aussi vite que possible jusqu'à six.

4. Le médecin SS ou à son défaut l'infirmier SS avaient seuls le droit d'admettre les malades à l'infirmerie.

5. J'ai vu des enfants de 13 ans travailler comme des forçats, sans repos le dimanche, en proie au scorbut, présentant aux pieds des ulcérations que ne pouvaient améliorer nos pansements de papier. Ceux-ci duraient à peine un quart d'heure car ces enfants n'avaient pas de souliers ou ne possédaient que des débris de chaussures.

Et voici la *preuve du mensonge:* les observations des malades étaient truquées.

La plupart des malades ne recevaient pas de médicaments parce que l'on en manquait. Sur cela, aucun reproche à faire aux médecins nazis. Mais alors pourquoi nous donnaient-ils l'ordre d'inscrire sur les feuilles de température les médicaments *comme s'ils avaient été administrés?* On n'avait pratiquement rien pour soigner les diarrhéiques; pourquoi inscrire journellement sur les feuilles: charbon, tannin, ou bien encore théobromine 1 *g.* pour les cas d'œdème, alors qu'on n'avait rien donné? L'évolution de la maladie, la cause de la mort étaient, dans les observations de ceux que l'on assassinait, soigneusement masquées, par ordre, par des descriptions fantaisistes. Je me rappelle ma stupeur la première fois que je vis arriver au Block 21 3 malades venant du Block 29. Jetant un coup d'œil sur les observations, je vis chacune des 3 se terminer par : mort (avec la date du jour), cependant les malades étaient bien vivants, debout devant moi. C'étaient des malades du *Groupe III* qu'on devait achever le soir au *Bahnhof* et le médecin du 29 avait rédigé les pseudo-observations jusqu'au bout pour en éviter la peine à ses confrères du 31 [6].

La médecine nazie telle que je l'ai vu pratiquer n'était, je le répète, qu'un trompe l'œil: Elle visait d'une part à massacrer les déportés, d'autre part, à prendre ses précautions pour pouvoir, après la victoire allemande escomptée, montrer des dossiers bien en ordre établissant que les malades avaient été correctement soignés. Par une prudence élémentaire l'entrée de nos camps était d'ailleurs soigneusement interdite à la Croix-Rouge internationale. Tout cela fut heureusement déjoué et l'avance alliée fut si rapide qu'à Mauthausen la chambre à gaz et le *crematorium* ne purent être qu'incomplètement détruits faute de temps. Ce qui en reste est éloquent.

Aussitôt après notre libération j'ai remis au Comité Français de Mauthausen un bref rapport résumant l'accusation que je porte contre le Dr Vetter d'avoir ordonné l'assassinat de malades. J'ai renouvelé ma plainte en France au Service des crimes de guerre ennemis.

Il est encore trop tôt pour savoir ce qu'il en adviendra, il ne s'agit d'ailleurs là que d'un cas particulier. Mais d'une façon générale de sévères *sanctions* doivent être prises pour éviter la continuation de pareilles mœurs, faute de quoi la civilisation disparaîtrait un jour devant la barbarie. *De l'énergie qu'on y mettra dépend notre avenir.*

Dr Henri Desoille,
Professeur agrégé de Médecine légale à la Faculté de Médecine de Paris.

La streptomycine

UN NOUVEL ANTIBIOTIQUE

C'est sous ce titre que le *British medical Journal* du 19 Mai 1945 fait connaître les recherches concernant de nouvelles substances dérivées des moisissures qui comme la pénicilline ont une action sur les micro-organismes. Plusieurs de celles-ci ont été déjà découvertes ; la gramicidine, la clavacine, l'acide hexolique, mais, à part la première, elles ne sont pas encore entrées dans le domaine thérapeutique. S. A. Waksman, E. Bugie et A. Shatz [1] ont isolé deux substances qu'ils ont appelées la streptothricine et la streptomycine. Cette dernière qui semble être la plus intéressante est obtenue de l'*actinomyces griseus* cultivé dans certaines conditions. Comme la streptothricine, elle est très stable, résiste modérément à la chaleur et au froid. Chimiquement, elle semble être une base organique qui est insoluble dans l'éther et le chloroforme mais soluble dans l'eau. *In vitro*, elle inhibe la croissance du *B. subtilis*, du *B. Coli*, du *Stap. aureus*, du *Brucella abortus*, du *B. aerogenes*, du bacille tuberculeux et d'autres microorganismes Gram négatif, du groupe des Salmonella ou du groupe dysentérique. Elle a un faible pouvoir inhibiteur sur le *Proteus*, la *S. aertrycke* et le *B. pyocyanique*. Sa toxicité chez l'animal est remarquablement faible, la dose léthale d'une préparation purifiée pour une souris étant de 7 *g.* par kilogramme.

La streptothricine a beaucoup de points communs mais son action est moins certaine et réservée à un plus petit nombre d'organismes.

L'intérêt de ces substances réside dans leur action sur les bacilles Gram négatif qui résistent, comme on le sait, aux sulfamides et à la pénicilline. Jusqu'ici aucun essai n'a été tenté chez l'homme en raison sans doute des petites quantités obtenues, mais l'expérimentation chez la souris a donné beaucoup d'espoir. C'est ainsi que la streptomycine a protégé l'animal contre une infection mixte d'un *Proteus vulgaris* et d'un streptocoque anaérobie provenant d'un cas humain. Des résultats favorables ont été obtenus chez la souris et les embryons de poulets infectés avec *S. aertrycke*, *S. Schottmullerei*, *Pyocyanique*, *Shigella gallinarum* ou *Br. abortus*. Aux Etats-Unis, une maladie inconnue dans l'ancien continent, la tularémie, sévit avec une fréquence relative, puisque l'année dernière on a signalé 1.600 cas avec une mortalité de 3 à 5 pour 100. L'agent causal de cette affection serait pour Heilman une Pasteurella qui n'est pas sensible aux sulfamides et à la pénicilline, mais la streptomycine, du moins dans la tularémie de la souris, la détruirait.

Mais la plus intéressante des applications de la streptomycine serait son emploi possible contre le bacille tuberculeux. Récemment Feldman et Hinshaw [2] ont essayé cette substance dans la tuberculose des cobayes. Ils ont traité pendant soixante jours avec des doses de 6.000 unités par jour des cobayes tuberculeux. Chez les animaux témoins, ils ont constaté une large extension des lésions tuberculeuses, alors que chez les animaux traités, les lésions étaient difficilement décelables microscopiquement, cependant des bacilles vivants étaient encore présents. Des recherches complémentaires sont en cours mais déjà les résultats acquis sont très prometteurs.

A. P.

6. Un israélite hongrois, l'un des meilleurs parmi mes confrères, me posa un jour la question suivante : « Sommes-nous les complices des médecins nazis ? » Je lui répondis : « Non, nous ne sommes pas des complices, nous ne condamnons personne à mort, nous n'exécutons personne, nous faisons tout ce qui est humainement possible pour sauver les gens. Nous ne sommes aujourd'hui que des témoins impuissants, mais nous serons plus tard les témoins de l'accusation ».

1. *Proc. Mayo Clin.*, 1944, **19**, 537.

2. Feldman et Hinshaw : *Proc. Mayo Clin.*, 1944, **19**, 593.

Correspondance

A propos de la « Maladie de la Canne de Provence ».

Une chronique, due à R. Génévrier, puis une courte correspondance, envoyée par Barthélemy, ont été récemment consacrées, dans *La Presse Médicale* des 7 Juillet et 8 Septembre 1945, aux accidents cutanés attribués à l'*Arundo donax* ou Canne de Provence.

Ces deux auteurs ne sont pas d'accord sur la priorité de description de la maladie. Cela tient à ce qu'ils n'ont pas connu la Revue générale très complète (10 pages), publiée par Raphaël Blanchard, en 1898, dans le tome premier de ses *Archives de Parasitologie* (p. 503-512). Il est rappelé, dans ce mémoire, que Chaptal a le premier mentionné, en 1790, dans ses *Eléments de Chimie* (**3**, 182) les graves accidents causés par l'*Arundo donax*, mais que la première description clinique est due à Fave (Montpellier, 1840) [1], suivi de très près par Vigié (Manguio) [2]. C'est d'ailleurs ce à quoi Barthélemy fait allusion en rapportant des citations de Bazin (1862) [3], sans toutefois mentionner les noms de Fave et de Vigié.

Il importe aussi de faire connaître le nom de *maladie du frient (ou frien)*, employé par Ed. Heckel (Marseille), dont R. Blanchard reproduit la note [4] *in extenso*, ainsi que trois lettres du même auteur, consacrées à ces accidents.

Il me paraît utile de présenter en outre quelques remarques sur la nomenclature des champignons vivant sur *Arundo donax* et auxquels sont attribués les accidents. C'est bien Serra qui a indiqué le premier (1889) *Ustilago hypodytes* (Schlecht.) Fr. comme cause de la maladie. Malheureusement il écrit « *hypotides* » et cette coquille a été transcrite par les dermatologistes qui ont cité Serra, par exemple Milian (*Nouvelle Pratique dermatologique*, 1936, **4**, 802), suivi par R. Génévrier. La correction aurait pourtant été facile à faire, soit en consultant le *Sylloge fungorum* de Saccardo (**13**, dans lequel se trouve une table des hôtes végétaux, avec énumération de 81 espèces de champignons parasites sur *Arundo donax*) ; soit, plus simplement, en se demandant quelle peut être la signification d' « *hypotides* ». On aurait vu tout de suite que ce mot n'a aucun sens, tandis qu' « *hypodytes* », qui veut dire « vêtement de dessous », fait allusion à l'enveloppe formée par les téleutospores (ou téliospores) du champignon autour du chaume du roseau.

Sporotrichum dermatodes n'est pas de Lévy-Sirurgue (1906), pas plus que de Courtois-Suffit (1927), mais de Thibierge (1901) [*Pratique dermatologique* (ancienne), 1901, **2**, 448]. Cette espèce n'est d'ailleurs qu'un *nomen nudum*, car elle n'a pas été décrite et Saccardo ne la mentionne pas. On ne peut donc en tenir compte, car il est impossible de savoir pour quel champignon Thibierge a proposé ce nom [5].

Coniosporium arundinis, Saccardo, 1880 (*Michelia*, 1880, **2**, 124) est en réalité *Papularia* (et non « *populaira* », comme l'écrit R. Génévrier) *sphærosperma* (Persoon, 1795), von Höhnel, 1916, comme l'a montré E. W. Mason (*Annotated account of fungi received at the Imperial mycological Institute*, Kew, 1933, List 2, fasc. 2, 18-19) [6].

Tout cela n'est pas grand'chose, dira-t-on, simple question de mots. J'en tombe d'accord. Mais ces mots ont leur importance. La mycologie médicale a été rendue bien assez obscure et difficile par les imprécisions et les inexactitudes dont elle fourmille. C'est pourquoi je crois essentiel, pour ceux qui veulent traiter de ces questions, de s'exprimer avec toute la précision possible, surtout en citant des noms d'espèces de champignons.

M. Langeron.

1. Trinquier : Rapport sur un mémoire présenté à la Société de médecine pratique par Fave et intitulé : Observations sur la vertu malfaisante de la Moisissure des Roseaux (*Arundo donax*). *Journal soc. méd. pratique de Montpellier*, 1840, **1**, 352-361. Voir aussi : *Gaz. méd. de Paris*, 1840, n° 711.

2. Vigié : De la propriété malfaisante de l'*Arundo donax* (Canne de Provence). *Gaz. méd. de Montpellier*, 18 Septembre 1840, **1**, n° 12.

3. Bazin : *Leçons sur les affections cutanées artificielles* (Paris, Delaye, 1862).

4. Heckel : De la maladie du frient (ou friénite) déterminée par le travail de la Canne de Provence. *Assoc. française avancement des Sc., C. R. 20e Session*, 1891, **1**, 383.

5. Ce ne sont pas les seules inexactitudes commises par Thibierge et par Milian. Par exemple, tous deux disent qu'on « dépouille les cannes de leur écorce ». En réalité on enlève les gaines foliaires qui entourent le chaume, mais qui ne sont pas une écorce.

6. Voir aussi M. Langeron : Remarques sur quelques hyphomycètes de dunes, nouveaux ou peu connus. *Rev. de Mycologie* (N. S.), 1941, **6**, 137-146.

Livres Nouveaux

Traitement chirurgical de l'arthrite sèche de la hanche, suivi de travaux de la Clinique orthopédique de la Faculté de Lyon, par L. Tavernier et Ch. Godinot. 1 vol., 356 pages et 100 figures (*Masson et Cie*, éditeurs), 1945. — Prix : 150 fr.

Ce livre n'est pas du tout une revue générale ; c'est seulement le brillant exposé des étapes suivies par L. Tavernier et Ch. Godinot, depuis maintenant près de 25 ans, dans la recherche d'un bon traitement de l'arthrite chronique de la hanche. D'une expérience de 108 cas, L. Tavernier et Ch. Godinot tirent comme conclusions que l'énervation articulaire est sûrement l'intervention de base ; c'est le traitement de choix des formes débutantes et le traitement de routine des formes douloureuses, aussi des formes enraidissantes, « sauf dans les cas où des considérations orthopédiques orientent vers une autre solution (arthrodèse ou arthroplastie), parce que, même débarrassés de leurs douleurs, les malades garderaient une hanche peu utilisable : arthrite très enraidie en position vicieuse, grande adduction irréductible, arthrites bilatérales à grand enraidissement ».

« L'énervation est donc l'opération de base, appropriée à presque tous les cas ». Si pourtant elle ne suffit pas, l'intervention reconstructrice ou l'arthrodèse, mais pas le forage, reprennent aussitôt tous leurs droits.

« En suivant ces directives, on arrive généralement à donner satisfaction aux malades, peut-être pas toujours d'emblée, ni à tous, mais à ceux du moins qui ont la patience d'accepter, si besoin est, des interventions itératives ».

L. Tavernier et Ch. Godinot font suivre ces leçons, toutes tirées de leur expérience, de l'exposé de divers problèmes : traitement de l'arthrite sèche d'autres articulations et de quelques articles de chirurgie orthopédique, déjà parus ou à paraître, qui tous font grand honneur à la Faculté de Lyon.

Jean Patel.

Précis de technique du séro-diagnostic de la syphilis, par R. Demanche. 3e édit. 1 vol. in-8° de 228 pages, avec figures (*G. Doin*, éditeur), Paris.

En donnant cette 3e édition de son *Précis*, M. Demanche a ajouté aux méthodes classiques décrites dans les éditions antérieures les acquisitions les plus récentes (réactions de Hinton, de Eagle, de Kline, etc.) des techniques de laboratoire. Innovation importante, plusieurs chapitres nouveaux sont consacrés à la Sérologie de la Blennorragie, de la Tuberculose, du Paludisme et de la Mononucléose infectieuse.

Ce livre est ainsi devenu un excellent manuel très complet de Sérologie appliquée au diagnostic des principales infections humaines, indispensable dans tout laboratoire.

Ph. P.

INFORMATIONS

CONSEIL DES MÉDECINS DE LA SEINE

Circulation automobile

Le Conseil des Médecins de la Seine nous communique :

Le Conseil des Médecins du département de la Seine croit de son devoir d'appeler l'attention du public sur les abus criants auxquels donne lieu la circulation des voitures automobiles, et sur l'injuste répartition des permis de circuler et de l'essence.

Il fait connaître que pour Paris et la banlieue immédiate, sur 7.000 médecins environ, moins de 3.000 ont pu obtenir un permis de circuler, et que leur allocation mensuelle d'essence s'élève au chiffre de 60 litres à Paris, et 70 litres en banlieue, quantité dérisoire si l'on considère l'amélioration actuelle des arrivées de carburant.

Si ces mesures parcimonieuses étaient nécessitées par la situation générale, les médecins ne protesteraient pas ; ils ne protesteraient pas davantage s'il était tenu un compte sérieux des besoins de chacun, en vue de concourir à la reprise de l'activité nationale. Or, il n'en est rien et le spectacle de la rue suffit à prouver avec quelle générosité sont servis certains privilégiés ; non sans en être scandalisé, le public constate chaque jour le nombre croissant des voitures, qui, à en juger par leurs occupants, ne répondent certes pas aux exigeances de la reprise des activités économiques.

Fatigués de faire valoir en vain auprès des Autorités compétentes leurs justes doléances, les médecins de la Seine invitent le public à élever avec lui contre cet état de chose une vigoureuse protestation.

L'Etat sanitaire du pays exige, en effet, que tous les médecins praticiens obtiennent l'autorisation de circuler librement.

Si satisfaction ne leur est pas accordée, les médecins déclinent toutes responsabilités sur l'attitude qu'ils seraient contraints de prendre par suite de l'incompréhension des Pouvoirs publics.

EXERCICE DE LA MÉDECINE PAR DES MÉDECINS ÉTRANGERS

Formalités à remplir

Par arrêté du 25 Août 1945 :

Article premier. — Les médecins et chirurgiens-dentistes visés par l'ordonnance du 6 Août 1945 et désireux d'obtenir une autorisation d'exercer dans les conditions prévues aux articles 1er et 2 de ladite ordonnance, devront constituer un dossier comprenant les pièces suivantes :

a) Une demande adressée au ministre de la Santé publique (direction de la Santé, 1er bureau) ;

b) Une pièce ou copie certifiée conforme de document établissant leur état civil (lieu et date de naissance), leur adresse actuelle, la date de leur décret de naturalisation, s'il y a lieu, ou leur nationalité ;

c) Copie certifiée conforme de leur diplôme de docteur en médecine ou de chirurgien-dentiste ;

d) Toutes pièces établissant que l'intéressé remplit l'une des quatre conditions prévues à l'article 1er de l'ordonnance ;

e) Tous documents annexes susceptibles d'éclairer la Commission, en particulier sur la situation de famille du pétitionnaire, la situation militaire, etc.

Art. 2. — Le dossier préparé comme il est dit à l'article précédent doit être déposé à la Préfecture du lieu de résidence (inspection de la Santé, à Paris, au bureau d'hygiène de la Préfecture de Police) qui le transmettra au ministère de la Santé publique :

1° Avec un rapport d'enquête sur le pétitionnaire ;

2° Avec l'avis du Conseil des Médecins ou des Chirurgiens-dentistes du département et celui du Syndicat s'il est reconstitué ;

3° Avec son avis personnel motivé.

Art. 3. — La Commission prévue à l'article 6 de l'ordonnance présente ses conclusions au ministère de la Santé publique qui statue par arrêté.

(*J. O.* du 30 Août 1945.)

Maladies contagieuses à déclaration obligatoire

Le *J. O.* du 29 Septembre 1945 publie deux décrets classant parmi les maladies contagieuses à déclaration obligatoire :

— Le *typhus récurrent*, qui figurera sur le carnet de déclaration, suivi des lettres C et T (désinfection en cours de maladie et désinfection terminale) ;

— La *coqueluche*, qui figurera sur le carnet de déclaration suivie de la lettre C (désinfection en cours de maladie).

TARIF DES FRAIS MÉDICAUX en matière d'accidents du travail

Article premier. — Les tarifs homologués en vertu de l'ordonnance du 3 Mars 1945 relative à la fixation des tarifs en matière d'assurances sociales sont applicables, dès leur entrée en vigueur, au remboursement des honoraires et frais accessoires dus aux praticiens et aux auxiliaires médicaux pour les besoins de toute nature donnés aux victimes d'accidents du travail.

En ce qui concerne la consultation ou la visite, une réduction de 20 pour 100 est opérée sur les tarifs visés à l'alinéa précédent, sauf dans les cas suivants :

a) Consultation donnée dans un établissement hospitalier public ou privé ou dans un dispensaire ;

b) Maladies professionnelles.

Art. 2. — A titre transitoire, à compter du 1er Avril 1945 et jusqu'à la date d'entrée en vigueur des tarifs visés à l'article précédent, le tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail tel qu'il a été fixé par l'arrêté du 5 Mai 1939 est modifié comme suit :

a) Le prix de la visite ou de la consultation est porté de 17 fr. à 40 fr.

Pour les médecins spécialisés en urologie, oculistique, oto-rhino-laryngologie, stomatologie et électroradiologie, ce prix est porté de 22 fr. 50 à 55 fr. ;

b) Les indemnités de déplacement visées à l'article 2 de l'arrêté du 5 Mai 1939 sont affectées d'une majoration de 200 pour 100 ;

c) Les autres prix fixés par l'arrêté du 5 Mai 1939 sont affectés d'une majoration uniforme de 100 pour 100.

Ces différentes majorations se substituent à la majoration temporaire de 50 pour 100 instituée par l'arrêté du 17 Mars 1945.

Toutefois, les prix ainsi majorés ne peuvent dépasser les prix correspondants figurant au tarif de responsabilité de la caisse départementale des assurances sociales dans la circonscription de laquelle sont donnés les soins. En outre, cette limitation ne peut avoir pour effet de réduire les honoraires à un montant inférieur à celui qui résulte de l'arrêté du 17 Mars 1943.

(*J. O.* du 28 Septembre 1945.)

Réparation des accidents du travail

Une ordonnance du 2 Octobre 1945 vient de compléter l'article 17 de la loi du 9 Avril 1898. Cette loi prévoit à tous les degrés de la juridiction compétente en matière de règlement des indemnités, la possibilité de recourir à des expertises médicales. La victime, ainsi que ses ayants droit en cas d'autopsie, pourront se faire assister à ces expertises d'un médecin de leur choix.

Cette assistance sera généralement exercée par le médecin qui aura donné ses soins à la victime, elle apportera à l'expert un concours précieux, à la victime et aux siens tous apaisements quant à la défense de leurs intérêts légitimes.

Les bases de rémunération du médecin, vacation et frais de déplacement, seront fixés par un arrêté du ministre. Ces frais seront supportés dans les conditions prévues, par ledit article 17, 6e alinéa, pour les frais de déplacement de l'ouvrier qui se rend aux expertises.

(*J. O.*, 3 Octobre 1945.)

Congrès de l'Association française pour l'avancement des Sciences

Les séances de la *Section d'Hygiène et de Médecine publique* se tiendront du 22 au 25 Octobre dans le Grand Amphithéâtre de l'Institut Pasteur, à Paris.

22 Octobre : Rapport général par M. Mans sur le rôle des médecins des services publics de protection de la santé pendant les hostilités (avant et pendant l'exode, pendant l'occupation et la libération). — *23 Octobre :* Conférence de M. Nègre : Techniques actuelles des vaccinations contre la tuberculose. — *24 Octobre :* L'organisation de la Protection de la Santé publique en France : Orientation nouvelle. Programmes et perspectives d'avenir. Rapport général, par MM. Cavaillon et Hazemann. — Conférence de M. Girard : Modifications apportées récemment aux conventions sanitaires internationales. — *25 Octobre :* Conférence de M. Lapointe : Nouvelles techniques de diagnostic sérologique rapide de la syphilis. — Séance de clôture sous la présidence personnelle de M. le Ministre de la Santé publique.

Secrétariat du Congrès : 1, avenue Victoria, Paris.

Conseil permanent d'Hygiène Sociale

M. le professeur Pasteur Vallery-Radot, membre du Conseil permanent d'hygiène sociale, est affecté à la 6e Commission dudit conseil : *éducation sanitaire.*

Inspection du travail et de la main-d'œuvre

M. le Prof. agrégé H. Desoille, chargé des fonctions de médecin inspecteur général du travail, a été nommé *médecin inspecteur général du travail* à dater du 1er Juillet 1945.

Université de Paris

Conseil de la Faculté de Médecine de Paris. — Séance du 19 Juillet 1945.

Création d'une chaire de clinique de l'alimentation. — M. le Prof. Richet expose au Conseil les raisons qui paraissent justifier la création d'une chaire de clinique consacrée à l'étude des problèmes alimentaires, chaire dont l'homologue n'existe encore dans aucune Faculté de Médecine française ou étrangère.

Fondation d'un prix de Faculté. — Le Comité des œuvres sociales du Cercle Républicain, dont le siège est 5, avenue de l'Opéra, à Paris, met à la disposition de la Faculté de Médecine une somme annuelle de 5.000 fr. pour la fondation d'un prix destiné à récompenser un étudiant en médecine.

Le Conseil décide d'attribuer ce prix à l'étudiant ayant présenté la meilleure thèse au cours de l'année.

Création d'un certificat d'études gonococciques. — Le Conseil, après avoir entendu un exposé de M. Gougenot, approuve ses propositions et demande qu'elles soient transmises à l'autorité supérieure en vue de la création du nouveau certificat.

Universités de Province

Faculté de Médecine de Lille. — Création d'un diplôme de radiologie. Le cycle d'études comporte trois années : la 1re, spécialement réservée à l'acquisition de notions théoriques essentielles à l'exercice de la spécialité, est sanctionnée par un examen d'admissibilité à des stages qui s'étendent sur les 2e et 3e années d'étude et s'effectuent dans les services de radiologie des cliniques de la Faculté. Une moyenne de 14/20 est exigée pour cette épreuve d'admissibilité. Des conférences complémentaires et des exercices pratiques sont organisés au cours des 2e et 3e années. L'examen final comporte en particulier des épreuves de lecture de clichés de cancérologie et la rédaction d'un mémoire.

— M. Morel, agrégé, est nommé, à titre provisoire, à compter du 1er Juillet 1945, professeur titulaire de la chaire *d'histologie* (dernier titulaire : M. Debeyre, retraité).

Faculté de Médecine de Nancy. — Création du diplôme de médecine aéronautique. Les aspirants à ce diplôme doivent être immatriculés au début de l'année scolaire à l'Institut régional d'Education physique de l'Université de Nancy. L'enseignement théorique et pratique sera donné par des Professeurs, Agrégés, Chargés de cours attachés à l'Université, ou par des médecins de l'armée de l'air, des aviateurs.

L'*enseignement théorique* comprendra des conférences sur l'avion, la technique des appareils, les facteurs nocifs auxquels est soumis l'aviateur, la physiopathologie du vol, etc.

L'*enseignement pratique* comprendra une série de démonstrations au laboratoire de physiologie et à l'Institut d'éducation physique et des visites.

Les examens auront lieu aux sessions de Juin-Juillet et Octobre-Novembre.

Le diplôme sera signé par le Président et les Membres du Jury ainsi que par le Doyen de la Faculté de Médecine, étant délivré sous le sceau et au nom de l'Université de Nancy par le Président du Conseil.

Faculté de Médecine de Strasbourg. — M. Canuyt professeur, est réintégré dans ses fonctions à compter du 21 Juin 1940.

— M. Klein, agrégé, est pérennisé dans ses fonctions à compter du 1er Janvier 1945.

Hôpitaux et Hospices

Institut de Puériculture. — M. le Prof. agrégé M. Lelong, avec la collaboration de MM. R. Joseph, A. Rossier, Charousset, Vialatte et Detrois, commencer le cours annuel de Puériculture le jeudi 15 Novembre 1945, à 9 h. 15 (Salle des Cours du Pavillon Pasteur de l'Hospice Saint-Vincent-de-Paul), et le continuera chaque jeudi, à la même heure.

Cet enseignement gratuit destiné aux futures mères de famille et aux jeunes filles désireuses d'élever des nourrissons comprend des leçons théoriques et des stage

pratiques exécutés dans les Consultations et les Nourriceries de l'Hôpital.

Nombre des élèves limité, s'inscrire au Laboratoire.

Hôpital psychiatrique Sainte-Anne. — Le Dr Henri Ey, médecin des hôpitaux psychiatriques, reprendra ses présentations de malades et ses *conférences d'information psychiatrique* tous les mercredis, de 14 h. à 19 h., à partir du 17 Octobre.

Pour renseignements et inscriptions, s'adresser au Dr GANIDEL, Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris-14e.

Concours et places vacantes

Internat et externat des Hôpitaux de Rouen et de Caen. — En exécution des dispositions de l'arrêté ministériel du 9 Août 1945 des *concours spéciaux* pour l'externat et l'internat des Hôpitaux de Rouen et de Caen auront lieu : *Pour l'externat*, concours de remplacement : 30 Novembre 1945 ; concours supplémentaire : 15 Décembre 1945.

Pour l'internat, concours de remplacement : 7 Janvier 1946 ; concours supplémentaire : 11 Mars 1946.

Le nombre des places mises au concours est fixé comme suit :

Externes : concours de remplacement, Rouen : 14 places ; Caen : néant. — Concours supplémentaire, Rouen : 14 places ; Caen : 21 places.

Internes : concours de remplacement, Rouen : 6 places ; Caen : 5 places. Concours supplémentaire, Rouen : 6 places ; Caen : 6 places.

Pour tous renseignements, s'adresser à la Direction des Hôpitaux de Rouen et de Caen.

Hôpital psychiatrique du Mans (Sarthe). — Un poste de médecin chef de service est actuellement vacant. Adresser toute demande de candidature au ministère de la Santé publique, direction du personnel (2e bureau), 7, rue de Tilsitt, Paris-17e.

Hôpital psychiatrique de Chézal-Benoit (Cher). — Un poste de médecin-assistant est vacant ; peut intéresser un médecin désireux de faire également de la phtisiologie. Ecrire au Médecin-Directeur.

Hôpital psychiatrique de Saint-Ylie (Jura). — Deux emplois d'interne sont vacants ; les demandes des candidats devront parvenir avant le 20 Octobre 1945 à M. le Directeur.

Hôpital psychiatrique de Mayenne (Mayenne). — Deux internes en médecine sont demandés. Traitement : 1re année, 18.000 fr. ; 2e année, 21.000 fr. ; 3e année, 26.000 fr. ; nourris, logés, chauffés, éclairés et blanchis. Adresser candidatures avec *curriculum vitæ* au Directeur.

Médecins-inspecteurs des Ecoles de Troyes. — Un concours sur titres est ouvert à la Préfecture de l'Aube. Traitement de 120.000 à 150.000 fr. auquel s'ajoutent l'indemnité de résidence et les avantages prévus par le Code de la Famille (fonction exclusive de l'exercice de la clientèle).

Adresser les candidatures à l'Inspection départementale de la Santé, Préfecture de l'Aube, à Troyes, avant le 20 Octobre 1945.

Nouvelles diverses

Fourniture de médicaments antivénériens. — Les industriels désireux d'assurer la fourniture des médicaments antivénériens aux dispensaires dépendant du ministère de la Santé publique au cours de l'année 1946, sont priés d'adresser leur demande à M. le Ministre de la Santé publique, 7, rue de Tilsitt, Paris (Service de Prophylaxie des maladies vénériennes) et d'envoyer des échantillons aux Laboratoires de contrôle des Médicaments antivénériens, 25, boul. Saint-Jacques, Paris-14e.

Ces formalités devront être effectuées *avant le 1er Novembre* 1945.

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

AVIS. — Prière de joindre aux réponses un timbre de 2 francs pour transmission des lettres.

Le gérant : F. THOMAS.

Imprimé par l'Ancne Imprimerie de la Cour d'Appel, 1, rue Cassette, à Paris (France).

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées aux Périodiques, la Direction scientifique de La Presse Médicale *a dû fixer à 4 colonnes maximum l'étendue des mémoires originaux. Tout manuscrit dépassant cette étendue sera retourné à son auteur.*

MASSE SANGUINE LIQUIDES INTERSTITIELS ET ANÉMIE CHEZ LES HYPERTENDUS ARTÉRIELS

PAR MM.

RISER, GÉRAUD, A. BARDIER et GAYRAL

(Toulouse)

Il est intéressant de savoir si certaines formes l'hypertension artérielle, avec ou sans lésions rénales, s'accompagnent ou non de troubles relatifs la distribution des masses liquidiennes dans l'organisme, masse sanguine et liquides interstitiels.

Masse sanguine. — De très gros progrès ont été réalisés dans la mesure de la masse sanguine depuis les premiers essais de Harvey et de Welckler. On s'adresse aujourd'hui aux méthodes dites colorimétriques dont le principe consiste à introduire dans la circulation une certaine quantité de substance colorante; celle-ci est uniformément répartie dans le sang vers la quatrième minute; on calcule par le procédé colorimétrique la concentration de cette substance dans le plasma; une règle de trois suffit alors pour connaître le volume plasmatique. Si on eu la préoccupation de déterminer auparavant le rapport :

$$\frac{\text{volume plasma}}{\text{volume globules}}$$

on a tous les éléments pour calculer la masse sanguine totale.

Un très gros progrès a été réalisé par l'adjonction d'un colorant bleu, le bleu Chicago 6 B (bleu diazol 6 B) dont les caractéristiques physiologiques ont été bien étudiées par Dawson, Evans et Wiple: constitué par de très grosses molécules, il ne traverse pas les parois vasculaires, il ne se fixe pas sur les globules rouges, il disparaît très lentement du plasma, il n'est pas toxique. Enfin, même en cas d'hémolyse, son titrage reste possible à l'électrophotomètre, en employant des filtres colorés.

Grâce à ce bleu, Gibson et Evans décrivaient, en 1938, une nouvelle technique de mesure de la masse sanguine; Cachera et Barbier la perfectionnèrent en faisant intervenir pour la détermination du moment où la diffusion du produit est complète la prise de plusieurs échantillons de sang permettant ainsi de construire ce que l'on appelle une courbe de diffusion.

Nous ne donnons pas ici le détail de la technique [1], nous nous contenterons simplement de dire que cette méthode est d'une grande fidélité quand on l'emploie correctement. Cachera et Barbier ont été les premiers à la faire connaître en France. *En employant cette méthode, nous admettons avec ces auteurs que le volume plasmatique est en moyenne égal à 5 pour 100 du poids du corps.*

C'est d'après cette base que nous évaluons les masses sanguines normales pour les comparer aux chiffres obtenus chez nos malades.

Liquides interstitiels. — La méthode de Crandall et Anderson permet de mesurer en valeur absolue la quantité totale des liquides interstitiels (liquides extracellulaires contenus dans le système lacunaire).

Ces auteurs ont montré en effet que le *Sulfocyanate de sodium* possédait de curieuses propriétés physiologiques; il traverse la paroi des vaisseaux [2], diffuse rapidement dans les espaces intercellulaires sans toutefois pénétrer dans les cellules elles-mêmes, de telle sorte qu'au bout d'un certain temps il se crée un équilibre stable entre le plasma et les liquides interstitiels.

L'ion sulfocyanate demeure donc toujours extracellulaire. On peut, par conséquent, par la détermination de la concentration de cette drogue dans le plasma et connaissant la quantité injectée calculer facilement le volume :

Liquide plasmatique + liquides interstitiels.

Nous savons d'autre part que le rhodanate est facilement dosable par colorimétrie grâce à la coloration pourpre qu'il donne avec les sels ferriques.

Cachera et Barbier ont montré qu'il était indispensable de dresser pour chaque cas, la courbe de diffusion du rhodanate par des dosages répétés dans le sérum. Ces auteurs ont montré que la courbe comprend deux parties correspondant à la diffusion et à l'élimination du rhodanate .

Pour eux, cette masse liquide (plasma plus liquides interstitiels) = 25 pour 100 du poids du corps.

Lavietes, Bourdillon, Klinghoffer ont montré que ce volume correspond à celui dans lequel sont répandus le sodium et le chlore.

En pratique, la mesure de la masse sanguine au bleu chicago et celle des liquides interstitiels peuvent se faire en même temps en employant la technique de « l'épreuve jumelée » de Barbier et Cachera grâce à laquelle en un seul examen on calcule :

La masse plasmatique, la masse globulaire, la masse sanguine totale, les liquides interstitiels.

La connaissance de ces chiffres permet de raisonner sur des *valeurs absolues* d'où leur intérêt et leur nouveauté.

Après Harris et Gibson, nous avons appliqué à un certain nombre de malades hypertendus artériels ces méthodes d'investigation.

Ces auteurs ont trouvé dans ces diverses catégories, des masses sanguines normales, excepté dans les néphrites chroniques compliquées de défaillance cardiaque; mais ils n'ont pas étudié parallèlement chez leurs malades le volume des liquides interstitiels, en même temps que la masse sanguine. C'est cette lacune que nous avons essayé de combler.

Nous envisagerons plusieurs cas bien différents les uns des autres :

1° *Hypertension avec insuffisance rénale minime.* — Nous avons observé dans ce premier groupe 6 malades hypertendus avec insuffisance rénale indiscutable, mais discrète, sans syndrome exsudatif, ni œdème cérébro-méningé, ni papillite. Aucun de nos malades n'a une tension artérielle inférieure à 20 ; d'autre part, les altérations cardiaques et sanguines sont négligeables.

Que devient chez de tels sujets la masse sanguine? *Celle-ci reste normale, le volume plasmatique comme le volume globulaire ne bougent pas; les liquides interstitiels sont également normaux.*

Gibson et Evans, dans des observations comparables aux nôtres, ont trouvé des résultats sensiblement identiques. Nous croyons, par conséquent qu'il est impossible d'expliquer dans ces cas l'hypertension par un changement de volume de la masse sanguine ; il est donc possible d'invoquer un processus vasculaire produisant l'augmentation de la pression sanguine.

2° *Hypertension maligne primitive.* — Nous avons étudié ici des sujets jeunes qui présentent un syndrome hypertensif grave d'emblée, avec neuro-papillite.

Dans un cas nos mesures ont été effectuées à une période assez avancée de la maladie, au moment où déjà se manifestait une insuffisance cardio-rénale, sans œdème, et une anémie assez prononcée.

Dans l'autre cas, au contraire, nous avons pu étudier le malade au début de l'évolution, au moment où il ne présentait ni anémie, ni insuffisance cardiaque; et n'avait qu'un minimum de signes rénaux. Seule, une neuro-papillite d'allure sévère permettait de le ranger dans cette catégorie.

Chez ces malades également, nous voyons que *la masse sanguine reste dans les limites de la normale.* Dans l'observation où le malade a été examiné à une période très précoce de son affection, nous constatons une diminution de sa masse sanguine (6.300 au lieu de 6.840, chiffre normal pour son poids). Dans l'autre observation, il existe une légère anémie, attestée aussi bien par la numération globulaire et l'hydrémie, que par le calcul du volume globulaire. Bien que le volume plasmatique soit augmenté, la masse sanguine reste normale. La légère augmentation du volume plasmatique ne suffit pas à compenser la diminution du volume globulaire.

3° *Hypertension avec insuffisance cardiaque.* — Nous avons pu examiner un malade atteint d'hypertension artérielle compliquée d'une légère insuffisance rénale et d'une grosse insuffisance cardiaque avec œdème.

Ce malade présentait, en outre, une anémie assez importante à la numération accompagnée d'une hydrémie élevée.

Le calcul des masses liquidiennes nous permet de mettre l'accent sur un certain nombre de faits intéressants :

Tout d'abord *l'augmentation de la masse sanguine*, ce qui est bien connu depuis les travaux de Melick, Crespo Alvarez, Harris et Gibson, et qui ne nous surprend pas.

Mais quand on examine le mécanisme par lequel se produit cette augmentation de la masse sanguine, on s'aperçoit que celle-ci est avant tout réalisée par une *augmentation très importante du volume plasmatique.* Le capital globulaire, quoique un peu réduit, est voisin de la normale.

La numération globulaire est donc ici faussée par une augmentation du volume plasmatique qui constitue en quelque sorte l'œdème du sang et dont l'importance est proportionnelle à celle des œdèmes périphériques.

Il s'agit ici d'une *fausse anémie par dilution*, fait dont ne peuvent rendre compte ni la numération globulaire, ni l'hydrémie.

4° *Hypertension avec anémie vraie.* — Il est classique de décrire une anémie au cours de l'évolution de certaines formes d'hypertension, avec altérations rénales et azotémie élevée (Widal, Abrami et Brulé, *Soc. Méd. Hôp.*, 1907).

Elle est de fâcheux pronostic, car elle reflète en effet une profonde perturbation des divers métabolismes, secondaires aux altérations vasculaires, hypertensives ou rénales (Aubertin, Yacoel, Mercklen et Menvielle).

La cause qui transforme certains hypertendus en anémiques graves est loin d'être connue. De nombreuses idées ont été émises puis abandonnées.

On a souvent discuté la présence d'un processus hémolytique dans le sang des hypertendus anémiques, mais on ne peut pas mettre en évidence d'hémolysines dans le sérum, il n'y a ni ictère, ni splénomégalie, il n'y a pas d'augmentation de la bilirubine du sérum, la résistance globulaire est normale.

On a également incriminé comme facteur ané-

1. *Cf.* Thèse de l'un de nous : Bardier : *Masse sanguine et Liquides interstitiels dans l'Hypert. Artér.*, Toulouse, 1944, n° 16.

2. Sauf celle des vaisseaux arachnoïdiens ; il ne pénètre pas dans le liquide céphalo-rachidien

miant certaines carences alimentaires dues au régime hypo-azoté auquel on soumet ces malades; mais ce rôle est, à coup sûr, très restreint.

Volhard admet les fausses anémies par dilution sanguine même en dehors de tout phénomène œdémateux cliniquement appréciable. Dans ce cas, la masse globulaire restant normale se trouverait diluée dans une quantité considérablement accrue du plasma : il s'agirait donc bien d'une fausse anémie.

L'hydrémie, le dosage des albumines du sérum sont des tests insuffisants pour résoudre ce problème, seule l'évaluation exacte de la masse sanguine permet de conclure.

Nous apportons trois observations d'hypertendus anémiques chez lesquels nous avons calculé la masse sanguine.

Ces malades présentent une numération globulaire basse et une hydrémie élevée. Ces faits s'expliquent, comme le montrent nos chiffres, par une diminution nette du capital globulaire et par une augmentation du volume plasmatique. Mais l'augmentation du volume plasmatique est insuffisante pour compenser la diminution globulaire, ce qui fait qu'au total *la masse sanguine reste inférieure à la normale.*

Voilà donc bien prouvé que, chez de tels malades, il n'existe ni dilution sanguine ni augmentation de la masse sanguine.

On peut rencontrer également des anémies analogues chez des insuffisants rénaux avec azotémie élevée, sans hypertension. Ici encore nous trouvons les mêmes résultats :

a) Anémie vraie avec diminution du volume globulaire;

b) Augmentation de la masse plasmatique, ce qui explique l'hydrémie élevée ;

c) Mais au total la masse sanguine reste inchangée.

Nous retrouvons les conclusions auxquelles avaient abouti, en 1939, Harris et Gibson.

Il est, par conséquent logique pour expliquer cette anémie, comme l'admet Perreau dans sa thèse, d'invoquer un processus d'hypofonctionnement de la moelle osseuse, l'aspect hématologique du sang est d'ailleurs en faveur de cette hypothèse.

Quelle en est la cause ? Diverses substances ont été incriminées. L'urée par Widal et son école, l'acide urique, la créatine (Brown et Roth), les dérivés aminés (Loeper), l'azote total non protéique (Alexéief).

Il est pour l'instant bien difficile de conclure et il faut avouer que l'on ne connaît pas le processus intime qui préside à la production de cette anémie.

Conclusions.

Les recherches que nous avons faites chez 12 malades, tous grands hypertendus compliqués ou non d'insuffisance cardiaque rénale ou d'anémie, en suivant la technique de Cachera et Barbier, permettent les conclusions suivantes :

Dans l'hypertension solitaire, ou secondaire à une glomérulo-néphrite, sans grande insuffisance cardio-rénale, la masse sanguine est normale ou légèrement abaissée. Les liquides interstitiels sont normaux.

Dans l'hypertension maligne primitive, avant la phase d'insuffisance cardiaque, la masse sanguine est légèrement diminuée.

L'insuffisance cardiaque avancée, avec œdèmes périphériques détermine, chez les hypertendus une augmentation notable et parallèle de la masse sanguine et des liquides interstitiels.

L'anémie grave qui accompagne souvent la phase terminale néphrétique et urémigène de l'hypertension, n'est pas une anémie de dilution. C'est le capital globulaire lui-même qui est diminué, par sidération probablement toxique des organes sangniformateurs. Dans ces cas, la masse sanguine est, ou normale ou légèrement abaissée, le volume plasmatique augmente comme pour compenser la perte globulaire qui apparaît ainsi plus importante à la simple numération. Mais il existe, également, chez certains malades une fausse anémie par dilution, de pronostic immédiatement moins redoutable.

(*Clinique Neurologique de la Faculté de Médecine de Toulouse* [Prof. Riser.])

LES COMPLEXES HÉRÉDITAIRES « ALLODROMES » ET « CHAINES »

Par A. TOURAINE

(Paris)

Au nombre d'environ un millier sont les anomalies héréditaires dont l'étude constitue la jeune science de la « Génopathologie » humaine. La plupart d'entre elles peuvent exister et se transmettre isolément; mais, le plus souvent, elles se combinent en « complexes » cliniques, plus où moins riches en éléments constituants et d'une régularité qui confère à chacun d'eux une certaine individualité et autonomie.

Ces complexes ne connaissent actuellement pas d'autre classement que celui de leurs principaux symptômes (idiotie amaurotique, albinisme, etc.); on les désigne sous les noms de syndromes (de Rothmund, de Hurler, de Jadassohn-Lewandowsky, etc.) ou de maladies (de Recklinghausen, de Wilson, de Rendu-Osler, etc.).

Les acquisitions de la Génétique comparée permettent d'envisager aujourd'hui une première classification de ces groupements, à la fois clinique et pathogénique, puisque appuyée sur leur origine chromosomienne ou factorielle [1]. Elle comporte, à mon avis, deux modes principaux de combinaisons, pour lesquels j'ai proposé les termes d' « allodromes » et de « chaînes ».

I. — Allodromes.

Dérivé de ἄλλος (autre) et de δρόμος (course), et par comparaison avec celui de syndrome, ce terme désigne des groupements cliniques hétérogènes dont les manifestations appartiennent aux organes ou aux tissus les plus différents, mais qui sont, toutes, le résultat d'un même trouble fonctionnel général de l'organisme et ont, toutes, la même origine factorielle probable dans les altérations d'*un même gène chromosomien.* Au polymorphisme, à l'aspect protéiforme de l'extériorisation clinique, du phénotype, s'oppose, en quelque sorte, le monomorphisme de la lésion chromosomienne élémentaire initiale, du génotype.

Un des exemples les plus caractéristiques est celui de l'allergie. Sous le fond commun fonctionnel de la sensibilisation ou de l'anaphylaxie, cet état réunit des affections très dissemblables, telles qu'eczéma, urticaire, œdème angioneurotique de Quincke, strophulus, prurigos, asthme, rhume des foins, coryza spasmodique, migraine, choc dit hémoclasique, et probablement goutte, certaines éosinophilies pures, certaines névralgies, certaines hypotensions permanentes, etc.

Comme dans tout allodrome, ces diverses manifestations, souvent appelées des « équivalents », peuvent coexister ou, plus souvent, alterner chez le même sujet ou dans la même lignée familiale. Ce qui est héréditaire, c'est le fond commun, c'est-à-dire la tendance à la sensibilisation. C'est ce fond commun qui constitue l'entité morbide et qui, ici, s'hérite en dominance sous l'une de ses multiples extériorisations et selon les conditions variables du milieu extérieur, de la péristase.

L'unité biologique de ce complexe est d'ordre génétique; elle répond à l'état de « polyphénie » bien connu en matière d'hérédité. Elle rentre dans le cadre des « monogénies plurifonctionnelles » par altération d'un seul facteur chromosomien à fonctions multiples.

L'alternance des manifestations conduit à distinguer un tel état de celui de « pléiotropie » dans lequel l'altération d'un même facteur détermine un ensemble d'anomalies indissolublement liées et qui fait que, par exemple, un albinos a *toujours* simultanément une peau très pâle et fine, des iris rosés, un système pileux ténu.

D'autres exemples montreront combien le groupe des allodromes est appelé à prendre d'importance en pathologie à mesure que l'on connaîtra mieux, par l'étude des arbres généalogiques, la fréquence et la signification des « équivalents », ainsi que de leurs variantes et de leur expressivité.

C'est ainsi que le psoriasis, le diabète, le rhumatisme chronique déformant se combinent ou alternent souvent chez le même individu ou dans la même famille, en un état polyphénique hérité en dominance. Il en est de même, mais en récessivité, pour la psychose maniaco-dépressive, la paralysie générale, diverses psychopathies, etc.

Doivent encore être rangés dans l'allodromie des états généralement transmis en récessivité comme les dyslipoïdoses. L'un d'eux, l'hypercholestérose, se traduit sous la forme tantôt d'une xanthomatose localisée ou généralisée, tantôt d'une lithiase biliaire, tantôt d'un syndrome d'angine de poitrine, tantôt d'une hypercholestérolémie pure, tantôt enfin de la réunion de plusieurs de ces anomalies. La maladie de Laurence-Moon-Bardet-Biedl alterne souvent avec un syndrome adiposo-génital, une surdi-mutité et, peut-être, avec l'idiotie mongoloïde. L'état de dysphosphatidose détermine l'association ou l'alternance de la maladie de Niemann-Pick, de l'un des types d'idiotie amaurotique, de certaines surdi-mutités, de l'atrophie familiale du nerf optique, de la maladie de Morquio, du gargoylisme, de la démence sénile, des maladies d'Alzheimer et de Schilder-Foix, etc.

On voit le rapprochement qu'évoque le terme d'allodromie, dont la signification est d'ordre génétique, avec les « états constitutionnels », les « diathèses » dont la clinique a imposé la notion.

II. — Chaînes.

Sous ce nom, je réunis des complexes cliniques constitués par l'association stable d'un nombre plus ou moins élevé d'anomalies variées qui forment un ensemble homogène, une entité transmise héréditairement, en un seul bloc, selon les règles mendéliennes. Cette interdépendance des manifestations est due aux altérations simultanées d'*un groupe de facteurs* ou gènes ordonnés en série linéaire dans un même chromosome et dont chacun d'eux est le déterminant précis de l'un des éléments de la chaîne. Celle-ci comprendra donc autant de maillons, de caractères, d'anomalies, de symptômes que les lésions du segment chromosomien intéressera de facteurs ; elle pourra, par conséquent, être complète, incomplète, fruste ou monosymptomatique. Dans une même lignée familiale, chaque chaîne, longue, moyenne ou petite, conserve une certaine stabilité due à la fixité de l'altération chromosomienne initiale.

Pour mieux se faire comprendre, on peut admettre que, dans un chromosome donné, les facteurs soient numérotés conventionnellement de 1 à 20 [2], chacun d'eux déterminant une seule anomalie. La série ou chaîne des facteurs altérés pourra comprendre les facteurs ou maillons 1 à 20 ou seulement les maillons 5 à 14, 12 à 19, etc., se restreindre aux maillons 2 à 5, 17 et 18 ou même ne toucher que le maillon 3 ou 14, selon l'extension du processus pathologique qui a frappé ce chromosome. Mais on notera que, si, chez un sujet, la chaîne d'anomalies comprend les maillons 8 à 16, c'est généralement, hors le cas de « crossing-over », sous les mêmes maillons 8 à 16 qu'elle se transmettra dans la lignée de ce sujet. Une chaîne est donc une « polygénie » de facteurs habituellement unifactoriels (plurifactoriels dans le cas assez rare de pléiotropie de l'un des facteurs).

Les chaînes pathologiques sont décrites, dans la pratique courante, sous les noms, d'ailleurs inexacts, de syndromes ou de maladies. Certaines d'entre elles ont acquis, par suite des croisements en consanguinité, le rang de caractères raciaux, quasi physiologiques (albinisme, nystagmus, nanisme, déficience psychique de la tribu des Opas, en Amérique centrale ; caractéristiques ethniques des Slaves, Juifs, Arabes, Pygmées, Esquimaux, etc.).

Avec Morgan, les généticiens ont démontré,

1. Pour plus de détails, voir Touraine : Encyclopédie médico-chirurgicale, *Dermatologie*, 1941, fasc. 12.107 A et B, 2e édit. et *Ann. de Dermatologie et de Syphiligraphie*, Septembre-Octobre 1943

2. Ce n'est d'ailleurs pas une vue de l'esprit entièrement conventionnelle puisque l'étude des chromosomes de nombreuses espèces animales a permis de situer exactement le « lieu » de chaque facteur et de lui attribuer un numérotage devenu classique

preuves cliniques et cytologiques à l'appui, que ces associations stables étaient dues à un phénomène de « linkage » (liaison, enchaînement) de gènes situés en série linéaire continue dans le même chromosome.

Cependant, les chaînes ne sont pas immuables dans leur transmission héréditaire. La série des facteurs altérés peut se raccourcir, s'allonger ou se modifier. Supposons que, chez un sujet, la chaîne soit au complet et intéresse les maillons de 1 à 20, il arrive parfois que, chez les descendants, elle ne présente plus que les anomalies répondant aux maillons 1 à 15 ou 6 à 18, etc., en forme incomplète, 7 à 10 ou 15 à 18 en forme fruste, au maillon 5 ou 17 en forme monosymptomatique. A l'inverse, un sujet qui n'a hérité que les anomalies des maillons 9 à 14 peut adjoindre, dans ses gamètes, des lésions des maillons 4 à 8 ou 15 à 18, etc.

Comme exemple assez banal d'un raccourcissement de chaîne, l'épiloïa, ou sclérose tubéreuse, réunit dans sa forme complète : adénomes sébacés symétriques de la face, peau de chagrin, taches pigmentaires, tumeurs molluscoïdes, tumeurs périunguéales de Kœnen, hyperplasie des gencives, phacomes de la rétine, épilepsie, arriération mentale. Mais, souvent, certains descendants ne montreront que les symptômes majeurs de cette polydysplasie dominante (adénomes, épilepsie, troubles psychiques), alors que d'autres auront, en outre, plusieurs des anomalies précédentes.

Comme exemple d'un allongement de chaîne, le syndrome de Jadassohn-Lewandowsky, ou mieux « polykératose congénitale », se caractérise habituellement par une pachyonychie, une kératose palmo-plantaire, des kératoses folliculaires ou juxta-articulaires. Mais, souvent, à ces « signal-symptômes » se surajoute tout ou partie des anomalies suivantes : kératose sous-unguéale, hyperidrose palmo-plantaire, kératose de la langue, des muqueuses, hypotrichose par kératose pilaire, bulles, troubles psychiques, etc.

Les nouvelles formes cliniques ainsi créées peuvent se transmettre intégralement ou se modifier dans les générations suivantes. Il arrive même parfois qu'un ou plusieurs des maillons accessoires deviennent l'élément fondamental de l'extension de la chaîne (neurinomes du médiastin ou de l'acoustique dans la maladie de Recklinghausen, métrorragies ou hématuries dans l'angiomatose hémorragique héréditaire, etc.).

Enfin, les éléments d'une chaîne peuvent alterner chez les divers membres d'une même famille ; l'un d'eux ne présente que les maillons anormaux 3 à 9, un autre les maillons 11 à 14, un troisième les maillons 8 à 12. Mais, généralement alors, les symptômes fondamentaux de la polydysplasie restent constants dans les multiples formes cliniques ainsi réalisées (kératose palmo-plantaire dans la polykératose congénitale, adénomes faciaux dans l'épiloïa, etc.).

Toutes ces variations des chaînes ont trouvé, depuis Morgan, leur explication dans le phénomène du « crossing-over », ou enjambement des chromosomes, simple ou multiple, aux stades de synapsis et de pachytène, avant la formation des gamètes. Une chaîne de gènes anormaux correspondant aux maillons 6 à 13 pourra être amputée des maillons 6 à 9 ou 10 à 13 dans un crossing-over simple, des maillons 6 à 8 et 11 à 13 dans un crossing-over double, qui seront échangés avec les maillons de même rang du chromosome allélomorphe, qui, eux, sont normaux. A l'inverse, une chaîne des maillons anormaux 7 à 11 pourra s'allonger des maillons 6 ou 12 et 13, anormaux dans le chromosome homologue.

Les chances de séparation de deux gènes par un crossing-over sont, il va de soi, d'autant plus faibles que ces gènes sont plus rapprochés l'un de l'autre ou situés près du centromère. Les anomalies qui correspondent à ces gènes présentent alors une plus grande fixité dans leur association et constituent les éléments les plus constants de la polydysplasie.

L'étude du linkage et du crossing-over entre facteurs a permis aux généticiens, après Morgan, de situer exactement le « lieu » de nombreux gènes et de tracer ainsi des « cartes » géniennes des chromosomes. J'en ai fait un essai, chez l'homme, pour la chaîne des épidermolyses bulleuses. Il est hors de doute que les chaînes héritées en récessivité sexuelle (hémophilie, daltonisme, maladie de Leber, etc.) sont dues à des altérations d'un chromosome X. Il est probable que des chaînes bien homogènes et solides, comme l'albinisme, les maladies de Recklinghausen, de Rendu-Osler, de Wilson, l'épiloïa, la polykératose congénitale sont liées aux lésions d'un chromosome particulier pour chacune d'elles. On peut prévoir le proche avenir où l'on parlera de telle ou telle « chromosomie », c'est-à-dire de polydysplasies dépendant des altérations de l'une des 24 paires chromosomiennes de l'homme.

Les chaînes affectent souvent une certaine systématisation, au moins apparente, sur l'un des feuillets blastodermiques. Les plus nombreuses paraissent n'intéresser que les dérivés de l'ectoderme, tantôt l'épiderme et ses annexes (anidrose hypotrichosique, épidermolyses bulleuses, etc.), tantôt le système nerveux (chorée de Huntington, maladie de Friedreich, etc.), tantôt à la fois l'épiderme et le système nerveux constituant le groupe toujours plus important des neuro-ectodermoses héréditaires (maladie de Recklinghausen, épiloïa, maladie de Darier, etc.). D'autres se limitent à l'endoderme (polypose digestive, etc.). Certaines, enfin, se cantonnent sur des tissus d'origine mésenchymateuse (élastorrhexie systématisée, hypertension artérielle, angiomatose hémorragique, etc.).

Mais une telle systématisation est rarement absolue. Nombreuses sont les polydysplasies qui intéressent à la fois plusieurs feuillets blastodermiques (hyperplasie des lèvres, des arcades sourcilières dans l'anidrose hypotrichosique ; syndrome d'Albright ; onycharthrose ; troubles neuro-psychiques ou diminution de la vitalité dans l'albinisme, le *xeroderma pigmentosum*, etc.). On est alors amené à admettre l'existence de facteurs d'assemblage, de gènes d'organisation supérieure, d' « organisateurs » dont la nature chromosomienne permet seule d'expliquer l'hérédité de ces complexes multitissulaires.

Les chaînes obéissent aux lois de l'hérédité mendélienne et post-mendélienne. Elles se transmettent donc soit en dominance complète ou incomplète, soit en récessivité simple ou sexuelle. Certaines sont tantôt dominantes, tantôt récessives (ichtyose, surdi-mutité, etc.) ; cette anomalie trouve son explication dans les phénomènes aujourd'hui bien connus en Génétique sous les noms d'inversion, de déficience, de délétion, de translocation qui intéressent l'appareil chromosomien.

Il peut arriver que deux chaînes coexistent chez un même sujet ou dans une même famille, apportées l'une par la lignée paternelle, l'autre par la lignée maternelle. On a vu ainsi les formules les plus variées de ces « fausses chaînes » secondaires ou « syntichoses ». Mais chacune des chaînes élémentaires conserve alors son indépendance et se transmet comme si elle était isolée ; c'est un exemple banal de dihybridisme, se conformant à la deuxième loi de Mendel, dite de ségrégation indépendante des caractères.

Quant à *l'étiologie* des chaînes héréditaires, elle est encore aussi obscure que celle de toutes les altérations chromosomiennes. Certes, des mutations de gènes ont pu être réalisées expérimentalement par l'alcool, les radiations (et surtout les rayons X), quelques substances chimiques. Mais, chez l'homme, leur déterminisme reste presque toujours inconnu. Il me paraît cependant qu'un rôle important puisse être accordé aux infections lorsque leur agent se présente, à un moment donné, sous la forme d'ultravirus. Il est vraisemblable que, parmi celles-ci, la syphilis figure au premier rang. Ainsi s'ouvriraient d'intéressantes perspectives au point de vue de la prophylaxie des maladies héréditaires et de la préservation de la race.

NODULES OSSEUX
SOUS-CUTANÉS MULTIPLES

Par **Lucien LEGER**

Chirurgien des Hôpitaux de Paris.

La palpation dans le tissu cellulaire sous-cutané de petits nodules mobiles, durs comme pierre, leur repérage radiologique aisé, l'identification histologique de leur nature osseuse après exérèse, chez une malade algique, constituent une association de faits assez curieux qui nous a proposé une série de problèmes de nosologie et de pathogénie, pour lesquels nous ne pouvons d'ailleurs offrir de solution satisfaisante.

Mme R. E..., 56 ans, nous consulte en Mai 1943, pour des manifestations douloureuses des membres inférieurs dont le début paraît contemporain d'un traumatisme.

En Juin 1942, la malade tomba de la hauteur d'une chaise, sur laquelle elle était grimpée ; la face interne de la jambe droite porta sur une bassine qui se trouvait à proximité. La douleur fut si violente que la malade resta étendue un moment avant de pouvoir se relever. Le lendemain se montra une vaste ecchymose occupant la face interne du tiers supérieur de la jambe.

Depuis cet accident, sont apparues des douleurs au niveau des membres inférieurs, rendant pénible la marche. Leur siège est un peu variable (jambes, cuisses, hanches). Cependant, existe en permanence un endolorissement du mollet sur lequel a porté le traumatisme.

Le repos, les massages sont demeurés inefficaces.

L'examen des articulations des genoux est négatif : il n'existe pas de choc rotulien, pas de mouvements de latéralité, ni de tiroir.

Au palper superficiel de la région, on est frappé par l'existence, sous la peau, dans le tissu cellulaire, de petites nodosités dures, comparables à de la grenaille de plomb, disséminées à la face interne du genou, en arrière du tendon rotulien et le long de la face interne du tibia.

Les radiographies des deux genoux montrent de face et de profil l'existence de petites nodosités, présentant l'opacité de l'os, du volume d'une tête d'épingle à celui d'un grain de maïs.

Sur les clichés de profil, les nodosités apparaissent surtout abondantes à la face antérieure du genou, où l'on en compte plus d'une douzaine. Quelques-unes se projettent sur le tendon rotulien, mais la plupart apparaissent nettement situées dans le tissu cellulaire sous-cutané.

On pratique des radiographies des deux jambes : elles montrent encore l'existence de plusieurs concrétions qui, sur les clichés de profil, se projettent pour la plupart dans les parties molles, et au-devant de la crête tibiale.

Les petites concrétions semblent de structure homogène ; celles plus volumineuses apparaissent pommelées.

Des radiographies systématiques de tout le squelette sont pratiquées et l'on découvre alors l'existence d'un petit nodule du volume d'une tête d'épingle au niveau de l'avant-bras droit. Il se projette dans les parties molles, sous la peau, immédiatement en arrière de la crête cubitale.

La radiographie de profil du crâne montre une concrétion au niveau de la selle turcique.

Le reste du squelette n'apparaît pas modifié, en dehors d'une certaine décalcification, d'ailleurs discrète, en rapport avec l'âge de la malade.

Aux fins d'élucider la nature de ces nodosités de consistance pierreuse et radiologiquement opaques, nous décidons de procéder (8 Février 1943) au prélèvement d'une d'entre elles. Celui-ci est suivi d'un examen histologique pratiqué par Mlle Gauthier-Villars.

La réponse tient en ces mots : fragments de tissu adipeux dans lequel sont enchâssées de petites masses arrondies de la taille d'un grain de plomb. Elles sont formées de tissu osseux limité par une coque fibreuse régulière au contact de laquelle les travées osseuses s'ordonnent concentriquement. Le centre est excavé avec un peu de nécrose.

C'est bien une image de métaplasie osseuse localisée.

Les examens humoraux montrent une calcémie normale (0,103 *g.*), une phosphorémie (P. minéral) à 0,053 *g.* Par contre, le taux des phosphatases est un peu élevé : 21 unités Cayla ou 7 unités Bodansky.

La numération globulaire décèle une anémie à 3.300.000 G. R., une leucocytose à 7.500, avec 73,5 pour 100 de polynucléaires neutrophiles, 4,5 pour 100 d'éosinophiles, 11,5 pour 100 de mononucléaires et 10 pour 100 de lymphocytes.

En Juin 1943, la malade consulte à nouveau. Les agents physiques mis en œuvre n'ont guère amélioré les algies des membres inférieurs, par contre est apparue une nouvelle manifestation pathologique. La malade accuse quelques tiraillements de la région mammaire droite. L'inspection à jour frisant décèle un cordon qui part verticalement de la région mamelonnaire et atteint le bord inférieur du grand pectoral. Une palpation douce et point trop appuyée retrouve ce cordon comme une mince ficelle faufilée dans l'épaisseur de la peau. Il existe une légère sensibilité régionale. L'aspect est voisin de celui décrit par M. Mondor, dans un premier travail, sous le nom de « tronculite pariétale ». Un prélèvement biopsique est pratiqué. Mlle Gauthier-Villars en donne l'interprétation suivante :

La seule lésion visible est dans le derme. C'est un vaisseau lymphatique à parois minces, entouré de lymphocytes. C'est une lymphangite très discrète ; on peut à peine croire qu'elle était perceptible, et cependant tout le tissu cellulaire et le plan mammaire sous-jacent sont normaux.

A plusieurs reprises, nous avons eu l'occasion de revoir cette malade qui souffre toujours au niveau les membres inférieurs. En Juin 1944, elle nous a signalé l'apparition récente d'une nouvelle nodosité sous-cutanée, située dans le sillon rétro malléolaire externe gauche, ce qui témoigne de la persistance du processus pathologique.

Si nous mettons à part les faits plus répandus l'ossification de cicatrices, la découverte de nodosités osseuses multiples disséminées dans le tissu cellulaire sous-cutané apparaît rare.

Cornil et Poirier en 1887, étudiant des nodosités calcaires sous-cutanées trouvées au voisinage de la face interne du tibia, avaient cependant mentionné l'existence de petites formations osseuses pourvues d'ostéoplastes formant une enveloppe à une partie centrale constituée de moelle osseuse adipeuse. Parfois, déclaraient ces auteurs, l'anneau osseux est incomplet et le tissu conjonctif voisin communique avec la masse médullaire, ce qui prouve bien qu'il ne s'agit pas de l'ossification d'une paroi artérielle, mais de *véritables petits os du derme*.

Les observations de Musger, qui a publié une étude d'ensemble sur les néoformations osseuses cutanées et sous-cutanées ont trait pour la plupart des ossifications de cicatrice (après plaie, brulûre et gelure) et nous ne pouvons retenir que son observation IV : tumeur temporale du volume d'un pois, de structure osseuse. L'unicité de la lésion permet d'opposer ce cas au nôtre. Mentionnons encore un cas voisin de Forster (cité par Leriche) où l'on put déceler du tissu osseux dans une tumeur kystique de la peau de la face [1].

Un aspect radiographique similaire a aussi été publié par Brailsford, dans un cas de *cysticercose musculaire* dont les kystes calcifiés se présentaient sous l'aspect de taches de 14 sur 7 *mm*. environ, ou plus petites, aux bords irréguliers, aux extrémités arrondies. Ces aspects, pris d'abord pour des artifices radiologiques, furent reconnus comme dus à la calcification de *cysticercus cellulosæ*.

Rien dans nos coupes ne nous permet de faire suspecter la nature parasitaire des noyaux disséminés.

La chute présentée par notre malade, avec choc à la face interne de la jambe, nous aurait volontiers orienté, de prime abord, vers le diagnostic d'ostéome métatraumatique, mais contre lui, s'élevait la bilatéralité du processus, et son caractère évolutif.

Fallait-il alors incriminer un processus général, jouant le rôle de cause favorisante comme dans les cas observés par Derra et Naderman, d'ossification des muscles et des tissus péri-articulaires des membres inférieurs, chez des paralytiques ? La découverte chez notre malade d'une nodosité antibrachiale plaidait en faveur d'un trouble encore moins localisé des mécanismes de transfert calcique et d'ossification.

Une image radiologique assez voisine de celle fournie par nos micro-nodules osseux sous-cutanés peut être donnée par des *phlébolithes* assez banaux aux jambes, où ils sont aisément palpables, en raison de leur situation superficielle. Il s'agit là, en principe, de dépôts calcaires et non de métaplasie osseuse, encore que des examens histologiques plus fréquents tendraient peut-être à faire discuter cette interprétation.

Nous avançons cette assertion, en nous souvenant d'un de ces curieux cas de tronculite sous-cutanée du thorax publiés par M. Mondor. En fait, comme l'a prouvé l'histologie et l'a précisé M. Mondor dans ses derniers travaux, ce sont des phlébites à symptomatologie et localisation inhabituelles ou jusqu'ici inaperçues. Or, dans un des examens anatomiques, pratiqués pour un des premiers cas de M. Mondor, M[lle] Gauthier-Villars eut la surprise de rencontrer un petit nodule d'ostéome, de même calibre et de même contour que le vaisseau coupé par le microtome plus haut et plus bas, ce qui paraît apporter la preuve du processus de thrombose et de métaplasie.

A l'occasion de tiraillements de la région mammaire nous avons recherché et trouvé, chez notre malade, un cordonnet en ficelle, verticalement faufilé dans l'épaisseur de la peau du thorax. L'examen histologique d'un fragment de biopsie a permis d'identifier un vaisseau lymphatique en voie d'inflammation.

Peut-on admettre qu'une métaplasie osseuse aurait pu se développer dans la lumière de ce vaisseau ? Peut-on supposer qu'un même processus lymphangitique subaigu et discret a été à l'origine du développement des noyaux osseux du tissu cellulaire des membres inférieurs ?

Simples hypothèses en faveur desquelles plaident peut-être les constatations histologiques précédemment rappelées.

Restent à discuter certains aspects de *calcinose* ou « goutte calcique », affection caractérisée par l'apparition d'un semis de calculs dans les tissus cutané et sous-cutané, particulièrement au voisinage des petites articulations des extrémités et la pulpe des doigts, mais aussi dans le tissu conjonctif intermusculaire. De temps en temps, apparaît une ulcération cutanée avec élimination de bouillie calcique.

L'association d'une maladie de Raynaud ou d'une sclérodermie (syndrome de Thibierge-Weissenbach) est fréquente.

Une observation de Jorgen Pedersen nous paraît faire la transition entre les cas de calcinose et un fait comme le nôtre. Le malade observé par cet auteur, un homme de 48 ans, présentait après plusieurs crises rhumatismales, des nodules indurés, de la taille d'un grain de mil à celle d'une noisette, répandus dans la peau et le tissu sous-cutané des régions des poignets, de la hanche, du genou, du talon. L'examen radiologique montrait des dépôts calciques dans la couche celluleuse sous-cutanée, étalés en bandes pseudo-ostéophytiques. Si l'examen histologique confirma l'existence de dépôts spongieux d'une substance amorphe calcique, par endroits on remarqua une organisation tissulaire rappelant l'os spongieux et témoignant d'une *ossification du tissu conjonctif*.

L'éventualité au cours d'une calcinose d'un processus ostéogénique avait déjà été signalée par Turpin, Brun et Guillaumin, mais leur prélèvement avait porté sur une nodosité aponévrotique, et non sur un noyau sous-cutané.

Nous ne pensons pas possible — bien que cela puisse paraître assez tentant — d'assimiler notre observation à celle de Jorsen Pedersen, car chez notre malade manquent bien des éléments qui caractérisent la goutte calcique.

S'agit-il, en dernière analyse, d'une affection nouvelle ou d'un syndrome non encore catalogué ? Nous n'oserions l'affirmer, en raison des lacunes bibliographiques imputables aux circonstances, mais nous rapportons cette observation, en vue de susciter la publication de faits identiques qui pourront permettre d'approfondir nos connaissances sur ce sujet.

De possibilité thérapeutique contre ce processus disséminé d'ossification sous-tégumentaire, nous n'en voyons guère. L'exérèse d'un nodule n'avait d'autre prétention que biopsique ; la maladie n'en a pas moins conservé son potentiel évolutif, comme le prouve l'apparition d'un nouveau noyau rétromalléolaire.

(Travail de la clinique chirurgicale de la Salpêtrière.
[Prof. H. Mondor].)

1. Un travail de Pagliani traite des ossifications spontanées du tissu cellulaire sous-cutané (*Arch. ed. atti. d. Soc. ital. di Chir.*, 1939, **45**, 831). Nous n'avons pas pu consulter cet article.

LE TRAITEMENT DE L'ENDOCARDITE LENTE DITE MALIGNE

ET SON PRONOSTIC FAVORABLE DU A LA PÉNICILLINE

Par **A. BRISKIER**
(New-York)

L'endocardite lente est par définition maligne.

A part 2 pour 100 (?) de rémissions spontanées et un chiffre un peu plus élevé de pseudo-guérisons attribuées à différentes mesures thérapeutiques, les endocardites lentes étaient généralement considérées comme ayant une issue fatale.

Jusqu'à ce jour, très peu de maladies ont fait l'objet de traitements plus variés et avec des résultats aussi décourageants que l'endocardite lente. L'application de chaque nouvelle méthode thérapeutique a toujours été reçue avec enthousiasme par le corps médical et chaque nouveau traitement considéré, au début, comme le traitement spécifique. Mais, après une période éphémère, on s'apercevait de l'inefficacité de la nouvelle médication. En somme, et jusqu'à ces derniers mois la maladie était considérée comme fatale, aucun traitement n'était efficace, la thérapeutique spécifique était inconnue. Depuis deux ans, les injections de pénicilline à doses massives ont transformé le pronostic des endocardites lentes dites malignes.

*
* *

Il est extrêmement difficile de traiter les endocardites à cause de la juxtaposition de deux états pathologiques : la maladie cardiaque — en l'occurrence endocardite ou valvulite d'origine congénitale ou acquise (rhumatisme articulaire aigu, artério-sclérose, ou autre) — et l'infection surajoutée causant la septicémie. Le but du traitement, en principe, n'est que d'enrayer la bactériémie ; la maladie initiale restant inchangée (endocardite).

Jusqu'en 1936 toutes sortes de traitements étaient employés : vaccins, sérums, chimiothérapie (argent colloïdal, mercurochrome, acriflavine, quinine, salicylate de soude, arsénicaux), la physiothérapie (thermothérapie, rayons X profonds, ondes courtes), transfusions, chirurgie (splénectomie ou ablation du canal artériel persistant). A partir de 1936, on a commencé à employer *per os* les sulfamides (sulfathiazol, sulfadiazine, sulfamérazine). Aucun de ces traitements n'a donné le résultat espéré.

En 1940, les premières doses massives par voie intraveineuse de la famille des sulfonamides n'ont donné qu'un résultat transitoire et un pourcentage infime de pseudo-guérisons.

Vers 1942, de petites doses de pénicilline ont été pour la première fois employées, et les résultats qui, à notre avis, étaient extrêmement encourageants n'ont pas été reconnus [1].

Quelques mois plus tard, on employait pour la première fois les doses massives de pénicilline, et cette méthode thérapeutique a vraiment donné des résultats définitivement encourageants.

*
* *

Découverte en 1929, en Angleterre, à la suite de longues recherches, par Sir Alexander Fleming, la pénicilline est une moisissure dont la formule n'est pas exactement connue mais qui s'approche de $C^{14}H^{17}NO^5 + H^2O$.

En ce qui concerne les endocardites lentes, la pénicilline inhibe la croissance des organismes suivants : staphylococcus aureus, streptococcus hemolyticus, streptococcus viridans, pneumococcus gonococcus, meningococcus, staphylococcus albus (la plupart des souches), diphteroïd bacilli, enterococcus (la plupart des souches), hemophilus, hemophilus influenza et brucella militensis (dans 7[?] pour 100 des souches). [Le staphylocoque, le pneumocoque et le gonocoque donnent le plus souvent des endocardites à évolution aiguë.]

La pénicilline a un effet bactériostatique et on n'est pas sûr, mais il est fort possible, que de très grosses quantités de pénicilline puissent avoir une action bactériocide.

Il est intéressant de noter qu'en présence de l'acide para-amino-hippurique, et sans en employer de très grandes quantités, la concentration de la pénicilline dans le plasma des animaux d'expérience a été maintenue assez élevée. Contrairement aux sulfamides, l'action de la pénicilline n'est pas gênée par les bactéries, leurs extraits, le pus, les tissus

1. *Cf.* Bibliographie n° 12. Les quantités données étaient petites, les intervalles d'application trop espacés et comme, en outre, l'élimination de la pénicilline est rapide, le résultat quoique bon n'était pas éclatant. A cette époque, la pénicilline fut considérée comme inefficace.

l'autolyse, les peptones et l'acide para-amino-ıenzoïque.

On peut l'injecter par voie intraveineuse ou intra-nusculaire. La première a une action et une élimi-ıation plus rapide; la deuxième n'expose pas aux hrombo-phlébites, agit plus lentement et c'est elle-ci que nous recommandons.

On fait les injections intramusculaires à la égion deltoïdienne et glutéale alternativement, en hangeant de côté: bras droit pour commencer; esse droite, fesse gauche, bras gauche, et ainsi de uite.

Actuellement chaque flacon contient 100.000 ınités de poudre de pénicilline; il suffit donc d'y ntroduire 20 cm^3 de sérum physiologique pour obtenir une solution contenant 5.000 unités par centimètre cube.

Le dosage est très difficile à régler et son éva-uation varie avec chaque individu. Plusieurs fac-eurs doivent être pris en considération: l'état du nalade, le degré d'atteinte cardiaque, la virulence, a susceptibilité du microbe à la pénicilline et, enfin, l'état de purification du produit. Plus les végétations sont ancrées dans l'endocarde et plus e microbe est résistant, plus il faut de pénicilline [2].

Il est donc indiqué « de frapper vite et fort ».

On injecte de 50.000 à 125.000 unités toutes les rois heures, jour et nuit [3], pendant une période le trois à six semaines, suivant la gravité, étant lonnées l'élimination rapide du médicament et a nécessité de maintenir un niveau constant élevé lu produit dans le sang. Comme les rechutes sont le règle, il faudrait répéter aussi souvent que pos-sible les mêmes séries. Quant à la quantité totale le pénicilline, celle-ci varie également avec l'indi-vidu. Schématiquement, pour certaines endocardites avec végétations superficielles, un microbe peu virulent et une résistance personnelle assez pro-noncée, 5 à 15 millions d'unités peuvent suffire. Dans d'autres cas où le microbe a eu la possibilité le se creuser des nids très profonds dans l'endo-carde, si le germe en cause est plus virulent et la maladie a une durée plus longue, la quantité nécessaire pour stériliser complètement le sang pourrait s'élever à 50 millions et parfois à plusieurs centaines de millions d'unités.

Très rapidement après l'application de la péni-cilline, le malade présente une nette amélioration de son état général, sa douleur diminue ou dispa-raît, l'appétit augmente. Quant au tableau clinique, la température baisse, le pouls se ralentit, l'hémo-globine et le nombre de globules rouges augmentent, la rate rétrocède, le souffle cardiaque change de caractère, les pétéchies et les autres éléments embo-liques diminuent ou ont une tendance à disparaître et finalement — signe le plus important — l'hémo-culture devient stérile.

Dans certains cas, les organismes peuvent être susceptibles aux sulfonamides (par exemple sulfo-diazine) et pénicilline; certains microbes sont sus-ceptibles seulement aux sulfonamides; d'autres seulement à la pénicilline; de très rares cas peu-vent résister à tous les deux. Si le sulfonamide et la pénicilline avaient une action synergique, il serait intéressant de les employer ensemble ou alter-nativement.

Avec la pénicilline, l'Héparine a été employée soit comme anticoagulant, soit comme préventive de fragmentations de végétations valvulaires expo-sant aux embolies. L'expérience a prouvé que l'héparine était dangereuse et inutile. Dangereuse parce qu'elle peut provoquer des hémorragies sur-tout cérébrales fréquemment mortelles; inutile parce que le résultat thérapeutique obtenu est aussi bon avec ou sans ce produit. Par ailleurs, les injections intra-musculaires n'exposent pas aux thrombophlébites rencontrées à la suite des injec-tions intra-veineuses.

Afin d'obtenir un bon résultat du traitement, il y a plusieurs facteurs à envisager. Avant tout, il faut établir un diagnostic bactériologique et ensuite déterminer la sensibilité de l'organisme à la péni-cilline.

Il a été établi que 0,04 d'unité Oxford par centi-mètre cube de sérum serait nécessaire pour inhiber le streptococcus viridans alpha. Par contre, si le micro-organisme est plus résistant *in vitro*, il faudrait employer des quantités proportionnellement supé-rieures. Un autre facteur de réussite dans le trai-tement est la courte durée de la maladie (septi-cémie) antérieure aux injections de pénicilline, et la quantité employée doit être plus grande et le pronostic moins favorable si la maladie avait une durée plus longue.

Le traitement n'a pas seulement pour but de rendre l'hémoculture négative mais de stériliser les végétations de l'endocarde ; or, comme les végétations servent de nids aux microbes, il arrive que dans les cas considérés comme guéris, l'examen microscopique *post mortem* des végétations valvu-laires montre la présence du microbe alors que la culture *pre mortem* a été négative. Ceci prouve qu'avec un traitement de quelques semaines abou-tissant à une amélioration, la guérison n'est pas réellement complète et les rechutes sont la règle. Il y aurait donc lieu de continuer le traitement assez longtemps avec des doses de pénicilline suffi-santes pour arriver à stériliser le système cardio-vasculaire d'une manière permanente. En effet, il faut toujours penser à la rapide élimination du médicament par les reins, à l'action bactériosta-tique et non bactériocide de la pénicilline et aux fréquentes rechutes apparaissant peu après l'arrêt du traitement. Au moindre signe de rechute comme: frissons, élévation de température, douleur aiguë, phénomènes emboliques, on doit reprendre le traitement avec toute sa vigueur.

Une question intéressante est de savoir si on doit traiter un malade ayant une hémoculture néga-tive mais par ailleurs une symptomatologie propre à la maladie, autrement dit une endocardite ma-ligne à bactériémie non confirmée. La réponse doit être affirmative. Etant donné la gravité en présence de laquelle on se trouve, l'absence presque totale de toxicité du médicament, on doit, à notre avis, instituer le traitement immédiatement.

On ne doit arrêter que si l'hémoculture répétée reste négative, si les signes d'activité du micro-organisme disparaissent et si la température et la sédimentation globulaire reviennent à la normale.

Le traitement n'est facile ni pour le médecin, ni pour le malade, mais le résultat en vaut la peine. Le médecin ne doit pas se décourager si, dans des cas rebelles, le traitement demande plusieurs mois.

Il serait utile d'ajouter qu'au cours d'un traite-ment apparemment efficace, une mort subite par insuffisance ventriculaire gauche peut se présenter, ceci dû à la myocardite ou à l'insuffisance valvu-laire, et d'autre part à l'introduction dans le sys-tème vasculaire de grosses quantités de liquide par injection intraveineuse du médicament. Il serait donc prudent d'éviter la voie intraveineuse. D'un autre côté, si les végétations ont rongé les valves cardiaques de sorte que l'insuffisance valvulaire est manifeste, quel que soit le traitement et même avec une stérilisation complète du sang, le malade finit par succomber. Par contre, le pronostic est bon si on peut commencer le traitement au début de la maladie en employant d'emblée des doses massives. Les échecs parfois rencontrés sont dus probablement aux doses insuffisantes ou à l'arrêt prématuré du traitement.

Voici les recommandations que nous trouvons utile de faire à la suite d'une guérison apparente due au traitement avec la pénicilline:

1° Répéter l'hémoculture tous les trois mois pen-dant la première année, tous les six mois pendant la deuxième, et une fois par an pendant les trois années suivantes;

2° Ordonner préventivement 1 *g. per os* de sulfa-diazine toutes les quatre heures pendant deux jours qui précèdent et deux jours qui suivent toute inter-vention chirurgicale quelle qu'en soit la nature, y compris une extraction dentaire;

3° Le malade doit être prévenu qu'il n'est pas immunisé contre la maladie et qu'une infection, si minime soit-elle, peut servir de porte d'entrée à une nouvelle bactériémie. Le microbe de la réinfec-tion pourrait être semblable à celui qui a été cause de l'endocardite précédente; mais cette nou-velle infection pourrait être provoquée par un autre micro-organisme.

Conclusions.

Nous venons de présenter d'une manière sché-matique l'état actuel (juin 1945) du traitement des endocardites lentes malignes par pénicilline.

Le traitement de l'endocardite lente, dont 95 pour 100 des cas sont dus au streptocoque *viri-dans alpha*, n'était jusqu'à ce jour que palliatif, les guérisons soi-disant spontanées étaient d'une rareté extrême et fatalement tous les malades succom-baient. Entre 1937 et 1943, quelques très rares résultats furent apparemment obtenus avec des doses massives de sulfamides.

A notre avis, la pénicilline en doses massives doit être actuellement considérée comme la seule mesure thérapeutique qui transforme cette redou-table maladie en une infection possible à guérir. Par ailleurs, l'endocardite lente est la seule maladie nécessitant d'énormes quantités de péni-cilline.

Etant donné que ce traitement ne remonte guère qu'à deux ans, il serait prématuré de parler dès maintenant de guérison définitive. Il nous semble prudent, après ce traitement apparemment satis-faisant, de considérer une période de quatre à cinq ans de bien-être du malade avec une culture du sang constamment négative avant de parler de guérison définitive.

Quant au pourcentage de guérisons connues jus-qu'à ce jour dues à ce traitement moderne, on peut sans hésitation dire que suivant les publica-tions et nos observations personnelles environ *75 p. 100 des malades traités avec des doses mas-sives de pénicilline sont vivants et en bonne santé.*

Ces lignes ont été écrites aux Etats-Unis et il serait bon de rappeler que les maladies varient géo-graphiquement. En effet, il se peut que la viru-lence du germe soit plus grande sur ce continent qu'en Europe. D'autre part, la pénicilline (comme tout autre médicament) peut avoir une action thé-rapeutique différente, suivant qu'employée ici ou de l'autre côté de l'Océan.

Quoi qu'il en soit, la pénicilline, considérée comme médicament « miraculeux » dans le domaine médico-chirurgical, a donné des résultats tellement éclatants dans le traitement de l'endo-cardite lente qu'elle a complètement transformé cette maladie redoutable, et que son emploi doit être considéré comme la meilleure mesure thérapeutique connue jusqu'à ce jour.

Bibliographie

G. Baehr : Glomerular Lesions of subacute bacterial Endo-carditis. *Journal Exp. Med.*, 1912, **15**, 330. — C. H. Best : Heparin and Thrombosis. *The Harvey Lectures*, 1940-1941, 66. — W. Bierman et G. Baehr : Use of physically induced Pyrexia and Chemotherapy in Treatment of subacute bac-terial Endocarditis. *J. A. M. A.*, 25 Janvier 1941, **116**, 292-294. — Jr. Bondia et C. C. Dietz : Production of Peni-cillinase by Bacteria. *Proc. Soc. Exper. Biol. et Med.*, Juin 1944, **56**, 132. — W. B. Christie : Cure of Strepto-coccus Viridans Endocarditis Treatment with Sulfonamids and Neoprontosil. *Med. Rec.*, 1937, **146**, 480. — K. H. Beyer, R. Woodward et others : The Prolongation of Penicillin Retention in the Body by means of Para-amino-hippuric Acid. *Science*, Août 1944, **100**, 107. — R. G. Ellis : Cure of subacute bacterial Endocarditis with Sulfa-piridin. *Lancet*, 1938, **11**, 1521. — P. Escuderos, et E. Merlo : La esplenectomia en el tratamiento de la Endocarditis lenta *Semana Med.*, 1925, **32**, n° 2, 1124. — Friedman, Meyer, Hamburger et L. N. Katz : Use of Heparin in subacute bacterial Endocarditis. *J. A. M. A.*, Novem-bre 1939, 1702. — Honay, L. Gladys, Meyer, Karl, Chaffee, Eleanor, Dawson et H. Martin : The Nature and Action of Penicillin. *Jour. Bact.*, Janvier 1943, 45-65. — E. Hull, R. Bayley et A. Holubek : Therapy of bacterial Endocarditis with massive Sulfadiazin. *J. A. M. A.*, 31 Juillet 1943. — Keefer, S. Chester, F. G. Blake, E. K. Marshall, J. S. Lockwood et W. B. Wood : Peni-cillin in the Treatment of Infections, and Report of 500 cases. *J. A. M. A.*, 28 Août 1943, **122**, 1217. — Kel-son, R. Saul et Paul D. White : A new Method of Treat-ment of subacute baterial Endocarditis with Sulfapyridin and Heparin. *J. A. M. A.*, Novembre 1939, 1700. — E. Libman : On some Experience with Blood Culture in the Study of bacterial Infection. *Johns Hopkins Bulletin*, Juillet 1906, **17**, n° 84. — E. Libman et C. K. Friedberg : *Endocarditis*, New York, 1941. — Leo Loewe, Philip Ro-senblatt, Harry Greene et M. Russel : Combined Penicillin and Heparin Therapy of subacute bacterial Endocarditis of consecutive successful Treatment. *J. A. M. A.*, 15 Jan-vier 1944, 124-144. — E. Lohman : A Study of the endo-cardiac Lesions of subacute bacterial Endocarditis. *Am. J. Med. Soc.*, Septembre 1912, vol. **21** A. — Long, H. Perrin et Eleanor A. Bliss : *The clinical and experi-mental Use of Sulfanilamide, Sulfapyridin, and allied Com-pounds*, 1939, 110. — Major et Leger : Cure of subacute bacterial Endocarditis treated with Sulfalinamide and Neo-prontosil. *J. A. M. A.*, 1938, 111-199. — E. K. Jr. Mar-shall, A. C. Bratton et J. Litchfield : Soluble Salt Solu-tion of Sulfapyridin IV in 5 pour 100 Solution. *Science*, 1938, **88**, 597. — Edwin Osgood : Neoarsphenamine The-rapy and bacterial Infections. Portland, Oregon. *Arch. Int. Med.*, Mai 1942. — William Osler : *Cardiac Classics*, 1941. — Charles A. Poindexter : The Use of Penicillin in the Treatment of subacute bacterial Endocarditis due to

2. Il faut, dès le début du traitement, éviter les petites doses qui rendraient le microbe résistant à la pénicilline.

3. Afin de ménager le malade, il serait recommandé de donner la dernière injection vers minuit et la suivante vers 6 heures du matin, soit donc à 6, 9, 12, 15, 18, 21 et 24 heures : de la sorte, le malade ne serait pas réveillé au cours de la nuit et son repos serait respecté.

« Streptococcus Viridans ». *Modern Concept of Cardiac Diseases*, Novembre 1941, vol. **13**. — G. H. Rammelkamp et J. B. Helm ; *Proc. Soc. Exper. Biol. et Med.*, 1943, **54**, 324. — D. Rieseman, J. A. Kolmer et D. Polowe : Splenectomy in the Treatment of subacute bacterial Endocarditis. *Trans. Assoc. Am. Whys.*, 1936, **51**, n° 23. — Sydney S. Sobin, et Roland Aronberg : *The Nature of the renal Lesions with the Sulfonamids and its Prevention with Urea.* — Frederic Tice : *Practice of Medecine*, 1943, vol. **6**, 263. — A. S. W. Touroff et H. Vessell : Subacute « Streptococcus Viridans Endocarditis », Complication Patent « Ductus Arteriosus ». Recovary following surgical Treatment. *J. A. M. A.*, 1940, **115**, 1270. — L. E. Whitby : Treatment of subacute bacterial Endocarditis with Sulfapyridine with success. *Lancet*, 1938, **2**, 1095. — P. D. White : *Heart Diseases*, 1932.

ÉTIOLOGIE DES PLEURÉSIES SÉRO-FIBRINEUSES TUBERCULEUSES ET DES LÉSIONS PULMONAIRES SATELLITES

DÉDUCTIONS THÉRAPEUTIQUES

par MM.

J. BRUN et **R. LANÇON**

(Lyon)

Les pleurésies séro-fibrineuses tuberculeuses surviennent à toutes les périodes du cycle de l'infection et jalonnent ce long parcours qui va depuis la primo-fixation des bacilles dans l'organisme jusqu'à l'ère de la phtisie chronique. Les circonstances d'apparition des pleurésies sont, en effet, très variables et il serait erroné de les ranger dans deux groupes principaux et exclusifs : d'une part, les pleurésies dites de primo-infection et, d'autre part, les épanchements symptomatiques d'une lésion fibro-caséeuse sous-jacente. Une documentation clinique et radiologique recueillie depuis plusieurs années nous a permis d'individualiser certaines formes étiologiques et de préciser l'état du poumon au cours les épanchements séro-fibrineux spontanés. Nous suivrons ici les grandes lignes de la classification que nous avons déjà exposée de façon détaillée dans un article récemment paru [1]. Nous distinguerons schématiquement les pleurésies précoces, les pleurésies tardives, les pleurésies au cours des poussées miliaires diffuses.

Les pleurésies *précoces* comprennent des pleurésies primaires et des pleurésies secondaires.

Les pleurésies *primaires* sont celles qui surviennent au moment de la constitution du chancre d'inoculation chez l'enfant ou chez l'adulte, c'est-à-dire lors du virage de la cuti-réaction ou dans les deux ou trois mois qui suivent. Elles ne sont pas fréquentes ainsi que l'ont montré les travaux de Wallgreen, de Troisier et Nico, de A. Dufourt et J. Brun. La plupart des pleurésies décrites sous le vocable de pleurésies de primo-infection sont nettement plus tardives et surviennent à partir du quatrième mois environ qui suit l'apparition de l'allergie cutanée. Il importe de bien séparer ces pleurésies primaires précoces des pleurésies tardives de primo-infection, car les unes et les autres ne sont pas satellites de lésions pulmonaires identiques. Les pleurésies primaires sont indiscutablement liées aux éléments du complexe ganglio-pulmonaire : elles siègent toujours du même côté que lui et il y a lieu de penser que la lésion pulmonaire, par irritation pleurale de voisinage, intervient pour une grande part dans la genèse de l'exsudation; mais il ne suffit pas que le chancre ait un siège juxta-pleural pour que l'épanchement survienne car nombre de lésions pulmonaires primaires affleurent la corticalité en provoquant seulement une symphyse partielle ou totale. D'autres facteurs, que nous ignorons, doivent donc intervenir. Les pleurésies primaires authentiques que nous avons observées avaient une allure torpide et insidieuse; il y avait peu ou pas de température, peu de signes fonctionnels et la rétrocession a été rapide.

Les pleurésies *secondaires précoces* ou si l'on préfère les pleurésies tardives de primo-infection sont les plus fréquentes de toutes les pleurésies séro-fibrineuses tuberculeuses. Elles se rencontrent surtout chez l'adolescent et le jeune adulte; elles constituent alors l'immense majorité des pleurésies dites *a frigore* des anciens auteurs, c'est-à-dire survenant sans cause apparente et le plus souvent chez des sujets sans antécédents tuberculeux manifestes, comme l'ont bien montré MM. Bezançon et Weill. Elles méritent bien le qualificatif de « secondaires » car elles sont symptomatiques d'un fait nouveau après l'édification des lésions primaires : elles marquent le début des migrations bacillaires en dehors des ganglions trachéo-bronchiques et l'ère des métastases qui caractérisent le stade II de Ranke. Les embols bacillaires, venus par voie lymphatique, frappent poumons et plèvres avant de pénétrer dans la circulation générale. On comprend ainsi que ces pleurésies soient annonciatrices de localisations extra-pulmonaires et nombre d'auteurs ont insisté sur la fréquence des antécédents pleurétiques chez les tuberculeux osseux ou rénaux. Mais comment expliquer qu'elles puissent être aussi un signe de mauvais augure, précurseur de phtisie chronique, puisque celle-ci survient dans 30 ou 40 pour 100 des cas, suivant les auteurs ? Nous avons étudié avec soin l'état du poumon au cours de ces pleurésies secondaires précoces grâce à des films tirés à intervalles rapprochés et surtout grâce à des tomographies. S'il est exceptionnel de découvrir, en pleine poussée liquidienne, des atteintes pulmonaires indiscutables, il est par contre assez fréquent de déceler, dans les mois qui suivent, des lésions nodulaires sus-, rétro- ou sous-claviculaires. Nous les avons rencontrées dans un tiers des cas. Nous en avons tracé ailleurs une étude détaillée que nous ne pouvons reprendre ici. Ces nodules, uniques ou multiples, de la grosseur d'un grain de mil à celle d'une pièce de cinquante centimes, sont souvent bilatéraux (dans 70 pour 100 des cas d'après notre statistique) mais ont tendance à prédominer nettement du côté de la pleurésie antérieure ; s'ils sont unilatéraux, ils siègent d'ordinaire du côté où la plèvre a été touchée. Ces caractères topographiques nous conduisent à penser que ces nodules ou ces semis miliaires doivent jouer un rôle important dans la genèse des pleurésies secondaires précoces, tout en apparaissant sur les films après la phase aiguë de l'épanchement : leur invisibilité au début est expliquée par le fait qu'ils n'ont pas encore une opacité suffisante et demeurent cachés par cette sorte de brouillard radiologique diffus qui accompagne l'exsudation pleurale. Gran, Liebermeister, Braeuning et Redeker ont d'ailleurs insisté sur le rôle des foyers miliaires sous-pleuraux dans la genèse des pleurésies idiopathiques. Le devenir de ces lésions pulmonaires satellites est variable. Il est celui des foyers de réinfection post-primaire qui ont été particulièrement étudiés par A. Dufourt dans son Traité de Phtisiologie Clinique. Il y en a qui se calcifient, d'autres qui se fibrosent seulement et restent quiescents jusqu'à la mort, d'autres enfin qui se transforment en infiltrats phtisiques au bout d'un certain temps d'incubation et de latence, allant de quelques mois à plusieurs années. La phtisie post-pleurétique prend donc d'ordinaire naissance aux dépens de ces lésions nodulaires se révélant après l'épanchement. C'est ainsi que récemment, chez une jeune fille de 21 ans, nous avons découvert une ulcération tertiaire au lieu même où siégeait un nodule décelé deux ans auparavant et trois mois après une primo-infection suivie de pleurésie. Sur 21 cas de tuberculose post-pleurétique colligée par nous en 1944, nous avons pu dans 16 cas affirmer que les lésions tertiaires phtisiques étaient greffées sur des nodules anciens. Ainsi la pleurésie a dans son sein les semences de la phtisie, mais celle-ci n'apparaît que si les conditions de terrain ou d'allergie sont favorables. Hanrion, dans sa thèse inspirée par Rist sur les lésions fibro-caséeuses post-pleurétiques, avait déjà insisté sur l'extrême fréquence des formes à point de départ nodulaire, sur leur siège au lobe supérieur et du côté de la pleurésie ancienne ; Cardis et Toury ont vu aussi se transformer en ulcérations les semis miliaires qui accompagnent ou suivent les épanchements. La fréquence des lésions nodulaires bilatérales permet d'expliquer la naissance d'une phtisie chronique du côté opposé à l'épanchement.

Nous avons pris l'habitude de faire tirer chez nos pleurétiques des films et surtout des tomographies centrées sur les secteurs supérieurs des poumons quatre à six mois après la résorption d'une pleurésie secondaire précoce. S'il n'y a aucune ombre anormale, on doit être, dans une certaine mesure, tranquillisé sur l'avenir pulmonaire du malade ; si par contre se dessinent déjà des atteintes pulmonaires, il importe d'être très attentif : les petits semis miliaires apicaux ne sont pas particulièrement inquiétants, mais les nodules rétro- ou sous-claviculaires constituent un danger réel pour les années à venir, surtout à partir de 15 à 16 ans ; il faut donc alors imposer un repos prolongé, avec tous les principes de la cure sanatoriale jusqu'à la disparition des lésions et des signes cliniques d'activité.

Les pleurésies *tardives, secondo-tertiaires*, doivent être nettement différenciées de celles précédemment étudiées, car elles surviennent chez des sujets très éloignés de leurs accidents primaires et s'accompagnent, dans nombre de cas, de lésions parenchymateuses d'essence bien différente. Suivant l'état du poumon, nous les classons en trois groupes principaux.

Il y a tout d'abord des pleurésies sans atteinte pulmonaire visible sur les films, en dehors des cicatrices primaires : nous les avons réunies sous le vocable de *pleurésies tardives isolées de surinfection*. Elles ressemblent, à s'y méprendre, aux pleurésies secondaires précoces, mais elles s'en distinguent par le fait qu'elles surviennent chez des sujets qui ont eu déjà maille à partir avec le virus tuberculeux, ainsi qu'en témoignent leur âge, leur passé pathologique, voire même leur profession (médecins, infirmières). On trouve très souvent alors des facteurs indiscutables de débilitation de l'organisme : surmenage, sous-alimentation, intoxications ou infections diverses. Leur pronostic est variable : tantôt rien n'apparaît ultérieurement sur les films et les touches bacillaires pulmonaires, si elles ont existé, semblent ne laisser aucune trace ; tantôt, au contraire, ces pleurésies précèdent une phtisie chronique. Mais en cette éventualité c'est par semaines ou par mois, et non par années, comme dans les pleurésies primo-secondaires, que doit se compter l'intervalle libre séparant l'accident pleural de la phtisie. Nous pensons donc que dans de tels cas la plèvre ne fait que réagir à l'éclosion de lésions pulmonaires tertiaires ne faisant pas aussitôt leur preuve radiologique et que l'épanchement est déjà en réalité contemporain d'une phtisie chronique. Il en est ainsi en particulier pour les pleurésies précédant les lésions fibro-caséeuses de la base. Pallasse et Roubier, Daubrin dans sa thèse l'ont bien fait remarquer et nous souscrivons pleinement à cette opinion après avoir revu personnellement les observations publiées jusqu'ici.

Un autre groupe de pleurésies tardives survient chez des sujets porteurs de *lésions fibreuses ou fibro-calcifiées* et manifestement anciennes de l'apex ou des régions sous-claviculaires. On ne comprend pas bien tout d'abord le rapport qu'il y a entre l'accident pleurétique et ces vestiges pulmonaires qui paraissent impassibles et avoir un rôle de simples figurants. En réalité, nous avons acquis la conviction qu'ils étaient bien responsables de l'exsudation pleurale; en effet, dans un certain nombre de cas, si on suit les malades attentivement durant les années qui suivent, on voit apparaître une tuberculose fibro-caséeuse au sein même de ces anciennes lésions nodulaires. L'accident pleurétique n'est donc ici que le premier signe révélateur d'une réactivation lésionnelle qui tantôt demeure un accident sans lendemain, révélé seulement par ce orage pleural passager, tantôt aboutit plus ou moins rapidement à l'ulcération tertiaire.

Enfin, un troisième groupe de ces pleurésies tardives sont symptomatiques de *lésions phtisiques récemment constituées* et nettement visibles sur les films : infiltrat précoce d'Assmann parfois difficile à mettre en évidence derrière l'épanchement, tuberculose ulcéro-caséeuse d'emblée évolutive du lobe supérieur, infiltrats nuageux diffus siégeant dans les régions pariétales, etc... Nous attirons l'attention sur le fait que l'on rencontre parfois des ima-

1. Les pleurésies séro-fibrineuses tuberculeuses : leur étiologie et celle des infiltrats pulmonaires post-pleurétiques J. Brun et R. Lançon. *Journal de Médecine de Lyon*, n° du 20 Décembre 1944. On y trouvera toute la bibliographie.

ges pseudo-cavitaires, lors de la résolution des épanchements, images qui en imposent à tort pour des lésions phtisiques récentes et qui sont dues, croyons-nous, à des alluvions fibrineux plus ou moins contournées. Les pleurésies individualisées dans ce troisième groupe sont les moins fréquentes de toutes.

Les pleurésies tardives associées à des lésions pulmonaires comportent des indications thérapeutiques bien différentes de celles des pleurésies secondaires précoces. Au cours de celles-ci, il est inutile et même souvent nuisible de réaliser une pneumoséreuse, car l'expérience montre que la plèvre a alors une sensibilité extrême et tolère mal les insufflations, entretenant exsudation et température et prolongeant bien inutilement la maladie. Au contraire, au cours de ces pleurésies tardives, la pneumoséreuse doit être pratiquée le plus tôt possible, de manière à neutraliser les poussées évolutives pulmonaires sous-jacentes avant que la symphyse soit constituée : les insufflations sont en général remarquablement bien supportées et amènent une sédation des signes fonctionnels et généraux.

Aux deux grands groupes précédents des pleurésies précoces et des pleurésies tardives vient s'ajouter un troisième groupe, comprenant les *pleurésies secondaires aux poussées miliaires diffuses*, lesquelles s'observent, comme on le sait, à toutes les périodes de l'infection tuberculeuse. Souvent, le semis granulique ne se voit pas immédiatement sur les films et, au début, on pense à une pleurésie secondaire banale. Les miliaires chroniques tertiaires ne sont pas fertiles en épanchements spontanés.

Les circonstances d'apparition des pleurésies sont, on le voit, assez complexes, et encore n'avons-nous cité que les principales. Il importe de les préciser avec soin au cours de l'examen clinique car le pronostic des épanchements est variable suivant leur date d'arrivée au cours du cycle de l'infection. Il est commandé dans une grande mesure par les lésions pulmonaires satellites, précoces ou tardives, dont le devenir est subordonné à l'âge de l'infection et de l'individu. Les atteintes parenchymateuses ne sont certes pas constantes et ne doivent pas être considérées comme les facteurs exclusifs des phénomènes d'allergie pleurale, mais elles sont d'une telle fréquence que leur étude minutieuse doit contribuer à jeter quelques lumières sur le mécanisme pathogénique des épanchements séro-fibrineux tuberculeux.

XLVIIIᴱ CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

(Paris, 8-11 Octobre 1945.) [*Suite*] [1]

DEUXIÈME QUESTION :

Résultats fonctionnels des anastomoses bilio-digestives.

M. **Mallet-Guy** (Lyon), rapporteur, rappelle d'abord que depuis 40 ans, tant dans les publications que dans les discussions de sociétés, les anastomoses vésiculaires ont toujours eu la faveur des chirurgiens français et anglo-saxons, tandis qu'en Allemagne, depuis le travail capital de Sasse (1913), on continue à leur préférer les anastomoses de la voie principale avec le tube digestif. Passant ensuite en revue les enseignements tirés des nombreux travaux de laboratoire, il constate que l'expérimentation et la clinique ne sont pas toujours d'accord et qu'il est souvent difficile de conclure du chien à l'homme. Mais s'il ne faut pas suivre aveuglément les enseignements du laboratoire, il convient de les retenir lorsqu'ils visent, non plus des faits, variables d'une espèce à l'autre, mais des lois générales ; en particulier *l'importante notion du risque d'infection ascendante*.

Le rapporteur étudie ensuite les risques éloignés et le fonctionnement physiologique des anastomoses vésiculaires d'abord, de celles de la voie principale ensuite.

I. ANASTOMOSES VÉSICULAIRES. 1° *Risques éloignés de ces interventions.* — Alors que des résultats intéressants sont enregistrés en France à l'actif de la cholécysto-gastrostomie, une véritable légende s'est créée en Allemagne au sujet du danger d'angiocholite ascendante qu'apporte toute anastomose vésiculaire : exacte lorsqu'il s'agit d'anastomose avec le jéjunum, cette notion ne semble pas juste, appliquée aux abouchements gastriques ou duodénaux ; il ne paraît pas exister une observation probante d'*angincholite ascendante*, provoquée par le seul reflux du contenu gastrique ou duodénal, en dehors de toute complication sténosante de la bouche anastomotique, du cystique, du pylore ou du duodénum.

Les syndromes angiocholitiques que l'on observe dans les suites d'une cholécystogastro- ou duodénostomie, semblent tous être des syndromes d'*angiocholite bloquée* et la cause la plus fréquente en est le rétrécissement de la bouche anastomotique. C'est la seule complication relativement fréquente que l'on voit survenir dans les suites plus ou moins lointaines de l'opération. Il est possible de la prévenir par une technique adéquate et d'y remédier, dès que la récidive des symptômes, qui avaient caractérisé l'indication opératoire, alerte le chirurgien. Aussi le rapporteur continue-t-il à considérer la cholécysto-gastrostomie ou la cholécysto-duodénostomie comme une excellente opération, méritant tous les éloges que faisait d'elle, il y a 40 ans, Jaboulay.

2° *Physiologie des anastomoses vésiculaires.* — Cette étude peut être faite à l'aide de deux méthodes également fécondes : l'exploration radiologique après ingestion d'une bouillie opaque et l'étude du milieu gastro-duodénal avec le tube d'Einborn.

Deux conclusions peuvent être dégagées de l'analyse des données de l'exploration radiologique des anastomoses vésiculaires :

1° *Le reflux baryté est loin d'être constant chez les opérés de cholécysto-gastrostomie ;* il semble ne s'observer que dans moins de la moitié des cas. L'analyse des images vésiculaires tend, de plus en plus, à prouver qu'il se fait, peu à peu, une adaptation motrice de la paroi du cholécyste, dont la tonicité accrue réalise bientôt un appareil de défense du milieu hépatique, et cette notion se trouve confirmée par l'extrême rareté du passage d'air ou de baryte dans l'arbre biliaire.

2° Si l'angiocholite ascendante ne semble pas fréquente *après cholécysto-duodénostomie*, il n'en est pas moins vrai que l'opération semble entraîner des *conditions physiologiques nettement plus défectueuses*, la vésicule anastomosée ne semblant alors ne constituer qu'inconstamment un dispositif sphinctérien et laisser assez souvent communiquer largement voie principale et duodénum, dont le contenu peut refluer jusque dans les plus fines ramifications de l'arbre biliaire.

L'exploration gastro-duodénale, que permet de réaliser le tube d'Einhorn, est seule capable de dire en dernier ressort si l'anastomose est toujours perméable (lorsqu'il s'agit d'une cholécysto-gastrostomie) : il peut exister à la radio une image de reflux dans la vésicule, mais le cystique peut être oblitéré, et il n'y a pas alors de bile dans l'estomac ; de même, en l'absence de toute visibilité vésiculaire, la présence de bile suffit à affirmer le fonctionnement de la bouche.

Toutes ces données physiologiques sont en faveur de la cholécysto-gastrostomie, plus simple et plus sûre que la cholécysto-duodénostomie. Exposant moins aux accidents de reflux, sans perturber les fonctions gastriques, elle est en outre susceptible d'adaptations fonctionnelles pouvant aller jusqu'à l'établissement d'un dispositif sphinctérien parfait.

II. ANASTOMOSES DE LA VOIE PRINCIPALE. 1° *Risques éloignés de ces anastomoses.* — Cette étude est très difficile, la plupart des statistiques ne séparant pas nettement les différentes éventualités techniques selon les modalités fonctionnelles qu'elles comportent. Aussi est-il nécessaire d'établir plusieurs catégories d'interventions en tenant compte de ce facteur fonctionnel. Mallet-Guy distingue :

1° *Les anastomoses faites pour sténose cholédocienne* qui sont au nombre de trois principales :

a) Anastomoses médiates par prothèse perdue sans suture directe — dont le gros danger est, plus que l'incrustation du tube laissé en place, le défaut partiel d'épidermisation du néo-canal.

b) Anastomoses termino-latérales (hépatico-jéjunostomie, hépatico-gastrostomie, hépatico-duodénostomie).

c) Anastomoses latéro-latérales pour oblitération basse du cholédoque, technique caractérisée par la constitution d'un cul-de-sac sous-anastomotique où se fait une stase biliaire et parfois de l'infection.

2° *Les anastomoses faites en l'absence de sténose cholédocienne* (cholédoco-duodénostomie dite d'indication relative). — Dans l'ensemble les résultats sont ici très supérieurs à ceux des interventions pour sténose de la voie principale et c'est ce qui fausse les chiffres des statistiques globales. Ils ne sont cependant pas parfaits et, quoique Finsterer ait soutenu le contraire, on peut observer des *morts par angiocholite ascendante.* Cette complication existe, des faits précis en ont fait la preuve, encore qu'il soit difficile d'en fixer le pourcentage. Nous avons vu par contre qu'aucun document probant ne vient affirmer son évolution à l'état pur après cholécysto-gastrostomie. En résumé, on peut voir en dehors de tout rétrécissement de la bouche, de tout envahissement néoplasique, de toute oblitération calculeuse, de toute sténose duodénale, survenir chez un opéré porteur d'une anastomose de la voie principale une angiocholite dont la responsabilité incombe exclusivement à l'abouchement direct de la voie biliaire dans le tube digestif, à l'ascension microbienne qu'il entraîne à sa suite et contre laquelle ne se dresse désormais nulle barrière.

2° *Physiologie des anastomoses de la voie biliaire principale. — La présence d'air dans l'arbre biliaire* contrôlée par la radio est la caractéristique constante des anastomoses de la voie principale en état de fonctionnement et son absence, affirmée par plusieurs examens, témoigne de l'occlusion de la bouche anastomotique. L'image est parfois seulement celle du lac hépatico-cholédocien, le plus souvent elle comporte le dessin des plus fines ramifications.

La fréquence du *reflux baryté* est difficile à préciser. Elle est, en tout cas, très grande. Les examens systématiques montrent que l'apparition du reflux dépend très étroitement de la pesanteur, donc de la position dans laquelle est maintenu l'opéré avant la prise du cliché : il n'y a, dans la règle, pas de pénétration de la bouillie opaque lorsque le sujet reste debout après l'ingestion, alors qu'elle devient manifeste sur les radiographies prises après 10 minutes de décubitus dorsal ou latéral droit. Donc, dans les suites opératoires, ne pas s'étendre au cours des périodes digestives.

La radiologie a matérialisé le risque classique de la stase dans le *segment sous-anastomotique du cholédoque après cholédoco-duodénostomie latéro-latérale*, en montrant le dépôt de la bouillie barytée dans le cul-de-sac qu'il constitue et parfois même l'image de calculs qui s'y sont précipités.

Par contre, lorsque l'anastomose a été faite sur *un cholédoque perméable*, après extraction de calculs par exemple, l'analyse des clichés met en évidence des conditions fonctionnelles très particulières : le segment inférieur du cholédoque vient assurer activement la vidange de l'arbre hépatique au cours du repas, diminuer d'autant l'importance du reflux et surtout en accélérer l'évacuation. Il représente même, pour la bouillie qui vient de pénétrer dans le bulbe, un chemin de traverse dont l'utilisation élective diminuera d'autant la pression duodénale sur l'arbre hépatique.

Cette notion nouvelle a pu être confirmée par diverses recherches effectuées chez les opérés (tubage duodénal, radiographie lipiodolée grâce à une cholécystostomie complémentaire, mesure des pressions biliaires), permettant de poser les conclusions suivantes :

1° A jeun, la pression des voies biliaires est, après anastomose duodénale de la voie principale, inférieure de 1/2 ou des 2/3 de la pression normale ;

2° Le passage d'un repas entraîne, si le cholédoque est oblitéré, une rapide, notable et persistante ascension de la pression ;

3° La courbe manométrique indique, au contraire, si la voie biliaire est libre, une fuite constante de la pression, le jeu du segment sous-anastomotique du cholédoque neutralisant presque la montée tensionnelle que provoque le passage du repas devant l'abouchement biliaire.

L'étude physiologique des anastomoses de la voie principale donne donc une réponse aux deux problèmes que soulève l'étude des suites éloignées.

La notion radiologique du reflux duodénal au cours de la période digestive, de ce reflux qui semble si fréquent, explique parfaitement la possibilité d'angiocholites, venant compliquer tôt ou tard, parfois très tardivement, les suites fonctionnelles des hépatico- ou cholédoco-duodénostomies. Rappelons, à titre de contre-épreuve, que l'absence d'un tel reflux dans l'arbre biliaire est la règle des anastomoses gastriques de la vésicule et qu'elle coïncide avec l'absence également d'accidents angiocholitiques, *lorsque aucun obstacle ne vient troubler le jeu correct de la bouche anastomotique.* Un parallélisme parfait peut donc être relevé, dans l'ensemble des anastomoses bilio-digestives, entre reflux ou non dans la voie principale et risque ou non d'angiocholite ascendante.

Quant aux suites certainement plus favorables qu'indiquent les statistiques de cholédocotomie à la manière de Sasse, elles trouvent dans les conditions fonctionnelles très spéciales, que leur assure la perméabilité du cholédoque, une explication suffisante. Du point de vue fonctionnel, il convient ainsi de séparer radicalement les anastomoses de la voie biliaire principale sur cholédoque sténosé et sur cholédoque libre.

III. POSSIBILITÉS DE TRAITEMENT DES ACCIDENTS ANGIOCHOLITIQUES DES ANASTOMOSES BILIO-DIGESTIVES. — Diverses complications posent des indications thérapeutiques différentes.

L'angiocholite post-opératoire peut être tout d'abord indépendante de l'anastomose elle-même, mais trouver son origine dans une *lésion méconnue au cours de l'opération*, calcul oublié le plus souvent. Eventualité assez grave, dont le diagnostic, difficile, peut être facilité dans le cas d'anastomose de la voie principale, par l'examen attentif des images de reflux baryté, dont le traitement impose une réintervention, dont la prévention surtout comporte la nécessité d'assurer l'évacuation parfaite de la voie biliaire, préalablement à toute cholédoco-duodénostomie, tout comme si l'on voulait terminer l'intervention par un drainage externe. La cholangiographie sur la table d'opération peut être ici d'un précieux secours.

Le plus habituellement, les signes d'infection biliaire traduisent l'existence d'un *obstacle* relatif ou absolu, oblitération cicatricielle ou compression par l'évolution d'un

[1] Voir *La Presse Médicale*, 13 Octobre 1945, n° 41, 550.

tumeur. Réintervenir s'il ne s'agit que d'un accident cicatriciel, avant même l'apparition de signes angiocholitiques, dès que l'exploration fonctionnelle permet le diagnostic ; prévenir le rétrécissement en faisant toujours une bouche assez large (2 cm. à 2 cm. 5).

L'angiocholite ascendante, complication *spécifique* des anastomoses bilio-digestives, ne s'observe après cholécysto-gastrostomie qu'à l'apparition d'une sténose pylorique. Elle représente un risque non négligeable, très éloigné, il est vrai, des anastomoses de la voie principale, pouvant survenir, alors, en l'absence de tout facteur surajouté. Aux formes légères suffisent les médications cholagogues et les tubages duodénaux répétés. Mais lorsque l'état devient menaçant, il convient d'envisager une opération d'exclusion, qui, dans le cas d'anastomose duodénale, sera en principe une gastrectomie d'exclusion ou, à défaut, une gastro-entérostomie.

La conclusion que nous pourrons tirer de cette étude thérapeutique des complications angiocholitiques pouvant survenir dans les suites d'une anastomose biliodigestive, est que nous avons à notre disposition des méthodes efficaces de traitement pour chacune des lésions ou des états physiopathologiques qui peuvent les conditionner. Il importe donc de suivre de près ces malades et de dépister, en temps utile, l'évolution d'une complication ; le malade échappera souvent ainsi aux risques spécifiques de ces anastomoses. Mais il reste cependant cette notion de microbisme biliaire apporté toujours par l'anastomose, quel qu'en soit le type technique précis, microbisme qui s'exaltera dès que les conditions de bon fonctionnement de la bouche seront troublées, conditions qu'il importera donc de redresser dès l'apparition des premiers troubles cliniques.

Addendum.

A son rapport de 1939 dont nous venons de donner le résumé, Mallet-Guy ajoute un court supplément sur les *indications et conclusions thérapeutiques*.

I. ANASTOMOSES D'INDICATION ABSOLUE. — a) *Dans les cancers de la tête du pancréas*, la cholécysto-gastrostomie est l'opération de choix. C'en est la vraie et même la seule indication. La mortalité, jadis importante, est tombée à presque rien, grâce surtout à l'emploi de la vitamine K, contre les hémorragies, cause de mort la plus fréquente. Les survies obtenues varient en général de 3 à 18 mois. Dans 4 cas de guérison définitive observés par l'auteur, il s'agissait évidemment de pancréatite chronique.

b) *Dans les rétrécissements traumatiques* ou, mieux, *post-opératoires des voies biliaires*. — L'anastomose du duodénum et de la voie principale (qu'il faut souvent faire très haut sur l'hépatique, si la sclérose est très étendue) est une indication impérieuse, malgré les risques qu'elle comporte et les médiocres résultats éloignés, vu la fréquence de l'angiocholite ascendante dans ces cas de cholédoque sténosé.

c) *Dans le groupe disparate des rétrécissements bas situés* (R. cicatriciels de l'ampoule de Vater, cancer vatérien, rétrécissements congénitaux, etc.), la cholédocoduodénostomie basse donne dans l'ensemble des résultats un peu meilleurs mais ne dépassant guère 50 pour 100 de résultats parfaits.

II. ANASTOMOSES D'INDICATION RELATIVE. — *Dans la lithiase biliaire*. — C'est la grosse question des indications relatives de l'anastomose Ch.-D. et du drainage externe à la Kehr (discussions à l'Académie de Chirurgie et à la Société de Chirurgie de Lyon). Le rapporteur rappelle et discute les critiques faites à Paris contre la Ch.-D. tandis que les chirurgiens lyonnais y voyaient, au moins dans les cas graves, une *simplification notable* sinon de l'intervention, tout au moins *des suites opératoires* : guérison très rapide (8 jours parfois), risques moindres d'insuffisance hépatique par déperdition biliaire et de complications pulmonaires et rénales dues à l'alitement prolongé. M. G. insiste sur les erreurs d'interprétation dues à l'examen de statistiques globales comprenant de nombreux cas simples, sans mortalité par le Kehr, tandis que les anastomoses publiées à Lyon étaient toujours faites dans des cas choisis et graves.

Aussi, sans adopter les idées trop exclusives de Finsterer, convient-il de réserver aux anastomoses Ch.-D. une place importante dans la chirurgie lithiasique.

DISCUSSION.

— M. **Sandblöm** (Stockholm) verse au débat les résultats obtenus en Suède, analysant une statistique intégrale de la totalité des chirurgiens suédois. Il insiste sur l'importance et la fréquence de l'angiocholite souvent discrète et méconnue. Retrouvée expérimentalement après sacrifice d'un animal paraissant ne présenter aucun signe d'infection, il pense qu'il doit en être souvent ainsi chez l'homme et qu'on ne saurait trop exagérer la préparation des malades et les précautions opératoires.

— M. **Félix Papin** (Bordeaux) pense que les anastomoses de la vésicule avec l'estomac ou le duodénum doivent être évitées autant que possible chez les sujets jeunes chez qui la stomie externe suffit souvent à résoudre des indurations pancréatiques et qu'il vaut mieux ne pas lancer dans la vie avec une anastomose bilio-digestive définitive. Il étudie surtout l'anastomose de la voie principale, la cholédoco-duodénostomie, qu'il a pratiquée dès 1930 avec un excellent résultat à une époque où elle était encore bien peu utilisée en France. Dans les indurations pancréatiques elle n'est qu'une méthode de nécessité, lorsque l'anastomose à l'aide de la vésicule est impossible : vésicule exclue et inutilisable, vésicule bourrée de calculs à enlever, vésicule déjà supprimée à tort pour des accidents d'hypertension biliaire mal interprétés et où dès lors la cholédoco-duodénostomie s'impose. Après extraction de calculs du cholédoque au contraire, sans s'imposer, elle peut être choisie, de préférence au drainage externe, quand elle est d'une évidente facilité technique. Cette dernière condition paraît essentielle dans ce choix.

— MM. **Bergeret** et **Varay** (Paris) attachent une grande importance à la radio-manométrie et surtout à l'épreuve de la *kinésie biliaire provoquée*, pour étudier les troubles fonctionnels des voies biliaires. Alors que la radio-manométrie, jointe aux épreuves pharmaco-dynamiques de Caroli (avec la morphine, l'atropine, la pilocarpine, etc.), renseigne surtout sur le « contenant », l'épreuve de la kinésie biliaire provoquée renseigne sur le « contenu » c'est-à-dire le débit biliaire, par injections de 5 à 10 cm³ d'un sel biliaire dans les veines. Cette épreuve indique des modifications morphologiques (distension vésiculaire, modifications de l'aspect du col, du cystique, du cholédoque, ouverture du sphincter d'Oddi, stase duodénale) et tensionnelles très précises. Or ces réponses n'existent plus dans les perturbations fonctionnelles et l'épreuve est négative dans les sténoses organiques complètes. Une série d'observations appuient cette communication.

— MM. **Bachy** et **Lenoir** (Saint-Quentin) versent au débat une petite statistique personnelle : 7 gastro-cholécystostomies pour cancer du pancréas avec 2 morts et survies de 2 à 12 mois dans 5 cas. Deux autres cas ont trait à 2 anastomoses vésiculo-gastriques suivies de guérison, l'une pour pancréatite chronique prise pour un cancer, l'autre pour lithiase biliaire avec cholédocite chronique. B. a en outre fait 2 anastomoses cholédociennes pour lithiase avec succès, et enfin 7 anastomoses secondaires chez des malades ayant conservé une fistule biliaire après drainage externe, avec 2 morts.

B. pratique toujours la suture sur tube conducteur abandonné et insiste sur l'importance du calfatage des sutures par un fragment épiploïque.

— M. **Leclerc** (Dijon) rapporte un cas intéressant de *dilatation congénitale du cholédoque*, lésion exceptionnelle, observé chez une femme jeune, sans antécédents notables, prise brusquement de douleurs sous-hépatiques avec fièvre, sans vésicule perceptible, ni signes d'obstruction biliaire. Laparotomie : vésicule un peu grosse, cholédoque volumineux et inerte que L. hésite à aboucher dans l'intestin, cholécystostomie sur sonde, laquelle ne fonctionne pas. La radiographie après injection de bouillie barytée montre le cholédoque transformé en une énorme tumeur liquide qui ne s'évacue pas dans l'intestin, tumeur qui se réduit notablement mais temporairement par une double infiltration des splanchniques. Jusqu'ici la malade supporte très bien sa lésion. Mais à la première alerte, L. compte faire, sans hésitation, une anastomose Ch.-D.

— M. **Mallet-Guy** résume la discussion.

COMMUNICATIONS PARTICULIÈRES.

Amputation périnéo-abdomino-périnéale du rectum cancéreux. — M. **Decker** (Lausanne) décrit, avec projections à l'appui, un procédé personnel qui lui a permis d'améliorer notablement sa statistique. Il opère en trois temps : 1° temps périnéal, résection du coccyx et de la pointe du sacrum. Décollement présacré poussé très loin. *Mise en place dans l'espace décollé d'un long lacet* sortant par la plaie opératoire ; 2° temps abdominal classique, section du méso, mais sans aller au delà du plancher pelvien, *sans disséquer le rectum en avant et sur les côtés* (escamotage de la 1re difficulté opératoire), section du sigmoïde, au segment inférieur duquel on fixe la partie haute du lacet, qu'un aide tire par en bas, extériorisant la portion à réséquer. Péritonisation. Fermeture de la paroi ; 3° temps périnéal, exérèse facile en tirant sur le lacet et décollant progressivement. Suture et drainages classiques.

Maladie orthostatique et chirurgie. — M. **Costantini** (Alger). Chez les grands variqueux, l'insuffisance de la valvule ostiale et l'importance du réservoir sous-cardiaque permettent le déplacement brutal d'une masse sanguine considérable qui, des parties supérieures du corps, se précipite vers les membres inférieurs ou qui, au contraire, stagnant dans les membres inférieurs, va en position horizontale remonter vers les cavités cardiaques qu'elle dilate en les surchargeant. Le cœur est tour à tour vidé ou dilaté d'où variations du pouls et des pressions artérielle et veineuse. Ces faits se traduisent cliniquement par une sensation vertigineuse au passage du décubitus horizontal à la station droite et sensation d'angoisse dans le mouvement opposé, ce qui explique la tendance des malades à rester le plus possible debout. La saphénectomie large permet de faire rapidement disparaître ces troubles.

L'ulcère phagédénique. — M. **Costantini** (Alger) a eu l'occasion d'observer en 1943 une grave épidémie de cette lésion, jusqu'ici inconnue en Algérie. Il en rappelle les caractères bien connus des médecins coloniaux (Madagascar surtout) : *bords très épaissis*, avec thrombose des vaisseaux afférents ; *absence d'adénopathie, douleurs très violentes, absence de septicémie, évolution en profondeur* détruisant muscles et os très largement, avec l'aide de microbes associés. Seul le traitement local paraît efficace. Suivant le degré d'évolution, on utilisera en allant des cas légers aux cas graves : le *formol* qui fixe les tissus et arrête le phagédénisme ; la *destruction au bistouri électrique*, suivie de pansements sulfamidés et de *greffes précoces* ; *résection des tissus sphacélés* et curettage ; *amputation*.

Technique simplifiée de l'hystérectomie totale. Technique de l'amputation inter-ilio-abdominale. — M. **Pascalis** (Paris) expose ses deux techniques à l'aide d'une série de projections expliquées.

Traitement de l'hallux valgus. — M. **Wallet** (Paris) après avoir fait la critique des opérations de *Hueter* et de *Brandes* expose sa technique personnelle consistant à réséquer une partie importante de la phalange, à réduire la tête métacarpienne en un cylindre plus congruent aux dimensions de la phalange et à pratiquer entre les deux une large interposition fibreuse. Il évite ainsi les douleurs et l'ankylose.

Traitement du cancer de la prostate. — M. **Luys** (Paris) expose le résultat de ses travaux sur la question. Le traitement doit être chirurgical et médical.

Le traitement chirurgical doit comprendre :

1° *La suppression du résidu vésical* qui ne peut être obtenue que par le *forage de la prostate*. Ce procédé opératoire permet d'effectuer sans danger l'énucléation des noyaux cancéreux et assure le libre cours des urines.

2° Le traitement des hémorragies par l'électro-coagulation directe et par la rœntgenthérapie.

Le traitement médical doit comprendre :

1° L'asepsie des urines qui doivent être claires, acides et aseptiques ;

2° Le traitement général par les injections intraveineuses de Verne ;

3° L'application de médications adéquates principalement par l'ingestion des œstrogènes de synthèse.

Si toutes ces médications sont appliquées concurremment au début de la maladie, sans qu'il y ait encore de métastase, on peut assurer aux malades une longue survie exempte de douleur.

(*A suivre.*) MICHEL DENIKER.

SOCIÉTÉS DE PARIS

ACADÉMIE DE MÉDECINE

9 Octobre 1945.

Notice nécrologique sur M. Milian. — M. **Sézary**.

Etiologie et pathogénie de l'ulcère phagédénique des pays chauds et de la pourriture d'hôpital. — **M. H. Vincent** a observé en 1896, 47 cas de cette affection dont il a décrit les lésions, la pathogénie et le microbe ; celui-ci est identique au bacille fusiforme qui, habituellement associé à un spirochète, détermine une angine spéciale. Le bacille existe en grande quantité dans la putrilage de l'ulcère, seul ou associé au staphylocoque (30 cas), au streptocoque (10 cas), etc... Le bacille fusiforme n'est pas inoculable à l'homme sain ou à l'animal sain, il provoque la lésion phagédénique et putride chez les animaux dont les muscles ont été écrasés, chez ceux qui ont été soumis à la diète ou qui sont cachectiques ou tuberculeux ; l'inoculation est favorisée par l'adjonction d'autres germes. Ces notions éclairent la pathogénie de l'ulcère phagédénique ; une excoriation, surtout avec contusion, peut faire naître la lésion chez les sujets malpropres ; la misère, le surmenage, les avitaminoses, certaines maladies prédisposantes, la contagion favorisent l'ensemencement du bacille. La guérison est obtenue rapidement par la détersion minutieuse de l'ulcère et son poudrage avec un mélange d'hypochlorite de chaux desséchée (1 partie) et d'acide borique desséché (9 parties).

Sur le pain calcique. — M. **Tanon**, rapporteur, au nom de la commission du rationnement alimentaire, propose d'incorporer à la farine du carbonate de chaux pour éviter les ostéopathies de carence et le rachitisme ; cette addition, qui ne modifie pas les propriétés du pain, a eu en Angleterre depuis 1942, un heureux effet pour la prévention de ces maladies. L'acide phytique que les farines renferment en plus grande quantité quand le taux d'extraction est élevé, fait disparaître les sels de chaux naturels ; l'addition de carbonate peut parer à ce déficit.

— Ces conclusions sont adoptées.

Prévention de la syphilis expérimentale du lapin par la pénicilline. — MM. **Levaditi** et **Vaisman** ont constaté que la pénicilline injectée par voie musculaire à des lapins immédiatement après infection par le virus Gand et huit jours plus tard, empêche le développement du syphilome scrotal constant chez les témoins ; les ganglions poplités étant totalement dépourvus de virulence, il ne s'agit pas seulement d'une immunité antichancreuse mais aussi d'une stérilisation profonde de l'organisme.

Hydrolyse de la novocaïne par le sérum sanguin ; évaluation quantitative de cette hydrolyse. — MM. **Hazard** et **Ravasse** montrent qu'en appliquant à la novocaïne et à son produit d'hydrolyse la réaction de Marshall, on obtient des azoïques dont le comportement en présence de soude et d'éther est différent suivant qu'il s'agit de l'ester ou de son acide formateur. La technique utilisée permet de démontrer que le sérum sanguin saponifie la novocaïne et de suivre l'évolution de cette hydrolyse plus ou moins rapide et complète suivant les divers sérums.

Exploration fonctionnelle du foie par l'hydrolyse de la novocaïne. — MM. **Fiessinger**, **Hazard**, **Ravasse** et **Charles** ont constaté que l'hydrolyse de la novocaïne par le sérum sanguin était considérablement diminuée dans l'insuffisance hépatique des cirrhoses et des grands ictères ; il y a un parallélisme à peu près constant entre cette épreuve et celle du rose bengale dont la rétention subit la même évolution que la baisse de la novocaïnesté-

ase. Le foie joue un rôle prépondérant dans la formation es estérases en général.

Les phénomènes d'immunité dans l'éosinophilie les helminthiases. — M. **Lavier** montre que lors d'une éinfestation par un helminthe, l'éosinophilie sanguine volue suivant une courbe analogue à celle de la première nfestation, mais avec un maximum bien moins élevé, même si la dose infestante est plus forte ; il se produit lonc une accoutumance nette de l'organisme au facteur émanant du ver et provoquant l'éosinophilie ; cette immunité relative se manifeste déjà lors de la première infestation, déterminant par son action de freinage progressif a forme caractéristique de la courbe avec son ascension, son maximum et sa chute rapide.

LUCIEN ROUQUÈS.

SOCIÉTÉS DE PROVINCE

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET BIOLOGIQUES DE MONTPELLIER ET DU LANGUEDOC MÉDITERRANÉEN

6 Juillet 1945.

La radiothérapie de contact des verrues. — M. **Ch. Gros** considère cette méthode comme le meilleur traitement des verrues. Il utilise un localisateur exactement approprié à la forme et à la surface de la verrue et une dose, en général unique, sans filtre, de 3.000 à 8.000 r, suivant l'étendue et l'épaisseur de la région, le fractionnement, la filtration n'étant employés que dans des cas spéciaux. Un érythème peut apparaître la première semaine, un léger prurit la deuxième ; l'affaissement commence la troisième et se poursuit régulièrement jusqu'à disparition sans laisser de trace. Si la disparition n'est pas complète, on applique une nouvelle dose appropriée au reliquat.

La radiothérapie de contact des angiomes. — M. **Ch. Gros** préconise ce procédé dans les nævus vasculaires où ses résultats sont variables, et dans les angiomes tubéreux sous-cutanés qui sont traités avec succès. Si l'angiome est de petites dimensions, il est irradié pendant une minute avec un filtre supplémentaire à 1 mm. d'aluminium, soit 1.200 r environ. L'angiome se décolore et s'aplatit très lentement pendant plusieurs semaines sans complications. Sur une centaine de cas, une exulcération a été observée une dizaine de fois, une nécrose deux fois. L'énergie s'amortissant rapidement en profondeur, le traitement reste sans danger, même dans les régions cranienne et épiphysaires. La cicatrice reste d'autant plus discrète que l'angiome est plus petit.

Cancer du rectum. Chirurgie et radiothérapie de contact. — MM. **Ch. Gros** et **Andreani** rappellent que la chirurgie du cancer du rectum donne 1 malade guéri sur 10. S'inspirant de la méthode de Chaoul dont ils donnent les résultats (62 malades en bon état avec des biopsies négatives depuis 4 à 8 ans sur 104 traités), ils pratiquent, au moyen de l'appareil de Philips, 1 à 6 irradiations intra-rectales, complétées ou non par la radiothérapie transcutanée. Au début, les tâtonnements ont été inévitables. Les 4 premiers cas ont été traités il y a environ 1 an. Trois étaient porteurs d'anus inopérables, 2 ont présenté des récidives 3 et 9 mois après, le troisième présente un bon état général et les biopsies restent négatives ; le quatrième, qui avait un cancer très localisé, a été traité en une seule séance. Le bourgeonnement a complètement disparu et il reste une légère cicatrice blanchâtre ; les biopsies successives se sont montrées négatives.

Nouvelles observations sur divers types de noyaux. — M. **J. Turchini**, grâce à la nouvelle réaction nucléale qu'il a établie avec Castel et Kien, étudie divers types de noyaux quiescents, normaux et pathologiques chez les animaux et les végétaux, puis en état de division dans les deux règnes. Il expose les résultats obtenus chez les organismes inférieurs, levures et bactéries.

Thrombose cardiaque et tuberculose pulmonaire. — MM. **J. Vidal** et **Salager** ont observé, au cours d'une poussée évolutive tuberculeuse, une thrombose cardiaque très importante, prédominant dans l'oreillette droite. Cette thrombose, cliniquement latente, avait entraîné des troubles fonctionnels d'une telle intensité qu'ils avaient fait porter le diagnostic de granulie.

Récidive d'une conjonctivite par intolérance au sulfamidothiazol. — M. **J. Vidal** a vu une malade, qui tolérait parfaitement d'autres variétés de sulfamides, présenter à deux reprises et à plusieurs mois d'intervalle, une conjonctivite, seule manifestation d'intolérance au sulfathiazol, utilisé chaque fois pour traiter une pneumopathie aiguë.

Quelques dosages de chlorémie au cours de la tuberculose pulmonaire. — MM. **J. Vidal** et **R. Audran** n'ont pas constaté d'hypochlorémie plasmatique chez les tuberculeux qu'ils ont examinés. Les résultats des dosages ne montrent aucune différence, quelle que soit la forme évolutive de la maladie. La chlorémie globulaire s'est toujours montrée légèrement élevée.

Quelques dosages d'uricémie au cours de la tuberculose pulmonaire. — MM. **J. Vidal** et **R. Audran** ont trouvé une uricémie normale chez les tuberculeux pulmonaires ; la forme évolutive de la maladie se montre sans influence.

La perforation pleuro-pulmonaire bénigne sans réaction pleurale au cours de la tuberculose pulmonaire. — MM. **J. Vidal** et **Salager**. Parmi ces perforations bénignes, les auteurs distinguent celles qui demeurent silencieuses et celles qui, s'accompagnant d'une symptomatologie fonctionnelle parfois très intense, ne sont cependant pas suivies d'infection pleurale. L'évolution est favorable. La perforation siège certainement en territoire pulmonaire sain. En dehors de l'étiologie traumatique de ces perforations (piqûre du poumon lors de la création ou de l'entretien d'un pneumothorax), il faut admettre, dans certains cas, une cause semblable à celle que l'on invoque à l'origine du pneumothorax spontané du sujet sain.

Alopécie liminaire frontale d'origine traumatique. — MM. **J. Margarot**, **P. Rimbaud** et **J. Ravoire** rapportent 1 cas d'alopécie liminaire frontale de Sabouraud, affection dont l'origine est mal précisée, au traumatisme réalisé par le port de bigoudis.

Considérations sur une épidémie de chancres mous (2e note). — MM. **J. Margarot**, **P. Rimbaud**, **J. Ravoire** et **H. Latour** insistent sur l'atteinte fréquente des individus de race noire, l'indolence habituelle des lésions et la rareté de l'ouverture du bubon à la peau. Ils ont constaté dans quelques cas la fréquence d'ulcérations du col utérin. L'intradermo-réaction au Dmelcos (qui donne souvent une fausse positivité précoce) leur a permis de confirmer la notion de porteuses de germes contagieuses. Les sulfamides leur ont donné des résultats excellents, même dans les cas compliqués de bubon.

Action temporaire de la pénicilline sur le pemphigus chronique. — MM. **J. Margarot**, **P. Rimbaud**, **Ravoire** et **Latour**. Une cure de 300.000 unités instituée tardivement a permis aux auteurs d'arrêter immédiatement, au cours d'un pemphigus chronique, une poussée bulleuse intense avec suppuration précoce des éléments et hyperthermie. Décès 2 mois plus tard par cachexie sans nouvelles lésions cutanées.

Un nouveau cas de lymphoblastose aleucémique subaiguë à début pseudo-rhumatismal. — MM. **Marc** et **L. Bertrand**. Un malade de 24 ans, observé par ces auteurs, présente des douleurs et du gonflement articulaire que le salicylate ne modifie pas. Rémission spontanée incomplète, reprise des phénomènes articulaires et apparition d'un état anémique sévère avec fièvre élevée et signes neurologiques d'irritation pyramidale, sans syndrome hémorragique, ni ulcérations bucco-pharyngées ou hypertrophie des organes hématopoïétiques. L'examen hématologique montre de l'anémie, de la leucopénie, de la granulopénie, de la lymphocytose avec lymphoblastose discrète. Le myélogramme est envahi par des lymphoblastes (réaction des peroxydases négative). La durée totale de l'évolution, mortelle, a été de 10 mois.

Paralysies diphtériques et manifestations pithiatiques. — MM. **M. Janbon**, **J. Chaptal**, **F. Boyer** et **P. Conte**.

La pleurésie hémorragique « chocolat » de la fièvre typhoïde. — MM. **M. Janbon**, **J. Chaptal** et **P. Conte**.

Accidents médullaires après injection intra-rachidienne de solulontamide. — MM. **M. Janbon**, **J. Chaptal** et **P. Conte**.

Constance de la dissociation albumino-cytologique dans le liquide céphalo-rachidien des paralysies diphtériques tardives. — MM. **M. Janbon**, **J. Chaptal** et **P. Conte**.

Pneumothorax spontané consécutif à une injection intra-bronchique de lipiodol au cours d'une suppuration pulmonaire. Effets de la sullamidothérapie locale sur la suppuration. — MM. **J. Vidal** et **Salager**.

Pityriasis rubra pilaire apparu chez une femme de 68 ans. — MM. **J. Margarot**, **P. Rimbaud** et **J. Ravoire**.

A. PUECH.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU NORD

29 Juin 1945.

Signe de Chvostek unilatéral. — M. **Christiaens** présente un garçon de 4 ans qui offre une réponse extraordinairement vive à la percussion du facial gauche, aucune réaction à droite. La calcémie est à 106 mg. Les chronaxies périphériques sont diminuées. Lors de l'accouchement, la prise au forceps avait entraîné un important œdème de la joue gauche. Un autre garçon de 16 ans présente un signe de Chvostek strictement unilatéral droit. Calcémie à 90 mg. Le signe de Chvostek unilatéral paraît pouvoir relever d'une étiologie occasionnelle sans valeur générale.

Maladie de Paget localisée au tibia gauche. — MM. **Delannoy**, **Driessens** et **Vandendorp**. Homme de 40 ans présentant un tibia gauche très épaissi et incurvé en avant ; la peau est chaude et rose. Douleurs ostéocopes. Début datant de 12 ans. *A la radio*, le diamètre de l'os est doublé, mélange d'ostéoporose et d'hyperostose. Aspect feuilleté de la corticale. Rachis et bassin indemnes.

Sérologie négative. Calcémie 116 mg. par litre. Phosphorémie 180 mg. en PO^4H^3. Phosphatasémie 660 mg. en PO^4H^3 (10 fois la normale)

Biopsie : Corticale se laissant couper au bistouri ; hypérémie marquée ; à l'analyse, le taux du calcium est de 12 g. 9 pour 100 d'os sec. Microscopiquement, ostéite fibreuse.

Traitement : Vitamine D et injections de calcium. Disparition des douleurs, pas de modifications de l'état local.

Méningite à streptocoques résistante à l'action des sulfamides et rapidement guérie par la pénicilline. — MM. **R. Pierret**, **Balezeaux**, **J. Pierret**. Chez un garçon de 11 ans, méningite durant depuis 6 semaines, malgré traitement sulfamidé. A son entrée, céphalée, Kernig, photophobie, température à 39°5. La ponction lombaire ramène un liquide louche, légèrement hypertendu ; 700 éléments à grosse prédominance lymphocytaire ; présence de streptocoques.

Un abcès de fixation ne donne pas plus de résultat que les sulfamides. Persistance du Kernig et de la fièvre à 39°. Un essai de pénicillothérapie est tenté : administration quotidienne de 100.000 unités de pénicilline, dont 2 injections de 10.000 unités par voie sous-occipitale. Dès le 1er jour, la fièvre tombe à 37°5 environ et s'y maintient. Traitement poursuivi pendant 4 jours en y associant d'ailleurs des sulfamides à doses faibles. Au bout d'une semaine, la guérison clinique est complète ; le liquide céphalo-rachidien, eau-de-roche, ne contient plus que 56 éléments par millimètre cube et redevient complètement normal quelques jours après.

Lymphogranulomatose maligne de l'estomac. — MM. **C. Auguste**, **J. Driessens** et **J. Paris** rapportent l'observation d'un cas de maladie de Hodgkin à localisation gastrique primitive qui se rapproche des cas publiés antérieurement. Après en avoir discuté le diagnostic, ils insistent sur l'intérêt de la gastroscopie qui permit de découvrir l'ulcération alors que la radiologie était muette sur ce point, ainsi que sur le mode inhabituel de terminaison de l'évolution par la survenue d'hématémèses abondantes répétées et mortelles.

Insuffisance cardiaque d'origine coronarienne traitée par 720 injections intraveineuses d'ouabaïne. — MM. **Ed. Doumer** et **Merlen** relatent l'observation d'une insuffisance cardiaque grave coronarienne développée chez un homme de 55 ans dont la longue évolution est due à la répétition quotidienne des injections intraveineuses d'ouabaïne. La dyspnée et les œdèmes ont nécessité pendant 1 an 1/2 le traitement discontinu. Parfois 2 à 3 injections par jour, et même 4 injections dans la même journée.

Les auteurs insistent sur la longue évolutivité et la gravité de cette forme d'insuffisance cardiaque et la possibilité de tenir ces malades en vie par des cures d'ouabaïne indéfiniment prolongées.

Maladie de Besnier-Boeck-Schaumann. Discussion diagnostique à propos de 6 observations. — MM. **Ed. Doumer**, **A. Verhaeghe**, **A. Lorriaux** et **J. Lemaître**. Le diagnostic de la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann présente une certaine aisance quand le groupement évocateur de plusieurs localisations classiques est étayé par une cuti-négative et par l'image histologique révélatrice. Mais la cuti peut être positive, ou bien le microscope peut révéler la présence de cellules géantes ou même de caséum, ou bien les localisations peuvent revêtir un aspect inhabituel. Dans les formes partielles ou atypiques, le diagnostic hésite parfois entre tuberculose et Besnier-Boeck-Schaumann et il faut confronter avec soin les données de la clinique, de la radiologie et de la cuti.

R. PIERRET

REVUE DES THÈSES

THÈSE DE PARIS

Louis Dubarry. *Les hémoptysies dans les kystes aériens du poumon* (*Louis Arnette*, éditeur), Paris. — L. D. s'est proposé d'étudier l'un des symptômes des kystes pulmonaires, mais son étude très complète l'a conduit à envisager, en partant de ce symptôme, la question des kystes aériens dans son ensemble, et à montrer les différences qui séparent les kystes congénitaux et acquis. Il considère aussi que les dilatations des bronches et les kystes aériens congénitaux ne sont que les degrés d'une même affection.

Quant aux hémoptysies, elles doivent avant tout être rapportées à des malformations vasculaires ectasiantes et n'apparaissent généralement qu'au début de l'infection des cavités. Répétées, elles constituent un signe important des kystes aériens et d'une façon plus générale des malformations bronchiques congénitales.

Cette thèse, fort intéressante et suivie d'une très importante bibliographie, apporte une contribution importante à l'une des questions les plus attachantes de la pathologie pulmonaire.

A. RAVINA.

THÈSE DE LILLE

Jacques Loy. *Contribution à l'étude de l'invagination intestinale de la seconde enfance.* Lille, 1945 n° 36. — Dans cette thèse, inspirée par le Prof. Ingelrans, l'auteur publie une revue générale sur cette affection qui pose des problèmes diagnostiques difficiles.

A propos de 7 observations des plus typiques, il insiste sur la grande variété des formes cliniques, et en particulier sur la forme pseudo-appendiculaire (4 observations) qui prête à des erreurs faciles que corrige l'intervention, la forme pseudo-péritonéale (1 observation) où l'abstention est rapidement suivie de mort, et la forme occlusive (1 observation) où la radiologie reste d'un précieux secours. Rarement l'invagination ressemble celle du nourrisson (1 observation).

Le lavement opaque, utile au diagnostic, peut suffire comme moyen thérapeutique, mais il ne peut supplanter le traitement chirurgical : désinvagination simple chaque fois que possible, ou résection en un temps de préférence.

Seule la précocité du diagnostic pourra améliorer les résultats opératoires.

P. INGELRANS.

NOTES
DE MÉDECINE PRATIQUE
PUBLIÉES PAR LES SOINS DE L. ROUQUÈS

Prophylaxie et traitement de la poliomyélite antérieure aiguë

Les mesures prophylactiques à opposer à la poliomyélite résultent directement des notions acquises sur le mode de propagation de la maladie. Alors qu'il était couramment admis, il y a quelques années, que la propagation par les voies respiratoires supérieures était le mode normal de contamination, les sécrétions rhino-pharyngées des sujets infectés se montrant virulentes, aujourd'hui cette théorie, qui répond moins aux faits observés, se voit complétée par celle de la contamination digestive, qui paraît réaliser la voie d'introduction la plus fréquente du virus. Il est certain, en tout cas, que les matières fécales des malades et de leur entourage, virulentes avant les premiers symptômes et pouvant le demeurer pendant plusieurs mois après la guérison apparente, renfermant des quantités considérables de virus, représentent la source de contamination la plus abondante [1]. Ce sont elles qui contaminent les eaux d'égouts pendant plusieurs semaines au moment de l'épidémie. Le nombre de doses pathogènes charriées est considérable, mais le virus n'y est habituellement pas assez stable pour être décelé loin de la source de contamination. A la température ordinaire, le virus se conserve pendant plusieurs semaines dans l'eau, le lait (épidémie d'origine lactée), etc.

A côté des formes paralytiques, il y a lieu de souligner l'importance des formes frustes non paralytiques et des formes inapparentes (porteurs de germes). Elles constituent par leur nombre (l'entourage des malades renferme à peu près constamment plusieurs porteurs sains) des sources d'infection peut-être plus importantes que les formes paralytiques. Au cours de ces formes non paralytiques, le virus peut être éliminé dans les selles pendant une durée prolongée équivalente à celle des cas typiques. Ces formes expliquent le caractère erratique des cas de paralysie. Leur identification clinique certaine n'est possible que par l'inoculation au singe de suspensions virulentes extraites à partir des matières fécales ou des sécrétions rhino-pharyngées, c'est dire qu'elle relève de laboratoires spécialisés.

Enfin les épidémies surviennent avec une périodicité remarquablement constante, et il existe à côté de l'importante poussée estivo-automnale, qui est le fait des maladies hydriques, une faible poussée hiberno-vernale, qui se produit au moment de l'acmé des maladies à propagation respiratoire.

Mesures prophylactiques.

La prophylaxie d'une maladie qui conserve en temps d'épidémie un caractère erratique aussi marqué que la poliomyélite est difficile à réaliser.

Mesures destinées à éviter la propagation par voie digestive. — Plus que tout autre précaution il est nécessaire d'imposer la désinfection des excreta. N'envoyer les matières fécales au tout à l'égout qu'après un temps de contact suffisant avec un antiseptique (sulfate de fer, crésyl, eau de Javel, chlorure de chaux) ou, ce qui serait la solution idéale, les détruire par incinération. Les matières fécales de l'entourage du malade doivent être également traitées. Les eaux usées des hôpitaux hébergeant des poliomyélitiques seront l'objet d'une désinfection.

En temps d'épidémie, et non seulement en milieu contaminé, répéter le lavage et le brossage soigneux des mains avant les repas et après avoir été à la selle.

Stériliser les liquides alimentaires, soit par la chaleur, soit par les antiseptiques, car la filtration sur terre poreuse ne retient pas le virus. L'ébullition est de beaucoup le moyen le plus certain (le virus est détruit aux environs de 60°) pour désinfecter les eaux de boisson, le lait, etc. Lorsqu'elle n'est pas pratique, conseiller la désinfection par le permanganate de potasse ou la javellisation. Ne consommer crus ni légumes, ni salades, ni fruits non pelés, surtout s'il est fait usage d'engrais humain ou d'eau contaminée pour leur culture.

Interdire les bains de rivière et même de piscine, d'autant plus que l'on a fait jouer un rôle au froid ou aux bains de soleil dans la genèse des paralysies.

Mesures destinées à éviter la propagation par voie respiratoire. — Il est démontré que les pulvérisations nasales, soit d'un mélange d'acide picrique et d'alun de soude, soit d'une solution de sulfate de zinc, qui avaient été essayées en 1936 aux Etats-Unis, puis rapidement abandonnées, ne donnent aucune garantie d'efficacité absolue et de plus ne sont certainement pas inoffensives [2]. Conseiller de ne faire usage que de pulvérisations d'huiles végétales n'irritant pas les muqueuses et additionnées d'antiseptiques légers (huile eucalyptolée ou mentholée à 1 pour 500), ou d'eau bouillie salée additionnée de formol à 1 pour 4.000, sans trop se faire illusion sur la valeur pratique de cette prescription. Il en est de même des gargarismes, qui peuvent être faits avec des désinfectants légers, telle l'eau oxygénée. Ne pas abuser de ces mesures et se souvenir que l'intégrité de la muqueuse constitue le meilleur moyen de défense naturelle. Toute amygdalectomie est à déconseiller formellement pendant la période épidémique, car elle prédispose aux formes bulbaires.

Mesures de prophylaxie générale. — Exiger, même pour les formes abortives, la stricte application de la loi sur la déclaration obligatoire de la poliomyélite (N° 14). Conseiller, sans qu'il s'agisse d'une mesure absolue, l'isolement du malade ainsi que celui de son entourage. Il doit être aussi précoce que possible et durer quatre semaines après la guérison. Les linges, les mouchoirs, les crachoirs seront stérilisés par ébullition. La désinfection au domicile du malade, prescrite par la loi, devra toujours être pratiquée, mais il ne faut pas se dissimuler qu'elle reste un geste peu opérant.

Tout porteur de germes ou supposé tel (formes atténuées apparues au voisinage du malade) doit subir un éloignement de trente jours, chiffre d'éviction des écoles pour les frères et sœurs d'un poliomyélitique. Pour les écoles, la règle établie est suffisante : licenciement de la classe quand il y a deux cas dans la classe; licenciement de l'école s'il y a deux classes contaminées.

Interdire les déplacements d'enfants et de colonies de vacances provenant de régions contaminées, de même qu'en période épidémique toute nouvelle réunion d'enfants doit être prohibée. Réduire dans la mesure du possible les réunions publiques qui ne sont pas indispensables.

Moyens thérapeutiques.

Il n'existe actuellement aucun vaccin antipoliomyélitique efficace et pratiquement utilisable.

Le sérum (qu'il s'agisse de sérum de convalescents ou de sérum animal, singe ou cheval, immunisé avec des injections de moelle virulente) a peut-être une certaine valeur préventive.

Pour la prévention des sujets ayant été en contact avec des poliomyélitiques et pour lesquels l'infection semblerait particulièrement à redouter (enfants de 3 à 15 ans), on peut, sans en attendre une grande efficacité, essayer l'injection prophylactique de sérum spécifique ou de sang total des parents. De petites quantités d'acide ascorbique (vitamine C) seraient douées d'une action prophylactique et pourraient convertir une poliomyélite à son début en infection non paralytique.

La sérothérapie actuelle est inconstante dans ses résultats. Les statistiques ne permettent pas de conclure à son efficacité et elle a été abandonnée par de nombreux auteurs à l'étranger et déconseillée en France [3]. Il est classique d'injecter 20 à 50 cm^3 de sérum par jour pendant trois ou quatre jours. La voie intramusculaire paraît être la voie recommandée. *La voie rachidienne est à exclure formellement*, car ce mode d'introduction favorise les localisations bulbaires.

La transfusion ou l'injection intramusculaire de 20 à 30 cm^3 de sang total d'adulte (parents), à renouveler après quatre semaines, peut être conseillée. On a également recommandé l'auto-hémothérapie : 10 à 15 cm^3 tous les deux jours.

Instituer une médication antiseptique générale : injections intraveineuses de salicylate de soude en solution glucosée, ou de ses dérivés; hexaméthylène tétramine *per os* à la dose de 50 cg, deux fois par jour. En cas de contractures douloureuses, administrer de la prostigmine en injections sous-cutanées.

Mais surtout il faut se pénétrer de l'idée que *le traitement de la poliomyélite relève de services spécialisés*, qui seuls peuvent avoir le personnel qualifié et le matériel adapté au but à atteindre : arrêter l'extension des paralysies, traiter les paralysies déjà constituées pour les faire régresser, rééduquer les groupes musculaires dépendant des centres définitivement atteints pour réduire l'importance des paralysies résiduelles. Il semble bien que ce soit la méthode de Bordier (radiothérapie rachidienne et agents physiques), poursuivie pendant plusieurs années et associée aux massages, qui donne les résultats les plus appréciables. Il convient de commencer le plus tôt possible les irradiations et la diathermie. La physiothérapie et l'électrothérapie devront être continuées pendant des mois, voire pendant des années, sans se décourager. C'est là que les soins d'un personnel qualifié se montrent indispensables.

La méthode Kenny (enveloppements continus de linges de laine essorés après immersion dans l'eau bouillante) diminue et favorise l'hématose des muscles paralysés, mais elle est loin d'avoir la valeur de panacée qui lui a été attribuée aux Etats-Unis par une réclame tapageuse.

En cas de troubles cardio-respiratoires, injections intraveineuses de lobéline et caféine à hautes doses, mais surtout envisager sans retard l'utilisation du poumon d'acier, dont il existe des exemplaires dans divers centres hospitaliers urbains.

Rappelons que la thérapeutique par le chlorate de potasse, recommandée il y a quelques années, est inefficace et dangereuse [4].

Nous n'avons aucune expérience de la méthode de Meyer [5], qui recommande l'application de 3 ou 4 sangsues dans la région des veines jugulaires; mais la théorie invoquée (la poliomyélite serait due à une phlébite des veines jugulaires causée par le streptocoque de Rosenow qu'on voit réapparaître ici) donne le droit d'être sceptique.

Les recommandations classiques, enjoignant d'immobiliser les membres paralysés en position correcte, gardent toute leur valeur, mais il semble bien qu'il y ait avantage, dans la période aiguë de la maladie, à faire chaque jour des séances de mobilisation passive des membres paralysés pour entretenir la vitalité des groupes musculaires atteints, éviter l'ankylose, préparer et favoriser l'application des mesures physiothérapiques. Il y a beaucoup à attendre de ces mesures correctement appliquées et poursuivies avec une rigueur suffisante pendant un temps assez prolongé, pour n'abandonner aucune des chances de récupération musculaire, même à longue échéance.

Telle paraît être la façon d'envisager le problème de la poliomyélite en attendant la création de centres spécialisés qui réuniraient aux différents moyens thérapeutiques un matériel d'appareillage précoce et une piscine chaude dont l'utilité a, pour la rééducation musculaire, été reconnue tant en Suède qu'aux Etats-Unis. Ces centres permettraient de réduire le nombre et la gravité des séquelles qui font de la poliomyélite une maladie d'un caractère social.

P. Lépine, Jean C. Levaditi et J. Vieuchange.

1. P. Lépine et J.-C. Levaditi : *La Presse Médicale*, 3 Mars 1943, 119.

2. P. Lépine et J.-C Levaditi : *Paris Médical*, 30 Octobre 1943, 277 et *Bull. Ac. Méd.*, 1943, 127, 526.

3. P. Lépine : *La Presse Médicale*, 9 Octobre 1943, 587.

4. R. Dujarric de la Rivière, P. Lépine, Mme Kolochine-Erber et Mlle V. Sautter, *La Presse Médicale*, 1941, n° 83-84, 1038.

5. O. Meyer : *The intern. Bull.* 1944, 44, 8.

CHRONIQUES

De la terminologie médicale et de l'abus des synonymes

Rien ne paraît plus facile que de rassembler, pour en faire un dictionnaire de médecine, un grand nombre de mots ou d'expressions employés par les médecins pour désigner les maladies, les symptômes, les opérations, et, en général, tout ce qui concerne l'art de soigner et de guérir.

Mais faire une liste aussi complète que possible, comprenant des termes souvent disparates, les uns d'un usage courant, les autres apparaissant rarement ou même exceptionnellement dans les publications médicales, ne constitue qu'une faible partie du travail du lexicographe. La difficulté commence pour lui quand il veut donner une bonne définition de chacun de ces termes. Elle augmente dès qu'il cherche à grouper en synonymes toutes les expressions servant à désigner le même état. Elle devient presque insurmontable quand il veut rapprocher des termes s'appliquant à des faits présentant une grande analogie, si voisins parfois qu'ils arrivent à se confondre.

Quand le terme à définir est employé en des sens différents par plusieurs auteurs, il faut, après avoir noté chaque sens, donner autant que possible les noms de son ou de ses auteurs. Par exemple, l'*autotransfusion* s'applique à deux modes de traitement bien distincts, il en est de même pour la *sismothérapie ;* l'adjectif *thymique* selon son étymologie (θύμος, thymus ou θυμός, âme) relève de l'anatomie ou de la psychiatrie ; *polycorie* est tantôt une anomalie de l'œil (πολύς, beaucoup; κόρη, pupille), tantôt une accumulation de substance de réserve (πολύς; κόρος, satiété). Il ne faut pas oublier le conseil de Pascal : « Il n'y a rien de plus permis que de donner à une chose qu'on a clairement désignée, un nom tel qu'on voudra. Il faut seulement prendre garde qu'on n'abuse de la liberté qu'on a d'imposer des noms en donnant le même à deux choses différentes ».

A vrai dire, il est rare que l'on abuse de cette liberté : on voit plus souvent la même chose désignée par des noms différents ; des termes nouveaux naissent chaque jour, et quelques-uns font ou semblent faire double emploi avec des expressions anciennes.

En effet, il existe presque toujours entre ces affections voisines décrites sous divers noms une différence due aux climats, aux pays où elles ont été observées, aux réservoirs de virus, aux modes de transmission : toutes causes qui modifient ce que l'on appelait autrefois la *constitution médicale*. L'*alastrim* des Antilles serait une forme atténuée de la *variole*. La *sprue tropicale* serait identique à la *maladie cœliaque de Gee* et à la *stéatorrhée idiopathique*. Mais le plus bel exemple est donné par le *typhus exanthématique* ou *historique* avec lequel on a voulu identifier la *maladie de Brill* (Etats-Unis), le *typhus bénin*, le *typhus murin*, le *typhus exanthématique mexicain*, le *typhus des bateaux de guerre de Toulon ;* et que les progrès de la bactériologie et de la parasitologie permettent maintenant de distinguer d'un certain nombre d'affections très voisines dues également à des rickettsies, la *fièvre pourprée des Montagnes Rocheuses*, la *fièvre maculeuse brésilienne*, etc. Toutes ces affections, semblables par leurs symptômes et leurs agents pathogènes, sont actuellement groupées sous le nom de fièvres exanthématiques.

A côté de ces expressions qui, en réalité, ne sont pas absolument synonymes, il existe des termes qui s'appliquent exactement au même mal. Plusieurs ont un intérêt historique : en lisant, par exemple, la liste des noms par lesquels on a désigné le *paludisme*, on saisit quelques-unes des conceptions pathogéniques relatives à cette maladie depuis l'action du mauvais air *(malaria)* ou du sol *(fièvres telluriques)* jusqu'à l'influence des marécages où pullulent les moustiques. D'autres dénominations nous renseignent sur le foyer d'où semblent s'être répandues certaines maladies, telles le *mal de Naples*, la *fièvre de Malte*, la *maladie de Meleda* ou *Mljet*, etc.

Il existe enfin beaucoup de synonymes qui n'offrent aucun intérêt et encombrent inutilement le vocabulaire médical : *angioalgie* double *angialgie*, *schizothymie* n'est pas indispensable quand existe *schizophrénie*, *tonicardiaque* et *cardiotonique* ne sont qu'un même mot, etc...

Il ne faut pas oublier que beaucoup parmi les noms de maladie les plus anciens sont d'origine populaire. L'aspect du malade, la fièvre, le délire, le retour périodique du mal, la croyance à des interventions surnaturelles ont eu leurs parts dans leur désignation. La scarlatine, la jaunisse, le goitre, toutes les modalités de la fièvre intermittente (tierce, quarte, etc.), le mal comitial, la danse de Saint-Guy, du langage ordinaire sont passés dans le vocabulaire médical ; d'autres comme le *mal des ardents*, le *feu Saint-Antoine*, ont disparu de la nosologie.

On conçoit que beaucoup de ces dénominations assez vagues aient dû être remplacées par des expressions plus précises.

Tantôt on cherche entre les signes des maladies celui ou ceux qui permettent de mieux les identifier : l'*exophtalmie* caractérise une variété de *goitre ;* tantôt on s'appuie sur la pathogénie et l'on décrit les *rhumatismes goutteux*, *infectieux*, *psoriasiques ;* tantôt on a recours à l'anatomie pathologique associée ou non à la clinique et l'on classe les *cirrhoses* d'après l'aspect et le volume du foie et l'état concomitant d'autres organes, tels que la rate.

La bactériologie, à son tour, enrichit le vocabulaire médical : mais si quelques microbes sont spécifiques d'une seule maladie (*lèpre*, *choléra*, *fièvre typhoïde*), bien plus nombreux sont les germes dont on trouve les espèces associées dans certaines maladies et, de plus, le même microbe peut être la cause d'affections très différentes selon sa localisation.

La bactériologie cependant permet d'entrevoir une classification rationnelle des maladies, en créant de grandes familles telles que les streptococcies, les tréponémoses, les trypanosomiases, les rickettsioses, qui serviront de cadres à des espèces et à des variétés où les multiples affections aux noms disparates trouveront leurs places ; classification schématique, mais utile à l'esprit qui a besoin d'ordonner ses acquisitions par catégories et de comparer chaque fait particulier à un type abstrait et général.

En attendant cette révolution de la nosographie, chaque maladie, chaque syndrome, chaque fait d'ordre médical devrait être désigné par un terme ne donnant lieu à aucune ambiguïté.

La clinique, la pathogénie, l'anatomie pathologique, la bactériologie ne peuvent dans tous les cas fournir une dénomination pleinement satisfaisante. Aussi a-t-on recours souvent au nom de celui qui, le premier, a donné une définition précise d'une maladie *(maladie de Bouillaud)*, mis en lumière un phénomène important *(réaction de Wassermann)*, émis une loi incontestable *(lois de Marey)*, mis au point une technique chirurgicale *(amputation de Lisfranc)*.

Il est même arrivé que le nom de l'auteur soit si bien identifié avec sa découverte qu'il est entré dans le langage médical en contribuant à former un nom commun *(darsonvalisation*, *pasteurisation*, *pasteurelloses*, *tyndallisation)*.

On échappe, de cette façon, à l'inconvénient de désigner une maladie en se basant sur quelques faits choisis arbitrairement qui peuvent même être contestés.

Depuis quelque temps, on a beaucoup fait usage de ces appellations et la terminologie s'est enrichie de termes tels que : maladies d'Ayerza, de Cushing, de Simmonds, phénomène de Schwartzman, etc.

Mais l'abus était inévitable, et l'on a vu, à l'étranger surtout, se multiplier les maladies, les syndromes, les signes portant les noms de savants qui avaient quelquefois fait une découverte intéressante mais qui, plus souvent, attachaient leurs noms ou celui d'un compatriote à ce que d'autres avaient trouvé avant eux ; ce qui est encourageant pour ceux qui publient, fait remarquer le Prof. H. Roger, mais n'est pas sans jeter une certaine confusion dans l'esprit du chercheur ou du simple lecteur de publications médicales. Un exemple montrera le danger de cette pléthore de noms propres : le *goitre exophtalmique* décrit par Basedow en 1840 avait été étudié cinq ans auparavant par Graves et cependant, d'après Tapret, il devrait s'appeler maladie de Marsh, ce qui n'empêche pas les Italiens de le désigner sous le nom de maladie de Flajani.

Pour ne pas multiplier ces désignations, l'usage s'est établi d'associer les savants qui ont attaché leurs noms à la même maladie, parfois en des pays différents et à des époques plus ou moins voisines. On peut citer ainsi la *maladie de Jaccoud-Osler*, celle de *Besnier-Bœck-Schaumann*, l'*opération de Péan* (1879)-*Billroth* (1880).

A côté de ces associations, il y a d'ailleurs les réelles collaborations auxquelles on doit le *syndrome de Millard-Gubler*, la *maladie de Nicolas et Favre*, la *réaction de Bordet et Gengou*, l'*opération de Sicard et Robineau*, etc.

L'emploi des noms propres n'a pas empêché la création de mots tirés des langues anciennes, du grec surtout. De tout temps les médecins ont aimé à emprunter à la langue d'Hippocrate les termes de leur vocabulaire. Autrefois ils le faisaient avec discrétion et prudence, en respectant les lois de la grammaire [1] ; aujourd'hui, malgré la défaveur où est tombée l'étude des langues anciennes, on les met sans cesse à contribution pour la formation de termes nouveaux.

Malheureusement quelques-uns, empressés à créer des néologismes, négligent les règles de l'étymologie, soit en associant les racines grecques et latines, soit en ne respectant pas les règles de l'accord entre les termes qui forment un mot composé. On peut objecter que les expressions ainsi improvisées sont tout de même comprises. Peut-être. Mais elles seraient mieux comprises si elles étaient correctes et ne provoqueraient pas l'étonnement des médecins étrangers, des médecins grecs surtout qui ont souvent protesté contre la façon dont leur langue était maltraitée.

Les mots hybrides gréco-latins n'étaient pas toujours admis facilement au siècle dernier. Ainsi quand l'opération de l'appendicite commença à devenir courante on la désigna par le mot *appendicectomie* que le chirurgien Guinard proposa de remplacer par le terme correct de *prosphysectomie* bien oublié aujourd'hui.

Actuellement ces termes sont d'un usage si fréquent qu'il serait vain de chercher à les changer. Cependant, entre deux synonymes dont l'un est hybride, il est préférable d'employer celui qui est correct et de dire, par exemple, *rhizotomie* plutôt que *radicotomie*.

Quant aux termes formés de deux mots grecs unis d'une façon irrégulière, ils sont innombrables. L'exemple des mots dérivés de αἷμα αἵματος (sang) est typique. Tantôt ce radical est emprunté au nominatif (αἷμα) comme dans *hémoptysie*, *hémorragie*, tantôt il vient du génitif comme dans *hématémèse*, *hématologie*, sans autre raison, sans doute, qu'une question d'euphonie, alors qu'il faudrait toujours avoir recours au génitif, puisqu'il s'agit, pour les deux premiers mots, de crachement de sang et d'écoulement sanguin. Dans d'autres cas, les auteurs indécis emploient aussi bien le nominatif que le génitif et disent *hémolyse* ou *hématolyse*, *hémophobie* ou *hématophobie*. Bien

1. Dieulafoy raconte qu'avant de créer le terme *pathomimie* (simulation d'une maladie allant jusqu'à l'automutilation) il prit soin de consulter Paul Bourget.

d'autres exemples d'emplois indifférents du nominatif et du génitif pourraient être cités.

Mais il y a mieux, c'est la création d'un génitif qui n'est dans aucun dictionnaire comme dans les mots *ganglionectomie* (γάγγλιον, ου), au lieu de *gangliectomie* et *splanchnicectomie* (σπλάγχνον, ου, viscère) au lieu de *splanchnectomie*. Avec le radical ὄρχις, ὄρχιος (testicule), à côté de mots corrects tels que *orchialgie*, *orchiocèle*, *orchiotomie*, d'autres termes ont été forgés en partant d'un génitif fantaisiste : *orchidectomie*, *orchidopexie*, *orchidoptose*, etc. Enfin que dire de *zonateux* (encéphalite zonateuse) quand on sait que zona vient de ζώνη, ης!

Il semble aussi que plus un mot est compliqué, plus grande est la chance de son succès. Le terme *anaphylaxie* (ἀνάφύλαξις, contraire de protection) créé en 1902 par Portier et Richet est bientôt doublé par *aphylaxie* (ἀ, φύλαξις, absence de protection) créé par Wright ; et, pour désigner le procédé qui permet d'éviter les accidents anaphylactiques (méthode de Besredka) on invente le mot *antianaphylaxie* où deux négations superposées s'annulent. Alors, pourquoi ne pas dire *phylaxie?* propose Henrijean. Le mot était trop simple, il n'a pas prévalu.

Celui qui enseigne doit toujours songer à son auditoire ou à ses lecteurs, surtout quand il s'adresse à de jeunes étudiants, facilement désorientés par un langage si nouveau pour eux. Mais, dira-t-on, les débutants ne forment pas seuls le public médical et il est permis, quand on s'adresse à une élite, d'employer des termes techniques connus de tous les savants : et cependant, les savants ne sont pas ennemis de la simplicité et ils goûteront un langage leur rappelant la langue si claire des Trousseau, des Claude Bernard, des Pasteur, pour ne citer que les grands disparus. Et puis, il faut penser aux autres étudiants et aux innombrables praticiens qui, eux aussi, sont de perpétuels étudiants, et restent souvent perplexes devant un terme dont le sens n'est pas suffisamment expliqué par l'étymologie ou le contexte. Et il ne faut pas non plus oublier les médecins étrangers qui lisent attentivement nos publications médicales.

Il ne faut donc pas négliger la forme ; la pensée est mieux comprise quand elle est exprimée en termes simples et, à ceux qui croient nécessaire de la traduire par un néologisme, on ne saurait trop conseiller de s'informer d'abord si ce terme ne double pas une expression ancienne, ensuite de consulter leurs vieux livres de classe : grammaires et dictionnaires, qui leur éviteront de commettre les fautes analogues à celles qui viennent d'être signalées.

« Créer un mot nouveau pour désigner une chose déjà connue sous un autre nom n'est pas faire œuvre scientifique, c'est au contraire troubler l'esprit de ceux qui veulent s'instruire. »

Beaucoup de médecins voudraient que dans un dictionnaire de médecine ne figurent pas ces termes barbares et proposent de les remplacer par des synonymes construits selon les règles d'une saine étymologie. Le lexicographe ne peut agir ainsi ; il doit se contenter de signaler les mots mal faits et de renvoyer le lecteur à un synonyme correct quand il existe. Son rôle est d'enregistrer le bon, le médiocre, le pire, ainsi que beaucoup de termes tombés en désuétude et même certaines expressions étrangères transcrites souvent telles quelles dans ces traductions et analyses. Il doit renseigner le lecteur des textes anciens aussi bien que le chercheur en quête de nouveautés.

Il serait désirable, en effet, que les termes médicaux soient établis d'une façon plus logique et surtout que les noms de maladies obéissent à des règles fixes analogues à celles qui régissent les nomenclatures de la chimie et de l'histoire naturelle. Tout le monde se plaint de cette prolifération de néologismes, souvent mal venus, qui rendent si difficile la lecture de beaucoup de textes médicaux.

Pour remédier à ce désordre, les uns proposent un congrès qui nommerait des commissions de terminologie chargées d'adopter les termes utiles et d'éliminer les non-valeurs. Les autres font confiance à l'Académie de Médecine qui a chargé une commission d'élaborer un dictionnaire des termes médicaux, devant faire pendant au dictionnaire de l'Académie française.

V. DELAMARE.

L'œuvre salvatrice des sanitaires Russes AU CAMP D'AUSSCHWITZ

Sous les auspices de l'Association France-U.R.S.S., un déporté français, M. Stern, avocat à la Cour, revenu récemment du camp d'Ausschwitz, en la Haute-Silésie, nous a narré l'histoire de la bienfaisante activité sanitaire soviétique dans cet horrible lieu de supplice, libéré par l'armée russe le 27 Janvier 1945. L'avant-veille, le 25 Janvier, plusieurs milliers de malheureux, dont beaucoup de Français, se trouvaient encore dans ce camp. Vers 14 heures, tous ces corps misérables, squelettiques, mourants de la mort lente par épuisement profond de tous leurs organes, furent alignés au mur pendant que, devant eux, une équipe SS de nettoyage s'était placée à cinq pas de distance, armes automatiques en batterie, fermant le ban de la retraite allemande. Déjà, depuis une huitaine, les SS, gardes chiourmes titulaires du camp, l'avaient quitté à l'approche des Russes; ils accompagnaient des convois des déportés qu'ils avaient pour mission d'achever en route. A cette époque de l'année, toute la Haute-Silésie était ensevelie sous une couche épaisse de neige. Les internés d'Ausschwitz, grelottant de froid dans leur uniforme zébré, manquant de tout, la langue et la gorge sèches, y vivaient dans un cauchemar interminable d'attente anxieuse, pendant qu'autour d'eux, sous un ciel gris et lourd, d'une morne tristesse, une grêle de plomb crépitait sans cesse...

Le départ si précipité de leurs brutes de SS a fait naître, chez eux, un moment de vague espoir : « Ces bourreaux vont, peut-être, les oublier? Qui sait? » Ce n'était, hélas! qu'une illusion des désespérés... Non, ils ne les ont pas oubliés, puisque les voilà, ces assassins, placés à cinq pas de distance devant eux, alignés au mur, armes automatiques en batterie!...

On en était là, lorsque, soudain, cette cruelle équipe de nettoyage tourna talons et disparut... L'explication de cette fuite brusquée ne tarda pas. Une fusillade, de plus en plus intense, secouait l'atmosphère. Elle s'approchait manifestement, progressivement, du camp. Quarante-huit heures après, le mur de ceinture d'Ausschwitz était criblé de balles, d'éclats de grenades et, vers 14 heures de ce fameux 27 Janvier 1945, on vit pénétrer dans le camp des soldats soviétiques : ils arrivaient en file indienne, tout de blanc vêtus, pareils à des chevaleresques fantômes sortant d'un château de neige... Spectacle merveilleux de l'arrivée, dans ce camp désolé, des sauveurs russes victorieux! Leur apparition provoqua chez les ombres ambulantes du camp une explosion de joie délirante, chez les Français principalement... On s'embrassait, en poussant des « Ourrah! »; on se serrait les mains... Les Français criaient : « Nous, Frantzouz », et les soldats répondaient par ce seul mot : « Rousski! » On fraternisait ainsi, lorsqu'on vit un jeune déporté français s'amener avec un drapeau soviétique, sorti on ne sait d'où et aller l'installer, claquant au vent, au pignon du mirador principal!... Dès le lendemain, les sanitaires militaires russes, médecins, infirmières, se mirent à visiter le camp, à se rendre compte de l'état pestilentiel des lieux, de l'absence de tout ravitaillement en aliments et en médicaments. En quelques jours on vit changer radicalement le régime morticole du camp : des voitures attelées (la motorisation étant impossible en Haute-Silésie à cette époque de l'année) apportaient chaque jour au camp des tonneaux d'eau potable et du ravitaillement en abondance. Grâce à ces mesures, tous les déportés pouvaient faire trois repas quotidiens comprenant des soupes aux légumes, 500 *g.* de pain, de la viande, du thé ou du café sucrés. Beaucoup d'entre eux, exténués, épuisés par le régime allemand de famine, étaient tellement affaiblis qu'ils étaient incapables de consommer le quart d'aliments divers qu'on leur offrait... Désormais, le camp fut considéré par les sanitaires russes comme un vaste hôpital qu'ils se mirent à organiser avec le concours de tous les déportés quelque peu valides. Un major soviétique établit, à l'entrée du camp, un service de désinfection avec une immense chaudière qui fournissait de l'eau chaude. Des infirmières, robustes et adroites, lavaient, nettoyaient appropriaient des déportés qui, couverts de ver mine, croupissaient depuis des mois et des moi dans la promiscuité et la saleté la plus abjecte.. A tous fut distribué du linge, très simple, mai propre... Un service de véhicules fut organisé pou permettre aux camarades valides du camp d'alle chercher au camp voisin de Birkenau, à 4 *km* d'Ausschwitz, de malheureuses femmes déportées, d lamentables squelettes vagissants, pour les fair soigner par les infirmières soviétiques. De leu côté, les sanitaires russes amenaient au camp de déportés malades qu'ils trouvaient dans d'autre petits camps des environs. On vit arriver ainsi u certain nombre de déportés français, internés a camp de Monowitz. C'étaient des compatriotes qu les Allemands avaient cueillis dans nos régions d l'Est pendant leur retraite de France et qui ne son arrivés en Haute-Silésie que vers la fin de Novembr 1944... Presque tous étaient épuisés au dernie degré...

En quelques semaines, le camp d'Ausschwit devint un immense hôpital d'accueil, dirigé par de médecins russes dont beaucoup de doctoresses, tous rivalisant de dévouement et d'abnégation... Malgr la méconnaissance des langues (les Français n comprenant pas le russe ; les Russes parlant diffici lement le français, à quelques exceptions près), le relations de nos compatriotes avec le personne soviétique militaire, médical, sanitaire ont été tou jours des plus cordiales, des plus amicales ; trè souvent même franchement fraternelles. Cett manière aimable et serviable des Russes a bie changé les malheureux déportés de celle de ces S allemands, sorte d'automates cruels, dépourvus d toute sensibilité humaine, des êtres sans charité sans pitié...

I. ROUBINOVITCH.

L'alimentation en Tunisie

L'agriculture tunisienne, écrit M. Ch. Chabrolin [1], produit avant tout des céréales (blé et orge) qui constituent l'aliment énergétique de base de l plus grande partie de la population. Les classe pauvres consomment l'orge. Le blé est un sign certain d'un peu plus de bien-être. Aussi, le progrè dans la culture des céréales, s'il intéresse l'écono miste, parce qu'il alimente un marché d'exporta tion devenu très important, intéresse plus directe ment encore l'ensemble de la population du pay dont la triade graines de céréales, huile et végétau frais est, suivant l'expression de Et. Burnet, à l base de la santé en Tunisie.

*
* *

La culture de l'*orge* est essentiellement entre le mains des Arabes. La production varie du simpl au triple en fonction du climat de l'année. Elle es en moyenne de 1.900.000 quintaux, sur lesquel la Tunisie est exportatrice en moyenne de 437.00 quintaux par an. Dans les vingt-cinq dernière années, le rendement moyen est passé de 3.2 quin taux à 4 quintaux par hectare. Chiffres faibles, mai qui s'appliquent surtout à des cultures extensive de régions steppiques.

Depuis l'occupation française, la progression d la culture du *blé dur* a été très marquée, et sa pro duction moyenne est passée à 2.350.000 quintaux soit une augmentation des 2/5. La culture d *blé tendre*, inconnue avant l'occupation française produit aujourd'hui 1.800.000 quintaux, le rende ment moyen étant de 11.2 quintaux par hectar pour le blé tendre contre 3.8 pour le blé dur Cette différence tient à ce que le blé tendr est surtout cultivé dans les exploitations françaises alors que la culture du blé dur est essentiellemen entre les mains des fellahs tunisiens, dont le moyens et les méthodes restent primitifs. Il con vient de bien noter que les chiffres indiqués s'appli quent aux années qui ont précédé la guerre.

1. Ch. CHABROLIN et L. GUILLOCHON : Développement d l'agriculture, de l'arboriculture fruitière, de la cultur maraîchère, en corrélation avec les besoins des indigènes d Tunisie. *Arch. de l'Institut Pasteur de Tunis*, Septembr 1940, 29, nos 2 et 3.

La consommation de l'orge et du blé par la population indigène s'est accrue dans de fortes proportions au cours des vingt-cinq dernières années, passant pour l'orge de 45 *kg.* vers 1910 à 55 vers 1935, et pour le blé de 67 à 80 *kg.* par tête d'habitant et par an, bien que, pendant le même temps, la population ait augmenté de 24,2 pour 100. Ceci montre les progrès réalisés par la culture des céréales, d'autant plus que la Tunisie est devenue exportatrice d'orge et de blé, alors qu'elle était importatrice.

Le blé et l'orge, dit M. Et. Burnet [2], doivent être maintenus comme la base de l'alimentation populaire en Tunisie, et au besoin défendus contre l'importation, c'est-à-dire l'invasion du riz, dont la valeur alimentaire est inférieure, ainsi que l'ont bien établi dans l'Inde W. R. Aykroyd et ses collaborateurs (1940). D'ailleurs, en Tunisie comme dans l'Inde, la céréale de base doit être complétée par d'autres aliments, laitages, végétaux à feuilles vertes, fruits, viande, et, parmi les viandes, le poisson.

*
* *

M. L. Guillochon [3] fait ressortir l'important effort réalisé dans la même période par l'horticulture en Tunisie. Il constate d'ailleurs qu'en dépit de cet effort, les légumes et les fruits ne paraissent pas être consommés par les indigènes des classes pauvres de Tunisie, comme il serait désirable.

Parmi les fruits à noyau, à côté des abricots, amandes et prunes, une place à part doit être faite à l'olive. La production de l'*huile d'olive*, véritable aliment national, très variable d'une année à l'autre, a été de 150.000 quintaux en 1936, 500.000 en 1937, 250.000 en 1938. La plus grande partie est habituellement exportée en France et en Algérie, ce qui provoque alors l'importation d'huile d'arachide.

Le *dattier* a également toujours été l'objet de la sollicitude du Gouvernement français en Tunisie, en raison tant de la consommation de la datte par les populations du Sud tunisien que de l'importance de l'exportation.

Une place importante revient aussi aux fruits à pépins (cognassier, poirier, pommier), aux agrumes (oranger, mandarinier, citronnier) et à quelques autres fruits tels que grenade, figue, raisin.

Les *cultures légumières* sont faites par chaque cultivateur sur des surfaces peu importantes : fève, pois chiche, pomme de terre, etc. Il semble que les indigènes tunisiens de toutes raisons sociales puissent trouver sur place l'alimentation légumière et fruitière complémentaire qui leur est indispensable. Toutefois, dans les mauvaises années, la diminution de la récolte provoque un renchérissement rendant ces produits inabordables pour l'autochtone pauvre et même pour l'indigène moyen. Mais les possibilités actuelles en moyens de locomotion rapide, camions sur routes, chemins de fer, permettent l'approvisionnement des régions défavorisées par la pluviométrie et l'hydraulique, d'où un mieux-être évident de la population indigène en Tunisie.

L. Rivet.

Correspondance

A propos de l'Aseptic anastomosis.

Cette technique qui nous revient avec une signature et une désignation étrangères a été décrite, à notre connaissance, deux fois déjà en langue française : la première le 25 Mai 1921 (voici bientôt 25 ans) dans une communication que j'eus l'honneur de faire à la Société de Chirurgie de Marseille et dont le résumé parut dans *Marseille Médical*, 1921, 600 ; son détail, avec figures, a été publié dans la *Revue Médicale de France et des Colonies*, 1924, 1, 398 .

J'eus le plaisir en outre, de la voir vantée à la tribune du Congrès Français de Chirurgie de 1922, par M. J. Puig Sureda, de Barcelone, dans la discussion des « Techniques de l'extirpation des tumeurs du gros intestin (rectum excepté) ». Séance du 6 Octobre 1922. Comptes rendus p. 722.

La technique de Parker Kerr ne diffère de la nôtre que par le passage à la Lambert du faufil d'occlusion temporaire.

Je me permettrai d'ajouter à l'excellente description de M. Germain Gillet, les petites précisions suivantes :

1° Les faufils en place, le premier point d'approximation, point essentiel, doit être placé en X, ou en U, au niveau de l'insertion mésentérique, point entéromésentérique de Fiolle.

2° Le surjet d'approximation doit commencer sur le bord libre. Le chef initial de celui-ci et ceux du point entéromésentérique confiés respectivement aux deux mains de l'aide qui tendent les faufils, légèrement tirés en direction opposée, permettent de donner à la suture sa plus grande dimension possible. Le surjet doit être fait avec un fil non résorbable et à points de Cushing ; tandis que pour la commodité du glissement le catgut fin doit être utilisé pour les faufils.

3° La facilité du coulissage, le long des catguts des faufils, de l'étoffe intestinale font de cette technique, en dehors de ses qualités d'asepsie, la meilleure dans les cas fréquents « d'incongruence » des bouts. Je l'ai utilisée surtout pour les anastomoses iléo- coliques après hémicolectomie droite où elle est irremplaçable : elle ne m'a jamais fait défaut ; mais il est recommandable dans ce cas de faire, par un second plan d'approximation à points séparés, une invagination d'un bon centimètre.

Nous formons des vœux pour que le renouveau que ne peuvent manquer de donner à cette excellente technique une signature et une désignation étrangères lui donnent enfin l'audience des chirurgiens français.

V. Aubert (Marseille).

*
* *

De même que M. Gillet, nous avions noté ce procédé que nous avons vus, pour leurs résections intestinales. Mais, dans l'hôpital de campagne, il était réalisé par une technique plus simple qui, si l'on veut répandre le procédé, nous semble supérieure par sa rapidité.

Il s'agit simplement de présenter parallèlement les deux pinces de Kocher qui ferment les bouts intestinaux à anastomoses, en en montrant la face postérieure, comme sur la figure 1. Un surjet séro-séreux — qui peut prendre la museuleuse — au catgut 00 solidarise sans difficulté ces deux faces.

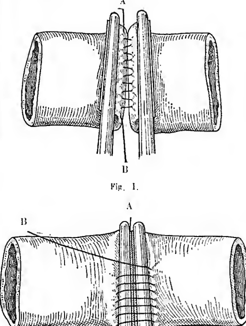


Fig. 1.

Fig. 2.

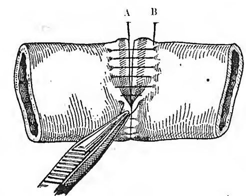


Fig. 3.

Les pinces de Kocher étant alors amenées au contact, ce même surjet franchit le rebord intestinal et se continue, d'une face antérieure à l'autre, par-dessus les pinces. Lorsqu'il est fini, les deux pinces sont retirées, et il ne reste plus qu'à serrer la moitié antérieure du surjet, qui enfouira l'extrémité écrasée des deux tubes intestinaux. Il faut pour cela, de la pince à disséquer, serrer le surjet point par point, comme un lacet de soulier, en même temps qu'on aide, de l'autre main, l'enfouissement. On solidarise ensuite les deux chefs de ce premier surjet qu'on renforce de quelques points séro-séreux à la soie.

Terminer en vérifiant, de l'index invaginé dans les parois intestinales, la perméabilité de l'anastomose, et en suturant la brèche mésentérique.

Et il est de fait que, ainsi réalisé, ce procédé a donné chez les blessés que nous avons pu observer — c'était toutes des plaies du grêle — un excellent résultat immédiat malgré l'absence d'hémostase et de suture muqueuse.

R. Adam, Chirurgien assistant des Hôpitaux de Paris. — B. Pertuiset, Interne des Hôpitaux de Paris.

*
* *

Ce qui caractérise la technique de Parker Kerr, c'est le passage des fils temporaires qui empêche tout écoulement de liquide intestinal jusqu'à la fin des sutures définitives.

La technique rappelée par MM. Adam et Pertuiset est la technique ou une variante de la technique de Rankin que beaucoup de chirurgiens américains n'emploient pas pour deux raisons :

1° L'étanchéité n'est pas assurée entre l'ablation des pinces de Kocher et la fin du serrage du surjet ;

2° La présence des pinces oblige à charger la séreuse plus à distance de la tranche de section et augmente ainsi la hauteur de l'anneau d'invagination.

Germain Gillet.

Livres Nouveaux

La place de la néphrectomie dans la tuberculose rénale, par René-Robert Küss. 1 vol. de 148 pages avec 35 figures (*Doin*, éditeur), Paris, 1944.

Enlèverons-nous systématiquement, suivant le conseil d'Albarran, tout rein atteint de tuberculose ouverte, si du moins l'état de l'autre rein y autorise ? Non, répond R. R. Küss, si cette indication péremptoire reste valable dans la majorité des cas, pour certains, elle doit être révisée. C'est que nos idées ont changé sur la pathogénie et l'évolution anatomo-clinique de la maladie.

La tuberculose rénale n'est pas primitive ; elle est secondaire à une inoculation le plus souvent pulmonaire, plus rarement intestinale. La tuberculose rénale n'est pas unilatérale d'emblée, mais bilatérale : souvent le côté réputé sain est un côté guéri. La tuberculose rénale est capable de guérir anatomiquement, et pas seulement par exclusion des lésions : la maladie entraîne bien alors une perte de substance dans le rein, mais elle lui a laissé une valeur fonctionnelle. Il n'y a pas de parallélisme entre la durée d'évolution des lésions rénales et l'extension des lésions à l'uretère et à la vessie. Il n'est rien de fatal dans la menace qui pèse sur le second rein, ni sur l'appareil génital. L'action néfaste sur le second rein des « néphrotoxines » reste hypothétique. Enfin les résultats de la néphrectomie sont loin d'être aussi brillants qu'il est admis généralement : pas plus de 50 pour 100 de guérisons complètes.

Il est ainsi un certain nombre de cas de tuberculose qu'il est préférable de ne pas opérer, ou du moins l'opérateur ne doit pas se jeter sur eux immédiatement. A la phase « fermée » de la maladie (présence de bacilles, mais absence de cavités décelables radiologiquement), nul ne songera à la néphrectomie. A la phase « ouverte » de la maladie, il faut baser l'indication thérapeutique sur les « caractères évolutifs » de la maladie : nous disposons aujourd'hui de moyens très précis pour surveiller l'évolution de la maladie.

Quand les lésions rénales unilatérales observées radiologiquement restent stationnaires, il ne faut pas opérer tant qu'il n'y a pas une déficience marquée de la fonction rénale. Ou le malade guérira ou il détruira progressivement son parenchyme rénal et la fonction sera atteinte : on opérera alors et on sera mieux fixé qu'on ne l'eût été auparavant sur l'unilatéralité ou la bilatéralité des lésions. Aucun inconvénient à opérer les malades en pyonéphrose tuberculeuse : c'est à ce moment que les résultats opératoires sont les meilleurs et les plus durables.

Quant aux phénomènes de cystite, ils ne doivent pas pousser à opérer s'ils sont légers ou en voie d'atténuation : on est encore en droit d'attendre s'ils sont bien marqués, mais si le rein n'est que légèrement atteint. Il faut opérer si la cystite prend un caractère progressif, quand bien même le fonctionnement du rein tuberculeux serait normal.

Jusqu'à quel moment, si l'on attend, est-on en droit de le faire ? Jusqu'à ce que la fonction du rein malade soit devenue égale ou inférieure au tiers de la fonction du rein sain : cette fonction est jugée d'après la différence de la concentration de l'urée dans l'urine. Mais avant ce terme, une aggravation de la cystite peut amener à opérer.

La tuberculose est-elle *bilatérale ?* Pas de néphrectomie si les deux reins ont gardé la même fonction. On attendra patiemment que se relève la fonction d'un des reins, ce qui arrive parfois. Les deux reins fonctionnant mal, on peut avoir la main forcée par la pyonéphrose fébrile grave de l'un d'eux. Ce ne sera qu'une opération palliative de nécessité qui ne permettra pas une longue survie.

En résumé, si la néphrectomie « garde la place de choix dans le traitement de la tuberculose rénale », il est un certain nombre de cas — ceux qui paraissent s'immobiliser et guérir — pour le traitement desquels il paraît plus logique de se guider sur l'allure évolutive des lésions plutôt que de recourir systématiquement d'emblée à la néphrectomie.

G. Wolfromm.

2. Et. Burnet : Le blé et le riz. *Arch. de l'Institut Pasteur de Tunis.* Septembre 1940, 29, nos 2 et 3, 319-324.

3. L. Guillochon : Horticulture. *ibidem*, 309-319.

INFORMATIONS

Le Recteur ROUSSY et le Professeur LENORMANT DOCTEURS « HONORIS CAUSA » DE L'UNIVERSITÉ DE LAUSANNE

C'est dans la salle du Sénat des Professeurs de l'Université de Lausanne qu'eut lieu le 4 Octobre la Séance solennelle de remise des diplômes décernés en 1940 à l'occasion du Cinquantenaire de la Faculté de Médecine, et dont la cérémonie fut ajournée par suite des tragiques événements de 1942.

Le Recteur Rosselet, assisté de M. Pauphilet, consul de France et de M. Fischer, conseiller d'Etat, rappela tout d'abord que ce diplôme fut décerné à la même occasion « pour l'éclat incomparable qu'il a donné à la pédiatrie », au Prof. Marfan, décédé en 1942.

Les regrets de l'Assemblée furent unanimes lorsque M. Rosselet annonça que son état de santé empêchait le Professeur Lenormant de venir recevoir « l'hommage décerné au professeur de chirurgie, au savant, à l'homme, de cœur au noble désintéressement ». Cette expression recueillit l'adhésion enthousiaste de l'auditoire comme il en eût été de même chez nous, où l'œuvre considérable du Professeur Lenormant et sa personnalité attachante sont tant appréciées.

Puis le Recteur Rosselet, professeur à la Faculté de Médecine, donna la parole au doyen Rochat pour rappeler les étapes de la carrière brillante du Recteur Roussy :

Après une jeunesse studieuse, où, tour à tour, le lycée de Lausanne, la Faculté de Médecine de Genève consacrèrent ses succès de début, ce fut la réussite au concours de l'internat des hôpitaux de Paris qui devait consacrer l'orientation scientifique de son activité.

Successivement agrégé, professeur d'anatomie pathologique, doyen de la Faculté de Médecine, puis Recteur de l'Université de Paris en 1937, il devait, le 11 Novembre 1940, être révoqué par « l'occupant » en raison de sa courageuse attitude. Réintégré immédiatement dans ses hautes fonctions lors de la libération de Paris, il rappelait devant le Général de Gaulle, à la séance inaugurale de l'Université en 1944, le rôle admirable joué par le corps enseignant et les étudiants dans la Résistance.

Depuis, il voue toutes ses forces à la reprise active de la vie universitaire, recueillant l'adhésion unanime qu'apporte l'autorité, la compétence, servies par le plus noble des désintéressements et des dons d'homme de cœur, reconnus de tous.

Evoquant enfin la belle carrière de savant et de professeur du Recteur Roussy, le doyen Rochat rappelle les travaux originaux importants qu'il apporta dans les divers domaines où s'exerça son activité : neurologie, anatomie pathologique, carcinologie, travaux et recherches dont la valeur fut confirmée par ses pairs, qui le désignèrent comme secrétaire général de l'Académie de Médecine et l'élirent membre de l'Académie des Sciences.

Le Recteur Roussy, prenant ensuite la parole, remercia en insistant sur les liens séculaires et la parenté qui unit le pays de Vaud et la France.

Evoquant les souvenirs du IVe Centenaire de l'Université de Lausanne, le Centenaire du Cours sur Port Royal donné par Sainte-Beuve, la flamme de l'esprit qu'imposa J.-J. Rousseau, le Recteur Roussy termina en évoquant les souvenirs fervents de jeunesse, en particulier ceux qui devaient créer l'amitié qui l'attache au philosophe Arnold Reymond présent dans la salle, et qui fut reçu en 1939 docteur *honoris causa* en Sorbonne.

Puis ce fut la remise du diplôme au Prof. Marouzeau, de la Sorbonne dont l'œuvre philologique de latiniste est devenue classique.

Répondant avec finesse au doyen Brey, M. Marouzeau fit un éloge délicieux de l'amitié en évoquant les liens qui le rattachent à ses collègues de la Faculté de Lettres de Lausanne.

Ainsi cette cérémonie, à laquelle le cadre intime universitaire donnait le caractère d'une réunion de vieux amis idèles retrouvés, fut placée sous le signe des confidences affectives qui s'élèvent jusqu'à la pure tradition magnifiée par Cicéron et Montaigne, tant il est éternellement vrai que « les grandes pensées viennent du cœur ».

L. Cornil et P. Hardenoy.

CONSEIL DES MÉDECINS DE LA SEINE

Communiqué

Permis de circuler. — Le Conseil des Médecins du département de la Seine est désireux d'annoncer qu'après de nombreuses et pressantes démarches, l'Administration vient de lui accorder un contingent supplémentaire d'environ 1.500 autorisations de circuler en automobiles.

Le Conseil des Médecins de la Seine signale que, par décision du ministre de l'Intérieur, les autorisations temporaires de circuler ne pourront désormais dépasser un délai de 7 jours. Il demande donc aux confrères atteints par cette décision de patienter devant cette mesure générale, puisque, dans un délai très court, suivant les promesses des services de la Préfecture de Police, ils obtiendront l'autorisation définitive de circuler.

Les confrères n'ont pas été sans remarquer la campagne qu'a faite le Conseil des Médecins pour l'augmentation de l'allocation mensuelle d'essence. Nous avons reçu l'assurance que cette allocation serait élevée à partir de Novembre, en fonction des négociations actuellement en cours avec le Gouvernement des Etats-Unis.

Charbon professionnel. — Plusieurs de nos confrères s'étant présentés aux Mairies, sans obtenir les bons de charbon professionnel, le Conseil est intervenu auprès de l'Office des Combustibles pour lui signaler cette situation.

Ce retard est dû à la non-transmission des ordres dans les Mairies. L'assurance nous a été donnée que dans quelques jours, nos confrères pourront se présenter, d'une façon sûre, dans les Mairies pour obtenir les bons des 300 kg. de charbon professionnel.

Pneus de voitures. — Malgré la pénurie du caoutchouc qui nous est objectée, le Conseil des Médecins s'efforce de faire aboutir, dans les délais les plus courts, les demandes de pneumatiques présentées par le Corps médical.

Voitures automobiles. — Le Conseil ne perd pas de vue l'acquisition de voitures neuves et il reste en contact étroit avec les industriels pour que les médecins aient, en priorité, les voitures neuves dont les toutes premières doivent sortir au début de Janvier.

Certificats de lait condensé pour les nourrissons. — Afin d'éviter des déplacements aux mères de famille ainsi que des dérangements inutiles aux médecins, la Préfecture de la Seine demande au Conseil départemental de rappeler à ses membres que les certificats relatifs à l'attribution des bons de lait condensé pour les nourrissons, doivent indiquer le genre d'allaitement (mixte ou artificiel) auquel ils sont soumis.

ORDONNANCE DU 1er OCTOBRE 1945 relative à l'organisation des centres de lutte contre le cancer

Les centres régionaux anticancéreux dont la création avait été reconnue nécessaire, il y a déjà plus de 20 ans, n'ont fait l'objet depuis cette époque d'aucune autre réglementation que celle qui avait été esquissée, dès l'origine, par simple circulaire du 25 Novembre 1912.

La situation juridique de la plupart des centres demeure encore mal définie et il n'est pas toujours possible de déterminer exactement les responsabilités qui incombent, dans leur fonctionement, aux hôpitaux, aux universités et aux centres eux-mêmes.

L'expérience a montré que, pour rendre leur action vraiment efficace, il faudrait les doter d'une organisation plus précise.

La présente ordonnance précise que les centres anticancéreux agréés jouiront de plein droit de la capacité juridique des établissements d'utilité publique s'ils ne la possèdent actuellement. Cette restriction vise ceux d'entre eux qui dépendent déjà de fondations.

Les centres de lutte contre le cancer ont pour objet :

1° Le dépistage, l'examen, l'hospitalisation et le traitement des malades ;

2° La surveillance prolongée des résultats thérapeutiques, l'établissement et la tenue à jour des dossiers médicaux, l'organisation d'une action médico-sociale ;

3° Les recherches sur l'étiologie, la prophylaxie et la thérapeutique du cancer.

Aucun centre ne peut être agréé s'il n'exerce au moins les deux premiers modes d'activité définis.

Chaque centre est géré par un Conseil d'administration composé de 12 membres dont le préfet, le directeur régional de la Santé et de l'Assistance, le doyen (ou le directeur) et un professeur de la Faculté (ou de l'Ecole de Médecine) dans le ressort desquels le centre a son siège, un délégué des Caisses d'Assurances sociales, un représentant de l'Administration hospitalière avec laquelle le centre a passé contrat, le directeur du centre et 2 membres du Comité technique prévu à l'article 6 ci-dessous.

Les membres de droit désignent ensuite 3 autres membres.

Pour encourager des jeunes médecins ou des jeunes savants à consacrer leur activité et leurs travaux à la lutte contre le cancer, l'article 4 prévoit que le personnel médical des centres sera doté d'un statut.

Les directeurs des centres de lutte contre le cancer sont désignés par le ministre de la Santé publique après avis du Conseil d'administration du centre et de la Commission du cancer du Conseil permanent d'hygiène sociale.

Chaque centre doit comprendre au moins un service de chirurgie et un service de radiologie (rœntgenthérapie et curiethérapie) dirigés chacun par un spécialiste. De plus, un médecin spécialiste en cancérologie, un oto-rhino-laryngologiste et un anatomo-pathologiste doivent être rattachés au centre.

Sauf dérogation expresse, les fonctions de directeur et de chef de service sont incompatibles avec celles de chef d'un service d'hospitalisation ne dépendant pas du centre.

L'orientation technique du centre est déterminée par un Comité technique présidé par le directeur du centre et qui comprend les chefs de service et les spécialistes attachés au centre.

Les conventions passées entre les centres de lutte contre le cancer et les établissements hospitaliers doivent fixer le nombre et l'emplacement des lits mis en permanence à la disposition des centres en vue de l'hospitalisation des malades, pendant ou après leur traitement curatif.

Elles doivent également préciser la répartition des locaux et, d'une façon générale, prévoir toutes les mesures utiles pour faciliter aux services du centre, soit le traitement curatif, soit le traitement palliatif.

L'admission des malades dans les locaux hospitaliers qui font l'objet des conventions visées au précédent alinéa, est prononcée, à moins de stipulation contraire par le directeur du centre ou son préposé.

Les centres de lutte contre le cancer déjà constitué devront, dans un délai de 2 ans, s'organiser en vue de l'exécution des services prévus par la présente ordonnance.

Dès que leur réorganisation paraîtra suffisamment avancée et pour en faciliter l'achèvement, l'agrément qu'ils avaient obtenu pourra être confirmé.

La centralisation des renseignements médicaux recueillis par les centres est assurée par l'Institut national d'hygiène

(*J. O.*, 3 Octobre 1945.)

DÉCRET DU 28 AOUT 1945 modifiant le décret du 14 Septembre 1916 sur les substances vénéneuses

Article premier. — Le décret du 14 Septembre 1916 est modifié ainsi qu'il suit :

1° Le premier alinéa de l'article 11 est remplacé par les dispositions suivantes :

« La délivrance et l'emploi des composés arsenicaux solubles sont interdits pour la destruction des parasites nuisibles à l'agriculture ainsi que pour la destruction des mouches. La délivrance et l'emploi des produits dans la fabrication desquels est utilisé l'arsenic métalloïdique et qui sont destinés à la destruction des mouches sont également interdits » ;

2° L'article 31 est complété comme suit :

« Lorsque les préparations sont utilisables en injections et s'il s'agit de la cocaïne et de ses dérivés, même si le médicament est prescrit en poudre, les ordonnances qui prescrivent des médicaments contenant des substances du tableau B doivent être rédigées sur des feuilles extraites de carnets à souches d'un modèle déterminé pour tout le territoire par le ministre de la Santé publique.

« Le médecin ou dentiste prescripteur inscrit lui-même les noms et adresses des malades sur les ordonnances et les souches des carnets. Ces souches doivent être conservées par lui pendant 10 ans.

« Les carnets sont délivrés aux praticiens par les organisations professionnelles des médecins » ;

3° L'article 38 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Il est interdit aux médecins de prescrire et aux pharmaciens d'exécuter les ordonnances prescrivant des médicaments constitués par des substances en nature inscrites au tableau B.

« Il est interdit aux pharmaciens de renouveler aucune ordonnance prescrivant des substances du tableau B sous forme de solutions destinées à être employées en injections.

« La même interdiction s'applique aux ordonnances prescrivant des poudres composées à base de cocaïne ou de ses sels et renfermant ces substances dans une proportion supérieure à 1 pour 1.000, ainsi qu'aux ordonnances prescrivant des préparations destinées à être absorbées par la voie stomacale et contenant des substances du tableau B à une dose les faisant tomber sous le paragraphe 2 dudit tableau.

« Par dérogation à cette dernière disposition, peuvent être renouvelées les ordonnances prescrivant des préparations destinées à être absorbées par la voie stomacale et ne contenant pas plus de 250 mg. d'opium officinal, ni plus de 25 mg. de benzoylmorphine, d'hydrocodéinone, de dihydrooxycodéinone, de cocaïne ; ainsi que les ordonnances prescrivant en nature le laudanum à une dose n'excédant pas 5 g.

« Les pharmaciens peuvent délivrer aux praticiens légalement habilités à les prescrire pour les usages thérapeutiques mais seulement sur des ordonnances conformes aux prescriptions des trois derniers alinéas de l'article 31, les substances du tableau B nécessaires à l'exercice de leur profession, dans la limite fixée d'accord entre le directeur régional de la Santé et de l'Assistance et le Conseil départemental intéressé des médecins, d'une provision pour soins urgents. La provision sera, à la suite des prélèvements qui y auront été faits, reconstituée sur des ordonnances qui seront établies par le médecin ou le dentiste dans les mêmes conditions. Ces ordonnances ne pourront, sauf dérogations admises par le Conseil départemental des médecins, être exécutées que par l'un des pharmaciens domiciliés dans la commune du praticien ou par un pharmacien d'une commune limitrophe si la sienne est dépourvue d'officine, le nom du pharmacien choisi par le praticien étant en toute hypothèse signalé par lui au Conseil départemental

...s Médecins. Il est interdit aux pharmaciens de délivrer n nature aux praticiens une substance du tableau B.

« Les pharmaciens doivent conserver pendant 3 ans, our être représentées à toute réquisition de l'autorité ompétente, les demandes émanant des médecins, des étérinaires, des chirurgiens-dentistes et des sages-emmes et en adresser un relevé, à la fin de chaque rimestre, au directeur régional de la Santé et de l'Assistance » ;

4° L'article 41 est complété comme suit :

« Lorsqu'elles sont destinées à la destruction des parasites et animaux nuisibles à l'agriculture, par badigeonnage, pulvérisations, fumigations, poudrages, appâts ou autres procédés, les substances du tableau C en nature et les préparations qui en contiennent doivent être mélangées, sauf en cas d'incompatibilité chimique, à des matières odorantes et colorantes suivant des formules établies par arrêté du ministre de l'Agriculture.

« L'addition de matières odorantes et colorantes ou le matières de l'une de ces deux catégories seulement, peut être imposée pour tous autres usages par arrêté du ministre de la Santé publique pris après avis du Conseil supérieur d'Hygiène publique de France et déterminant pour chaque produit la quantité de la ou des matières à ajouter ».

Art. 2. — Il est inséré au titre IV du décret du 14 Septembre 1916 un article 44 *bis*, ainsi conçu :

« Lorsqu'une spécialité pharmaceutique contient soit une, soit plusieurs substances inscrites à l'un des tableaux A, B ou C en quantité et à des concentrations supérieures à celles prévues dans l'arrêté pris en application de l'article 29 du présent décret, le fabricant doit se conformer à certaines prescriptions en ce qui concerne l'étiquetage ».

. . . .

Art. 4. — Sont inscrites au tableau A les substances suivantes :

a) Arsenic métalloïdique (cobalt) ;

b) Sels de thallium.

Art. 5. — Sont inscrites au tableau C les substances suivantes :

a) Chloralose (glucochloral-anhydroglucochloral) ;

b) Métaldéhyde ;

c) Sels de baryum (sauf le sulfate).

(*J. O.* du 30 Août 1945.)

XII° Congrès International de Chirurgie

STOCKHOLM-1947

En Mai dernier, lors de l'Assemblée de l'Association des Chirurgiens anglais tenue au *Royal College of Surgeons*, les membres anglais de la Société internationale de chirurgie ont eu le plaisir de recevoir le Dr Léopold Mayer, de Bruxelles, président de la Société, ainsi que d'autres membres belges et américains.

Il fut décidé que la XII° Assemblée générale internationale, qui aurait dû avoir lieu à Stockholm du 21 au 24 Juillet 1941, se tiendrait dans cette même ville en 1947.

Entre temps, les membres du comité, désignés en 1938 à Bruxelles, continueront leurs fonctions conformément aux statuts.

Université de Paris

Faculté de Médecine. — Conseil de Faculté du 11 Octobre 1945. — *Les mutations de chaires* suivantes sont acceptées par le conseil :

— M. le Prof. Pasteur Vallery-Radot, de la chaire de clinique médicale Bichat à la chaire de clinique médicale Broussais.

— M. le Prof. C. Lian, de la chaire d'Histoire de la Médecine à la chaire de clinique médicale, anciennement à la Pitié et provisoirement à Tenon.

— M. le Prof. Et. Chabrol, professeur titulaire de la chaire de clinique médicale (anciennement à Broussais) est autorisé à rester temporairement à Saint-Antoine.

Déclaration de vacances. — Le conseil décide le maintien et demande la déclaration de vacances des chaires *de Thérapeutique* et *d'Histoire de la Médecine.*

Professeur sans chaire. — Le conseil décide de proposer la nomination de M. le Prof. agrégé Piédelièvre au titre de Professeur sans chaire.

Agrégé pérennisé. — M. Desoille, agrégé, est proposé pour la pérennisation.

— Par arrêté du 24 Septembre 1945, M. Halphen, agrégé d'O.-R.-L. est nommé professeur sans chaire.

Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques (Hôpital Saint-Louis). — Le Professeur H. Gougerot, Médecin de l'Hôpital Saint-Louis, recommencera ses Cliniques le mercredi 7 Novembre 1945, à 10 heures, à l'Amphithéâtre Brocq. Il les continuera tous les mercredis matins, à 10 heures (leçon pratique) et vendredis matins, à 10 heures (présentation de malades) à l'Amphithéâtre Louis-Brocq de la Clinique : *Traitement de la syphilis et l'indispensable en syphiligraphie* (avec présentation de malades, moulages, projections).

Consultations de la Porte à 9 heures le mardi. Physiothérapie et petites opérations à 9 heures le mercredi, salle Dominici (Pavillon Bazin). Visite des salles, à 10 heures le mardi. — Les leçons du mercredi sur des démonstration de malades, les jeudis de la Clinique de Saint-Louis, inaugurées sous le patronage de Louis Brocq en 1920 et continuées depuis 11 ans, les trois cours de perfectionnement (1re série : Octobre-Novembre-Décembre, 2e série : Avril-Mai-Juin) reprendront dès que les circonstances le permettront.

Un enseignement de la Radiologie et de l'Electrologie médicales, organisé avec la collaboration des médecins électroradiologistes des Hôpitaux de Paris, sera fait à la Faculté de Médecine et à l'Institut du Radium, sous la direction de MM. A. Strohl, professeur à la Faculté de Médecine, A. Lacassagne, professeur au Collège de France, J. Belot, électroradiologiste honoraire des hôpitaux, Ledoux-Lebard, chargé de cours de radiologie clinique, H. Desgrez, agrégé. Son but est de donner aux Etudiants et Médecins Français et Etrangers des connaissances théoriques, pratiques et cliniques, de Radiologie et d'Electrologie. Il comprend :

1° Un enseignement constitué par un cours, des démonstrations et exercices pratiques et des stages dans certains services des Hôpitaux de Paris en vue du *Certificat d'études préparatoires de Radiologie et d'Electrologie médicales.* Droits : immatriculation, 300 fr. ; bibliothèque, 200 fr. ; laboratoire (pour chacune des parties du cours), 250 fr. ; examen, 250 fr. Inscriptions au Secrétariat avant le 10 Novembre 1945.

2° Un stage de perfectionnement ultérieur, donnant droit, après examen, au *Diplôme de Radiologie et d'Electrologie médicales de l'Université de Paris.* Droits : immatriculation, 600 fr. ; examen, 250 fr. ; bibliothèque, 400 fr. Inscriptions au Secrétariat de la Faculté de Médecine (Guichet n° 4).

Universités de Province

Faculté de Médecine d'Aix. — M. Delphaut, agrégé, est pérennisé dans ses fonctions à compter du 1er Janvier 1945.

Faculté de Médecine d'Alger. — Le titre de *professeur honoraire* est conféré à M. Moggi, ancien agrégé, admis à la retraite.

Faculté de Médecine de Bordeaux. — MM. Leuret et Piéry, professeurs, M. Bardhimont, chef de travaux, sont admis à faire valoir leurs droits à la retraite à dater du 1er Octobre 1945.

Faculté de Médecine de Lille. — M. Debłock, chef de travaux, est admis à faire valoir ses droits à la retraite à dater du 1er Octobre 1945.

— M. Swyngedauw, agrégé pérennisé, est nommé professeur sans chaire, à compter du 1er Janvier 1945.

Faculté de Médecine de Lyon. — M. Froment, professeur, MM. Dufourt, Roubier, Savornat, A. Chalier et Dumas, agrégés, sont admis à faire valoir leurs droits à la retraite à dater du 1er Octobre 1945.

Faculté de Médecine de Montpellier. — M. Monnier, agrégé, est pérennisé dans ses fonctions à compter du 1er Janvier 1945.

— M. Gondard, chef de travaux, est renouvelé dans ses fonctions à compter du 1er Octobre 1945 et au plus tard jusqu'à la fin de l'année scolaire 1945-1946.

— M. Desmonts, assistant, est admis à faire valoir ses droits à la retraite à dater du 1er Octobre 1945.

Faculté de Médecine de Nancy. — M. Jon, professeur, M. Zuber, chef de travaux, sont admis à faire valoir leurs droits à la retraite à dater du 1er Octobre 1945.

Faculté de Médecine de Toulouse. — MM. Gorse et Serr, professeurs, sont admis à faire valoir leurs droits à la retraite à dater du 1er Octobre 1945.

— M. Baisset, agrégé, est pérennisé dans ses fonctions à compter du 1er Janvier 1945.

Ecole de Médecine d'Angers. — M. Denechau, directeur, est admis à faire valoir ses droits à la retraite à dater du 1er Octobre 1945.

— M. Boumard, professeur titulaire, est nommé à titre provisoire, à compter du 1er Octobre 1945, directeur de l'Ecole.

Ecole de Médecine de Grenoble. — M. Corneloup, professeur, est admis à faire valoir ses droits à la retraite à dater du 1er Octobre 1945.

Ecole de Médecine de Reims. — M. Quinin, professeur, est admis à faire valoir ses droits à la retraite, à dater du 1er Octobre 1945.

Hôpitaux et Hospices

Hôpital Sainte-Anne. — Clinique des maladies mentales et de l'encéphale. — M. Jean Delay, agrégé, fera le dimanche à 10 h. 30, à partir du dimanche 4 Novembre, une série de leçons sur *les dissolutions de la conscience.* I. La conscience et ses dissolutions. — II. Epilepsie et conscience. — III. Les états crépusculaires hystériques et hystéro-épileptiques. — IV. Les comas. Le coma insulinique. — V. Les léthargies et les stupeurs. — VI. Les narcolepsies et les pycnolepsies. — VII. Les états confusionnels et hyponoïdes. — VIII. Les états oniriques et oniroïdes. — IX. Confusion mentale chronique et schizophrénie. — X. La régulation cérébrale de la conscience.

La ***Consultation des varices*** du Dr Pierre Sicard, précédemment assurée à l'Hôpital de la Cité Universitaire, aura lieu désormais tous les samedis matin à 9 heures, à l'Hôpital Lariboisière (service du Dr Soulié) à dater du 13 Octobre.

Concours et places vacantes

Hôpital Civil de Constantine. — Il est offert aux étudiants en fin de scolarité le poste d'interne du Service de *Neuro-Psychiatrie.* Possibilité de conserver les fonctions pendant 4 années après soutenance de thèse. 1.250 fr. par mois (actuellement) nourri et logé en internat. Ecrire en envoyant références au Directeur.

Sanatorium de Nouvielle-à-Bretagne (Landes). — Un poste de médecin adjoint est actuellement vacant. Les postulants faisant partie du cadre (célibataires seulement) doivent s'adresser au Ministère de la Santé publique, 7, rue de Tilsitt, à Paris.

Hôpital Saint-Joseph. — Deux places de chirurgien sont vacantes dans les services de chirurgie générale (gynécologie) et urologie.

Faire parvenir titres et références à l'Administrateur de l'Hôpital, 7, rue Pierre-Larousse, Paris-14e, avant le 15 Novembre 1945.

Hôpital civil de Mustapha à Alger et Hôpital psychiatrique de Blida. — Un concours sur titres sera ouvert à Alger le 20 Décembre 1945, pour le recrutement *d'un médecin chef de service de psychiatrie à l'Hôpital civil de Mustapha* et de *trois médecins chefs de service de psychiatrie à Blida.* La liste des candidats sera close le 24 Novembre 1945. Pour tous renseignements s'adresser à l'Inspection départementale d'Hygiène, 8, rue Monge, à Alger.

Centre de Phtisiologie de l'Hôpital d'Eaubonne (S.-et-O.). — Un poste de *Médecin chef* va se trouver très prochainement vacant. S'adresser à la Direction Régionale de la Santé et de l'Assistance, 1, avenue Victoria, Paris-4e.

Médecins des dispensaires antituberculeux. — Un concours sur titres sera ouvert dans le courant du mois de Novembre dans le département de la Haute-Marne. Se faire inscrire à la Préfecture de la Haute-Marne (Inspection de la Santé, 17, rue Toupot, à Chaumont).

Médecin-résidant à la Maison maternelle nationale de Saint-Maurice. — Un concours sur titres et sur épreuves aura lieu le 12 Novembre 1945.

Les candidatures devront être adressées avant le 20 Octobre 1945 au ministère de la Santé publique (direction du personnel, 2e bureau, 1re section), 7, rue de Tilsitt, Paris (17e).

Nouvelles diverses

Hygiène scolaire et universitaire. — M. D. Douady, ancien interne des Hôpitaux de Paris, est nommé directeur de l'Hygiène scolaire et universitaire à compter du 1er Janvier 1945.

M. le docteur P. Favreau, professeur agrégé au Lycée Louis-le-Grand, détaché par le Ministre de l'Education nationale au cabinet du Commissaire de la République, Préfet de police de la Seine, est nommé, à titre provisoire, *inspecteur général* de l'Hygiène scolaire et universitaire à compter du 1er Octobre 1945.

— M. St. Bidot, ancien interne des Hôpitaux de Paris, est chargé d'une mission d'organisation et de contrôle général du *dépistage de la tuberculose* dans les établissements d'enseignement du second degré de l'Académie de Paris pour une durée d'un an.

— M. R. Lacoudre, médecin adjoint de la Cité Universitaire de Paris, est chargé d'une mission d'information en vue de l'organisation de nouveaux établissements de cure destinés à la population universitaire et situés soit en territoire français, soit dans la zone française d'occupation en Allemagne.

— M. Oudon, médecin inspecteur de la Santé hors classe, est délégué à titre provisoire dans les fonctions de *médecin inspecteur de l'hygiène scolaire et universitaire* pour l'Académie de Besançon à compter du 1er Septembre 1945.

École du Service de Santé militaire de Lyon. — Le *J. O.* du 5 Octobre 1945 publie la liste des candidats admis à l'Ecole du Service de Santé militaire en 1945.

Commission supérieure de surveillance et de contrôle des soins gratuits. — M. Billiet, chef du service des expertises médicales, est désigné pour faire partie de la Commission pendant l'année 1945, comme représentant du secrétaire général aux anciens combattants, en qualité de membre suppléant, en remplacement de M. Schneider décédé.

Un ***Cours de Service social antivénérien*** organisé par la *Ligue Nationale Française contre le Péril Vénérien* pour les infirmières et les assistantes sociales et les personnes s'intéressant à la lutte contre les maladies vénériennes, aura lieu du 5 au 10 Novembre 1945, à l'Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris-14e et à la Clinique Baudelocque.

Inscription (50 fr.) à la *Ligue Nationale Française contre le Péril Vénérien*, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (14e).

Les ***Cours de l'Ecole Centrale de Puériculture*** sont donnés au siège social du Comité National de l'Enfance 51, avenue Victor-Emmanuel-III, Paris.

L'enseignement comprend : *a*) un cours élémentaire *b*) un cours supérieur et des cours par correspondance.

Cet enseignement est complété : 1° par des stages dan

des consultations de nourrissons et des crèches ou pouponnières d'Œuvres ou d'Hôpitaux ; 2° par des démonstrations de travaux pratiques ; 3° par des interrogations et des projections filmées.

Cours de gymnastique corrective. — Ce cours organisé sur l'initiative de la Ligue française d'Education physique par l'Ecole française de Gymnastique corrective dirigée par le docteur Henri BALLAND, sera ouvert en Novembre 1945 aux Médecins, aux Professeurs et Moniteurs d'Education physique et aux masseurs médicaux désireux d'apprendre la technique corrective ou de se perfectionner. Il sera réparti sur toute l'année scolaire à raison d'un soir par semaine.

Pour tous renseignements s'adresser au secrétariat du Comité d'Ile de France de la Ligue Française d'Education Physique, 8, rue du Puits-de-l'Ermite, Paris-5e (Nombre d'élèves limité à 35).

Nos Échos

Naissances.

— Jean-Claude CONNARDINI a la grande joie d'annoncer la naissance de ses deux petites sœurs *Marie-Noëlle* et *Francine* (Docteur CONNARDINI, Jonf, 26 Août 1945).

— Françoise VILLATTE est heureuse de faire part de la naissance de sa petite sœur *Hélène* (Docteurs Paule et Daniel VILLATTE, 104, avenue Maignan, Toulouse).

— Françoise et Anne-Marie SOULIGNAC ont la joie d'annoncer la naissance de leur petit frère *Patrick* (Fécamp, 21 Septembre 1945).

— Bernard, Hélène, Denise, Sabine, François, Colette PUTHOD ont la joie d'annoncer la naissance de leur sœur *Joëlle* (docteur A. PUTHOD, Briançon, 9 Septembre 1945).

— Le docteur Jean BARDINON et Madame, née JAUOUILLE, sont heureux d'annoncer la naissance de leur fils *François* (Felletin, Creuse, 9 Août 1945).

— Dominique et Corinne METRAS ont la joie d'annoncer la naissance de leur sœur *Marie-Stéphane* (docteur Henri METRAS et Madame, Marseille).

— François-Xavier, Isabelle, Claude ASSO, ont la joie de faire part de la naissance de leur frère *Bernard* (docteur ASSO et Madame, La Trinité-Victor, Alpes-Maritimes).

— On annonce la naissance de Benoît MONSAINGEON, troisième fils du docteur MONSAINGEON et de Madame, née Cuny (12 Septembre 1945, 11, Cité Vaneau, Paris).

— Jean-Louis, Claudine et Pierre LE PICARD sont heureux d'annoncer la naissance de leur petite sœur *Marie-Christine* (Docteur J. LE PICARD, Guingamp, 28 Août 1945).

— Le docteur et Madame François JOMIER sont heureux d'annoncer la naissance de leur fille *Roseline* (15, rue Victor-Cousin (Ve), 26 Juillet 1945).

— Le docteur et Madame Jean THOMAS sont heureux de faire part de la naissance de leur fils *Jean-Claude* (Mailly-le-Camp, Aube, 28 Août 1945).

— Le docteur et Madame RINGENBACH sont heureux de faire part de la naissance de leur fils *Georges* (Bordeaux, 22 Septembre 1945).

— Colette BARUCH à la joie d'annoncer la naissance de sa petite sœur *Martine* (de la part de M. Louis BARUCH et de Madame le docteur BARUCH-HAGUENAUER, 18, rue Terme, Lyon, le 23 Septembre 1945).

— Le docteur et Madame MUTRICY sont heureux d'annoncer la naissance de leur cinquième fils *Gérard* (Alençon, 15 Septembre 1945).

Mariages.

— Nous apprenons le mariage du docteur P. DUPONT ophtalmologiste et O.-R.-L. à Saint-Pourçain-sur-Sioul (Allier) avec Mademoiselle Christine DE SIMOUY (Ferrières-sur-Sichon, Allier, 25 Septembre 1945).

— On annonce le mariage du docteur Claude PRESSAT avec Mademoiselle le docteur Hélène DE LOFSCHNIG (Paris, le 2 Octobre 1945).

— Le docteur et Madame Louis BAILLET ont l'honneur de faire part du mariage de leur fille *Monique*, avec le docteur Jean REYNAUD, Interne des Hôpitaux de Paris aux Armées, fils du docteur M. REYNAUD (Nîmes, 14 Septembre 1945).

— On annonce le mariage du docteur Michel KLEIN Interne des Hôpitaux de Paris, avec Mademoiselle Marguerite CONNEN (Paris, 30 Juillet 1945).

Decès.

— On annonce le décès subit du docteur G. DELPECH survenu le 29 Août 1945, à l'âge de 29 ans (le Pré-Saint-Gervais, Seine).

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

Les petites Annonces dans LA PRESSE MÉDICALE *sont acceptées sous réserve d'un contrôle extrêmement sérieux. Aucune annonce commerciale n'est acceptée.*

Prix : 20 fr. la ligne (15 fr. pour les abonnés).

Le Docteur René-A. Gutmann, de Paris, Médecin de l'Hôpital Laennec, Chef de la Consultation de Gastro-Entérologie de la Salpêtrière, tient à informer ses confrères, et particulièrement ceux de la région de Toulouse, qu'il n'a résidé pendant la guerre et l'occupation qu'à Paris et près d'Avignon. Il décline toute responsabilité quant aux actes qui auraient pu être faits ailleurs sous ses nom et titres.

Chirurgien, 5 années pratique, ayant capitaux ch. association, succession ou remplacem. Ecr. *P. M.*, n° 22.

Jne médecin AEHP, gde prat. client., démob. Octobre, ch. poste méd. rég. parisienne Ecr. *P. M.*, n° 48.

Eure : 80 km. Paris : à céder excellent poste propharmacie, maison tout confort ; voiture et moto bon état. Cause départ. Prix intéressant. Ecr. *P. M.*, n° 109.

Infirmière anesthésiste ch. poste dans clinique Paris ou province Ecr. *P. M.*, n° 133.

Poste à céder, ch.-l. de c. région Sud-Est, 11 km. de ville. Très intéressant Ecr. *P. M.*, n° 112.

Médecin électro-radiologiste ch. France ou Afrique du Nord : collaboration, ou suite de cabinet, ou matériel complet électro-radiologie. Ecr. *P. M.*, n° 152.

Médecin surchargé ch. assistant intelligent, bonne présentation, pour l'aider ds cabinet spécialité, préfecture Centre-Ouest Ecr. *P. M.*, n° 155.

Vis. méd. introd. pharm. S.-O s'adj. prod. confrat. Ecr. *P. M.*, n° 157.

Jne chirurgien, au cour. égalem. électro.-radiol. ch. associat., assistance ou remplacem. Ecr. *P. M.*, n° 158.

Médecin 40 a., A.E.H.P., expér. clientèle ch. assistance ou remplacement médec. génér. Paris ou banl. immédiate. Serait intéressé succession possible. Ecr. *P. M.*, n° 166

Céderais grosse clientèle campagne, région Montbrison Loire, avec RX-t.V, diathermie, moto. Ecr. *P. M.*, n° 182.

Région Bayonne-Biarritz, très belle pharmacie. Gros chiffre d'affaires, à céder cause départ. Ecr. : A. Veillon, Biarritz

Piano droit à vendre d'occasion : Gaveau 1895, palissandre, mécanique tr. bon état. Ecr. *P. M.*, n° 189

27 km. Paris, proxim. forêt, à vendre belle propriét. conv. pr maison repos. convalescence, comprenant : 1° un immeuble principal av. vastes dépendances ; 2° un pavillon ; 3° jard. 35 ares. Ecr pr détails : *P. M.*, n° 191.

A vendre, à Salies-de-Béarn (Bses-Pyrénées), Hôtel 60 ch., av. parc 2 hectares, à 200 *m.* des Thermes salins. Conv. pour utilisation médico-sociale (enfants, osseux, maison santé). Me Claverie, notaire, Sauveterre (Basses-Pyrénées).

Cherche clientèle de méd. génér. Paris ou banlieue. Dr Fisher, 15, rue de la Vistule, Paris-13e.

Pour visites médicales dans toute la France, recherchons médecin ou pharmacien, très actif, présentation impeccable. Envoyer *curriculum vitæ*, références et prétentions *P. M.*, n° 208

Situation d'avenir offerte à pharmacien de 25 à 30 ans, intellig. et tr. travaill ; médiocre s'abst. Désirons égalem. collaborat. médecins et ingénieurs-chimistes même âge. Env. *curriculum vitæ* à *P. M.*, n° 212.

Etud. médec. 16 inscript., dev. interrompre études pr quest on pécuniaire, ch. à Paris pl. de secrétaire médical, anesthésiste, piqûres ou autres. Ecr *P. M.*, n° 213.

Visiteur médical, anc. prisonnier, tr. introduit auprès médecins Paris ay. déjà un Labo important, ch. s'adjoindre second Labo Ecr. *P. M.*, n° 219.

Etud. médec. 16 inscript., dev. interrompre études, ch. emploi dans laboratoire, visites médic. ou autres à Paris. Ecr *P. M.*, n° 220.

Représentant visitant dep. longtemps Gironde, Landes, Htes et Basses-Pyrénées, dem. cartes bons Laborat. Delolie, rue des Ecoles, Dax (Landes).

Jne médecin, anc. ext. hôp., ex-assist. sana., dipl. phtysio. et cardio. Bien au cour. client., fer rempl. ou assister. contr surch., trav. Paris ou banl. paris. Ecr. *P. M.* n° 231

Achèterais appareil radiographie. Ecr. *P. M.*, n° 236.

Médecin-Pharmacien, lic. ès sciences, anc. int. Lauréat des Hôp. de Paris, ch. situat. stable et d'avenir ds industr. pharmaceut. ou Labo biolog. Ecr. *P. M.*, n° 237.

Visiteur médical reprenant sa tournée de Bretagne, ch. pr Octobre prod. sérieux à présenter Dr et pharmac. Ouest Ecr. *P. M.*, n° 243.

Infirmière dipl. d'Etat ch. situat. à la montagne, dans mais. d'enfants ou prévent., désirerait outre soins médicaux participer à l'éducation. Mlle Girardot-Monod, 10, rue Ernest-Cresson, Paris-14e.

Jne médecin démobilisé ch. remplacem. ou place assistant à Paris ou région parisienne. Ecr. *P. M.*, n° 254.

Demande pr tenir petit appartement médical personne sérieuse, couchant sur place, préf. infirmière retraitée. Ecr. : Léger, 28, rue de Saussure, Paris.

Jne femme, Vve, dem. situat. sous-direct. ou direct. clin., prévent., compt., dactylog., référ. sér. Ecr. *P. M.*, n° 256.

Dr cert. âge, tr. act., libre sauf 2/4, ch. empl. clin., dispens., etc., assister. confr., conn. homéop. Ecr. *P. M.*, n° 257.

Urgent : démob. après 2 campagnes, 42 ans, gr. exp. méd. gén. ch. collab. Médec. surchargé Paris, banl. ou place clinique. Achèter petite client. banl. Ecr. *P. M.*, n° 258.

Infirmière diplômée d'Etat cherche emploi dans cabinet docteur Ecr. *P. M.*, n° 259.

Dr obligé quitter Paris cède cabinet installation complète radiographie ; appart. 5 p., cuis., s. b. Ecr. *P. M.*, n° 260.

Jne fille possédant baccal., connaiss. sténo-dactylo, commerce, comptabilité, cherche emploi pour après-midi Paris. Ecr. *P. M.*, n° 261.

Electro-radiol., certificat Paris, prat. client., ch. associat., assistanat ou poste ds clin., préf. Paris ou banl. Ecr. *P. M.*, n° 262.

Sténo-dact. secrét. scient., ch. empl. Labo préf. Ecr. *P. M.*, n° 263.

Jne fille, dipl. Ecole Scientia, ay. déjà travaillé 2 ans, ch. situat. ds Labo médical Paris ou province. Conditions à debattre. Mlle Duval, Beard (Nièvre).

Visiteuse médicale, références, cherche 2e Labo pour Paris. Ecr. *P. M.*, n° 265.

Jne médecin Fac. Méd. Paris, désire reprendre cabinet en banlieue ou gde banl. parisien. ou bien faire remplacement en vue succession. Ecr. *P. M.*, n° 266.

Chirurgien, chirurgie génér. et rayons X demande chirurgien assistant déjà au courant. Poste très intéressant en clinique personnelle Ecr. *P. M.*, n° 267.

A céder urgence, cause éducation enf., cabinet médic. existant dep. 40 a. pet. ville Centre. ou rapport. Fixe et avant. mater. intéress (chauffage, etc.). Ecr. *P. M.*, n° 268.

J. f. 23 ans, secrét. sténo-dact., bachel. connaiss allem. et angl., réf. sér., ch. pl. secr. méd. Ecr. *P. M.*, n° 269.

Gros poste rural à céder d'urg. avec voiture, région lyonnaise, maison tt confort. Seul médecin, secteur important, facilités de paiement. Ecr. *P. M.*, n° 270.

Recherchons visiteurs médicaux pour Nord, Ouest et Est, présent. déjà 1 ou 2 spécialités ou exclusifs et pouv. visiter pharmac. Ecr : Mlle Butin, 4, rue Alfred-Laurent, Boulogne-sur-Seine. Visa Direction Main-d'Œuvre n° 9803.

App. Vaquez série comp. Béniqué oxyg. Bayeux, bistouris, etc., à vendre cause spécial. Ecr. *P. M.*, n° 272.

Médecin Paris offre 2 pièces Centre pour recevoir 1 jour par semaine. Ecr *P. M.*, n° 273.

Jne médecin, disposant voiture, cherche remplacement Paris ou banlieue. Ecr. *P. M.*, n° 274.

O. R. L. interne 2e année cherche assistance Paris, banlieue. Ecr *P. M.*, n° 275.

Clinix C.G.R. poste basculant complet, excellent état de marche avec accessoires, à vendre, région Sud-Ouest. Ecr. *P. M.*, n° 276.

A vendre squelette excellent état avec os séparés du crâne. Dr Lacroix, 34, rue de l'Echiquier, Paris-10e.

Jne pharmacienne tr. au cour. Labo, dem. sit. Labo dans sana montagne. Ecr. *P. M.*, n° 278.

A échanger vélomoteur état neuf (3 pneus) contre 3 pneus 150×40 ou 4 pneus 175×16 Ecr. Dr Bonnet, Janville (E.-et-L.).

Visiteuse médicale cherche Labo, capable et sérieuse Ecr. *P. M.*, n° 280.

Mallette chirurgicale comprenant tout ce qui est nécessaire pour urgences opératoires, état neuf. S'adresser : Mlle Vigneron, 5, rue de l'Avre, Paris.

A vendre loupe binoculaire Nachet, 3 paires d'objectifs et d'oculaires Ecr. *P. M.*, n° 281.

Visiteur médical, références 1er ordre, très introduit médecins Paris et hôpitaux rech. Labo pour Paris. Ecr. *P. M.*, n° 285.

Recherche : Exploration radiologique de l'Appareil Respiratoire par E. Sergent, dernière édition. Ecr. *P. M.*, n° 286.

A vendre : Table d'examen position Trendelenburg, robuste, bon état. Téléphone : ETOile 27-20.

Aide médico-sociale, dactylo, désir. empl. secrétaire ch. Dr ou établissem. hospital. rég. Paris. Ecr. *P. M.*, n° 288.

Céderais ou échangerais gros poste médical, région Est, clientèle ouvrière et paysanne, 3.000 hab., seul médecin, fixe important, contre clientèle même valeur ville région parisienne, Ouest, Sud-Ouest. Ecr. *P. M.*, n° 289.

Dame, 45 ans, cherche par suite changement situation secrétariat médecin Paris, dactylo, diplôme infirmière secouriste. Ecr. *P. M.*, n° 290.

Jne médecin rempl. contr. méd. génér., phtisio. Ecr. *P. M.*, n° 291.

Infirmière diplômée, 31 ans, 10 ans de pratique, bonne anesthésiste, demande place dans clinique Paris ou banlieue, préférence salle d'opération. Ecr. *P. M.*, n° 292.

Interne des Hôpit. de Paris, Dr en médecine, au cour. hématologie, bactériologie, ch. empl. pr après-midi, Labo ou assist. médic Ecr. *P. M.*, n° 293.

Une secrétaire médicale (25 à 35 ans) est demandée pour réception clientèle Laboratoire d'Analyses médicales. Références exigées. Ecr. *P. M.*, n° 294.

Laborantine sérologiste-bactériologiste est demandée pour Laboratoire d'Analyses médicales. Références exigées. Ecr. *P. M.*, n° 295.

Grand microscope de bactériologie à vendre : oc. 8, obj. 3, 7, 1/12, platine ronde mobile, condensateur. Ecr. *P. M.*, n° 296.

Jne doct. en méd., ex int. hôpit. cherche remplacement longue durée, ou collaboration, ou aide-chirurg. clinique. Ecr. *P. M.*, n° 297.

A vendre, cause double emploi, un poste Philips 52 A. nouveau modèle, avec garantie. Ecr. *P. M.*, n° 298.

Dr ou doctoresse, 30 à 40 ans, médecin résidant célibataire préférence, est demandé pour Préventorium femmes région Touraine. Ecr. *P. M.*, n° 299.

Important Laboratoire parisien cherche pharmaciens libres tous engagements, pour visites médicales province. Situation stable, conditions intéressantes. Envoyer *curriculum vitæ* à *P. M.*, n° 300, qui transmettra

Un poste d'Assistante Sociale Chef est créé à l'Inspection de la Santé de l'Isère. Prière de déposer les candidatures au plus tôt à l'Inspection de la Santé, 1, pl. Bir-Hakeim, Grenoble.

Sanatorium d'altitude demande d'urgence interne. Ecr. *P. M.*, n° 302

Serions acheteur bascule médicale à ruban. Ecr. : Philippe, 49, r. Fg-Poissonnière ou téléphoner PRO 62-80.

Chirurgien cherche poste assistant ou clientèle chirurgicale. Ecr *P. M.*, n° 304.

Important Laboratoire recherche en exclusivité visiteurs médicaux expérimentés, excell. référ., très bonne présentation, pour Paris, Nord, Ouest, Centre et Est Ecr. av. *curriculum vitæ* très détaillé. S.P.M.O., 9, rue Gravey, Courbevoie.

AVIS — Prière de joindre aux réponses un timbre de 2 francs pour transmission des lettres.

Le gérant : F. THOMAS.

Imprimé par l'Ancne Imprimerie de la Cour d'Appel, 1, rue Cassette, à Paris (France).

TRAVAUX ORIGINAUX

CONDUITE A TENIR DEVANT UNE EMBOLIE ARTÉRIELLE

PARTIE D'UN ANÉVRYSME DES MEMBRES : EMBOLECTOMIE, ARTÉRIECTOMIE OU ANÉVRYSMORRAPHIE ?

UN CAS AVEC ANÉVRYSMORRAPHIE

Par **René LERICHE**

(Paris)

Chacun sait qu'une embolie artérielle peut se faire à partir d'un sac anévrysmal. En réalité, l'éventualié en est rare. Dans les statistiques d'opérations pour embolie les observations s'en comptent. Pour ma part je n'en avais jamais vu lorsque, le 23 janvier 1945, un malade me fut adressé par M. Bonvoisin, chirurgien de l'Hôpital d'Elbeuf, avec le récit suivant que je reproduis sans y rien changer :

« Le 27 Décembre dernier, M. B..., âgé de 49 ans, a été pris brusquement, en tournant la manivelle d'une auto, d'une forte douleur au niveau du pli du coude droit avec irradiations dans l'avant-bras et dans le bras. En même temps, la main devint toute blanche et douloureuse. Je ne le vis que quarante-huit heures après, parce qu'il souffrait de brûlures et que ses mouvements étaient gênés. La main et les doigts étaient très pâles. — « J'ai de plus, me dit-il, un ganglion dans l'aisselle depuis quinze, vingt ou vingt-cinq ans. Je ne puis en préciser la date d'apparition ». — Ce ganglion, à la face interne du bras, était un anévrysme sacciforme de l'artère humérale, près de l'aisselle. A l'humérale, on sentait le pouls jusqu'au pli du coude, mais on n'en trouvait ni à la radiale ni à la cubitale. La tension artérielle prise à l'humérale était de 14/7. Au poignet, il n'y avait aucune oscillation. A gauche, les oscillations étaient assez faibles, mais nettes.

Il était, certes, trop tard pour une embolectomie. Il me parut qu'avant toute intervention, il fallait favoriser le retour de la circulation par d'acécoline-papavérine. Il y eut une amélioration très marquée de la circulation de la main et une atténuation des douleurs.

J'ai proposé une artériectomie de la fourche radio-cubitale où je pense que l'embolus était arrêté ; mais j'ai dû mettre le malade au courant de la gravité de la situation et des dangers qu'elle comporte. C'est pourquoi je vous l'envoie. »

J'examinai cet homme et fis les mêmes constatations que M. Bonvoisin.

Dans la verticale, la main devenait livide. Elle était plus froide que l'autre. Les mouvements éveillaient de la douleur, mais il n'y avait aucun trouble trophique. Tous les mouvements de la main étaient possibles, mais un peu lents. Je notai l'absence du pouls périphérique jusqu'au pli du coude, l'existence du pouls huméral, la présence d'un anévrysme battant et soufflant à la limite de l'aisselle et du bras, gros comme un petit œuf.

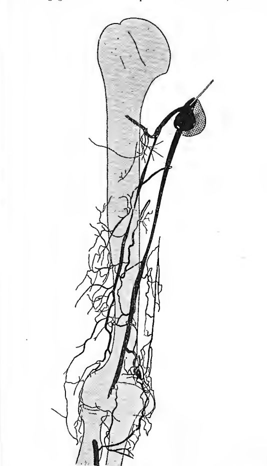
Que fallait-il faire ?

Fallait-il aller sur l'oblitération embolique et la réséquer, ou sur l'anévrysme pour le supprimer ?

L'insuffisance circulatoire était évidente, mais il n'était pas certain que l'artériectomie de la fourche la modifierait de façon appréciable. La résection de la zone de bifurcation d'un gros tronc comporte toujours une inconnue. L'incision de découverte, le dégagement de l'artère peuvent détruire des collatérales utiles et aggraver la situation. Au niveau du pli du coude, quand la voie principale est supprimée, une circulation suffisante n'est assurée pour la main que si les deux récurrentes, la radiale et la cubitale, peuvent ramener le sang dans les voies principales. Elles devaient être intactes dans le cas particulier puisqu'il n'y avait ni gangrène ni troubles trophiques. Mais, on pouvait craindre, en opérant sur place, de les traumatiser à leur origine. Par ailleurs, une intervention sur l'embolus, laissant intact l'anévrysme, ne supprimerait pas le risque d'une nouvelle embolie et surtout le danger d'une thrombose extensive dans l'humérale à partir du sac.

Il me sembla préférable d'aller droit à l'anévrysme. On pouvait espérer que l'action vaso-dilatatrice de l'anévrysmorraphie ou de l'artériectomie améliorerait la situation circulatoire de la main.

Le 30 Janvier 1945, à 6 heures du soir, sous anesthésie locale, aidé par J. Kunlin, je découvris le sac. Sur lui passait une grosse veine dont la moitié supérieure avait un calibre de beaucoup supérieur à celui de la partie inférieure. Je ne saurais dire s'il s'agissait de la dilatation de l'une ou du spasme de l'autre. De part et d'autre de la veine se voyaient le médian et le cubital. Ils furent dégagés et réclinés. Après section d'une veine transversale, le bout supérieur du sac et l'artère afférente furent dégagés. Un fil fut passé sous l'artère, et l'on



On voit l'aiguille d'injection mise juste au-dessus du sac. La partie ombrée indique le volume réel du sac et montre ce qui n'a pas été atteint par la substance de contraste.

A noter le spasme de la partie moyenne de l'artère ainsi que de ses diverses collatérales. L'arrêt à la partie inférieure de l'artère indique le siège de l'embole.

fit une injection de thorotrast à la seringue. Le cliché montra un tout petit sac, bien moins volumineux que ce à quoi on s'attendait et ce que les constatations opératoires allaient expliquer. Le sac, en effet, était aux trois quarts rempli de caillots anciens. L'humérale profonde apparut spasmée dans sa partie moyenne. Il y avait un arrêt de la substance de contraste sur l'humérale au pli du coude. Je mis un clamp sur l'artère efférente, et un sur l'afférente, et le sac fut ouvert. Il renfermait un bloc de caillots fibrino-cruoriques denses qui fut enlevé. Du sang jicla à la limite supérieure de l'incision du sac malgré les clamps. Il venait certainement d'une collatérale, puisque l'occlusion de l'artère au-dessus du sac était complète. En éversant les bords, j'arrivais à voir à l'intérieur du sac un orifice d'un quart de centimètre, situé juste à côté du joint d'arrivée de l'humérale. Il n'y avait guère plus de 2 mm. entre eux. Une suture endosacculaire à la soie ferma cet orifice. Puis j'essayai de reconstituer l'artère sur un tube de caoutchouc n° 12 comme tuteur. Mais ce tube n'arriva pas à passer dans le bout efférent. J'avais l'impression de refouler quelque chose avec la sonde. Effectivement il y avait, dans l'artère, un caillot fibrineux de 2 cm. qui fut enlevé bien qu'adhérent. Etant donné le dépoli endothélial, la reconstitution de l'artère me parut vouée à l'échec et je me décidai à fermer par voie endosacculaire l'orifice supérieur et l'orifice inférieur de l'humérale. Ceci fut fait au fil de lin. Je clivai ensuite un bloc de fibrine blanchâtre qui était comme un moule du bloc de caillots déjà retiré et un moule du sac. Celui-ci était très mince. Je le laissai en place. Rien ne saignait. Je fermais sur un petit drain.

Aussitôt l'opération terminée, le malade me dit que sa main était insensible, qu'il ne pouvait remuer que les trois derniers doigts. Il ne pouvait pas bouger l'avant-bras. La main était froide, mais colorée, et le mouvement de flexion des phalanges se faisait bien au commandement. Je fis immédiatement une infiltration stellaire. Moins d'un quart d'heure après, tous les mouvements étaient revenus et la main était chaude. Le lendemain, à 9 heures, donc treize heures après l'intervention, tous les mouvements se faisaient bien. Le malade avait dormi et n'avait pas souffert. Je le trouvai assis, lisant le journal. Sa main était très chaude, beaucoup plus chaude qu'avant, et bien plus que l'autre.

Les suites furent simples. Il fut fait trois infiltrations stellaires dans les jours qui suivirent l'opération. Puis, il me parut inutile de continuer, la main demeurant plus chaude que l'autre et indolore. Quand le malade quitta la Maison de Santé, au huitième jour, la force de la main était satisfaisante. Mais quand on l'élevait dans la verticale, elle blanchissait toujours.

Le 7 Avril, donc trois mois plus tard, je revis le malade satisfait, ayant retrouvé sa force sauf dans l'effort répété. Il me raconta par exemple qu'il ne pouvait bêcher son jardin. Après le 12e coup de pelle, sa main était trop fatiguée pour lui permettre de continuer.

A part cela, il a l'impression d'être amélioré au point de vue circulatoire. Cependant, dans la verticale, la main blanchit toujours. Il n'a aucune douleur.

Le 30 Juin, le Dr Bouvoisin me dit que l'opéré va très bien, que sa main ne blanchit presque plus, que la force augmente et que la gêne se réduit de plus en plus. Evidemment il n'y a pas de pouls, mais l'amélioration circulatoire est régulière. La question ne se pose plus d'une intervention au siège de l'embolie.

Il me semble que cette observation peut servir à fixer la conduite à tenir dans le cas d'embolie d'origine anévrysmale.

Certes, si le malade est vu dans les toutes premières heures, on doit faire une embolectomie, complétée par des infiltrations sympathiques. Et si la condition du malade est bonne, on peut dans la même séance agir directement sur l'anévrysme pour prévenir la récidive de l'embolie et la thrombose extensive.

Mais quand les premiers moments sont passés, comme dans mon cas, quand au bout d'un jour ou deux, il n'y a aucune menace de gangrène, je crois qu'il vaut mieux aller sur l'anévrysme et en faire la cure, en s'efforçant à une opération conservatrice, anévrysmorraphie oblitérante ou reconstructrice. L'artériectomie ne doit être qu'un pis aller d'ailleurs acceptable.

Le traitement de l'embolie, par résection du segment embolisé doit être réservé pour un second temps qui peut n'être plus nécessaire : mon observation le prouve.

En cas de gangrène localisée, il me semble, en me basant sur ce que j'ai vu dans les anévrysmes oblitérés avec gangrène [1] que tout sacrifice doit être précédé d'une opération sur l'anévrysme qui peut limiter les dégâts et, de toute façon, favorisera la circulation des lambeaux.

---

1. J'ai développé ce sujet dans mon cours du Collège de France dans l'hiver 1944 sur les maladies artérielles de la thrombose.

KYSTES PULMONAIRES MULTIPLES A FORME HÉMOPTOIQUE

LOBECTOMIE — GUÉRISON

PAR MM.

P. SANTY, M. LEVRAT et M. BÉRARD

(Lyon)

Si l'existence d'hémoptysies est relativement banale en cours d'évolution des kystes aériens du poumon, il est rare que ces hémoptysies prennent un caractère d'importance telle qu'elles conduisent à une sanction chirurgicale presque d'urgence. Tel fut cependant le cas pour le malade dont nous rapportons l'observation.

Cet adulte, âgé de 31 ans, a depuis son enfance présenté des bronchites répétées, avec expectoration abondante. Il ne fut jamais soumis à aucune thérapeutique particulière pour ce syndrome de suppuration bronchique. Depuis l'âge de 23 ans, c'est-à-dire depuis huit ans, sont apparues des hémoptysies. Ces hémoptysies ont un caractère très particulier. Elles surviennent brusquement, sans être précédées, semble-t-il, d'une recrudescence des phénomènes de suppuration pulmonaire. Abondantes — 200 cm^3 environ de sang — ces hémoragies se répètent à intervalles réguliers, tous les six mois environ. Leur importance est suffisante pour motiver l'hospitalisation du malade en 1935, 1937, 1938, 1940 et enfin 1943.

En 1937, est pratiquée une alcoolisation du phrénique droit. Cette intervention n'a aucune influence sur les hémorragies.

Lorsqu'en 1943 ce malade entre dans le service de l'un de nous, toujours en raison de ses hémoptysies, on est frappé par un certain degré d'amaigrissement et une expectoration de 100 à 150 cm^3 par jour. Cette expectoration est essentiellement spumeuse, très peu purulente, parfois striée de sang. La position déclive favorise nettement son évacuation.

Des examens répétés des crachats montrent l'absence de B. K.

Tant les radiographies simples que lipiodolées montrent l'existence de cavités kystiques localisées dans la partie antéro-inférieure de l'hémithorax droit. Les tomographies de face et de profil indiquent très nettement que ces kystes, dont le volume atteint celui d'une petite prune, siègent électivement dans le lobe moyen. Mais le lobe inférieur n'est pas indemne. Il est possible d'y individualiser au moins deux kystes assez volumineux. Sur la radiographie sans préparation, ces kystes apparaissent comme des kystes aériens sans niveau liquide. La bronchographie montre que le lipiodol y pénètre facilement.

Une bronchoscopie est pratiquée, qui montre l'existence de sécrétions abondantes à droite. L'émission de mucosités est particulièrement abondante au niveau de l'orifice des bronches lobaires droite, inférieure et moyenne. Aucune néoformation endobronchique.

En raison du caractère récidivant et inquiétant de ces hémorragies — la dernière hémoptysie ayant nettement anémié ce malade —, le traitement chirurgical est décidé.

Etant donné le caractère infecté de ces kystes — quoi qu'elle soit peu suppurée, l'expectoration atteint 150 cm^3 par jour —, une préparation assez prolongée doit être instituée, avec postural drainage et cures espacées de sulfamides. Ce malade, très docile, et qui arrive à se maintenir régulièrement plusieurs heures par jour en cure déclive, devra néanmoins être traité médicalement durant six mois, avant que la réduction du taux de l'expectoration permette d'intervenir en toute sécurité. Avant la lobectomie, un nouveau lipiodol est pratiqué, qui assure l'intégrité absolue du poumon gauche.

L'intervention est pratiquée le 23 Mai 1944, sous anesthésie locale. Quatre jours avant l'intervention, sans difficulté, un pneumothorax droit a été créé.

Après thoracotomie large dans le 7e espace, on découvre un pneumothorax incomplet, avec adhérences intimes du lobe inférieur dans la région du sinus costo-diaphragmatique. La libération de ce lobe est très longue et difficile. Au cours de cette libération, on blesse le lobe malade, dont le parenchyme est très aéré : presque immédiatement après, le malade présente un malaise avec légère cyanose, perte de connaissance, baisse de tension artérielle. On arrête alors le décollement ; position déclive : bientôt, les choses s'arrangent, mais le malade met un certain temps à reprendre conscience. Le lobe inférieur est alors isolé. On est obligé de laisser son extrême pointe adhérente, très haut dans le thorax. Hémostase au tourniquet et amputation du lobe. Ligature pédiculaire au catgut.

On s'attaque ensuite au lobe moyen, dans l'épaisseur duquel on découvre très facilement les cavités kystiques sous tension. La scissure est très adhérente : on a beaucoup de peine à la libérer. La pointe du lobe tient aux franges péricardiques. Après libération du lobe, mise en place du tourniquet et hémostase du pédicule au catgut.

Les deux moignons pédiculaires sont réunis l'un à l'autre par un catgut ; ils sont coiffés du drain tulipe d'Aubert, qui permettra d'isoler le pédicule de la grande plèvre. On place enfin un drain de Monod pleural et l'on ferme le thorax.

L'examen de la pièce montre dans le lobe inférieur un certain nombre de kystes, les uns centraux, d'autres périphériques, de la taille d'une grosse cerise dans l'ensemble. Autour de ces kystes, le parenchyme pulmonaire semble sain. L'exploration des bronches montre que certaines d'entre elles se terminent en une sorte de cul-de-sac, en doigt de gant.

Le lobe moyen est entièrement occupé par trois grands kystes, qui ne laissent à peu près plus de parenchyme indemne. La cavité de ces kystes présente un certain nombre de cordages, avec l'aspect classique de ventricule.

Histologiquement, l'examen de la paroi d'un de ces kystes montre en surface un vague revêtement épithélial discontinu, d'aspect prismatique, soutenu par un tissu conjonctif lâche, fortement infiltré par des lymphocytes et des plasmocytes. Ce tissu se raccorde à une nappe cellulo-graisseuse, richement vascularisée et qui repose sur une bande de tissu fibreux située tout à fait à l'extérieur. Vascularisation abondante de la zone sous-épithéliale, l'infiltration lympho-plasmocytaire paraît spécialement condensée autour des vaisseaux.

Des fragments de paroi bronchique ont été examinés également. Sont décelées à leur niveau des lésions, surtout marquées de l'étage musculaire : celui-ci apparaît dissocié par de l'œdème interstitiel et de la sclérose, en même temps qu'infiltré par diverses cellules réactionnelles.

Les suites de l'intervention ont été sans histoire. Le siphonnage et l'aspiration immédiate de la plèvre ont permis la réexpansion rapide du lobe supérieur, qui au quinzième jour a comblé l'hémithorax. Après un mois et demi, et après apparition d'une petite fistule bronchique transitoire, tout drainage est supprimé et le malade complètement cicatrisé. Il va à l'heure actuelle parfaitement bien, il n'a pas présenté de nouvelle hémoptysie.

Il persiste néanmoins chez ce malade une expectoration muco-purulente de 30 à 40 cm^3 par jour. Ainsi avons-nous pratiqué une nouvelle bronchographie lipiodolée du côté droit, pour découvrir l'origine de cette suppuration résiduelle. Nous avons eu la surprise de constater dans le lobe restant l'existence de kystes assez nombreux et d'un diamètre appréciable. Ces kystes existaient-ils avant l'intervention ? Sans aucun doute. A reconsidérer les bronchogrammes initiaux, le lobe supérieur, pour être infiniment moins atteint que les deux lobes inférieur et moyen, n'en présentait pas moins de petites malformations kystiques et un défaut d'imprégnation alvéolaire périphérique. Du fait de l'expansion de ce lobe après l'intervention, qui à lui seul occupe maintenant la totalité de l'hémithorax droit, ces kystes apparaissent, non seulement de façon plus manifeste, mais ont sans aucun doute augmenté de volume.

Fig. 1. — Volumineux kystes pulmonaires de la base du poumon droit. Au niveau du lobe supérieur, bronches de volume un peu anormal (bronchiectasies cylindriques).

Dans les suites de toute lobectomie, un certain degré d'aspiration endo-pleurale est maintenu durant quelques semaines pour aider à l'expansion du lobe restant et assurer une réhabitation aussi rapide que possible de l'espace pleural, laissé vide par l'exérèse pulmonaire. En cas de lobe absolument normal, cet effet de traction n'a pas de répercussio[n] fâcheuse sur le parenchyme pulmonaire, dont i[l] peut, au plus, déterminer un certain degré d'emphy[-] sème de compensation. Mais si ce lobe est déjà l[e] siège d'ectasies bronchiques ou alvéolaires, peuven[t] s'amplifier à son niveau kystes ou dilatations. C'es[t] un mécanisme très voisin de celui qui détermin[e] l'apparition de bronchiectasies en certains cas d[e] symphyse ou de rétraction pleurale.

Est-ce à dire que chez notre malade, soupçon[-] nant ces malformations du lobe supérieur, il eût [à] la lobectomie préféré la pneumectomie totale ? Nou[s] ne le croyons pas, telle est la différence de gravit[é] immédiate et de mutilation fonctionnelle entr[e] lobectomie et pneumectomie. Au reste, notre bu[t] essentiel était de lutter contre des hémoptysis mena[-] çantes par leur importance et leur répétition. Or ce but a été atteint par l'exérèse des lobes inférieu[r] et moyen, dont l'importance des lésions devait joue[r] un rôle essentiel dans le déterminisme des hémor[-] ragies.

La forme hémoptoïque des kystes aériens du pou[-] mon est à l'heure actuelle bien connue. De nom[-] breuses observatons en ont été rapportées par Pru[-] vost, Leblanc et Coletsos, par Garcia Otero, pa[r] Kartagener, et les cas qu'en signalent Julien Marie Sergent, Poix, Bariéty, Cord et Coury, sont parti[-] culièrement démonstratifs.

Chez le malade de Poix, les hémoptysies s'éta[-] geaient sur une durée d'observation de vingt ans vingt-sept ans dans l'observation de Bariéty et Cord où la maladie polykystique du lobe supérieur fu[t] découverte à l'âge de 60 ans. Faut-il d'une tell[e] durée d'évolution conclure à la bénignité de ce[s] hémorragies et à l'inopportunité d'une sanctio[n] thérapeutique aussi sévère que l'exérèse pulmo[-] naire ? Non, sans doute. Chez le malade de Poix l'importance des hémorragies avait fait envisage[r] la création d'un pneumothorax hémostatique, et dis[-] cuter de la lobectomie, rejetée en raison seulemen[t] des risques présumés de l'intervention. Chez l[e] malade de Julien Marie, une phrénicectomie avai[t] été réalisée, sans le moindre résultat du reste, [à] l'image de notre malade, dont l'alcoolisation phré[-] nique n'avait pas modifié la scène clinique.

Ces hémorragies survenant au cours de l'évolu[-] lion de kystes aériens du poumon peuvent revêti[r] des caractères assez distincts. Souvent, ce sont de[s]



Fig. 2. — Sur le profil, les kystes semblent surtout localisés au lobe moyen et au plan vertébral du lobe inférieur. La bronche dorsale du lobe supérieur est nettement dilatée.

émoptysies de sang rouge, isolées, préexistant à oute infection et toute suppuration du kyste. L'hé-orragie représente alors le signal symptôme de 'affection, pose le problème des hémoptysies non uberculeuses, permet à l'heure actuelle un dia-nostic de certitude sur l'interprétation des radio-raphies, tomographies et bronchogrammes. C'est 'homologue de la forme sèche hémoptoïque de cer-aines bronchiectasies.

Dans d'autres cas, les hémorragies s'installent uelque temps avant le stade d'infection et accom-pagnent la phase de suppuration. Ce sont alors de véritables hémorragies congestives.

La structure histo-pathologique de la paroi de ces kystes explique facilement la fréquence des hémo-ptysies. A la dysplasie bronchique et alvéolaire s'associe en effet une dysplasie des éléments vascu-laires qui tapissent la paroi de la cavité kystique. Chez notre malade, l'examen anatomo-pathologique des parois kystiques précisait bien l'existence d'une hypervascularisation de la zone sous-épithéliale à leur niveau.

Dans le domaine des complications des kystes aériens du poumon, l'infection occupe à coup sûr la première place, et l'hémorragie ne se présente souvent que comme un épiphénomène. Mais la forme hémoptoïque vraie doit être retenue, tant par la gravité pronostique qu'elle implique que par la difficulté du problème thérapeutique qu'elle pose. A ce problème, une seule solution peut être offerte : la lobectomie. L'observation que nous rapportons montre les succès que peut donner dans ces cas la chirurgie d'exérèse pulmonaire.

OBSERVATION ANATOMOCLINIQUE D'UN CAS DE CHORÉE MOLLE

DE L'ANATOMIE A LA PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

PAR MM.

ANDRÉ-THOMAS et de AJURIAGUERRA

(Paris)

L'intérêt de l'observation qui fait l'objet de cet article est de plusieurs ordres ; la difficulté relative du diagnostic, le décès survenu plusieurs jours après la disparition des accidents nerveux, la persistance de lésions disséminées dans le névraxe malgré la guérison clinique : ainsi se pose un problème de physiologie pathologique dont la portée dépasse de beaucoup celle d'une observation isolée.

L'enfant du sexe masculin, âgé de 5 ans 1/2, a été examiné le 6 Décembre 1943 par nous à l'hôpital Trousseau, dans le service du Prof. Cathala qui a bien voulu nous autoriser à le suivre — nous lui en exprimons notre très vive gratitude — pour des troubles nerveux qui ont débuté au cours du mois de Septembre : cinésies spontanées et généralisées, troubles de la parole et de la déglutition, alimentation difficile. Dès le mois de Septembre on avait constaté la présence d'un gros souffle systolique de la pointe et d'un roulement diastolique.

Fig. 1.

Le tableau clinique avait changé au cours des deux mois écoulés entre le début de la maladie et notre premier examen. L'enfant était plutôt calme, sans affaiblissement intellectuel, d'une activité motrice restreinte, confinant à l'inertie ; cependant on surprenait de temps à autre quelques mouvements spontanés prédominant aux membres supérieurs, plus marqués à gauche.

L'enfant se présentait plutôt comme un impotent, la force musculaire était diminuée dans les membres gauches, il existait une légère asymétrie faciale, les traits quelque peu déviés vers le côté droit. La langue n'était pas paralysée, mais elle était également le siège de mouvements spontanés.

L'extensibilité des muscles était plus grande que normalement et nettement plus marquée du côté gauche. La rotation passive de la tête était poussée plus loin vers le côté droit que vers le côté gauche, par conséquent du côté opposé à l'impotence des membres, comme c'est la règle chez l'hémiplégique.

La passivité était nettement plus prononcée dans les membres gauches, particulièrement pour la main dont le ballant était de grande amplitude.

Soulevées et portées en extension sur l'avant-bras, les deux mains se comportent alors différemment, lorsqu'elles sont abandonnées à elles-mêmes la main gauche se fléchit davantage (signe de Raimiste, fig. 1).

Si dans le décubitus les deux bras sont soulevés successivement ou simultanément au-dessus du plan du lit, le bras gauche tombe plus rapidement et plus lourdement que le bras droit. Le membre supérieur est soulevé en extension et en abduction, l'enfant est invité à porter l'index sur le nez ; la main tombe brutalement sur le visage, le mouvement est alors réglé par le triceps qui se relâche trop brusquement (fig. 2). Lorsque le mouvement est renouvelé dans la position assise, et exécuté par le deltoïde, le coracobrachial et le biceps, l'index dépasse légèrement le but et se porte sur la joue en dehors du nez ; la dysmétrie observée dans ces conditions n'est nullement comparable avec la chute de l'avant-bras et du bras, observée dans la précédente épreuve.

Elevé volontairement, le bras gauche ne peut se tenir immobile et oscille ; il s'y ajoute quelques ébauches de mouvements choréiques. Les membres supérieurs étant levés et portés en avant, les mains en supination, le renversement en pronation est toujours plus ample à gauche. L'enfant doit-il maintenir les bras étendus en avant la position de la main gauche est instable, elle tend à se mettre en pronation (fig. 3).

Les épreuves de diadococinésie (marionnettes) déclenchent des mouvements choréiques à gauche, les mouvements sont plus lents à gauche.

Pique-t-on la tête à droite ou à gauche avec la pointe d'une épingle, c'est toujours la main droite qui s'y porte pour éloigner l'élément nocif ; la main gauche est inerte et cependant la force est suffisante pour qu'elle se porte volontairement sur la tête.

L'occlusion de la main gauche est accompagnée par un mouvement similaire de la main droite [syncinésie d'imitation (fig. 4)]. L'occlusion de la main droite déclenche non pas une syncinésie à gauche, mais des mouvements choréiques dans le membre supérieur gauche.

Les réflexes ostéo-tendineux des membres supérieurs sont symétriques : deux ou trois oscillations pendulaires à l'occasion du réflexe olécranien aussi bien à droite qu'à gauche.

Les mouvements choréiques sont moins fréquents aux membres inférieurs, mais ils peuvent être provoqués comme aux membres supérieurs par des excitations d'ordres divers. C'est ainsi que l'occlusion de la main droite produit des mouvements choréiques dans les deux membres.

La station est très difficile, l'enfant ne se tient debout que quelques secondes, les jambes très écartées (fig. 5), la gauche plus que la droite, puis elles fléchissent, le corps s'incline et s'affale. La progression est quasi impossible. La station sur la jambe gauche est beaucoup plus difficile que la station sur la jambe droite. La station sur les genoux est impossible à moins que les fesses ne reposent sur les talons. La station est très difficile à quatre pattes et l'appui de la main gauche est moins ferme que celui de la main droite.

Quand il est assis sur le bord du lit et qu'on le pousse vers le côté gauche, la jambe droite ébauche un mouvement d'élévation : à la pulsion en sens inverse, la jambe gauche est moins mobile.

L'extensibilité et la passivité des muscles des membres inférieurs sont beaucoup plus prononcées à gauche, les réflexes ostéo-tendineux sont symétriques. Réflexes crémastériens et cutanés abdominaux normaux.

Cet enfant a été examiné à la période décroissante des mouvements choréiques, tandis que l'hypotonie (extensibilité et passivité) était encore très prononcée, le tonus d'appui et le tonus statique étaient très affaiblis, l'activité des membres gauches, davantage du supérieur, était très diminuée (impotence et inertie). Les mouvements choréiques spontanés ou provoqués qui subsistaient étaient relativement rares, prédominant à gauche et dans le segment diastal. Il n'est pas douteux que ce tableau ne réalise celui de la chorée molle. Il n'est pas invraisemblable que la faible envergure des mouvements choréiques doive être attribuée à l'inertie relative ou à l'impotence des membres. Une mention spéciale doit être accordée à l'affaiblissement du tonus d'appui et du tonus statique entraînant l'impossibilité de la station et de l'équilibration, s'accordant d'autre part avec l'augmentation de la passivité et l'affaiblissement des réflexes antagonistes. La tonicité des muscles de la tête était suffisante.

Les symptômes s'amendèrent par la suite assez rapidement, les mouvements choréiques disparurent complètement, de même que l'hypotonie, l'inertie et l'impotence dans le courant du mois de Janvier 1945. La force fut complètement récupérée. L'enfant se tenait debout et marchait comme avant de tomber malade, librement, sans effort et sans difficulté. Malheureusement les troubles circulatoires s'aggravèrent à plusieurs reprises, tachycardie, hépatomégalie, bouffissure du visage, dilatation du cœur, souffle systolique de la pointe, bruit de galop, frottements péricardiques. Cet état s'amé-



Fig. 2.

liorait momentanément sous l'influence de la digitaline et de la théobromine ou du strophantus, puis l'enfant retombait dans l'asystolie. La courbe thermique, irrégulière, est restée presque constamment au-dessus de la normale. L'enfant succomba le 12 Février.

A l'autopsie, on constata la présence de liquide dans le péricarde, le cœur était gros, mou, dilaté. Il existait une endocardite ; quelques végétations sur le bord libre de la valvule mitrale, les sigmoïdes aortiques étaient également atteintes.

L'examen anatomique du système nerveux central n'a pas été pratiqué ausi systématiquement qu'il eût été désirable, vu les circonstances. Des fragments furent prélevés sur plusieurs régions de l'écorce cérébrale; sur les noyaux gris centraux, la région hypothalamique, le cervelet, le bulbe, la protubérance.

Les lésions sont en général caractérisées par des altérations chromatolytiques des cellules (écorce cérébrale noyaux gris centraux), des modifications de leur forme l'irrégularité de leur contour, leur gonflement ou leur atrophie, la présence d'enclaves là où les éléments névrogliques sont en relation plus intime avec elles, mais nulle part on ne voit, à proprement parler, des indices de neuronophagie. Les altérations corticales se voient aussi bien dans la zone motrice que dans les régions voisines Ce degré de la chromatolyse est lui-même variable depuis la simple réduction de volume ou du nombre des éléments chromatiques jusqu'à l'état poussiéreux.

Un autre élément important est la multiplication de noyaux névrogliques, surtout de la microglie ; la satelli tose est plus ou moins marquée suivant les régions quelquefois très abondante dans une zone, à peine appa

rente dans une zone voisine. Cet aspect se voit aussi bien dans les ganglions centraux que dans l'écorce. Il n'existe pas un rapport évident entre le degré des altérations cellulaires et celui de la satellitose. Celle-ci existe non seulement dans la substance grise de l'écorce, mais encore dans la substance blanche des circonvolutions, avec les mêmes irrégularités de la prolifération, aussi bien dans la frontale ascendante que dans d'autres régions.

L'examen du cervelet est particulièrement intéressant ; c'est au niveau de l'album, la substance blanche des lamelles et toujours avec la même irrégularité que se trouvent réparties les altérations les plus typiques caractérisées par la multiplication de la microglie, mais aussi par des dépôts de résidus protoplasmiques mal délimités, donnant l'impression de déchets qui font penser à des éléments névrogliques en désagrégation, bien que l'on ne trouve rarement à leur niveau ou à proximité un



Fig. 3.

ou plusieurs noyaux névrogliques ; leur aspect ne rappelle pas davantage celui des corps métachromatiques que l'on observe souvent au cours de processus de dégénération chronique. Des éléments semblables ont été trouvés dans le bulbe entre le corps de l'olive et le noyau juxtaolivaire postéro-externe. Le noyau dentelé est pourvu de nombreuses cellules dont les éléments chromatiques sont relativement peu colorés.

Les noyaux bulbaires et protubérantiels ne paraissent guère atteints. Les fibres de la substance blanche ne semblent pas dégénérées aussi bien avec les colorants myéliniques qu'avec les colorants cylindraxiles.

Sur les coupes de la corticalité, la pie-mère est épaissie par endroits, plus riche en tissu conjonctif qu'elle ne l'est chez un sujet normal du même âge. Les vaisseaux sont dilatés, nulle part on ne trouve des amas leucocytaires ou des foyers hémorragiques si ce n'est sur une ou deux coupes de l'écorce cérébrale et surtout à l'état isolé dans la substance blanche du cervelet, où un amas lymphocytaire formé de nombreux éléments ne présente aucun rapport avec un vaisseau ou un espace périvasculaire.

Une tumeur grosse comme un pois fut découverte, dans le ventricule latéral, appendu au noyau coudé. Elle a pris ses origines dans un point limité de l'épendyme et présente la structure de l'épendymome. Cette déformation ne présente qu'un intérêt secondaire dans le cas présent.

Les altérations décrites jusqu'ici dans la chorée sont des lésions diffuses distribuées sur les centres corticaux et sous-corticaux, les noyaux gris centraux, la région hypothalamique, le cervelet.

L'attention a été moins retenue par l'état du bulbe et de la protubérance. Ces altérations s'accordent assez bien avec les signes objectifs de la chorée. La physiologie pathologique de la chorée reste par contre discutée, car on ne peut incriminer de préférence tel ou tel organe en s'appuyant sur l'importance relative des lésions. Un organe non impliqué dans le processus anatomopathologique peut fort bien jouer un rôle de premier ordre dans l'apparition des mouvements choréiques, c'est ainsi qu'il est difficile d'exclure l'écorce cérébrale elle-même lorsqu'elle paraît épargnée ou moins atteinte.

Les auteurs distinguent au point de vue anatomique deux types de chorée, suivant que l'on se trouve en présence de lésions dégénératives ou de lésions inflammatoires ou plutôt suivant que l'on constate ou non la présence de lésions inflammatoires, car les lésions cellulaires, la satellitose existent presque toujours dans les deux cas. Les lésions inflammatoires sont caractérisées par des infiltrations périvasculaires; les autres lésions vasculaires, congestion, vasodilatation, œdème périvasculaire, hémorragies même, restent d'une interprétation plus délicate, les lésions vasculaires ou inflammatoires ont pour conséquence des lacunes de désintégration. Il faut tenir compte des conditions dans lesquelles est survenue la mort, de l'existence de lésions cardiaques, de la nature ou de l'origine de la maladie : les chorées d'origine encéphalitique (Pierre Marie et Tretiakoff, Harvier et Levaditi) doivent-elles être assimilées à la chorée dite de Sydenham, aux chorées dites rhumatismales ?

L'importance accordée à telle ou telle altération anatomique est discutable, d'autant plus que dans quelques cas à évolution rapide les auteurs ont trouvé des altérations relativement peu prononcées des éléments nerveux avec de l'hyperémie et des lésions inflammatoires surtout accusées dans le pédoncule et la protubérance comme dans le cas de Harvier et Levaditi, il s'agissait d'encéphalite léthargique.

La distinction entre les formes purement dégénératives et les formes inflammatoires (Lhermitte et Pagniez) semble légitimée par les cas dans lesquels toute lésion inflammatoire fait défaut ; mais dans le cas présent se trouve-t-on en droit de conclure à une forme dégénérative alors qu'un amas assez considérable de lymphocytes a été découvert dans la substance blanche du cervelet. Des foyers ainsi isolés peuvent échapper à l'observation. D'autre part les lésions inflammatoires appartiennent-elles dans tous les cas à toutes les phases de la maladie ? Varient-elles avec chaque cas suivant que l'on considère le début, la phase d'état ou le déclin ? Existe-t-il réellement une chorée purement dégénérative et une chorée purement inflammatoire ? Le mot dégénératif convient-il à des lésions, peut-être réparables sinon en totalité du moins en partie, qui ne se comportent pas comme celles des processus abiotrophiques ? Simples questions qui indiquent que rien n'est encore définitif sur la pathogénie et la physiologie pathologique de la chorée.

Il est souvent difficile de faire la part de l'élément impotence et de l'élément choréique dans les observations anatomocliniques qui ont été publiées. L'observation recueillie par Marinesco, Draganesco, Axente Bruckner, répond à ce desideratum. Il



Fig. 5.

s'agissait d'une chorée molle chez une jeune fille de 15 ans, atteinte antérieurement de rhumatisme articulaire aigu: hypotonie marquée avec chute de la tête dans la position assise, mouvements choréiques, abolition des réflexes ostéotendineux, tous les mouvements disparurent progressivement et la malade succomba avec tous les symptômes d'une infection grave. Les lésions consistaient en la chromatolyse des cellules des noyaux gris, la satellitose au niveau des cellules pallidales, du noyau caudé, de la couche optique, un état lacunaire dans le segment antérieur de la capsule interne et la substance blanche de quelques circonvolutions. Même chromatolyse des cellules de Purkinje, du noyau dentelé, manchons névrogliques périvasculaires. Lésions peu marquées des cellules des cornes antérieures (nodules de microglie), léger processus infiltratif au niveau des cordons. Les auteurs insistent sur la présence de lésions dans les muscles striés, lésions qui joueraient un rôle dans la forme clinique de chorée molle. L'interprétation de la nature exacte de cette forme a été discutée. Rindfleisch mettait déjà en cause les lésions dégénératives des muscles, d'autres des lésions concomitantes des viscères, des lésions surrénales.

Les lésions anatomiques ne sont pas comparables dans notre cas aux lésions précédemment énumérées à propos du cas de Marinesco, du moins en intensité. La chorée molle présentée par notre



Fig. 4.

malade a évolué plus rapidement et vers la guérison, ce qui semblait démontrer avant toute vérification anatomique que les lésions étaient plus discrètes et non profondément destructives; toutefois la chorée molle peut évoluer sous une forme plus sévère et malgré cela se terminer par la guérison.

L'atténuation et la disparition des symptômes ne peuvent s'expliquer que par un processus de suppléance ou bien parce que avant de reprendre leur aspect normal ou de se comporter normalement les cellules atteintes sont capables de récupérer leur valeur fonctionnelle. Il est bien difficile d'établir une relation précise entre l'état anatomique et le degré de la chromatolyse d'une part, la capacité fonctionnelle des cellules altérées d'autre part. Peut-être même les cellules peuvent-elles être atteintes fonctionnellement, tandis que leur aspect morphologique et tinctorial n'a pas varié. Il n'est pas impossible que des suppléances ne puissent s'exercer qu'à une phase déterminée de la maladie, que les cellules de l'écorce cérébrale par exemple récupèrent leur fonction avant les cellules d'autres formations.

Les problèmes posés par cette observation sont nombreux; ce que l'on peut affirmer c'est que les lésions assez diffuses observées dans ce cas n'ont pas été un obstacle à la restauration de la fonction. L'anatomie pathologique n'explique pas tout ; elle ne permet pas d'apprécier le degré de la capacité fonctionnelle des éléments atteints anatomiquement pas plus qu'elle ne permet d'apprécier l'état fonctionnel des cellules apparemment saines ou même la capacité de suppléance que les éléments cellulaires sont susceptibles d'exercer les uns vis-à-vis des autres. Si la mort par le cœur était survenue plus tôt, en pleine évolution choréique, les lésions nerveuses auraient pu être décrites comme l'expression anatomique correspondant au syndrome clinique et cette appréciation physiologique se serait trouvée en défaut.

BIBLIOGRAPHIE

André-Thomas : Chorée de Sydenham, maladie organique. *La Clinique*, 27 Août 1909. - La chorée et la réflectivité pathologique de l'écorce cérébrale. *La Presse Médicale*, 7 Mars 1931, n° 19. — Marie-Thérèse Collevaert : Etude anatomoclinique d'un cas de chorée de Sydenham. *Journal belge de Neurologie et de Psychiatrie*, 1940, **40**, n° 1. — Marinesco, Draganesco, Axente Bruckner : Etude anatomo-clinique d'un cas de chorée molle. *Annales de Médecine*, Novembre 1936, **40**, 397-409.

COMMUNICATION ENTRE L'AORTE ET L'ARTÈRE PULMONAIRE

Par R. LUTEMBACHER

(Paris)

La communication entre l'aorte et l'artère pulmonaire sans persistance du canal artériel, est une malformation exceptionnelle. Nous en rapportons ici un xemple.

Un garçon de 20 ans, exerçant le nétier de métallurgiste, se surmène : in Septembre 1940, il présente de a dyspnée, de l'œdème des membres nférieurs, les urines sont rares. Ces ıccidents s'accroissent en Novembre : es œdèmes se généralisent, le foie ıttcint le niveau de l'ombilic; on trouve de l'ascite, un hydrothorax ì la base droite. On remarque une cyanose généralisée se combinant avec une teinte brunâtre des téguments, elle est peu intense, sauf au niveau des mains et de la pointe du nez qui sont fortement violacés : les doigts n'ont pas le type hippocratique. Le cœur est régulier ; on perçoit un gros souffle dans toute l'étendue du cœur, son maximum est dans le 3e et le 4e espace; il est également bien perçu dans la région apexienne, avec moins d'intensité. Il est moins intense sous la clavicule et n'a pas de propagation particulière vers la fourchette sternale et la région dorsale. A la palpation on perçoit un léger frémissement dans le 3e espace gauche. Le 1er bruit est bien perçu au niveau de la pointe, le bruit de souffle lui fait immédiatement suite. Le 2e bruit est couvert par le bruit de souffle.



Fig. 1. — *Orifice de communication : face pulmonaire.* L'orifice Oc, situé à 3 *cm.* des sigmoïdes pulmonaires, présente une forme triangulaire ; à base supérieure de 10 *mm.* × 8 *mm.* Ao : aorte-P : pulmonaire ; VD : ventricule droit (sans réduction).

Les pupilles sont inégales, réagissant peu à la lumière, les réflexes rotuliens sont abolis, la réaction de Bordet-Wassermann est négative. L'examen du liquide pleural révèle de la lymphocytose, le liquide d'ascite est pauvre en éléments cellulaires. Pour les deux liquides : la bactériologie est négative. A la radioscopie on trouve un cœur en sabot, avec forte hypertrophie du ventricule droit ; l'arc pulmonaire est saillant, animé de battements assez amples.

Sur l'électrocardiogramme l'onde P est légèrement crochetée, l'intervalle PR est inférieur à 1/5e de seconde. En D I : la flèche R est négative ; en D II elle présente une petite amplitude positive, en D III l'amplitude positive s'accroît.

Sur le phonocardiogramme recueilli dans le 4e espace gauche, au foyer maximum du souffle, le 1er bruit est précédé de quelques oscillations de basse fréquence. Les oscillations de grande fréquence et de belle amplitude qui caractérisent le souffle s'inscrivent après le début du 1er bruit, c'est un souffle à maximum mésosystolique, ses oscillations se poursuivent et se confondent avec celles du 2e bruit, la fin de la diastole est silencieuse.

Après ponction des épanchements on pratique plusieurs injections d'ouabaïne, sans résultat appréciable. Plusieurs ponctions d'ascite sont nécessaires. Bientôt l'anasarque prend un énorme développement et le malade meurt quelques semaines plus tard.

A l'examen anatomique, le cœur présente extérieurement la configuration du cœur en sabot avec énorme développement du ventricule droit. L'artère pulmonaire est dilatée, plus large que l'aorte : elle mesure 31 *mm.* et l'aorte 20 *mm.* Les sigmoïdes de l'artère pulmonaire sont très développées et épaissies; sur la surface de l'aorte on découvre plusieurs taches jaunâtres d'athérome. Les deux oreillettes ont un volume normal. La paroi du ventricule droit est très hypertrophiée, elle mesure 17 *mm.*, celle du ventricule gauche 12 *mm.* A 3 *cm.* des sigmoïdes pulmonaires et à 6 *cm.* 5 des sigmoïdes aortiques on découvre un large orifice de communication entre les deux vaisseaux : le *canal artériel manque complètement*, l'aorte et l'artère pulmonaire sont directement adossées et abouchées entre elles par un orifice qui occupe les points d'insertion habituels du canal. L'orifice mesure 10 *mm.* sur 8 *mm.* Il est un peu plus large du côté pulmonaire ; de forme triangulaire à base supérieure et plus arrondi du côté aortique.

Dans l'observation de Wilks, rapportée par Brocq l'orifice de communication est à égale distance des sigmoïdes aortiques et du tronc brachiocéphalique



Fig. 2. — *Orifice de communication : face aortique.* L'orifice Oc est situé à 6 *cm.* 5 des sigmoïdes aortiques, de forme arrondie (sans réduction).

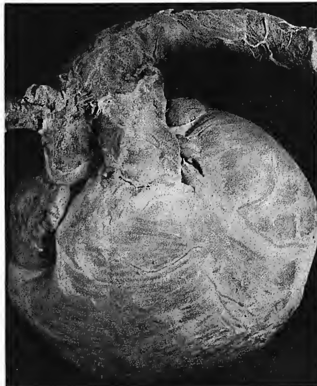


Fig. 3. — *Configuration externe du cœur.* Forte hypertrophie du ventricule droit. L'artère pulmonaire dilatée mesure 31 *mm.* L'aorte : 20 *mm.* (réduction d'un tiers).

Dans les observations de Baginski et de Rikards, l'orifice est au niveau des sigmoïdes pulmonaires.

Le foie très volumineux présente l'aspect muscade, les reins sont congestifs, les deux poumons sont splénisés; au niveau du sommet droit on découvre quelques petits tubercules.

Par ses caractères le souffle perçu se rapproche de celui qui est décrit par les auteurs dans la persistance du canal artériel : c'est un souffle qui naît immédiatement après le 1er bruit et prolonge le 2e bruit. Cependant, la prolongation du souffle pendant la diastole est courte, elle dépasse légèrement le 2e bruit; la fin de la diastole est silencieuse. Il est à noter que le maximum du souffle est plus bas situé qu'à l'ordinaire, il est mieux perçu au foyer mitral que dans la région sous-claviculaire et ne présente pas de propagation particulière vers la région cervicale et dorsale.

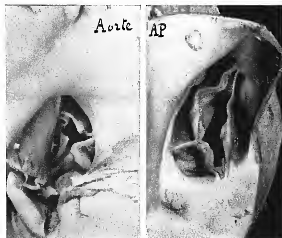


Fig. 4. — *A droite :* Orifice pulmonaire, de grandes dimensions valvules développées, robustes, épaissies.
A gauche : Orifice aortique, de dimensions légèrement réduites, valvules sigmoïdes normales (sans réduction).

Lewis a remarqué que la persistance du canal artériel ne modifie pas la forme de l'électrocardiogramme, contrairement à ce que l'on observe dans les affections du cœur droit.

Dans notre observation, l'électrocardiogramme montre une ébauche de prépondérance droite, ce qui concorde avec le développement considérable du ventricule droit, qui donnait au cœur la configuration en sabot.

En résumé, il s'agit d'une communication entre l'aorte et l'artère pulmonaire, sans persistance du canal artériel. Les deux vaisseaux directement adossés et abouchés entre eux par un orifice qui occupe les points d'insertions habituels du canal. Le souffle perçu naît immédiatemen[t] après le 1er bruit et se prolonge un peu après l[e] 2e bruit. Le maximum du souffle siège dans l[e] 4e espace gauche.

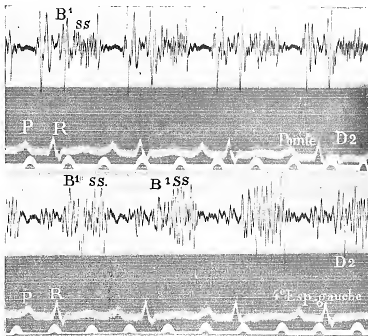


Fig. 5. — *Phonocardiogramme.* Courbe inférieure (4e espace gauche) : B1 1er bruit, est précédé de quelques oscillations de basse fréquence, et est suivi d'oscillation de grande fréquence et de belle amplitude, correspondant au souffle Ss, elles s[e] poursuivent jusqu'au 2e bruit avec lequel elles se confondent.
Courbe supérieure, recueillie à la pointe ; électrocardiogramme en D2.

LE TRAITEMENT DES PAPILLOMES VULVAIRES PAR L'APPLICATION LOCALE DE COLCHICINE

PAR MM.

R. BOURG et P. DUSTIN Jr. [1]

(Bruxelles)

Peu après la découverte des effets caryoclasiques de la colchicine par son élève Lits, A.-P. Dustin étudia l'action de cet alcaloïde sur un sarcome de la souris. Décrivant les troubles très importants de l'activité mitotique de ce néoplasme, il souligna le premier l'intérêt de la colchicine pour la chimiothérapie des tumeurs (1934). Cependant, les travaux qui ont été consacrés ultérieurement à l'action de la colchicine sur les tumeurs *malignes*, tant chez l'animal que chez l'homme, n'ont pas montré jusqu'ici une réelle activité curatrice, bien que la prolongation de la vie d'animaux cancéreux ait été obtenue par divers auteurs.



ig. 1. — Avant tout traitement (le 9 Juillet). Remarquer l'extension au vagin, sur les cuisses et à la région anale.

Chez l'homme, des effets thérapeutiques intéressants ont été également rapportés. Mallet et Le Camus ont associé la colchicine à la radiothérapie, méthode dont la valeur avait été démontrée par les expériences de Guyer et Claus (1939).

Par contre, dès 1937, Peyron et ses collaborateurs, montraient que l'application *locale* de colchicine sur le papillome de Shope du lapin, permettait d'obtenir un très haut pourcentage de guérisons complètes. C'est cette méthode, qui seule permet d'atteindre les cellules néoplasiques avec une concentration efficace de l'alcaloïde, tout en évitant ses effets toxiques généraux, qui a été reprise par Brodersen en 1943. Cet auteur, dans un important travail expérimental et clinique, a particulièrement attiré l'attention sur les effets remarquables de l'application de pommade colchicinée sur les papillomes végétants de la vulve.

On sait les difficultés du traitement chirurgical de ces papillomes ou condylomes qui peuvent nécessiter par leur extension des interventions répétées et pénibles. C'est pourquoi nous pensons qu'il est important d'illustrer par un exemple particulièrement démonstratif la valeur de la méthode proposée par Brodersen [2].

Mad. Wot..., 23 ans, sans antécédents pathologiques. Accouchement normal en 1942. Hospitalisée le 27 Juin 1944, se plaignant de gêne, de prurit et de sensations de brûlures de la région génitale, où un processus tumoral a été remarqué depuis deux mois.

Examen : Papillome vulvaire très étendu (fig. 1) pénétrant à 1 *cm.* de profondeur dans le vagin. Examen



Fig. 2.
Après trois semaines de traitement (le 11 Août).

1. Associé du Fonds National Belge de la Recherche Scientifique.
2. L'un de nous (R. Bourg) a eu, depuis un an, l'occasion de contrôler à plusieurs reprises l'efficacité de cette méthode de traitement.

énéral et gynécologique négatif. Réaction de Bordet-Vassermann négative.

Traitement : A partir du 25 Juillet, application matin t soir de 2 cm³ environ d'une pommade contenant ,05 *g.* de colchicine pour 100 *g.* de lanoline. Le traitement est poursuivi jusqu'au 20 Août et entraîne une remarquable régression de la tumeur (fig. 2). Pour ne pas rolonger l'hospitalisation, les dernières végétations sont nlevées par électrocoagulation le 29, sous anesthésie générale. Au cours du traitement, la malade ne s'est plainte u'une seule fois de douleurs gastriques et de coliques.

Examens biopsiques : Des prélèvements multiples furent endus aisés par le caractère de la tumeur. Nous résumons les aspects les plus intéressants :

Biopsie I (avant traitement) : Papillome ormé d'un épithélium malpighien faiblement kératinisé appuyé sur des axes conjonctifs très minces, richement vascularisés, infiltrés de lymphocytes et de quelques neutrophiles. Petites zones d'ulcération de l'épithélium, avec appel de polynucléaires. L'index mitotique varie d'un endroit à l'autre de la tumeur. *Pourcentage des phases :* prophases : 12 pour 100 ; métaphases : 59 pour 100 ; ana- et télophases : 29 pour 100. Près d'un quart des métaphases montrent des atypicités (répartition inégale des chromosomes). Quelques cellules à 2 ou 3 noyaux.

Biopsie II [huit heures après la première application de colchicine] (fig. 3). Prophases : 4 pour 100 ; métaphases : 89 pour 100 ; ana- et télophases : 7 pour 100. Presque toutes les métaphases montrent les altérations fusoriales et chromosomiales caractéristiques de l'effet colchicinique (stathmocinèse). La répartition des stathmocinèses est assez irrégulière : dans une zone particulièrement riche en mitoses, nous en avons compté 196 sur 200 mitoses. Dans le stroma, de rares cellules endothéliales et fibroblastiques sont en stathmocinèse. On n'observe pas de zones de dégénérescence.

Biopsie III (vingt-quatre heures après colchicine.) Prophases : 8 pour 100 ; métaphases : 89 pour 100 ; ana- et télophases : 3 pour 100. Les métaphases normales sont encore plus exceptionnelles que dans la biopsie précédente. Certaines stathmocinèses montrent des chromosomes éparpillés dans le cytoplasme. De nombreux débris chromatiniens témoignent de l'action caryoclasique et destructrice de l'alcaloïde. On n'observe pas de noyaux monstrueux polypoïdes.

Biopsie IV. (Quarante-huit heures après) : Le pourcentage des ana- et télophases est plus élevé, il varie largement d'un endroit à l'autre (de 12 à 24 pour 100). La caryoclasie est encore plus évidente. Elle s'accompagne d'un appel de polynucléaires neutrophiles qui infiltrent l'épithélium.

Biopsie V. (Neuf jours après le début du traitement) l'intense action de bloquage des mitoses persiste : Prophases : 6 pour 100 ; métaphases : 92 pour 100 ; ana- et télophases : 2 pour 100.

Biopsie VI. (Vingt-sept jours après le début, vingt-quatre heures après la dernière application) : L'aspect général de la tumeur n'a pas changé ; le fragment prélevé ne contient que peu de mitoses ; le pourcentage des prophases est exceptionnellement élevé (environ 25 pour 100). Les métaphases ne montrent que quelques irrégularités de la répartition des chromosomes.

Commentaires. — Le traitement colchicinique a provoqué en un mois une disparition de la plus grande partie de la tumeur vulvaire et a ainsi évité

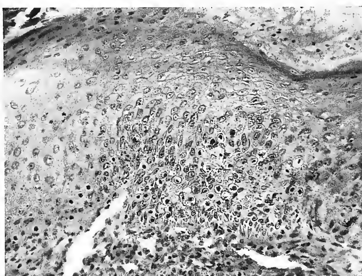


Fig 3. — Biopsie II (huit heures après colchicine). Coloration trichrome de Masson. Accumulation de stathmocinèses à chromosomes agglutinés dans la couche germinative de l'épithélium.

à la malade une exérèse chirurgicale qui aurait dû être réalisée en plusieurs temps. L'action de la colchicine apparaît essentiellement liée à son pouvoir énergique de bloquer les mitoses à la métaphase, et d'entraîner la dégénérescence d'un grand nombre d'entr'elles par caryorhexis et pycnose. Il est remarquable que cette seule inhibition de la multiplication cellulaire détermine la fonte progressive de la tumeur et la réapparition d'une peau saine. Cet effet est particulièrement important d'un point de vue fonctionnel, obstétrical et esthétique, et notamment dans les cas des papillomes péri-uréthraux parfois à cheval sur l'orifice du méat, dont la coagulation apparaît particulièrement délicate. Il faut d'autre part mettre en parallèle l'innocuité de ce traitement colchicinique et l'inconvénient d'une coagulation qui doit toujours être faite sous anesthésie et qui laisse des surfaces nécrosées suintantes, sensibles, et à cicatrisation lente.

Il est possible que l'on ne puisse obtenir la disparition totale des lésions par la colchicine et dans notre observation il nous a semblé que la régression se faisait plus lente en fin de traitement. Brodersen a noté des faits analogues. Mais on obtient une régression telle que l'importance de l'intervention nécessaire est considérablement réduite.

Il serait important de mieux comprendre le mécanisme de la résorption du stroma de la tumeur : l'intervention des polynucléaires est probable mais n'est jamais très apparente. D'autre part il est très vraisemblable que le rythme mitotique, c'est-à-dire le nombre de cellules entrant à chaque moment en prophase, est troublé et ralenti par les fortes concentrations de colchicine qui atteignent les cellules épithéliales. Ce fait a été observé par Bucher au cours de ses études chronocinématographiques de cultures tissulaires colchicinées. Il pourrait d'autre part être intéressant d'étudier sur les papillomes l'action de substances telles que la trypaflavine, dont l'effet spécifique est de ralentir ou d'arrêter le rythme des mitoses en empêchant l'entrée en prophase.

En *résumé*, l'application locale de colchicine sous forme de pommade à 1/2 pour 1.000 dans la lanoline constitue une méthode d'un grand intérêt pratique pour le traitement des papillomes végétants. La possibilité, envisagée par Brodersen, de son extension au traitement d'épithéliomas cutanés mérite une large expérimentation. Elle pourrait éventuellement être combinée à la radiothérapie.

(*Service de Gynécologie et d'Anatomie Pathologique de l'Hôpital Universitaire Saint-Pierre, Bruxelles*).

BIBLIOGRAPHIE

Le lecteur trouvera une bibliographie très complète ainsi que l'historique de la question dans le travail de H. Brodersen : *Mitosegifte und ionisierende Strahlung. Strahlenther.*, 1943 **73**, 186-254.— Pour les travaux plus récents, *cf.* L. Mallet et H. Le Camus : *La Presse Médicale*, 1944, **52**, n° 15, 230

LE SPASME BRONCHIQUE

Étude d'un test radiologique pouvant servir d'indications thérapeutiques.

Par MM. **H. MÉTRAS** et **M. NIZARD**
(Marseille)

Le système musculaire bronchique est connu depuis longtemps au point de vue histologique et des études récentes ont encore précisé son importance. Le poumon est constitué par un vaste système musculaire lisse plus difficile à mettre en évidence que celui de l'estomac et de la vessie mais dont la contraction bien que peu intense peut être observée (Policard). Le rôle de ce système musculaire est capital et ses perturbations nombreuses en dehors même de l'asthme.

Le spasme bronchique est décrit par les meilleurs traités de pathologie pulmonaire, mais seule sa symptomatologie fonctionnelle est connue. Cependant il faut avouer que l'on sait maintenant que l'œdème bronchique prend une part importante dans ces tableaux cliniques. Les déductions pathogéniques et thérapeutiques tirées de l'existence de ce spasme rivalisent d'ingéniosité. Mais à aucun moment on ne peut fournir de preuve réelle de ce spasme ni une étude sûre.

Les applications thérapeutiques dans le domaine pharmacologique furent fécondes et bienfaisantes, mais dès que celles-ci étaient insuffisantes le chirurgien qui accueillait le malade récalcitrant aux soins médicaux était fort hésitant sur la ligne de conduite à suivre. Les interventions et leurs tâtonnements évoquaient les expériences « pour voir » et nous trouvons sous la plume du grand chirurgien



Fig. 1. — *Lipiodol bronchique* chez un enfant dont l'appareil broncho-pulmonaire est normal. Les territoires très noirs correspondent à des alvéoles entièrement tapissées par le lipiodol.

du sympathique : « nous ne savons absolument pas comment agissent vagotonie et sympathicotonie... ; une autre difficulté tient à ce que nous n'avons pas d'indication touchant le côté sur lequel il faut intervenir. Habituellement on agit au hasard », et en 1939 reprenant ses résultats éloignés il réexpose avec Fontaine les difficultés venant des mêmes raisons « Nous ne saurions dire exactement quels sont les malades qu'il faut opérer et quel type d'intervention il faut pratiquer » (Leriche). Comment explorer chez l'homme le tonus de la musculature bronchique ?

L'examen direct à la bronchoscopie a été magistralement exposé par Ameuille et Lemoine dans l'asthme, mais l'étendue de l'exploration est insuffisante et subjective. Nous n'avons pas manqué de pratiquer en même temps que notre test une bronchoscopie, mais sans en tirer des déductions intéressantes. C'est l'exploration à l'écran avec un corps opaque intra-bronchique qui permet de le faire dans les meilleurs conditions.

On essaya par des examens cinématographiques de fixer le péristaltisme normal et le rôle de ces ondes dans l'expulsion des crachats (Mayeda-Kindberg) Mais le spasme bronchique ne fut pas recherché. Nous allons d'abord fixer comment progresse le lipiodol dans des bronches normales puis dans des bronches spasmées.

Le corps opaque est le lipiodol lourd Lafay utilisé à la température de 20° environ. Le larynx, la trachée et les bronches sont anesthésiés à la pantocaïne.

I. — Chez un sujet normal, indemne de toutes lésions bronchiques, on assiste aux phénomènes suivants :

La sonde étant placée dans une bronche souche, le lipiodol est poussé sous le contrôle de l'écran.

La lumière bronchique est opacifiée pendant un temps très bref et, progressant à grande allure, le lipiodol arrive dans les alvéoles qui en sont immédiatement tapissées. Malgré la rapidité des manœuvres le cliché fixera le fin granité alvéolaire.

La toux exagère ce phénomène et peut chez l'enfant rendre la projection alvéolaire presque instantanée.

Une autre preuve très spectaculaire consiste à introduire notre sonde [1] dans la bronche du lobe supérieur et gardant le malade debout derrière l'écran, on verra le lipiodol gagner les alvéoles aussi vite que dans les lobes inférieurs et moyens.

La première conclusion à tirer est que la pesanteur n'est pour rien dans la progression de l'huile opaque si les bronches sont normales.

Elle gagne la périphérie grâce, à chaque inspiration, aux mouvements bronchiques.



Fig. 2. — *Cliché sans préparation* d'un malade atteint de spasme bronchique. C'est une image dite de « sclérose broncho-pulmonaire » surtout à la base droite.

(Sergent, Bonnamour et Badolle) et on les appelait « bronches cassées », « bronches à bouts coupés ».

Le second cliché pris après l'épreuve de la toux montre des bronches nettoyées et les territoires spasmés vierges de tout corps opaque.

Reprenons le même malade un mois après. Nous répétons la même épreuve mais après infiltration anesthésique, sympathique (ganglion stellaire et ganglions dorsaux 2 à 3).

Sur la majorité des malades nous allons retrouver les éléments d'une épreuve semblable à celle d'un individu normal avec une réponse à la toux criblant les alvéoles de lipiodol. Curieux résultat mais dont le test s'inscrit noir sur blanc et dont les déductions peuvent se multiplier autour du test, témoin irréfutable. Nous notons de plus chez ces malades une amélioration des signes fonctionnels succédant à l'infiltration. Il est évident que l'on agit sur le facteur motricité car nous avons obtenu ces résultats chez des sujets non sécréants et avec des conditions expérimentales toujours identiques.

Le malade est observé loin de toute crise dyspnéique les deux fois, il s'agit donc plus d'une broncho-plégie spasmodique permanente que d'un spasme passager



Fig. 3. — *Injection de lipiodol.*

A gauche, bronches normales d'où imprégnation alvéolaire. *A droite*, arrêt du lipiodol dès les bronches de 3e et 4e division. Dilatation cylindrique légère Aspect en « bois vert ».

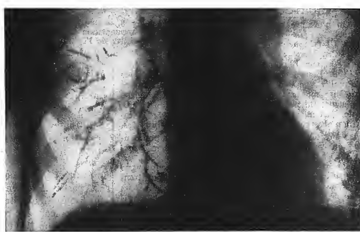


Fig. 4. — *Epreuve de la toux.*

A gauche, tout le lipiodol est alvéolaire.
A droite, le lipiodol est presque complètement expulsé.

ceux-ci étant liés à l'élasticité et à la motricité bronchique ; à conditions égales et normales la rapidité de la progression est plus grande chez l'enfant que chez l'adulte.

II. — Chez un sujet aux bronches atteintes de spasme l'injection est répétée dans les mêmes conditions.

Le lipiodol après avoir franchi les bronches de deuxième et troisième ordre stagne indéfiniment. Patiemment si nous faisons inspirer profondément et longuement le malade nous ne voyons pas progresser l'huile, comme s'il existait un obstacle. Faisons tousser le malade et le lipiodol est chassé non plus dans le sens bronche alvéoles mais vers le larynx et il est ainsi expectoré. Le premier cliché pris avant de provoquer la toux montre une image fort curieuse. Elle avait frappé depuis longtemps les auteurs classiques

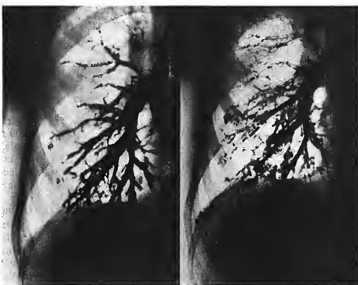


Fig. 5. Fig. 6.

Fig. 5. — *Infiltration sympathique* et lipiodol bronchique un mois après. Progression du lipiodol qui pénètre dans des ramuscules et même certains territoires alvéolaires. Elargissement léger du calibre bronchique.

Fig. 6. — *Epreuve de la toux.*
L'image est presque celle de l'injection bronchique normale, chez un adulte.

base de la crise dyspnéique. Ce terrain d'hypertonie bronchique est à l'origine de nombreux syndromes, soit asthme soit bronchite avec emphysème, soit même emphysème pur.

Les déductions pathogéniques et thérapeutiques que l'on en peut tirer sont nombreuses. On les trouvera exposées en partie dans la thèse de Nizard [2] avec la bibliographie.

La première conclusion intéressant que nous avons poursuivie est le traitement par l'infiltration répétée des territoires intéressés par le spasme et nous avons guéri certains de nos malades.

Notre test permet de plus la connaissance du côté sur lequel il faut agir [3].

(*Travail du Service du docteur Isemein Hôpital de la Conception, Marseille.*)

1. H. Métras : Le cathétérisme des bronches lobaires. *La Presse Médicale*, 17 juin 1944.
2. M. Nizard : *Thèse Marseille*, 1945.
3. Après la rédaction de ce premier article nous avons trouvé, sous la signature de R. Tiffeneau et M. Beauvallet, un article confirmant un côté clinique de nos observations. Certaines images radiologiques, dites de sclérose pulmonaire avec cliniquement dyspnée chronique, ont une traduction fonctionnelle due beaucoup plus à un broncho-spasme permanent qu'à l'apparent *substratum* anatomo-radiologique (R. Tiffeneau et M. Beauvallet : *La Presse Médicale* 28 Avril 1945.)

XLVIII[e] CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

(Paris, 8-11 Octobre 1945.) [*Suite et Fin*] [1]

TROISIÈME QUESTION :

Les endométriomes.

Première partie :

Anatomie pathologique, clinique, pathogénie. —

MM. **Brocq** et **Varangot** (Paris), rapporteurs, proposent tout d'abord de remplacer le terme d'endométriome par celui d'*endométriose*, cette terminaison s'adaptant mieux à une lésion qui ne paraît être nettement ni tumorale, ni inflammatoire.

A. ANATOMIQUEMENT ET PHYSIOLOGIQUEMENT, l'endométriose, dans sa forme typique, représente un *utérus en miniature.* Trois éléments principaux en constituent la structure :

1° Une ou plusieurs *cavités*, revêtues d'un épithélium, analogue à *l'endomètre à la phase folliculinique*, plus rarement à la phase lutéinique.

2° Un *chorion cytogène* d'épaisseur variable entourant les tubes glandulaires et formé de cellules trapues, à noyau ovoïde, riches en chromatine et reliées entre elles par des prolongements protoplasmiques.

3° Autour du chorion, des *fibres musculaires lisses*, inconstantes. Une prolifération fibreuse se développe progressivement autour de l'ensemble et conditionne le volume de la tumeur, surtout s'il s'y ajoute une réaction inflammatoire plus ou moins marquée.

Les endométrioses se présentent soit sous forme de *tumeurs non encapsulées*, soit d'*infiltrations diffuses* et sont le plus souvent *multiples*. Les cavités contiennent *du sang poisseux*, épais (kystes à contenu chocolat), formant des taches bleuâtres ou brunes à la surface de l'organe malade.

Enfin, les localisations anatomiques en sont multiples, encore que l'utérus en soit le siège principal (70 pour 100). Elles peuvent être génitales ou extra-génitales, se produire même loin du pelvis et dans les cicatrices de laparotomie.

B. Tout comme l'utérus, l'endométriose subit l'influence de l'activité ovarienne. Le foyer endométrial est « réglé » chaque mois. La grossesse, d'autre part, peut amener la transformation du chorion cytogène en cellules déciduales, ce qui peut entraîner des complications graves au cours de la grossesse : augmentation de volume de l'endométriose, rupture utérine, inertie utérine, hémorragies de la délivrance.

En outre, *certaines formes*, en particulier celles de la cloison recto-vaginale, prennent parfois une *allure franchement extensive.*

D'autre part, corollaire logique, l'extinction de l'activité de l'ovaire, la *ménopause*, suffit à arrêter son évolution et à amener parfois la guérison clinique.

L'activité de l'ovaire étant indispensable à la vie même de ces formations, les endométrioses ne se voient que chez les femmes *à la période d'activité génitale*, surtout de 30 à 50 ans.

La *fréquence* de cette lésion est difficile à déterminer. Assez fréquente si l'on se base sur l'examen histologique systématique des pièces, elle est assez rare si l'on s'en tient aux signes cliniques, beaucoup d'E. passant inaperçues.

C. CLINIQUEMENT, on peut décrire schématiquement trois types :

1° *Type à syndrome bruyant.* — Le plus rare, caractérisé par une *dysménorrhée particulière, acquise, tardive, violente* et progressivement aggravée.

2° *Type à syndrome atténué.* — Dysménorrhée, douleurs, hémorragies sans caractère précis et de diagnostic difficile.

3° *Type muet.* — *L'examen physique* peut-il donner des renseignements plus précis ? Oui, dans certaines formes, *directement accessibles* : nodules de la *cloison recto-vaginale*, de l'*ombilic*, des *cicatrices opératoires*, de *la région inguino-crurale*. A noter cependant que certaines formes diffuses recto-vaginales à procidence rectale surtout, ont pu, surtout du fait des hémorragies, en imposer pour un cancer du rectum.

En dehors de ces faits, c'est surtout l'*exploration opératoire* systématique qui fait découvrir une endométriose, insoupçonnée ou à laquelle on n'a même pas pensé. Il faut se méfier des *gros utérus* non franchement fibromateux, rechercher toujours les *petits kystes noirâtres* caractéristiques, enfin toujours *couper et examiner* la pièce enlevée *avant de refermer le ventre.* Redoubler d'attention s'il s'agit de l'ovaire, le *kyste goudronneux* étant souvent, mais non toujours, d'origine endométriale, enfin toujours *bien explorer la cloison R.-V.* (où les granulations ressemblent souvent à celles de la tuberculose et nécessitent une *biopsie*), ainsi que les *ganglions pelviens.*

D. PATHOGÉNIE. — C'est là le point crucial de la question. D'où viennent ces foyers ? La stérilité, l'aplasie génitale, la coexistence de fibromes ou d'autres lésions génitales sont des conditions prédisposantes. Quant à la cause vraie, elle a donné lieu à plusieurs théories que les rapporteurs discutent successivement.

1° La théorie de *von Recklinghausen*, qui assigne à l'endométriose une *origine dysembryoplasique à partir des restes wolffiens* a été la première hypothèse cohérente. Cet auteur, imbu des idées de Conheim, crut trouver dans les foyers endométriaux des réseaux tubulaires analogues à l'époophore, authentique résidu wolffien. Il considéra comme des ébauches glomérulaires certaines formations d'aspect polypoïde, composées de stroma et de tubes glandulaires. Cette thèse ne tarda pas à être violemment attaquée. La découverte des endométrioses extra-génitales lui porta un coup très dur. Puis la connaissance des réactions physiologiques de l'endométriose en acheva la vogue.

Il s'ensuivit que *Kossmann*, un peu plus tard, vint attribuer l'origine de l'endométriose à *des formations aberrantes provenant de l'épithélium du canal de Muller*, théorie qui n'expliquerait pas les localisations extra-génitales.

2° *Théorie métaplasique.* — Après l'abandon des théories de Recklinghausen et de Kossmann, plusieurs auteurs pensèrent que certains tissus ayant une origine embryologique commune avec la muqueuse utérine, pouvaient se métaplasier et subir une différenciation tardive vers la structure endométriale : cellules indifférenciées du péritoine (Ivanow, R. Meyer), voire métaplasie de cellules mésenchymateuses (génitoblastes de De Snoo), aucune de ces hypothèses ne peut expliquer convenablement les localisations extra-congénitales.

3° *Théorie de l'origine endométriale.* — Ce serait l'endomètre lui-même qui serait la source de l'endométriose. Or, l'endomètre, venu du corps utérin, peut se développer :

a) *Dans la paroi utérine* par le processus du *diverticule* (théorie de Cullen).

b) *Dans le bassin*, les *organes génitaux*, *la paroi abdominale* par le processus de la *greffe directe* en semis (Th. de Sampson).

c) *Dans l'utérus, le bassin, la paroi* et même *les membres ; théorie métastatique* (Halban).

Il semble bien que l'on doive aujourd'hui accepter tout ou partie de ces trois théories. Après les avoir longuement discutées (pages qu'il faut lire *in extenso* et qu'il est impossible de résumer en quelques lignes), les rapporteurs concluent ainsi :

La propagation de proche en proche, convient aux E. de l'utérus et à celles de la paroi, après hystéropexie.

La greffe en semis, facile à admettre pour les E. de la paroi, suites de césarienne ou d'hystérectomie fundique, est également valable pour les formes pelviennes, surtout s'il existe une E. de la portion interstitielle de la trompe.

La métastase (par voie veineuse ou lymphatique), expliquant à elle seule toutes les localisations, a gagné depuis peu les préférences de beaucoup d'auteurs. Il est en effet « peu satisfaisant pour l'esprit, d'être amené à choisir dans chaque cas et d'après le siège anatomique, la théorie adéquate parmi tant d'hypothèses disparates » (Gricouroff).

Tel est l'état actuel de la question. Les constatations précises ne sont pas encore assez nombreuses pour qu'il soit permis de conclure entre propagation, greffe par semis ou métastase, autrement que par sentiment ou tempérament.

Deuxième partie :

Diagnostic opératoire et traitement. —

M. **Delannoy** (Lille), rapporteur.

A. L'importante notion de la fréquence des endométrioses doit pousser le chirurgien, une fois le ventre ouvert, à procéder à un examen soigné des organes du petit bassin pour rechercher cette lésion qui a dû être fréquemment méconnue, faute d'appliquer la règle scientifique : superposition rigoureuse des constatations opératoires à l'histoire clinique et examen systématique des pièces.

Le rapporteur rappelle alors les aspects opératoires possibles de l'endométriose :

Dans le Douglas : la présence de sang, poisseux, chocolat ou goudron sans caillots. Détergé avec soin, l'ovaire ou les ovaires adhérents et relevés, le péritoine apparaît recouvert d'un enduit velvétique, brunâtre, extrêmement adhérent ou encore on trouve au niveau de l'isthme utérin et de l'insertion vaginale, une cicatrice étoilée, ombiliquée de 1 à 2 cm., épaisse et dense avec quelques petites taches ou kystes d'aspect hémorragique : cette cicatrice bloque l'utérus, empêche sa mobilisation et gêne la péritonisation.

L'ovaire ou les ovaires sont en règle fortement fixés par leur bord libre dans le fond du Douglas. Une fois libérés, on peut trouver à leur surface des cicatrices étoilées, blanchâtres de rupture ancienne, des taches brunâtres ou hémorragiques, des microkystes bleuâtres ou des kystes plus volumineux à contenu chocolat ou goudron.

Sur les trompes, au niveau de la portion isthmique surtout, ce sont les nodules de la salpingite nodulaire.

La constatation de pareilles lésions doit toujours engager le chirurgien dans une investigation soigneuse des autres organes du pelvis ou immédiatement avoisinants (rectum, portion abdominale des ligaments ronds, côlon sigmoïde, vessie et cul-de-sac vésico-utérin, cæcum, appendice, iléon. La difficulté d'un diagnostic sûr par le seul aspect macroscopique, l'importance de ce diagnostic pour la conduite opératoire, impliquent la *nécessité d'un examen histologique extemporané* par frottis ou prélèvement d'un fragment.

B. TRAITEMENT. — Il peut être médical, chirurgical ou radiothérapique.

1° *Traitement médical.* — Peu de partisans. De Snoo l'applique sous forme de repos et de psychothérapie, en raison de la fréquence des récidives après opérations conservatrices.

A titre palliatif, le repos, les cures hydro-minérales, l'hormonothérapie mâle, peuvent être conseillés.

2° *Traitement chirurgical.* — « Lorsqu'on soupçonne un endométriome, il faut toujours opérer d'abord pour assurer le diagnostic et qu'on peut espérer en opérant précocement faire une opération conservatrice « (Brocq).

De fait, l'opération est le seul traitement logique, dirigé à la fois contre les symptômes qui rendent insupportable la vie des malades, contre les complications possibles et contre les lésions fréquemment associées de fibromatose utérine et d'inflammations tubo-ovariennes.

Avant d'étudier la conduite à tenir dans les différentes formes de l'endométriome, Delannoy rappelle les notions fondamentales qui doivent diriger l'action chirurgicale :

a) *La notion de bénignité biologique et clinique.* — Bien que l'endométriose ait quelquefois une allure envahissante et puisse, exceptionnellement, entraîner la mort par ses complications, bien que son architecture la rapproche des tumeurs malignes, elle reste malgré tout une tumeur bénigne : évolution lente, absence de métastases à allure maligne, absence de récidives après extirpation complète ou après castration ovarienne.

b) *La notion de non-encapsulement*, qui explique la difficulté de certaines exérèses locales, leur insuffisance et partant les récidives.

c) *La notion du rôle de la sécrétion ovarienne.* — Capitale, elle donne au chirurgien la possibilité de guérir radicalement l'endométriose par une opération d'action physiologique : la castration totale, chirurgicale ou radiothérapique, et de traiter ainsi les localisations dont l'ablation serait dangereuse.

d) *La notion des localisations multiples.*

Par ailleurs, il faudra, dans la tactique opératoire, tenir le plus grand compte de l'âge de la malade et de ses propres aspirations (maternité, conservation de la fonction menstruelle ou opération radicale).

Cette tactique varie suivant le siège de l'endométriose.

A. ENDOMÉTRIOSE GÉNITALE. — *Laparotomie* suivie d'un *inventaire très soigneux* des lésions. Ensuite, *deux écoles : castration immédiate*, donnant d'excellents résultats et évitant les récidives, ou *opération conservatrice*, laissant chez les femmes jeunes une possibilité de grossesse. Le rapporteur se montre éclectique. L'une ou l'autre conduite dépendra essentiellement de *l'âge* de la malade.

L'endométriose diffuse nécessitera l'hystérectomie avec castration. Les *localisations tubaires* pourront être semi-conservatrices (hystérectomie fundique, salpingectomie, etc.). L'*E. ovarienne unilatérale* (bien vérifier l'autre ovaire) pourra également être conservatrice. L'*E. ovarienne bilatérale* nécessitera la castration double, quel que soit l'âge.

B. ENDOMÉTRIOSES PELVIENNES. — 1° *E. du Douglas.* — Exérèse locale si l'on peut éviter les blessures du rectum ou des uretères.

2° *E. recto-vaginale et E. diffuse pelvienne.* — Il est difficile de poser dans ces cas des règles trop rigides, mais on peut indiquer quelques principes s'inspirant « du moindre mal » :

a) Ne pas faire d'opérations mutilantes ou graves emportant en bloc toute la tumeur, opérations qui exposent dangereusement le rectum ou les uretères, ou enlèvent tout ou partie du rectum, mutilations exagérées pour une tumeur qui n'est pas maligne ;

b) Chez les femmes très jeunes, dans des conditions favorables, enlever le maximum de la tumeur en conservant 1 ou 2 ovaires si possible ;

c) Si l'ablation de la tumeur est impossible sans risques opératoires sérieux, faire la castration ovarienne, chirurgicale ou radiothérapique (possibilité des doses faibles) ;

d) Après 35 ans, faire la castration ovarienne, chirurgicale ou radiothérapique.

C. ENDOMÉTRIOSES DU TUBE DIGESTIF. — 1° *Rectum et côlon sigmoïde.* — Diagnostic précis pour éviter une grave mutilation inutile (E. prise pour cancer du rectum). La castration ovarienne (avec anus iliaque temporaire en cas de sténose) est l'opération de choix.

2° *Appendice, iléon, cæcum.* — Presque toujours diagnostic histologique fait après coup. Si le diagnostic a été fait, la castration est préférable.

D. AUTRES LOCALISATIONS. — a) *Vessie.* — Cystectomie partielle ou taille. Le plus souvent craindre les complications locales et agir sur l'ovaire (castration par rayons).

b) *Ombilic.* — Omphalectomie totale ou partielle.

c) *Cicatrices opératoires.* — Traitement palliatif par précautions opératoires minutieuses. Exérèse en bloc.

d) *E. inguino-crurales, ligament rond.* — Exérèse locale facile.

e) *Vagin.* — Exérèse par voie vaginale.

f) *Vulve, périnée.* — Exérèse locale souvent difficile.

g) *Membres.* — Trois cas connus. Résultats éloignés.

3° *Traitement radiothérapique.* — Malgré ses détracteurs, il conserve quelques indications précises :

a) *Les récidives.* — Ce qui légitime le traitement chirurgical conservateur, c'est précisément de pouvoir traiter efficacement les récidives de l'endométriose pelvienne par les rayons X ;

1. Voir *La Presse Médicale*, 13 octobre 1945, n° 41, 550 et 20 octobre 1945, n° 42, 563.

b) *Les contre-indications générales de l'opération.* — Tares organiques, mauvais état général, cardiopathies mal compensées ;

c) *Les contre-indications locales de l'opération.* — Endométrioses étendues, envahissantes du petit bassin, dans lesquelles l'opération complète peut être difficile ou dangereuse ;

d) *Le voisinage de la ménopause.* — Quand le diagnostic est fait et que celle-ci tarde à s'installer.

Enfin le radium a pu être employé seul dans les endométriomes vaginaux (H. Kuaus) ou parallèlement à la radiothérapie ou comme complément d'une exérèse incomplète dans l'endométriose pelvienne.

CONCLUSIONS. — L'endométriose est une affection fréquente qui frappe la femme uniquement pendant la période d'activité génitale.

Cette fréquence méconnue doit engager les chirurgiens à la rechercher et à la diagnostiquer au cours des opérations en s'aidant au besoin de l'examen histologique extemporané.

C'est une affection biologiquement bénigne dont le devenir clinique dépend de l'activité ovarienne.

La guérison clinique complète peut donc être obtenue par la ménopause artificielle résultant de castration ovarienne totale chirurgicale ou radiothérapique.

Cependant dans son traitement doivent intervenir des considérations d'âge, de maternité, de localisations, de formes anatomiques qui légitiment souvent un traitement chirurgical qui pourra être conservateur.

Les résultats en sont satisfaisants si les indications en sont sévèrement discutées.

La radiothérapie, à doses de castration totale, permettra d'éviter l'opération itérative, de traiter les récidives et les cas inopérables.

Addendum.

Depuis la publication de ce rapport, en 1939, le *traitement médical* s'est enrichi d'une thérapeutique nouvelle avec l'*hormonothérapie masculine* qui paraît agir favorablement sur les symptômes douleur et hémorragie. Son action sur la réduction de volume de la tumeur est moins constante et plus discutable. Son emploi est indiqué chez les femmes au voisinage de la ménopause et surtout dans les récidives post-opératoires. Malheureusement ce traitement est d'une technique délicate, très onéreux par la fréquence des injections nécessaires, pouvant enfin à dose élevée, produire des phénomènes désagréables de virilisme.

Le *traitement chirurgical* peut avec avantage être complété par la *résection du nerf présacré* surtout dans les formes dysménorrhéiques. Dans l'*endométriose diffuse pelvienne*, au sujet de laquelle les discussions sont les plus âpres entre radicaux et conservateurs, il semble qu'il ne faille pas vouloir pousser à l'extrême les exérèses, sous peine d'accidents vésicaux, urétéraux ou rectaux graves. La radiothérapie et l'emploi de testostérone viendront compléter le traitement.

En cas de *coexistence de grossesse*, éventualité assez rare, certains auteurs, pour éviter la dilatation difficile du col et la traversée pénible de la filière génitale, ont préconisé la *césarienne* simple ou suivie d'hystérectomie, laissant l'E. en place pour assurer la fonction menstruelle.

DISCUSSION.

— MM. **Cotte, Mathieu** et **Guillemin** (Lyon) ont traité 259 endométrioses, 200 à localisation unique (dont 35 E. de la trompe et de la corne utérine, que les auteurs estiment ne pas devoir séparer dans le cadre nosologique et 52 E. du péritoine), 58 à localisations multiples (dont 1 de l'S iliaque et 1 de l'appendice), enfin 1 cas de localisation exceptionnelle (arcade crurale). Dans les indications, Cotte estime que l'on a exagéré les rapports de l'E. avec la stérilité. Pour sa part, il a observé dans plus de 50 pour 100 des grossesses normales chez ses malades. Aussi fait-il un chaud plaidoyer pour un traitement *conservateur* poussé jusqu'à ses extrêmes limites.

— M. **Rocher** (Bordeaux) relate une observation d'endométriome bilatéral juxta-pubien extra-pelvien (localisation très rare) chez une femme jeune à antécédents bacillaires (adénite cervicale, synovite du genou), ce qui fit prendre tout d'abord pour un tuberculome pubien la tumeur observée dans la région juxta-pubienne. C'est seulement après l'ablation de la tumeur et son examen que, la nature endométriale reconnue, on apprit que la masse était douloureuse et principalement au moment des règles où se produisaient des poussées.

— MM. **Masmonteil** et **Leuret** (Paris) discutent longuement la pathogénie de l'endométriose et considèrent le péritoine comme le *primum movens* de l'affection, qu'il s'agisse de la séreuse normale adulte ou de ses nombreux reliquats (fascias d'accolement, canal vagino-péritonéal, etc.), ainsi que des organes inclus entre feuillets péritonéaux, comme le ligament rond. Remarquant que l'E. se retrouve partout où existe (ou a existé) du péritoine, ils tirent de leur importante étude la conclusion suivante : l'E. serait le *développement d'une couche cellulaire* : 1° Appartenant au péritoine génital (sensibilité métaplasique) ; 2° En ses zones vestigiales (cellules agrégées jeunes et d'autant plus plastiques) ; 3° Ayant subi, lors de l'arrêt des gonocytes primaires, une métaplasie hétérotopique, liée à une action diffuse, excessive et aberrante de ceux-ci.

— M. **Palmer** (Paris) relate 11 cas personnels dans lesquels il s'est montré nettement conservateur, opérant toujours *a minima* et « à la demande ». Bien qu'ayant conservé des ovaires atteints d'E. dans 5 des 11 cas, il n'a pas vu de récidive chez ses malades, avec un recul variant de 2 à 8 ans. En cas de récidive tardive, il recourrait à la castration radiothérapique.

— M. **Moulonguet** (Paris) communique les résultats qu'il a obtenus par l'emploi de l'hormone mâle, précisant les questions de dosage et de technique.

COMMUNICATIONS PARTICULIÈRES (*suite*).

Quelques causes d'erreurs dans le diagnostic et le traitement des cancers du testicule. — M. **Chevassu** (Paris). 1° *Diagnostic.* Il est relativement facile d'éliminer les affections de la vaginale. Celles de l'épididyme sont parfois plus délicates (coexistence de lésions vésiculo-différentielles dans la tuberculose, palpation méthodique de l'épididyme de bas en haut). Lorsque la lésion est nettement testiculaire, que le T. grossit ou change de consistance, c'est presque sûrement un cancer. La syphilis gommeuse et la tuberculose massive sont très rares. La grosse difficulté est de distinguer le séminome de l'embryome et du placentome (distinction capitale pour le pronostic) ; 2° *Traitement.* C. recommande des manœuvres aussi douces que possible et la ligature première et rapide du cordon. Il proscrit formellement la ponction ou la coupe en cours d'intervention, toutes ces manœuvres facilitant la dissémination. La radiothérapie post-opératoire a son utilité, à condition d'être appliquée dans la région des ganglions lombo-aortiques.

Chirurgie rénale à ciel ouvert. — M. **Heitz-Boyer** (Paris) décrit cette technique avec projections à l'appui. Il obtient un jour considérable, permettant d'extérioriser facilement de très gros reins, avec une longue incision iléo-lombo-costale et la résection systématique en totalité et *non sous-périostée* de la 12e côte. Des films cinématographiques très démonstratifs sont projetés dans la séance suivante.

I. ***Tactique opératoire des traumatismes complexes de la hanche.*** II. ***Infiltration splanchnique, traitement de la sténose pylorique et des vomissements spasmodiques du nourrisson.*** — M. **Luzuy** (Blois).

Etude radiographique de la hanche de profil chez l'adulte. — M. **Charry** (Toulouse) étudie successivement l'image de la hanche saine, puis ses déformations dans la subluxation et dans les arthrites déformantes. Ses conclusions sont les suivantes :

1° L'étude du cliché de profil dans la hanche saine, donne 3 images différentes mais très caractéristiques chacune, selon la position de rotation imprimée au membre.

2° La subluxation congénitale chez l'adulte est signée par la perte de congruence de la partie postérieure de l'interligne articulaire — parfois ébauchée, souvent très marquée, selon le moment de l'évolution.

3° Il existe une différence totale entre l'arthrite déformante secondaire à la subluxation congénitale et l'arthrite déformante préventive essentielle : incongruence de la partie postérieure de l'interligne dans le premier cas, respect de son parallélisme dans le second.

Les résections partielles de la hanche dans le traitement de l'arthrite chronique. — M. **Massart** (Paris) estime que les résections partielles « à la demande » doivent prendre le pas sur toutes les autres interventions, en particulier sur l'arthrodèse, les butées, le forage et même les résections arthroplastiques. Dans toutes ces opérations on peut observer d'importantes séquelles dues pour la plupart à une importante réaction articulaire et post-articulaire qui limite le mouvement, *distend les ligaments* et les rend douloureux. Avec les résections partielles, outre de meilleurs résultats fonctionnels, on évite une immobilisation prolongée, ce qui est important chez les gens âgés.

Traitement de l'incontinence orthostatique par la cervico-cystopexie. — M. **Perrin** (Lyon) préconise cette opération, aussi simple, beaucoup moins grave par contre et moins compliquée, que celle de Gœbel-Stockel. Elle a pour but, agissant par voie suspubienne sous-péritonéale, de modifier la statique du col et de la portion sus-jacente de la vessie, en les attirant et en les fixant en avant contre les insertions pubiennes du grand droit, technique comparable à la ventro-fixation de l'utérus rétroversé. C'est à l'incontinence orthostatique seule qu'il faut réserver cette intervention.

Traitement chirurgical des sciatiques. — M. **Sicard** (Paris) expose sa conduite thérapeutique basée sur une centaine de cas, précisant qu'il s'agit toujours de sujets *jeunes*, de sciatique *unilatérale* particulièrement douloureuse et rebelle aux médications classiques.

Dans les antécédents on relève toujours un traumatisme lombaire ou simplement un effort disproportionné avec l'aptitude physique du sujet. L'examen montre toujours les deux signes suivants : attitude antalgique du rachis avec forte contracture lombaire, signe de Lasègue unilatéral. Le lipiodol sous-arachnoïdien donne des résultats souvent décevants et l'auteur ne l'utilise plus. La hernie discale reste la cause de beaucoup la plus fréquente et Sicard en rappelle les signes et la technique de l'intervention qu'il fait toujours sous anesthésie à l'évipan.

Exploration lipiodolée de l'espace épidural dans le « spina bifida occulta ». — MM. **Delchef** et **Petit** (Bruxelles) exposent, avec projections à l'appui, cette méthode de diagnostic et discutent les objections qui ont pu lui être faites. Sans aller jusqu'à prétendre résoudre par ce procédé la pathogénie de cette affection si rebelle qu'est l'énurésie, ils veulent simplement rappeler que chez les porteurs de S. B. O. congénital et les énurésiques en particulier, l'exploration lipiodolée par voie sacro-coccygienne permet de mettre sûrement en évidence un blocage éventuel de l'espace épidural. L'étude ultérieure de l'énurésie et l'interprétation pathogénique qu'on en peut déduire gagneraient, à leur avis, d'être poursuivies à la lumière de cette exploration inoffensive et fidèle.

A propos de 450 pneumothorax extra-pleuraux. — MM. **Le Foyer** et **E. Delbec** (Paris), qui ont une expérience, de 8 ans et de plus de 450 pneumothorax extra-pleuraux, considèrent cette opération comme l'intervention de choix dans le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire.

Les complications hémorragiques ou suppuratives, qui avaient permis des critiques très vives il y a quelques années, sont exceptionnelles et peuvent être évitées le plus souvent lorsque l'intervention est réalisée avec les soins opératoires et post-opératoires minutieux qu'elle nécessite.

A propos des abcès du cerveau. — M. **Ferey** (Saint-Malo). La neuro-chirurgie a permis à Clovis Vincent de mettre au point une technique d'ablation en bloc des abcès du cerveau qui marque un point capital dans le traitement de cette lésion.

La conduite à tenir qu'il conseille et dont l'auteur s'est toujours bien trouvé paraît la suivante : utiliser tous les antimicrobiens connus, y compris bien entendu la pénicilline, si l'on a la chance d'en posséder, attendre le plus longtemps possible, 6 semaines à 2 mois, la formation de la coque en surveillant : fond d'œil, état général, température, pouls, polynucléose. Si on ne peut attendre, faire une décompressive, en profiter pour ponctionner l'abcès et y injecter soit du nitrate d'argent, soit du mercurochrome, soit du septoplix, soit de la pénicilline, soit même rien du tout. Dans un second temps, intervenir et enlever en entier l'abcès et sa coque comme s'il s'agissait d'une tumeur absolument aseptique.

Remarques sur l'organisation et le fonctionnement des services chirurgicaux dans la zone des armées. — M. **Curtillet** (Alger) insiste sur l'importance de plus en plus grande des formations chirurgicales avancées multiples pour faire bénéficier de l'intervention rapide le plus grand nombre de blessés possible, en particulier les grands choqués, les thorax graves et surtout les abdominaux. Cette méthode est préférable au transport aérien par l'avion, qui n'a pas toujours donné ce qu'on en attendait. Par contre, les craniens, les maxillo-faciaux, les yeux et les brûlés ont intérêt à être transportés à l'arrière et soignés dans le calme.

PRÉSENTATION DE FILMS ET APPAREILS.

Chirurgie biliaire sous contrôle manométrique et radiographique peropératoire. — M. **Mallet-Guy** (Lyon).

I. ***Néphrectomie par l'incision iléo-lombo-costale.*** *a*) pour tuberculose ; *b*) pour cancer du rein. II. ***Néphrolithotomie pour calcul pyélorénal volumineux et calculs multiples intracaliculaires.*** — M. **Heitz-Boyer** (Paris).

Appareil d'anesthésie à « rebreathing ». M. **King** (Londres).

Technique de la résection du coude pour ankylose consécutive aux blessures de guerre. — M. **Dupuy de Frenelle** (Paris).

Technique de l'infiltration du splanchnique. Technique de la résection du splanchnique par voie rétro-péritonéale, d'après Leriche. — M. **Bur** (Obernai).

Quelques points de technique personnelle apportés aux techniques Aubert-Biesenberger-Hollander dans la chirurgie plastique des seins. — M. **Montant** (Paris).

Présentation d'une table chirurgicale radiologique. — M. **Heitz-Boyer** (Paris).

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Le prochain Congrès aura lieu le 7 Octobre 1946, sous la présidence de M. **de Fourmestraux** (Chartres). Les questions suivantes seront discutées :

1° *Identification et traitement des embolies pulmonaires post-opératoires :* MM. **Redon** (Paris) et **Fontaine** (Strasbourg), rapporteurs.

2° *Conservation des fonctions sphinctériennes dans la chirurgie du rectum :* MM. **d'Allaines** (Paris) et **Vernejoul** (Marseille), rapporteurs.

3° *Réparations des plaies avec perte de substance des troncs nerveux des membres, d'origine traumatique :* MM. **Merle d'Aubigné** (Paris), **Wertheimer** (Lyon) et **Dejardin** (Bruxelles), rapporteurs.

Question proposée pour le Congrès de 1947 : *Traitement opératoire du cancer de l'œsophage médiastinal :* MM. **Alain Mouchet** (Paris) et **Santy** (Lyon), rapporteurs.

Elections. — M. **Baumgartner** (Paris) est élu vice-président du Congrès de 1946. M. **Fiolle** (Marseille) est élu membre du Conseil d'administration.

MICHEL DENIKER.

SOCIÉTÉS DE PARIS

ACADÉMIE DE MÉDECINE

16 Octobre.

Addition au pain de farine de soja ; attribution 'e cette farine aux individus en état de dénutrition. — **M. Tanon**, rapporteur, au nom de la Commission du ationnement alimentaire, propose à l'Académie de onner un avis favorable à cette addition, tout en remarnant que les protéines du soja ne peuvent remplacer elles de la viande. D'autre part, la Commission ne voit as d'inconvénients à ce qu'on distribue de la farine de oja aux titulaires des cartes de suralimentation.

Mécanisme de la lyse pénicillinique. — **MM. Levaditi** et **Vaisman**, pour préciser ce phénomène, ont tilisé les techniques de colorabilité du staphylocoque et u colibacille par le nitrate d'argent ; la pénicilline attéue ou efface complètement l'argyrophilie de la memrane limitante. Le blocage de l'équipement enzymatique ui préside à la division cellulaire provoque l'hypertrohie des éléments bactériens apparaissant à la phase préytique du phénomène ; il s'agit d'une activité physicohimique du principe antibiotique ayant pour conséuence des modifications radicales de la perméabilité de membrane et des perturbations de l'osmose : de là, le onflement des bactéries et leur transformation en stronas non argentophiles qui persistent longtemps dans les ilieux de culture, tout en cessant d'être cultivables.

Les altérations des voies bronchiques dans les neumoconioses et leur importance dans la détermination des symptômes fonctionnels. — **M. Policard**, ayant étudié plus de 100 cas de silicose et de silicouberculose, montre que les bronches à cartilage présentent les signes habituels de l'inflammation chronique vec hypertrophie musculaire et atrophie de l'appareil lastique ; les bronchioles ne sont plus caractérisables ans les régions fibrosées ; dans les zones moins tteintes, elles sont toujours altérées ; disparition de 'épithélium, hypertrophie de la musculaire, atrophie t dislocation de l'appareil élastique, infiltration lymhocytiforme de la paroi, accumulation de cellules à oussière dans la gaine hypertrophiée. L'oblitération ronchique aboutissant à l'atélectasie joue sans doute n rôle dans le développement des fibroses massives et es lésions bronchiques expliquent la dyspnée, mieux ue l'emphysème ou les troubles musculaires.

La radiographie systématique des mineurs au harbon ; organisation du dépistage de la silicose. **MM. Martin** et **Roche**, ayant radiographié systématiuement 3.000 mineurs environ, ont trouvé dans 0,1 pour 100 des cas des anomalies imputables à la fibrose ulmonaire professionnelle ou silicose. Chez les mieurs exclusivement au charbon, le pourcentage des nomalies pulmonaires s'accroît assez régulièrement vec la durée du séjour dans le fond ; chez les mineurs u charbon et au rocher, la progression fait un bond urprenant à partir de la 10e année, sans que le temps assé au rocher ait une importance manifeste. Les aueurs envisagent l'organisation du dépistage et de la rophylaxie.

Les insuccès du traitement antirabique. — **M. Remlinger** discute les interprétations proposées des nsuccès du traitement antirabique : l'existence de virus ara-rabiques n'est pas démontrée ; les virus renforcés xistent bien pour le lapin mais pas pour l'homme ; les lifférentes méthodes de vaccination se valent ; l'alcoolisme ne joue aucun rôle. Il y a dans cette question des nsuccès beaucoup d'impondérables et de paradoxes ; 'auteur rapporte à titre d'exemple le cas d'une femme raitée intensivement 3 heures après la morsure et tteinte de rage le 23e jour.

A propos d'une mission au Canada et aux Etats-Unis. — **M. Baudouin**.

Lucien Rouquès.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

17 Octobre 1945.

Le Président *fait part du décès du Dr René Bloch, lu Professeur Jeanneney, du Professeur Froelich* et rononce une allocution.

Lobectomie pour cancer du poumon. — **M. Robert Monod** présente un malade très heureusement guéri. Il emble que la pénicillothérapie pré- et post-opératoire ait té particulièrement efficace.

Sur un cas d'anomalie biliaire. — **M. Caby**, **M. Toupet**, rapporteur. Il s'agissait d'une anomalie biliaire du remier type où le cystique aboutissait dans la branche lroite du canal hépatique. Après section de ce qui avait té pris pour un canal cystique, Caby s'aperçut qu'il 'agissait de cette anomalie. Il fit alors une anastomose du ystique au duodénum, rétablissant le cours du canal hépaique droit par dérivation. M. Toupet pense qu'il est préérable de faire les cholecystectomies d'avant en arrière lans les cas difficiles. L'autre type d'anomalie est réalisé ar la présence fréquente de canal cystique accessoire. Elle est bien plus aisée à traiter.

Accidents consécutifs à la compression prolongée les masses musculaires. — **M. Pervès**, rapporteur. listoire des habitants d'une ville méditerranéenne qui, éfugiés lors d'un bombardement aérien, se trouvèrent coincés les uns sur les autres dans un tunnel. Les rescapés de cet amalgame humain invraisemblable, présentèrent des lésions musculaires très spéciales. Ces troubles sont analogues à ce qui a été décrit à l'étranger sous le nom de « crush injuries ». De grosses masses musculaires distendues et blanchâtres chez des blessés souvent subictériques et parfois anuriques.

Ce syndrome des ensevelis caractérisé par une compression forte et prolongée des masses musculaires, aboutit donc souvent à l'insuffisance rénale. Le choc présenté par les blessés est presque certainement un choc toxique. Ensuite se constitue une néphrite parenchymateuse. Il semble à l'auteur nécessaire de faire la décapsulation le plus tôt possible.

M. Jean Gosset rappelle que le shock initial est absolument superposable dans le syndrome des écrasés avec ce qui se passe dans les levées de garrot. Deux sortes d'accidents immédiats : hypotension, olighémie, et augmentation de volume fantastique des membres par exhémie. Secondaires : troubles rénaux, oligurie, néphrite. L'orateur ne pense pas qu'il s'agisse de phénomènes toxiques.

A propos du traitement des pseudarthroses du col de fémur. — **M. Merle d'Aubigné** apporte 60 observations de pseudarthroses du col fémoral traitées par lui.

Il a fait d'abord des résections arthroplastiques et pense que les résultats sont lents à venir, et que la mobilité est toujours limitée.

Les ostéotomies basses type Pauwels ont donné 4 bons résultats, mais avec du genu valgum.

L'ostéotomie haute intertrochantérienne a été moins satisfaisante, le moyen fessier étant trop raccourci.

La technique de l'auteur, qu'il a exposée dans le *Journal de Chirurgie*, en 1941, lui a donné d'excellents résultats : ostéotomie modelante pour horizontaliser la surface de section et rétablir les lignes de force, abaissement du trochanter pour retendre le moyen fessier. Des clichés montrent les variantes de l'affection et ses résultats.

Réfection d'un condyle aux dépens de la rotule. — **M. Merle d'Aubigné** chez un blessé de guerre a pu refaire le condyle interne aux dépens de la rotule. Le résultat est excellent.

Présentation de pièce. — M. Sénèque.

J. Calvet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

12 Octobre 1945.

Un nouveau cas d'association de maladie de Paget et de carence calcique. — **MM. E. Boltanski** et **G. Ruaud** relatent une observation qui, comme celles de MM. de Sèze et Cl. Durand, concerne une maladie de Paget dans laquelle les douleurs, extrêmement intenses, étaient secondaires à une carence calcique associée. La preuve fut faite par l'action remarquable de la thérapeutique recalcifiante.

Avortement au cours d'une cure de pénicilline. — **MM. E. Boltanski** et **G. Ruaud** ont vu s'interrompre une grossesse de 2 mois 1/2 au cours du traitement d'un rhumatisme gonococcique par la pénicilline. Ils se bornent à enregistrer le fait sans conclure à une relation de cause à effet.

Ostéomyélite vertébrale avec quadriplégie. Sulfamides, vaccin, pénicilline, immobilisation. Guérison. — **MM. Roger Cattan** et **André Corcos**. A la suite d'une pyodermite banale, un homme de 56 ans présente une raideur très importante du cou. La ponction lombaire met en évidence un syndrome de Froin avec 10 *g*. 40 d'albumine par litre et 15,6 lymphocytes par millimètre cube. Une amélioration est d'abord obtenue par la sulfamidothérapie. Secondairement apparaît un abcès dans la fosse sus-claviculaire droite et le sujet est traité par la vaccinothérapie. L'immobilisation plâtrée, l'usage de pénicilline à doses modérées par voie sous-cutanée et en injections dans la cavité de l'abcès n'empêchent pas l'apparition tardive, 2 mois après le début, d'une quadriplégie qui guérit en 3 mois, ne laissant persister que des séquelles minimes. Les examens radiographiques semblent permettre de localiser le foyer osseux sur la lame postérieure gauche de la 5e vertèbre cervicale. Le mécanisme exact de cette quadriplégie tardive et curable reste mystérieux. La guérison ne peut être mise à l'actif de la pénicilline qui ne fut utilisée que tardivement et à petites doses.

Noma d'origine médicamenteuse. Guérison par la pénicilline. — **MM. Raoul Dana, André Corcos** et **Henri Cohen**, présentés par **M. Cattan**. A la suite d'un traitement par le cyanure de mercure et le bismuth au cours d'une néphrite chronique chez un syphilitique avéré, se montra une véritable gangrène de la muqueuse buccale avec aspect pseudo-phlegmoneux du plancher de la bouche. Guérison presque immédiate à la suite de l'administration de 300.000 unités de pénicilline en 3 jours. Pas d'aggravation de l'état rénal.

Hémopéritoine spontané au cours d'une fièvre typhoïde. — **M. Cathala** rapporte un nouveau cas d'hémopéritoine spontané au cours d'une fièvre typhoïde, très analogue à celui qu'il a relaté récemment. L'enfant était entré à l'hôpital avec un syndrome péritonéal et des signes généraux intenses. La laparotomie révéla l'existence d'un hémopéritoine. Les examens de laboratoire montrèrent l'origine éberthienne de l'infection. La mort survint bientôt. A l'autopsie, lésions typiques de la dothiénentérie au niveau du grêle.

Guérison apparente de deux cas d'endocardite lente à « Str. viridans » par des doses massives de pénicilline. — **M. L. de Gennes** présente 2 enfants, atteints de maladie de Roger, qui s'est compliquée d'endocardite lente à *Str. viridans*.

Chez le premier, un garçon, des doses énormes de sulfaméthyldiazine n'avaient amené aucune sédation. Des doses modérées de pénicilline n'avaient pas non plus donné de résultat tandis qu'un million d'unités par jour, à raison de 8 injections intramusculaires par 24 heures, et répétées pendant 15 jours de suite (38 millions d'unités au total) firent tomber la fièvre au bout de quelques jours, disparaître progressivement l'anémie, les cylindres granuleux et les troubles de la sédimentation globulaire en même temps que l'état général se transformait totalement.

Chez la seconde malade, une jeune fille, l'endocardite lente s'était installée en Mars 1945. Des doses modestes de pénicilline, 4.600.000 unités en 15 jours, firent bien baisser la température, mais les hémocultures restaient positives. En Septembre, on commença à faire des doses massives de pénicilline, 1.600.000 unités par jour pendant 8 jours (au total 48 millions d'unités). La fièvre tomba définitivement en quelques jours ; toutes les hémocultures restèrent désormais négatives ; les troubles du rythme cardiaque disparurent ; le poids augmenta de 6 *kg*. ; l'état général se modifia à tel point qu'il y a apparence de guérison. Celle-ci ne peut être affirmée, pas plus que dans le cas précédent, mais l'amélioration est impressionnante.

L'auteur insiste sur l'inutilité et même le danger des doses modérées de pénicilline dans l'endocardite d'Osler. L'héparine, d'autre part, a été abandonnée par les Américains, en raison des hémorragies cérébrales qui ont été observées.

— **M. Lemierre** souligne l'intérêt de cette communication. Il semble bien que l'endocardite soit en passe de devenir une maladie curable : mais il faut atteindre des doses énormes de pénicilline.

— **M. Lenègre** a observé un malade qui semble avoir été guéri par ces doses considérables, mais il présente actuellement des troubles d'insuffisance cardiaque.

— **M. Flandin** a vu un cas analogue.

— **M. Lemierre** signale que l'augmentation de la production de pénicilline permet dès maintenant l'emploi de telles doses ; un service spécial devrait être réservé aux malades justiciables de cette thérapeutique.

Syndrome pseudo-tumoral au cours d'une néphrite chronique hypertensive chez une enfant de 12 ans. — **MM. Ch. Sarrouy, Combe** et **Groscolas** (Alger). Chez une fillette de 12 ans, atteinte de néphrite chronique datant de 6 ans, avec syndrome hypertensif et hyperazotémique, brutalement s'est installée une hypertension intracranienne, à forme pseudo-tumorale, par méningite séreuse hypertensive.

Ce syndrome pseudo-tumoral, amélioré rapidement lors du premier accident par une ponction lombaire décompressive, a repris une allure évolutive lors de chaque sortie de l'enfant dans le milieu familial pour aboutir la seconde fois à une mort rapide avant toute nouvelle intervention.

Les auteurs ont assisté chez cette enfant à l'évolution implacable d'une hypertension artérielle qui mérite bien le nom d'hypertension artérielle maligne, et ils regrettent de n'avoir pas fait pratiquer une trépanation décompressive.

P.-L. Marie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

13 Octobre 1945.

Production expérimentale d'un syndrome pellagreux. — **M. Raoul Lecoq** montre qu'il est possible d'obtenir chez le rat un syndrome pellagreux, avec un régime purifié renfermant 8 pour 100 d'ovalbumine e privé de vitamine B, mais additionné d'aneurine et de riboflavine. L'adjonction quotidienne d'amide nicotinique (avec l'apport correspondant d'adénine pour permettre son utilisation en assurant la formation de coenzyme dans l'organisme du rat) prévient l'apparition du syndrome pellagreux ; de même, le remplacement de l'ovalbumine par le même taux de caséine purifiée. La guérison du syndrome déclaré n'est obtenue toutefois ni par l'injection, ni par ingestion d'amide nicotinique + adénine (même à dose 10 fois supérieure à celle de la prévention). Par adjonction de levure de bière sèche elle reste partielle (repousse des poils irrégulière e teinte brunâtre) et ne devient complète que par substitution du germe de blé à la levure.

Propriété physiologique d'un nouvel acide gras éthylénique α-α disubstitué. — **MM. Jean Paraf Jean Desbordes, Buu-Hoi, Ratsimamanga** et **Cagniant** ont continué leurs recherches expérimentales sur les effets physiologiques d'acides gras fortement ramifiés Des résultats qu'ils présentent aujourd'hui on peu déduire que dans les phénomènes toxiques observés au cours de la tuberculose et qui sont souvent sans rappor avec l'importance des lésions radiologiques, il faut peut être accorder une place importante aux acides gras non saturés à côté des décharges protéiques. Les acides gras ramifiés et *non saturés* agiraient de deux façons concomitantes : d'abord action « tuberculigène » due à leur configuration moléculaire si spéciale, et ensuite action toxique et cachectisante due à leur double liaison. D'où l'hypothèse que l'action décrite par certains auteurs de l'amide nicotinique et niée par d'autres n'est pas spécifique mais adjuvante (renforcement des systèmes d'oxydoréduction des malades et saturation des molécules non saturées avec neutralisation des effets toxiques, les effets tuberculigènes restant intacts).

Relations entre les virus neurotropes Theiler aphteux et poliomyélitiques Lansing. — MM. C

evaditi et **A. Vaisman** ont étudié, du point de vue e l'immunité croisée, trois souches de virus neurotropes, 'heiler, aphteux et poliomyélitique Lansing. Le fait que souche Theiler a été isolée d'une infection névraxique pontanée de la souris laissait supposer qu'il en a été eut-être de même des deux autres. Or, il n'existe aucun tat réfractaire acquis entre ces trois souches. On en éduit que ces virus sont totalement dissemblables et que i l'ultragerme isolé par Theiler provient réellement 'une maladie spontanée des muridés, il en est tout utrement des virus aphteux et Lansing, lesquels résulent d'une adaptation au névraxe de cette espèce animale.

Nombre et virulence. Infection récurrentielle. — IM. **C. Levaditi** et **A. Vaisman** ont précisé les rapports ntre le nombre des *Spirochæta duttoni* et la virulence. e nombre a été déterminé par examen en lumière fluoescente. Le chiffre minimum des parasites, capables e conférer la spirochétose, varie dans des limites considérables (de 72 à 460.000), et il en est de même du taux e la virulence précisé par la méthode des dilutions rogressives. Par contre, l'activité pathogène des cerveaux provenant de souris sacrifiées longtemps après la térilisation du sang et des organes est fixe (10^{-1}). Tout orte à penser que dans le névraxe de ces sujets le irus récurrentiel est présent à la phase infravisible e son cycle évolutif et qu'à cette phase il confère au ystème nerveux un pouvoir pathogène constant.

Infiltration novocaïnique de la fourche carotidienne et intoxication botulique expérimentale du obaye. — MM. **R. Legroux** et **Jean-C. Levaditi** prouent par leurs expériences que cette infiltration qui, chez homme agit contre le collapsus vasculaire d'origine éritonéale, n'empêche pas la chute de la tension artéielle au cours de l'intoxication botulique expérimentale. ltant donné que la respiration artificielle, accompagnée u non d'oxygène pur, permet de réagir contre la baisse e la tension artérielle, ceci confirme que l'arrêt respiatoire est, dans l'intoxication botulique, le phénomène rimaire. Il n'y a donc pas lieu d'essayer en thérapeuique l'infiltration novocaïnique de la fourche carotiienne au cours de l'intoxication botulique humaine.

Sur la pénétration transcutanée des huiles essenielles et de leurs constituants chimiques. — M. G. 'alette a déterminé la vitesse de pénétration d'un certain nombre d'huiles essentielles et de leurs constituants himiques dans la peau du lapin. Les essences de térébenthine, de thym et d'eucalyptus se montrent les plus énétrantes et, parmi les constituants des essences, le inène et l'eucalyptus se révèlent les plus actifs. Des ssais d'intoxication ont été réalisés sur la souris en ppliquant sur la peau des animaux les substances douées 'un pouvoir pénétrant élevé. Les meilleurs résultats ont té obtenus avec l'acétate de géranyle, l'eucalyptus et méthyl-nonyl-cétone.

Sur la pénétration transcutanée des alcaloïdes. — M. **G. Valette** montre dans cette note que non seuement les bases alcaloïdiques mais encore les sels des lcaloïdes sont susceptibles d'être introduits chez l'animal ar voie transcutanée, grâce à l'emploi de solvants doués l'un fort pouvoir pénétrant comme l'eucalyptol. Des xpériences faites sur le lapin avec la morphine, la trychnine, la pilocarpine, l'aconitine et leurs sels resectifs ont permis d'observer les effets pharmacologiques ropres à chacun de ces corps et, pour des doses suffiamment élevées, l'intoxication de l'animal.

Action de l'iodadrénochrome sur la résistance des apillaires. — MM. **L. Parrot** et **H. Cotereau** monrent que ce dérivé de l'adrénaline, qui est dépourvu des ctions pharmacologiques classiques de cette hormone, xerce cependant, comme cette dernière, une action considérable sur la résistance des capillaires. Il est possible ue les actions secondaires de l'adrénaline, en général, oient imputables à l'un des produits de son métaboisme, tel que l'adrénochrome. L'emploi thérapeutique le ce corps serait d'un grand intérêt : il permettrait en omme, dans la prévention du choc opératoire, par xemple, d'utiliser les actions secondaires de l'adrénaline sur le temps de saignement, sur la résistance des capilaires, etc.) sans être limité par ses actions primaires.

Inversion, par la pyridine, de certaines propriétés hysico-chimiques des protéines du sérum de lapin t de cheval. — M. **J. Solomidès**.

Aspects chimiques de l'hémolyse provoquée par a glycérine et la pyridine. — M. **J. Solomidès**.

La microscopie en fluorescence de « Rickettsia rowazeki ». — MM. **Jean-C. Levaditi** et **R. Panhier**.

Développement comparatif de la production de 'antitétanolysine et de l'antitoxine spécifique chez es chevaux producteurs de sérum antitétanique. — MM. **E. Lemétayer** et **L. Nicol**.

Etude des relations entre la durée d'action des nesthésiques locaux et la viscosité du solvant. — I. **F. Meidinger**.

A. ESCALIER.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE MICROBIOLOGIE

(Association des microbiologistes de langue française)

5 Juillet 1945.

Variabilité de la virulence d'une souche de bacilles tuberculeux biliés au cours de l'infection chez le cobaye. — M. **F. van Deinse**. Un ganglion prélevé par biopsie chez un cobaye tuberculeux se montre incapable de tuberculiser un cobaye neuf. Dans d'autres cas, au contraire, on observe un retour à la virulence au cours de passages qui font suite au cobaye indemne (inoculé avec des bacilles biliés).

Influence antagoniste de l'asparagine et de l'acide cystéique sur la croissance du bacille tuberculeux humain. — MM. **E. Perdigon, F. Bouquet,** M[lles] **T. Mazaudier** et **F. Godard**. L'acide cystéique est antagoniste de l'asparagine qui favorise la croissance du bacille tuberculeux ; cependant il n'en diffère que par la substitution du radical SO3H au carboxyle que celle-ci porte en position 4. L'acide cystéique est inactif sur plusieurs autres germes.

Sur l'action dépressive du venin de Bitis arietans. — M. **P. Boquet**. L'action dépressive exercée sur le système circulatoire du lapin ressemble beaucoup à celle de l'histamine ; seule l'irréversibilité du tracé de la pression artérielle sous l'influence des anesthésiques empêche d'identifier ces deux actions.

Les facteurs chimiques dans la genèse des lésions tuberculeuses chroniques. — MM. **A. Delaunay, R. Vendrely** et M[lle] **J. Pagès**. Ces lésions ont au moins deux facteurs : les constituants lipidiques et les protéides insolubles du bacille de Koch. Le plus intéressant de ces deux facteurs semble de beaucoup être le second.

Le botulisme expérimental du cheval et la question du botulisme naturel. — MM. **R. Legroux, J.-C. Levaditi** et **R. Lamy**. Les symptômes et les lésions du botulisme expérimental du cheval ont des points communs avec ceux de la maladie naturelle. Mais on observe aussi des différences qui montrent que le botulisme expérimental du cheval n'est pas encore démontré et que de nouvelles recherches bactériologiques s'imposent encore.

Degré d'inhibition du pouvoir pathogène des toxines botuliques après contact avec la substance nerveuse — MM. **R. Legroux** et **J.-C. Levaditi**. Le degré d'inhibition du pouvoir pathogène de la toxine botulique de type A, après contact avec de la substance nerveuse de cobaye normal, est très inférieur au degré d'inhibition de la toxine tétanique traitée dans les mêmes conditions. Le pouvoir pathogène de la toxine de type A n'est pas modifié dans des circonstances expérimentales identiques. Il ne semble donc pas qu'il y ait de rapport entre l'affinité des toxines en général pour la substance nerveuse *in vitro* et leur tropisme pour le système nerveux *in vivo*.

I. *Métabolisme respiratoire du bacille de la fléole.* II. *Contribution à l'étude du métabolisme respiratoire de divers types de bacilles paratuberculeux.* — M. **A. Andreiew**.

Quinoléines à chaîne latérale arylaliphatique douées de propriétés antimalariques. — MM. **A. Funke, D. Bovet** et **G. Montezin**.

P. LÉPINE.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

5 Juillet 1945.

La rééducation des blessés et des malades de guerre aux Etats-Unis. — M. **Durieux**. Les services de Santé des Forces armées américaines poursuivent depuis 2 ans la rééducation physique et morale des blessés et des malades de guerre dans le but de les réadapter à la vie militaire ou à défaut, à la vie civile. La reprise du Service est préparée par la thérapeutique appropriée, l'entraînement physique, les occupations et les distractions. Le retour à la vie civile est facilité par la restauration de la fonction proprement dite et la réadaptation.

Prophylaxie et traitements rapides des maladies vénériennes dans la marine américaine. — M. **Durieux**. La procédure par le sulfadiazol ou la sulfadiazine est efficace, mais demeure une méthode d'exception, réservée aux Centres très infectés. Le but poursuivi actuellement est de « stériliser le réservoir » par une lutte incessante contre la prostitution ouverte ou clandestine et un traitement aussi standardisé que possible, efficace et immédiat.

A propos de la prophylaxie de la rougeole aux Etats-Unis. — M. **Durieux**. Elle est très étudiée aux Etats-Unis depuis une dizaine d'années. L'auteur compare l'efficacité des dérivés du plasma (gamma globulines), à celle des divers autres produits. Il estime que la gamma globuline constitue la meilleure prophylaxie actuellement connue de la rougeole. D'une préparation relativement simple elle peut être conservée en stocks de faible encombrement, immédiatement disponibles. Sa haute concentration en anticorps permet l'emploi de doses minimes, non douloureuses.

Centre de réanimation. — M. **Genaud**. Ce centre a été organisé par la Direction de la Défense passive et de la Protection contre l'incendie, pour le traitement des gazés et asphyxiés. Il est doté des derniers perfectionnements en matière de respiration artificielle, ainsi que d'une installation d'oxygénocarbothérapie utilisant les gaz thérapeutiques comprimés et à l'état liquide.

Contribution à l'étude de la pathologie du prisonnier de guerre. — M. **Tartarin**. Après une évocation des conditions de vie à l'Oflag 4 D et 2 B l'auteur commente les chiffres donnés par une statistique des maladies observées dans ce camp de Juin 1940 à Février 1944. Il constate une diminution progressive de la morbidité générale, comme s'il y avait une certaine adaptation de l'organisme à des conditions de vie très particulière :

a) L'absence complète de certaines maladies contagieuses, la rareté extrême de la typhoïde et du typhus exanthématique.

c) La rareté relative de la tuberculose et des œdèmes de carence.

d) L'augmentation progressive des affections de l'appareil digestif (alimentation défectueuse et insuffisante) et des psychasthénies (souffrance morale et inactivité forcée).

Une technique simplifiée de fermeture du moignon duodénal dans la gastrectomie. La ligature simple en masse après écrasement sans enfouissement. — M. **Favre** insiste sur les avantages de cette technique qui est rapide, facile et donne de bons résultats

A propos des diverticules épiphréniques de l'œsophage. — MM. **Trial, Rouquet** et **Rescanières**. Présentation des observations de 3 diverticules des dimensions d'un œuf de poule, l'un à symptomatologie gastrique, l'autre à symptomatologie œsophagienne, le troisième muet cliniquement et découvert à la suite d'un examen radiologique du poumon. Les auteurs insistent sur les difficultés du diagnostic radiologique différentiel entre le diverticule de l'œsophage et la hernie gastrique à travers la fente de Larrey.

R. TRIAL.

SOCIÉTÉS DE PROVINCE

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

26 Avril 1945.

Amputation de cuisse par la méthode de Callander. — M. **R. Darmaillacq**. Amputation basse à deux lambeaux inégaux, l'antérieur descend jusqu'à la tubérosité antérieure du tibia. Le postérieur plus long atteint les jumeaux. Tous les tendons sont sectionnés à leur insertion sur le tibia et le fémur est scié au niveau des condyles près du tubercule du grand adducteur. La rotule est disséquée et enlevée en respectant le tendon du quadriceps. On fait un minimum de sutures cutanées. Le lambeau postérieur se rétracte jusqu'à ce que le fémur vienne occuper la fossette patellaire.

Cette opération est particulièrement intéressante dans les blessures par mine du membre inférieur, comme en témoigne l'observation portée.

Un cas de conjonctivome de la cuisse. — MM. **R. Dufour** et **Depaulis** présentent un cas d'ablation, chez un garçon de 14 ans, atteint d'une volumineuse tumeur conjonctive de la face postérieure de la cuisse, traversée excentriquement par le nerf grand sciatique lequel a pu être dégagé, adhérente aux muscles ischio-jambiers qui ont été enlevés en totalité.

Ostéomyélite chronique d'emblée du tibia à forme pseudo-tumorale, chez un garçon de 13 ans. — MM. **J. Chavannaz** et **Ducassou**. Echec de l'immobilisation et de la sulfamidothérapie. Guérison rapide par ostéotomie.

Myosite des muscles larges de l'abdomen. — MM. **J. Chavannaz** et **Ducassou**. Enfant de 5 ans hospitalisé pour fièvre et tuméfaction du flanc gauche ; à l'intervention myosite des muscles larges de l'abdomen sans pus. L'origine paraît remonter à un traumatisme de la région rénale, avec hématome et suppuration de ce hématome ayant passé à la chronicité. Il est à signaler qu'il a été fait des cures de sulfamides qui ont dû modifier le comportement clinique normal.

7 Juin 1945.

Phlébite bleue. — MM. **Jeanneney, Magendie** et **Tingaud**. Femme de 36 ans présentant des signes de suppuration sous-hépatique et un abcès collecté dans la fosse iliaque gauche. Apparition d'une phlébite de la jambe gauche avec œdème dur, plaques de cyanose et signes artériels d'une thrombose avec abolition des oscillations artérielles. Il s'agit d'une phlébite bleue de Grégoire. Les infiltrations du sympathique lombaire calment les douleurs et une incision de la fosse iliaque gauche donne issue à une grande quantité de pus. Décès de la malade, la vérification montre la veine thrombosée alors que l'artère est entièrement libre, l'affection abdominale est un pyosalpinx.

Implantation d'un uretère unique dans l'intestin — MM. **Darget, Duvergey** et **Chenilleau**. Malade déjà opéré en 1929 d'une bacillose rénale gauche. Revu en 1943 pour des phénomènes de cystite très douloureux avec infection prostatique, intolérance vésicale contre lesquels échouent la section des nerfs honteux et les infiltrations des nerfs hypogastriques. Il est décidé de faire une dérivation des urines dans l'intestin. Dans un premier temps néphrostomie puis, 3 semaines après opération de Coffey. Le résultat actuel montre qu'il y a suppression des douleurs. Par contre l'avenir reste sombre.

Les auteurs insistent sur l'intérêt de faire précéder dans quelques cas l'opération de Coffey d'une néphrostomie de décharge qui donne plus de sécurité.

Infection veineuse « post abortum ». Thrombophlébite suppurée de la veine utéro-ovarienne gauche. Pénicilline. Traitement chirurgical par résection veineuse. Guérison. — MM. **Duperie, Darmaillacq** et **Vincendeau**. Chez une femme de 25 ans ayant récemment avorté et présentant de grands frissons répétés, la pénicilline amène une sédation incomplète. Intervention chirurgicale au 20e jour. La veine utéro-ovarienne gauche est remplie de pus à streptocoques ; elle est disséquée, liée et réséquée au niveau de son abouchement dans la veine rénale. Castration gauche. Guérison.

Appendicite herniaire. — M. **Barthélémy** (Sarlat) Rapport de M. **Magendie**.

J. POINOT.

NOTES
DE MÉDECINE PRATIQUE
PUBLIÉES PAR LES SOINS DE L. ROUQUÈS

Traitements nouveaux des céphalées

Il existe peu de symptômes pathologiques aussi réquents que la céphalée, puisque environ 10 pour 00 des malades qui viennent consulter communénent s'en plaignent. Lorsque la céphalée reconnaît ıne étiologie précise, son traitement s'identifie à elui de l'affection causale; nous ne saurions nous arrêter ici, qu'il s'agisse d'un trouble endocraıien, d'une névraxite, d'une névralgie faciale, d'une ıypotension artérielle, de certaines affections digesives et tout particulièrement hépato-vésiculaires et ppendiculaires.

Il n'en reste pas moins vrai, si l'on veut bien s'en enir au cadre de la médecine pratique, que nompreuses sont encore les céphalées rebelles et récidiantes difficiles à catégoriser sous une rubrique précise, en particulier dans l'enfance, l'adolescence, hez l'adulte jeune et surtout chez la femme. Toute ·pine organique pratiquement éliminée, toute simuation également écartée chez l'enfant, le praticien, lans son désir d'instituer une thérapeutique qui ne soit pas purement sédative, peut encore hésiter entre plusieurs opinions. Cette discussion dans l'abstrait, si elle ne se base que sur des impressions, si elle ne repose sur aucun substratum physiopathologique précis, aura du moins l'intérêt d'aboutir assez souvent à des directives justifiées par l'amélioration vers la guérison des patients.

Bon nombre de céphalées semblent bon gré mal gré liées à un trouble digestif. Pourtant le siège en lemeure obscur. On incrimine l'*insuffisance hépatique*, mais quelle est la fonction perturbée et quelles preuves en a-t-on ? On incrimine la *stase vésiculaire* qu'améliore le tubage duodénal — et pourquoi ne pas incriminer pareillement la résorption intestinale d'une toxine alimentaire, d'un antigène, d'un produit de désintégration ou d'un autre ? Peu importe, pour qu'il y ait céphalée, il doit y avoir un trouble, une déficience de la glande hépatique qui laisse filtrer des substances insuffisamment métabolisées. En cela, la migraine des hépatiques de Bouchard est toujours d'actualité. Le trouble fonctionnel probablement en cause concerne le métabolisme protidique dont certains sous-produits doivent être nocifs à des doses infinitésimales : c'est parler des polypeptides et mieux encore de quelques amino-acides et bases-aminées issues de la désintégration intestinale des protéines. L'histamine ne doit pas être étrangère à un certain nombre de ces céphalées. En 1939, Horton, Maclean et Mc Craig ont déjà parlé d'une céphalée histaminique, véritable « érythromélalgie céphalique ». Certaines céphalées peuvent même être provoquées à volonté par des injections sous-cutanées de 0,1 à 1 et 2 *mg.* d'histamine. L'expérience révèle enfin des améliorations notables par de véritables petites cures de désensibilisation. On utilise à ce propos soit des antihistaminiques de synthèse soit, comme certains auteurs étrangers, des injections intradermiques de quantité très faible de bichlorhydrate d'histamine au rythme d'une à deux doses par jour de 1/20 ou 1/10 de milligramme de produit.

La céphalée la mieux influencée par ce traitement est plutôt une céphalée de l'âge mûr, sans incidence familiale et dépouillée en général de phénomène allergique. Elle apparaît comme essentiellement primitive sous forme d'accès fréquents violents assez fixes surtout nocturnes durant une heure ou plus, sans s'accompagner de trouble digestif. Ils récidivent fréquemment et cela chez la femme sans périodicité climatérique. Il est possible que l'histamine agisse par un mécanisme vaso-moteur ; en tout cas, d'autres troubles congestifs sont assez souvent associés et la compression de la carotide primitive soulage parfois cette céphalée de même que l'injection intraveineuse d'une solution d'adrénaline au 1/400.000.

A côté des migraines des hépatiques ou mieux des céphalées digestives il faut ensuite faire une large place à un grand nombre de *migraines* cryptogénétiques de mécanisme certainement complexe [1]. Ces migraines souvent familiales sont plus richement accompagnées que les céphalées précédentes. Troubles sensoriels, nausées, vomissements n'y sont pas rares. Comme le rappelait récemment Lieder, des manifestations allergiques s'y associent fréquemment, les sujets les plus volontiers en cause sont ceux qui n'ont pas encore atteint la quarantaine, les intellectuels, les surmenés, les neurotoniques. L'état prémenstruel est aussi un terrain favorable notamment dans les syndromes d'hyperfolliculine (dont le seul traitement peut guérir complètement la migraine). Il y a une dizaine d'années, Marfan décrivait la « céphalée habituelle des écoliers » qui doit en être assez proche et qu'on attribue au surmenage scolaire. Bon nombre de ces états peuvent se trouver déjà sensiblement améliorés par un simple traitement reconstituant et la mise au repos physique et psychique. Mais, dans beaucoup d'autres, une perturbation vaso-motrice, une dystonie neuro-végétative semblent assez réels et assez accentués pour suggérer un traitement quasi spécifique qui se révèle souvent efficace. Il y a longtemps que Fère puis Flatau ont noté des modifications du calibre des vaisseaux cérébraux au cours des migraines. Marfan pensait à une hyperhémie de l'hypophyse. Goltman constatait à la même époque chez des trépanés une vaso-dilatation encéphalique parallèle à leurs accès. Plus récemment Schumacher et Wolff ont expérimentalement confirmé ces observations et Rowbotham les a rappelées.

Plusieurs initiatives thérapeutiques résultent de ces différentes données.

L'administration lente intraveineuse d'une solution très diluée (1/400.000) d'adrénaline peut ici encore donner quelques succès.

Dans le même ordre d'idées Caroli a proposé en 1939 l'extrait post-hypophysaire. Loublie insistait récemment sur l'intérêt de l'injection intradermique d'une goutte du produit en trois papules juxtaposées dans la région deltoïdienne par exemple, à renouveler plusieurs jours de suite en cas de besoin ou deux fois régulièrement par mois au cours d'accès réguliers que l'on arriverait ainsi à mater à la longue.

Le tartrate d'ergotamine (injections sous-cutanées de 1 cm^3 d'une solution à 0,5 pour 1.000) donne souvent aussi d'excellents résultats, à condition d'en employer des doses parfois supérieures et d'utiliser la voie parentérale. Mais il n'est pas toujours bien toléré.

A côté de l'acétylcholine d'action si inconstante, nous croyons pouvoir insister sur l'intérêt de la prostigmine administrée simplement *per os* et remarquablement tolérée à la dose de 15 *mg.* par jour. Nous lui devons quelques résultats excellents.

Alastair propose une sorte de traitement préventif de la migraine habituelle par le chlorure de carbaminoylcholine. Cet auteur a traité avec succès plusieurs cas rebelles grâce à des doses orales de 4 à 6 *mg.* poursuivies pendant des temps tout à fait variables. Il serait encore prématuré d'en codifier l'utilisation.

Enfin, Alvarez prône depuis quelques années l'inhalation d'oxygène, méthode thérapeutique d'application évidemment parfois difficile.

Telles sont les diverses ressources parmi lesquelles le praticien peut encore trouver une arme efficace et d'un maniement facile, lorsqu'il aura épuisé dans son raisonnement la longue série des étiologies possibles et leur thérapeutique plus ou moins spécifique.

C. ALBAHARY.

1. Un trouble glandulaire pouvant intéresser électivement l'hypophyse et les ovaires ; un trouble vaso-sympathique, une amphotonie à prédominance sympathique doivent fréquemment intervenir pour une part.

BIBLIOGRAPHIE

K. J. ALASTAIR : *British Med. Journ.*, 12 Mai 1945, 663. — W. C. ALVAREZ : *Proc. Stoff. Meet. Mayo Clin.*, 1939, 173-174. — A. M. GOLTMAN : *Jr. Allergy*, 1936, 351-355. — B. T. HORTON, A. R. MAC LÉAN et W. MEK CRAIG : *Proc. Stoff Meet. Mayo Clin.*, 1939, 257-260. — L. E. LIEDER : *Ann. Int. Méd.*, Mai 1944, 752-759. — G. LOUBLIE : *Concours Médic.*, 10 Avril 1945, 242-243. — MARFAN : *La Presse Médicale*, 27 Juillet 1935. — G. A. SCHUMACHER et H. G. WOLFF : *Arch. Neurol. and Psychiat.*, 1941, 199-211. — ROWBOTHAM : *Br. Med. Journ.*, 1942, **2**, 685.

La méthode de Charpy pour le traitement du lupus tuberculeux est-elle dangereuse ?

Dans une note parue dans le numéro du 11 Août 1945 et consacrée au traitement actuel du lupus tuberculeux, nous avons rappelé la technique de Charpy (vitamine D_2 à fortes doses associée au lait ou au gluconate de calcium) qui, de l'avis de tous les dermatologistes, est d'une efficacité indiscutable et constitue un progrès réel. Plusieurs lecteurs nous ont demandé si l'administration prolongée de doses aussi élevées de vitamine D_2 n'était pas susceptible de provoquer des accidents. Nous emprunterons les éléments de la réponse à une étude récente de MM. Gougerot et Gaullier [1].

Notons d'abord que ces auteurs ont obtenu des résultats qu'ils qualifient d' « importants » ; ils semblent à la vérité moins beaux que ceux de Charpy, mais probablement parce qu'ils ont été obtenus sur des malades presque tous hospitalisés, sous-alimentés et dans de moins bonnes conditions de résistance.

MM. Gougerot et Gaullier rappellent qu'on a fait à la méthode de Charpy trois critiques ; les hautes doses de vitamine D_2 ne seraient-elles pas cancérigènes ? Le traitement ne pourrait-il pas provoquer des troubles d'hypervitaminose ? Ne pourrait-il être chez des sujets âgés sclérosant et calcifiant ?

L'hypothèse d'un pouvoir cancérigène de la vitamine D_2 se base sur des expériences faites avec une vitamine naturelle obtenue par irradiation de l'ergostérol et qui est un mélange complexe de différents stérols ; aucune action carcinogénétique expérimentale ou clinique n'a jamais été signalée avec la vitamine D_2 pure. Au surplus, la cancérisation expérimentale nécessite un contact très prolongé entre le tissu et l'agent nocif, donc des conditions très différentes de celles que réalise la technique de Charpy avec ses prises hebdomadaires.

On a signalé autrefois des accidents d'hypervitaminose ; mais les travaux de Holtzt, de Windau de Bauer ont prouvé qu'ils étaient dus, non à la vitamine D_2, mais à d'autres produits tels que le tachystérol et le suprastérol I qui apparaissent lors d'une irradiation mal dosée de l'ergostérol extrai de la levure de bière ; la vitamine D_2, chimiquement pure, n'est toxique qu'à des doses plusieur dizaines de milliers de fois supérieures à la dose active (Charpy).

La sclérose et la calcification n'ont été observée chez les animaux qu'avec des doses d'un ordre de grandeur qui n'a rien de commun avec la posologie de la méthode de Charpy. Les observations cliniques sont exceptionnelles et comme Ravina l'a montré, nullement démonstratives. Charpy a d'ailleurs soumis plusieurs malades à un contrôle clinique et radiographique minutieux sans rien déceler d'anormal.

MM. Gougerot et Gaullier concluent que « le traitement de Charpy par sa simplicité mérite d'être employé d'une façon systématique. Il peut être facilement associé aux traitements locaux jusque-là existants. Jusqu'à preuve du contraire, il ne paraî avoir aucun inconvénient. »

LUCIEN ROUQUÈS.

1. H. GOUGEROT et GAULLIER : Efficacité du traitement d Charpy dans les tuberculoses cutanées (Gluconate de calciur et vitamine D_2). *Revue médic. française*, 1944, 25, 163-16

Le pansement compressif utilisé par l'armée américaine pour les brûlés

Nous nous excusons de proposer un traitement de plus pour les grands brûlés. Celui qui fait l'objet de cette note est un traitement classique aux U. S. A.; il nous a semblé peu connu en France, logique, et nous a donné à l'essai des résultats véritablement surprenants.

Nous avons eu l'occasion de le voir utiliser au 19e General Hospital où le médecin capitaine Enis nous avait aimablement introduit.

Localement, il est appliqué un pansement gras faiblement antiseptique comme la vaseline au mercurochrome à 1/100. Le traitement local n'a d'ailleurs que peu d'importance, contrairement à la plupart des autres traitements déjà connus.

La partie originale des soins qui transforme véritablement l'évolution des brûlés graves consiste à faire un pansement très compressif de toutes les brûlures, ce qui réduit l'œdème, empêche les phlyctènes et évite les troubles trophiques secondaires qui en sont la conséquence. Le pansement, très abondant en pommade, en coton ou en bourre de fil de coton, est maintenu serré par une bande de crêpe ordinaire ou mieux par une bande en tissu caoutchouté. Le pansement est fait très rarement, tous les dix ou quinze jours, si l'abondance des sécrétions le permet.

Pendant les huit premiers jours le blessé reçoit préventivement de la pénicilline ou à défaut 3 *g*. de 1162 F *per os* par jour, de façon à éviter l'infection secondaire si nuisible, tout en n'établissant aucun contact direct entre les sulfamides et les tissus brûlés à vitalité déjà suffisamment réduite.

Seuls les résultats comptent et ils sont extraordinaires. Lorsque, après quinze jours, le premier pansement est enlevé, le membre est sec, les parties mortifiées sont transformées en un liquide poisseux avec une légère odeur sans que l'examen microscopique révèle la présence de pus ou de germes. Sous les tissus sphacélés on trouve le plus souvent un épiderme parfaitement reconstitué, absolument imprévu chez les brûlés graves, qui surprend les pronostics les plus optimistes.

La valeur de ce traitement ne fait pas à notre avis le moindre doute et il nous a paru utile d'en publier les heureux résultats.

A. Cuénot (Arcachon).

Traitement de la métrite du corps par l'injection intra-utérine de pâte sulfamidée

On admet classiquement que les métrites du col sont plus fréquentes que les métrites du corps; MM. Boudreaux et Savouret [1] pensent que cette notion n'est pas exacte; sur 85 cas de métrite, ils ont en effet relevé 39 métrites du col seul et 46 métrites du corps; c'est à tort également que ces traités mettent une cloison étanche du point de vue nosologique comme du point de vue thérapeutique entre les atteintes des deux segments utérins; sur les 46 métrites du corps, il n'y avait que 16 métrites uniquement corporéales contre 23 métrites associées du corps et du col réalisant la métrite totale de Forgue et 7 métrites associées à une salpingite.

Il importe de ne pas méconnaître l'atteinte corporéale pour poser les indications thérapeutiques exactes. On doit considérer comme atteintes de métrite corporéale les malades se plaignant de leucorrhée et de douleurs pelviennes chez qui le toucher combiné au palper montre un corps utérin augmenté de volume et sensible; les auteurs insistent sur la sensibilité du fond de l'utérus, siège d'une douleur élective; il ne s'agit pas d'une douleur de l'isthme ou de la portion juxta-utérine des trompes. Les métrites du corps donnent généralement lieu à une leucorrhée plus abondante que les métrites isolées du col.

Les injections vaginales, les ovules antiseptiques ne sont que des adjuvants; l'écouvillonnage et les cautérisations intra-utérines sont utiles mais rarement employés. La pose des crayons sulfamidés intra-utérins est de tous les traitements actuels le plus efficace et le plus logique comme le plus accessible aux praticiens; mais l'application de ces crayons n'est pas toujours facile car leur calibre est souvent trop grand et un spasme gêne leur introduction; ils peuvent aussi provoquer des coliques expulsives qui rendent leur effet illusoire, surtout si les malades ne gardent pas pendant un certain temps la position allongée.

Pour éviter ces inconvénients, les auteurs ont utilisé une pâte préparée extemporanément en délayant avec un instrument stérile dans une capsule stérile une quantité à peu près égale de solufontamide et de poudre *pure* de fontamide; le produit doit avoir une consistance crémeuse permettant néanmoins son aspiration dans une seringue; on utilise pour l'injection une longue aiguille de fort calibre (1 *mm*. 5), à bout coupé, légèrement courbée comme un hystéromètre, qu'on monte sur la seringue avec un raccord de Bensaude; la canule de Braun, qui n'a que des ouvertures latérales, serait difficile à débarrasser de la pâte résiduelle. Dans les cas de rétroflexion ou d'antéflexion très prononcées, on peut se servir d'une fine sonde urétérale.

L'aiguille introduite avec précaution dans l'utérus, à la façon d'un hystéromètre et plus facilement que lui car elle est plus étroite, on pousse en pleine cavité utérine 2 à 3 *cm*³ de pâte; l'injection doit être lente et on cesse de pousser le piston lorsque la pâte reflue à l'orifice du col ou lorsque la malade accuse une légère douleur due à la distension utérine. On bourre le vagin de compresses stériles qu'on laisse en place trente-six heures afin d'éviter une évacuation trop rapide de la pâte; il y a intérêt à maintenir les malades allongées pendant une demi-heure pour ne pas exacerber les petites coliques utérines qui sont assez fréquentes. Huit injections, à raison de deux par semaine, semblent constituer dans la majorité des cas le traitement nécessaire et suffisant, sans adjonction d'autres thérapeutiques.

Les incidents du traitement sont rares. Quelques malades ont présenté des coliques utérines un peu vives, améliorées par le repos et un suppositoire calmant à l'opium et à la belladone; d'autres ont présenté le lendemain quelques pertes rosées. Des malades ayant une annexite ancienne et apparemment refroidie, ont eu des douleurs annexielles; l'une même a eu une crise sérieuse de salpingite; mais le danger de toute manœuvre intra-utérine lorsqu'il y a une infection annexielle associée est bien connu et les auteurs estiment qu'en principe, même anciennes et même refroidies, les lésions annexielles sont une contre-indication de la méthode.

Dans les cas heureux, dès la deuxième injection, les pertes perdent temporairement leur aspect purulent; vers la troisième semaine de soins, la guérison survient; il ne subsiste plus qu'une glaire filante, translucide, qui est remplacée lorsqu'on cesse les injections par la glaire cervicale physiologique; le fonds utérin reste sensible un certain temps après la disparition des pertes. Sur 14 cas de métrite totale, les auteurs ont obtenu 6 guérisons (suppression des pertes et des douleurs) et 8 améliorations (diminution nette des pertes et des douleurs); l'association d'une exocervicite nécessite le plus souvent une électro-coagulation complémentaire; l'endocervicite est généralement améliorée, sinon guérie, par les injections intra-utérines; 11 métrites purement corporéales ont donné 7 guérisons et 4 améliorations. N'ayant qu'un recul de quelques mois, les auteurs ne peuvent dire si les guérisons obtenues sont définitives; en tous cas, les malades ont toutes été pour le moins améliorées et la méthode n'expose à aucun incident sérieux dans les infections utérines pures.

Lucien Rouquès.

1. J. Boudreaux et J. Savouret : Premiers résultats du traitement de la métrite du corps par injection intra-utérine de pâte de fontamide. *Gynécologie et Obstétrique*, 1941-1943, 4, 158-161.

Le traitement par l'éphédrine des accidents nerveux du Syndrome d'Adams-Stokes

En 1925, Miller avait signalé la disparition rapide sous l'influence de l'éphédrine d'un état de mal syncopal par bloc auriculo-ventriculaire; les travaux confirmatifs sont restés peu nombreux et cependant, après l'avoir expérimentée pendant plusieurs années, MM. Lenègre et Chevalier [1] ont conclu à l'efficacité de cette méthode.

Ils utilisent le chlorhydrate d'éphédrine naturelle, donc lévogyre; à un malade en état de mal ils prescrivent 12 à 20 *cg*. par jour en 4 prises orales régulièrement espacées (3 à 5 *cg*. toutes les cinq à six heures); ils utilisent parfois au début l'éphédrine par voie sous-cutanée; lorsque les crises ont cessé ils diminuent très progressivement les doses, centigramme par centigramme, ramenant la dose quotidienne à 6 ou 9 *cg*. donnés en 3 prises de 2 ou 3 *cg* toutes les huit heures; la médication doit être indéfiniment poursuivie, sans la moindre interruption.

Ce traitement, purement symptomatique, ne prétend pas guérir la dissociation auriculo-ventriculaire responsable des accidents; mais, à la condition d'être rigoureusement maintenu, il a dans plus de la moitié des cas (11 sur 19) un effet certainement suspensif et souvent saisissant; des crises parfois subintrantes cessent en quelques heures pour ne plus récidiver ou récidiver seulement sous une forme bénigne au bout de nombreux mois; pour certains malades, la durée de la stabilisation dépasse dix-huit mois. On peut donc écarter l'hypothèse d'une coïncidence, malgré le caractère capricieux de ces manifestations nerveuses.

Il importe de souligner la nécessité de répéter et de fractionner les prises, car l'action assez éphémère de l'alcaloïde n'excède guère six à huit heures et les malades doivent rester en permanence sous l'influence cardio-stimulante de l'éphédrine, une interruption prolongée ou même une courte suspension exposerait à la reprise brutale des accidents. La poursuite du traitement est d'ailleurs autorisée par l'absence complète de toxicité de l'éphédrine à ces doses; d'autre part, elle ne provoque ni accumulation, ni accoutumance; la pression artérielle chez les hypertendus comme chez les sujets à tension normale, ne s'élève pas, même après dix-huit mois d'administration ininterrompue d'éphédrine à la dose quotidienne de 9 *cg*.

La crainte d'une vaso-constriction coronarienne est purement théorique; les angineux supportent parfaitement l'éphédrine qui ne détermine aux doses habituelles ni crise d'angor, ni aggravation des anomalies électrocardiographiques; cependant les auteurs ont l'habitude d'adjoindre à chaque prise 10 *cg*. de théophylline et 2 *cg*. de gardénal, ce dernier pour neutraliser l'action parfois neurotonisante de l'alcaloïde à laquelle sont liés les seuls inconvénients qu'ils aient notés: insomnie, nervosité, tremblements, palpitations; en aucun cas, ces accidents, surtout fréquents chez les femmes, n'ont obligé à interrompre la cure.

Les autres traitements symptomatiques donnent des résultats inférieurs; le chlorure de baryum est habituellement inefficace; les sympathicomimétiques de synthèse sont parfois difficiles à manier par suite de fréquentes intolérances individuelles; l'atropine, beaucoup plus toxique que l'éphédrine et moins bien tolérée, semble peu active. L'adrénaline, d'action brutale et trop éphémère, trouve néanmoins son indication dans l'état de mal au cours duquel l'injection intramusculaire de 1 *mg*. interrompt en général immédiatement les crises et permet d'attendre l'effet un peu plus lent mais plus soutenu de l'éphédrine en injection ou par la bouche. Peut-être pourrait-on essayer l'adrénaline en absorption perlinguale répétée dans les cas où l'éphédrine s'est montrée inopérante.

Lucien Rouquès.

1. J. Lenègre et H. Chevalier : Le traitement par l'éphédrine des accidents nerveux du syndrome d'Adams-Stokes. *Archives des mal. du cœur*, 1943, 38, 1-6.

PETITES CLINIQUES DE "LA PRESSE MÉDICALE"

N 632.

Méningite tuberculeuse de l'adulte

Par Louis Ramond.

M. R... est un garagiste de 42 ans qui présente lepuis une quinzaine de jours un état fébrile avec louleurs lombaires et un peu d'obnubilation intelectuelle lorsque je suis appelé en consultation uprès de lui *le 23 Novembre.*

Son médecin, qui le soigne depuis huit jours, n'expose l'histoire de sa maladie de la façon suiante.

Parti en vacances en très bonne santé au début lu mois *d'Août dernier*, cet homme est tombé maade vers le *15 Août*. Il attribue ses accidents à son éjour pendant toute une nuit dans une chambre l'hôtel glaciale dans laquelle il était entré en sueur la suite d'une longue randonnée à bicyclette par ne journée tropicale. Souffrant d'un point de côté lroit accompagné de fièvre à 39°, il a été reconnu tteint d'une pleurésie, pour laquelle on l'a fait ransporter en clinique dans la ville de province oisine. D'abord traité médicalement, il a été ientôt ponctionné et, bien que son liquide fût clair t citrin — à ce qu'il dit et à ce que paraît conirmer l'examen cyto-bactériologique qu'il possède t qui indique que cet épanchement ne contenait resque exclusivement que des lymphocytes et des nononucléaires mêlés à de rares polynucléaires, ans aucun germe microbien — il a subi l'opéraion de l'empyème pour une soi-disant pleurésie urulente. A la suite de cette intervention pratiquée *la fin du mois d'Août*, il a vu sa plaie opératoire e fermer progressivement et il est rentré à Paris e *15 Octobre* en voiture d'ambulance, complètement icatrisé.

Il se sentait alors « revivre ». Il passait ses journées dans son appartement, mais debout et, s'il l'allait pas encore à ses affaires, c'est qu'on le lui vait défendu en lui recommandant un mois de onvalescence à la chambre. Il prenait une alimenation substantielle avec un très bon appétit, et il e manquait pas de prendre plusieurs verres de on vin à chaque repas pour se « redonner des orces ».

Et voilà que, *vers le 10 Novembre*, il s'est mis à e plaindre de douleurs dans les lombes. Il ne s'en st pas tout d'abord inquiété. Mais, *le 16 Novembre*, levant la persistance de ces manifestations douloueuses auxquelles s'était associé un certain état de atigue générale, d'apathie et d'obnubilation intelectuelle, sa femme s'est décidée à faire appeler uprès de son mari le confrère qui me fait part de ous ces faits.

Ce médecin a été d'abord orienté par les antécélents récents de soi-disant pleurésie purulente (renlue plus vraisemblable encore par l'opération d'emyème) vers l'hypothèse de *néphrite aiguë infecieuse*, ce qui lui paraissait expliquer à la fois les louleurs lombaires et les troubles généraux et nereux de son nouveau client. Mais les urines étaient bondantes et d'aspect normal ; elles ne contenaient pas d'albumine ; il n'y avait pas d'œdèmes ous-cutanés ni d'hypertension artérielle ; le taux de 'azotémie était normal. Aussi mon confrère a-t-il bandonné ce diagnostic pour admettre que tous es troubles observés chez M. R..., dont il remarquait la mine rougeaude, le tremblement des doigts, a parole embarrassée et pâteuse, n'étaient que la onséquence d'un abus des « remontants » et d'une ntoxication par excès de nourriture et de boissons lcoolisées. Il s'est contenté d'ordonner un régime lus modéré, ainsi que la suppression des vins énéreux, et de prescrire la solution de Bourget deux fois par jour et des préparations phosphatées et vitaminées.

Cependant les douleurs lombaires deviennent de plus en plus violentes ; la fatigue augmente de jour en jour ; l'affaiblissement intellectuel s'accentue ; enfin la fièvre se rallume : la température, irrégulière, passe de 38° à 39° ou 38°5, pour retomber parfois à la normale. C'est pourquoi le médecin traitant a réclamé une consultation. Rendez-vous a été pris pour aujourd'hui *23 Novembre*.

Mais la situation s'est brusquement aggravée dans l'après-midi d'hier *22 Novembre*. Le malade est tombé dans un état de subcoma, tandis que son pouls devenait extrêmement rapide, absolument incomptable et que sa tension artérielle s'effondrait. Appelé d'urgence à son chevet, son médecin lui a fait une saignée de 200 *g*. (son visage était resté aussi rubicond !) et a pratiqué une injection intraveineuse d'ouabaïne et de pressyl. (L'urée dosée dans le sang retiré par ponction veineuse était de 0,31 *g*. p. 1.000).

Aujourd'hui *23 Novembre*, mon confrère, redoutant une issue fatale, a été voir M. R... dès 6 heures du matin et il l'a trouvé moins mal qu'hier. Aussi n'a-t-il pas contremandé notre consultation.

A cette histoire il ajoute encore que son client lui a affirmé n'avoir jamais été malade antérieurement au 15 Mai dernier. Il lui a dit avoir des antécédents héréditaires et collatéraux excellents. Il a un fils de 20 ans très bien portant. Sa femme est en parfaite santé.

Introduit auprès de ce garagiste, je le trouve couché sur le dos, le facies coloré, les pommettes nettement rouges. Il paraît absorbé. Il se rend compte pourtant que je suis médecin et que je viens l'examiner. Il comprend toutes les questions que je lui pose et exécute tous les actes que je lui commande de faire. Mais il parle peu et avec difficulté, semble-t-il. Sa parole est lente et empâtée. Il ne se plaint guère. Il dit pourtant souffrir encore un peu des reins. Par contre, il n'a pas mal de tête. Sa langue est sèche. Il avale bien les boissons qu'on lui offre. Il ne vomit pas. Il n'a pas eu de garde-robes depuis hier. Il ne perd pas ses urines, et celles qu'il a émises volontairement dans une serviette éponge (en l'absence d'urinal et devant l'impossibilité de le faire lever) sont de couleur absolument normale. Il n'a pas la moindre paralysie. Il n'a pas non plus de contractures : ni raideur de la nuque, ni signe de Kernig. Les réflexes tendineux et cutanés sont normaux. Les pupilles sont égales et réagissent bien à la lumière et à la distance. Le cœur est rapide, à 100 (avec une température à 38°2) ; il est régulier. La tension artérielle est à 12×7 au Vaquez. L'auscultation du cœur et celle des poumons sont normales. L'abdomen est souple. Le foie et la rate ne sont pas accessibles au palper.

Cet examen physique, jusque-là à peu près négatif, me réserve, pour sa fin, une surprise : la découverte à l'union de la 6e côte gauche et du sternum d'une petite fistule, déprimée, à bords bleuâtres et décollés, adhérente au plan ostéo-cartilagineux sous-jacent et qu'on me dit être la séquelle d'un abcès froid costal datant d'un an et auquel le malade et sa femme attachaient si peu d'importance qu'ils n'avaient pas jugé bon de nous en parler, ni au médecin traitant, ni à moi.

Et cependant c'est cette fistule, attestant la tuberculose active dont cet homme est entaché depuis un an, qui, véritable fil d'Ariane, me conduit aussitôt, à travers le dédale de ses manifestations morbides sans valeur séméiologique, au diagnostic exact de la maladie redoutable qui va mener mon client au tombeau.

Il ne fait pas de doute, en effet, que l'obnubilation intellectuelle, les douleurs lombaires, les troubles bulbaires (responsables du collapsus cardiaque d'hier après-midi), la fièvre irrégulière présentée par M. R. ne soient en rapport avec une méningite tuberculeuse.

Chez lui la première localisation de la tuberculose a été l'abcès froid costal développé l'année dernière. La pleurésie sérofibrineuse à lymphocytes du mois d'Août a marqué la seconde étape du bacille de Koch, dont la pie-mérite est maintenant la troisième et ultime manifestation.

Certes le tableau habituel de la méningite tuberculeuse, tel qu'il se présente dans l'enfance, est loin d'être réalisé ici ! Le fameux trépied méningitique — céphalée, vomissements, constipation — fait défaut. Les contractures elles-mêmes, plus habituelles encore — raideur de la nuque, signe de Kernig — sont absentes. Les troubles bulbaires — intermittences et irrégularités du pouls, inégalité pupillaire — manquent également.

Mais il s'agit d'un adulte, c'est-à-dire d'un sujet chez lequel tous les signes classiques de la méningite peuvent faire défaut, car, à cet âge, le malade réagit plus avec son cerveau qu'avec ses méninges parce que celui-ci est plus excitable que chez l'enfant du fait qu'il a été plus fatigué par le travail intellectuel et les préoccupations morales et aussi plus ou moins altéré par des intoxications endogènes ou exogènes, en particulier par l'alcool ; parce que son irritation méningée est localisée, en plaques, et enfin parce qu'elle siège généralement sur la convexité et non à la base de l'encéphale. Aussi le diagnostic de méningite tuberculeuse chez un adulte se fait-il surtout parce qu'on pense à elle en présence d'un syndrome nerveux anormal, surtout lorsque comme ici (et c'est le cas le plus fréquent) il survient secondairement à d'autres processus tuberculeux en évolution — pulmonaires, pleuraux, osseux — ou autres. On doit même penser à la méningite tuberculeuse chez tout individu même non tuberculeux notoire, qui est atteint de troubles cérébraux ou méningés qui ne font pas nettement la preuve de leur véritable nature. En effet, du fait de sa localisation en plaques sur la convexité d'un encéphale plus ou moins altéré fonctionnellement la méningite tuberculeuse de l'adulte prend un aspect clinique protéiforme dans lequel suivant les cas, les convulsions, les paralysies, la céphalée, les troubles psychiques, le coma, l'apoplexie... tiennent la première place.

Il n'y a alors qu'un moyen de pouvoir affirmer le diagnostic, c'est de pratiquer une *ponction lombaire* et de rechercher dans le liquide céphalorachidien les caractères propres à la méningite tuberculeuse : liquide habituellement clair, hypertendu, dans lequel se forme par le repos un fin coagulum fibrineux en toile d'araignée ; liquide hyperalbumineux avec diminution de la glycorachie et lymphocytose abondante ; enfin présence de bacilles de Koch à l'examen direct après une centrifugation prolongée et à grande vitesse.

Je propose donc de faire cette ponction lombaire qui doit être pratiquée dans la matinée même.

Le pronostic est malheureusement fatal et à bref délai, le diagnostic de méningite tuberculeuse, chez l'adulte comme chez l'enfant, équivalent à un arrêt de mort.

C'est qu'il n'existe pas, à l'heure actuelle, de traitement *curateur* de cette redoutable localisation de la tuberculose.

Nous devons nous contenter d'un traitement *palliatif*. Nous prescrivons donc : 1° le repos au lit ; 2° l'application d'une vessie de glace sur la tête avec interposition de flanelle, 3° une alimentation légère (potages, tisanes, jus de fruits, etc.), 4° une injection sous-cutanée d'huile camphrée au 1/10 à la dose de 2 cm^3 toutes les six heures.

Epilogue.

La famille s'est opposée à la ponction lombaire. La mort est survenue dans un coma progressif le *25 Novembre*.

CHRONIQUES

La machine humaine

> « C'est proprement avoir les yeux fermés, sans tâcher jamais de les ouvrir, que de vivre sans philosopher...
>
> DESCARTES.

Deux livres parus l'an dernier ont tenu le public cultivé au courant des derniers progrès accomplis dans la connaissance du système nerveux, de sa structure et de son fonctionnement. Sujet passionnant entre tous, certes, puisque sur cette structure et sur ce fonctionnement repose l'édifice entier de l'activité et de la pensée humaines. Ce sont les réflexions suggérées par ces ouvrages que je voudrais soumettre ici à l'attention des médecins.

Dans la collection « Sciences d'aujourd'hui » M. Rémy Collin, se plaçant au point de vue de la morphologie, a tracé de l'*Organisation nerveuse* [1] une magistrale synthèse destinée au grand public, mais où les spécialistes eux-mêmes trouveront matière à clarifier, voire à approfondir leur savoir.

Il nous souvient d'avoir naguère cherché amicalement querelle à l'éminent biologiste de Nancy [2]. Dans son *Message social du savant*, M. Collin avait justement insisté, après Emile Meyerson, sur l'énorme masse des présuppositions philosophiques informulées qui ne peuvent manquer d'influencer, dans son travail scientifique, le chercheur le plus décidé à demeurer fidèle à l'esprit positif. Mais ce n'était point pour le mettre en garde, pour l'inviter à éliminer ces préjugés inconscients, en procédant — suivant la pittoresque formule de M. Gaston Bachelard — à une sorte de « psychanalyse de la connaissance objective ». Loin de vouloir exorciser la métaphysique en en dénonçant l'abusive intrusion dans le domaine de la recherche scientifique, l'auteur, remarquions-nous, prétendait au contraire en affirmer la magistrature, en faire, ou plutôt en refaire la *scientia rectrix* du docteur angélique.

M. Rémy Collin aurait-il, entre temps, été touché par la grâce du rationalisme? Toujours est-il qu'il place son nouvel ouvrage, non plus sous l'invocation de Saint-Thomas-d'Aquin, mais sous le patronage de René Descartes; et non point du métaphysicien des *Méditations*, mais bien de l'épistémologiste du *Discours de la Méthode*. « Le présent ouvrage, annonce-t-il au lecteur, s'inspire du quatrième précepte de la méthode cartésienne: faire partout des dénombrements si entiers et des revues si générales que je fusse assuré de ne rien omettre. » Et ce n'est point, à nos yeux, un mince mérite que d'avoir su rester fidèle à ce propos liminaire tout au long d'un travail dont le sujet n'offrait que trop d'occasions à l'auteur de se laisser induire en tentation philosophique. Ne prenant appui que sur les fondements mêmes de la méthode expérimentale, sa position n'en est que plus solide pour effectuer une parfaite mise au point des problèmes que soulève l'étude histo-physiologique du système nerveux.

Bien différent est le livre de M. Louis Lapicque publié récemment dans la Bibliothèque de Philosophie scientifique sous le titre « *La Machine nerveuse* [3] ». Le point de vue est ici celui de la physiologie. L'exposé se colore souvent d'un accent personnel, car Lapicque introduit son lecteur au cœur même du domaine à l'exploration duquel il a consacré, avec Mme Lapicque, la plus grande partie de son activité scientifique. On songe à Emmanuel Kant, lorsqu'enfin dégagé des longues fatigues et des polémiques irritantes qu'avaient entraînées la publication de la *Critique de la Raison pure*, le philosophe de Kœnigsberg entreprit de confier au public, sous une forme plus libre et moins ardue, dans les *Prolégomènes*, les idées directrices de son œuvre maîtresse: on retrouve le même dépouillement de la pensée, la même fierté modeste dans ce livre sur la *Machine nerveuse* où Lapicque expose ses vues sur le fonctionnement de la prodigieuse « machine » dont Collin s'est attaché, de son côté, à décrire l'organisation morphologique. Et, dans un chapitre liminaire qui constituerait aussi bien, pour le livre, la plus riche des conclusions, l'auteur condense en quelques pages les réflexions philosophiques que lui suggère, au soir de sa pensée, la méditation de l'œuvre de sa vie. A mon tour, je voudrais insister sur cet aspect particulier d'un livre dont la pénétrante analyse qu'en a faite mon éminent collègue M. Henri Roger a déjà rendu sensible la riche diversité [1].

1. R. Collin : *L'organisation nerveuse*. Coll. « Sciences d'aujourd'hui », Albin Michel, édit, Paris, 1944.
2. G. Roussy : Science et métaphysique. *La Presse Médicale*, 19 Septembre 1942, n° 42.
3. L. Lapicque : *La machine nerveuse*. Coll. *Bibliothèque de Philosophie scientifique*. Flammarion, édit. Paris, 1943.

*
* *

L'objet central des réflexions de Louis Lapicque c'est, pourrait-on dire, la légitimité même du titre cartésien qu'il a choisi de donner à son livre. *Est-on vraiment en droit de considérer le système nerveux, et plus généralement le corps, comme une machine?* Telle est la question que le physiologiste en vient à se poser, s'engageant ainsi sur la voie de la grande tradition philosophique. Car cette question en soulève nécessairement une autre : *la machine, si machine il y a, a-t-elle un conducteur, un mécanicien ?* Et nous voici placés devant l'éternel problème : le corps est-il mû par une force immatérielle, par une âme ? Certes, ce fut l'erreur des philosophes, depuis l'Antiquité jusqu'au XIXe siècle, d'avoir voulu trancher un tel débat avant que ne fussent constituées une physiologie et une psychologie positives, disons mieux, une science positive de l'homme. Mais ce ne serait pas une moindre erreur de prétendre que le progrès de cette science dispense de poser le problème. Aussi bien n'est-ce point par goût pour la métaphysique, mais bien par une nécessité inhérente à ses travaux de physiologie qu'un esprit aussi positif que Lapicque s'y est trouvé conduit. Avant de suivre sur ce terrain semé d'embûches le cheminement de sa pensée, indiquons à l'avance les positions où finalement elle s'établit. Voici les deux moments de sa conclusion: — On ne peut comprendre la machine nerveuse qu'à la condition de la considérer comme un tout, et non comme une juxtaposition ou une superposition de mécanismes particuliers. — On ne peut comprendre le fonctionnement de ce tout si l'on fait abstraction du sentiment et de la volonté. Le premier de ces moments se rattache à une critique du réflexe; le second à une critique du mouvement volontaire.

Les traités classiques donnaient de l'arc réflexe un schéma simpliste: dans la moelle, le neurone sensitif se mettait en contact, par l'une des dents de ses arborisations terminales, en forme de peigne, avec l'un des dentrites du neurone moteur. Ainsi les données anatomiques semblaient tracer à l'influx nerveux son chemin obligé. On généralisait, en supposant que les trajets nerveux passant par l'encéphale sont semblables aux trajets directs à travers la moelle. Et la physiologie du réflexe élémentaire paraissait donner la clé du système nerveux tout entier, dès lors qu'on imaginait ce dernier constitué par une série d'arcs réflexes superposés.

Seulement ce schéma classique — Sherrington le notait déjà — « n'est qu'une abstraction commode, mais artificielle ». Le réflexe le plus simple, par exemple le réflexe de flexion chez la grenouille, ne s'explique pas par l'anatomie seule: chaque filet nerveux centripète s'épanouit, en effet, dans une certaine étendue de la moelle où il vient rencontrer pêle-mêle les origines des fibres centrifuges innervant soit les extenseurs, soit les fléchisseurs. Entre les multiples voies qui s'offrent ainsi à l'influx nerveux, il faut bien supposer que s'opère un aiguillage. Sans quoi l'on assisterait, à la suite d'une excitation quelconque, à la tétanisation quasi instantanée de l'organisme entier. Mais comment s'effectue cet aiguillage? C'est une question qu'en général on évitait soigneusement de poser. Cela revenait à placer, sans le dire, un aiguilleur au cœur de chaque neurone, ou bien encore un garde-barrière à chaque synapse, c'est-à-dire au point de contact de chaque terminaison nerveuse et de l'élément associé — autre neurone ou fibre musculaire.

1. H. Roger : La machine nerveuse. *La Presse Médicale*, 11 Septembre 1943.

Les travaux de M. et Mme Lapicque et de leurs élèves, de M. et Mme Chauchard et de M. Bourguignon, en introduisant la notion de chronaxie, ont paru d'abord apporter la clef du mystère. On sait que la chronaxie d'une fibre nerveuse ou musculaire est une donnée expérimentale précise, qui caractérise l'aptitude de la cellule considérée à réagir à des excitations plus ou moins brèves, à les transmettre plus ou moins rapidement. Or (nous simplifions quelque peu), la condition nécessaire de la transmission de l'influx nerveux, c'est l'égalité des chronaxies des deux éléments contigus. Donc plus besoin de garde-barrière.

Cependant, si la chronaxie était une propriété intrinsèque, invariable des éléments nerveux, les aiguillages seraient bloqués une fois pour toutes, et l'organisme ne serait capable que de réactions stéréotypées. La théorie chronaxique serait donc non moins impuissante que la conception purement anatomique du réflexe à « rendre compte à la fois de la grande variabilité de réactions qui se manifeste objectivement et de la cohérence qui, à travers ces réactions variables, nous donne l'impression d'un individu ». Mais — et c'est là l'intérêt des dernières recherches de Lapicque — la *chronaxie de constitution*, qui peut se mesurer sur un nerf ou un muscle isolé des centres ne coïncide pas avec la chronaxie mesurée sur l'animal intact. Celle-ci est généralement plus faible. La modification de la chronaxie est dénommée par Lapicque *métachronose de subordination*. Elle se produit, en effet, sous l'influence de centres dont le principal a pu être localisé avec précision dans le mésencéphale. Dès lors la riche variété le caractère cohérent des réactions de l'animal s'expliquent admirablement par l'action de ce poste central d'aiguillage. « L'action intégrative du système nerveux », naguère mise en valeur par le physiologiste anglais Sherrington, se confirme et s'éclaire. Bref, la découverte de la métachronose oblige à passer à une conception globale, synthétique du fonctionnement de la machine nerveuse alors que la découverte de la transmission isochronique de l'influx avait pu sembler d'abord ouvrir la voie à une conception purement analytique, et se suffisant à elle-même, du mécanisme réflexe. Il est significatif, soit dit en passant, de constater une évolution analogue dans les conceptions de Pavlov si différentes pourtant par leur origine et leur orientation. Le savant physiologiste russe, dans la dernière phase de sa carrière, n'avait-il pas été conduit à attribuer une importance toujours plus grande au rôle joué par les « analyseurs corticaux » dans l'établissement des réflexes conditionnés?

Mais Lapicque n'en reste pas là. Passant de l'étude du réflexe à celle de l'acte volontaire, il affirme qu'il ne suffit pas encore d'étudier le système nerveux dans son intégrité, d'avoir égard à l'unité fonctionnelle radicale de la machine, pour le comprendre vraiment. « Il n'y a pas en réalité de mouvement volontaire, a écrit Claude Bernard nous voulons : une fonction s'accomplit. » Ce qui est nié ici, c'est le caractère volontaire du *mouvement*, non la spécificité de l'*acte* volontaire celui-ci, dont l'originalité est au contraire affirmée par là-même, est conçu comme le déclenchement conscient d'un mécanisme moteur préétabli. Lapicque adopte cette conception en l'approfondissant. Mécanisme préétabli, sans doute ; mais non point une fois pour toutes. L'action des centres subordinateurs, en provoquant à tout moment le remaniement des aiguillages, explique l'incomparable variété du comportement animal.

Ainsi les conditions physiologiques de l'acte volontaire, encore si mal connues, ne sauraient en

tout cas, d'après Lapicque, se réduire à celles du réflexe conditionné. Le comportement de l'animal, confronté avec les données de notre propre expérience intérieure, décèle en lui un être doué de sentiment et de volonté. Il n'est pas légitime de négliger ces aspects psychiques de son activité. La physiologie ne se suffit pas à elle-même, dès lors qu'elle aborde l'étude des fonctions supérieures. Elle doit s'inspirer des résultats de la psychologie : « Nous pouvons, même nous devons, comme physiologistes, laisser entrer dans notre pensée, pour les combiner à nos données propres, les données de la conscience. »

*
* *

Sans doute plusieurs, parmi les physiologistes, hésiteront-ils à suivre Lapicque sur ce terrain. Trop longtemps les préjugés métaphysiques sur les rapports de l'âme et du corps ont retardé les progrès de la biologie pour qu'une extrême prudence ne soit pas de mise en la matière. Il semble, à la vérité, que le biologiste qui se hasarde à philosopher se trouve placé en face de deux tentations métaphysiques opposées, entre lesquelles il devrait faire choix.

La première procède de la méthode même de la physiologie, telle que Claude Bernard en a définitivement fixé les règles et assuré le triomphe. Cette méthode consiste à étudier le déterminisme des processus physico-chimiques dont l'organisme est le siège sans formuler aucune hypothèse préalable sur la nature de la vie, à plus forte raison sur l'existence et la nature de l'âme. Cette règle, d'une admirable fécondité, le physiologiste est naturellement tenté de la transformer subrepticement en une négation dogmatique, en une doctrine métaphysique, doctrine qui porte un nom dans l'histoire des idées : c'est le *matérialisme épiphénoméniste*, si répandu au siècle dernier, et suivant lequel les phénomènes psychiques ne seraient qu'une pure apparence surajoutée à la réalité des processus corporels. Ce qui revient à refuser à la conscience, à l'intelligence, à la volonté, toute valeur fonctionnelle. Position difficilement défendable, et Lapicque l'a fort bien vu, mais dont l'abandon risque de précipiter le physiologiste qui philosophe dans la tentation opposée, celle du « spiritualisme » désuet dont l'autorité despotique de Victor Cousin imposa trop longtemps l'hégémonie à l'Université française.

S'agit-il donc d'une alternative inéluctable ? Et n'est-il d'autre solution, pour sauver les phénomènes de conscience, que de ressusciter en plein vingtième siècle cet antique concept de l'âme comme souffle de vie et principe d'immortalité qui — Lévy Bruhl l'a définitivement établi — fait le fond des croyances des peuples primitifs ?

Pour aller au cœur du problème, il faut rappeler d'abord comment Descartes l'a posé. Car, Paul Valéry le constatait encore récemment [5], « quant aux relations de l'organisme avec les faits de conscience ou la sensibilité subjective, rien de nouveau depuis 1650 ». On voudrait pouvoir citer tout au long les textes si pittoresques où se trouve pour la première fois exposée une théorie de la *machine nerveuse*. On y voit Descartes comparer le corps humain à certains automates « mûs par la seule force dont l'eau se meut en sortant de sa source... dans les grottes et les fontaines qui sont aux jardins de nos rois. » Or, ajoute-t-il aussitôt, « quand l'*âme raisonnable* sera en cette machine, elle y aura son siège principal dans le cerveau et sera là comme le fontenier, qui doit être dans les regards où se vont rendre tous les tuyaux de ces machines, quand il veut exciter, ou empêcher, ou changer en quelques façons leurs mouvements. » Adaptons ces métaphores au progrès de nos modernes mécaniques ; remplaçons la machine hydraulique par une installation électrique, le « fontenier » par un « aiguilleur ». Dès lors il sera clair que Descartes concevait le problème de l'âme et du corps dans les termes mêmes, à bien peu de chose près, où les progrès de la physiologie conduisent Lapicque à le poser après trois siècles écoulés.

Quelles étaient les sources, mais aussi quelle était l'originalité de cette conception cartésienne ? D'une part, fidèle à la « religion de sa nourrice », le philosophe conservait pieusement deux pièces maîtresses de la dogmatique chrétienne : la notion théologique du libre arbitre, et l'idée de l'immortalité, dont l'origine, par delà Platon et Pythagore, l'Egypte et l'Inde antiques, se perd dans la nuit des âges. D'autre part, ses maîtres du Collège de La Flèche lui avaient transmis, déformée par la scolastique médiévale, la conception aristotélicienne d'une âme, principe non plus d'immortalité, mais de vie, liée au corps vivant « comme la vue est liée à l'œil », et douée d'une quadruple fonction nutritive, sensitive, pensante et motrice. L'originalité décisive de Descartes est d'avoir dépouillé l'âme, *substance pensante*, de ses soi-disant fonctions vitales, rapportées désormais au seul corps, *substance étendue*. Délivrée par ce coup de génie des qualités occultes, la physiologie humaine pouvait, dès lors, se vouer à l'étude des lois mécaniques et physico-chimiques qui régissent l'organisme.

Mais le progrès scientifique rendu possible par la révolution cartésienne avait pour contre-partie une singulière obscurité philosophique. En séparant « substance pensante » et « substance étendue », Descartes rendait bien difficile à comprendre l'intime union de l'âme et du corps. En vain les grands rationalistes du XVII[e] siècle multiplieront-ils leurs efforts pour résoudre cette difficulté : à l'hypothèse cartésienne d'une interaction entre deux substances distinctes succéderont le parallélisme de Spinoza, l'occasionnalisme de Malebranche, la théorie de Leibnitz de l'harmonie préétablie. Devant l'insuccès de ces tentatives, d'ailleurs ingénieuses et profondes, le XVIII[e] siècle tentera de lever la difficulté par une autre voie, en l'escamotant, en supprimant l'un des deux termes qu'on désespère de réunir. L'idéalisme de Berkeley, intrépidement, nie la matière. Le matérialisme de La Mettrie prétend ramener la vie mentale au mécanisme physique : ce n'est plus la *machine humaine*, c'est *l'homme machine*. Il nous conduit tout droit, un siècle plus tard, à l'associationnisme des Taine et des Ribot qui atomise la pensée, n'y voit qu'un « polypier d'images » localisées chacune en un point du cerveau et ravale, comme on l'a vu, la conscience au rang d'épiphénomène. Conception où ni la psychologie, ni la physiologie ne trouvent plus leur compte : qu'on relise James et Bergson, aussi bien que Lapicque et Rémy Collin.

*
* *

Or, la science d'aujourd'hui et la philosophie qui s'en dégage nous paraissent bien indiquer la direction générale où nous engager pour trouver issue à la double impasse du spiritualisme dualiste et du matérialisme moniste. « L'une des tendances instinctives de notre esprit, qui est sans doute aussi l'une de ses imperfections, a écrit M. Louis de Broglie, est de vouloir ramener la réalité à des abstractions nettement définies. En allant d'une de ces abstractions à l'abstraction opposée, il se trouve ainsi ballotté indéfiniment entre des conceptions extrêmes et antinomiques. » Et l'on sait que Niels Bohr, en formulant son « principe de complémentarité », a montré la nécessité où nous sommes, pour comprendre certains aspects fondamentaux du réel, de maintenir ensemble sous le regard de l'esprit des couples de concepts en apparence contradictoires, en réalité complémentaires : tels les concepts d'onde et de corpuscule.

L'âme et le corps, promus par Descartes à la dignité de substances indépendantes, ne seraient-elles pas de ces abstractions complémentaires ? Nous ne nions point ici, bien entendu, la légitimité des croyances religieuses ; nous cherchons à interpréter les données de l'expérience en faisant la plus grande économie possible de notions *a priori*. Or, c'est en un sens interpréter l'expérience que d'isoler un être au sein de la continuité du Tout. C'est la dépasser, en tout cas, que de couper tout vif en deux tronçons cet être. Un complexe indivisible de processus psychiques et de processus corporels, voilà ce que nous présente, jusqu'à nouvel ordre, l'expérience. Non point un corps inanimé, ni une âme capable de se désincarner, ni je ne sais quelle inintelligible combinaison de ces deux abstractions. N'était-ce pas déjà le sens profond de l'antique comparaison du grand biologiste et du grand rationaliste que fut Aristote : l'âme liée au corps « comme le tranchant du fer est lié à la hache » ?

Le progrès de la physique nous oriente ainsi, par analogie, vers une conception de l'homme répondant fort bien à ce qu'exige, selon Lapicque, le progrès de la physiologie. Or il est remarquable que la psychologie contemporaine nous présente, à son tour, des suggestions tout à fait comparables. Dans un livre récent [6], M. Henri Wallon n'a-t-il pas affirmé avec force qu'il est également impossible, et de rapporter les phénomènes psychiques à des facteurs uniquement psychiques, et d'en faire le simple reflet des phénomènes organiques ? La solidarité est autrement intime et complexe entre la vie psychique et les structures corporelles sous-jacentes. Non moins profonde est d'ailleurs, à l'autre pôle de la psychologie, l'interconnexion de la pensée collective et du psychisme individuel. L'esprit de l'homme ne peut renier ni l'héritage de la société, ni l'héritage de l'espèce.

Ainsi la machine nerveuse, ainsi le corps entier, si l'on en isole le concept, n'est qu'une abstraction morte au sein de cette autre abstraction que serait l'homme isolé de la société. Biologie, psychologie, sociologie, par des voies distinctes, mais convergentes, explorent une réalité unique qui est la réalité de l'homme. Les feux croisés des sciences particulières se fondent au grand jour de l'humanisme.

GUSTAVE ROUSSY.

5. Paul VALÉRY : *Les pages immortelles de Descartes.* Corrêa, édit. 1941

6. H. WALLON : *De l'acte à la pensée.* Flammarion, édit Paris, 1942.

Correspondance

Signification de la présence de bacilles de Koch dans les crachats de tuberculeux pulmonaires traités en sanatorium.

Dans un travail intitulé : « Signification de la présence de bacilles de Koch dans les crachats de tuberculeux pulmonaires traités en sanatorium » et publié dans *La Presse Médicale* du 18 Août 1945, M. J.-C. LEVADITI critique la conception, que je défends depuis plusieurs années, des « cracheurs sains » de bacilles tuberculeux. Il écrit, en particulier, que les sujets que Cordier avait désignés du nom de « porteurs valides » doivent être, « malgré l'opinion soutenue par F. Meersseman, considérés comme des tuberculoses occultes à expectoration bacillifère » ; et il termine en disant que les conclusions de ses recherches « s'opposent de toute évidence aux notions de tuberculose fermée et de porteurs sains de germes ».

J'ai cependant cherché vainement dans l'article en question les arguments sur lesquels M. J.-C. Levaditi pourrait appuyer des conclusions aussi catégoriques. Il me paraît en effet paradoxal au plus haut point de prétendre juger la question des cracheurs sains de bacilles tuberculeux à l'aide d'observations recueillies en milieu sanatorial... Sans vouloir mêler à cette discussion le moindre amour-propre d'auteur, il me faut bien constater que toutes les critiques qui ont été formulées jusqu'ici à l'encontre de la notion des cracheurs sains reposaient sur des observations de sujets malades ou, au moins, très suspects. Or, j'ai déjà fait remarquer à maintes reprises que j'ai été amené à admettre l'existence de cracheurs sains de bacilles de Koch à la suite de recherches systématiques entreprises dans des collectivités, médicalement sélectionnées, d'individus sains. J'ai également insisté sur le fait que les sujets qui ont été ainsi catalogués cracheurs sains ont été soumis pendant plusieurs années à une surveillance serrée, qui n'a jamais permis de déceler chez eux le moindre signe d'altération ou de fléchissement de l'état général ou local. Il me paraît évident que des recherches de contrôle devraient, pour être valables, être entreprises dans des conditions identiques...

Quant au malade dont M. J.-C. Levaditi résume l'observation au haut de la 5[e] colonne de son article, il a déjà fait l'objet d'une mise au point de ma part à la suite de la communication présentée par MM. Rist, Davy et J.-C. Levaditi à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris le 13 Juin 1941. J'ai effectivement considéré ce malade comme un cracheur convalescent, et je ne vois pas quelle autre étiquette aurait pu être appliquée à un sujet qui, un an après une cortico-pleurite avec épanchement ne présentait plus aucune séquelle clinique ni radiologique de cette affection et jouissait d'un état général excellent, au point qu'il a pu être admis dans une grande Ecole militaire... Que ce sujet ait fait par la suite une, et même plusieurs rechutes évolutives, cela n'a rien qui puisse surprendre, et je suis, au surplus, entièrement d'accord avec M. Davy pour penser que, chez un convalescent, des éliminations bacillaires pareillement persistantes doivent faire mal augurer de l'avenir. Mais ceci n'a rien à voir avec la question des « cracheurs sains »..

F. MEERSSEMAN.

Une technique supplémentaire pour explorer la sensibilité de l'appendice.

M. Ch. Lucas nous a signalé que, personnellement, outre l'examen complémentaire et systématique sous l'écran radiologique souvent si riche en renseignements inattendus, il pratique l'examen habituel des décubitus dorsal, puis couché sur le côté gauche et enfin « à quatre pattes ».

De ces trois procédés, c'est le dernier qui lui a semblé le plus important : c'est la position la plus logique pour la palpation d'organes abdominaux qui ont tendance à s'opposer passivement par leur propre poids à la palpation qui s'exerce en sens inverse de la pesanteur à travers une paroi abdominale en parfaite résolution musculaire.

Livres Nouveaux

La Pénicilline et ses applications thérapeutiques, par C. Levaditi, 1 volume de 151 pages, avec 65 fig., (*Masson et Cie*, éditeurs), Paris, 1945. — Prix : 170 fr.

La découverte de Fleming est à l'ordre du jour. Nous n'avons pas pu pendant les années d'occupation suivre dans tous ses détails l'évolution de la question de la Pénicilline et nous sommes à l'heure actuelle extrêmement avides d'en connaître l'histoire, d'en savoir les progrès et les possibilités. Le livre du Professeur Levaditi sera donc le bienvenu. On y trouvera toute l'histoire de la découverte. Ce que j'appellerai la première phase anglaise (les travaux de Fleming), puis la seconde phase anglaise (recherches de l'équipe d'Oxford), la phase américaine enfin, qui transporta sur le plan international les recherches de laboratoire sont exposées tour à tour.

L'auteur décrit dans les chapitres suivants les principaux caractères du *Penicillium notatum*, les méthodes de culture, les effets sur les bactéries de la Pénicilline brute, les méthodes de concentration, de purification, de titrage, etc.

La seconde partie du volume est consacrée aux applications thérapeutiques, au mode d'administration, aux utilisations cliniques du produit.

Dans la troisième partie du volume, Levaditi décrit les principes bactériostatiques d'origine microbienne et mycélienne, autres que la Pénicilline.

L'ouvrage est illustré de nombreuses figures, de courbes. Il rendra service aux hommes de laboratoire qui connaissent souvent encore mal la Pénicilline et sera lu avec grand intérêt par les médecins qui, il faut l'espérer, pourront bientôt librement disposer d'un médicament dont les possibilités sont immenses.

Paul Hauduroy.

Les cancers produits par les rayonnements électro-magnétiques. — Les cancers produits par les rayonnements corpusculaires, par A. Lacassagne, 2 vol. (*Hermann et Cie*, éditeurs), Paris, 1945.

Les deux fascicules qui viennent de paraître dans la Collection des « Actualités Scientifiques et Industrielles », dirigée par le Prof. Lacassagne (du Collège de France) méritent de retenir l'attention. Écrites par un homme qui a fourni lui-même une large et importante contribution personnelle à la question du cancer, ces deux monographies forment une excellente mise au point de l'état actuel des notions acquises par l'étude du cancer provoqué chez l'animal. A cette mise au point, Lacassagne, en raison de sa compétence personnelle, a pu donner à son exposé un caractère à la fois objectif et judicieusement critique.

Dans le premier opuscule qui traite des « Cancers produits par les rayonnements électro-magnétiques », Lacassagne indique d'abord, et brièvement, les caractéristiques et les conditions d'absorption des différentes vibrations électro-magnétiques susceptibles d'exercer une action dans l'organisme. Puis, adoptant l'ordre historique, il étudie les cancers de la peau produits par les rayons X, les rayons γ et les rayons ultraviolets, ainsi que, pour les discuter, les cas de cancers sur brûlures. Il passe ensuite en revue certains cancers profonds dont on est en droit d'attribuer l'origine à l'action des plus pénétrants de ces rayonnements.

De cet exposé, A. Lacassagne estime que seules deux conclusions formelles s'imposent à l'heure actuelle : 1° des nombreuses radiations électro-magnétiques émanant du spectre, les radiations cancérigènes sont toutes situées du côté des petites longueurs d'onde ; et 2° la cancérisation des tissus se manifeste toujours après une longue période de latence. Ces données essentielles, mises en parallèle avec toutes celles fournies par la cancérologie expérimentale et principalement par l'étude des cancers produits par l'introduction dans l'organisme de radio-éléments d'une part, par les hydrocarbures cancérigènes et l'action de certaines substances hormonales d'autre part, devront vraisemblablement faire avancer l'état de nos connaissances sur le problème du cancer.

Dans le deuxième fascicule, Lacassagne expose les travaux d'observation clinique et d'expérimentation animale par lesquels ont été établies nos connaissances actuelles sur les cancers produits par les rayons corpusculaires des corps radioactifs.

Seules les substances radioactives naturelles sont envisagées, les radioéléments artificiels n'ayant pas encore fourni de données précises. Cette deuxième étude conduit l'auteur aux conclusions suivantes : aucun résultat expérimental n'autorise à penser que l'action cancérigène de radiations s'exercerait de façon indirecte. La diversité des radiations possède un pouvoir commun de fournir et de provoquer une réaction compatible avec sa survie et son aptitude à se reproduire. Les radiations cancérigènes sont les mêmes que celles qui sont capables de produire des mutations. Quant à la longue latence qui précède la cancérisation, on ne trouve pas d'explication autre que la nécessité d'atteintes multiples, par de faibles activations successives, des éléments qui président à la division cellulaire. Certains arguments pourraient être apportés en faveur de cette dernière hypothèse à laquelle on ne peut encore fournir aucune preuve décisive.

En somme : deux excellentes monographies qui traitent de questions du plus haut intérêt et qui sont exposées par un homme maître de son sujet, apte à choisir les faits dignes d'être commentés et retenus pour en tirer des déductions susceptibles d'éclairer le mécanisme intime de la cancérisation cellulaire.

Ces études seront lues avec fruit par tous ceux qui s'intéressent aux progrès de la carcinologie.

G. Roussy.

LA MÉDECINE A TRAVERS LE MONDE

Angleterre.

La « British medical Association » compte maintenant plus de 50.000 membres. Fondée à l'instigation de Charles Hastings en 1832 sous le nom de *Provincial and Surgical Association*, elle comptait alors 50 membres. Cette année-là est marquée dans l'histoire par le vote de la première loi sur la Réforme et par la première des quatre épidémies de choléra qui s'abattirent sur l'Angleterre au cours du XIXe siècle.

Cette Association, destinée à resserrer les liens entre les médecins de province, avait pour but de recueillir les faits scientifiques, d'augmenter les connaissances médicales, de provoquer des recherches sur les maladies épidémique et endémique, de favoriser l'étude de la médecine légale et enfin « de maintenir l'honneur de la profession par la discipline librement consentie de ses membres et par la concorde et les bons sentiments qui doivent toujours caractériser une profession libérale ».

Le premier journal de cette Association fut le *Midland Medical and Surgical Reporter*, qui publia les rapports annuels. Puis, en 1840, l'Association eut son propre journal, le *Provincial medical and Surgical Journal*. En 1853, le titre fut changé en celui d'*Association medical Journal* pour devenir, en 1857, notre confrère actuel le *British medical Journal*.

« L'année 1946, dit le *British medical Journal*, auquel nous empruntons ces renseignements, doit être une autre grande année de réforme qui peut changer profondément la profession. Aussi longtemps que les réformes respectent les principes qui caractérisent une profession libérale, les médecins continuent leur tâche traditionnelle animée de bons sentiments et d'esprit de concorde. La puissance numérique de la *British medical Association* est telle maintenant qu'elle est capable de poursuivre ses buts avec la pleine conscience de sa force. »

Pays-Bas.

Importation de médicaments en Hollande.

Après Septembre 1944, des avions anglais et américains ont lâché dans les provinces de la Hollande, qui ont été occupées jusqu'au mois de Mai 1945 par les Allemands :

67,5 millions unités d'insuline ; 500 kg. de comprimés de sulfopyridine ; 1.020 kg. de comprimés de sulfothiazol ; 120 litres de vaccin antityphoïdique ; 160 millions unités de sérum antidiphtérique ; 1 caisse de pénicilline ; 1 caisse de vitamines A et D.

Après la libération totale du pays, on a importé 265 « units », contenant chacun des comprimés de sulfamides, de la morphine, de la teinture d'iode, de l'éther, de l'eau oxygénée et des instruments pour de petites opérations.

Le gouvernement hollandais a acheté en Angleterre, dans les quatre mois qui suivirent la libération du pays :

60 millions unités d'insuline ; 4.216 kg. d'aspirine ; 20.000 kg. de poudre D. D. T. ; 4.000 comprimés de codéine à 20 mg. ; 1.000 flacons d'exoseptoplix ; 1.134 kg. de pyramidon ; 508.800 comprimés de digitaline à 60 mg. ; 280 kg. de menthol ; 11.280 kg. de créoline ; 545 kg. de luminal ; 60.250 ampoules de sulfopyridine ; 912.000 comprimés de sulfathiozol ; 1.000.000 de comprimés de thyroïdine ; 2.600 kg. de benzoate de soude ; 297.000 kg. d'huile de foie de morue.

Vitamines : 3.000 kg. de vitamine C en poudre ; 24.600.000 comprimés de vitamine C à 50 mg. ; 14.600.000 comprimés de vitamine C à 25 mg. ; 100 kg. de vitamine B ; 2.330.000 comprimés de vitamine A et D ; 160 kg. de vitamine PP.

Instruments : 5.200 thermomètres ; 1.000 seringues à 2 cm^3.

Matériel : Des équipements complets pour 30 hôpitaux de chacun 200 lits ; de 60 laboratoires complets pour des recherches bactériologiques. Des installations pour la désinfection de l'eau potable, pour la radiographie, pour des maternités et des cliniques dentaires ont déjà été importées en Hollande ou sont en route de l'Amérique pour les Pays-Bas.

Les Croix-Rouge de Belgique et de Suisse ont aussi contribué à des importations de médicaments en Hollande.

Recherches sur la Pénicilline en Hollande.

Le mycologue hollandais A. van Luyk a poursuivi des recherches depuis 1932 sur le *Penicillium expansum*. Il constata alors qu'un extrait de *Penicillium expansum* était très toxique mais qu'il pouvait guérir quelques affections cutanées. Il continua ses recherches, en 1939, au laboratoire du Prof. V. J. Koningsberger, à Utrecht. A l'Université d'Amsterdam, un groupe de travailleurs sous la direction du Prof. B. C. P. Jansen réussissait à isoler des cristaux de l'extrait de *Penicillium notatum*.

Pendant la guerre, le *Penicillium notatum* fut utilisé par les alliés, et les Allemands, qui étaient au courant des recherches de van Luyk, exigèrent des cultures de *Penicillium notatum* et *expansum*. On leur remit des cultures démunies de leurs qualités thérapeutiques et qui n'étaient plus toxiques pour les bactéries.

Aujourd'hui les recherches continuent en Hollande ; elles sont suivies avec beaucoup d'intérêt par les Anglais et les Américains.

L'Université de Berne adopte l'Université d'Amsterdam.

Le Conseil de l'Université de Berne a adopté l'Université d'Amsterdam. Une Commission hollando-helvétique a été instituée et cherchera en Suisse, pour aider l'Université d'Amsterdam des livres et des appareils.

L'État de santé en Hollande pendant la guerre.

La guerre de 1940 a eu des conséquences plus graves que la guerre de 1914, pour l'état de santé en Hollande. Pendant la première guerre mondiale, la Hollande était un pays neutre, et les restrictions alimentaires étaient moins sévères. La mortalité, dans la période 1913-1918, augmenta faiblement (12,30 pour 1.000 en 1913, 13,12 en 1917). La mortalité fut plus élevée en 1918 (17,10 pour 1.000) par suite de l'épidémie d'influenza.

La mortalité par tuberculose passa de 14,5 pendant 1911-1915 à 20,3 en 1918.

La mortalité diminua dans la période d'après-guerre. Elle était en 1939 de 8,64. En 1940, elle monta jusqu'à 9,9 (les victimes de guerre non comprises) par suite de tuberculose, de pneumonie, de maladies de cœur et de suicides.

L'augmentation de la mortalité continua : 10,0 en 1941, 9,5 en 1942 et 10 en 1943. La tuberculose fut la principale cause de cet accroissement : (4,38 pour 10.000 en 1940 et 7,4 en 1943). En 1940, 13.800 sujets visitèrent les dispensaires pour maladies pulmonaires ; en 1943, ce chiffre s'éleva à 18.519. Avant la guerre il y avait plus de cas de tuberculose à la campagne qu'à la ville, pendant la guerre ce fut le contraire, la nourriture à la campagne étant meilleure. Le nombre des naissances diminua, bien que le nombre de mariages augmentât, surtout en 1942 et 1943.

Il y eut quelques cas de typhus. Les autres maladies infectieuses firent plus de victimes comme en témoignent les chiffres suivants :

	1940	1943
Fièvre typhoïde	226	878
Diphtérie	1.287	33.000
Scarlatine	10.731	26.280
Dysenterai bac.	624	3.322
Méningite	118	169
Poliomyélite	313	1.913

15.000 enfants furent examinés, le *Panniculus adiposi* avait disparu chez 18 pour 100 des garçons et 38 pour 100 des filles. Le poids ne correspondait plus à l'âge.

Pendant 1943, 1.650 calories étaient distribuées avec les tickets. Les chiffres pour 1944 et les cinq premiers mois de 1945 ne sont pas encore connus, mais la diminution du nombre des calories pendant cette période qui précéda la libération du pays a encore aggravé la situation sanitaire.

J.-Z. Baruch.

Tchécoslovaquie.

Le Prof. Jan Belehradek, professeur à la Faculté de Médecine de Prague, dont les ouvrages de biologie sont bien connus en France, vient d'être élu, à l'unanimité du Sénat Académique, Recteur de l'Université Charles IV le 30 Août 1945. Pendant l'occupation allemande, il avait été arrêté et envoyé en camp de concentration.

INFORMATIONS

La Presse Médicale *est de nouveau cruellement prouvée. Le Docteur F.* Jayle, *membre de son comité de Rédaction et son ancien secrétaire général, vient de mourir.*

Nous consacrerons dans un prochain numéro une notice à l'éminent gynécologue, mais nous voulons dès à présent nous incliner devant l'un de nos plus anciens collaborateurs et présenter à sa famille l'expression de notre douloureuse sympathie.

Université de Paris

Faculté de Médecine : Conseil de Faculté du 8 Octobre 1945. — Le Conseil, consulté au sujet des candidatures, a décidé de proposer à la nomination du Ministre :

— Pour la *chaire de Pathologie Médicale* (dernier titulaire M. Chabrol, transféré) : M. René Moreau.

— Pour la *chaire de Stomatologie* (chaire créée) : M. Michel Dechaume.

— M. le docteur Deparis a été désigné comme délégué dans les fonctions d'agrégé de la *chaire d'Hygiène*.

Hydrologie thérapeutique et Climatologie (Prof. L. Justin-Besançon, assisté de M. Charles Debray, faisant fonction d'agrégé). Année 1945-1946 (semestre d'hiver).

1° *Enseignement théorique élémentaire* par le Professeur et le délégué dans les fonctions d'agrégé, au Petit Amphithéâtre de la Faculté de Médecine, à partir du lundi 12 Novembre, à 18 heures, puis les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

2° *Démonstrations pratiques d'Hydrologie clinique*, par le Professeur, le samedi, à 11 heures, à l'Hôpital Broussais.

Pathologie externe (Prof. Petit-Dutaillis). — M. Ameline, agrégé, commencera son cours le lundi 5 Novembre, à 18 heures, au Petit Amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les mercredi et vendredi. *Sujet du cours* : Affections chirurgicales d'urgence.

Universités de Province

Faculté de Médecine d'Alger. — M. Ettori, agrégé, est pérennisé dans ses fonctions à compter du 1er Janvier 1945.

Hôpitaux et Hospices

L'Hôpital temporaire Piccini ne devant plus être administré par l'Assistance publique, le *service de la Clinique oto-rhino-laryngologique* (Prof. Lemaitre) et le *service de Médecine* (Dr L. de Gennes) sont transférés à l'hôpital Lariboisière.

Centre de Pénicillothérapie des Endocardites malignes. — Un Centre de Traitement des endocardites malignes par la pénicilline à hautes doses est ouvert dans le service de la clinique cardiologique du Prof. Donzelot.

Les malades de la région parisienne justiciables de cette thérapeutique doivent être adressés à l'Hôpital Broussais, 96, rue Didot, à Paris (14e), munis de leur dossier (observation, courbe thermique, résultat des hémocultures et des examens de sang, etc). Ils seront admis sans considération de classe sociale.

Consultation des Maladies nerveuses. — Le Prof. Laignel-Lavastine reprendra sa *consultation des Maladies nerveuses* de l'Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, tous les mardis, à 9 h. 30.

Inspection de la Santé

— M. Jalibert est nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé du *Var*.

— M. Hyronimus, médecin inspecteur de la Santé de la Meurthe-et-Moselle, est placé en service détaché pour une durée de cinq années pour exercer les fonctions de *médecin contrôleur stagiaire des assurances sociales*.

— M. Tholose est nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé de la *Vienne*.

— M. Amourdedieu est nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé de *l'Ardèche*.

— Mme Guiton est nommée inspecteur adjoint intérimaire de la Santé dans le département de la *Seine*.

— M. Amiel est nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé de l'*Aube*.

— M. Schmil est nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé du *Bas-Rhin*.

— M. Jaljou, médecin inspecteur adjoint de la Santé de la *Corse*, est promu médecin inspecteur de la Santé à compter du 1er Janvier 1944 et affecté dans ce même département.

— M. Pondaven est nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé des *Côtes-du-Nord*.

— M. Serries, médecin inspecteur adjoint de la Santé de la Loire, est affecté en la même qualité dans le département du *Rhône*.

— Mme Djian est nommée médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé dans le département de la *Seine*.

— M. Hoffmann, médecin inspecteur adjoint de la Santé de la *Moselle*, est mis en disponibilité, sur sa demande, pour une durée d'un an, à compter du 15 Septembre 1945.

— M. Andrieux, médecin inspecteur de la Santé dans le département du *Finistère*, est admis à faire valoir ses droits à la retraite, à compter du 3 Octobre 1945.

— Mlle Buneste est nommée médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé dans le département de *l'Eure-et-Loir*.

— M. Gazet-du-Chatelier, médecin inspecteur adjoint de la Santé du département de l'Aisne, est affecté dans le département du *Pas-de-Calais*, avec résidence permanente à Berck-sur-Mer.

— M. Ruff est nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé de *Meurthe-et-Moselle*.

— Mlle Gavanda est nommée médecin inspecteur intérimaire de la Santé dans le département du *Haut-Rhin*.

— M. Bouchon, médecin inspecteur de la Santé des Hautes-Pyrénées, est placé en service détaché pour une durée maximum de 5 années et mis à la disposition du préfet des *Hautes-Pyrénées* pour exercer les fonctions de médecin chef des dispensaires antituberculeux de ce département.

— L'arrêté du 18 Juillet 1945 affectant Mme Vergoz, médecin inspecteur adjoint de la Santé de la Haute-Vienne, en la même qualité dans le département de *l'Ille-et-Vilaine*, est rapporté.

— M. Robert est nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé dans le département du *Var*.

— M. Goggy est nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé des *Landes*.

— M. Brisson est nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé de la *Corrèze*.

— M. Rigal est nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé dans le département de *l'Hérault*.

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

Commission médicale. — Par arrêté en date du 18 Septembre 1945 : MM. les docteurs Aujaleu, inspecteur général, Abély (hôpital psychiatrique Sainte-Anne), Daumezon (hôpital psychiatrique de Fleury-les-Aubrais), Ey (hôpital psychiatrique de Bonneval), Leculier (hôpital psychiatrique de Fleury-les-Aubrais) font partie de la Commission médicale prévue à l'article 15 du décret du 25 Décembre 1938.

SANATORIUMS PUBLICS

— M. Amyt, médecin directeur des sanatoriums publics, est mis à la disposition du Préfet des Pyrénées-Orientales, en qualité de médecin des dispensaires de *Perpignan*.

— Mlle J. Pinaud, médecin adjoint au sanatorium de Plougonven, est nommée médecin directeur du sanatorium de la *Grolle-Saint-Bernard*.

Concours et places vacantes

Conseil supérieur d'hygiène publique de France. — Par suite de la réorganisation du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, une troisième série d'élections aura lieu pour les places d'auditeurs déclarées vacantes, parmi lesquelles 1 place de Bactériologiste et 2 places de Docteurs en médecine.

Faire acte de candidature avant le 5 Novembre 1945 au ministère de la Santé Publique (direction de la Santé, 1er bureau), 11, rue de Tilsitt, Paris (17e).

Médecin directeur du Laboratoire Central de la Ligue Nationale Française contre le péril vénérien, à l'Institut Alfred-Fournier. — Un concours sur titres est ouvert, exclusif de toute autre fonction et de clientèle. Adresser les demandes 25, boulevard Saint-Jacques, Paris, avant le 6 novembre 1945.

Médecin phtisiologue des Services publics. — Un concours est ouvert, le 17 Décembre 1945, au Ministère de la Santé publique pour 35 places.

Inscriptions jusqu'au 15 Novembre inclus. Pour tous renseignements, s'adresser à la Direction du Personnel (2e bureau, 1re section), 7, rue de Tilsitt, Paris (17e).

Médecin des Hôpitaux psychiatriques. — Les épreuves commenceront le 20 Décembre 1945, à Paris.

Le concours pour 20 places est ouvert aux candidats des deux sexes âgés de moins de trente-deux ans le 1er Janvier 1945 et titulaires du diplôme de docteur en médecine.

Inscriptions reçues jusqu'au 20 Novembre 1945, au ministère de la Santé publique (direction du personnel, 2e bureau), 7, rue de Tilsitt, Paris (17e).

Médecins inspecteurs adjoints stagiaires de la Santé. — Un concours spécial aura lieu les 7 et 8 Janvier 1946, à Paris, et dans un centre qui sera désigné ultérieurement. Les épreuves orales auront lieu à Paris. Le nombre des places mises au concours est de 50 au minimum.

Adresser demandes de renseignements et dossier au Ministère de la Santé publique (direction du personnel, 2e bureau), 7, rue Tilsitt, à Paris (17e), au plus tard le 1er Décembre 1945 (Détails au *J. O.* du 7 Octobre 1945).

Hôpital psychiatrique autonome d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône). — Un poste de médecin chef de service est actuellement vacant. Adresser toute candidature, dans un délai de 3 semaines à compter du 18 Octobre 1945, au Ministère de la Santé publique (direction du personnel, 2e bureau), 7, rue de Tilsitt, Paris (17e).

Sanatorium des Tilleroyes (Doubs). — Le poste de médecin directeur est vacant. Adresser toute candidature dans un délai de 3 semaines à compter du 18 Octobre 1945, au Ministère de la Santé publique (direction du personnel, 2e bureau), 7, rue de Tilsitt, Paris (17e).

Nouvelles diverses

Vitamines fournies par la Croix-Rouge. — La Croix-Rouge Américaine a mis à la disposition de la C.R.F. un stock important de vitamines sous les formes suivantes : *Vitamines C* (Acide Ascorbique en pastilles de 500 unités). — *Vitamines A et D* (Navitol). — *Vitamine B* (Hebulon, capsules contenant 16 *g.* d'extrait de foie frais et 2 *g.* de sulfate de fer). Les médecins chargés de consultations ou de Services médico-sociaux de l'enfance peuvent s'adresser directement à la C.R.F. (Service de l'Enfance), 17, rue Quentin-Bauchart, pour obtenir ces produits qui leur seront délivrés gratuitement.

Syndicat national des Urologistes français. — La première Assemblée générale depuis la reconstitution du Syndicat s'est tenue à Paris, le mardi 9 Octobre, sous la Présidence du docteur Gallois, remplaçant le professeur André, empêché, et du professeur Macquet, de Lille.

Un nouveau Bureau et un nouveau Conseil d'administration ont été constitués : *Bureau* : Président : Prof. Macquet, de Lille ; Vice-Présidents : Prof. Chauvin, de Marseille, et docteur Tissot, de Paris ; Secrétaire général : Docteur M. Gallois, de Paris ; Trésoriers : Docteur G. Voronoff (déporté en Allemagne), et Docteur Durieux, de Paris.

Conseil d'Administration : MM. Heitz-Boyer, de Paris, Fritzhschoff, de Paris, Maurice Fabre, de Paris, Gessy, de Pont-Audemer, Huas, de Paris.

Le ***Syndicat national des Médecins biologistes français*** étant reconstitué, le Bureau prie les anciens membres du Syndicat de bien vouloir renouveler leur adhésion.

Les candidatures sont reçues au Secrétariat général Dr Ginsbourg, 225, faubourg Saint-Honoré, Paris (8e).

Le ***Centre de Réadaptation fonctionnelle des Mutilés du travail,*** provisoirement 15, rue Lafayette, Paris (9e) vient d'ouvrir ses services. Ce nouvel organisme doit permettre aux accidentés du travail porteurs d'une invalidité permanente, de bénéficier des méthodes de récupération médicale capables de leur rendre le maximum de leurs aptitudes physiologiques. Le Centre comprend une Consultation centrale et des Services d'application. Les blessés sont reçus exclusivement sur rendez-vous.

Le ***Troisième Congrès National des Auxiliaires Médicaux*** aura lieu du 12 au 15 Janvier 1946, à Paris, 60, boulevard de La Tour-Maubourg.

Les communications ou rapports scientifiques devront être adressés par leurs auteurs au Secrétaire général du Congrès, 60, boulevard de La Tour-Maubourg, Paris (7e).

Société Française d'Anesthésie et d'Analgésie. — La Société Française d'Anesthésie et d'Analgésie tiendra son Assemblée générale le mardi 30 Octobre 1945, 16 heures, 12, rue de Seine, à Paris.

Distinctions honorifiques

LÉGION D'HONNEUR

Chevalier : Médecin lieutenant-colonel A. Le Bihan, 1er bataillon médical. — Médecin commandant L. Mongrand, 1er régiment d'artillerie. — Médecin commandant A. Terramorsi

bataillon de commandement n° 2. — Médecin commandant R. Gabrielle, du 1er bataillon médical. — Médecin commandant J. Lartigau, ...° régiment d'infanterie coloniale. — Médecin commandant M. Iglert, état-major, ...° armée. — Médecin principal Buard. — Médecin capitaine L. Juguet, 1re division motorisée d'infanterie. — Médecin capitaine H Fille, ...° bataillon de marche (à titre posthume). — Capitaine P. Louin, médecin servant volontairement dans l'infanterie.

CITATION A L'ORDRE DE L'ARMÉE

Médecin lieutenant C. Choffel, du 1er R. C. P. — Médecin auxiliaire J. Fromaget, ...° régiment d'infanterie. — Médecin sous-lieutenant Ch. Bucher, bataillon de marche des Antilles. — Médecin auxiliaire Dehalle, ...° régiment d'infanterie. — Médecin lieutenant M. Pierrou, ...° régiment de zouaves — Médecin de 3e classe W. Sandot, bataillon de fusiliers-marins. — Médecin auxiliaire A. Nenna, ...° régiment de chasseurs d'Afrique. — Médecin lieutenant lt. Testot-Ferry, ...° régiment de tirailleurs.

A titre posthume : Médecin aspirant J. Commonnieu, groupe de commandos d'Afrique. — Médecin lieutenant A. Limousin, ...° régiment d'infanterie. — Médecin sous-lieutenant P. Payen, ...° régiment d'infanterie. — Médecin auxiliaire R. Peres, ...° régiment de chasseurs d'Afrique.

CROIX DE LA LIBÉRATION

Docteur Th. Revesz, de Crest (Drôme).

ORDRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Chevalier : Docteur A. Canal, de Veynes (Hautes-Alpes)

MÉDAILLE MILITAIRE

Médecin-auxiliaire F. Navello.

Nos Échos

Naissances.

— Dominique Mertens est heureux de faire part de la naissance de son petit frère *Didier* (Dr et Madame Mertens, La Tronche, Isère, 19 Septembre 1945).

— Jean-Louis Zua a la joie d'annoncer la naissance de sa petite sœur *Marie-Edith* (Madame et le docteur Jean Zua, 55, rue de Varenne, Paris-7e, 9 Août 1945).

— Le docteur S. Danowski, de Châteauneuf-de-Randon (Lozère), a la joie d'annoncer la naissance de son troisième enfant, *Raymond*.

— Monique et Françoise ont la joie d'annoncer la naissance de leur petite sœur *Chantal* (Docteur François Nilus, 38, rue du Trech, Tulle, Corrèze, 26 Septembre 1945).

— On annonce la naissance de Renaud Balazuc, quatrième enfant du docteur et de Madame Balazuc (Paris, le 6 Octobre 1945).

— Le docteur et Madame Robert Laplane sont heureux d'annoncer la naissance de leur fils *Bruno* (Paris, le 28 Septembre 1945).

— Le docteur J. Boulay et Madame, née Denerthand sont heureux de faire part de la naissance de leur troisième enfant *Gérard* (Dourdan, 6 Octobre 1945).

— Marie-Claude, Yves, Colette et Geneviève Pennossieu, ont la joie de faire part de la naissance de leur petite sœur *Solange* (docteur et Madame Pennossieu, Champaissaat, 6 Octobre 1945).

— Le docteur L. Joly et Madame ont la joie d'annoncer la naissance de leur fils *Jacques* (Tarare, 5 Octobre 1945).

— Marie-Louise et Jean-Paul Couaillier sont heureux de faire part de la naissance de leur petit frère *Jean-François* (M. et Mme Couaillier, Provins, 9 Octobre 1945).

— Le docteur André Hanaut et le docteur Christian Hanaut-Rouvier sont heureux de faire part de la naissance de leur fille *Florence* (Paris, 22 Septembre 1945).

— Anne-Marie et Michèle Gally font part de la naissance de leur petite sœur *Elisabeth* (docteur et Madame Gally, 36, rue Nicolo, Paris).

— Le docteur Jacques Legendre et Madame, née Nimsgern sont heureux de faire part de la naissance de leur deuxième fille *Dominique* (Paris, 30, rue du Bac, 14 Octobre 1945).

Fiançailles.

— On annonce les fiançailles de Mademoiselle Micheline Banzet, fille du docteur et Madame Paul Banzet, avec M. Hubert Cruse, fils de M. et Madame Roger Cruse.

Mariages.

— Le docteur et Madame Boulanger-Noiret ont l'honneur de faire part du mariage de leur fille *Janine*, avec le docteur Jacques Bertrand (Oignies, 11 Octobre 1945).

— Le docteur et Madame Paul Claisse, le docteur et Madame Pierre Blamoutier ont l'honneur de faire part du mariage de Mademoiselle Anny Blamoutier, leur petite-fille et fille, avec Monsieur Jean Hartog (Paris, le 20 Octobre 1945).

— Le mariage de Mademoiselle Colette Barrès, avocate au Barreau de Paris et du docteur Yves Lallemant, interne provisoire des Hôpitaux de Paris, a été célébré, dans l'intimité le 20 Octobre, en l'église Saint-François-Xavier de Paris.

— On annonce le mariage du docteur Bernard Besle ancien externe des Hôpitaux de Paris avec Mademoiselle Jeanne Boucheteil (Paris, 10 Octobre).

— François Ornin, externe des Hôpitaux de Paris, fait part de son mariage avec Mademoiselle Régnier (Paris, 22 Octobre 1945).

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

Les petites Annonces dans La Presse Médicale *sont acceptées sous réserve d'un contrôle extrêmement sérieux. Aucune annonce commerciale n'est acceptée.*

Prix : 20 *fr. la ligne* (15 *fr. pour les abonnés*).

VISITEUR MED., lic. ès sci., bien intr. Paris, Als. Lor. 5 ans expér. ch. Labo. Ecr. *P. M.*, n° 5.

DAME au cour. direction clinique, secrétariat, économat, aisse, etc., sér. et longues références, ch. emploi clinique, hôpitaux ou autres, à Paris. Ecr. *P. M.*, n° 185.

Jne MEDECIN, anc. ext. hôp., ex-assist. sana., dipl. phtysio. et cardio. Bien au cour. client., fer. rempl. ou assistor. confr. surch., trav. Paris ou banl. paris. Ecr. *P. M.*, n° 231.

DESIRE échanger joli apparlem. 2 pièces av. salle bains, v. apparlem. pl. grand de 4 p. au moins. Ecr. *P. M.*, n° 233.

LABORATOIRE important recherche collaborat. scientifique, docteur en médecine, biologiste. Ecr. *P. M.*, n° 235.

SECRETAIRE assistante médicale diplômée, st.-dact., ch. pl. lin. médec. hôp., sér. référ., au bes. ferait remplacements. Ecr. *P. M.*, n° 242.

IMPORTANT LABORATOIRE recherche en exclusivité visiteurs médicaux expérimentés, excell. référ., très bonne présentation pour Paris, Nord, Ouest, Centre et Est. Ecr. av. *curriculum vitæ* très détaillé. S.P.M.O., 9, rue Gravey, Courbevoie.

DEMANDE jne pharmacien, de préfér. célibataire et ancien int. présentant hles qualités morales et professionnelles pour le seconder dans la direction d'un Labo important de spécialités. Ecr. *P. M.*, n° 246.

A VENDRE voiture électr. Mildé-Krieger, 3.000 km., excell. état, seul batterie à remplacer. Chargeur tungar à vendre avec ou séparément. Ecr. P. B. Métadier, r. de Clocheville, Tours.

IMPORTANT LABORATOIRE recherche collaborateur chimiste en pharmacien-chimiste, au courant industrie pharmaceutique. Ecr. *P. M.*, n° 249.

VISITEURS MEDICAUX non exclusifs demandés pour produit nouveau, secteurs : Lille, Nancy, Alsace-Lorraine, Lyon, Marseille. Envoyer *curriculum vitæ*, secteur exact, produits déjà représentés, à S.P.M.O., 2 *bis*, rue la Jussienne, Paris.

Dr EN PHARMACIE, ayant pratiqué la pharmacie de détail et de gros et ayant assumé direct. générale d'un import. Labo de spécialités ch. sit. identique. Ecr. *P. M.*, n° 251.

DEMANDE pr tenir petit appartement médical personne sérieuse, couchant sur place, préf. infirmière retraitée. Ecr. : Léger, 28, rue de Saussure, Paris.

Jne FEMME, Vve, dem. situat. sous-direct. ou direct. clin., prévent., compt., dactylog., référ. sér. Ecr. *P. M.*, n° 256.

ELECTRO-RADIOL., certificat Paris, prat. client., ch. associat., assistant ou poste de clin., préf. Paris ou banl. Ecr. *P. M.*, n° 262.

STENO-DACT. Secrét. scient., ch. empl. Labo préf. Ecr. *P. M.*, n° 263.

Jne FEMME de médecin en instance départ Indo-Chine, sténo-dact. diplômée, dip. d'infirmière et d'assistante médico-sociale, 2 ans prat. de laboratoire, bactériolog. et sérol., culture générale, ch. situat. Paris. Ecr. *P. M.*, n° 306.

Jne FEMME, bonne éducat. pour faire secrét. dactyl. recevoir clientèle ou tenir int. dem. empl. ch. docteur Paris ou province. Ecr. Mme Véry, 183, r. de la Pompe, Paris (16e).

BONNE INFIRMIERE salle d'opérations dem par Clinique province. Ecr. *P. M.*, n° 308. Visa O.R.T. Limoges, n° 8751.

A VENDRE microscope Nachet, 3 objectifs, un immersion, oculaires. Gants et tablier protecteur radiologique. Ecran fluorescent pour table bascul. Ropiquet. Ecran Potter Bucky radioscop. Appareil Pachon. Ecr. *P. M.*, n° 309.

MEDECIN, 31 a., marié, 1 enfant, cherche place médecin d'usine ou similaire. Ecr. *P. M.*, n° 310.

DOCTORESSE, gynécol-accouch. demandée pour collaborat. ou association sud-ouest. Ecr. *P. M.*, n° 311.

CABINET OPHTALMOLOGIQUE à céder, équipement complet, suite décès, gde ville de Normandie. Ecr. *P. M.*, n° 312.

ACHETERAIS ouvrage : Les Tumeurs. Diagnostics histologiques Tome XXVII-II du Traité de Sergent, Ribadeau-Dumas, Babonneix. Ecr. *P. M.*, n° 313.

Jne FEMME, bonne présent. secrét. sténo-dact. connaissant un peu laboratoire, dem. empl. ch. Dr ou dans Labo recherches expérimentales. Ecr. *P. M.*, n° 314.

POSTE CHIRURGIE-radiologie à reprendre d'urgence, cause départ, région centre. Ecr. *P. M.*, n° 315.

A CEDER clientèle médecine générale grande ville du Centre. Ecr. *P. M.*, n° 316.

A VENDRE appareil à sections de brides pleuroscope, objectif Guillbring complet, état neuf av. transformateur cautère lumière. Ecr. *P. M.*, n° 317.

Jne CHIRURGIEN cherche remplacement même médecin Marseille et envir. Ecr. *P. M.*, n° 318.

POSTE O. R. L. et OPH. à céder dans ville de Normandie. Ecr. *P. M.*, n° 319

MEDECIN province cherche assistant anc. ext. hôp. Paris, célibataire de préférence. Ecr. *P. M.*, n° 320.

ACHETE VELOMOTEUR en parfait état à confrère. Tél. Odé. 35-99 ou écr. *P. M.*, n° 321.

POSTE MEDECINE GENERALE, gros bourg, 35 km. Paris, seul médecin, grande maison, parc. Ecr. *P. M.*, n° 322.

A VENDRE microscope Nachet, 3 obj. dont 1 imm. Korilska 1/12, 3 oculaires, chariot platine ronde. Condensateur. Coffret. Ecr. *P. M.*, n° 323.

VISITEUR MEDICAL cherche 2e Labo pour Landes, Basses et Hautes-Pyrénées, Gers, Lot-et-Garonne, Tarn-et-Garonne, Tarn, Haute-Garonne, Aude, Ariège, Pyrénées-Orientales, Hérault, Gard. Visites médecins et vente pharmacies. Références, 15 ans pratique et expérience. P.-P. Bonnel, 16, rue Héliot, Toulouse.

SAGE-FEMME sinistrée, 24 ans, Faculté de Nancy, cherche poste petite clinique grande ville ou ferait des gardes. Ecr. *P. M.*, n° 325.

Jne MEDECIN, anc. ext. des hôp. de Paris, cherche travail médical à Paris ou proche banlieue. Libre tous les matins ou 3 jours pleins par semaine. Ecr. *P. M.*, n° 326.

LONGUE EXPERIENCE commerce spécialités pharmaceut. rech. représent. et dépôt labo pr Nice et la région. Ecr. *P. M.*, n° 327.

VENDS DE SUITE, cause départ, maison accouch. 8 lits, installation moderne, ville 60 km. Lyon. Prix à débattre. Ecr. *P. M.*, n° 328.

DOCTORESSE, 32 ans, pharmacienne, ex interne, posséd. voiture, ch. 1° remplacements Paris, banlieue ; 2° labo ou poste pr utilisat. légale de ses diplômes. Ecr. *P. M.*, n° 329.

Jne DOCTEUR, tr. actif, gde pratique méd. génér. acc. réc. démob. ayant appart. installé Paris, prendrait succession à défaut remplacem. situat para-médicale Paris, banlieue immédiate. Ecr. *P. M.*, n° 330.

TRAITE D'ORTHOPEDIE, de Mathieu, Huc, etc. recherché. Ecr. *P. M.*, n° 331.

VISITEUR MEDICAL, 10 an. de pratique, très introduit. région Alsace-Lorraine, cherche laboratoire sérieux. Références 1er ordre. Ecr. *P. M.*, n° 332.

CHERCHE appareil micro Securix ou appareil graphie-scopie. Ecr. *P. M.*, n° 333.

PARTIC. vend très beau cabinet travail Louis XVI (bureau, fauteuil, bibliothèque) conv. médec. Mouken, 45, r. Turbigo, Paris-3e.

MEDECIN, 30 a., anc. ext. des hôp., ch. pr Mai 1946 Paris ou banl. imm., bonne clientèle méd. génér. av. logement important (3 enfants). Très sérieux. Ecr. *P. M.*, n° 335

A VENDRE lampe solaire Bonlitte infra-rouge. Mme Vve Leroy, 13, rue Montcalm, Paris-18e.

Ts. TRAV. A DACTYLOGRAPH. (thèses) exéc. par anc. prisonn. Tr. soigné. Ecr. Dumez, 25 av. de Lamballe, Paris-16e.

MEDECIN libre tous les après-midi, recherche occupation. Ecr. *P. M.*, n° 338.

Jne FILLE, 23 a., dactylo, ay. travaillé 4 ans ch. Dr ch. ol récent client Car 39 39.

MEDECIN, anc. prisonnier, sinistré, achèterait poste important, de préfér. Paris ou rég. paris. Urgent. Ecr. *P. M.*, n° 340.

Jne RADIOLOGUE ch. cabinet à achet. Paris ou proximité Envisagerait possibilité d'associat. Ecr. *P. M.*, n° 341.

URGENT cherche poste intéressant rég. indif. Céd. évent petit apparlem. Paris. Ecr. *P. M.*, n° 342.

SAGE-FEMME de la Fac. de Méd. de Paris désirerait achet clientèle ville côtière de préfér. Ecr. *P. M.*, n° 343.

MEDECIN ANATOMO-PATHOLOGIQUE, bactériologiste, désire collaborat. dans cliniq. priv. ou labo d'anal. Ecr. *P. M.*, n° 344.

FEMME DE MEDECIN, sinistrée, au cour. représent. médicale ch. labo à Paris. Ecr. *P. M.*, n° 345.

DAME, brevet sup., sténo-dact., cherche secrétariat. Se contenter. appts de début. Ecr. *P. M.*, n° 346.

JOURNALISTE MEDICAL, lgue expér. rédaction, mise en pages publicité, parlant plus. langues, ch. collabor. av. revue ou labor. sérieux. Ecr. *P. M.*, n° 347.

MEDECIN, anc. int. des hôp., libre tous les après-midi ch. remplacem. ou autre occupation médicale, Paris ou banl proche. Ecr. *P. M.*, n° 348.

RADIOLOGUE, certificat d'électro-radiol. ch. remplacement Paris ou banlieue. Ecr. *P. M.*, n° 349.

INFIRMIERE garderait propriété, ferait élevage, s'occup enfants ou malade. Meilleures références. Ecr. *P. M.*, n° 350

ETUDIANT, médec., 6e année, ch. travail médical ou paramédical Paris. Ecr. *P. M.*, n° 351.

EN VUE DE LA REPRISE DES AFFAIRES : expérience de la vente prouvée, jeune, énergique, ayant quelques moyens d'action, cherche, non fixe, mais la vente de spécialités ou autre strictement auprès des pharmac. de la rég. sud-est, pour un labo sérieux, connu. 36 a. nat. franç., chimiste, visiteur médical, bonne présent., moralité parf. Ecr. *P. M.*, n° 359.

VISITEUR MEDICAL très expérimenté, très sér. référ. cherche laboratoire pour rég. Côte-d'Azur et sud-est. Ecr. *P. M.*, n° 360.

PHTISIOLOGUE cherche d'urgence bon appareil radioscopie Faire offres à *P. M.*, n° 363.

Jne MEDECIN cherche occupation médicale pour l'après midi à Paris, de 2 ou 3 heures. Ecr. *P. M.*, n° 365.

Jne FEMME pharmacien, cherche empl. pharmaceut. pour la journée, ou quelques heures à Paris. Ecr. *P. M.*, n° 366.

INFIRMIERES, manipulatrice radiologique connaissant radiothérapie et physiothérapie, secrétaires, demandées pour Centre radio-chirurgical de La Rochelle. Adresser réponse Sanatorium de Launay, Reugny (Indre-et-Loire). Visa O.R.T. de Bordeaux, n° 1764.

MEDECIN SINISTRE cherche reprise clientèle ville ou gros bourg, rég. parisien. ou rég. ouest de préférence maison confortable. Ecr. *P. M.*, n° 370.

Jne CHIRURGIEN, sinistré total, démobilisé 2e D. B. cherche assistance ou association. Ecr. *P. M.*, n° 371.

ON DEMANDE pour Laboratoire parisien une laborantine ayant une bonne pratique de l'hématologie et de la bactériologie courante. S.P.M.O., 2, cité Milton. Visa O.R.T., n° 16.140

POUR VISITES MEDICALES dans toute la France, recherchons médecin ou pharmacien, très actif, présentation impeccable. Envoyer *curriculum vitæ*, référ. et prét. à *P. M.*, n° 375

JE SUIS ACHETEUR d'un vélomoteur motobécane ou Peugeot quatre temps, bon état et bons pneus. Martin, 9, rue Jean-Forain, Paris-17e

A VENDRE, cause double emploi, un poste de T.S.F. Philips 52 A. nouveau modèle, avec garantie. Ecr. *P. M.*, n° 298

AVIS — Prière de joindre aux réponses un timbre de 2 francs pour transmission des lettres

Le gérant : F. Thomas.

Imprimé par l'Ancne Imprimerie de la Cour d'Appel, 1, rue Cassette, à Paris (France).

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées aux Périodiques, la Direction scientifique de La Presse Médicale *a dû fixer à 4 colonnes maximum l'étendue des mémoires originaux. Tout manuscrit dépassant cette étendue sera retourné à son auteur.*

L'OPHTALMIE SYMPATHIQUE

Sa place en pathologie générale.

PAR MM.

J. BEAUVIEUX et Ed. BESSIÈRE

(Bordeaux)

Depuis les premières descriptions, l'ophtalmie sympathique est restée une affection aussi énigmatique dans son essence que redoutable dans ses manifestations. Sa nature mystérieuse et controversée, son évolution spécifique, à savoir son passage d'un œil à l'autre, ont pendant longtemps égaré les chercheurs et donné naissance aux conceptions pathogéniques les plus variées. Les acquisitions modernes de la clinique et du laboratoire semblent contredire la plupart des théories échafaudées jusqu'à nos jours et situent de plus en plus l'ophtalmie sympathique dans le cadre de la pathologie générale.

L'hypothèse d'une origine infectieuse a reçu la confirmation de certains faits biologiques et histologiques en attendant une vérification bactériologique. En sa faveur plaide le caractère des lésions que l'anatomie pathologique montre constituées par une infiltration uvéale, surtout choroïdienne, de cellules mononucléées qu'entourent des éléments épithélioïdes. Les examens de Redslob [1], en révélant l'existence d'un véritable « *chancre d'inoculation sympathisant* », justifient encore une nature inflammatoire plutôt qu'une réaction allergique pigmentaire ou de toute autre nature.

L'ensemencement uvéal à la faveur d'une plaie infectante paraît vraisemblable, bien que l'ophtalmie sympathique sans plaie, tout exceptionnelle qu'elle soit [2], suppose la préexistence dans l'organisme de l'agent causal activé à la faveur d'une destruction tissulaire (sarcome de la choroïde par exemple). La voie qu'emprunte alors l'agent infectieux est jusqu'ici bien imprécise; mais de nombreux arguments cliniques sont en faveur de la voie sanguine générale, véritable essaimage septicémique à virulence variable. C'est du moins l'opinion qui semble se dégager de cas cliniques à symptomatologie complète, telle notre observation personnelle récemment étudiée.

OBSERVATION I. — Henri A..., 61 ans, heurte violemment le 4 Mars 1945, une barre de fer ; il s'ensuit un éclatement du globe oculaire gauche au niveau de la région ciliaire supérieure. Pendant un mois des soins lui sont prodigués pour essayer de conserver l'œil blessé. A... nous est adressé au moment précis où apparaissent les premiers troubles du côté opposé : larmoiement, photophobie, baisse rapide de l'acuité visuelle, phénomènes sympathiques qui ont entraîné l'énucléation de l'œil gauche le 8 Avril 1945.

Au cours de l'interrogatoire, A... insiste sur le fait que, de concert avec les désordres visuels droits, est survenue une céphalée occipitale assez vive, à exacerbation nocturne.

A l'examen, la cavité conjonctivale, du côté énucléé, est en bon état. Tout l'intérêt se porte sur l'œil droit qui est le siège d'une inflammation uvéale subaiguë à localisation surtout postérieure. Le biomicroscope met en évidence de rares dépôts et quelques plissements au niveau de la face postérieure de la cornée. Il existe, en outre, une légère infiltration œdémateuse de celle-ci et quelques synéchies discrètes dans le champ pupillaire. A l'ophtalmoscope, le fond d'œil se dessine à travers un nuage, conséquence d'un trouble diffus du corps vitré. La papille optique est rouge, congestionnée, les vaisseaux dilatés et tortueux. Aucune lésion apparente de la chorio-rétine. L'acuité visuelle est réduite à dénombrer les doigts à 3 mètres.

Quelques phénomènes généraux retiennent tout particulièrement notre attention : céphalées assez intenses, frontales et occipitales, bourdonnements et hypo-acousie au niveau de l'oreille droite, élévation thermique vespérale (38° à 38°3) pendant quelques jours diminuant peu à peu sous l'effet du traitement.

Examens complémentaires :

Sang : hémoglobine, 80 pour 100 ; hématies, 3.920.000 ; leucocytes, 3.000 ; polynucléaires neutrophiles, 68 pour 100 ; éosinophiles, 1 pour 100 ; basophiles, 0 ; monocytes, 6 pour 100 ; lymphocytes, 25 pour 100. Donc, *légère leucopénie*. Réaction de Bordet-Wassermann négative ; réaction de Vernes résorcine, D. O. 10.

Ponction lombaire (14 Avril 1945) : Examen chimique : glucose, 0 *g*. 68 ; albumine, 0 *g*. 70 ; chlorures, 7 *g*. 3 ;

Examen cytologique : cellule de Nageotte, 543 éléments par millimètre cube : lymphocytes. Très rares polynucléaires. Donc, *lymphocytose massive*. Urines normales.

Devant cet ensemble, le diagnostic d'uvéite sympathique, à localisation postérieure prédominante, ne peut faire aucun doute, et le traitement classique est aussitôt institué (salicylate de soude intraveineux, électrargol intramusculaire, etc.).

L'inflammation cédant lentement à cette thérapeutique, nous essayons une cure de pénicilline. Les injections sont commencées le 19 Avril 1945 dans le service du Prof. Dupérié. Du 19 au 27 Avril, il est fait en injections intramusculaires 630.000 unités de pénicilline. Le traitement local se borne aux instillations d'atropine. Le 1er Mai, à la fin de la cure, A... accuse une amélioration très nette de l'acuité visuelle qui mesure 2/10. La température est normalisée, les céphalées et l'hypoacousie ont disparu. A l'ophtalmoscope on note un éclaircissement considérable du corps vitré, mais, par contre, la présence *d'un décollement de la rétine* au voisinage de l'ora-serrata, circulaire, surtout très marqué dans les secteurs inféro-interne et inféro-externe.

Nous prescrivons le décubitus dorsal et une série d'injections intraveineuses de novarsénobenzol.

L'affection continue à prendre une tournure favorable et le 1er Juin 1945 toute trace de soulèvement de la rétine a disparu ; le corps vitré s'est encore éclairci et, bien qu'il persiste une congestion papillaire évidente, l'acuité visuelle est de 4/10 avec un sphérique concave de une dioptrie.

Une nouvelle ponction lombaire est alors pratiquée ; elle donne les résultats suivants :

Examen chimique : glucose, 0 *g*. 69 ; albumine, 0 *g*. 50 ; chlorures, 6 *g*. 7.

Examen cytologique : à la cellule de Nageotte, 400 éléments par millimètre cube. Lymphocytose.

Quelle est l'action de la pénicilline dans l'amélioration constatée ? L'évolution de l'ophtalmie sympathique est trop capricieuse pour qu'on puisse, d'après un cas unique, conclure à une efficacité thérapeutique réelle. Il est cependant intéressant de souligner cette amélioration ; d'autres essais sont indispensables, qui viendront peut-être confirmer ce bon résultat.

Aussi bien n'est-ce pas ce point de thérapeutique qui fait l'objet de ce travail. Notre observation est d'un enseignement plus général. Elle nous permet de préciser certaines constatations cliniques, et surtout l'une d'elles, à savoir la présence de *réactions méningées* dans l'ophtalmie sympathique. Entrevues d'abord cliniquement, puis mises en évidence par la ponction lombaire (Corcelle [3]), elles ont été considérées comme la preuve d'une transmission de l'infection par la voie intracranienne. Nous pensons qu'elles ont une signification différente en raison de leurs caractères évolutifs. Dans notre observation, comme dans celles que nous avons compulsées, elles surviennent en même temps que les phénomènes généraux, au moment où débutent les accidents oculaires sympathiques, parfois même quelque temps après. Tout se passe, non comme si la réaction méningée était un relai dans le passage de l'infection d'un œil à l'autre, mais comme si elle était un phénomène concomitant de l'ophtalmie sympathique, un élément fondamental d'une « *maladie sympathique* » éclatant brusquement, après un intervalle libre, à la suite d'une plaie oculaire perforante sympathisante. On ne peut, en effet, concevoir que la propagation ascendante vers la méninge ait une durée plus ou moins longue, mais toujours réelle, alors que la migration descendante de la méninge vers l'uvée serait immédiate, fulgurante.

L'hypothèse qui fait de l'ophtalmie sympathique une affection générale a déjà été émise; l'infection, tout d'abord localisée, pourrait exceptionnellement demeurer telle (ophtalmie sympathisante sans ophtalmie sympathique : Fuchs [4], Meller [5], Marchesani [6], Felsenthal [7]); elle diffuse d'ordinaire par voie hématogène après un stade d'incubation variable, en frappant avec prédilection certains tissus: uvée, méninges, oreille interne. Pour appuyer cette conception Redslob réclamait une preuve de la réaction méningée plus évidente que les seuls signes cliniques. Le laboratoire nous fournit la réponse, et c'est sur ce point, à notre avis capital, qu'il convient d'insister.

*
* *

Le syndrome méningé clinique est toujours peu marqué. La céphalée très fréquente est d'intensité moyenne, de siège variable, mais surtout occipital; les vomissements sont exceptionnels; on ne constate ni raideur de la nuque, ni signe de Kernig; l'atteinte de l'audition inconstante est plus ou moins accusée suivant les sujets. Et cependant dans certains cas, l'inflammation méningée, toujours du type lymphocytaire, se traduit par une abondance extrême d'éléments mononucléés: 543 éléments chez notre malade; 175,12 et 63,3 (obs. Corcelle); elle peut par contre avoisiner la normale comme dans l'observation suivante:

OBSERVATION II. — Jean L..., employé à la S.N.C.F., est opéré à l'œil droit le 15 Mai 1945 de cataracte traumatique par contusion. Aucun incident opératoire. Les suites sont normales puisque le 30 Mai 1945 il sort guéri avec une acuité visuelle de 10/10 avec + 11. Cependant le 7 Juin 1945, il revient accusant devant l'œil gauche la perception d'un point noir. L'œil droit est toujours en bon état. A gauche l'acuité visuelle demeure égale à l'unité sans correction ; aucune lésion des membranes profondes oculaires ; mais l'examen biomicroscopique révèle l'existence de précipités discrets de descemétite. On pense à la possibilité d'une forme fruste d'ophtalmie sympathique, toute autre cause ayant été éliminée. La ponction lombaire donne les résultats suivants : cellule de Nageotte, 1,32 éléments par millimètre cube ; lymphocytes. Bordet-Wassermann négatif. Sous l'influence du salicylate de soude l'amélioration est rapide.

Il semble que la lymphocytose rachidienne soit dans l'ensemble proportionnelle à l'intensité des phénomènes sympathiques et qu'elle en suive l'évolution, diminuant à mesure que ceux-ci s'atténuent. Les examens sont encore trop peu nombreux pour que nous en connaissions toutes les modalités. Nous ignorons s'il existe des cas d'ophtalmie sympathique sans réaction méningée cytologique, comme il en existe sans surdité; nous ne savons pas si les rechutes fréquentes dans la maladie s'accompagnent de nouvelles poussées de lymphocytose. Des recherches complémentaires sont indispensables.

L'existence de cette *méningite lymphocytaire* apparente l'ophtalmie sympathique à certains complexes cliniques survenant dans des conditions étiologiques différentes. Une opinion exprimée par les auteurs japonais admet une certaine identité entre cette affection d'une part, la maladie de Harada (uvéite bilatérale spontanée, avec phénomènes méningés du type lymphocytaire, décollement rétinien, troubles auditifs, modifications pileuses et pigmentaires) et l'uvéite de Vogt d'autre part. Les auteurs français se sont montrés jusqu'à présent plus réservés, bien qu'on assiste à une révision parallèle de nos connaissances sur l'étiologie des irido-cyclites [8]. C'est sans doute parce que la

1. REDSLOB : *Annales d'oculistique*, 1921, n° 9.
2. V. MORAX : *Annales d'oculistique*, Août 1932.

3. L. CORCELLE : *Thèse de Bordeaux*, 1934.

4. E. FUCHS : *Arch. f. oph.*, 1905-1909.
5. J. MELLER : *Arch. f. opht.*, 1915.
6. O. MARCHESANI : *Zeitschrift f. Aug.*, 1925.
7. W. FELSENTHAL : *Annales d'oculistique*, Novembre 1934.
8. Guy OFFRET : *Société de Pathologie comparée*, 14 Décembre 1944.

maladie de Harada commence seulement à susciter des observations, soit du syndrome complet, soit de formes voisines (obs. de A. Magitot et A. Dubois-Poulsen [9], de Déjean et Viallefont [10], de Mme Schiff-Wertheimer [11], de A. Dolfus, P. Garcin, J. Guillaume et R. Troche [12]) et que les réactions méningées sont à peine précisées. Pour nous le rapprochement, au point de vue clinique, se justifie d'une manière complète et notre observation l'autorise d'autant plus que le malade a présenté un décollement circulaire de la rétine qui a complètement guéri et une surdité unilatérale passagère.

Au surplus, le complexe clinique, véritable triade symptomatique : *uvéite bilatérale, réaction méningée lymphocytaire, troubles neurologiques*, appartient non seulement à l'ophtalmie sympathique, à la maladie de Harada et à ses formes frustes, mais peut-être même au syndrome de Heerfordt (H. Coppez et B. Dujardin [13]) ; chacune de ces infections, en dehors d'une symptomatologie méningo-uvéale commune, se différencie par des caractères particuliers qui permettent de l'identifier. Il ne s'en suit pas pourtant que leur origine pathogène soit une et que le virus en cause soit le même pour chacune d'elles. On connaît d'ailleurs des uvéites bilatérales accompagnées de lymphocytose rachidienne dont l'agent est bien identifié (spirochétose ictéro-hémorragique). Il s'agit plus vraisemblablement de syndromes cliniques voisins, dus à l'action de virus à tropisme semblablement éclectique (uvée, méninges, appareil de l'audition).

Si jusqu'à présent l'ophtalmie sympathique paraissait s'isoler de la pathologie générale, une sémiologie plus complète semble devoir rompre cette solitude. A défaut d'étiologie spécifique démontrée (et les recherches bactériologiques ou expérimentales sont demeurées infructueuses) les données de la clinique peuvent servir de bases à une nosographie provisoire.

IMPORTANCE CAPITALE DE LA NOTION D'AGE DANS L'INTERPRÉTATION DES STATISTIQUES RELATIVES A LA VACCINATION ANTI-DIPHTÉRIQUE

Par Robert RENDU
(Lyon)

Diverses statistiques vaccinales ont constaté que la morbidité et la léthalité diphtériques des vaccinés étaient inférieures à celles des non-vaccinés : on a conclu hâtivement à l'efficacité du vaccin ; une pareille déduction est erronée parce qu'elle ne tient pas compte de l'âge respectif des vaccinés et des non-vaccinés.

Morbidité diphtérique suivant l'age.

On sait depuis longtemps que la diphtérie est beaucoup plus fréquente à l'âge pré-scolaire qu'à l'âge scolaire. Cette plus grande réceptivité des jeunes enfants a été notée par tous les auteurs. Le maximum de fréquence s'observe : à l'âge de 2 à 7 ans d'après Guersant, de 3 à 6 ans d'après Trousseau, de 2 à 5 ans d'après Rilliet et Barthez [1], de 2 à 4 ans d'après Turpin, Bernyer et Loeper [2], de 1 à 5 ans d'après Jules Renault.

9. A. Magitot et Dubois-Poulsen : *Annales d'oculistique*, Avril 1940.
10. Ch. Déjean et H. Viallefont : *Bulletins Soc. Opht. Paris*, Juin 1939.
11. Mme Schiff-Wertheimer : *Bull. Soc. Opht. Paris*, Avril 1939, 227.
12. A. Dolffus, R. Garcin, J. Guillaume et R. Troche : *Soc. Opht. Paris*, 19 Octobre 1940.
13. H. Coppez et B. Dujardin : *Archives d'Ophtalmologie*, Juin 1938.
1. Rilliet et Barthez : *Traité clinique et pratique des maladies de l'enfance*, 3e éd., Paris, 1891, 3, 361-2.
2. R. Turpin, G. Bernyer et J. Loeper : Remarques sur la distribution des maladies infectieuses de l'enfance suivant l'âge et le sexe. *La Presse Médicale*, 18 Septembre 1943, 509.

D'une statistique de Barthez [3] portant sur 1.508 cas observés à Paris, pendant vingt ans, à l'Hôpital Sainte-Eugénie, il ressort que le nombre le plus élevé de cas correspond aux âges de 2, 3, 4 et 5 ans. De 0 à 5 ans inclus (âge pré-scolaire), on compte 1.206 cas alors que, de 6 à 14 ans (âge scolaire), on n'en trouve que 302, c'est-à-dire quatre fois moins : compte tenu de l'inégale durée de ces deux périodes (6 et 9 ans), on peut dire que

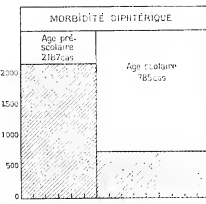


Fig. 1. — Morbidité diphtérique, suivant l'âge, à Paris (d'après Barthez, Baudoin et J. Renault).

la morbidité moyenne est six fois plus élevée pendant la première que pendant la seconde ; *autrement dit de 0 à 5 ans, un enfant a chaque année, en moyenne six fois plus de chance de contracter la diphtérie que de 6 à 14 ans.*

C'est à des chiffres presque identiques qu'aboutit

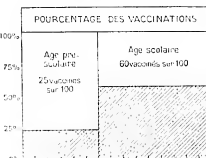


Fig. 2. — Pourcentage des vaccinations, suivant l'âge, à Paris (d'après Reverdy et Besson).

la statistique de Baudoin [4], basée sur 494 cas observés en 1905 à l'Hôpital Trousseau (anciennement Hôpital Sainte-Eugénie).

D'après la statistique de Jules Renault [5] qui repose sur 970 cas, traités de 1911 à 1927, à l'Hôpital Saint-Louis, la morbidité moyenne à l'âge pré-

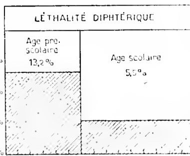


Fig. 3. — Léthalité diphtérique, suivant l'âge, à Paris (d'après Baudoin et J. Renault).

scolaire serait seulement *deux fois plus forte* que celle observée à l'âge scolaire : cette différence tient probablement au fait que la proportion des jeunes enfants dans la population parisienne était nettement moindre de 1911 à 1927 qu'en 1905, du fait

3. A. Sanne : *Traité de la diphtérie*, Paris, 1877, 319. La statistique de Barthez a été reproduite par Dopter et de Lavergne dans leur traité d'épidémiologie, 841.
4. Baudoin : La diphtérie à l'Hôpital Trousseau en 1905. *Thèse de Paris*, 1906-1907.
5. J. Renault : *La vaccination anti-diphtérique*. (Imprimerie Nationale) Paris 1928.

de la baisse considérable du taux de natalité [6].

Si nous fusionnons les statistiques de Barthez Baudoin et J. Renault, on voit que *la diphtérie, compte tenu de l'inégale durée des deux périodes est quatre fois plus fréquente à l'âge pré-scolaire qu'à l'âge scolaire* (fig. 1).

Voyons quelles répercussions va avoir cette notion sur l'interprétation des statistiques vaccinales. Supposons une collectivité infantile où l'on vaccine mille enfants d'âge scolaire et où l'on prend pour série-témoin simultanée mille autres enfants d'âge pré-scolaire : si, au cours de l'année suivante, on compte quatre fois moins de cas chez les vaccinés que chez les non-vaccinés, *on sera tenté de conclure à l'efficacité du vaccin, alors que cette différence de morbidité sera uniquement imputable à l'inégale fréquence de la diphtérie suivant l'âge* : ceci nous fait toucher du doigt le peu de valeur des travaux qui ne tiennent pas compte de l'âge respectif des vaccinés et des non-vaccinés.

L'hypothèse que nous venons d'envisager se réalise, à un degré variable, dans beaucoup de villes où l'on a appliqué la vaccination obligatoire au cours de ces trois dernières années : l'expérience prouve, en effet, que *les séances de vaccination collective atteignent dans une beaucoup plus grande proportion les enfants d'âge scolaire que ceux d'âge pré-scolaire*, et cela pour de multiples raisons : de 0 à 2 ans, la vaccination n'est pas obligatoire ; de 2 à 3 ans, avant l'âge d'admission à l'école maternelle, très peu de parents conduisent leurs enfants aux séances publiques de vaccination ; de 3 à 6 ans, un plus ou moins grand nombre d'enfants sont vaccinés à l'école maternelle, mais beaucoup ne la fréquentent pas et échappent à la vaccination ; de 6 à 15 ans, les enfants se trouvant rassemblés à l'école sans qu'on ait à les convoquer, la proportion des vaccinés est beaucoup plus grande.

Ces diverses raisons expliquent pourquoi à Paris par exemple, d'après Reverdy et Besson [7] le pourcentage des vaccinés n'atteint que 25 pour 100 des enfants d'âge pré-scolaire, tandis qu'il est de 60 pour 100 pour ceux d'âge scolaire : autrement dit, on vaccine deux à trois fois moins à l'âge pré-scolaire qu'à l'âge scolaire (fig. 2).

A Berlin, où l'on a vacciné 88.172 enfants en 1928, Seligmann [8] note que, de 0 à 4 ans, il y a eu 6 pour 100 de la population vaccinée tandis que, de 5 à 14 ans, il y en a eu trois fois plus (18,6 pour 100).

Il est une autre façon de se rendre compte du fait que la proportion des enfants vaccinés est bien moindre dans le premier âge que plus tard, c'est de calculer, en partant des chiffres ci-dessus, l'âge moyen des vaccinés et celui des non-vaccinés. *Ce calcul donne, pour Paris, un âge moyen de 8 ans pour les vaccinés et de 5 ans pour les non-vaccinés.*

Le dépouillement, auquel nous nous sommes livrés, de 162 cas de diphtérie infantile observés en 1944 dans les communes du Rhône autres que Lyon, nous a montré que l'âge moyen des 57 diphtériques vaccinés était de 8 ans et celui de 105 diphtériques non vaccinés de 4 ans.

Ainsi donc, il est prouvé que, même dans les pays à vaccination obligatoire comme la France les enfants d'âge pré-scolaire sont vaccinés dans une proportion beaucoup moindre que ceux d'âge scolaire : comme « l'âge de la réceptivité maxima est de 1 à 5 ans » (J. Renault), il est donc illusoire comme on le fait d'habitude, de tirer argument de comparaisons statistiques portant sur des enfants d'âge différent, ce qui équivaut à comparer des choses non comparables.

Léthalité diphtérique suivant l'age.

L'observation clinique prouve que, à l'âge pré-scolaire, *la diphtérie est non seulement plus fréquente mais encore bien plus grave*. Les statistiques hospitalières de Baudoin et de J. Renault [9] vont nous en fournir la preuve : la léthalité est maxima

6. Le taux de natalité par 1.000 habitants était de 26 à 2[illegible] pour 1.000 du temps de Barthez (vers 1859). Il n'était plus que de 13,5 en 1927. *Annuaire Statistique de la ville de Paris* pour 1932, 107.
7. Reverdy et Besson : Sur le pourcentage des enfants de Paris correctement vaccinés contre la diphtérie et le tétanos. *Académie de Médecine*, 1er Mai 1945.
8. Seligmann : Résultats de la vaccination préventive active après un an d'application à Berlin. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1929, 27, 1117.
9. Baudoin : *Loc. cit.* — J. Renault : *Loc. cit.*

u cours de la première année, où elle varie de 1 pour 100 (Baudoin) à 50 pour 100 (J. Renault) ; lle baisse ensuite progressivement pour tomber à 0 le la douzième à la quinzième année (0 décès pour 05 cas). « L'âge de la mortalité la plus forte est le 1 à 5 ans » (J. Renault).

Si nous totalisons ces deux statistiques hospitalières (157 décès pour 1.464 cas), nous voyons que a léthalité moyenne est 13,2 pour 100 à l'âge pré-scolaire et de 5,5 pour 100 à l'âge scolaire (fig. 3) : autrement dit *la diphtérie est deux à trois fois plus meurtrière au cours des six premières années de la vie que de 6 à 14 ans.* Les non-vaccinés se recrutant surtout chez les enfants d'âge non scolaire et es vaccinés chez ceux d'âge scolaire, il est facile le comprendre pourquoi la léthalité des diphtériques non vaccinés est en général supérieure à celle les diphtériques vaccinés.

A Paris, les chiffres donnés par Fayot, Grenet, Lereboullet et Gournay, Ramon, Debré et Thiroloix otalisent 16 décès pour 205 diphtéries post-vaccinales, soit une léthalité de 8.4 pour 100, alors que le pourcentage des décès chez les non-vaccinés atteignait, vers la même époque, 10,5 pour 100 à l'hôpital des Enfants-Malades et 10,8 pour 100 à l'hôpital Trousseau [10].

Prenons deux statistiques plus récentes, celles de Cathala et de Marquézy [11] qui concernent toutes deux l'Hôpital Trousseau et portent sur un total de 1.698 cas dont 147 décès : la léthalité des vaccinés est 7,1 pour 100 et celle des non-vaccinés de 9,0 pour 100.

Ainsi donc, à Paris, la léthalité des non-vaccinés est incontestablement supérieure à celle des vaccinés. Le vaccin en est-il la cause, comme le prétendent la plupart des auteurs ? Rien ne le prouve, car l'âge moyen des non-vaccinés étant sensiblement inférieur à celui des vaccinés (Beverdy et Besson), il est tout naturel que la léthalité des premiers soit plus élevée que celle des seconds.

A l'appui de notre thèse, nous invoquerons les recherches faites à Lyon par Joseph Chalier et ses élèves Rougier, Revol et Tchao, au cours des années 1932 à 1939 ; ces études minutieuses ont porté sur plus de 2.700 cas de diphtérie observés par le même chef de service dans le même Hôpital ; elles ont prouvé que la diphtérie des vaccinés revêtait les mêmes aspects cliniques et était sensiblement aussi grave que celle des non-vaccinés : tandis que la léthalité des vaccinés était de 9,9 pour 100, celle des non-vaccinés atteignait le chiffre très voisin de 10.6 pour 100 [12]. L'écart entre ces deux derniers chiffres est nettement moindre qu'à Paris (7.1 et 9.0 pour 100) : pourquoi ? tout simplement parce qu'à Lyon de 1927 à 1939, le Bureau d'Hygiène a organisé la *pratique systématique de la vaccination dans les écoles maternelles* et non dans les écoles primaires [13] : de ce fait, l'âge moyen des diphtériques vaccinés se rapprochait davantage qu'à Paris de l'âge moyen des diphtériques non vaccinés.

Conclusion.

La notion d'âge apparaît comme capitale dans l'interprétation des statistiques relatives à la vaccination contre la diphtérie : en effet, la fréquence et la gravité de cette maladie sont beaucoup plus grandes à l'âge pré-scolaire qu'à l'âge scolaire ; or, on vaccine en général beaucoup moins à l'âge pré-scolaire qu'à l'âge scolaire (Beverdy et Besson). Si donc la diphtérie des vaccinés paraît moins fréquente et moins grave que celle des non-vaccinés, cela tient à la différence d'âge des deux groupes envisagés et non à l'action du vaccin.

En tout cas, aucune conclusion valable ne saurait être tirée de statistiques où l'on compare des diphtériques vaccinés avec des diphtériques non vaccinés dont l'âge moyen est différent.

10. Lesné : *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 25 Février 1927. Fayot : Diphtérie des vaccinés, *Thèse de Paris*, 1933, 87.
11. *Société de Pédiatrie de Paris*, 18 Janvier 1944 (in *La Presse Médicale*, 8 Avril 1944)
12. Chalier et Revol : De la diphtérie chez les vaccinés. *Journal de Médecine de Lyon*, 5 novembre 1941. — Tchao : Contribution à l'étude de la diphtérie des vaccinés. *Thèse de Lyon*, 1939
13. R. Cremieu : De la vaccination anti-diphtérique dans les écoles de la ville de Lyon, *Lyon Médical*, 28 Mai 1939, 615.

CINQ ANNÉES DE CARENCE PHOSPHO-CALCIQUE

Nouvelles preuves de l'urgence des mesures prophylactiques indispensables (pain calcique, graisses vitaminées, etc.)

PAR MM.

H. et M. HINGLAIS

(Paris)

La bibliographie des observations isolées, publiées en France, depuis 1941, sur la fréquence croissante des ostéopathies de carence, remplirait actuellement plusieurs colonnes de ce journal. Parmi cet ensemble, un travail très récent de MM. Coste et Berger (1) présente un tout particulier intérêt. Ces auteurs produisent, en effet, la première statistique qui fasse ressortir, de manière saisissante, la progression régulièrement accélérée des conséquences de la famine calcique subie en France par des millions de sujets depuis cinq ans (famine calcique signifiant, nous le rappelons, carence simultanée de phosphore, calcium et vitamine D).

La statistique concerne particulièrement, en raison même de la spécialisation des auteurs, les sujets atteints d'ostéoporose avec fractures spontanées. Le graphique suivant, construit d'après leurs chiffres, en fait apparaître toute l'éloquence. Il exprime, mieux qu'aucun discours, le *rythme d'accélération* des ravages de la carence calcique à mesure qu'elle se prolonge dans le temps (fig. 1).

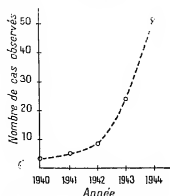


Fig. 1. — Accroissement de fréquence des ostéoporoses avec fractures spontanées depuis la guerre (d'après Coste et Berger).

Il est particulièrement instructif de rapprocher aujourd'hui de ce graphique ceux que nous avions publiés en Février 1941 — avant que ladite carence n'eût encore fait aucun mal sérieux à personne — en rappelant les conclusions et avertissements qui les accompagnaient (2, 3, 4, 5, 6, 7) [fig. 2 et 3].

Un regard sur ces colonnes où, pour chaque catégorie d'individus, apparaissent, en noir, les apports de la ration et, en blanc, ce *qu'il y manque* montre d'un coup l'énormité du déficit quotidien en ces matériaux essentiels. Déficit presque total dans toutes les catégories pour la vitamine D. Déficit variant de 60 à 92 pour 100 pour le calcium (et le phosphore) chez tous les sujets âgés de plus de 6 ans. Telle est la situation, qui se prolonge depuis des années.

Ceci étant rappelé, MM. Coste et Berger ont observé que les sujets atteints de fractures spontanées ont été surtout des vieillards (85 pour 100 de sujets de plus de 60 ans ; 2 seulement de moins de 40 ans, et plus particulièrement des femmes, 62 pour 100). Enfin, que les premières fractures ne se sont produites qu'après une période de latence assez longue (plusieurs mois) et n'ont commencé à se multiplier de façon vraiment frappante qu'au bout de deux ans.

Il est évident que tous ces faits étaient aussi aisément prévisibles qu'évitables grâce aux données que nous avons produites.

Nous avons rappelé, en effet (2), qu'un sujet normal, en état de jeûne complet, continue d'éliminer par ses urines et par ses selles [1] 300 à 390 mg. de calcium par jour (8, 9, 10, 11). Bien que cette quantité soit fortement réduite (plus de 50 pour 100) au regard de ce qu'élimine un sujet normalement nourri, elle reste pourtant considérable et *le jeûneur la prélève entièrement dans ses réserves, c'est-à-dire en majeure partie dans ses os.* La quantité de calcium contenue dans le squelette étant de 1 kg. environ, une élimination quotidienne de cet ordre épuiserait la réserve calcique osseuse en huit ans environ (soit 12 pour 100 en moyenne par an environ).

Or, depuis cinq ans, la plupart des adultes sont, comme nous l'avons démontré, en état de *jeûne calcique* presque absolu (92 pour 100 de déficit dans les apports alimentaires au delà de l'âge de 18 ans). La décalcification osseuse, sans égaler le rythme

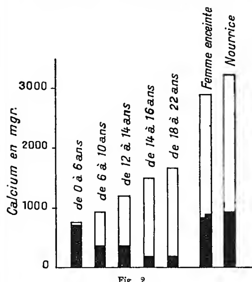


Fig. 2.

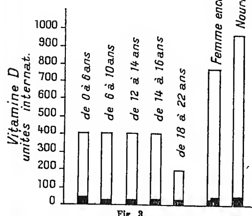


Fig. 3.

Fig. 2 et 3. — Le déficit du calcium et de la vitamine D dans les rations quotidiennes. Hauteur totale de chaque colonne : les apports tels qu'ils devaient être. En noir les apports tels qu'ils sont. En blanc, le déficit.

observé chez le jeûneur, doit logiquement s'en approcher chez un grand nombre de sujets et se chiffrer dans l'ordre de 5 à 10 pour 100 de la *réserve totale par an.* Ces pertes n'étant pas uniformes mais plus marquées en certains points du squelette, on comprend qu'il apparaisse assez vite chez les sujets les plus prédisposés, des points de moindre résistance où la fragilité devient extrême. Il va sans dire que la rapidité et l'intensité de ce processus varient largement selon les sujets : soit en fonction des différences individuelles très marquées qui existent dans le métabolisme calcique soit en fonction de la richesse, elle-même très variable au départ, du stock calcique des os.

Prédisposition du vieillard. — Sans mettre en doute que d'autres facteurs plus complexes n'inter

1. L'élimination du calcium est plus importante par les selles que par les urines : environ 90 pour 100 chez les petits enfants et 60 pour 100 chez les adultes. De nombreux facteurs (rapport Ca/P, acidité, etc.) font varier les valeurs relatives du calcium urinaire et du calcium fécal. La calciurie n'est donc qu'un aspect incomplet de l'élimination calcique. En outre, le calcium fécal représente la somme du Ca réellement excrété par la paroi intestinal et du calcium alimentaire non absorbé. Bref, la question est fort complexe et *il ne faut pas l'oublier.*

viennent en ces problèmes, le moins que l'on puisse dire est que ces *raisons simples et claires* contribuent certainement, pour une large part, à expliquer, entre bien d'autres choses, la fréquente ostéoporose du vieillard. La carence calcique, en effet, n'est pas un phénomène absolument inhérent à la disette de guerre. Même en période alimentaire normale, dans tous les pays où, *comme en France*, la consommation des produits laitiers est *notoirement inférieure à ce qu'elle devrait être*, la carence calcique chez l'adolescent et chez l'adulte est un mal permanent. Et, si un grand nombre d'organismes peuvent (fort heureusement) satisfaire à leurs besoins stricts avec des apports inférieurs aux chiffres théoriques, un plus grand nombre encore n'y parvient point. Le développement incomplet du squelette, l'arrêt prématuré de la croissance (jambes courtes, bassins étroits, délabrements dentaires) en sont les conséquences plus ou moins rapidement évidentes. L'épuisement insidieux et continu de la réserve osseuse, *pendant tout l'âge adulte*, en prépare les conséquences tardives. A quoi viennent s'ajouter, *chez la femme*, les énormes emprunts qui résultent de la grossesse et de l'allaitement et *qu'on ne compense, dans notre pays, par aucune des précautions alimentaires indispensables.*

On s'explique ainsi, très logiquement encore, que les vieillards aient été — en moyenne — les premières victimes évidentes de l'énorme carence calcique de guerre (pour la simple raison qu'ils se présentaient au départ avec la réserve calcique la plus réduite) et que les vieilles aient été — en moyenne — plus souvent touchées que les vieux.

Les mêmes raisons, enfin, permettent de prévoir avec la même certitude, qu'après les vieillards, tous les adultes, tous les adolescents, tous les enfants qui auront subi pendant des années cette terrible carence, en devront à leur tour inéluctablement payer le prix, sous des formes peut-être différentes mais sans aucun doute non moins graves.

C'est pourquoi cela nous paraît un devoir de redire, à l'occasion de ces sévères exemples, les mesures qui doivent être prises, non pas pour réparer des conséquences déjà irrémédiables, mais du moins pour en enrayer la plus profonde évolution.

La situation actuelle. Ses dangers. Les remèdes.

Nous avons expliqué, dans nos publications de 1941, que le brusque effondrement des apports phospho-calciques de la ration était dû essentiellement à la disparition du lait et de ses dérivés dans le régime.

Or, actuellement, la situation alimentaire, au point de vue des produits laitiers, est plus mauvaise qu'elle ne l'a jamais été depuis la guerre. Les dangers que nous avions signalés à cette époque restent donc aussi pressants aujourd'hui, *avec ce facteur d'aggravation qu'ils s'exercent maintenant sur des organismes conduits, par cinq années de privation, à la limite de leurs réserves et de leur capacité de résistance*. Les mesures que nous avions vainement préconisées il y a cinq ans restent donc plus urgentes que jamais.

Rien n'est à changer aux chiffres publiés dans nos mémoires, ni aux mesures prophylactiques que nous en avions déduites. Seuls quelques points de détail nouveaux doivent être précisés.

La question des sels de calcium. — Nous ne reviendrons pas sur la question de la valeur alimentaire — préventive et curative — des sels de calcium insolubles. Nous avons développé ce sujet en détail. Il est tranché. Les objections qui nous ont été opposées, à cet égard, ne reposaient que sur la survivance d'erreurs périmées. Les expériences refaites récemment sur ce sujet, par quelques auteurs français très consciencieux, n'ont pu que confirmer des conclusions depuis longtemps démontrées par les physiologistes américains. Mais le phosphate tricalcique, qui existait encore en abondance au début de l'année 1941, est ultérieurement devenu rare.

A défaut de ce sel, on devra donc *provisoirement* recourir à la seule source inépuisable de calcium qui reste actuellement disponible: la craie, Co^3Ca, dont la teneur en calcium est à peu près la même que celle du phosphate tricalcique et qui peut se substituer à celui-ci poids pour poids (1 *g.* de calcium = 2 *g.* 58 de $(Po^4)^2Ca^3$ = 2 *g.* 50 de Co^3Ca).

Les Anglais, qui ont veillé, avec beaucoup plus de soin et d'efficacité que nous à maintenir la distribution du lait dans leur pays, ont néanmoins ajouté encore, à l'apport calcique de cet aliment, celui d'une dose quotidienne de carbonate de chaux mélangée au pain dans la proportion de 200 *g.* par 130 *kg.* de farine. Cette dose, après panification, correspond à 1 *g.* 15 de Co^3Ca environ par kilogramme de pain, soit, pour une ration quotidienne de 300 *g.*, un apport de Co^3Ca voisin de 0 *g.* 35. Ce chiffre est évidemment très insuffisant dans notre pays où la politique du lait est tellement déficiente que, pendant la saison chaude actuelle, on en voit la distribution totalement suspendue, *pour toutes les catégories de bénéficiaires*, pendant des semaines entières, par la tourne quotidienne survenue pendant le transport! Il conviendrait donc d'étudier, en fonction de ces faits, la dose maxima de Co^3Ca qui puisse être ajoutée à la farine sans nuire à la panification ni à la comestibilité, quitte à compléter éventuellement cet apport, sous une forme quelconque, jusqu'à concurrence des rations calciques quotidiennes indispensables.

La question du phosphore. — La substitution provisoire du Co^3Ca au $(Po^4)^2Ca^3$ aura le double inconvénient:

a) De supprimer l'appoint de phosphore apporté par ce dernier sel et

b) De détruire l'harmonie du rapport Ca/P dans la ration.

Le premier fait est évidemment regrettable puisque la carence de phosphore, comme celle de calcium, n'a fait que s'aggraver depuis un an — au moins dans les villes — en fonction de la répartition de plus en plus parcimonieuse de la viande.

Quant au déséquilibre du rapport Ca/P, il est heureusement corrigé par l'absorption régulière de doses suffisantes de vitamine D.

Besoin quotidien de la vitamine D. — Lorsque nous proposions l'emploi du *phosphate tricalcique*, les doses quotidiennes de vitamine D que nous avions préconisées étaient les suivantes:

	U. I. par jour
Rapport Ca/P normal (ingestion de phosphate tricalcique):	
De la naissance jusqu'à 18 ans	400
Chez l'adulte	200
Chez la femme enceinte, la nourrice, le prématuré	800 à 1.000

Et ces doses étaient suffisantes pour un sujet normal en bilan calcique équilibré.

Mais si l'on emploie le Co^3Ca, le rapport Ca/P devenant défavorable, la dose quotidienne indispensable de vitamine D se trouvera accrue. Par ailleurs, la vitamine D ne peut plus être fournie actuellement en solution huileuse, mais en solution alcoolique, forme sous laquelle elle paraît être moins bien absorbée et, partant, moins active. Il sera donc prudent, en tenant compte de ces facteurs nouveaux, de porter les doses quotidiennes aux *minima suivants:*

	U. I. par jour
Rapport Ca/P normal:	
Prématuré	1.000
Enfant: nourrisson au régime lacté (le nourrisson est en régime équilibré....	400
Rapport Ca/P anormal (ingestion de CO^3Ca):	
Enfants et adolescents absorbant du CO^3Ca.	2 000
Adultes et vieillards	1 000
Femmes enceintes et nourrices	4.000 à 6.000

Depuis 1940, les Anglais ont incorporé la vitamine D à la margarine, distribuée sur tickets, à raison de 2 unités internationales par gramme. [Les enfants et les mères reçoivent en outre une préparation standardisée d'huile de foie de morue à raison de 100 et 200 U. I. par gramme (13).] On pourrait également incorporer industriellement cette vitamine au sucre.

Conclusion.

Nous avons signalé, en Février 1941, l'existence — passée alors inaperçue — de l'énorme carence phospho-calcique due à la disparition des produits laitiers dans la ration depuis la guerre, carence aggravée par celle, non moins profonde, de la vitamine D. Nous avons rappelé les dangers que faisaient courir ces carences à la population française et précisé les mesures qui pouvaient y parer. Ces mesures n'ont pas été appliquées [2] et les observations du Corps médical en font aujourd'hui sentir le prix.

Or, actuellement, *la carence alimentaire en phosphore-calcium-vitamine D, loin de s'atténuer, s'est encore aggravée* et, de plus, elle s'exerce désormais non plus sur des organismes encore munis de riches réserves comme en 1940, mais sur des organismes profondément épuisés. La statistique récente de MM. Coste et Berger montre à quel rythme s'accélèrent chaque année les conséquences d'une telle situation. Les mesures prophylactiques s'imposent donc plus que jamais. La santé des jeunes — pour ne parler que d'eux — est à ce prix.

Ces mesures impliquent:

1° et avant tout la création d'une politique du lait. Non pas, certes, la réalisation immédiate de l'impossible; mais, du moins, la cessation dans le plus bref délai du gaspillage actuel de cet aliment irremplaçable: la réorganisation de la collecte et des transports laitiers; la cessation de l'écrémage excessif imposé par les Allemands et le retour aux pourcentages légaux de 1939; l'application surveillée des procédés provisoires de conservation, reconnus inoffensifs et efficaces (12); la reconstitution de stocks de lait concentré, fabriqués en France ou importés; l'encouragement de la fabrication et la répartition aussi large que possible des fromages cuits *de bonne qualité* (au lieu des fromages actuels de basse venue, craquelés, desséchés, aux pores irréguliers, fruits d'une fermentation impure et *toxique* dans des laits dégraissés).

2° L'appoint actuellement *indispensable*, sur les principes que nous avons fixés, d'une ration complémentaire quotidienne de sels calciques et de vitamine D, aisément réalisable, par exemple:

a) En incorporant au pain quotidien du phosphate tricalcique ou provisoirement, à son défaut, du carbonate de chaux dans toute la limite du possible;

b) En incorporant au sucre ou au beurre la vitamine D, dont l'innocuité, aux doses utiles, est absolue.

3° La création d'une propagande active dans le Corps médical et dans le public même, dont l'attention serait enfin attirée sur ce problème et sur l'importance capitale qu'il revêt, non seulement pour le développement et l'entretien du système osseux mais plus encore peut-être parmi les facteurs essentiels de la *résistance générale de l'organisme.*

*
* *

Postérieurement à la rédaction de cet article, l'Académie de Médecine vient de donner un avis favorable à l'incorporation de Co^3Ca à la farine (séance du 9 Octobre 1945) dans les proportions adoptées par le Ministry of food à Londres. Cette heureuse mesure reste encore incomplète car les rations de lait sont beaucoup plus fortes en Angleterre qu'en France où le déficit calcique est par conséquent beaucoup plus grave.

En outre, le Ministry of food a également fait incorporer de la vitamine D aux graisses alimentaires, mesure de complément *indispensable* qui n'a pas été envisagée ici.

BIBLIOGRAPHIE

(1) Coste et Berger: *La Semaine des Hôpitaux de Paris*, 7 Juin 1945. — (2) H. et M. Hinglais: *Carence calcique et régime alimentaire*, 1 vol. 95 pages (Masson et Cie, édit., 120, Bd Saint-Germain, Paris). — (3) H. et M. Hinglais: Mémoire remis à la Commission du Rationnement de l'Académie de Médecine, le 18 Février 1941. — (4) H. et M. Hinglais: *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1941, **124**, 372. — (5) H. et M. Hinglais: *La Presse Médicale*, 25-28 Juin 1941, nos 55-56. — (6) H. et M. Hinglais: *Bulletin de la Société d'Hygiène Alimentaire*, 1941, **29**, nos 5-6. — (7) H. et M. Hinglais: *La Presse Médicale*, 18-21 Février 1942. — (8) Poohpe Lela: *J. A. M. A.*, 1940, **114**, 548. — (9) Aron: *Biochem. Zeit.*, 1908, **12**, 28-77. — (10) Bauer, Albright et Aub: *J. Clin. Invest.*, 1929, **7**, 75-96. — (11) Smith et Smith: *J. Biochem.*, 1934, **107**, 681-688. — (12) G. Bertrand: Acad. de Médecine, séances du 16 Août 1944 et du 22 Mai 1945; Conseil d'Hygiène de la Seine, séance du 9 Mars 1945. — (13) *Brit. med. Bulletin*, 1944, nos 10-11, 228.

2. A la suite d'un de nos rapports sur ce sujet, le Professeur Tanon a fait modifier, selon nos directives, la formule des biscuits distribués aux enfants dans les écoles par le Secours National. Si nous en croyons certains échos, cette décision ne semble pas avoir été *réellement* appliquée. Aucune autre mesure officielle n'a été prise.

LA SYMPATHECTOMIE LOMBAIRE BILATÉRALE

PAR VOIE MÉDIANE EXTRAPÉRITONÉALE

Par J. KUNLIN

(Paris)

Les indications de la *double sympathectomie* lombaire deviennent de plus en plus fréquentes.

L'utilisation d'une *seule* incision médiane, en vue de la section *bilatérale* de la chaîne sympathique, avait paru intéressante à de nombreux opérateurs s'occupant de cette chirurgie. Jusqu'ici seule la voie transpéritonéale avait amené la main et l'instrument du chirurgien sur la face antéro-latérale de la colonne vertébrale où se niche le sympathique lombaire. Mais que l'on ait utilisé, après pénétration dans la cavité péritonéale, soit la voie latéro-colique (Diez, Leriche), soit la voie juxta-aortique (Théodoresco, Stoian), on s'est vite rendu compte des difficultés d'abord non négligeables: anses intestinales gênantes chez des malades dormant mal ou un peu gros; limitation du jour et du champ opératoire par des pédicules vasculaires; risques d'adhérences; opération plus choquante. Cette technique transabdominale ne s'est pas imposée et a cédé le pas à l'incision bilatérale actuellement classique soit en un temps chez des malades résistants, soit, le plus souvent, en deux temps, à plusieurs jours d'intervalle au moins. C'est la conduite suivie par mon maître, le Professeur Leriche, durant ces dernières années.

Je me suis demandé, pourtant, s'il n'y avait pas moyen de raccourcir et la durée d'hospitalisation et les douleurs des malades devant subir la section bilatérale de la chaîne. En passant par voie médiane et extrapéritonéale, l'intervention serait réalisée en *une* séance opératoire et par *une seule incision* après *décollement du péritoine pariétal sur presque toute sa circonférence.*

Pour ce faire il s'agissait tout d'abord de voir si le péritoine se décolle facilement dans la région pariétale antérieure; s'il est assez résistant pour ne pas se déchirer, et si ce vaste décollement du sac péritonéal n'a aucun inconvénient pour les suites opératoires.

Chez un premier malade j'ai commencé par faire une sympathectomie lombaire gauche en ayant recours à la voie transrectale paramédiane (un tiers de l'incision au-dessous, les deux autres tiers au-dessus de l'ombilic). Le péritoine, résistant, s'est décollé facilement, et l'abord de la chaîne sympathique a été aisée. Les suites ont été parfaites.

Encouragé, j'ai procédé chez un autre malade à la sympathectomie lombaire bilatérale en faisant une incision *médiane.* Le péritoine était moins résistant, le décollement plus difficile, mais la vue sur la région paravertébrale a été excellente et l'ablation de la chaîne de L 2 à L 4 s'est effectuée normalement.

Depuis nous avons utilisé cette voie chez 32 malades. Les suites opératoires ont été toujours simples. Dans un cas je n'ai pu faire le décollement péritonéal · que d'un côté, très difficilement; j'ai renoncé de l'autre côté à cause de la minceur extrême et de la très grande adhérence de la séreuse pariétale et j'ai passé par voie transpéritonéale et décollement latéro- et rétro-colique. Dans un autre cas, le péritoine s'est d'emblée révélé tellement fragile et collé à la gaine postérieure des droits que j'ai rapidement abandonné et j'ai passé par le ventre. Il est vraisemblable qu'avec beaucoup de patience et de minutie on aurait finalement pu le décoller, mais même dans la fosse lombaire où d'habitude il est plus résistant et se clive facilement il était d'une très grande fragilité. C'est dire que par voie latérale classique on aurait aussi pu le déchirer assez facilement (ce qui est tout à fait exceptionnel, mais cela peut arriver).

Voici rapidement les temps successifs de l'intervention:

I. Ansthésie: Comme d'habitude la rachi, quand elle est bonne, est la meilleure. Nous préférons la percaïne à la novocaïne parce qu'elle donne une anesthésie de plus grande durée que cette dernière. La rachi est à éviter, pourtant, chez des malades atteints d'artérite grave avec menace de gangrène. En effet, l'hypotension qui en résulte peut favoriser l'extension du processus thrombosant. Quand nous devons avoir recours à l'anesthésie générale, nous administrons le plus souvent de l'éther après préparation à la morphine-atropine. Avec le protoxyde d'azote ou le cyclopropane administrés seuls la poussée abdominale et la contracture peuvent être très gênantes.

II. Position de l'opéré: couché sur le dos, avec un coussin sous la région dorso-lombaire. Si l'on dispose d'une table adéquate, on la casse légèrement sous les reins du malade de façon à mettre le malade en lordose.

III. Incision: médiane de 15 à 20 cm., 2/3 au-dessus de l'ombilic, passant à gauche de celui-ci.

IV. Après incision prudente de la ligne blanche on libère le bord de celle-ci et on le soulève au moyen de 2 ou 3 pinces de Kocher ou de Museux. Le décollement péritonéal est ébauché prudemment. Il est parfois facile. Parfois très difficile. Le plus souvent il est assez laborieux et exige *beaucoup de douceur et de patience.* Dans la région ombilicale, malgré les adhérences, nous n'avons pas rencontré de difficultés particulières. La zone la plus difficile siège à la face postérieure des droits où la séreuse pariétale adhère souvent d'une façon très intime à la face profonde de la gaine de ce muscle.

Le moyen le plus commode pour la séparer est encore le bistouri, tout au moins dans la région paramédiane. Quand on emploie le dissecteur mousse il vaut mieux cliver en séparant la paroi du péritoine que refouler le péritoine de la paroi. On peut injecter du sérum physiologique pour faciliter le clivage.

Quand on arrive sur la partie charnue du muscle transverse le décollement se fait plus facilement et devient très aisé dès qu'on approche du flanc et de la fosse lombaire. Il est exsangue, sauf dans la région ombilicale où de petits vaisseaux doivent être d'habitude liés ou coagulés.

V. La découverte de la chaîne sympathique s'exécute comme d'habitude. Les deux écarteurs de Leriche utilisés dans l'intervention classique latérale ne sont pas indispensables. Des valves de Doyen assez longues peuvent à la rigueur suffire.

La vue est très directe sur la partie moyenne et inférieure de la colonne lombaire. Vers le haut on peut être gêné par la corde formée par le sac péritonéal tendu entre la région sous-costale et la région inguinale. Mais on arrive assez facilement sur L 2 et L 1. Les nerfs splanchniques sont accessibles par cette voie. Mais pas d'une façon commode.

Tout récemment j'ai utilisé cette voie avec M. Werquin pour faire, en même temps qu'une résection sympathique lombaire bilatérale allant de L 2 à L 4, une résection de l'artère iliaque externe droite. L'incision médiane avait été déplacée un peu vers le bas.

Les suites opératoires ont été très simples. Il faut noter que le vaste décollement péritonéal n'a entraîné aucun trouble du péristaltisme intestinal comparable à ceux causés par les opérations intrapéritonéales. Il n'y a pas non plus eu d'hématome ni d'autre collection liquide. Il est bon de rappeler à ce propos que les hématomes compliquant les sympathectomies lombaires sont presque toujours d'origine pariétale.

(Service du Prof. R. Leriche,
Hôpital Américain de Paris.)

SOCIÉTÉS DE PARIS

ACADÉMIE DE MÉDECINE

23 Octobre 1945.

La pénicilline en pédiatrie. — MM. **R. Debré** et **Mozziconacci** ont traité 236 enfants par la pénicilline ; dans les méningites aiguës à méningocoques, il est logique d'employer d'abord les sulfamides, mais on doit leur substituer la pénicilline si leur essai ne s'est pas montré concluant au bout de 24 ou à la rigueur de 48 heures ; les méningites à pneumocoques doivent être traitées d'emblée par la pénicilline et si une amélioration ne survient pas rapidement, il faut employer la pénicilline par voie ventriculaire. Dans les broncho-pneumonies, la pénicilline en injections intramusculaires paraît douée d'une certaine activité ; on peut lui associer des instillations d'aérosols de pénicilline ; le traitement doit être poursuivi pendant une dizaine de jours au moins pour éviter les rechutes. L'injection intrap'eurale de pénicilline donne dans les pleurésies purulentes des résultats supérieurs à ceux des sulfamides. La pénicilline a une action manifeste sur les injections cutanées des nourrissons, une action douteuse sur les antro-mastoïdites.

— M. **Lemierre** expose les résultats du traitement d'infections générales graves par la pénicilline : 19 septicémies à staphylocoques avec 16 guérisons, 10 staphylococcies malignes de la face avec 9 guérisons, 20 septicémies à streptocoques hémolytiques avec 15 guérisons, 2 septicémies à streptocoques non hémolytiques avec 2 guérisons, 1 septicémie à streptocoques anaérobies avec 1 mort, 5 septicémies à *Bacillus funduliformis* avec 5 guérisons, 2 septicémies *post abortum* à *perfringens* avec stérilisation complète de l'infection mais mort par anurie aux 6e et 14e jours. 1 « foie appendiculaire » à *B. funduliformis* avec 1 guérison. Il semble bien que la plupart de ces malades seraient morts sans la pénicilline.

Note sur un papillome infectieux chez le rat. — MM. **Roussy** et **M.** et **P. Guérin** ont observé chez de jeunes femelles l'apparition sur les orteils ou sur la queue de papillomes infectieux ayant la structure du *Molluscum contagiosum*, avec les inclusions cytoplasmiques caractéristiques ; sa transmission est assez délicate ; la greffe, les frictions après raclage ou irritation cutanée, l'injection intradermique de broyat ont échoué ; seules, les frictions après scarification ont réussi dans 2 cas. Il est vraisemblable que ce papillome est provoqué, comme chez l'homme, par un ultra-virus.

Pour le retour à l'heure normale d'hiver. — M. **Laignel-Lavastine** demande à l'Académie d'adopter le vœu suivant :

« L'Académie reconnaît la grande utilité sociale de l'avance de l'heure en été, mais faisant remarquer que les mêmes causes économiques ne jouent pas en hiver et que c'est un avantage physiologique et psychique de vivre conformément à l'heure vraie, demande le retour à l'heure normale d'hiver. »

— Ce vœu est renvoyé pour étude à la Commission d'hygiène.

L'immunité dans la syphilis expérimentale. — M. **P. Gastinel**, après une expérimentation de plusieurs années, montre qu'un traitement intensif des animaux syphilisés depuis plus de 3 mois entraîne la stérilisation, à en juger par l'épreuve du transfert des ganglions, mais qu'il subsiste un état réfractaire lorsqu'une réinoculation est pratiquée dans le délai d'un an ; cet état s'éteint progressivement, en passant par une phase au cours de laquelle l'apport nouveau de virus produit une syphilis inapparente. De telles constatations ne peuvent être expliquées par la doctrine de l'immunité d'infection.

L'énergamétrie. — M. **G. Bidou** montre comment, par sa méthode de mesure du travail humain ou énergamétrie, il peut mesurer en kilogrammes et enregistrer en graphique la valeur musculaire d'un groupe sain ou déficient. On peut donc ainsi établir le taux d'incapacité en fonction des deux conditions physiques : amplitude du mouvement et valeur énergétique des muscles qui le commandent.

Lucien Rouquès.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

24 Octobre 1945.

M. le Président prononce une allocution à l'occasion du décès de M. Le Roy des Barres.

A propos des « crush injuries ». — M. **Gueullette** rapproche du syndrome décrit à la précédente séance par M. Pervès, un cas où l'application d'un appareil plâtré fut suivie de la fonte presque totale des muscles de l'avant-bras.

L'enclouage des fractures du col du fémur sans appareil de visée. — MM. **Menegaux** et **Lascaux** montrent que la réduction des fractures du col fémoral se fait plus aisément par la méthode de Leadbetter c'est-à-dire en flexion. Ensuite les auteurs font un forage à l'estime dans le contenu spongieux du col avec un instrument mousse qui guidera ensuite une broche, guide elle-même d'un clou de Smith-Petersen. La méthode appliquée à 17 cas, leur a donné d'excellents résultats.

— M. **Sénèque** préfère ne pas employer l'anesthésie par morphine qui risque des accidents mortels ; dit qu'il ne faut pas mettre en abduction exagérée ; préfère se servir d'un appareil de visée.

— M. **J. Gosset** rapporte qu'en Amérique on n'utilise pas en général d'appareil de visée. Il insiste sur la nécessité que la fracture soit impeccablement réduite et sur la manière dont doivent être pris les clichés de profil.

— M. **Mouchet** emploie un système analogue à celui que vient de décrire M. Menegaux. Depuis des années cette méthode lui a donné d'excellents résultats.

A propos de 150 cas de maladie de Dupuytren. — MM. **Desplas** et **Tostivint.** La maladie de Dupuytren est la localisation à la main d'un processus général touchant aussi l'aponévrose plantaire et l'albuginée des corps caverneux. Il y a une étiologie complexe où domine l'infection. Le traumatisme semble n'avoir qu'un rôle localisateur. Loin de n'être qu'une rétraction de l'aponévrose palmaire, l'affection atteint en outre tous les tissus et lames cellulaires de la main et la peau dont l'envahissement est fréquent. La règle constamment admise de l'excision de la seule aponévrose palmaire est donc loin des faits. Mais par ailleurs il y a intérêt à limiter l'excision aponévrotique aux seules parties de celle-ci qui sont atteintes. Le segment de peau atteint doit être enlevé et remplacé par des greffes. L'auteur envisage les différents aspects cliniques et distingue :

Une forme localisée : nodule unique ou corde limitée sous peau saine : aponévrectomie partielle par incision latéralisée.

Une forme diffusant mais encore localisée : aponévrectomie partielle, greffes cutanées d'Ollier-Tiersch.

Une forme étendue sans lésion cutanée : aponévrectomie plus importante avec lambeau en pont.

Une forme étendue avec lésion cutanée importante : aponévrectomie avec greffes.

Tout dépend de l'état de flexion des doigts dans ces différentes formes. L'auteur fait ensuite la revue des 150 cas qu'il a opérés. Les chiffres de guérison éloignée sont encore assez sombres, mais ils peuvent être améliorés par quelques précautions : anesthésie générale, bande d'Esmarch, instruments fins, incisions latéralisées, bien réséquer les expansions digitales, conserver les pédicules vasculo-nerveux, sutures cutanées peu traumatisantes. Dans le traitement post-opératoire, mécanothérapie active, radiothérapie, ionisation iodurée sont indispensables.

Dans la forme avec grosses déformations osseuses, le doigt doit être en général sacrifié, la peau dorsale permet le remplacement aisé de la peau palmaire malade. L'auteur fait ensuite la différence entre les terrains : le bon terrain opératoire est la main sèche, douce, chaude, ayant, sauf pour la paume, conservé son élasticité. Enfin il termine en insistant sur la gravité de certaines opérations mal comprises qui déterminent des troubles fonctionnellement effroyables.

— M. **Sylvain Blondin** a vu plusieurs cas où s'associaient maladie de Raynaud et maladie de Dupuytren. La stellectomie a guéri les deux affections en même temps.

L'iléo-transversostomie dans les formes d'occlusions post-appendiculaires précoces. — M. **Lange.**

L'iléo-transversostomie systématique dans les occlusions post-opératoires précoces. — M. **Janvier.** M. **J. Quénu**, rapporteur. Dans ces cas disparates, où le traitement habituel y compris l'aspiration avait échoué, l'iléo-transversostomie donna d'excellents résultats. Le rapporteur montre les avantages de l'iléo-transversostomie : exclusion d'un petit segment intestinal, distance du foyer septique, opération dans une région libre, faite facilement et donnant de bons résultats. Les inconvénients sont la diarrhée fréquemment persistante, le risque de l'occlusion mécanique secondaire d'ailleurs exceptionnelle.

Empyèmes à récidives. La décortication du poumon a donné un succès (présentation de malades). — M. **Robert Monod.**

Cure d'une pseudarthrose de l'humérus par clou de Künstcher. — MM. **Leveuf** et **Laurence.**

Résultat excellent d'une amputation interilio-abdominale pour sarcome du fémur. — M. **Huet.**

JEAN CALVET.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

19 Octobre 1945.

L'infantilisme de la péricardite chronique constrictive. — MM. **J. Lenègre, G. Poumeau-Delille** et **J. Rousset** rapportent 4 observations d'une variété d'infantilisme cardiaque non encore décrite jusqu'ici : l'infantilisme de la péricardite chronique constrictive.

Ces 4 cas concernent des sujets jeunes de 17 à 20 ans dont 3 sont du sexe masculin. L'infantilisme est relativement bien proportionné, à la fois pondéral, statural, génital et même intellectuel. Il s'accompagne cependant d'un état dystrophique discret, avec une morphologie qui rappelle un peu l'hypothyroïdie ou le syndrome adiposo-génital. Ce qui confère à cet infantilisme une individualité remarquable, c'est qu'il s'associe à une péricardite chronique constrictive attestée par le syndrome de Pick, évident, et par des signes cardio-vasculaires à rechercher de parti-pris.

L'infantilisme est la conséquence directe du trouble cardiaque : ce qui le prouve, c'est qu'il guérit par la péricardectomie, laquelle représente en l'espèce une thérapeutique radicale qui a la valeur d'une véritable expérience physiologique.

Comme la dyspnée, la cyanose et le syndrome de Pick, l'infantilisme résulte d'une stase veineuse accentuée et de l'anoxie chronique des tissus. Il s'établit par l'intermédiaire de lésions endocriniennes (surtout thyroïdiennes et testiculaires) dont la nature apparemment réversible correspond bien à la réversibilité des troubles morphologiques.

Le rôle de la tuberculose dans l'étiologie de la péricardite chronique constrictive. — M. **J. Lenègre**, Mlle **O. Schweisguth** et M. **H. Flavigny.** La responsabilité de la tuberculose dans la genèse de la P. C. C. a été diversement appréciée : quasi totale pour les uns, exceptionnelle pour d'autres. Le problème mérite cependant d'être élucidé : la tuberculose est un gros obstacle opératoire ; de plus, même sur des foyers apparemment éteints, la péricardectomie peut être l'occasion d'un essaimage ou d'un réveil local de la tuberculose. Sur 38 cas de mort parmi 83 opérés, la tuberculose peut être retenue dans 24 cas.

De l'analyse de 118 cas recueillis dans la littérature, la tuberculose paraît certaine ou probable 52 fois (44 pour 100), incertaine ou douteuse 63 fois (53,3 pour 100), controuvée 3 fois seulement. Mais la faiblesse de ce dernier chiffre tient certainement en partie à ce que les observations ne donnent pas les renseignements suffisants pour écarter de façon plausible le rôle — si délicat à éliminer — de la tuberculose : exceptionnelles par exemple sont celles qui font mention d'examens biologiques précis (réactions cutanées à la tuberculine en particulier).

Les auteurs en veulent pour preuve l'étude de leurs 13 cas personnels : 4 fois la tuberculose était probable, 4 fois elle ne pouvait être affirmée ni récusée, 5 fois elle pouvait être exclue sur un faisceau concordant d'arguments cliniques ou évolutifs, biologiques (dont la négativité des réactions cutanées à la tuberculine correctement pratiquées) et anatomiques ou histologiques.

Il est donc désirable de mieux étudier la P. C. C. à ce point de vue particulier de son étiologie tuberculeuse. Les auteurs admettent que, à cette condition, le rôle de la tuberculose pourrait être récusé valablement dans un quart ou un tiers des cas, surtout chez les sujets jeunes. Ainsi serait levée, chez nombre de malades, la redoutable hypothèse des essaimages ou des réveils tuberculeux post-opératoires. Il serait de plus amorcé une étude plus objective de l'énigmatique étiologie de nombreuses P. C. C.

— M. **Etienne Bernard** estime que seuls l'examen histologique et l'inoculation au cobaye peuvent apporter la preuve de l'origine tuberculeuse de la péricardite constrictive chronique qui est fréquente chez de nombreux sujets atteints de cette affection.

Symphyse du péricarde, péricardite chronique constrictive et calcifications du péricarde. — M. **J. Lenègre.** La symphyse du péricarde n'est qu'une lésion anatomique dépourvue de spécificité histologique. On l'observe aussi bien dans les cardiopathies valvulaires que dans les cardiopathies aortiques ou artérielles ; elle n'est dans tous ces cas qu'une des lésions élémentaires d'un très gros cœur dilaté, malade dans toutes ses tuniques. Il n'est pas certain qu'elle ait une traduction clinique, et on ne la découvre généralement qu'à l'autopsie. Elle ne serait d'ailleurs pas justiciable d'une intervention chirurgicale.

Il en va tout autrement de la péricardite chronique constrictive, où il y a bien symphyse du péricarde, mais où la sclérose du péricarde fibreux résume toute la maladie et réalise le syndrome si spécial de la constriction chronique du cœur : syndrome de Pick, hypertension veineuse considérable, cœur de volume normal aux rayons X. C'est l' « adiastolie » qui est à la base de ce tableau essentiellement curable par la péricardectomie partielle. C'est dire l'intérêt qui s'attache à son diagnostic.

Quant aux calcifications du péricarde, elles ne représentent qu'un signe anatomique, mais elles donnent deux renseignements précieux, à savoir qu'il y a bien péricardite et que les lésions sont éteintes. Leur constatation aux rayons X aide donc au diagnostic et à la discussion des indications opératoires.

Syndrome azotémique isolé au cours d'une fièvre récurrente. — MM. **Ch. Sarrouy** et **R. Groscolas.** Un enfant de 8 ans, atteint de fièvre récurrente à poux (spirille d'Obermeier), présente au cours de la première onde fébrile une hyperazotémie à 2 *g.* 20. L'azotémie revient à la normale au cours de la période d'apyrexie. Nouvelle élévation très légère de l'azotémie lors de la seconde onde fébrile. Aucun signe d'insuffisance rénale, mais petite insuffisance hépatique. Aucune séquelle.

Fièvre récurrente chez un nouveau-né, d'origine vraisemblablement congénitale. — M. **Ch. Sarrouy**, Mlle **F. Berthault** et M. **R. Groscolas** relatent l'observation d'un nouveau-né mort à 17 jours d'un syndrome d'ictère grave au cours d'une fièvre récurrente à spirilles d'Obermeier. Dans l'ensemble la courbe thermique, hormis un clocher à 38°, est restée au-dessous de la normale. Cette observation pose le problème de l'origine congénitale de la maladie.

Sur l'action de l'aminothiazol dans un cas de cachexie hyperthyroïdienne. — MM. **J. Decourt** et **H. Verdier.** Malade déjà présenté le 25 Mai, dans un état de cachexie prononcée, sans signes proprement basedowiens (ni goitre, ni exophtalmie, ni tremblement) mais que la présence d'une arythmie complète et surtout l'élévation considérable du métabolisme basal, à + 95 pour 100, avait permis de rattacher à une hyperthyréose. En 3 mois 1/2 le malade a pris 50 *g.* 60 d'aminothiazol. Son poids s'est élevé de 11 *kg.* ; l'arythmie a disparu ; le métabolisme basal s'est abaissé progressivement à + 15,9 pour 100. Moins d'un mois après la cessation du traitement, le malade a repardu 1 *kg.*, tandis que son métabolisme s'est relevé à + 43 pour 100. Il semble donc que l'action du médicament a été due moins à une altération profonde du tissu thyroïdien qu'à une inhibition de la sécrétion hormonale.

P.-L. MARIE.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE

28 Mai 1945.

Le diagnostic précoce du cancer du col. — M. **Cl. Béclère.** La gravité du cancer du col est l'envahissement très rapide des paramètres. Aussi doit-il être dépisté le plus tôt possible. L'auteur insiste sur son origine fréquemment intracervicale (3 à 5 sur 10 cancers du col) qui l'a amené à préconiser systématiquement le curettage intracervical chez la femme perdant du sang entre les règles, surtout après les rapports ou à l'occasion de la toilette.

— M. **R. Huguenin** souligne également la plus grande fréquence des cancers endo-cervicaux, leur rapide propagation lymphangitique sous-muqueuse qui fait que si minime soit la lésion visible au speculum, une fois sur trois elle est plus étendue qu'elle ne le paraît. Il faut donc employer pour le traiter une méthode radiothérapique « élargie » : curiethérapie endo- et exocervicale et irradiation paramétrale étendue.

— Mme **S. Laborde** essaie de déterminer les lésions et les maladies propres à favoriser l'apparition du cancer du col. Les métrites qui durent devraient retenir l'attention des médecins et être traitées, bien qu'on ne puisse encore affirmer que la métrite inflammatoire soit susceptible de constituer un état précancéreux. Les lésions irritatives dues au port de pessaires ou d'appareils anticonceptionnels déterminent des ulcérations qui peuvent se transformer en cancers. La syphilis contrairement à ce qu'on a pu penser n'est pas à incriminer, par contre, le dysfonctionnement endocrinien joue un rôle plus important en particulier l'excès de folliculine.

L'auteur insiste ensuite sur la difficulté de reconnaître un cancer du début. Le test de Lahm Schiller lui semble trop difficile à interpréter. Enfin, elle préconise de nouveau l'examen gynécologique périodique et une meilleure instruction des médecins et des étudiants dans le domaine de la cancérologie.

— MM. **P. Mocquot** et **R. Palmer** pensent qu'il est juste d'admettre qu'un tiers des cancers du col débute par la cavité cervicale et préconisent l'hystéroscopie cervicale suivie en cas de doute d'un curettage biopsique et de l'examen de tous les débris retirés.

— MM. **Cl. Beclère** et **J.-E. Marcel** présentent plusieurs observations curieuses de cancer endocervical.

— M. **E. Douay**, à propos d'un cas, insiste sur un signe physique qu'il considère comme capital : l'augmentation du volume du col dans sa portion sus-vaginale.

Sur 77 cas de cancers du col opérés, l'auteur en a trouvé 26 endocervicaux, soit environ 1/3, et 60 pour 100 de pavimenteux pour 40 pour 100 de glandulaires.

— M. **E. Wallon** apporte une observation de malade chez laquelle le cancer du col s'est révélé brutalement par une hémorragie abondante alors que les lésions étaient telles que leur début était certainement ancien.

— M. **F.-A. Papillon** estime que l'examen systématique est une utopie. Cependant il croit nécessaire de rappeler aux femmes l'importance d'un examen gynécologique en cas de perte de sang même minime en dehors du rythme menstruel. Pour lui la biopsie ne doit être pratiquée qu'après examen clinique approfondi et en cas de positivité être suivie d'une opération immédiate.

— M. **Cl. Beclère** croit pouvoir résumer la question ainsi : 1° fréquence du début intra-cervical du cancer du col ; 2° intérêt relatif de l'examen systématique périodique ; 3° test de Schiller utile seulement pour dépister certaines modifications de la surface du col ; 4° hystérographie inutile ; 5° hystéroscopie, peu pratique ; 6° par contre : biopsie endocervicale et biopsie exocervicale.

19 Juin.

La désensibilisation de la peau et les doses massives dans le traitement radiothérapique des métastases osseuses des cancers du sein. — M. **P. Lehmann.** Grâce à la désensibilisation de la peau et à l'emploi des doses massives que cet artifice rend possible on cesse d'être désarmé en présence de métastases osseuses du cancer du sein dont on est certain de calmer les douleurs sans risquer d'exciter ensuite une poussée évolutive. On peut espérer, en outre, arrêter l'évolution d'une localisation osseuse et quelquefois obtenir une guérison clinique assez complète pour que la malade conserve une valeur sociale.

Conséquence d'une banale injection vaginale. — MM. **Payer** (St-Germain-en-Laye) et **Renaud** (Sartrouville).

Une jeune femme en pleine santé est prise brusquement d'une réaction péritonéale sous-ombilicale à prédominence droite, faisant porter le diagnostic d'appendicite aiguë. Appendicectomie : les lésions appendiculaires ne semblent pas justifier l'existence du pus intra-péritonéal, ce qui oblige à l'incision médiane et révision des organes abdominaux et génitaux, révision négative.

Les commémoratifs semblent prouver qu'au cours d'une injection vaginale à pression trop forte le liquide, faisant irruption dans l'utérus au col évasé et par les trompes, dans la cavité péritonéale, a provoqué cette réaction péritonéale.

Abcès froid de l'ovaire à développement considérable. — M. **P. Vassor** (Montmorillon).

Rétrécissement vaginal dû à une application de savon ménager. — M. **Mauviel** (Brest).

MAURICE FABRE.

SOCIÉTÉS DE PROVINCE

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON

11 Janvier 1945.

Fistule vésico-vaginale post-opératoire, traitée par voie transvésicale. Guérison. — M. **Corajod** (Saint-Etienne). Il s'agissait d'une opération de Wertheim, pour cancer d'un moignon cervical, 14 ans après une hystérectomie subtotale. Devant les difficultés, et partant les dangers de l'opération de W. sur col restant, ajoute M. Pollosson, la radium- et radiothérapie sont formellement indiquées.

Le syndrome du défilé des scalènes. Résultats de 9 scalénectomies. — MM. **Ricard, Devic** et **Francillon**, analysant longuement 9 observations, étudient le syndrome clinique du défilé des scalènes, où domine, disent-ils, la douleur nocturne. L'affection qui se voit surtout chez la femme, au voisinage de la ménopause, guérit très simplement, par la section ou la résection du scalène antérieur.

Iléus alimentaire. — M. **Marie** (Béziers). Il s'agissait d'une occlusion du gros intestin par invagination colo-colique. Le tableau clinique réalisé était calqué sur celui de l'I. I. du nourrisson. Le diagnostic fut affirmé par la radiologie. Réduction d'un boudin de 30 *cm.*, datant de 48 heures. Guérison.

La gastrectomie dans l'ulcère perforé. — M. **Roman** (Saint-Julien-en-Genevois) apporte 3 cas, avec guérison, où la seule conduite logique était la résection gastrique : perforation trop vaste, ulcus multiples, perforation récidivante.

Lithiase de la glande sous-maxillaire. — MM. **Wertheimer** et **H. Martin.** Le calcul, intra-parenchymateux, atteignait le volume d'une grosse prune.

18 Janvier.

Quelques observations de chocs traumatiques. — **J. Arnulf.** M. **Creyssel**, rapporteur, à propos des 3 observations relatées, montre qu'un certain nombre d'entre elles confirment l'échec habituel de toutes les thérapeutiques classiques ou récentes du choc. A l'inverse, il relève les succès de l'amputation immédiate, d'une infiltration sinu-carotidienne, de l'injection intraveineuse de novocaïne enfin. La solution de plasma desséché américain paraît faire moins bien encore que la transfusion.

Trophœdème du M.I.G. guéri par sympathectomie. — M. **Corajod** (Saint-Etienne). L'œdème avait succédé à une brûlure du pied. Sa disparition, obtenue 8 heures après la résection, se maintenait parfaite un an plus tard. A ce propos, M. Wertheimer critique le terme de trophœdème, qui doit être réservé aux œdèmes d'origine nerveuse, centrale ou périphérique. Il s'agissait là d'un œdème traumatique, vraisemblablement de nature vaso-motrice, d'où l'action favorable d'une intervention sympathique.

Anthrax du rein évoluant depuis trois ans. Néphrectomie. Guérison. — M. **Corajod** (Saint-Etienne). L'ancienneté des lésions ne permit pas un traitement conservateur.

Un cas de granulomatose lipoïdique du squelette ayant simulé une maladie de von Recklinghausen. — MM. **Fontaine** et **J. Gery** (Strasbourg). Dans cette communication, très complète, et qu'on ne saurait analyser en quelques lignes, les auteurs envisagent le problème anatomo-pathologique et pathogénique de la granulomatose lipoïdique du squelette et de l'ostéite fibreuse de R.

Intervention itérative pendant les suites opératoires immédiates en chirurgie gastrique. — M. **Ch. Clavel.** Hémorragie grave, occlusion, péritonite, telles sont les complications dont l'auteur brosse le tableau clinique, étudiant, observations à l'appui, les éléments du diagnostic et la conduite à tenir. La moitié des malades opérés a pu ainsi être sauvée. Toutes conditions techniques mises à part, il importe, pour prévenir de tels accidents, de n'opérer que des malades en dehors des poussées ulcéreuses.

25 Janvier.

Hémipancréatectomie gauche d'hémostase pour pancréatite hémorragique, enkystée, de la queue. — M. **Dargent.** Chez une femme de 30 ans, multipare, sans antécédent biliaire, l'auteur intervint pour un syndrome abdominal suraigu localisé à l'hypocondre gauche, évoquant l'idée d'une périsplénite suppurée. L'abondance de l'hémorragie, la localisation stricte des lésions à la partie gauche de la glande, imposa une hémipancréatectomie associée, pour des raisons techniques, à une splénectomie. Histologiquement coexistaient des lésions récentes : hémorragie et stéatonécrose, et anciennes : sclérose avec atteinte langheransienne. De fait, il existait dans les antécédents des signes cliniques du diabète. Suites simples. Guérison.

A propos de 6 observations de résection diaphysaire du tibia pour ostéomyélite aiguë. — MM. **Palluel** et **Roman** (Saint-Julien-en-Genevois). Cinq fois la résection fut pratiquée précocement (10e ou 30e jour) devant la persistance d'une évolution grave, locale ou générale, malgré l'immobilisation et incision d'abcès. L'intervention fut techniquement simple, la régénérescence osseuse rapide et de bonne qualité, le résultat fonctionnel excellent, sans récidive enfin au niveau de l'os déformé. A l'inverse, dans 1 cas où la résection fut tardive (50e jour), l'intervention fut techniquement très laborieuse et il n'y eut pas de reconstruction osseuse.

L'urétéro-cysto-néostomie par invagination urétéro-urétérale dans les blessures opératoires de l'uretère. — M. **P. Santy.** Le segment vésical de l'uretère sectionné est dilaté avec de fines bougies d'Hegar jusqu'à admettre par invagination le segment rénal. Contention par 4 points d'adossement. Trois fois les suites furent simples. Le dernier cas, examiné du point de vue urologique, montra un rein en tout point normal.

Gastro-entérostomie abusive (atonie vésiculaire) dégastro-entérostomisation. Splanchnicectomie gauche. — MM. **Mallet-Guy** et **Guigou** rapportent l'observation d'une femme de 46 ans qui montre l'inefficacité et, mieux, le danger de la G.E.A. dans les stases gastriques et, à l'inverse, illustre magnifiquement les résultats heureux de la splanchnicectomie dans les vésicules de stase. La neurotomie porta sur le splanchnique gauche, ce qui confirme encore l'hypothèse que l'innervation viscérale abdominale n'est pas droite ou gauche, suivant la position de l'organe envisagé, mais double, à la fois droite et gauche, comme le veut l'embryologie.

A propos du démembrement de la maladie de Recklinghausen. — M. **Tavernier**, apportant 5 observations, pense que les cas cliniques ne s'accommodent pas des cadres rigides que l'on a dessinés en démembrant la maladie de Recklinghausen. Pour lui les idées de Snapper ne peuvent être considérées comme absolument acquises, et, sans être formel, il classerait volontiers les syndromes voisins de la maladie de Recklinghausen en deux groupes, l'un comprenant les maladies d'Ollier et d'Albright, avec leurs caractères hémiplégiques et qui résulteraient d'une maladie de l'embryon, l'autre qui comprendrait le Schuller-Christian, les formes généralisées et même localisées, de l'ostéite fibreuse et qui résulterait d'une réticulose bénigne du système osseux.

1er Février.

A propos de la résection diaphysaire dans l'ostéomyélite aiguë. — M. **Guilleminet** reste très réservé à l'égard des résections diaphysaires primitives, à la période septicémique. A l'inverse, la résection retardée, de la 3e à la 7e semaine, est parfaitement justifiée, quand persistent les signes d'infection et existent des lésions radiologiques importantes et diffuses.

Mégarectum. — MM. **Desjacques** et **Gignou.** Chez un homme de 41 ans, constipé chronique, amené d'urgence à l'hôpital en occlusion aiguë, le toucher rectal révéla un énorme fécalome qu'on évacua par dilatation anale. La radiologie devait montrer un mégarectum occupant toute la cavité pelvienne. Des infiltrations sympathiques lombaires et splanchniques permirent le rétablissement du transit intestinal, sans modification morphologique appréciable.

Fistule avec écoulement de liquide duodénal après cholédocotomie. Guérison par aspiration duodénale. — MM. **Peycelon** et **Bernay.** La cholédocotomie fut pratiquée avec dilatation forcée du sphincter d'Oddi, ce qui peut expliquer le reflux du liquide duodéno-pancréatique dans un cholédoque dilaté et atone. La fermeture du drain, la compression du trajet fistuleux avaient été inopérantes. La guérison fut obtenue en une semaine après mise en place au niveau de D 2 d'un tube de Camus, tandis que le drainage externe était supprimé.

Interventions itératives pendant la période post-opératoire immédiate en chirurgie gastrique. — MM. **Santy** et **Hutinel**, dépouillant 516 observations de gastrectomies recueillies depuis 1940, rapportent : 3 cas d'hémorragie secondaire intrapéritonéale avec 1 guérison ; 2 hémorragies gastro-duodénales avec 1 guérison ; 8 troubles d'évacuation avec 5 guérisons et 3 échecs ; 4 abcès sous-phréniques précoces guéris par drainage et aspiration ; 6 désunions brutales avec 2 guérisons ; 1 accident pancréatique avec 1 échec. Soit 24 réinterventions avec 13 succès et 11 échecs.

Ils insistent sur la nécessité d'intervenir précocement, une vérification superflue restant supérieure à un geste tardif toujours inutile. La mortalité globale des gastrectomies s'établit à 3,3 pour 100.

A propos des réinterventions dans les suites immédiates des opérations gastriques. — M. **Peycelon.** La diminution de leur fréquence tient à l'extension et à la perfection des opérations d'exérèse, la gastrectomie large devant l'emporter sur la G. E. A. et la gastrectomie d'exclusion. La suture enfin remplaçant le bouton anastomotique. Du point de vue statistique, 6 fois des accidents péritonéaux furent observés, et il s'agissait de gastrectomies difficiles.

Trois malades guérirent spontanément, ou après drainage d'abcès. Dans 9 hémorragies secondaires intra-gastriques, l'abstention fut de règle : 7 guérisons, 2 morts. Dans les accidents occlusifs, un progrès considérable a été réalisé par l'utilisation de l'aspiration gastrique continue.

René Guillet.

COMITÉ MÉDICAL DES BOUCHES DU RHONE

20 Avril 1945.

Données anatomo-cliniques sur les déterminations encéphalitiques de l'infection typhoïdique. — MM. **Y. Poursines** et **H. Gastaut** insistent sur le caractère végétatif prédominant de la symptomatologie encéphalitique au cours de la fièvre typhoïde. Au point de vue anatomique, les lésions essentiellement mésenchymateuses et névrogliques sont diffuses à tout l'encéphale, mais prédominent au niveau des formations végétatives, notamment hypothalamiques.

Stéatose hypertrophique massive du foie (hépatomégalie polycorique) chez un nourrisson de 7 mois. — MM. **R. Poinso. Y. Poursines** et **L. Lapeyre.** Aperçu général sur l'hépatomégalie polycorique à propos d'un cas survenu chez un nourrisson de 7 mois décédé des suites d'une broncho-pneumonie et chez qui l'examen avait révélé, en dehors des signes pulmonaires, une énorme hépatomégalie avec circulation collatérale intense. A l'examen histologique du foie, stéatose hypertrophique massive.

18 Mai.

Gros abcès frontal à pneumocoque révélateur d'un ostéome du sinus. — MM. **H. Roger, J. Paillas, R. Roche** et **J. Besson.** Ablation de l'ostéome, guérison de l'abcès par volet décompressif avec ponction et sulfamidothérapie.

Etude anatomo-clinique d'un cas de paraplégie hérédo-syphilitique infantile avec troubles psychiques (syndrome de Marfan. — MM. **H. Roger. Y. Poursines** et **J. Pellegrin** insistent sur l'examen anatomo-pathologique, à cause de son extrême rareté. Il s'agit de lésions de méningo-encéphalite assez particulière pour être différenciée à la fois de la méningite syphilitique banale et de l'encéphalite de la P. G. Dégénérescence secondaire du faisceau pyramidal expliquant la prédominance des symptômes parétiques.

Contrôle électro-encéphalographique de la thérapeutique par électro-choc. — MM. **L. Cornil, H. Gastaut, H. Ollivier** et **J. Cain** reprennent les travaux de J. Delay relatifs aux séquelles bio-électriques de l'E. C. concluent à leur importance et à leur fréquence d'outant plus grande que l'examen est pratiqué plus tôt après le dernier choc : 95 pour 100 de tracés anormaux les jours qui suivent immédiatement, 20 pour 100 seulement au bout de 5 semaines. Lorsque le tracé est redevenu normal il persiste souvent une susceptibilité très grande qu entraîne sa perturbation totale après 1 ou 2 chocs seulement. L'examen E. E. Graphique semble donc utile pour la conduite correcte de la thérapeutique par E. C., il est indispensable pour l'institution des séries prolongées ou pour la reprise de la thérapeutique.

Considérations sur l'oto-mastoïdite du nourrisson (à propos de 33 observations personnelles). — MM. **R. Poinso** et **J. Guérin** reprennent l'ancienne classification de Grenet en O. M. primitives et secondaires à laquelle ils ajoutent la forme des O. M. parallèles qui apparaissent en même temps que les troubles digestifs c de l'état général. Ils trouvent 21 pour 100 d'O. M. primitives et 54 pour 100 d'O. M. secondaires. Au point de vue étiologique les auteurs soulignent la prédominance estivo-automnale, l'âge des nourrissons entre 1 et 3 mois dans 36 pour 100 des cas. Les complications sont fréquentes (br.pneumonie dans près de 50 pour 100 des cas), mais le décès survient dans la majorité des cas par syndrome malin. Au point de vue pathogénique, les auteurs insistent sur l'hypervirulence du germe qui explique les O. M. primitives, sur les erreurs de régime, la mauvaise hygiène l'hospitalisation, l'hypovitaminose A qui expliqueraient les O. M. secondaires.

1er Juin.

Valeur séméiologique de l'hyperpnée provoquée en clinique neurologique. — MM. **J. Paillas, P. Gallais Bardier** et **H. Gastaut** pratiquent l'épreuve sans appareillage spécial, avec la collaboration intelligente du malade. En dehors des crises nerveuses (épilepsie, tétanie, pithiatisme) ou l'intérêt de l'épreuve est bien connu, elle sensibilise parfois un syndrome organique subliminaire mettant ainsi en évidence le signe de Babinski ou la chute de la jambe qui permettent de faire le diagnostic ou de localiser la lésion.

Intérêt de l'hyperpnée provoquée dans le diagnostic électro-encéphalographique. — MM. **L. Cornil, J. Paillas, H. Gastaut** et **J. Cain.** Intérêt considérable de l'épreuve qui amplifie toutes les anomalies bioélectriques, et souvent même les met en évidence sur un tracé apparemment normal. Pratiquée systématiquement chez tous nos malades, elle résout le problème de la comitialité dans la majorité des cas.

Traitement par électro-choc chez un mélancolique anxieux après deux tentatives de suicide dont l'une a provoqué une fracture du rachis. — M. **H. Ollivier** La guérison est survenue en quelques semaines. Cette observation illustre la nécessité de ne pas s'attacher aux complications traumatiques éventuelles de l'électro-choc lorsque l'état du sujet est important et que l'indication thérapeutique est bien posée.

Remarques sur les psychoses apparues dans les populations civiles du Var à l'occasion du débarquement allié du 15 Août 1944. — MM. **J. Alliez** Mlle **H. Pélissier** et Mme **Diatkine.** Les psychoses déterminées directement par les événements de guerre ont été rares. Seul un cas double de confusion avec anxiété chez un ménage de gardiens de phare isolés, a présenté une étiologie particulièrement précise, où l'événement inattendu a été seul en cause. La plupart des observations concernent des femmes, les manifestations maniaques ont été très fréquentes, le terrain était presque toujours fragile, le pronostic a été généralement excellent. Par contre, les aliénés de Pierrefeu se sont comportés sans réactions spéciales, leur discipline a été excellente et les perturbations caractérielles ont paru atténuées.

Coagulation massive du liquide pleural au cours d'une pleurésie séro-fibrineuse tuberculeuse enkystée. — M. **R. Poinso.**

Maladie kystique du poumon (présentation de pièces. — MM. **R. Poinso, J. Fimbel** et Mlle **J. Foucou**

J. Boudouresques.

NOTES
DE MÉDECINE PRATIQUE
PUBLIÉES PAR LES SOINS DE L. ROUQUÈS

Le traitement médical de l'ectopie testiculaire

Dans l'ectopie testiculaire, la descente des glandes n'est très souvent que retardée; il est donc inutile d'entreprendre un traitement avant l'âge de 8 ou même 10 ans; mais il faut intervenir avant la maturité sexuelle car si le testicule ectopié est classiquement normal avant la puberté, il présente ensuite dans 70 à 90 pour 100 des cas non traités, des lésions atrophiques des tubes séminifères qui peuvent amener la stérilité; parfois même, les caractères secondaires n'apparaissent pas; enfin la dégénérescence cancéreuse n'est pas exceptionnelle puisque Marion estime qu'elle survient chez 10 pour 100 des sujets non opérés en temps voulu.

La théorie pathogénique des obstacles mécaniques est exacte dans un certain nombre de cas, mais elle est loin d'être valable pour tous, comme le prouve la fréquence des migrations spontanées à la période prépubertaire qui s'observeraient, d'après Williams, dans les 2/3 des cas; l'ectopie est souvent associée à l'insuffisance du développement des organes génitaux et de nombreux arguments existent en faveur d'un mécanisme hormonal du développement et de la descente des testicules.

Aussi la conduite à tenir en présence d'une ectopie testiculaire n'est-elle plus exclusivement chirurgicale. A l'actif de celle-ci, seule défendable s'il y a un obstacle mécanique, il faut mettre de beaux succès rapidement obtenus; mais sans compter le risque opératoire, l'intervention n'est pas toujours inoffensive pour la glande, en particulier lorsque le pédicule étant court a dû subir une élongation; la possibilité d'atrophie complète et définitive de la glande n'est pas à perdre de vue. Parfois aussi, le testicule abaissé était insuffisamment développé ou cesse de se développer après l'intervention; le traitement hormonal est alors le complément indispensable de celle-ci.

De toute façon, il paraît justifié de faire un essai d'opothérapie avant d'intervenir; les chances sont nombreuses de provoquer la migration et il ne semble pas que l'on doive craindre de gêner la descente en augmentant le volume du testicule.

Les modalités et les résultats de l'opothérapie viennent d'être précisés par MM. R. Clément et Cornet [1], résumant dans un article récent une expérience portant sur dix années.

Dans un grand nombre de cas, l'ectopie testiculaire uni- ou bilatérale est associée à l'insuffisance du développement des organes génitaux. Dans un premier groupe, les enfants ont l'aspect typique du syndrome adiposo-génital de Babinski-Frölich; le traitement indiqué est l'opothérapie anté-hypophysaire, de préférence en injections et à doses plus élevées que celles qui sont conseillées par les fabricants; ces cas sont les plus favorables; après douze ou dix-huit mois de traitement, l'obésité disparaît, les organes génitaux se développent, les testicules descendent, l'enfant se virilise et travaille mieux. Dans un second groupe, il s'agit d'enfants chétifs, de taille et de poids très inférieurs à la normale, retardés somatiquement et psychiquement; l'opothérapie anté-hypophysaire doit être associée aux extraits surrénaux et thyroïdiens. Dans ces deux groupes, MM. Clément et Cornet ont obtenu la migration testiculaire chez un peu plus de la moitié des enfants traités.

L'ectopie du sujet normalement développé relève des hormones gonadotropes ou gonadostimulines; les diverses préparations sont étalonnées en unités Evans ou en unités analogues établies d'après le développement de l'appareil génital femelle; il n'est donc pas étonnant que pour une même dose d'unités Evans, l'action des produits sur le développement et la migration des testicules soit variable.

MM. Clément et Cornet ont traité 8 enfants de 7 à 13 ans, dont 4 avaient une ectopie bilatérale, par l'hormone gonadotrope extraite d'urines de femme enceinte; les injections de 100 unités Evans étaient répétées deux fois par semaine par séries de 12, 18 ou 36; sur les 12 testicules ectopiés, les auteurs ont noté 5 succès complets, 4 succès partiels et 3 échecs; en général, la descente du testicule se produit rapidement et, en cas d'insuccès, il n'est pas nécessaire de continuer indéfiniment les injections. Un des résultats les plus brillants a été obtenu chez un enfant atteint d'ectopie haute dont les testicules n'étaient pas perceptibles; en neuf semaines, après injection de 1.800 unités, la migration fut complète.

Avec l'hormone gonadotrope extraite du sérum de jument gravide, les auteurs ont eu sur 8 testicules ectopiés, 5 succès complets, 1 succès partiel et 2 échecs; les doses utilisées ont varié de 480 à 11.200 unités; les descentes se sont produites en 4 à 6 semaines avec des doses relativement faibles (800 unités Evans dans une ectopie bilatérale, 500 unités dans une ectopie unilatérale).

La gonadostimuline sérique à doses massives n'a été employée que dans deux cas; les essais n'ont pas été poursuivis et il semble que la réussite thérapeutique dépende moins de la dose totale administrée que de la répétition des injections.

Certains auteurs ont conseillé d'associer aux hormones gonadotropes le propionate de testostérone; mais l'action de l'hormone mâle sur la migration testiculaire n'est pas démontrée; MM. Clément et Cornet n'ont eu qu'un résultat favorable; Mme Saulnier-Moricard n'a eu que des échecs. Il n'est d'ailleurs pas indifférent d'utiliser l'hormone mâle chez les jeunes garçons; il faut éviter de la prescrire avant 15 ou 16 ans pour ne pas risquer de provoquer une puberté trop précoce.

L'opothérapie thymique a eu son heure de vogue; MM. Clément et Cornet estiment qu'elle ne présente en général pas une grande efficacité. La vitamine E ne paraît pas plus active; administrée à 5 enfants à la dose de 9 mg. par jour pendant deux ou trois mois, elle n'a donné qu'un succès.

LUCIEN ROUQUÈS.

1. Robert CLÉMENT et A. CORNET : Le traitement médical de l'ectopie testiculaire. *Journal des Praticiens*, 1945, 59, 73-75.

Le nodule douloureux de l'oreille

Cette affection peu connue bien qu'assez fréquente, dont MM. Didier, Cordonnier et Marroyen [1] viennent de reprendre l'étude, ne doit pas être négligée par les praticiens car, tout en étant bénigne et facile à guérir, elle donne lieu à une symptomatologie bruyante. Signalée par Winkler (de Lucerne) en 1915, elle a été décrite sous des noms variés dont celui de nodule douloureux de l'oreille proposé par Dubreuilh a l'avantage de ne pas préjuger de sa nature encore discutée.

Un sujet d'un âge en général assez avancé ou tout au moins proche de la cinquantaine, vient consulter pour des douleurs du pavillon de l'oreille; elles existent spontanément, mais une violente recrudescence se produit à la moindre pression, au moindre frôlement; par exemple, s'essuyer l'oreille, se coucher sur le côté atteint, mettre un passe-montagne deviennent impossibles. Pour expliquer ces douleurs qui rendent pénibles les jours et les nuits des malades, l'examen ne montre qu'un petit nodule lenticulaire qui siège sur le bord libre de l'hélix, plus rarement sur le lobule de l'oreille ou en d'autres points du pavillon; sa consistance est plus ou moins ferme; il est recouvert de squames adhérentes sous lesquelles se trouve une dépression infundibuliforme contenant un peu de sérosité. L'évolution est chronique, essentiellement bénigne et sans les douleurs, la lésion passerait inaperçue.

Ni le traumatisme brutal, ni les microtraumatismes répétés tels que les frottements, la compression, ne semblent en cause. La nature de la lésion est aussi obscure que l'étiologie. Davies signale des lésions de chondrite et de périchondrite avec granulome et pense que le point de départ est une altération sénile du cartilage. Pour Sequeira, il s'agit d'une nécrose localisée du cartilage provoquée par une verrue sous l'influence de pressions extérieures. Pour Milian et Perrin, dont les constatations histologiques ont été confirmées dans un cas par Didier et ses collaborateurs, le nodule serait un angiokératome.

Le diagnostic est facile; dans aucune autre lésion de l'oreille externe, on ne retrouve cette discordance entre l'intensité des douleurs et la discrétion des constatations objectives. Le traitement de choix est l'excision large qui donne les meilleurs résultats et qui peut généralement être faite sans nuire à l'esthétique. Sous anesthésie locale, on résèque la lésion en entamant légèrement le cartilage. On enfouit sous deux ou trois points de suture; lorsque l'étoffe manque, on pratique un léger décollement sous-périchondral sur les deux faces du pavillon.

LUCIEN ROUQUÈS.

1. G. DIDIER, V. CORDONNIER et E. MARROYEN : Le nodule douloureux de l'oreille : à propos de deux cas récents. *Journal des Sciences médicales de Lille*, 1945, 68, 121-124.

Un symptôme radiologique de la paralysie du glosso-pharyngien

La paralysie du glosso-pharyngien se traduit fonctionnellement par une dysphagie non douloureuse et par des troubles du goût, objectivement par un mouvement de rideau de la paroi pharyngée postérieure lors de la contraction du pharynx. Lorsque cette paralysie est isolée, ce qui est exceptionnel, ou associée seulement à l'atteinte des autres nerfs mixtes, ce qui est plus fréquent, l'origine nerveuse de la dysphagie est souvent méconnue et le malade adressé à un radiographe pour transit œsophagien.

Le radiographe peut facilement faire le diagnostic exact par la constatation d'un signe décrit il y a quelques années par J. Calvet et dont un travail récent de P. Marquès [1] souligne la valeur. Normalement, lors de la déglutition, la contraction des muscles pharyngés et l'ascension du larynx chassent énergiquement le bol alimentaire vers l'œsophage; lorsqu'il y a une paralysie du glosso-pharyngien, ce mouvement ne se produit pas ou se produit mal; une bouillie barytée de consistance crémeuse coule le long de la base de la langue, s'arrête en partie au niveau des vallécules, puis remplit les sinus piriformes, ces gouttières qui se trouvent sur la paroi antérieure du pharynx, de chaque côté de la saillie laryngée. L'accrochage, uni- ou bilatéral comme la paralysie, persiste pendant plusieurs minutes et il est facile d'en prendre des clichés.

De face, l'ombre de la bouillie se présente de chaque côté du larynx sous la forme d'un triangle à pointe inférieure plus ou moins émoussée; on observe souvent aussi un petit accrochage bilatéral en nid de pigeon, à la hauteur de l'oshyoïde, qui correspond au remplissage de la vallécule. De profil cet accrochage se projette entre la base de la langue et l'épiglotte et l'ombre du sinus piriforme conserve son aspect triangulaire à pointe inférieure à la hauteur du chaton cricoïdien.

Chez les pseudo-bulbaires, dont les troubles de la déglutition ont un mécanisme différent, le signe de Calvet reste négatif, ce qui en confirme la valeur.

LUCIEN ROUQUÈS.

1. P. MARQUÈS : L'accrochage de bouillie barytée dans les sinus piriformes, signe de la paralysie du glosso-pharyngien. *Journal de Radiol. et d'Electrol.*, 1944-1945, 26, 47-48.

CHRONIQUES

Organisation des Sanatoriums français de la Ire Armée EN FORÊT NOIRE

A son entrée en Allemagne, la 1re Armée Française libéra un nombre considérable de prisonniers ou de déportés français et étrangers. Beaucoup de ceux-ci étaient malades et l'on ne pouvait songer à évacuer rapidement la plupart d'entre eux. Devant cette situation, le service de Santé de la Ire Armée dut, à la fois, établir un cordon sanitaire rhénan, destiné à éviter les épidémies en France, et traiter les malades contagieux aigus et chroniques. Pour ces derniers, il fallut, en plus des hôpitaux, créer des sanatoriums où furent hospitalisés les tuberculeux dépistés dans les diverses formations sanitaires dépendant directement de l'Armée et surtout de la section Santé du 5e Bureau. Nous fûmes chargés par le Médecin Colonel David, chef de cette section, d'organiser et de diriger ces sanatoriums. Nous rapporterons brièvement, ci-dessous, ce que nous avons pu réaliser à ce sujet.

Dès l'abord, il nous parut nécessaire de protéger, dans les camps de concentration, les sujets sains vivant au contact de tuberculeux avérés ; à Bergzabern où se trouvaient 5.000 Russes, 250 tuberculeux vivaient en promiscuité complète sans soins et sans hygiène parmi leurs camarades sains et leurs enfants. Nous transformâmes en sanatorium en deux jours et mîmes en marche le 20 Avril 1945 une maison de repos allemande où l'on put loger les 150 plus grands malades.

Le 3 Mai, le sanatorium « Stalingrad », à Buhl, en pleine région agricole de la rive droite du Rhin, était ouvert et recevait les 150 malades du sanatorium de Bergzabern, jugé insuffisant climatiquement, ainsi que leurs camarades tuberculeux demeurés au camp. Cet établissement d'une capacité de 240 lits était équipé médicalement d'excellente façon.

Le 6 Mai, on ouvrit à Badenweiler le sanatorium « Libération ». Ce remarquable établissement sanatorial situé dans un site ravissant ne reçut que des Français.

Le 12 Mai, les 240 lits du sanatorium « Bir Hakeim », à Marzel, étaient mis à la disposition des tuberculeux français. Il s'agissait d'un sanatorium d'altitude, comportant une installation spéciale complète.

Le 20 Mai, nous offrions à nos déportés le somptueux sanatorium de Saint-Blasien, dénommé « Alsace », qui recevait nos compatriotes venus de Dachau.

Le 22 Mai, nous commençions à hospitaliser à « Délivrance », à Frieburg, nos très grands malades, peu justiciables de cure sanatoriale véritable, mais ayant besoin de soins constants, en atmosphère quasi familiale.

Le 24 Mai, de nouveaux Russes tuberculeux étant découverts, on dut créer à Hub, tout près de Buhl, un nouveau sanatorium « Léningrad ».

Le 25 Mai, l'hôpital sanatorium de Vaihingen, qui avait reçu d'abord des Polonais atteints de typhus et de lésions pulmonaires, ne contenait plus que des tuberculeux. Il était transformé en sanatorium pour les Polonais et les ressortissants des divers pays de l'Europe Centrale. On construisit immédiatement une galerie de cure faisant seule défaut. Depuis quelques semaines, Vaihingen étant passé, par suite des modifications apportées aux secteurs des armées alliées, sous contrôle américain, le sanatorium est dirigé par une mission médicale vaticane.

Le 17 Juillet, à Todtmoos, le sanatorium « 18 Juin », situé en pleine forêt, était équipé et mis à la disposition des militaires français tuberculeux découverts dans le sein de la Ire Armée ou dans les formations du territoire.

Entre temps, les femmes déportées reconnues tuberculeuses avaient été hospitalisées dans un ravissant sanatorium, dans un nid de verdure, à Badenweiler: il porte le nom de « Danièle Casanova ».

Enfin, dernier né, le sanatorium « Tunisie », frère jumeau de « Bir Hakeim », a été ouvert à Marzel, le 9 Septembre, et est prêt à recevoir 300 militaires envoyés de France par le ministère de la Guerre.

Tous ces établissements ont été créés pour donner des soins d'urgence et éviter une contamination tragique pour notre pays où déjà la tuberculose est le principal fléau social. Mais, dès l'origine, en l'esprit des organisateurs, était née l'idée qu'ils serviraient longtemps après le rapatriement des P.D.R., au traitement de malades venus de France, soulageant ainsi nos sanatoriums nationaux, insuffisants en quantité, parfois en équipement technique, et toujours, depuis la guerre, en ravitaillement alimentaire.

Ils ont donc été choisis parmi les plus beaux du pays conquis, les plus proches de la France, et les mieux équipés. Tous sont dotés d'appareils de radioscopie et de radiographie: le moindre d'entre eux possède une installation tomographique dont nos médecins, les moins entraînés à son usage, ont vite compris la nécessité. Partout il y a des salles d'opérations vastes, bien éclairées, largement pourvues en instrumentation de section d'adhérences pleurales et de tables pour intervention thoracique, orientables dans tous les sens. Tous les examens de laboratoires sont pratiqués sur place dans des locaux fort bien pourvus. Les malades sont logés dans des chambres de 1 à 5 lits, d'une netteté absolue, à larges baies s'ouvrant sur le meilleur point d'ensoleillement du lieu ; les galeries de cure sont attenantes aux bâtiments. Les salles de réfectoire, salons, salles de jeux et de spectacle sont spacieuses et agréables. Dans chaque sanatorium ont lieu toutes les semaines une séance de cinéma et deux concerts.

Ces établissements offrent une gamme complète de situations d'altitude. Les sanatoriums de *plaine* sont: « Stalingrad », « Léningrad », « Délivrance », situés de 200 à 300 *m*.

Ceux de *demi-altitude:* « Libération », « Danièle Casanova », sont à 450 *m*.

Ceux d'*altitude:* « Bir Hakeim », « Tunisie », « Alsace », « Le 18 Juin », vont de 850 à 1.000 *m*.

Tout le personnel médical est français et comprend par sanatorium : 1 médecin chef, 2 ou 3 médecins adjoints, 10 à 30 infirmières de la Croix-Rouge.

Un phtisiologue consultant, M. H. Jean Le Melletier, assistant à la clinique de la tuberculose à l'hôpital Laennec, est attaché à ces sanatoriums et s'occupe aussi de sectionner les adhérences pleurales délicates. Sur ces conseils ont été déterminées les séries d'examens essentiels à pratiquer systématiquement et dans tous les sanatoriums à chacun des entrants — radiographie, bacilloscopie d'expectorations, vitesse de sédimentation globulaire — et d'examens pré-opératoires plus complexes.

Un chirurgien thoracique opère les cas indiqués par le médecin traitant en accord avec le consultant.

A l'arrivée des malades, des assistantes sociales prennent contact avec leurs familles et les services antituberculeux de leur résidence à qui elles les confient à leur départ.

Seul le personnel d'exploitation est allemand, dirigé par un responsable allemand. Jamais les malades n'ont de contact avec lui.

Tous les sanatoriums sont rattachés à une intendance militaire qui fournit la ration type « suralimentation ». Les denrées de l'intendance sont augmentées d'autres produits achetés sur place. L'alimentation, qui ne gêne pas les régimes rationnaires de notre pays, est ainsi excellente en qualité et en quantité.

La pharmacie a été approvisionnée par de vastes réquisitions dans les usines allemandes et par les D.R.S. de la Ire Armée.

Le décompte des lits d'hospitalisation est, à ce jour, le suivant:

	LITS
Libération	130
D Casanova	34
Alsace	250
18 Juin	150
Délivrance	80
Léningrad	190
Stalingrad	220
Bir Hakeim	240
Tunisie	300
Total	1.594

Un plan d'extension de 300 lits est en cours de réalisation.

Voici, du 1er Mai au 1er Septembre 1945, l'activité de l'ensemble de nos sanatoriums:

Malades hospitalisés	1.514
Radiographies	2 026
Tomographies	175
Pneumothorax créés	256
Section de brides	94
Intervention chirurgicale thoracique	1

Ce dernier chiffre va rapidement augmenter. Nous sommes parvenus en effet au moment où les indications ont pu être posées avec sérieux et où les malades ont été préparés.

En cinq mois, notre action, grâce à l'activité de nos collaborateurs, que nous ne saurons jamais assez remercier, et à l'appui total et confiant de nos chefs, aura donné à notre Pays un bloc sanatorial homogène en son fonctionnement, qui dépasse de beaucoup par sa qualité, sa capacité et sa facilité d'exploitation tout bloc français équivalent. Il faut qu'il demeure et vive en son unité et son intégrité. Il continuera ainsi l'œuvre nationale qu'a réalisée la Ire Armée Française.

PIERRE PÉRUS,
Ancien Directeur des Sanatoriums de la Ire Armée Française.

UN ALIMENT NORD-AFRICAIN : le couscous

La table, écrit M. E. Gobert dans un mémoire très documenté [1], est une grande école et le meilleur laboratoire de la sympathie. Plus que tout autre, le médecin appelé à exercer hors de son milieu d'origine doit s'efforcer de bien connaître et si possible d'aimer la cuisine de son pays d'adoption, s'il veut bien comprendre la population et ses besoins. Aucune population n'est plus attachée que l'indigène tunisien à ses nourritures traditionnelles. C'est ainsi que M. Gobert, ayant eu la curiosité d'examiner les bagages des artisans envoyés de Tunisie à l'Exposition de Paris en 1937, vit qu'ils emportaient dans leurs bagages des provisions conservées pour plusieurs mois, parce qu'ils redoutaient de ne pas trouver en France les aliments conformes à leurs préférences et à leurs habitudes: couscous sec, semoules diverses, pâtes, conserves de viandes, smen (beurre rance de conserve), piments, etc.

Parmi ces aliments nord-africains, un des plus réputés, et qui demeure quelque chose d'assez mystérieux pour les Français, est le couscous, dont l'élément de base est la semoule de blé dur. MM. Jean Moreau et Robert Ardry ont consacré un travail très documenté à sa composition, sa fabrication, sa préparation [2].

*
* *

La *préparation indigène* des semoules est la suivante: le blé étant broyé à la meule est passé au tamis de crin. La farine passe, les semoules sont retenues, et passées ensuite au tamis de jonc qui sépare la semoule fine ou semoulette. La grosse semoule s'accumule au fond du tamis, tandis que les éléments les plus légers: sons, débris d'enveloppes et germes, se groupent à la surface et au centre et forment « l'œil » qui est enlevé à la main.

La *préparation industrielle*, dans des minoteries, s'effectue en deux temps: conditionnement du blé de façon à obtenir un mélange homogène, avec mouillage et enlèvement de l'excès d'humidité par un séchage à l'air chaud, puis obtention de la semoule par mouture, à l'aide de broyeurs, et calibrage des semoules par tamisage, les semoules à couscous étant constituées par les grosses semoules de blé dur ainsi obtenues. Les produits bruts sont d'ailleurs nettoyés par sassage. Sans insister sur les détails complémentaires de la préparation, consistant notamment à faire adhérer de la semoule fine à la grosse semoule, mentionnons seulement que, si l'on fait appel au blé tendre, plus riche en farine qu'en semoule, on obtient un couscous de moindre qualité.

1. E.-G. GOBERT : Usages et rites alimentaires des Tunisiens. Leur aspect domestique, physiologique et social. *Arch. de l'Institut Pasteur de Tunis*, Décembre 1940, **29**, n° 4, 475-590.

2. Jean MOREAU et Robert ARDRY : Un aliment nord-africain : le couscous. Composition, fabrication, préparation. *Archives de l'Institut Pasteur de Tunis*. Décembre 1942, **31**, nos 3-4, 302-311.

L'indigène ne mange pas de pain avec le couscous. Pour boisson, il préfère parfois le lait aigri à l'eau, boisson habituelle des Arabes. Le couscous est généralement apprêté au beurre salé, légèrement aigri. Le plat ainsi préparé présente une acidité butyrique nette, très favorable à la nutrition.

D'autre part, le couscous est, par lui-même, un aliment essentiellement nutritif et de parfaite digestibilité. Il est plus facile de digérer ces grains travaillés que de compactes bouillies à la farine. La quasi-totalité du grain est absorbée, mais les parties les moins digestes (débris, grosses semoules) ne sont attaquées par les sucs digestifs qu'après absorption des parties externes plus assimilables.

Le couscous n'est essentiellement nutritif qu'autant qu'il est préparé à partir de bonnes semoules, et non de farines ou de débris cellulosiques. Sa teneur en cendres doit être voisine de 1 *g.* 10 pour 100 de produit sec; son humidité de 13 à 17,5 pour 100 de produit sec, une humidité élevée constituant une fraude et le couscous trop humide ne se conservant pas; son acidité inférieure à 0,040 pour 100 de produit sec, en SO^4H^2, un couscous trop acide ne se conservant pas. Il convient d'ajouter: une minéralisation de 7 à 10 *mg.* pour 100 de produit sec, tenant à la forte minéralisation des eaux d'Afrique du Nord utilisées dans la fabrication.

Somme toute, la semoule à couscous doit représenter le grain de blé moins les sons. La semoule fine ne doit pas être enrichie de débris cellulosiques, afin de garder au produit sa digestibilité et sa valeur alimentaire.

Dans les villes, l'indigène fait généralement trois repas par jour. Le repas du matin, rapide, se compose de soupe de pois chiche, casse-croûte à base de thon, olives, beignet, parfois un morceau de pain trempé dans l'huile. Les repas de midi et du soir peuvent être très variés, mais le plat de résistance est le plus souvent un ragoût ou le couscous. Le repas du soir est le plus copieux.

A la campagne, le petit repas du matin se compose soit de poudre de graines grillées consommée en nature ou mêlée à l'huile, soit de pain et de galaison. Mais le couscous est le plat de résistance des deux autres repas, le plus souvent accompagné de lait aigri.

La faveur du couscous est telle qu'il est mis en vente des semoules ayant subi une première cuisson, c'est le « couscous rapide », se prêtant à l'apprêt du couscous par simple trempage. Mais, en règle générale, la semoule est cuite à la vapeur au-dessus d'une marmite garnie d'eau bouillante au moins deux fois; la première cuisson ne doit pas être trop prolongée, sous peine de voir les grains s'agglomérer et former une pâte compacte.

Le couscous peut être cuit avec ou sans viande. Un couscous de légumes, sans viande, est un très bon plat de régime.

La recette de préparation du *couscous à la viande* est la suivante:

Verser dans une marmite 200 *g.* d'huile. Chauffer. Verser dans l'huile chaude 1 *kg.* de viande de mouton non désossée, coupée en morceaux, un oignon coupé fin, une cuillerée à soupe de piment doux pilé, une cuillerée à soupe d'arissa, ajouter deux cuillerées de pois chiche mis à tremper la veille.

Lorsque l'oignon est jauni, verser sur la viande une purée de tomates provenant de 250 *g.* de tomates fraîches, ou une grande cuillerée de pâte de tomate de conserve délayée dans deux verres d'eau.

Dès cuisson de la tomate, ajouter 400 *g.* de carottes et 1 litre d'eau. Dès que celle-ci entre en ébullition, placer le *kiskès* (récipient percé spécial à la cuisson du couscous) sur la marmite. Mouiller trois livres de semoule à couscous. Celle-ci boit l'eau et double de volume. La placer dans le kiskès. Luter le joint séparant la marmite et le kiskès avec une serviette mouillée. La vapeur traverse bientôt la semoule: laisser cuire quelques minutes. Puis enlever le kiskès, et arroser largement la semoule d'eau froide. Briser et retourner la masse de semoule, la rouler entre les mains ou sur un plat. Puis replacer la semoule dans le kiskès. Remettre en place kiskès et serviette mouillée après avoir ajouté courge, pommes de terre, piment vert, safran, bouton de rose, dans le bouillon contenu dans la marmite.

Chauffer et laisser fumer la vapeur durant une demi-heure.

Le couscous est cuit quand les grains de semoule, pressés entre les doigts, s'écrasent sans effort.

Le renverser alors sur un plat, ajouter du beurre ou du smen, arroser de bouillon prélevé dans la marmite. Disposer les légumes et la viande de façon à flatter l'œil du convive, et laisser le plat au repos de façon à permettre à la graine de boire la sauce.

Le couscous peut également être apprêté avec des andouilles; à la viande sans la faire revenir dans l'huile avec apprêt ultérieur au beurre frais; à la viande de bœuf; au poulet; à la graisse de queue de mouton, en place d'huile; au poisson; au raisin sec.

Pour obtenir du *couscous au lait*, la semoule est cuite à l'eau mêlée de romarin. Préparer la sauce à part: faire revenir des oignons dans du smen, ajouter des épices, poivre rouge, poivre noir, canelle; ajouter lait et sel. Jeter à l'ébullition sur le couscous qui est paré de viande cuite, d'œufs durs et de raisin sec. Pas de légume.

Le couscous est de toutes les fêtes, quoique parfois un peu négligé pendant les veillées de Ramadan; et il est rituel de ne pas le préparer au début de l'année. Il faisait partie du menu d'excellents dîners pris avant-guerre chez un mien cousin colonial: il y était servi avec componction par un fidèle cuisinier noir, qui l'avait religieusement préparé à la façon de son pays, et dont la mine s'épanouissait à voir le plat apprécié des convives à sa valeur.

L. RIVET.

Correspondance

La tuberculose des sujets sous-alimentés.

C'est avec un grand intérêt que nous avons lu l'article de MM. LE MELLETIER et PÉRUS sur la tuberculose des prisonniers et déportés (*La Presse Médicale*, 6 Octobre 1945). Nous y voyons la confirmation des observations que nous avons faites avec le docteur BACHET, au cours des années 1941-1942 dans le service du docteur BARUK à l'asile de Saint-Maurice [1]. Nous signalions la latence des tuberculoses pulmonaires chez les sujets en état de dénutrition sévère avec œdèmes. Ces tuberculoses graves et rapidement extensives ne s'accompagnaient que d'un minimum de signes fonctionnels; la fièvre y était discrète, ne dépassant guère 37° 5. Seuls, l'examen radioscopique systématique ou l'apparition d'épanchements pleuraux permettaient de les déceler précocement. En effet, nous avions été frappés par l'extrême fréquence des pleurésies chez les tuberculeux « dénutris », et plus particulièrement chez les œdémateux: sur 38 sujets tuberculeux étudiés, 23, soit 60,5 pour 100 avaient une atteinte pleuro-pulmonaire, et parmi les 24 tuberculeux œdémateux, nous observions 20 fois une pleurésie associée aux lésions parenchymateuses, soit un pourcentage extrêmement élevé de 83,3 pour 100. On aurait pu penser, a priori, qu'il s'agissait d'une localisation séreuse d'un œdème généralisé, mais le caractère séro-fibrineux des épanchements observés chez les tuberculeux, leur teneur élevée en albumine et leur formule lymphocytaire s'inscrivaient déjà contre cette hypothèse. Nous avons observé des malades œdémateux qui, soumis au repos et au régime déchloruré, vidaient rapidement leurs œdèmes mais conservaient leur pleurésie, nous avons observé aussi des malades qui constituaient leurs épanchements pleuraux séro-fibrineux en même temps que leurs œdèmes.

Nous pensons donc que ces pleurésies sont de nature tuberculeuse, mais que leur fréquence, chez ces malades, est liée au trouble du métabolisme de l'eau qu'extériorise l'œdème. Les observations de MM. LE MELLETIER et PÉRUS, de même que celles de MM. BARIÉTY, LEJARD et BARRABÉ (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 20 Novembre 1942) plaident dans ce sens.

Nous avions insisté, avec notre maître M. GOUNELLE, sur l'extrême fréquence de l'hypoglobulinémie dans les premiers stades de la dénutrition [2]. Avec BACHET, dans notre premier travail, et plus récemment encore [3], nous sommes revenus sur l'importance de ce trouble chez les sujets sous-alimentés. Dans les états de dénutrition, non seulement l'élévation progressive des globulines du sang jusqu'à un taux anormalement élevé, constitue une forte présomption en faveur d'une tuberculose cliniquement muette, mais encore l'hypoglobulinémie initiale semble constituer un stigmate de leur moindre résistance aux infections. Le rôle des globulines dans les phénomènes d'immunité et leurs modifications au cours des infections cliniques et expérimentales sont actuellement très connus. Des travaux américains récents et en particulier ceux de P.-R. CANNON (*J. A. M. A.*, 128-360-1945) semblent démontrer d'une manière évidente que l'hypoglobulinémie est une des premières conséquences de la carence protidique et qu'elle entraîne une moindre résistance de l'organisme aux infections. Nous voyons là un argument de plus en faveur du rôle essentiel de la carence protidique dans le déterminisme de la tuberculose des sujets sous-alimentés.

J. MARCHE (Paris).

1. M. BACHET et J. MARCHE: La tuberculose pulmonaire des dénutris œdémateux. Fréquence des épanchements pleuraux séro-fibrineux associés. *Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 19 Février 1943.
2. H. GOUNELLE, J. MARCHE et M. BACHET: La formule protidique de la phase anté-œdémateuse de l'œdème de dénutrition. *Soc. de Biol.*, 13 Juin 1942.
3. J. MARCHE: Le rôle du facteur alimentaire dans le déterminisme de la tuberculose. *Bull. Méd.*, 15 Août 1944.

Livres Nouveaux

Les plantes fossiles dans leurs rapports avec les végétaux vivants (*Eléments de paléobotanique et de morphologie comparée*), par Louis EMBERGER. In-8° de 492 pages et 457 figures (*Masson et Cie*, éditeurs) Paris, 1944. — Prix: 420 fr.

La paléobotanique est née en France, mais y est malheureusement restée longtemps l'apanage d'un petit nombre d'éminents spécialistes. Elle n'avait presque aucune place dans l'enseignement supérieur, encore moins aux autres degrés, et, dans les traités classiques elle ne figurait guère qu'en appendice, comme une notion accessoire. Il n'y a donc eu longtemps, en France, aucun ouvrage d'ensemble sur les plantes fossiles.

Heureusement, nous assistons à un renouveau et cette science commence à regagner, dans son pays d'origine un terrain qu'elle n'aurait jamais dû perdre.

Parmi les ouvrages récents qui lui sont consacrés, le livre du Prof. Louis Emberger occupe un rang à part. Ce n'est pas à proprement parler un traité de paléontologie végétale, borné à l'énumération et à la description raisonnées des formes végétales qui se sont succédé au cours des temps. C'est au contraire une tentative, couronnée de succès, pour renouer les liens qui rattachent les plantes anciennes à celles qui sont actuellement vivantes. Il fallait pour cela un certain courage et des vues personnelles précises, car les faits paléontologiques bousculent souvent les théories classiques, par exemple en ce qui concerne la structure fondamentale de la tige, de la fleur, de l'ovule, etc.

Le plan de l'ouvrage est donc tout tracé. D'abord, description et étude des types éteints, dont Louis Emberger tire des conclusions morphologiques, systématiques et phylogénétiques, pour les rapports de ces types avec les formes actuellement vivantes. Cette étude, qui constitue le corps de l'ouvrage, comprend les végétaux fossiles non vasculaires (thallophytes, charophytes et bryophytes) et vasculaires: sans graines (cryptogames vasculaires et préphanérogames) et à graines (gymnospermes, chlamydospermes ou gnétales et angiospermes). Chemin faisant, d'intéressantes indications sont données sur les roches (surtout calcaires et houilles) dans lesquelles se trouvent les fossiles.

Le dernier chapitre, d'un intérêt puissant, utilise les notions acquises au cours de l'exposé proprement paléobotanique. Louis Emberger nous décrit la succession chronologique des types de végétation et des flores. Il insiste sur la ténacité avec laquelle la vie végétale a poursuivi sa carrière malgré toutes les vicissitudes cosmiques. Il montre que les grandes subdivisions du règne végétal ne sont pas des unités systématiques artificielles, mais possèdent une existence réelle et correspondent à des étapes morphologiques: il les compare aux épisodes d'un long film, qui continue à se dérouler sous nos yeux, sans que nous puissions discerner les formes susceptibles d'engendrer les types nouveaux qui succéderont aux angiospermes, car ceux-ci disparaîtront comme ont disparu les groupes les plus puissants des temps passés (Ptéridospermées, Bennettitales, etc.).

Ce développement prodigieux n'est pas linéaire. Dans la flore de chaque étape, un petit nombre de formes seulement ont progressé; les autres se sont diversifiées sans dépasser leurs limites morphologiques ou se sont comme figées et constituent sous nos yeux des « fossiles vivants », reliques d'un très lointain passé (Gingko, etc.). Les vagues successives ont presque toujours laissé des représentants qui sont des « résidus de lignées », d'où la grande diversité du monde végétal actuel. Seuls les préphanérogames, ou cryptogames vasculaires à ovules ont entièrement disparu. Il se pourrait que les algues aient joué un rôle de premier plan dans la genèse des autres végétaux.

Ce développement est lui-même une propriété de la matière vivante, du cytoplasme. Le milieu n'exerce aucune influence sur le type général d'organisation, il ne fait que régler la distribution géographique des espèces, et Louis Emberger cite de nombreux cas concrets de désaccord profond entre la forme et le milieu. C'est que la forme n'est pas tout: la composition des flores dépend essentiellement du patrimoine héréditaire et secondairement des vicissitudes géographiques. On ne peut donc tirer des documents paléobotaniques aucune conclusion climatique valable.

L'ouvrage se termine par une description saisissante de l'ascension des angiospermes, en relation, depuis le trias, avec de très grands faits géologiques et aboutissant à la constitution des cinq grands empires du monde floristique actuel.

On ne saurait trop conseiller la lecture attentive de ce beau livre, si clairement écrit et si richement illustré et documenté, non seulement aux paléobotanistes, mais aussi et surtout aux botanistes, qui y trouveront les principes d'une saine phylogénie, et enfin aux géologues, ingénieurs-mineurs et géographes.

Comme s'exprime le regretté Paul Bertrand dans sa préface, la paléobotanique, grâce à cet ouvrage qui consacre l'enseignement du Prof. Louis Emberger, prend enfin place dans l'enseignement régulier des Facultés.

Ancien élève d'Edouard Bureau, de Bernard Renault et de René Zeiller, je m'associe pleinement à cet éloge et je salue avec joie l'apparition de ce Traité.

M. LANGERON.

INFORMATIONS

Organisation de la sécurité sociale

L'ordonnance du 4 Octobre 1945 (*Journal Officiel* du Octobre 1945) institue une organisation de la sécurité ociale garantissant les travailleurs et leur famille contre ous les risques.

Elle assure dès à présent le service des prestations prévu ar les assurances sociales, l'allocation aux vieux travailleurs, les accidents du travail, les maladies professionnelles, les allocations familiales.

Cette ordonnance prévoit une caisse unique regroupant lans chaque circonscription territoriale l'ensemble des ervices appliquant les législations des assurances sociales t des accidents du travail.

Deux faits nouveaux ont une importance considérable :

1° Les assurances privées sont dépossédées de la gestion les assurances d'accidents du travail et maladies profesionnelles, au profit de la caisse de sécurité sociale.

2° Cette caisse est gérée par les assurés représentés par eurs organisations syndicales qui ont la majorité des voix lans les conseils d'administration.

Au point de vue pratique, existeront des caisses primaires, des caisses régionales et une caisse nationale. Les énéfices serviront à assurer un plan de prévention sanitaire et social.

NOUVELLE LÉGISLATION sur les accidents du travail et les maladies professionnelles

L'ordonnance du 19 Octobre 1945 (*Journal Officiel* du 20 Octobre 1945) adapte la législation sur les accidents du travail à l'organisation nouvelle de sécurité sociale.

L'assurance, de facultative qu'elle était, devient obligatoire pour l'employeur.

La victime garde le libre choix de son médecin. Le contrôle médical de la victime est exercé par la caisse de sécurité.

L'indemnité journalière est à payer à la victime à partir du premier jour qui suit l'accident, sans distinction entre les jours ouvrables et les dimanches et jours fériés jusqu'à la consolidation de la blessure. Cette indemnité est égale à la moitié du salaire journalier. En cas d'incapacité permanente la rente est « égale au salaire annuel multiplié par le taux d'incapacité préalablement réduit de moitié pour la partie de ce taux qui ne dépasse pas 50 pour 100, et augmenté de moitié pour la partie qui excède 50 pour 100.

Le taux d'incapacité est à déterminer d'après la nature de l'incapacité et la qualification professionnelle de la victime, compte tenu du barème d'invalidité ; si la victime devient inapte à exercer la même profession, ou ne peut le faire qu'après une nouvelle adaptation, elle a le droit d'être admise gratuitement dans une école de rééducation professionnelle.

NOUVEAU RÉGIME des Assurances sociales

L'ordonnance du 19 Octobre 1945 (*Journal Officiel* du 20 Octobre 1945) est applicable aux professions non agricoles.

Voici les principales nouveautés qu'apporte cette ordonnance :

1° Désormais, tous les salariés et assimilés seront soumis obligatoirement aux assurances sociales, quel que soit le montant de leurs rémunérations, sous la seule réserve que les rémunérations annuelles excédant 120.000 francs ne sont comptées que pour ce montant en vue du calcul des cotisations. Cette innovation affirme la solidarité de tous les salariés, quel que soit leur gain, en face des risques sociaux.

2° Il est institué une assurance de la *longue maladie* : le malade, avant l'expiration du troisième mois de maladie, doit faire l'objet d'un examen spécial auquel il est procédé conjointement par son médecin traitant et par un médecin conseil des assurances sociales, en vue de déterminer le traitement spécial dont l'intéressé doit faire l'objet ; en cas de désaccord, il est procédé à un nouvel examen par un expert désigné par les deux médecins, ou à défaut d'accord, par le directeur régional de la Santé sur une liste établie par lui, après avis du ou des syndicats professionnels intéressés et du conseil d'administration de la caisse. Si l'assuré est tuberculeux, l'expert est obligatoirement le médecin phtisiologue départemental ou un spécialiste désigné par lui. L'avis technique de l'expert ne peut faire l'objet d'aucun recours. A condition de se soumettre aux traitements et mesures de toutes natures prescrites par les médecins sus-visés, l'assuré peut alors recevoir des prestations jusqu'à la fin de la troisième année.

3° La caisse doit soumettre l'assuré et les membres de sa famille, à certaines périodes de la vie, à un examen de santé gratuit.

Les tarifs des honoraires et frais accessoires dus aux praticiens sont établis et présentés pour chaque département par les syndicats de chaque catégorie professionnelle intéressée. Ces tarifs ne sont applicables qu'après avoir été inscrits dans des conventions conclues entre les caisses régionales de sécurité et les dits syndicats et approuvés par une commission nationale comprenant pour 1/3 des représentants des organisations d'assurances sociales, pour 1/3 des représentants des organisations professionnelles nationales de praticiens et pour 1/3 des représentants des Ministres du Travail et de la Sécurité Sociale, de la Santé Publique et de l'Économie Nationale.

CONTROLE MÉDICAL des activités physiques et sportives

Ce contrôle, nouvellement institué par arrêté paru au *Journal Officiel* du 7 Octobre 1945, a pour objet principalement : *a*) De ne donner accès aux compétitions sportives qu'aux sujets capables d'y prendre part sans risque pour leur santé ; *b*) de surveiller périodiquement la santé des sportifs et sportives titulaires de licences, en dehors des périodes de délivrance ou de renouvellement de celles-ci ; *c*) d'aider à les orienter rationnellement vers une activité d'éducation physique et sportive concourant à développer leur état de santé et leur équilibre général. Il doit tendre, en outre, à assurer, au sein des associations sportives, la surveillance de la santé de la généralité des membres, de telle façon que les exercices physiques et sportifs n'aient, sur ceux qui s'y adonnent, que des effets bienfaisants.

Organisation des services DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Une ordonnance du 19 Octobre 1945 fixe l'organisation des services du ministère de la Santé. *L'Administration centrale* du ministère comprend :

a) Le cabinet du ministre auquel est rattaché le bureau du cabinet ;

b) L'inspection générale du ministère placée directement sous l'autorité du ministre ;

c) Le secrétariat général, duquel dépendent : la direction de l'Hygiène publique ; la direction de l'Hygiène sociale ; la direction de la Médecine générale ; la direction de la Protection de la maternité, de l'enfance et de l'adolescence ; la direction de l'Entr'aide sociale ; la direction du Personnel, de l'Administration générale et du Budget ; le service de la Pharmacie ; le service temporaire de Liquidation sanitaire des événements de guerre.

Les services extérieurs du ministère de la Santé publique sont constitués par : *a*) le service de la Santé ; *b*) les services de la Protection de l'enfance, de l'adolescence et de l'entr'aide sociale ; *c*) les services de la Pharmacie. (*J. O.* du 20 Octobre 1945.)

COMITÉ TECHNIQUE des spécialités

Par arrêté du 17 Octobre 1945, sont nommés membres du Comité technique des spécialités :

M. le doyen BAUDOIN ;

MM. les Prof. BOUGAULT et HAZARD ;

Mlle le Prof. Jeanne LEVY ;

M. le doyen DAMIENS ;

M. le Prof. LESPAGNOL ;

M. le Prof. JUSTIN-BESANÇON, MM. les Drs LAFAY et CIBRIE, représentants des syndicats médicaux ;

MM. R. MIDY et AUBRY, représentants des Syndicats de fabricants de produits pharmaceutiques ;

MM. P. MÉTADIER, représentant des Syndicats des pharmaciens d'officine et VIALLE, représentant du ministre de la Santé publique.

XXI° Réunion de la Société Française d'Orthopédie et de Traumatologie

Le Bureau de la Société française d'Orthopédie et de Traumatologie, réuni le 11 Octobre sous la présidence du Prof. ROCHER (de Bordeaux), regrettant que les circonstances ne lui aient pas permis d'organiser son Congrès dès cette année, a décidé que la XXI° réunion annuelle de la Société se tiendra les vendredi et samedi de la semaine du prochain Congrès de Chirurgie, soit les 11 et 12 Octobre 1946.

Les questions mises à l'étude restent celles proposées en 1938 pour 1939, soit :

Première question : *Arthrites chroniques non tuberculeuses du genou et de l'épaule.* — Rapporteurs : MM. FOUYANNE et GUÉRIN (de Bordeaux).

Deuxième question : *Les fractures des plateaux tibiaux.* — Rapporteur : M. GÉRARD-MARCHANT (de Paris).

Nous rappelons que les Rapports ont été publiés dans le numéro d'Octobre de la *Revue d'Orthopédie* de 1939, 26, n° 5. Les rapporteurs publieront, s'ils le jugent utile, un *addendum* à leurs rapports, dans la *Revue d'Orthopédie*, au cours de l'année 1946.

Conseil permanent d'Hygiène Sociale

M. GERNEZ, professeur à la Faculté de Médecine de Lille, est nommé membre du Conseil permanent d'Hygiène sociale et affecté à la Commission de la *tuberculose*.

Université de Paris

Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu. — *Régimes et Conseils pratiques.* — Ces leçons, consacrées à la diététique et aux conseils de vie et d'hygiène, auront lieu le dimanche à 10 h. 30, Amphithéâtre Trousseau et sont réservées aux médecins praticiens.

18 Novembre 1945. Prof. Fiessinger : Les bases des régimes et des conseils. — 25 Novembre. M. Albahary : Affections sanguines. — 2 Décembre. M. Bronet : Affections respiratoires. — 9 Décembre. M. Albeaux-Fernet : Maladies endocriniennes. — 16 Décembre. M. Guy Albot : Maladies de l'estomac. — 23 Décembre. M. R. Dupuy : Maladies de l'intestin. — 6 Janvier 1946. M. Lenègre : Maladies du cœur et des vaisseaux. — 13 Janvier. Prof. Fiessinger : Maladies du foie. — 20 Janvier. M. Trémolières : Maladies du rein. — 27 Janvier. M. Louis Gougerot : Maladies de la peau. — 3 Février. M. Aussannaire : Diabète. — 10 Février. M. M. Gaultier : Goutte, Obésité, Maigreur. — 17 Février. M. Bondin : Système nerveux. — 24 Février. Prof. Fiessinger : Disciplines et techniques.

Clinique médicale propédeutique, Broussais. — Le Professeur PASTEUR VALLERY-RADOT commencera son enseignement le lundi 5 Novembre. Il sera assisté de MM. DOMART et Jean HAMBURGER, ainsi que de MM. DREYFUS, GOUGEROT, MILLIEZ, WOLFROMM et de Mme ROBERS, chefs de clinique.

Chaque matin (sauf le mardi) de 9 h. à 9 h. 55. Leçon de séméiologie élémentaire. — *Lundi :* 10 h. Visite dans les salles ; 11 h. Présentation de malade à l'Amphithéâtre par le Prof. Pasteur Vallery-Radot. — *Mardi :* 10 h. Révision des observations et discussion des travaux en cours. — *Mercredi :* 10 h. Visite dans les salles ; 11 h. Présentation de malade à l'Amphithéâtre par un des chefs de clinique. — *Jeudi :* 10 h. à 11 h. Visite dans les salles sous la direction du professeur. — *Vendredi :* 10 h. Présentation de malade à l'Amphithéâtre sous la direction du professeur ; 11 h. Cours théorique sur l'affection ayant fait l'objet de la présentation clinique. — *Samedi :* 10 h. Consultation du professeur à l'Amphithéâtre.

Diplôme de médecine légale (session d'Octobre) : L'examen aura lieu les jeudi 15 et vendredi 16 Novembre 1945, à 9 h. 30, à l'Institut médico-légal, 2, place Mazas. Il ne sera pas envoyé de convocations individuelles.

S'inscrire à la Faculté de Médecine.

Diplôme de l'Institut d'Hygiène industrielle et Médecine du Travail (session d'Octobre) : L'examen aura lieu les mardi 13 et mercredi 14 Novembre 1945, à 9 h. 30, à l'Institut médico-légal, 2, place Mazas. Il ne sera pas envoyé de convocations individuelles.

S'inscrire à la Faculté de Médecine.

Nouvelles diverses

Médecins inspecteurs du Travail. — Ont été nommés :

Première circonscription (Seine, Seine-et-Oise, Seine-et-Marne) : Mlle Aubin, MM. Baldy, Bousser, Brehier, Charlon, Duteil, Gerber, Hollier-Larousse, Jacquelet, Mme Lacour-Ligon, Mlle Lambert de Cursey, MM. Jacques Laurent, Raymond Martin, André Meyer, Louis Petit, Mme de Prailaune de Blainville, MM. René Prieur, François Raymond, Servel de Cosmi, Tarteral, Vermaere Advenier, Arnoux, Breitel, Devichi, Gossart, Malespine Moncany, Maurice Petit, Mme Peyre, MM. Talbot, Thouvenel.

Septième circonscription (Nord, Pas-de-Calais) : MM Bernard, Swynghedauw, Patoir, Schaffner, Wignioile Devulder, Marchand, Pounavoy, Christiaens, Weber Gronzelle, Lefebvre-Ruyssen, Lemaire, Dancourt, Sabre.

Fédération nationale des médecins du front. — La Flamme du Souvenir sera ranimée le jeudi 8 Novembre, à 18 h. 30, par M. GALLET, président de la section des médecins déportés. Rendez-vous des membres des Associations à 18 h. 15 sous l'Arc de Triomphe.

Le 11 Novembre, à 9 h., une gerbe sera déposée devant le Monument aux Morts de la Faculté en présence de M. le Doyen.

Rémunération du médecin assistant la victime aux expertises prévues par la législation des accidents du travail. — Par arrêté du 10 Octobre 1945 les vacations et les frais de déplacement du médecin prévus à l'article 17 de la loi du 9 Avril 1898 modifiée sont tarifés sur les bases suivantes :

1° *Présence du médecin au cabinet de l'expert :* le double du prix de la visite tel qu'il est fixé au tarif de frais médicaux prévu à l'article 4 de la loi du 9 Avril 1898 ;

2° *Déplacement du médecin.* *a*) Frais de déplacement : l'indemnité horo-kilométrique telle qu'elle est fixée au tarif des frais médicaux prévu par l'article 4 de la loi du 9 Avril 1898 ; *b*) absence du cabinet : le double du prix de la visite pour un déplacement de 2 heures ou d'une durée inférieure ou pour chaque tranche de 2 heures au delà des deux premières heures.

(*J. O.* du 24 Octobre 1945.)

Liquidation de l'Institut national d'action sanitaire des Assurances sociales. — Par ordonnance parue au *J. O.* du 19 Octobre 1945, les attributions dévolues jusqu'à présent à l'Institut national d'action sanitaire des Assurances sociales sont réparties entre : 1° le ministère de la Santé publique ; 2° le ministère du Travail et de la Sécurité sociale ; 3° la caisse régionale de garantie pour la création et la gestion d'établissements sanitaires d'intérêt national.

Il est constitué auprès de l'Institut national d'Hygiène un Comité consultatif d'études sanitaires en matière d'Assurances sociales, composé de représentants des organismes d'Assurances sociales désignés par les ministres du Travail et de la Santé publique.

Distinctions honorifiques

LÉGION D'HONNEUR

Commandeur : M. P. Roussel, ancien médecin aide-major du 217e régiment d'infanterie.

Chevalier : Médecin lieutenant-colonel P E. Richet, ...e division blindée. — Médecin sous-lieutenant G. Richet, ...e bataillon de choc.

CITATIONS A L'ORDRE DE L'ARMÉE

Médecin commandant E. Lesbats, du groupe de commandos d'Afrique. — Médecin capitaine A. Daverne, du groupe de commandos d'Afrique. — Médecin lieutenant P. Mrolinann, du groupe de commandos d'Afrique. — Médecin sous-lieutenant J. Martin, du groupe de commandos d'Afrique. — Médecin sous-lieutenant M. Pierre, du groupe de commandos d'Afrique.

Nos Échos

Naissances.

— Le docteur M.-G. Wenquin et Madame, née Norah Colonna d'Istria, sont heureux d'annoncer la naissance de leur fille *Ann-Caroll* (Paris, 21 Octobre 1945).

— Le docteur et Madame Turon sont heureux de faire part de la naissance de leur fils *Jacques* (Tarbes, 23 Septembre 1945).

Mariage.

— On annonce le récent mariage des docteurs Bernard Dreyfus et Jacqueline Moreau, chefs de clinique à la Faculté de Paris [16, rue de Sèvres (7e)].

Décès.

— Le docteur Tanguy, 17, rue Mirabeau, Paris-16e, a la douleur de faire part du décès de sa femme (Paris, 10 Octobre 1945).

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

Les petites Annonces dans La Presse Médicale *sont acceptées sous réserve d'un contrôle extrêmement sérieux. Aucune annonce commerciale n'est acceptée*

Prix : 20 fr. la ligne (15 fr. pour les abonnés).

MEDECIN surchargé ch. assistant intelligent, bonne présentation, pour l'aider ds cabinet spécialité, préfecture Centre-Ouest. Ecr. *P. M.*, n° 155.

VIS. méd. introd. pharm. S.-O. s'adj. prod. confrat. Ecr. *P. M.*, n° 157.

REGION BAYONNE-BIARRITZ, très belle pharmacie. Gros chiffre d'affaires, à céder cause départ. Ecr. : A. Veillon, Biarritz.

A VENDRE, à Salies-de-Béarn (Bses-Pyrénées), Hôtel 60 ch., av. parc 2 hectares, à 200 m. des Thermes salins. Conv. pour utilisation médico-sociale (enfants, osseux, maison santé). Me Claverie, notaire, Sauveterre (Basses-Pyrénées).

VEND. voiture malade perfectionnée, état neuf. Ecr. Schuler Sud-Pré, Valescure-Saint-Raphaël (Var).

MEDECIN BIOLOGISTE, sér. référ. officielles, 10 ans prat. chim. bact. séro. histo., cherche Labo analyses en assoc. ou reprise Ecr. *P. M.*, n° 216.

VISITEUR MEDICAL, anc. prisonnier, tr introduit auprès médecins Paris ay. déjà un Labo important, ch. s'adjoindre second Labo. Ecr. *P. M.*, n° 219.

CHIRURGIEN rég Sud-Ouest, rech. collaborat en vue association, aucune mise de fonds nécess., gain annuel : 400 000 fr. env. Donner. préf. à chirurg. sinistr. connais. b. son métier, l'une cinquant an. Ecr. *P. M.*, n° 222.

REPRESENTANT visitant dep. longtemps Gironde, Landes, Htes et Basses-Pyrénées, dem. cartes bons Laborat. Defolie, rue des Ecoles, Dax (Landes).

A VENDRE appareil anesthésique Ombredanne, tr. bon état. en coffret bois. Ecr *P. M.*, n° 229.

INFIRMIERE dipl. d'Etat ch. situat. à la montagne, dans mais. d'enfants ou prévent., désirerait entre soins méd'caux participer à l'éducation Mlle Girardot-Monod, 10, rue Ernest-Cresson, Paris-14e.

Dr EN PHARMACIE, ayant pratiqué la pharmacie de détail et de gros et ayant assumé direct. générale d'un import. Labo de spécialités ch. sit. identique. Ecr. *P. M.*, n° 251.

Jne FEMME, Vve dem. situat. sous-direct. ou d'ect. clin., prévent., compt., dactylog., référ. sér Ecr. *P. M.*, n° 256.

CHIRURGIEN, chirurgie génér. et rayons X demande chirurgien assistant déjà au courant. Poste très intéressant en clinique personnelle. Ecr *P. M.*, n° 267.

GROS POSTE rural à céder d'urg. avec voiture, région lyonnaise, maison tt confort. Seul médecin, secteur important, facilités de paiement. Ecr. *P. M.*, n° 270.

VISITEUR MEDICAL, références 1er ordre, très introduit médecins Paris et hôpitaux rech. Labo pour Paris. Ecr. *P. M.*, n° 288.

UNE SECRETAIRE MEDICALE (25 à 35 ans) est demandée pour réception clientèle Laboratoire d'Analyses médicales. Références exigées. Ecr. *P. M.*, n° 294.

LABORANTINE sérologiste-bactériologiste est demandée pour Laboratoire d'Analyses médicales. Références exigées. Ecr. *P. M.*, n° 298.

Jne DOCT. en méd., ex-int. hôpit. cherche remplacement longue durée, ou collaboration, ou aide-chirurg. clinique. Ecr. *P. M.*, n° 297.

IMPORTANT LABORATOIRE PARISIEN cherche pharmaciens libres tous engagements, pour visites médicales province. Situation stable, conditions intéressantes. Envoyer curriculum vitæ à *P. M.*, n° 300, qui transmettra.

CHIRURGIEN cherche poste assistant ou clientèle chirurgicale. Ecr. *P. M.*, n° 304.

BONNE INFIRMIERE salle d'opérations dem. par Clinique province. Ecr *P. M.*, n° 308. Visa O.R.T. Limoges, n° 8751.

Jne FEMME de médecin en instance départ Indo-Chine, sténo-dact. diplômée, dipl. d'infirmière et d'assistante médico-sociale, 2 ans prat. de laboratoire, bactériolog. et sérol., culture générale, ch. situat Paris. Ecr. *P. M.*, n° 306.

A VENDRE microscope Nachet, 3 objectifs, un immersion, oculaires. Gants et tablier protecteur radiologique. Ecran fluorescent pour table bascul. Ropiquet. Ecran Potter Bucky radioscop. Appareil Pachon. Ecr. *P. M.*, n° 309.

DOCTORESSE, gynécol-accouch. demandée pour collaborat. ou association Sud-Ouest. Ecr. *P. M.*, n° 311.

A CEDER clientèle médecine générale grande ville du Centre. Ecr. *P. M.*, n° 316.

ACHETE VELOMOTEUR en parfait état à confrère. Tél. Odé. 35-99 ou écr. *P. M.*, n° 321.

POSTE MEDECINE GENERALE, gros bourg, 55 km. Paris, seul médecin, grande maison, parc. Ecr. *P. M.*, n° 322.

VENDS DE SUITE, cause départ, maison accouch. 5 lits, installation moderne, ville 60 km. Lyon. Prix à débattre. Ecr. *P. M.*, n° 328.

TRAITE D'ORTHOPEDIE, de Mathieu, Huc, etc., recherché. Ecr. *P. M.*, n° 331.

VISITEUR MEDICAL, 10 an. de pratique, très introduit, région Alsace-Lorraine, cherche laboratoire sérieux. Références 1er ordre. Ecr *P. M.*, n° 332.

MEDECIN, anc. prisonnier, sinistré, achèterait poste important, de préfér. Paris ou rég. paris. Urgent. Ecr. *P. M.*, n° 340.

URGENT cherche poste intéressant rég. indif. Céd. évent. petit appartem. Paris. Ecr. *P. M.*, n° 342.

FEMME DE MEDECIN, sinistrée, au cour. représent. médicale, ch. Labo à Paris. Ecr. *P. M.*, n° 345.

INFIRMIERE garderait propriété, ferait élevage, s'occup. enfants ou malade. Meilleures références. Ecr. *P. M.*, n° 350.

ETUDIANT, médec., 6e année, ch. travail médical ou para-médical Paris. Ecr. *P. M.*, n° 351.

EN VUE DE LA REPRISE DES AFFAIRES : expérience de la vente prouvée, jeune, énergique, ayant quelques moyens d'action, cherche, non fixe, mais la vente de spécialités ou autres strictement auprès des pharmac. de la rég. sud-est, pour un Labo sérieux, connu, 36 a. nat. franç., chimiste, visiteur médical, bonne présent., moralité parf Ecr. *P. M.*, n° 359.

VISITEUR MEDICAL très expérimenté, très sér. référ. cherche laboratoire pour rég. Côte-d'Azur et sud-est. Ecr. *P. M.*, n° 360.

PHTISIOLOGUE cherche d'urgence bon appareil radioscopie. Faire offres à *P. M.*, n° 363.

Jne MEDECIN cherche occupation médicale pour l'après-midi à Paris, de 2 ou 3 heures.

Jne FEMME pharmacien, cherche empl. pharmaceut pour la journée, ou quelques heures à Paris. Ecr. *P. M.*, n° 366.

MEDECIN SINISTRE cherche reprise clientèle ville ou gros bourg, rég. paris'en. ou rég. ouest de préférence maison confortable. Ecr. *P. M.*, n° 370.

Jne CHIRURGIEN, sinistré total, démobilisé 2e D. B. cherche assistance ou association. Ecr. *P. M.*, n° 371.

INFIRMIERES, manipulatrice radiologique connaissant radiothérapie et physiothérapie, secrétaires, demandées pour Centre radio-chirurgical de La Rochelle. Adresser réponse Sanatorium de Launay, Reugny (Indre-et-Loire). Visa O.R.T. de Bordeaux, n° 1764.

CH PARIS cabinet médic. ou appartem. 4-5 p. conf. Dr Essel, 2, rue Gabriel-Vicaire, Paris-3e.

LABORATOIRES ANALYSES MEDICALES demande médecin bactériologiste au courant prélèvements Ecr. *P. M.*, n° 353.

MEDECIN devant être prochainem. démobilisé ch. remplacement lgne durée, aiderait confr. fatigué. Succession possible. Ecr. *P. M.*, n° 354.

CHIRURGIEN 38 a., lgne expér. chir. gén. gyn et v. urinaires ch. remplacem. lgne durée, associat. ou cession poste chir Outillage et capitaux disponibles. Ecr. *P. M.*, n° 355.

MICROSCOPE Stiassnie, état neuf, revolver, 4 objectifs dont 1/15 immersion, 3 oculaires. Condensateur. Boîte armoire. Tél. Jas. 38-05, de 8 à 9 h.

BONNE CLIENTELE dans préfect. du Centre, av. maison de 8 pièces, bien située, à échanger contre clientèle à Paris ou env. immédiats. Ecr. *P. M.*, n° 357.

DOCTEUR ch. poste médec. génér. toute région, surtout Paris, seul et sud-est, av ou sans matériel. Ecr. *P. M.*, n° 358.

MEDECIN 35 a., 5 a. d'exerc. de médec. génér. ch. remplacem de longue durée. Ecr. *P. M.*, n° 361.

RECHERCHONS médecin pour usines occupant 1.400 ouvriers env. ville montagne Htes-Pyrénées. Nationalité française exigée. Ecr. à Bataille (André), 2, r. de la Baume, à Paris, qui transmettra.

ECHANGERAIS hématimètre et centrifugeuse à main, état neuf, contre forceps et Vaquez bon état. Ecr. *P. M.*, n° 364.

A CEDER cause changement situat. tr. bonne clientèle médec génér. dans chef-lieu canton, à 50 km. sud-ouest Toulouse. Urgent. Ecr. *P. M.*, n° 368.

BON POSTE, campagne, médec. générale à vendre Région nord, 100 km. Paris, médecin S.N.C.F. Prix intéressant. Urgent. Belle maison moderne av. grand jardin. Seul médecin. Ecr. *P. M.*, n° 369.

AUDE. Grosse clientèle de médec. génér. en augmentation à céder, dans pet. ville, sur gde ligne, avec comme adjuvant, excell. appareillage radiologique et d'électricité médic. Ecr. *P. M.*, n° 372.

A VENDRE : appareil de radiodiagnostic neuf, Clinix TP 950 3 G modèle 1945, appareil diatherm. Hte fréquence et Novaflux C.G.R. Ecr *P. M.*, n° 374.

PHARMAC. 31 a. tr actif, format techn. comm. et public. possédant import. officine et labor. spécial., disposant capitaux, cherche achat laborat bien aménagé, av. ou sans marques, ou associat. dans import. laborat. et achat. spécial. ayant visas. Ecr. *P. M.*, n° 377.

A VENDRE : un dosimètre de Hammer neuf. Ecr. *P. M.*, n° 378.

A VENDRE, ensemble ou séparément : 1° poste médical : C. A. 500.000 fr. Prix 500.000 fr. ; 2° Pharmacie : C. A. 300.000 fr. à améliorer considérablement. Prix : 600.000 fr. + stock. Belle maison 10 p. uv. jardin, ch.-l. c. Ravit. gral. imp. Ecr. *P. M.*, n° 379.

A VENDRE table de gynécologie métallique. Vareuse et manteau militaires, état de neuf. Ceinturon. Téléph. : Wag. 64-80.

LABORATOIRE province demande d'urgence Laborantin ou Laborantine au courant de toutes analyses médicales. Ecr. S.P.M.O., 21, rue des Tournelles, Paris. Visa n° 9811.

LA COMMUNE DE MAILLY-LE-CHATEAU (*Yonne*) demande un médecin. Site pittoresque. S'adresser un Maire.

IMPORTANT LABORATOIRE SCIENTIFIQUE demande jeunes docteurs en médecine, pharmaciens ou chimistes pour visites médicales Paris et Province. Ecr. av. références et prétentions à *P. M.*, n° 383.

MEDECIN préparant le diplôme de radiologie désirerait aider médec. électro-radiol. qualifié de Paris ou de la Seine. Ecr. *P. M.*, n° 384.

CHEF DE PUBLICITE Labo de Spécial. pharmac., Dr en médec. réf. 1er ordre, offre collaboration à Labo, grand, moyen ou petit Ecr. *P. M.*, n° 385.

VELOMOTEUR. Achet Motobécane 100 cm. soupapes 4 temps, vis-b. pas trop loin Paris. Martin, 9, rue Jean-Forain (17e).

Jne MEDECIN A.E.H.P. interne hôp. rég. parisienne ch. occupation l'après-midi. Ecr. *P. M.*, n° 387.

DAME, honorabilité parfaite, dés empl. ch. docteur pr récept. clientèle et téléph. Ecr. *P. M.*, n° 388.

Dr Paris vend cabriolet 201 Peugeot, tôlé, bon état mécanique, pneus neufs Wag. 48-24.

SAONE-ET-LOIRE, à vendre d'urgence grosse clientèle ch.-lieu de canton, proximité ville, maison confortable. Pour renseignements s'adresser au Dr Perrin, chirurgien, 3, rue Thiard, Châlon-sur-Saône.

HOMEOPATHIE : Recherche un répertoire d'homéopathie, neuf ou d'occasion, en français ou en langue étrangère. Dr Gaughoffer, Désertines (Allier).

A CEDER, bonne clientèle banlieue est. Ecr. *P. M.*, n° 392.

ELECTRO-RADIOLOGISTE, ass hôp. Paris, recherche succession ou association cabinet important Paris ou Province. Ecr. *P. M.*, n° 393.

MEDECIN cherche cabinet médec. génér Paris ou banl. ou collabor. av. cession ultérieure. Ecr. *P. M.*, n° 394.

HERBORISTE diplômée cherche utiliser son diplôme, gérance ou autre. Ecr. *P. M.*, n° 395.

A VENDRE Sonotone complètem. neuf, parf. état. S'adresser Dr Besançon, Jouy-le-Moutier (S.-et-O.).

A VENDRE kayac démontable biplace, 5 épaisseurs. Ecr. Dr Bucaille, 18, r. Violet, Paris-15e. Suf. 22-46.

INFIRMIERE ch. pl. ch. Dr ou ds Clin. Ecr. *P. M.*, n° 409.

A VENDRE voiture d'enfant (roues hautes), état neuf. Tél. de 15 à 17 h. à Nord 59-33.

AVIS. — Prière de joindre aux réponses un timbre de 2 francs pour transmission des lettres.

Le gérant : F. Thomas.

Imprimé par l'Ancne Imprimerie de la Cour d'Appel, 1, rue Cassette, à Paris (France).

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées aux Périodiques, la Direction scientifique de La Presse Médicale *a dû fixer à 4 colonnes maximum l'étendue des mémoires originaux. Tout manuscrit dépassant cette étendue sera retourné à son auteur.*

DONNÉES NOUVELLES SUR L'EMPLOI DE L'ALUMINIUM ET DE L'ALUMINE DANS LE TRAITEMENT PRÉVENTIF ET LE TRAITEMENT DE LA SILICOSE

Par **A. POLICARD**
(Lyon)

En rattachant l'action nocive des particules minérales dans les tissus à des processus de dissolution superficielle, on était conduit logiquement à essayer d'empêcher cette action nocive en recouvrant les particules d'un mince film de substance insoluble ou inoffensive, capable d'interdire l'attaque de la particule par les sucs organiques et la diffusion de produits solubles nocifs. Ainsi Kettle, dès 1932, avait eu l'idée de recouvrir les poussières de silice par une mince couche d'oxyde de fer. D'une façon analogue, Jötten (1933) expliquait par l'existence d'une couche d'alumine enveloppant chaque grain siliceux, l'innocuité relative des grès de l'Eifel utilisés comme matière abrasive, comparativement aux grès du Palatinat, à grains non enveloppés d'alumine et infiniment plus dangereux. Dans des recherches expérimentales poursuivies avant 1937, L. U. Gardner avait reconnu que des particules de quartz recouvertes d'une mince couche d'alumine hydratée ne provoquaient aucune lésion fibreuse dans le foie, après injection intraveineuse, alors que des particules non enveloppées déclenchaient une forte cirrhose.

La question prit un tour nouveau en 1937 avec les travaux des savants canadiens Denny, Robson et Irwin, qui montrèrent que l'addition de 1 pour 100 d'aluminium métallique à de la poussière de silice empêchait celle-ci de provoquer les lésions pulmonaires habituelles après inhalation expérimentale prolongée chez des animaux. L'aluminium métallique s'oxydait dans l'organisme au voisinage des poussières : l'alumine hydratée produite entourait les particules de silice et les rendait inoffensives.

En utilisant la méthode des injections intracornéennes, j'ai pu, en 1939, avec J. Rollet, montrer également l'action neutralisante de l'aluminium métallique sur le pouvoir nocif de la silice.

Une note contradictoire a été donnée par Jötten (1940) qui n'aurait pu établir l'existence d'une action inhibitrice de la poussière d'aluminium métallique sur le développement de la sclérose silicotique. Par contre, le silicate d'aluminium en présenterait une très nette.

Belt et King (1943) obtinrent également des résultats négatifs, par injection intrachéale de suspensions de silice avec 1 pour 100 d'aluminium métallique. Mais la technique, discutable, les explique peut-être.

Dans des travaux publiés en Septembre 1944, L. U. Gardner, Dworski et Delahant apportèrent des résultats expérimentaux du même ordre, en utilisant non l'aluminium métallique mais l'alumine hydratée. L'inhalation de poussières siliceuses mélangées d'alumine hydratée n'entraîne pas d'action nocive sur le poumon.

On peut donc considérer aujourd'hui le fait comme bien établi. Il reste à préciser divers points, essentiels en vue de l'utilisation de cette action antidote. Ce sont ces points que je désire considérer aujourd'hui, dans cet article complémentaire de celui publié dans *La Presse Médicale* du 24 Septembre 1941. Cet exposé tient compte des essais et résultats publiés en Amérique pendant la guerre et dont j'ai pu avoir connaissance grâce à la courtoisie de mon collègue et ami, le Dr L. U. Gardner.

* * *

Dans leurs recherches de 1937, Denny, Robson et Irwin avaient utilisé l'aluminium métallique. Celui-ci, pensaient-ils, s'oxyde dans les tissus au voisinage des particules de silice ; l'alumine formée se dépose en un mince film autour de ces particules siliceuses. Au contraire, L. U. Gardner a utilisé non l'aluminium métallique, dont l'emploi soulève quelques réserves, mais l'hydrate d'oxyde d'aluminium (alumine hydratée), qui est mélangée à la poussière siliceuse dans la proportion de 1 pour 100 environ.

Les oxydes d'aluminium hydratés présentent des types chimiques très variés, différant par leur composition chimique et leur teneur en eau. Du point de vue chimique, il s'agit là d'un chapitre fort compliqué et quelque peu confus encore. Or, l'expérience a montré à L. U. Gardner que certains types d'alumine avaient une action protectrice très active, à l'opposé d'autres types, sans aucune influence. Par exemple, un trihydrate d'aluminium α n'a donné aucun résultat, au contraire d'une alumine amorphe (avec un peu de monohydrate α et de calcite) et d'une alumine gélatineuse préparée par l'action de l'ammoniaque sur du chlorure d'aluminium, qui sont très actives. On ignore encore les raisons de ces différences considérables d'efficacité. A ce point de vue, l'emploi de l'aluminium métallique paraît présenter une supériorité par sa régularité.

Seulement, à son sujet un problème grave se pose. La poussière d'aluminium métallique n'a-t-elle pas un effet nocif propre qui restreindrait son emploi ?

* * *

Dans les premiers essais, on a tenu pour inoffensives les particules d'aluminium métallique. Denny, Robson et Irwin (1937), chez le lapin, moi-même chez le rat (1940), n'avons pu observer aucune altération pulmonaire, même après des inhalations intenses (jusqu'à 20.000 particules au centimètre cube) et prolongées (de quelques semaines à quatorze mois).

Des renseignements ont été recherchés dans l'observation des ouvriers respirant des poussières d'aluminium (ou de bronze d'aluminium) métallique. Les données recueillies sont peu claires. Il semble cependant que ces poussières donnent seulement de l'irritation bronchique (avec ses conséquences) et non de sclérose pulmonaire type silicotique.

Il paraît ainsi possible de considérer comme inoffensives par elles-mêmes les quantités minimes d'aluminium métallique ou d'alumine utilisées comme antidote de la silice.

Une préoccupation de même ordre a fait l'objet des études de L. U. Gardner (1944). L'aluminium ou l'alumine ne peuvent-ils avoir un effet favorisant sur la tuberculose, ce facteur si important dans l'évolution de la silicose ? Incapables de provoquer par elles-mêmes de la sclérose, les particules d'aluminium métallique ou d'alumine peuvent avoir un effet favorisant sur l'évolution de lésions tuberculeuses.

Les essais expérimentaux de L. U. Gardner sur le cobaye ont montré que l'alumine était inoffensive chez les animaux normaux ou tuberculeux, à condition que l'inhalation ne soit ni trop intense, ni trop prolongée. Dans le cas contraire, si la quantité d'alumine absorbée est trop forte, on observe une tendance à l'extension des foyers tuberculeux mais sans destruction de tissus. La cicatrisation des lésions ne paraît pas retardée. Ces faits semblent explicables par un blocage du système réticulo-endothélial par l'alumine captée par les cellules.

En tous cas, la possibilité d'une certaine influence défavorable de l'alumine hydratée sur l'évolution de la tuberculose doit rendre prudent dans l'utilisation de l'alumine chez l'homme ; avant son emploi, un examen radiologique paraît nécessaire.

* * *

Le mécanisme de l'action neutralisante de l'alumine a fait l'objet de divers travaux récents.

Le processus fondamental de la formation d'un film d'hydrate d'alumine autour des particules siliceuses, a été confirmé. Denny, Robson et Irwin, avaient pensé trouver dans une couleur d'aniline, l'aurine, un réactif sûr de ce film protecteur. A pH 5,2, cette substance prend une teinte rouge cerise avec l'alumine hydratée et peut ainsi révéler le film d'adsorption qui recouvre les particules de quartz.

J'ai répété les essais des savants canadiens et ai obtenu (1941), dans certains cas, des résultats identiques. Par contre, dans des conditions en apparence semblables, les résultats ont été négatifs. Le processus doit donc être beaucoup moins simple qu'on ne l'a pensé et des conditions interviennent sur lesquelles on est mal renseigné.

Une conclusion identique ressort des essais de L. U. Gardner (1944), dans le tube à essai, l'aurine colore bien l'alumine amorphe gélatineuse, mais la coloration n'a pas réussi sur les coupes.

Ceci, à la vérité, constitue un point de détail ; le fait essentiel, l'effet protecteur du film d'alumine, demeure intact.

* * *

Pour obtenir un effet neutralisant, l'alumine doit accompagner la poussière nocive ; elle doit être donnée par inhalation. Les travaux expérimentaux de L. U. Gardner et de ses collaborateurs ont montré l'absence de toute action par ingestion ou injection sous-cutanée. Par injection intraveineuse, une légère action inhibitrice est observée. Par cette voie, l'alumine n'atteindrait pas la silice venue par inhalation dans les espaces alvéolaires. Les injections intratrachéales sont difficiles : la viscosité des solutions d'alumine empêche une bonne répartition dans le poumon. L'inhalation reste le seul mode effectif d'administration de l'alumine ; ici se pose le problème, techniquement complexe, de la préparation d'une alumine à la fois active et en particules assez fines pour demeurer en suspension d'une façon suffisamment durable.

* * *

Des tentatives de prévention de la silicose humaine par l'aluminium et l'alumine ont été jusqu'à présent réalisées dans trois séries d'essais.

Crombie, Blaisdell et Mac Pherson ont appliqué le traitement chez 34 silicotiques de Timmins (Ontario, Canada) : environ la moitié d'entre eux ont montré une atténuation des symptômes dyspnéiques subjectifs ; chez un tiers, il y a eu amélioration des tests respiratoires objectifs.

Des observations non encore publiées de Hannon signalées par L. U. Gardner, concernent un nombre élevé de travailleurs en matériaux réfractaires. Chez eux fut notée une disparition rapide des symptômes dans pratiquement presque tous les cas. Ces ouvriers respiraient une poussière très nocive constituée de particules de quartz, de tridymite et de cristobalite.

L. U. Gardner, Dworski, Delahant et G. W. Wright ont soigné pendant un temps assez long (jusqu'à dix mois) 7 silicotiques (5 mineurs de mines de fer et 2 de mines de plomb). Les 7 premiers présentaient des lésions discrètes ou déjà conglomérées. Ils furent traités par la poudre d'alu

minium métallique. Les résultats furent, dans l'ensemble, négatifs, sauf chez un seul sujet, silicotique au second degré, avec forme assez rapide, compliquée d'un ulcère de l'estomac. L'amendement remarquable de tous les symptômes permet de se demander s'il n'était pas dû à l'heureux effet de la poussière d'aluminium sur l'ulcère. Chez les 2 silicotiques de mines de plomb, l'alumine fut utilisée avec une atténuation nette des symptômes, en particulier de la fatigue et de la dyspnée. Les lésions pulmonaires restèrent stationnaires, mais sans rétrocession.

Tels sont les faits observés en Amérique pendant la période de la guerre. Ils sont encore trop peu nombreux pour permettre des conclusions formelles. On doit cependant retenir trois notions : l'administration d'aluminium métallique ou d'alumine hydratée s'est montrée inoffensive ; il y a eu atténuation fréquente des symptômes subjectifs, en particulier de la dyspnée et de la fatigabilité ; les lésions ont paru être radiologiquement arrêtées. Il semble permis de se rallier aux conclusions de L. U. Gardner, Dworski et Delahant. L'aluminium et l'alumine hydratée amorphe paraissent inhiber spécifiquement les réactions fibreuses à la silice ; leur administration semble prévenir la progression des lésions silicotiques.

L'inhalation paraît le seul mode effectif d'emploi, à raison de séances de quatre à trente minutes par jour environ. Bien entendu, un tel traitement doit se faire sous contrôle médical et ne jamais entraîner un ralentissement ou une suppression des mesures habituelles de contrôle des poussières.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

T. Belt et E. J. King, *Journ. Path. a. Bact.*, 1943, **55**, 69. — D. W. Crombie, J. L. Blaisdell et G. Mac Pherson, *Canadian medical Association Journal*, 1944, **50**, 318. — J. J. Denny, W. D. Robson et D. A. Irwin, *Canadian medical Association Journal*, 1937, **37**, 1 et 1939, **40**, 213. — L. U. Gardner, M. Dworski et H. B. Delahant, *Journal of industrial Hygiene*, 1944, **26**, 211. — J. W. J. Hannon, Communication personnelle à L. U. Gardner. — K. W. Jötten, *Zentr. f. Gewerbehygiene*, 1933, **10**, 173. — K. W. Jötten, *Reichsarbeit. bl.*, 1940, **20**, 252. — E. H. Kettle, *J. Path. a. Bact.*, 1932, **35**, 395. — King et Fuel, 1942, **21**, 74. — A. Policard et J. Rollet, *C. R. Soc. de Biologie*, 1939, **190**, 132. — A. Policard, *C. R. Soc. de Biologie*. — A. Policard, *La Presse médicale*, 24 septembre 1944, 1033.

LES HÉMATOMES SPONTANÉS INTRA-CÉRÉBRAUX

PAR MM.

J. GUILLAUME et R. JOINVILLE

(Paris)

Au cours de ces dernières années, nous avons observé et traité chirurgicalement un certain nombre d'hématomes intracérébraux, déterminant un syndrome grave d'hypertension intracranienne. Ces hématomes développés spontanément, à l'âge moyen de la vie, chez des sujets pour la plupart indemnes de toute tare cardio-vasculaire ou de lésion locale décelable, nous permettent, par des caractères évolutifs, sémiologiques et topographiques communs de voir en eux une variété intéressante à connaître des accidents vasculaires cérébraux justiciables d'un traitement neuro-chirurgical. Ce type anatomo-clinique est d'ailleurs à rapprocher de celui des hématomes consécutifs à certains accidents de cérébrosclérose ou à une tumeur latente, voisins par leurs caractères évolutifs et leur traitement chirurgical.

Ces faits viennent s'inscrire en confirmation d'observations de Lhermitte et de l'un de nous, de David, et d'une étude de Bagley. A la lumière de ces observations il nous paraît possible d'individualiser deux aspects cliniques de ces hématomes justiciables d'une intervention; l'un aigu à début brutal, l'autre rappelant le tableau d'une tumeur cérébrale à évolution rapide.

La forme aiguë débute par un ictus, sans être de façon générale précédé de prodromes. Après une phase d'améliorations portant parfois sur plusieurs jours, l'obnubilation intellectuelle, les céphalées, plus rarement les vomissements impriment au tableau clinique un caractère nouveau orientant vers le diagnostic de compression cérébrale que peut confirmer la constatation d'une stase papillaire. Chez la plupart des malades l'examen neurologique ne révélait rien, indépendamment d'une atteinte pyramidale unilatérale souvent discrète, mais par contre l'existence d'une hémianopsie latérale homonyme fut la note dominante, parfois solitaire du syndrome focal. Chez nos malades dont l'âge moyen variait de 40 à 55 ans, l'étiologie d'un tel accident ne put être précisée tant du point de vue clinique que sérologique. Il n'existait en effet aucune tare cardio-vasculaire, la tension artérielle était normale, ni dans les antécédents, ni aux diverses épreuves on ne pouvait mettre en évidence une fragilité vasculaire quelconque et les réactions sérologiques étaient négatives.

L'évolution progressive vers le coma fut interrompue entre le dixième et le quinzième jour par l'intervention chirurgicale qui permit l'ablation d'un hématome intracérébral siégeant, dans tous ces cas, dans la région temporo-occipitale, comme le faisait prévoir l'existence de l'hémianopsie latérale homonyme.

Telle est la forme schématique de cet hématome *intracérébral spontané* observé chez des gens d'âge moyen, et lorsque l'ictus vrai ne marque pas le début de l'affection, ce sont des manifestations variées, toujours à début brutal sous le type d'une céphalée localisée, d'un vertige, ou d'une hémianopsie latérale homonyme, qui ouvrent la scène. Après cette phase prodromique l'évolution se fait, identique à celle décrite précédemment, avec les mêmes caractères progressifs, et les manifestations d'hypertension intracranienne ne tardent pas à dominer le tableau clinique.

Du syndrome focal, l'hémianopsie a été encore le symptôme le plus constant, répondant à la localisation temporo-occipitale la plus fréquente. Cependant, chez une jeune fille de 15 ans, l'hématome était localisé à la région frontale, et chez une malade âgée de 36 ans il occupait un lobe cérébelleux.

La *forme pseudo-tumorale* n'a pas ce début aigu. Les manifestations cliniques qui attirent l'attention sont de deux ordres : tantôt il s'agit d'une hypertension intracranienne avec céphalées et vomissements, tantôt de troubles neurologiques ou ophtalmologiques réalisant un syndrome focal assez précis, c'est ainsi qu'une hémiparésie ou une hémianesthésie de type pariétal, plus rarement des troubles de la somatognosie dans les localisations droites ont été observés, mais plus fréquemment l'hémianopsie latérale homonyme est restée ici encore l'élément sémiologique majeur.

Le tableau clinique oriente vers le diagnostic de néo-formation intracranienne. L'évolution est en effet progressive, mais souvent elle est précipitée, aboutissant à l'obnubilation et au coma en dix à quinze jours. Les modifications du fond d'œil sont très inconstantes, comme dans la forme aiguë et chez ces malades l'enquête étiologique reste également négative dans la plupart des cas, aucune tare cardio-vasculaire n'étant décelable.

L'intervention nous a permis l'évacuation d'un hématome intracérébral, dont le siège le plus fréquent a été temporo-occipital. Chez une malade la lésion siégeant dans le cervelet déterminait des crises toniques réalisant un syndrome de décérébration ; dans un autre cas, l'hématome occupait un lobe préfrontal.

La constitution et l'évolution de l'hématome sont intéressantes à connaître. En effet, siégeant en plein parenchyme cérébral, la lésion refoule progressivement le tissu sain, mais sans dilacération. Très tôt commence la liquéfaction des caillots aboutissant peu à peu à la formation d'un kyste hématique limité par une zone de réaction gliale contenant un liquide jaunâtre riche en cellules pigmentaires. Au stade où nous avons opéré les malades, la lyse n'était généralement pas complète et dans la cavité subsistaient encore des caillots.

Dans un premier groupe d'hématomes, qui comprend la majorité de nos observations, la localisation est temporale et on ne trouve ni tumeur, ni malformation vasculaire. Il n'existe aucune affection cardio-vasculaire et les différentes épreuves ou réactions sérologiques sont négatives. Dans un cas cependant le vaisseau responsable fut retrouvé ; or, il s'agissait ici d'un hématome survenant plusieurs mois après une phlébite cérébrale corticale identifiée opératoirement. Craig et Adson admettent dans la genèse de ces hématomes la fréquence des ruptures veineuses et excluent de leurs cas l'extravasation sanguine. Dans le déterminisme de l'hémorragie interviendrait l'effort physique ou même intellectuel. On a pu également invoquer la chaleur, l'insolation et certaines intoxications. Des altérations vasculaires dues à un processus inflammatoires ou consécutives à un traumatisme passé inaperçu peuvent aboutir à la constitution d'un anévrysme. Certains auteurs admettent l'existence de malformations vasculaires congénitales, d'anévrysmes microscopiques, siégeant peut-être électivement en certaines zones cérébrales, ce qui rendrait compte du fait que l'hématome spontané s'observe chez des gens d'âge moyen et siège généralement dans la région temporale. Quoi qu'il en soit de son étiologie exacte, cette hémorragie diffère de l'hémorragie cérébrale classique, capsulaire ou para-capsulaire où l'artère lenticulo-striée est responsable.

Toutefois dans le cadre de l'hémorragie cérébrale classique certaines hémorragies n'entraînant pas de manifestations immédiatement fatales peuvent, par le caractère évolutif du tableau clinique qu'elles réalisent, s'identifier au type clinique que nous étudions et devenir justiciables d'une intervention chirurgicale. Il s'agit là d'un second type d'hématomes spontanés; celui survenant chez un cardio-vasculaire.

Dans un troisième ordre de faits, l'hématome n'est que la manifestation d'une tumeur. Il ne s'agit pas des hémorragies intratumorales bien connues mais d'hématomes sur la paroi desquels on découvre une lésion tumorale angiomateuse de dimension fort réduite, lésion qui fut responsable de l'hémorragie. Deux de nos observations répondent ainsi l'une à un petit hémangiome, l'autre à une étroite plage angiomateuse siégeant sur la paroi de l'hématome. Il est à remarquer que chez ces deux malades la localisation était frontale pour l'une, cérébelleuse pour l'autre.

Envisagées dans le cadre général des hémorragies cérébrales, les formes chirurgicales sont certainement rares, mais le fait qu'après intervention elles guérissent et permettent au malade de reprendre une activité normale leur confère une place prépondérante. « L'hémorragie cérébrale chirurgicale » constitue-t-elle une entité définie par des caractères cliniques précis et par la nature de la lésion ? Nous ne le pensons pas, en l'état actuel de nos connaissances. Il est certain que bon nombre d'hématomes intracérébraux consécutifs à un accident vasculaire n'acquièrent pas un volume suffisant à entraîner des accidents compressifs et que leur résorption permet une guérison spontanée. Dans d'autres cas l'hémorragie est massive, les accidents rapidement mortels ne laissent pas place à cette phase intercalaire de rémission apparente qui correspond à la constitution de l'hématome et précède la période de compression encéphalique; l'action chirurgicale est impossible. Enfin, lorsque la lésion vasculaire engendre l'infarcissement hémorragique du parenchyme, c'est encore, au stade actuel de nos possibilités chirurgicales, une forme sur laquelle nous ne pensons pas pouvoir directement agir. Nous arrivons ainsi à bien isoler le type d'hématome intracérébral spontané succédant à un ictus parfois très bref, plus rarement à des manifestations neurologiques, lésion siégeant dans la région temporale, qui détermine après une période de rémission s'étendant parfois sur plusieurs jours, un syndrome d'hypertension intracranienne d'intensité croissante et dont la note topographique constante est l'hémianopsie latérale homonyme. S'il survient chez un sujet d'âge moyen sans tare cardio-vasculaire, sans lésion locale décelable, il s'agit d'un type nosologique d'accident vasculaire qui mérite d'être isolé.

Lorsqu'il apparaît chez un hypertendu, c'est une forme curable d'hémorragie cérébrale que l'on doit bien connaître.

Enfin, l'hématome spontané, de siège variable, consécutif à une tumeur angiomateuse profonde, s'identifie par son évolution à la forme apoplectique de certaines néo-formations tumorales.

L'indication opératoire diffère quelque peu suivant chaque type étiologique. Pour l'hématome temporal survenant chez un sujet sans tare cardio-

vasculaire les manifestations d'hypertension intra-cranienne imposent l'intervention entre le dixième et le quinzième jour, comme nous l'avons constaté chez nos malades. C'est le stade opératoire idéal où la lyse hématique est déjà importante et où une nouvelle hémorragie n'est plus à craindre.

Dans cette forme clinique, nous ne voyons pas de contre-indication à formuler.

Il n'en va pas de même chez un cardio-vasculaire où le bilan d'un examen médical rigoureux doit être favorable et où de toute manière ses éléments fixeront le pronostic ultérieur. Le chiffre élevé de la tension artérielle importe moins que le taux de l'urée sanguine et surtout que l'existence d'une neuro-rétinite brightique. L'examen ophtalmologique révélant un œdème avec hémorragie et exsudats rend le pronostic opératoire très sombre et même si les suites opératoires sont favorables, la guérison ne peut être de longue durée. Dans ce cas, on peut voir dans ces éléments, chez un sujet ayant dépassé la cinquantaine les facteurs d'abstention chirurgicale.

Le diagnostic topographique étant établi par l'existence d'une hémianopsie latérale homonyme, on abordera l'hématome temporal soit par un volet ostéoplastique, soit par un simple orifice de trépanation légèrement agrandi à la pince, proportionnant ainsi l'importance de l'acte opératoire à l'état du sujet. Après ouverture de la dure-mère, le cerveau apparaît tendu; les circonvolutions sus-jacentes à l'hématome sont dilatées, souvent ecchymotiques. Une incision corticale par électro-coagulation, conduit sur la lésion. L'hématome est évacué progressivement et l'hémostase rigoureusement assurée après exploration minutieuse de la paroi rendue toujours facile si un volet ostéoplastique a pu être pratiqué. Les autres variétés topographiques que la ventriculographie a permis de localiser sont abordées comme une tumeur par volet ostéoplastique. L'hématome, situé en plein parenchyme, occupant nous l'avons vu: soit un lobe frontal, soit la plus grande partie du cervelet, n'est identifié qu'à l'opération. Après évacuation du liquide hématique et des caillots, l'exploration méthodique de la paroi nous a permis de découvrir une petite tumeur angiomateuse de volume très réduit et de l'extirper.

Cette étude schématique est basée sur l'observation de 14 malades que nous avons opérés au cours de ces quatre dernières années. Dans 11 cas, il s'agissait d'hématomes temporaux ou pariéto-temporo-occipitaux. Nous avons eu 2 décès. Nous pensons qu'il faut avant tout bien dégager le type clinique d'hématome spontané temporal, pour lequel l'intervention chirurgicale est particulièrement efficiente.

(*Travail du Centre neuro-chirurgical de la Salpêtrière. Institut de neuro-biologie.* [Professeurs: G. Guillain et H. Mondon.])

BIBLIOGRAPHIE

Ch. Bagley : Spontaneous cerebral hemorrage. Discussion of four types with surgical considerations. *Arch. of neur. and psychiatry*, 1932, **27**, 1133. — Lhermitte, Guillaume et Delthil : Sur le traitement chirurgical de l'hémorragie cérébrale. *Rev. neur.*, 1941, **73**, 262. — Lhermitte et Guillaume : Le traitement chirurgical de certaines hémorragies cérébrales. *La Presse Médicale*, 22 Octobre 1941. — David, Arondel et Charbonnel : Hémorragie intra-cérébrale non traumatique guérie chirurgicalement. *Rev. neur.*, 1941, **73**, 465. — Guillaume et Sigwald : Hypertension intra-cranienne aiguë par hématome intra-cérébelleux. *Rev. neur.*, 1943, **75**, 246. — David et Hécaen : Nouvelle contribution à l'étude clinique et thérapeutique des hématomes spontanés intra-cérébraux. *La Presse Médicale*, 7 Juillet 1945, 371. — Guillaume et Joinville : Dix nouveaux cas d'hématomes intra-cérébraux opérés. *Rev. neur.*, 1944, **76**, 261. — R. Joinville : Les hématomes spontanés intra-cérébraux. *Thèse de Paris*, 1945.

UNE LEUCOSE FRÉQUENTE :

LA LYMPHOBLASTOSE SUBAIGUË

PAR MM.

P. CAZAL et L. BERTRAND

(Montpellier)

La conception classique de la leucémie aiguë — telle que l'ont décrite Ebstein (1889), Fraenkel (1895), Gilbert et Emile-Weil (1899), Boudet (1910) — comporte un tableau clinique caractéristique complet: angine ulcéro-nécrotique, atteinte des organes hémopoïétiques, accompagnée d'hémorragies diverses, au cours d'un syndrome infectieux grave et hautement fébrile; il se combine à la multiplication dans le sang circulant de cellules souches indifférenciées qui donne à la maladie une allure typique et rapidement mortelle.

Par analogie avec les leucoses chroniques et à l'aide de nuances cliniques et hématologiques, de nombreux auteurs (Pappenheim, Hirschfeld, Naegeli, Sabrazès, Fiessinger) distinguent bientôt une leucémie aiguë lymphoïde et une leucémie aiguë myéloïde, cette dernière étant pour eux l'éventualité la plus fréquente.

L'accord est actuellement fait pour un remaniement nosologique de l'ancienne leucémie aiguë en tenant compte de ses caractères atypiques: tableau clinique tronqué, évolution plus lente, et formule aleucémique. Par contre, certains auteurs, en France et à l'étranger, continuent à refuser la discrimination de leucoses aiguës à cellules-souches myéloblastiques ou lymphoblastiques; à cet égard l'avis de l'école de Debré a été récemment renouvelé par Lamy (1944): « Le leucoblaste n'est pas, contrairement à une affirmation complaisamment répétée, une cellule-souche, jeune, indifférenciée, qui se trouve à la tête d'une lignée myéloïde, lymphoïde ou éventuellement monocytaire. C'est un élément pathologique qui ne peut être en aucune manière considéré comme une cellule originaire dont dérivent les éléments normaux. » Nous ne contestons pas le caractère souvent pathologique des leucoblastes, mais nous pensons qu'il ne devait pas être impossible de les rattacher aux différentes lignées. C'est pourquoi, intrigués par cette longue querelle, nous avons repris l'étude systématique des cellules-souches des leucoses aiguës par leur formule peroxydasique, selon la *Tohoku pediatric method* (Sato, Sekiya et Suzuki): elle nous a permis de différencier avec précision les myéloblastes et les lymphoblastes. Transposant ces notions sur le plan clinique, nous avons fait les constatations majeures suivantes: les myéloblastoses ont l'aspect classique d'une aleucie hémorragique d'évolution aiguë, les lymphoblastoses prennent le masque d'une anémie aplastique, plus rarement d'une agranulocytose pure, et ont le plus souvent une évolution subaiguë. Nous cherchons même à asseoir cette distinction sur une base anatomique en appliquant aux leucoblastoses les données d'Ogata sur les leucoses chroniques.

Nous avons observé au cours des années 1942, 1943 et 1944 20 cas de leucoblastose qui ont été systématiquement étudiés par les mêmes méthodes: ponctions d'organes et réaction des peroxydases. A la suite de ce travail nous avons la conviction que la notion de leucémie aiguë doit céder le pas à celle de myéloblastose et de lymphoblastose. Mais surtout nous pensons montrer que la lymphoblastose subaiguë en est la forme actuelle et fréquente.

Sur 20 leucoblastoses, 11 sont des lymphoblastoses. Parmi ces dernières, 6 étaient franchement subaiguës, 2 étaient aiguës; quant aux 3 autres, nous n'avons pu les suivre suffisamment. Sur les 6 lymphoblastoses subaiguës, 5 étaient aleucémiques ou leucopéniques. De l'exposé brutal de ces chiffres, il ressort que la forme la plus fréquemment rencontrée est la lymphoblastose subaiguë aleucémique.

*
* *

L'allure clinique est très particulière: l'atypie symptomatique et l'évolution subaiguë sont les constatations essentielles qui permettent son individualisation.

L'atteinte de l'état général est lente et à bas bruit; l'apyrexie est de règle bien que parfois entrecoupée d'ondes fébriles discrètes; au total le syndrome infectieux est inexistant ou minime, tout au moins pendant longtemps. Les manifestations ulcéro-nécrotiques sont loin d'être constantes (deux fois sur six) et encore sont-elles éphémères puisqu'elles marquent le début clinique de la maladie et disparaissent sans jamais se reproduire tout au cours de la lente évolution. Enfin le syndrome hémorragique est absent ou peu marqué: deux fois une éruption purpurique fugace sans modifications de la crase sanguine.

Une évolution lente — entre quatre et dix-huit mois — par poussées entrecoupées de rémissions spontanées parfois trompeuses est bien le caractère le plus évocateur. Elle s'oppose franchement à celle des myéloblastoses qui ont toutes, comme nous l'avons observé dans 9 cas, cette marche aiguë, typique, d'une seule tenue. Cependant la période terminale peut être marquée par une poussée nettement aiguë. Il semble qu'une évolution aussi lente doive favoriser l'hypertrophie des organes hémopoïétiques, seul signe qui puisse subsister de l'ancienne leucémie aiguë; il est cependant inconstant puisque nous ne le trouvons que dans la moitié des cas.

En présence d'une telle discordance avec le tableau classique, quels sont *les signes cliniques* qui caractérisent la lymphoblastose subaiguë?

Il en est un qui domine tous les autres, c'est l'apparition d'une pâleur, d'une asthénie et d'un cortège de signes subjectifs qui accompagnent toute anémie, mais celle-ci est progressive et rebelle à toute thérapeutique: une anémie essentielle d'apparence aplastique, tel est le masque que prend toujours la lymphoblastose subaiguë. Elle s'accompagne parfois de petites ondes fébriles; nous avons dit la possibilité d'une angine ulcéreuse transitoire initiale.

A cette constatation de base se joignent parfois des *signes de localisation* qui, lorsqu'ils existent, sont un élément de grande présomption clinique car ils marquent l'atteinte des organes hémopoïétiques: douleurs ostéo-articulaires spontanées ou provoquées, hypertrophie plus ou moins importante de la rate et du foie, adénopathies à localisation variable mais souvent généralisées. Enfin, assez spéciales aux lymphoblastoses, quoique rares et d'apparition secondaire, sont les manifestations cutanées: nodules rouge violacé ou gris ardoisé qui se révèlent constitués par des infiltrats leucoblastiques (un cas).

Pareil tableau clinique est rarement complet. Si l'anémie est constante, les diverses localisations peuvent être isolées ou dominantes, modifiant complètement les données diagnostiques. Il est donc opportun de décrire les *formes cliniques*.

La plus fréquente et la plus trompeuse est, sans conteste, la forme médullaire pure puisque nous l'avons rencontrée trois fois sur six. Parfois au cours d'une anémie aplastique fébrile cryptogénétique, sans hypertrophie hépato-splénique ni ganglionnaire, la ponction de moelle osseuse révèle le caractère leucosique de l'affection. Il va de soi qu'avant la pratique systématique de cet examen de très nombreuses leucoses cryptiques ont été méconnues. Fréquemment des douleurs ostéo-articulaires accompagnent ou même précèdent l'anémie fébrile qui prend alors le masque d'une polyarthrite infectieuse: une telle association symptomatique qui ne fait pas sa preuve doit toujours faire penser à une leucoblastose subaiguë pseudo-rhumatismale; nous en avons observé 2 cas. Enfin rarement il existe des lésions radiologiques du squelette à type de condensation, mais surtout de décalcification: aspect pseudo-myélomateux des os longs, du crâne et du bassin (1 cas).

L'hypertrophie du couple hépato-splénique constitue une éventualité symptomatique particulière elle va généralement de pair pour les deux organes la rate plus volumineuse que le foie: le tableau est celui d'une anémie splénique. Dans un cas, un énorme foie sans hypertrophie cliniquement déce lable de la rate s'associait à d'importantes adéno pathies.

La forme ganglionnaire pure correspond à l « lymphadénose » subaiguë, et peut donner l change avec une adénolymphoïdite bénigne; ell est en général associée à l'atteinte du foie et d la rate.

Quoi qu'il en soit de ces déterminations, l tableau clinique peut se compléter au cours d l'évolution. Il convient cependant de rappeler l forme médullaire, la plus commune, qui se pré

ente comme une anémie grave sans signe de régénération et rebelle à tout traitement. C'est alors que l'examen hématologique prend toute sa valeur.

* * *

Avec les quelques caractères cliniques précédemment énumérés, l'individualisation de la lymphoblastose subaiguë repose essentiellement sur les *données hématologiques* et, parmi celles-ci, sur la caractérisation précise des cellules-souches.

En effet, la *distinction entre myéloblastoses et lymphoblastoses* nécessite un critère sûr et commode pour différencier cellules-souches myéloblastiques et lymphoblastiques. Certains auteurs nient on existence et ne reconnaissent dans les leucémies aiguës que des leucoblastes n'appartenant à aucune lignée. D'autres proposent le contexte hématologique, la formule nucléolaire, les données les colorations vitales: ce sont là des procédés l'interprétation délicate ou de réalisation difficile. L'un de nous a préconisé, à la suite de Naegeli, le Lambin et Leto, de Kimura, *la réaction des peroxydases* qui, réalisée selon le procédé de Sato, Sekiya et Suzuki, est de réussite constante et d'interprétation facile. Bien entendu le critère des peroxydases a, lui aussi, été discuté. Une chose est cependant sûre: les cellules-souches de certaines leucoblastoses sont riches en peroxydases, dans d'autres cas elles n'en ont pas. Comme les éléments les lignées granuleuse et lymphoïde normales ont également des réactions peroxydasiques opposées, il est légitime d'étiqueter myéloblastoses les premières et lymphoblastoses les secondes, d'autant que d'autres arguments confirment cette manière de voir.

Les *cellules-souches des lymphoblastoses* sont soit les lymphoblastes normaux, soit des lymphoblastes pathologiques (paralymphoblastes de Naegeli), à noyau souvent polylobé ou riederiforme, soit enfin les cellules intermédiaires entre le lymphoblaste et le lymphocyte (prolymphocytes). L'existence de ces dernières, souvent en grand nombre, montre l'absence d'un « hiatus lymphocytique », contrairement à ce que l'on observe dans les myéloblastoses.

L'hémogramme des lymphoblastoses présente, sauf dans les formes cryptiques, quelques modifications. L'anémie est fréquente et souvent accentuée, comme dans toutes les leucémies aiguës. Le taux des leucocytes peut être augmenté (formes leucémiques), mais le plus souvent normal (formes aleucémiques) ou diminué (formes leucopéniques). Mais les données les plus intéressantes sont fournies par le pourcentage leucocytaire. Les cellules lymphoïdes sont toujours plus nombreuses que normalement, soit qu'il existe une lymphoblastémie sanguine franche, soit plutôt qu'on observe une lymphocytose avec lymphoblastémie discrète. C'est cette dernière éventualité que nous avons rencontrée le plus souvent. Enfin, dernière particularité en apparence paradoxale, des myélocytes, en nombre toujours modéré, peuvent passer dans le sang (4 cas sur 6) probablement parce que délogés de la moelle osseuse.

Les *ponctions d'organes* (moelle osseuse, rate et foie, ganglions) extériorisent la prolifération lymphoblastique qui, dans les formes patentes ou les formes cryptiques, envahit soit la rate et le foie, soit la moelle osseuse, soit les trois simultanément. Dans le foie et la moelle osseuse, qui ne contiennent normalement pas de lymphoblastes, cette prolifération est facile à reconnaître, l'anomalie étant d'ordre qualitatif. Au contraire dans la rate et les ganglions, qui sont des organes lymphoïdes, il ne faut s'attendre à trouver que des modifications quantitatives, moins faciles à apprécier. Une particularité nous a souvent frappés lors du prélèvement médullaire: au cours de ponctions cependant correctes, le trocard est ballant et l'on ne retire qu'un suc très pauvre en cellules; il faut alors recommencer la ponction. Nous pensons expliquer ce fait par l'existence d'îlots aplasiques au sein du tissu hyperplasié.

Parfois les ponctions d'organes mettent en évidence une hyperplasie réticulo-histiocytaire toujours moins importante que l'hyperplasie lymphoblastique.

Ainsi, pratiquement, le diagnostic hématologique de lymphoblastose se fait:

Sur un hémogramme qui montre une lymphocytose franche avec cellules-souches et parfois quelques myélocytes ;

Avec plus de certitude sur des frottis d'organes, surtout de moelle osseuse, où l'on voit une prolifération uniforme de cellules-souches dépourvues de peroxydases.

Au cours de l'évolution, on peut observer des variations dans l'aspect hémographique, en général dues à des poussées lymphoblastiques. Dans un cas cependant c'est la myélocytose qui subit des modifications: d'abord intense au début, elle s'atténua par la suite. Quoi qu'il en soit, ces modifications évolutives ne changent pas l'aspect hématologique général.

* * *

Les quelques *notions anatomiques*, encore bien imprécises, que nous avons pu recueillir, confirment également l'individualisation des lymphoblastoses. On connaît en effet la systématisation de Ogata, basée sur l'étude des leucoses chroniques, différenciant les tissus à potentialités myéloïdes (tissus myéloïdes et paramyéloïdes) et les tissus à potentialités lymphoïdes (tissus lymphoïdes et paralymphoïdes). Il faut s'attendre à ce que le processus prolifératif d'une lymphoblastose siège dans les tissus paralymphoïdes et non dans les paramyéloïdes. Pour cela, un bon organe-test est le foie qui contient des éléments paramyéloïdes (cellules de Kupffer) et des éléments paralymphoïdes (capsule de Glisson, espaces portes).

Nous n'avons pu examiner les viscères que dans 3 cas, étudiés par la réaction des peroxydases: 2 myéloblastoses, 1 lymphoblastose. Dans les deux premiers, la prolifération de cellules-souches se faisait aussi bien dans les sinusoïdes que dans les espaces portes; dans le troisième elle était rigoureusement cantonnée à ces derniers et à la capsule de Glisson. Il y a donc concordance entre les données de l'histologie et de la réaction des peroxydases.

* * *

Ainsi s'individualise dans le groupe des leucoblastoses une entité nosologique nette, caractérisée essentiellement par son évolution lente, accompagnée d'une anémie intense, et déterminée par la prolifération de leucoblastes à réaction des peroxydases négative: la lymphoblastose subaiguë dont la forme aleucémique est la plus fréquente.

BIBLIOGRAPHIE

On trouvera les références bibliographiques sur ce sujet dans les publications suivantes :

L. Bertrand : Les leucoblastoses aleucémiques; étude nosologique. *Thèse Montpellier*, 1944. — P. Cazal : Classification des cellules souches des leucémies aiguës. *Le sang* 1944. La lymphoblastose subaiguë et ses formes cliniques *Le Sang*, 1943. — P. Cazal et L. Bertrand : La myélocytémie des leucoblastoses (à paraître dans *Le Sang*).

MOUVEMENT THÉRAPEUTIQUE

LE CURARE
COMME AGENT THÉRAPEUTIQUE

Le curare a, comme on sait, été employé de longue date par certains indigènes de l'Amérique du Sud pour conférer à l'extrémité de leurs flèches une très forte toxicité. C'est une résine provenant de diverses Logoniacées de la Guyane et de l'Amérique centrale. Cette résine, quand elle est introduite dans l'organisme animal par la voie sous-cutanée ou intraveineuse, produit une paralysie motrice généralisée, tout en respectant la sensibilité. Le sujet atteint est frappé d'immobilité et, si la dose est suffisante, meurt par arrêt de la respiration. Ces curieuses propriétés du curare ont, comme il est bien connu, été l'objet de nombreuses recherches des physiologistes au premier rang desquels Claude Bernard. Celui-ci a montré que le trouble causé par le curare est caractérisé par l'absence de transmission de l'excitation du nerf au muscle.

On discute encore sur le mode exact de cette action et pour Lapicque le curare n'est un poison ni du nerf, ni des terminaisons nerveuses, mais un poison musculaire, augmentant considérablement la chronaxie musculaire pendant toutes les phases de l'intoxication.

Quoi qu'il en soit, considéré comme un poison redoutable, le curare est jusqu'à ces dernières années resté cantonné dans les laboratoires de physiologie et de pharmacodynamie. L'idée d'utiliser en thérapeutique les propriétés paralysantes du curare paraît avoir été envisagée il y a environ une dizaine d'années comme moyen de lutter contre la terrible contracture du tétanos, mais ces essais n'ont pas retenu l'attention et ne paraissent pas avoir été poursuivis. En 1940, Bennett (de Nebraska) eut recours au curare pour atténuer l'intensité des contractions musculaires de la crise épileptique produite par la convulsivothérapie en psychiatrie. Les résultats obtenus furent assez satisfaisants pour que cette pratique soit, paraît-il, maintenant en usage aux Etats-Unis, dans un certain nombre d'hôpitaux psychiatriques. Ces recherches ont ouvert la voie à une autre utilisation qui, encore en Amérique et maintenant en Angleterre, paraît en voie de développement important. C'est l'emploi du curare au cours des anesthésies pour obtenir une résolution musculaire parfaite, rapidement, et sans grosses doses d'anesthésique, résolution musculaire dont on sait toute l'importance au cours des opérations abdominales.

Griffith et Johnson (de Montréal), après quelques essais, reconnurent en effet qu'on pouvait facilement, au cours des opérations abdominales, obtenir un relâchement musculaire complet par une dose appropriée de curare et éviter ainsi le recours à une anesthésie générale profonde. La mise en vente d'un curare purifié spécial a permis déjà à la méthode de se généraliser et, en Angleterre, cette pratique a été mise en œuvre par des anesthésistes de Londres, d'Oxford, de Liverpool, etc. Dans un des derniers numéros du *Lancet* a paru un article de Griffith auquel nous empruntons quelques détails.

Le curare employé dans tous ces essais est un produit purifié préparé comme spécialité par une firme des Etats-Unis (Squibb) et qui permet un dosage précis se prêtant à l'utilisation qu'on en fait. Le curare ordinaire employé par les indigènes de l'Amérique et dans les laboratoires est, on le sait bien, un produit très impur dont l'activité peut varier beaucoup suivant les échantillons. Le produit utilisé par les anesthésistes anglo-saxons et qui a reçu le nom d'Intocostrin est un curare purifié contenant 20 mg. de substance active par centicube. Certains anesthésistes, Cullen, Knight, Baird utilisent maintenant de façon systématique le curare dans toutes leurs opérations abdominales, par injections intraveineuses répétées de 40 à 60 mg. Griffith ne recourt au curare que quand, au cours d'une intervention, besoin est d'obtenir un relâchement musculaire plus marqué. L'injection de curare qui peut être faite à tout moment de l'intervention est alors de 60 à 100 mg. L'expérience de Griffith porte sur 500 interventions qui représentent 38 pour 100 de ses opérations abdominales. C'est dans la règle au cours d'anesthésies par le cyclopropane que Griffith a eu recours au curare et il estime que les deux produits se complètent parfaitement. Mais on peut très bien recourir au curare au cours d'anesthésie par l'éther; la quantité de curare doit être alors réduite : 20 à 40 mg. D'autres anesthésiques peuvent également être employés (éthylène [Griffith], penthotal [Hudon]).

Le curare a encore été utilisé avec de très bons résultats pour faciliter la bronchoscopie chez des sujets très fortement musclés, mais il ne saurait être employé sans anesthésie aux doses usuelles chez un sujet conscient, la sensation éprouvée étant trop pénible.

Le curare purifié est très rapidement éliminé de l'organisme et aux doses indiquées son emploi paraît sans danger. Injecté dans la veine il produit son effet en trente secondes; celui-ci persiste pendan

cinq à dix minutes. En vingt minutes environ tout est effacé. Toutefois, au cours de l'action produite, on peut voir survenir des troubles de la respiration qui peut devenir superficielle et même cesser. Ceci est dû à l'action paralysante de la drogue sur les muscles accessoires de la respiration et, si la situation se prolonge, sur le diaphragme. Ces accidents, qui n'ont jamais eu aucune suite, appellent la mise en œuvre immédiate de la respiration artificielle qui a toujours rétabli les choses en ordre. Eventuellement, on peut recourir à la prostigmine qui est physiologiquement antagoniste du curare. Griffith n'a jamais eu besoin de l'utiliser.

Mallinson recommande avant l'anesthésie l'injection de morphine-scopolamine pour éviter salivation et troubles respiratoires; il emploie des doses de curare analogues (60 mg. et si besoin, nouvelle dose de 40 au cours de l'opération). Mallinson a habituellement utilisé le curare au cours d'anesthésies par le penthotal. Il se déclare très satisfait de cette combinaison avec laquelle il a obtenu un relâchement musculaire aussi bon qu'avec une rachianesthésie et insiste aussi sur l'innocuité du curare ainsi employé.

Certains auteurs américains enhardis par les résultats obtenus n'ont pas hésité à se livrer à une véritable expérimentation sur l'homme. C'est ainsi que Whitacre a injecté par voie intraveineuse et en une fois 200 mg. Il en est résulté une inconscience soudaine, un relâchement musculaire complet et une apnée. Moyennant la mise en œuvre de la respiration artificielle avec oxygénation la pression, le pouls et la circulation demeurèrent sans changement, mais inconscience et relâchement persistèrent. En répétant l'injection on a pu procéder à une opération comme la prostatectomie sans autre anesthésique. Ceci appelle d'autres recherches au point de vue physiologique, mais, disent les auteurs qui utilisent le curare, apporte au point de vue clinique une notion « très rassurante ».

Néanmoins, après cette forte « curarisation », le patient a présenté du broncho-spasme, de l'hypersécrétion bronchique et quelques autres effets fâcheux, sans suites graves heureusement.

Quels que soient les heureux résultats obtenus jusqu'à présent avec des doses raisonnables, les médecins qui ont recours au curare (et c'est la conclusion d'un des auteurs que j'analyse) ne doivent pas oublier que le curare reste malgré tout un poison qui, mal employé, est capable de produire la mort par paralysie respiratoire. Aucun fait de ce genre ne paraît avoir été enregistré jusqu'à présent, mais la prudence reste indispensable, et tout anesthésiste qui emploie le curare doit être en mesure de recourir immédiatement en cas d'alerte à la respiration artificielle et à la prostigmine.

Le curare trouvera-t-il d'autres applications thérapeutiques? Il est possible, et tout récemment a paru un travail de N. Ransohoff sur l'emploi du curare dans la poliomyélite. Il ne s'agit là que d'un essai réalisé chez 4 enfants atteints de poliomyélite et qui, comme on le voit quelquefois, présentaient à côté de paralysie des phénomènes de contracture sur certains groupes musculaires. Ceux-ci ont été très favorablement influencés par quelques injections de curare. Il ne s'agit donc encore que d'essais préliminaires.

Cet ensemble de travaux fait incontestablement entrer le curare dans le domaine thérapeutique. C'est un nouvel et remarquable exemple de l'utilisation grâce à une posologie appropriée des propriétés d'un produit végétal seulement connu jusqu'alors par l'action de haute toxicité qu'il exerce à doses élevées.

Ph. Pagniez.

BIBLIOGRAPHIE

Griffith : Curare as an aid to the Anesthesist. *The Lancet*, 21 Juillet 1945, 72. — Mallinson : Curare in Anesthesia. *The Lancet*, 21 Juillet 1945, 75. — Curare in Anesthesia. *The Lancet*, 21 Juillet 1945, 81. — Cullen : Curare in Anesthesia. *Surgery*, Juillet 1945, 45. — N. Ransohoff : Curare in the acute stage of Poliomyelitis. *Journ. Amer. med. Assoc.*, 8 Septembre 1945, 129. — Zunz : *Eléments de Pharmacodynamie spéciale*, **1**, 282.

SOCIÉTÉS DE PARIS

ACADÉMIE DES SCIENCES

3 Janvier 1945.

Présence générale du rubidium chez les animaux. — MM. **G. Bertrand** et D. Bertrand ont démontré, il y a quelques mois, que la présence du rubidium est constante dans les espèces végétales. Cette teneur est relativement élevée, car elle atteint, en général, plusieurs centigrammes par kilogramme de matière sèche.

Il ressort de nouvelles recherches que le rubidium est aussi généralement répandu dans les espèces animales que dans les espèces végétales et qu'il doit être compris désormais parmi les éléments constants de la matière vivante.

8 Janvier.

Nouveau dispositif permettant le rétablissement de la vision normale sans accroissement dimensionnel des images rétiniennes dans la compensation de l'aphakie résultant de l'opération uni- ou bilatérale de la cataracte. — M. **L. Lumière**. Lorsque la compensation de l'aphakie est obtenue en plaçant les verres nécessaires en amont de l'œil à la manière ordinaire, l'accroissement corrélatif de la troisième dimension des images perçues par la rétine provoque une sorte de vertige auquel il est fort difficile de s'habituer.

L'auteur a pu réaliser une solution nouvelle satisfaisante du problème. Cette solution consiste à placer devant l'œil ou les yeux opérés une lentille de même puissance que le cristallin enlevé (+ 16 D), constituée par un verre plan sphérique de petite dimension (16 à 18 mm. de diamètre, de façon à réduire au minimum les aberrations et le poids du système), la face sphérique de cette lentille étant tournée en regard et disposée aussi près que possible de la cornée (2 mm.).

Il y a intérêt, d'ailleurs, à couper les cils au niveau du sommet de la lentille, leur frottement pouvant occasionner de la conjonctivite.

15 Janvier.

Sur les propriétés anthelminthiques de certains sels de métaux alcalins et alcalino-terreux. — M. **R. Deschiens** recherche expérimentalement, chez les Rhabditides et chez des oxyuridies de la souris et du lapin, l'action anthelminthique de certains sels de métaux alcalins et alcalino-terreux, en les administrant en solutions, par grands lavements, ou, *per os*, en pilules glutinisées libérant leur noyau à un niveau déterminé de l'intestin. Il ressort des expériences que les solutions de ClK, $ClNH^4$, Cl^2Ba, Cl^2Ca, BrK, IK, étant toxiques pour la souris aux concentrations actives sur les parasites, ne sauraient être retenues; il en est de même des solutions de CO^3NaH, bien que celles-ci soient moins toxiques. Les solutions de SO^4Na^2 et SO^4Mg sont inactives. La solution de ClNa à 45 pour 1.000 se révèle au contraire non toxique et anthelminthique; ce sel est utilisable chez la souris *per anum* sous forme de solution et chez le lapin *per os* sous forme de pilules glutinisées.

Les propriétés anthelminthiques des solutions étudiées ne correspondent pas uniquement aux concentrations moléculaires de celles-ci. Certains ions et en particulier l'anion Cl — semblent favorable à une action vermicide, alors que d'autres ions, comme SO^4 — —, paraissent défavorables.

22 Janvier.

Action de l'amide nicotinique sur les bacilles du genre Mycobacterium. — M. **V. Chorine** conclut de ces recherches : 1° l'amide nicotinique utilisé à des doses élevées possède une action curative très nette dans la lèpre murine et dans la tuberculose du cobaye, action de beaucoup plus efficace que celle de tous les médicaments expérimentés jusqu'à présent ; 2° cette action n'est pas due à l'activité vitaminique de la substance ; 3° l'action de l'amide nicotinique paraît être spécifique pour les bacilles du genre mycobacterium, qui contient les germes de la lèpre et de la tuberculose. Les propriétés curatives de l'amide nicotinique laissent croire que ce produit n'est qu'une des substances, actives contre la tuberculose et la lèpre, d'une série thérapeutique nouvelle, série contenant probablement des corps doués d'une activité plus grande encore.

12 Février.

Rôle de la thyroïde dans la genèse de la créatinurie thymiprive chez le cobaye. — M. **S. Comsa**. L'ablation soit de la thyroïde, soit de la thyroïde et du thymus, détermine un léger abaissement de la créatine urinaire chez le cobaye.

Cet abaissement est du même ordre chez le cobaye thyréoprive ou thymithyréoprive.

La forte augmentation de la créatinurie déterminée par l'ablation du thymus est supprimée par l'extirpation simultanée de la thyroïde. Tout se passe donc comme si le rôle de la thyroïde était essentiel dans la genèse de cette augmentation.

J. Couturat.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

30 Octobre 1945.

La lutte contre la diphtérie au moyen de la vaccination par l'anatoxine dans le Tarn-et-Garonne. — M. **G. Ramon** présente une note de M. **Guerriero** qui montre une fois de plus l'efficacité de l'anatoxine dans la lutte contre la maladie diphtérique ; à la fin de 1944, 87 pour 100 des enfants d'âge scolaire et 65 pour 100 des autres étaient vaccinés dans le Tarn-et-Garonne ; il y eut 200 cas de diphtérie en 1944 ; les enfants appartenant aux groupes d'âge ayant subi la vaccination ont été relativement peu frappés, tandis que les adultes dont la très grande majorité n'avaient pas été vaccinés ont payé un tribut proportionnellement beaucoup plus lourd ; il y a eu 6 fois plus de cas de diphtérie chez les enfants non vaccinés que chez les vaccinés ; la mortalité a été nulle chez les vaccinés alors qu'il y a eu 8 décès parmi 124 malades non vaccinés.

Le traitement des paralysies diphtériques par la chloroformisation et la sérothérapie. — M. **Debré** présente une note de MM. **Sarrouy, Combe** et **Salessy** qui proposent de traiter ces paralysies par une chloroformisation profonde (abolition du réflexe oculo-palpébral) et durable (au moins 45 minutes) au cours de laquelle ils injectent en une fois une dose importante de sérum ; cette injection est peut-être superflue puisqu'à la période de paralysie le sérum contient un taux élevé d'antitoxine ; en tous cas, il n'y a pas à craindre d'accidents sériques, l'anesthésie générale étant une excellente méthode pour les éviter.

Paludisme héréditaire et congénital ; paludisme du nourrisson au Cameroun. — M. **Pervès** a examiné 5 enfants mort-nés par accidents obstétricaux et trouvé dans 3 cas des schizontes nombreux de *Pl. falciparum* dans la rate, ou la moelle sternale et dans 1 cas des schizontes dans la rate avec des macrogamètes dans la moelle sternale, ce qui constitue la preuve définitive du paludisme héréditaire. Le paludisme congénital n'est pas rare : 10 pour 100 des enfants et 50 pour 100 des mères présentent du *Pl. falciparum* dans le sang du doigt ou du cordon au moment de la naissance. Le paludisme des premiers mois s'organise à partir du 3e mois pour *Pl. falciparum*, du 7e pour *Pl. vivax* ; ce dernier ne semble transmissible que par vecteur, non par hérédition-congénitalité. L'auteur insiste sur l'importance primordiale du paludisme dans la dénatalité et la mortalité des nourrissons dont pratiquement 100 pour 100 sont impaludés avant la fin de la 2e année.

L'état confusionnel prémonitoire de l'accès maniaque. — M. **Barbé** rapporte l'observation d'une malade qui a présenté deux accès maniaques précédés par un état confusionnel ; elle sentait venir l'accès, perdait le souvenir de ce qui se passait au début de celui-ci et ne retrouvait sa lucidité que lorsque l'épisode maniaque était constitué ; après guérison, elle ne conservait aucun souvenir des événements survenus au début de l'accès mais se souvenait de ceux qui l'avaient précédé ou s'étaient produits au cours de celui-ci.

Election d'un membre titulaire dans la 4e section (Sciences biologiques). — M. **Hazard**, présenté en première ligne, est élu par 61 voix contre 2 à MM. Gastinel et Giroud et 1 à M. Vallois.

Lucien Rouquès.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

31 Octobre 1945.

A propos du procès-verbal. — M. **Dupont** (Mantes) communique trois observations personnelles d'occlusions traitées par dérivation interne.

A propos du traitement des fractures du col du fémur. — M. **Rouhier** insiste sur l'emploi parfois heureux de l'appareil de Ducroquet, chez des malades âgés.

L'évolution secondaire des plaies de l'abdomen. — M. **Arnulf**. M. **Moulonguet**, rapporteur. L'auteur envisage les suites des plaies viscérales et étudie principalement les cas mortels. La péritonite secondaire est fréquente et difficile à reconnaître : elle évolue lentement, sans symptômes frappants, peu de contracture, peu de fièvre, ou de vomissements. Mais deux signes sont notables : l'accélération du pouls et la dénutrition progressive. La fréquence des fistules intestinales post-opératoires est grande. La pénicillothérapie intrapéritonéale n'a pas semblé très active.

Deux cas d'extraction de projectiles intrapéricardiques. — M. **Ballivet** (Lyon). M. **Patel**, rapporteur. L'auteur apporte deux exemples de projectile intrapéricardique ayant déterminé un épanchement puis un épaississement du péricarde. Ainsi s'était constituée une sorte de péricardite constrictive. D'où l'intérêt d'opérer précocement tous les cas de projectiles intrapéricardiques.

Ostéomyélites apyrétiques de la hanche. — MM. **Fèvre** et **Bernard Duhamel** insistent sur le fait que les infections du nourrisson peuvent être apyrétiques. Ils en citent des exemples à la hanche, où l'ostéomyélite se compliquait de luxations graves du fémur. La radiothérapie employée dans ces cas méconnus a eu des effets presque désastreux, par stérilisation des cartilages de conjugaison.

Sténose traumatique de l'intestin grêle. — M. **Fontaine** et Mlle **Oswald** ont constaté chez un enfant qui avait subi un violent traumatisme de la fesse, l'existence incontestable d'une obstruction du grêle. L'intervention montre qu'il y avait, en effet, une sténose de la fin du grêle avec des séquelles de désinsertion mésentérique. Il s'agissait donc bien d'une complication du traumatisme, un temps confondue avec un mégadolichocôlon.

Pathologie de l'anévrysme cirsoïde. Rôle du glomus de Masson. — M. **Lombard** (Alger). M. **Moulonguet**, rapporteur. L'auteur explique l'apparition de l'anévrysme cirsoïde par l'hypertrophie du glomus de Masson.

— M. **Leriche** pense que l'hypothèse ne peut suffire à expliquer la production souvent constatée d'arborisations artérielles augmentées de calibre et de longueur.

Résultats éloignés d'une fistulogastrostomie. — M. **Murard** (Moulins) apporte un résultat vieux de deux ans. La proximité du trajet fistuleux et de la paroi gastrique avait permis une opération d'anastomose sans trop de difficultés. Le résultat est bon, sauf quelques régurgitations bilieuses et quelques accès fébriles.

Cyphose post-tétanique. — Résultat radiographique du traitement effectué heureusement par M. **Caby**. M. **Cadenat**, rapporteur.

Erratum.

Dans notre numéro du 21 Juillet 1945, page 400, fin de la 2e colonne, la communication sur la ***Dissociation du pouls et de la tension dans les oblitérations artérielles*** a été présentée par MM. **Ducastaing** et **Giacardy** (et non **Mattei**).

Jean Calvet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

26 Octobre 1945.

Ictère grave du nouveau-né guéri par des transfusions de sang Rh négatif. — MM. **A. Tzanck, L. Christiaens** et **M. Bessis**, relatent l'observation d'une famille dont 9 enfants sur 12 sont morts d'ictère grave du nouveau-né.

Le père et les enfants (qui ont survécu) sont du groupe Rhesus (Rh) positif, la mère du groupe Rh négatif ; elle possède dans son sérum des agglutinines anti-Rh'.

L'enfant prématuré, né de la 13e grossesse, a pu être sauvé par des transfusions de sang Rh négatif. L'ictère déjà présent a bientôt disparu ainsi que les érythroblastes. Au 10e jour, le sang était normal. L'enfant, maintenant âgé de 3 mois, est bien portant.

Ce fait confirme le rôle du facteur Rhesus dans la pathogénie de l'ictère grave du nouveau-né.

La dénudation de la veine s'impose d'ordinaire chez le nouveau-né pour la transfusion.

— M. **Cathala** ne comprend pas très bien la raison de l'efficacité de cette thérapeutique. En effet, les enfants ne meurent pas d'anémie.

— M. **Tzanck** doit revenir prochainement sur cette question.

Méningo-encéphalite après vaccination anti-amarile. — MM. **M. Kaplan** et **A. C. Gluck** rapportent l'observation d'une fillette qui, 11 jours après une vaccination anti-amarile par scarification d'un vaccin neurotrope provenant du cerveau de souris, a présenté un syndrome de méningo-encéphalite avec état subcomateux prolongé, crise convulsive, hypercytose rachidienne à mononucléaires. Après plusieurs jours où l'état fut très grave, la guérison complète survint brusquement. La filiation clinique entre la vaccination et les accidents encéphaloméningés ne paraît pas contestable. Un tel fait conduit les auteurs à préconiser la vaccination anti-amarile par virus de culture réactivé.

— M. **Mollaret** croit qu'il est indispensable de connaître la possibilité d'accidents de ce genre chez ces vaccinés. L'usage de la vaccination anti-amarile se répand en effet de plus en plus. On doit recommander aux patients de ne pas se faire vacciner dans les jours qui précèdent immédiatement le départ, les incidents survenant vers le 5e jour, sous forme de légère réaction fébrile avec un peu de céphalée, et vers le 11e jour, sous forme parfois de méningo-encéphalite. On a pu observer alors des crises d'épilepsie : les paralysies sont exceptionnelles ainsi que l'atteinte des nerfs craniens. L'évolution est habituellement bénigne et ces accidents ne doivent pas jeter le discrédit sur la vaccination anti-amarile.

— M. **Gaussel**, d'accord avec M. Mollaret, estime qu'on ne peut préciser encore si la vaccination avec le virus neurotrope est plus souvent suivie d'accidents que celle avec le virus de culture de tissus.

Maladie épidémique associant gingivo-stomatite et polymicro-adénopathies. — MM. **H. Gounelle** et **Z. Wajnerman** soulignent les caractéristiques d'une épidémie associant gingivo-stomatite et polymicro-adénopathies.

L'affection évolue pendant 2 ou 3 mois, une gingivite antérieure faisant place après 10 ou 20 jours à une stomatite ulcéro-membraneuse surtout localisée auprès des dernières molaires. Eosinophilie sanguine discrète.

L'association fuso-spirillaire a été toujours retrouvée. La biopsie ganglionnaire dénote une hyperplasie lymphoïde avec disparition des follicules, une congestion de type inflammatoire subaigu. S'agit-il de détermination primitives de l'association fuso-spirillaire ou celle-ci est-elle seulement secondaire ? La multiplicité des atteintes, la réaction ganglionnaire générale, l'évolution assez prolongée de l'affection ne cadrent pas avec les manifestations fuso-spirillaires classiques.

P.-L. Marie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

27 Octobre 1945.

Chancre d'auto-inoculation chez le lapin et l'allergie dans la syphilis. — M. **A. Vaisman** a eu l'occasion de constater des chancres d'auto-inoculation au niveau des pattes, à l'anus et aux paupières, chez des lapins infectés avec la souche Gand et porteurs des syphilômes ulcérés. Or, ce sont là des régions cutanées absolument réfractaires à toute tentative d'inoculation chez l'animal neuf, ou déjà infecté. L'explication plausible est que, au cours des périodes d'allergie, et grâce à la fréquence des réinoculations par le virus provenant des lésions ouvertes, le tréponème peut se fixer au niveau des tissus réputés tréponémophiles.

Isolement d'une souche française de « L. canicola ». — Mme **B. Kolochine-Erber** et M. **Collombier**. A partir du sang du cœur de cobayes inoculés avec l'urine d'un chien leptospirurique une souche française de *L. canicola* a été isolée. Elle est identique aux souches hollandaises classiques quant à la morphologie, aux conditions de culture, aux réactions sérologiques et au pouvoir immunisant. Elle est pathogène pour l'homme. C'est la première souche de cette espèce isolée en France ; elle a été classée sous le nom de *L. canicola*, souche C 7 chien chiffon.

Les effets de l'anoxie sur l'excitabilité nerveuse chez l'homme. — M. **J. Beyne**, Mme **Chauchard** et M. **P. Chauchard** montrent que l'allongement des chronaxies nerveuses sous l'effet de l'anoxie chez l'homme constitue un test précieux pour caractériser la sensibilité des divers sujets d'après le seuil de leur réaction (degré d'anoxie efficace, temps de latence ou temps de récupération). L'organisme présente une notable résistance à l'anoxie traduisant l'existence de réserves d'oxygène responsables du temps de latence de la réaction et dont la reconstitution est nécessaire pour le retour à la normale (temps de récupération).

Aminothiazol et thyroxine. Recherches chronaximétriques. — M. **P. Chauchard** confirme que malgré son action propre nerveuse dépressive, l'aminothiazol ne s'oppose pas à l'action nerveuse excitante de la thyroxine ; son antagonisme ne siège donc pas sur l'effecteur.

Fortes surcharges en vitamine D 2 chez des tuberculeux pulmonaires. Hypercalcémie sérique. — MM. **H. Gounelle, A. Vallette** et **M. Bachet**. En étudiant chez des tuberculeux pulmonaires incurables l'action de doses massives de vitamine D 2 associées à un apport médicamenteux calcique important, nous avons constaté avec régularité une hypercalcémie sérique notable entre 120 et 130 *mg.* pour 1.000, après surcharges de 24 à 40 millions d'U. I.

La voie buccale est mal tolérée : anorexie, constipation, vomissements, etc., mais la voie intramusculaire ne détermine pas de tels troubles.

En tout cas une tendance à la densification ou au nettoyage de certaines lésions locales incite malgré tout à persévérer.

Etude des propriétés bronchodilatatrices de diverses aralcoylamines synthétiques. — MM. **R. Tiffeneau** et **M. Beauvallet**. L'épreuve du bronchospasme asphyxique du cobaye a été utilisée pour étudier les propriétés bronchodilatatrices d'une vingtaine d'aralcoylamines synthétiques non phénoliques, monophénoliques et diphénoliques. C'est la structure des aminoalcools diphénoliques qui est le plus favorable pour l'apparition des propriétés bronchodilatatrices.

Remarques sur la recherche de l'acide phénylpyruvique dans l'urine. — MM. **P. Desgrez** et **F. Delbarre**. La présence d'acide phénylpyruvique dans l'urine est un fait pathologique qui n'a été prouvé que dans les très rares cas décrits d'une affection individualisée par Fölling en 1934 et dénommée « oligophrénie phénylpyruvique ». L'élimination urinaire d'acide phénylpyruvique étant le stigmate essentiel de cette affection, on comprend qu'on se soit attaché à préciser les méthodes de détection du métabolisme anormal dans les urines et les humeurs.

La réaction classique décrite par Fölling est basée sur le fait que l'addition de perchlorure de fer à 5 pour 100 à 10 cm^3 *d'urines* détermine une coloration vert émeraude. Les auteurs pensent que la réaction est plus nette et plus sensible lorsqu'on emploie le perchlorure de fer en solution à 50 pour 100 et préconisent une autre méthode de détection basée sur l'utilisation d'une solution saturée d'alun de fer ammoniacal. La coloration verte obtenue est plus nette et plus stable que lorsqu'on emploie le perchlorure de fer.

Technique d'anesthésie limite entretenue au chloralose. — MM. **R. Grandpierre, J. Guilhem, D. Santenoise, E. Starikoff** et **L. Thiéblot**. L'emploi comme anesthésique en expérimentation du chloralose administré suivant la technique classique entraîne des perturbations importantes de diverses fonctions organiques et principalement dans l'activité fonctionnelle des centres respiratoires. Les auteurs ont cherché à opérer dans des conditions techniques permettant d'obtenir une anesthésie stable. A partir d'un moment précis de l'anesthésie, ils perfusent d'une manière continue une solution concentrée de chloralose dont le débit correspond à 1/180 *cm.* de la dose initiale par minute et obtiennent ainsi pendant plusieurs heures une stabilité remarquable du seuil d'hyperventilation par inhalation de CO^2, des temps de sommation du réflexe d'apnée par excitation du bout central du pneumogastrique, du CO^2 total et du *pu* sanguin.

Election. — M. **Caussé** est élu membre titulaire.

A. Escalier.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET D'HYGIÈNE DU TRAVAIL

28 Mai 1945.

Recherches sur l'oxycarbonisme chronique. — MM. **Duvoir, Truffert** et **Dérobert** ont dépisté en un an plus de 500 cas d'oxycarbonisme chronique. Les chauffeurs de voiture à gazogène paraissent les plus atteints par cette intoxication qui présente incontestablement pour eux tous les caractères d'une maladie professionnelle.

Les examens hématologiques n'ont pas d'intérêt ; par contre, l'extraction et l'analyse des gaz du sang donnent toute satisfaction. L'usage de l'appareil de Truffert exige un prélèvement de 30 cm^3 de sang, mais un micro-appareil à extraction a été créé. La micro-méthode d'analyse des gaz donne des résultats encourageants.

18 Juin.

Dosage de l'oxyde de carbone dans le sang des travailleurs exposés à l'inhalation de faibles quantités de ce gaz. — MM. **Barthe, Paris** et **Delsol** ont étudié l'oxycarbonisme chez les ouvriers des usines à gaz exposés actuellement à une intoxication, du fait de l'usure du matériel qui n'est plus absolument étanche.

En l'absence de signes cliniques, ils ont trouvé des taux anormalement élevés d'oxyde de carbone dans le sang. L'importance de l'analyse des gaz du sang se trouve augmentée du fait de la quasi impossibilité dans les usines de mesurer la nuisance oxycarbonée de l'atmosphère sur les lieux du travail.

— M. **Truffert**. Le chiffre de 0 cm^3 60 pour 100 considéré comme normal par les auteurs est nettement supérieur à celui de 0 cm^3 40 établi par Duvoir et lui-même. La différence tient probablement au fait que les déterminations ont été effectuées par la méthode de Nicloux qui donne des résultats très forts. Il serait intéressant de préciser le temps écoulé entre le moment de la dernière exposition et celui de la prise de sang pour savoir s'il s'agit vraiment d'oxycarbonisme chronique ; pour en être certain, il faudrait pratiquer l'examen une semaine après que l'ouvrier ait cessé d'être exposé au CO.

Asthme et laine de verre. — M. **Tara** présente une observation d'asthme typique avec éosinophilie dont l'apparition a coïncidé avec le travail dans la poussière de verre. Il se demande si la poussière n'a pas provoqué l'asthme.

— M. **Dérobert** n'a jamais observé d'asthme chez les ouvriers manipulant la laine de verre. Les injections intratrachéales à des chiens n'ont pas provoqué de réaction alvéolaires.

La vitesse de la circulation sanguine et la tension veineuse au cours de la silicose pulmonaire. — MM. **Roche** et **Ode** ont observé parfois chez des silicotiques une augmentation du temps de la circulation veineuse du poumon et une légère augmentation de la tension veineuse, sans qu'il y ait parallélisme entre ces altérations et l'importance des lésions radiologiques. Ils pensent que ces épreuves traduisaient avant tout une atteinte discrète du cœur à propos d'une ingestion de trichloréthylène.

A propos d'une ingestion de trichloréthylène. — M. **Matruchot** rapporte l'observation d'un homme qui avala par erreur une petite quantité de trichloréthylène. 7 heures après, il devint somnolent, puis perdit connaissance et resta plusieurs jours dans le coma. La guérison fut complète.

— M. **Perrault** rappelle que 2 cas d'ingestion ont été publiés qui ont entraîné de l'ictère grave.

— M. **Kohn-Abrest** s'élève également contre l'idée que le trichloréthylène puisse être considéré comme inoffensif.

Henri Desoille.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE EXOTIQUE

11 Juillet 1945.

Pouvoir pathogène des corps homogènes, formes de résistance des agents étiologiques de la fièvre fluviale du Japon ou du typhus des broussailles. — M. **P. Giroud** montre que les corps homogènes, formes de résistance des rickettsies, sont peu pathogènes par eux-mêmes mais peuvent provoquer une culture dans un milieu approprié et ainsi permettre la conservation du virus. Deux souches sont étudiées, une souche de fièvre fluviale du Japon et une souche de typhus des broussailles. Les souris inoculées (voie péritonéale) présentent une maladie grave, l'exsudat péritonéal contient des rickettsies extra-cellulaires ou intra-cellulaires : les formes intra-cellulaires sont fuchsino-négatives à l'inverse des rickettsies des typhus épidémique, murin, boutonneux ou pourpré. Le virus provoque une réaction cutanée locale chez le lapin et peut pénétrer le tissu. L'évolution du virus des rickettsies aux corps homogènes puis des corps homogènes aux rickettsies est réalisée.

La dysenterie bacillaire à la Martinique. — M. **X. Soubigou** rapporte que la dysenterie bacillaire qui était rare à la Martinique avant 1942 tend à devenir assez commune à l'occasion de la mise à terre de certains équipages et du travail du sol à la saison des pluies.

Une épidémie de dengue à la Martinique. — M. **X. Soubigou** décrit une épidémie de dengue qui s'est déclarée en 1942 sur un fond d'endémicité et qui est rattachée à la présence de nombreux sujets réceptifs, une pluviométrie considérable et des travaux dans le bassin de radoub ayant facilité la pullulation des stégomyas.

A propos de la funiculite tropicale. — M. **X. Soubigou** décèle l'existence de funiculites aiguës où la filaire du Bancroft intervient en agissant sur le canal déférent.

Note sur la recherche microscopique, dans le sang, des hémoparasites et des bactéries. — M. **H. Vincent** décrit une technique utilisant le fait que

affinité des colorants pour les globules rouges est due, leur fixation, non sur le protoplasme mais sur l'hémoglobine elle-même ; il dissout au préalable l'hémoglobine t ne laisse comme éléments colorables et visibles que les encorytes et les parasites ainsi que les bactéries ; le sang rais étalé est lentement desséché à la température du aboratoire ou à l'étuve à 37° ; on verse alors un solvant acide phénique : 5 pour 100 (6 cm^3), eau saturée de NaCl : 30 cm^3, glycérine pure : 30 cm^3], on égoutte, on lave, on fixe par la chaleur et on traite par un colorant approprié.

L'activité anthelminthique des dérivés de l'éthylène-diamine. — M. **R. Deschiens** montre qu'un certain nombre de dérivés de l'éthylène-diamine possèdent des propriétés anthelminthiques, ils ne sauraient être utilisés, du moins en l'état actuel de la question, en raison de leur faible coefficient chimio-thérapeutique, 1/2 à 1/3, et de la faible marge de sécurité qu'ils présentent de ce fait.

Notes biologiques sur l' « Aedes detritus Hal ». — M. **E. Roubaud.**

R. DESCHIENS.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DES HOPITAUX LIBRES

3 Septembre 1945.

Signification des dosages de la cholinestérase en clinique. — M. **Herschberg**, après avoir rapidement rappelé le rôle physiologique de la cholinestérase, met en relief diverses erreurs dans l'interprétation clinique des dosages de cet enzyme. La cholinestérase est fortement abaissée dans les globules lors des anémies et dans le sérum au cours des affections du parenchyme hépatique. Elle est également peu active dans la toxémie gravidique, alors que son activité est excessive dans l'asthme, etc.

Le dosage de la cholinestérase peut servir en clinique d'élément de pronostic et guider la conduite de certains traitements. Les variations du taux cholinestérasique donnent l'explication pathogénique d'un certain nombre de syndromes. L'auteur indique les grandes possibilités ouvertes par l'étude de cet enzyme.

Sur deux cas de tétanos « post abortum ». — MM. **Ficheux** et **Desmot** rapportent 2 cas d'infection tétanique *post abortum*, dont l'un terminé par la mort. Dans les 2 cas, les malades avaient introduit des « queues de persil » dans la cavité utérine. L'origine tellurique du bacille de Nicolaïer est ici indiscutable. Le traitement a consisté, après le curettage, en sérothérapie intense, anatoxine, anesthésies de courte durée. Les auteurs déconseillent l'hystérectomie.

3 Octobre.

Syndrome adiposo-génital post-traumatique. — M. **J.-A. Huet** présente l'observation d'une jeune malade qui, après un traumatisme du crâne, avec fracture des clinoïdes postérieures, développa un syndrome adiposo-génital typique et un diabète insipide grave. En même temps, l'enfant présentait une hémianopsie des deux yeux. Une radiothérapie bien conduite de la région, suivie de la diathermie hypophysaire, réduisit la polyurie de 12 à 3 litres et développa les organes génitaux du patient. Après un an, il y eut une légère rechute des troubles endocriniens, qu'une nouvelle série de diathermie associée à l'ionisation iodée trans-cérébro-médullaire arriva à juguler.

Sur quelques observations d'infection diffusante aiguë du tissu cellulo-adipeux. — M. **R. Montant.** Les deux premiers cas concernent des piqûres sous-cutanées de substances huileuses. Les deux autres se rapportent à des résections larges de tissu cellulo-graisseux. Les 4 malades présentaient d'ailleurs des signes de mauvais état général. L'infection diffusa très rapidement et donna lieu à d'énormes plages de tissu nécrotique, avec atteinte profonde de l'état général. La destruction semble s'arrêter aux aponévroses sous-cutanées. On évite les antiseptiques, qui semblent accroître la suppuration. Lavages au sérum chaud. Petites transfusions et sulfamidothérapie locale. La pénicilline semble trouver dans ces affections une indication toute particulière.

Conséquences thérapeutiques des dosages de la cholinestérase. — M. **A. D. Herschberg** montre, comme suite à sa précédente communication, quelques cas où la connaissance de la cholinestérase a permis de tirer des conséquences thérapeutiques.

1° Cholinestérase et intolérance médicamenteuse : l'enzyme est fortement inhibé lors des accidents novarsénobenzoliques. Ces accidents sont d'autant plus fréquents que le taux initial de la cholinestérase est bas chez le malade. Le dosage préalable au traitement par le 914 semble indiqué.

2° Synergie entre la morphine et l'acétylcholine : la morphine inhibe la cholinestérase et favorise l'action de l'acétylcholine. Inversement, les effets de la morphine sont accrus par la prostigmine. L'association de morphine et de prostigmine permet de diminuer les doses d'alcaloïde et d'éviter ou de retarder l'accoutumance.

3° Cholinestérase et états de besoin médicamenteux : le besoin semble apparaître chez le toxicomane dès que le taux cholinestérasique remonte vers la normale. On a avantage à l'inhiber par la prostigmine. Cette manœuvre permettrait de pratiquer des cures de désintoxication.

Remarques à propos du fonctionnement d'un poste de secours chirurgical pendant le siège de Brest (11 Août-26 Septembre 1944). — M. **E. Mauviel.**

A. D. HERSCHBERG.

SOCIÉTÉS DE PROVINCE

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

21 Juin 1945.

Paralysie radiale, ténoplastie des extenseurs. — M. **J. Poinot.** Femme de 37 ans, blessée en Février 1943 d'une rafale de mitraillette. Plaie du bras gauche avec section du nerf radial. Echec de la suture par suppuration. Revue en Novembre 1943 avec paralysie radiale typique ; opération de Massart par ténoplastie des extenseurs avec le grand palmaire et le cubital antérieur. Plâtre 20 jours, mobilisation prudente. Très bon résultat maintenu au bout de 8 mois.

Une lobectomie difficile. — M. **Laumonier.** Observation d'un ingénieur russe de 38 ans, malade depuis 1938 qui a fait successivement une pleurésie purulente droite et un abcès du poumon droit opérés, un abcès du poumon gauche guéri médicalement, et qui se présente en 1941 avec une expectoration de 500 cm^3 par 24 heures, des hémoptysies impressionnantes, un mauvais état général. Il existe une suppuration chronique de la base droite avec deux gros lacs péribronchiques se projetant dans la gouttière costo-vertébrale. Malgré sa répugnance pour cette opération, l'auteur se propose de faire une cunéo-résection enlevant ces deux foyers superficiels. A l'intervention, la possibilité, malgré la réaction pleurale et les interventions antérieures, de trouver un plan de clivage, fait adopter la lobectomie. Après libération pénible des 2/3 de la surface du lobe inférieur, les deux abcès péribronchiques sont ouverts au cours du décollement ; des sulfamides sont répandus abondamment et des mèches sont tassées autour du lobe à moitié collabé ; la plaie est laissée totalement ouverte. Huit jours après le reste du lobe se décolle en quelques minutes. Pédicule épais et œdémateux sur lequel on doit mettre des pinces à demeure. Guérison de remarquable qualité et fermeture spontanée de la fistule bronchique au bout d'un an et demi.

J. POINOT.

COMITÉ MÉDICAL DES BOUCHES-DU-RHONE

15 Juin 1945.

Intoxication par l'alcool méthylique. — MM. **Y. Poursines** et **G. Farnanier.**

L'épreuve à l'adrénaline dans les hypertensions. Serait-elle un test des hypertensions d'origine rénale ? — MM. **D. Olmer, J. Olmer, J. Guérin** et **E. Abignoli.**

Ostéite syphilitique du crâne (présentation de la malade guérie). — MM. **R. Poinso, M. Recordier** et **Panzani.**

Polyarthrite hémophilique (présentation de malade). — MM. **R. Poinso, Panzani** et **Mlle Vidal.**

Traitement des brûlures par l'association tanin sulfamide-violet de gentiane-vert brillant. — M. **J. Guérin.**

Données sur les tumeurs temporales. — MM. **J. Paillas** et **J. Besson.**

J. BOUDOURESQUES.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE CLERMONT-FERRAND

28 Juin 1945.

Intoxication par le sulfate de benzédrine. — MM. **J. Warter** et **R. Kahn** décrivent les symptômes résultant de l'ingestion, dans un but de suicide, de 145 *mg.* de sulfate de benzédrine. Signes essentiels : Angoisse, sécheresse de la bouche, polypnée (40 mouvements respiratoires à la minute), tachycardie (160 pulsations à la minute), diminution des réflexes tendineux, leucocytose de 19.500 avec 81 pour 100 de polynucléaires neutrophiles. Rétrocession presque instantanée de la dyspnée, de l'angoisse et de la tachycardie, grâce à l'injection intraveineuse de 10 cm^3 de novocaïne à 1 pour 100. Guérison.

Sur le traitement des traumatismes craniens récents. — M. **J.-A. Barre** (Strasbourg) attire à nouveau l'attention sur les dangers que comportent, en cas de traumatisme cranien récent : 1° le transport mal suspendu des blessés ; 2° la trépanation d'emblée très fréquemment pratiquée encore et sans discussion préalable chirurgico-neurologique ; 3° l'injection « réflexe » de sérum antitétanique, même quand le risque d'inoculation de spores ne peut être logiquement envisagé. Se basant sur un nouvel exemple, il montre la série de fautes commises dans le traitement d'un blessé qui luxueusement entouré succomba pourtant alors que laissé au simple repos complet, il avait toutes les chances de guérison.

Flutter (deux pour un) suivi pendant 14 ans. — M. **R. Boucomont** (Royat). Observation d'un flutter auriculaire à deux pour un, au rythme de 260 pour les oreillettes et 130 pour les ventricules. Parfaitement toléré sans aucun trouble fonctionnel et compatible avec une activité physique importante. Malade étudié par le Prof. Vaquez en 1929. Tracé électrocardiographique pris à la Pitié. Tracé identique 14 ans après, sans modification des complexes, en 1943, au cours d'une cure thermale à Royat.

Deux nouveaux cas de lithiase urinaire à cystine. — M. **H. Paillard** et **Mme M.-H. Paillard-Varin** rapportent deux nouveaux cas personnels de lithiase à cystine, ce qui porte à six le nombre de leurs observations originales. Ils insistent à nouveau sur l'opacité aux rayons X des calculs de cystine pure et en apportent la démonstration *in vivo* et *in vitro*. Cette question, apparemment controversée, est donc résolue.

Sur un cas d'érection anormale. — M. **P. Lecoq** a observé un jeune homme de 20 ans qui ne pouvait avoir d'érection en position normale, mais la verge dirigée en bas et légèrement à gauche. Cette anomalie était due à une hypertrophie considérable du muscle de Houston. La section de celui-ci et la désinsertion d'avec le centre du périné associée à une plicature du ligament suspenseur de la verge ont amené la guérison.

— Le Prof. **J.-A. Barre** se fait l'interprète de la Faculté de Strasbourg pour remercier la Société des Sciences de Clermont-Ferrand de l'hospitalité qui a été offerte aux médecins de Strasbourg, pendant les années d'exil, pour exposer leurs travaux, dans une atmosphère de travail et de cordialité.

— Le Prof. **H. Paillard**, assure, au nom de la Société, que c'est Clermont-Ferrand qui doit surtout remercier les maîtres de la grande Université Strasbourgeoise d'avoir agrandi l'activité scientifique de leur groupement et de lui avoir apporté des enseignements précieux ; il les assure de leur amical et reconnaissant souvenir.

GERMAIN PETIT.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

11 Juillet 1945.

Invagination intestinale causée par une tumeur bénigne du diverticule de Meckel. — MM. **P. Florentin, Grumillier** et **Berna.** Jeune fille de 21 ans, présente un syndrome de subocclusion avec émission de sang. Volumineux empâtement de la région, sous-ombilicale et sous-costale droites. A l'intervention, bloc d'invagination iléo-cæco-colique remontant jusqu'à l'angle sous-hépatique. Dévagination pénible, le boyau comprend 14 *cm.* de côlon et 50 *cm.* de grêle. Il existe une tumeur occupant la lumière du grêle et siégeant à 50 *cm.* de l'angle iléo-cæcal, c'est une tumeur sessile, grosse comme une noix (résection). Histologie : épithélium cylindrique, glandes de type fundique, bouquet de glandes acineuses de type pylorique. Implantation sur une paroi normale. Il s'agit d'une dysembryoplasie d'origine meckelienne.

Questions à l'ordre du jour en oto-rhino-laryngologie cancéreuse. — M. **R. Grimaud.** Tout le monde s'accorde aujourd'hui à reconnaître l'extrême rareté des tumeurs primitives des régions latérales du cou, mais la lésion cancéreuse qui engendre des adénopathies cervicales secondaires est quelquefois très difficile à mettre en évidence. Dans le domaine oto-rhino-laryngologique, les cancers de la région tubaire sont d'un dépistage précoce particulièrement ardu, l'auteur insiste sur l'importance toute spéciale de la radiographie en pareil cas. Au point de vue thérapeutique, les agents physiques ont supplanté le traitement chirurgical dans le traitement des cancers de la langue et du pharynx. La chirurgie, comme l'a déjà signalé Ducuing, garde par contre un avantage incontesté, toutes les fois qu'il est possible d'y recourir dans le cancer du larynx et le traitement des adénopathies. Les évidements ganglionnaires du cou sont d'une pratique de plus en plus courante.

Le cancer à Nancy en 1944. — M. **P. Florentin.** 271 cas de mortalité par cancer sur un chiffre global de 2.310 décès, soit 11,7 pour 100 (1943, 18 pour 100). La répartition donne : tube digestif, 36 pour 100 (56 pour 100) ; col utérin, 4,8 pour 100 (10,4 pour 100) ; sein, 5,9 pour 100 (5,9 pour 100) ; O.-R.-L., 12,5 pour 100 (3 pour 100) ; pulmonaire, 8,1 pour 100 (2,3 pour 100) ; prostatique, 5 pour 100 (2,7 pour 100). L'indice cancérologique passe de 122 (1940) à 279 (1944).

Groupes sanguins et cancer. — MM. **P. Florentin** et **P. Henry.** Etude faite sur 258 cas. La répartition donne : I, 4,2 (N : 4) ; II, 48,2 (44) ; III, 6,9 (12) ; IV, 40,7 (40).

Il semble seulement y avoir une légère cancéro-résistance du groupe IV. Les auteurs pensent qu'il ne faut voir aucun lien entre le cancer et les groupes d'isohémo-agglutination.

La radiothérapie de contact en cancérologie (premiers résultats). — M. **P. Jacob** expose les résultats du traitement d'une centaine de cas de cancers, à l'exclusion des cas purement dermatologiques. Après avoir rappelé les indications de choix de cette méthode, l'auteur insiste sur une contre-indication méconnue, les cancers infectés. Il étudie ensuite avec détails l'application du traitement aux cancers étendus en surface nécessitant plusieurs champs. A ce sujet, il distingue deux variétés de cancers : les cancers bourgeonnants et les cancers térébrants. Quand plusieurs champs sont nécessaires, les cancers bourgeonnants sont beaucoup plus faciles à traiter et donnent de meilleurs résultats que les cancers térébrants.

Enfin, l'auteur examine le cas des cancers non extériorisés, c'est-à-dire recouverts au moins d'une couche de peau saine. A ce sujet, l'auteur fonde des espoirs sur les méthodes radio-chirurgicales suivant des techniques inspirées de Chaoul. Mais il n'a pas encore d'expérience personnelle sur techniques. La contact-thérapie est une méthode donnant des résultats extrêmement rapides et élégants. Mais ces indications sont limitées et la contact-thérapie ne doit pas supplanter les autres méthodes, mais s'y intégrer. Elle apparaît comme le prolongement naturel de la radiothérapie classique.

Monstruosité hypertrophique des doigts (présentation de clichés). — MM. **Abel** et **J. Simonin.**

Un cas de tumeur de Brenner de l'ovaire. — MM. **P. Florentin, Limasset** et **Berna.**

R. HERBEUVAL.

PETITES CLINIQUES DE "LA PRESSE MÉDICALE"

N° 683.

Sur un cas de tremblement d'attitude

PAR MM.
ANDRÉ-THOMAS et AJURIAGUERRA.

La présence de signes organiques frustes, mais incontestables, mentionnés dans quelques observations de tremblement dits d'attitude — bien qu'il ne paraisse pas exister entre eux et le tremblement une relation immédiate — laisse supposer l'existence d'une lésion ou d'une perturbation sévère des centres nerveux.

Ce malade, âgé de 41 ans, est venu consulter pour un tremblement du membre supérieur droit qui se manifeste dans un grand nombre de circonstances par exemple pour saisir un objet, pour prendre le verre et le porter à la bouche, pour écrire, à l'occasion de l'épreuve classique qui consiste à porter le doigt au nez. Cependant, en d'autres occurences qui au premier abord paraissent éminemment propices à son apparition, le tremblement fait défaut, par exemple quand il se rase avec un rasoir mécanique : il prétend que la résistance des plans profonds ou l'appui que l'instrument prend sur la région qui doit être rasée s'oppose au tremblement, il ne se sent gêné et moins sûr qu'au moment où le rasoir se porte très loin en arrière sur la joue gauche. Dans l'épreuve des bras tendus en avant, le tremblement est insignifiant, on se trouve plutôt en présence d'une instabilité assez irrégulière. Il tremble pour enfiler une aiguille, pour se moucher, pour faire un pied de nez ou le salut militaire, pour rouler la cigarette, pour chatouiller l'oreille, pour se peigner, pour émietter un morceau de pain. Il tremble quand il joue aux cartes, mais pas quand il joue au billard.

Le tremblement est si prononcé quand il veut écrire de la main droite qu'il y a renoncé ; il fait défaut pour saisir le porte-plume, pour l'amener jusqu'au papier, mais dès que la plume prend contact avec le papier, les trémulations apparaissent et deviennent incoercibles. Pourtant si le porte-plume dans la main on lui fait poser la pointe sur le papier, tandis que l'on tire la feuille, des éventualités diverses se produisent, ou bien le trait obtenu est rectiligne, ou bien il est légèrement ondulé ou bien des oscillations apparaissent, mais on ne saurait garantir que dans les 3 cas la position de la main ou le degré de l'appui aient été absolument pareils (fig. 1).

Pour prendre le verre la main s'approche correctement, elle peut le saisir sans trembler tant que le verre n'a pas été levé ; mais dès que la main s'éloigne de la table le tremblement apparaît, une fois amorcé il ne peut être arrêté. Pour prendre une épingle ou un fin compas, les doigts se ferment brusquement deux ou trois fois par une secousse saccadée avant de réussir à les saisir.

De l'épreuve du doigt au nez plus minutieusement étudié se dégagent quelques constatations intéressantes. Pendant l'exécution du mouvement aucun tremblement, celui-ci débute lorsque le but est atteint ou même un peu avant qu'il ne soit atteint, la main s'arrêtant au préalable afin d'éviter une série de chocs sur la figure. Il se traduit par des oscillations d'amplitude et de vitesse croissantes. L'opposition est nette entre la trajectoire rectiligne du mouvement qui porte l'index vers le nez et la grande instabilité qui se déclenche à l'arrêt ; en réalité le déclenchement n'est pas alors immédiat et la première secousse survient une ou deux secondes après l'arrêt, rarement davantage. La volonté n'y peut rien, elle reste inopérante ; par contre l'index se déplace volontairement de droite à gauche et vice versa, devant le visage sans que la moindre irrégularité se produise. Le tremblement semble bien apparaître à l'occasion de l'attitude, est-ce bien l'attitude elle-même qui est le principal facteur, n'est-ce pas plutôt l'arrêt ? L'exécution préalable du mouvement n'est-pas une condition nécessaire ?

La vitesse du mouvement préalable a son importance ; celui-ci est-il trop impétueux, dépasse-t-il franchement le but ou en donne-t-il l'impression, le tremblement est plus rapidement réalisé. Le mouvement est-il exécuté avec une extrême lenteur, si lentement qu'il peut être considéré comme une série de poses successives, alors le tremblement reparaît comme cela a lieu chez les Parkinsoniens dans les mêmes conditions.

Si le mouvement est accompagné jusqu'à l'arrêt par la main de l'observateur, puis abandonné à ce moment précis, le tremblement peut faire complètement défaut. Le phénomène est encore plus net, si le membre supérieur, complètement relâché est amené dans la position du doigt au nez puis abandonné à lui-même.

Le tremblement ne se localise pas dans les articulations des doigts ou du poignet. Il suffit de saisir l'avant-bras au-dessus du poignet pour s'en rendre compte. Toutefois il importe que ce soit le doigt lui-même qui serve de viseur ; le malade est-il invité à amener la face antérieure ou la face dorsale du poignet en contact avec le nez, aucune trémulation ne se produit. Il importe semble-t-il pour que le tremblement soit déclenché, le doigt étant le viseur, que l'avant-bras manque d'une certaine fixité. La stabilité est davantage garantie lorsque l'avant-bras se trouve en pronation ou en supination extrême : au contraire le tremblement est facilité par la présentation du bord interne ou externe de l'avant-bras. Il est moindre si le membre est maintenu en adduction.

Le pouce est-il substitué à l'index, le tremblement est variable suivant sa position. L'instabilité n'est pas très intense lorsque le pied de nez est exécuté à deux mains, le pouce droit prenant contact sur le nez.

La position ou la nature du but à atteindre ne sont pas indifférentes. Si au moment où le doigt se porte sur le nez, on éloigne la tête en la rejetant en arrière, le tremblement fait défaut. Le résultat est le même, si les yeux sont fermés, si la tête est tournée à droite ou à gauche ou bien encore si la main de l'observateur est placée devant le visage.

Dans la position couchée, le membre droit placé au préalable en abduction, le doigt se porte au nez et s'y maintient sans trembler ; le résultat est semblable mais moins constant si le bras est fixé en adduction contre le corps. Fait assez remarquable, le tremblement est à peine ébauché lorsque les mains fléchies, les avant-bras à angle droit sur le bras, les doigts écartés de la main droite sont amenés et maintenus au contact des doigts de la main gauche.

Le tremblement est sujet à des variations dans le temps, il est en général plus marqué le matin que le soir.

Les épreuves classiques de la dysmétrie, du doigt à l'oreille, de la diadococinésie sont exécutées normalement, toutefois lorsque l'épreuve des marionnettes a été exécutée dans l'attitude habituelle (avant-bras fléchis) ce mouvement continue encore du côté droit, bien que le malade soit invité à l'arrêter, tandis que du côté gauche l'arrêt est immédiat. Le phénomène ne se produit pas si le mouvement est exécuté les bras pendants le long du corps.

Le début de cet état remonte loin ; il commença à trembler pour écrire à l'âge de 20 ans, quand il faisait son service militaire. Le tremblement s'est accentué et étendu à d'autres actes il y a une huitaine d'années ; il serait stationnaire depuis quatre ans. Il existe un certain degré d'asymétrie faciale d'ailleurs assez variable, caractérisée par une déviation de la commissure labiale du côté droit, par le clignement de l'œil quand il sourit, quand il tire la langue. Cette asymétrie n'a pas toujours existé, d'après l'examen des photographies elle remonterait à peu près à cinq ans, aucun tremblement de la langue ni des lèvres ; par intermittences un léger degré de dysarthrie.

La force est égale des deux côtés, l'extensibilité est un peu plus grande à droite pour les deux membres. Le ballant de la main droite et des doigts est moins ample et la résistance aux mouvements passifs y est plus marquée que du côté gauche. La différence à cet égard entre les deux côtés est moindre pour l'avant-bras et pour l'épaule : les réflexes (ostéotendineux, cutanés, abdominaux, crémastériens) sont égaux. L'extension du gros orteil est provoquée irrégulièrement à droite par l'excitation plantaire. L'occlusion énergique de la main gauche s'accompagne de celle de la main droite.

C'est un sujet impressionnable, émotif, irritable. Il se met facilement en colère et il pâlit. Le tremblement s'exagère à l'occasion d'une discussion ; il s'est surpris plusieurs fois à crisper les deux mains à l'occasion d'un vif contentement.

Liquide céphalo-rachidien normal, sauf les réactions de Pandy et de Weichbrodt qui sont positives.

Aucun autre cas de tremblement dans la famille (père, mère, trois frères et sœurs). Le père est mort jeune, asthmatique et très fortement éthylique. Leucoplasie jugale et commissurale.

On se trouve en présence d'un tremblement qui, morphologiquement et graphiquement, présente quelques-uns des caractères du tremblement de la sclérose en plaques et des affections cérébelleuses ; contrairement à ce qui a lieu chez de tels malades, le tremblement est plus statique que cinétique, il est plus fantaisiste, ne se comportant pas avec la permanence et la régularité des tremblements intentionnels causés par les lésions organiques.

Ses conditions d'apparition, de variabilité donnent tout d'abord l'impression d'un trouble névropathique. En analysant plus minutieusement ces conditions on trouve au fond de cet état bizarre quelques règles concernant l'influence de l'attitude, de la vitesse du mouvement préalable, de l'arrêt, de la position du but à atteindre, les différences du rôle joué par l'attitude volontaire et l'attitude communiquée, le renforcement par l'émotivité ou l'affectivité. C'est donc un trouble multiconditionné et complexe qui ne semble pas tout d'abord sous la dépendance d'un état organique et qui cependant n'a rien d'un phénomène suggestionné ou imaginatif.

Si on exclut tous les phénomènes neurologiques couramment observés dont la physiologie pathologique ne rencontre de la part de notre entendement que des difficultés relatives, par exemple : les paralysies, les atrophies musculaires, l'incoordination, l'asynergie, la dysmétrie, certaines modifications du tonus, les troubles de l'orientation et de l'équilibre, etc., il reste une série de symptômes, aussi bien d'ordre psychique que d'ordre moteur qui ne sont guère accessibles à notre compréhension ; dans le nombre, les syndromes qui résultent d'une lésion des noyaux gris centraux occupent une place importante, que ces syndromes soient la conséquence de la lésion initiale ou de ses répercussions sur d'autres centres.

Chez ce malade les stigmates de l'état organique sont rares mais ils ne sont pas négligeables ; ce sont l'hyperextensibilité des muscles du côté droit, l'asymétrie faciale, le réflexe cutané plantaire en extension, la réduction de la passivité du membre supérieur droit. Ce dernier symptôme doit être particulièrement retenu parce qu'il fait partie des syndromes pallidaux et en particulier du parkinsonisme. Comme dans cette dernière occurrence, le tremblement apparaît davantage à l'occasion d'une attitude que d'un mouvement, mais chez le parkinsonien le tremblement se produit aussi bien à l'occasion du repos que du maintien d'une attitude. Chez ce malade le tremblement est à la fois dynamique et statique. Il y a lieu de rappeler à ce propos qu'il est difficile d'admettre que le tonus des sujets atteints de rigidité pallidale ou parkinsonienne puisse être à l'état de repos complet comparable au tonus permanent des sujets normaux ; chez eux le tonus musculaire permanent est toujours au-dessus du tonus dit résiduel, en état d'activité ou en imminence d'activité.

La résistance à la mobilisation passive est ici très fruste, elle n'en indique pas moins une atteinte, nous dirions volontiers une touche des centres nerveux. L'hyperextensibilité en est une autre, d'un ordre différent ; on ne peut préciser dans quelle mesure ces deux signes objectifs sont physiologiquement liés au syndrome présenté par ce malade, il n'en reste pas moins intéressant de constater leur présence et de pouvoir affirmer qu'il existe des vestiges d'un état organique. La réduction du ballant est d'autre part comparable à celle qui se rencontre si fréquemment chez des sujets atteints de dystonie professionnelle (dystonie graphique ou crampe des écrivains, dystonie instrumentale) ; chez eux cette résistance des antagonistes s'y rencontre avec une telle fréquence qu'il est bien difficile de ne pas leur accorder quelque valeur.

Sous une forme aussi atténuée ce phénomène marque le début d'un grand nombre de syndromes pallidaux, il peut subsister comme reliquat de lésions localisées dans d'autres centres qui se trouvent il est vrai en relation avec les ganglions centraux. On peut espérer que le processus qui a évolué jusqu'ici à bas bruit ne précipitera ni son évolution ni sa généralisation, bien que jusqu'ici, des essais thérapeutiques d'ordres divers soient restés inefficaces ; le processus est plutôt d'ordre dégénératif que d'ordre inflammatoire. La résistance du ballant met en valeur l'exaltation permanente de la fonction antagoniste du tonus, de même que le tremblement représente l'exaltation de la même fonction à l'état dynamique.

CHRONIQUES

Prophylaxie collective du paludisme par les médicaments synthétiques

Une contribution importante à la connaissance du rôle joué par les produits de synthèse dans le traitement et la prophylaxie du paludisme vient d'être apportée par l'Institut Pasteur d'Algérie [1]. Il s'agit d'essais précis, poursuivis, selon une méthode qu'on pourrait dire mathématique, par L. Parrot, A. Catanei, E. Collignon et R. Ambialet. On se rappelle sans doute que la Commission du Paludisme de la Société des Nations avait établi en 1935 un plan commun d'expériences de traitement des malades et de prophylaxie médicamenteuse collective à effectuer sur le terrain. Ces expériences devaient être conduites en 1935-1936 dans les pays suivants présentant des conditions épidémiologiques différentes: Algérie, Italie, Etats Malais Fédérés, Roumanie et U.R.S.S. Les résultats en furent publiés dans un rapport général n° 4 paru en Décembre 1937 dans le *Bulletin de l'Organisation d'Hygiène de la S. D. N.*

En ce qui concerne l'Algérie, l'essai comparatif de prophylaxie collective avait porté principalement sur l'atébrine administrée chaque jour à la population entière d'une localité palustre et pendant toute la saison de transmission du paludisme, à raison de 5 *cg.* par jour pour les adultes et de 25 *mg.* à 5 *cg.* pour les enfants, suivant leur âge, conformément aux prescriptions mêmes des inventeurs du produit. Ces doses quotidiennes, tant en Algérie, qu'en Italie, en Roumanie et en U.R.S.S. se montrèrent insuffisantes.

De 1939 à 1943, l'Institut Pasteur d'Algérie a repris ces recherches. Elles ont eu pour but « de vérifier et de préciser autant que possible :

1° L'action curative ou palliative des médicaments antipaludiques de synthèse sur les réservoirs de virus paludéens, c'est-à-dire sur l'infection et sur les accidents morbides des individus déjà contaminés;

2° Leur action protectrice à l'égard des sujets indemnes, que celle-ci résulte directement de l'absorption des produits synthétiques par ces sujets mêmes, ou indirectement de la réduction des réservoirs de virus environnants;

3° La posologie et le rythme d'administration qui, inoffensifs pour les organismes, conviendraient le mieux aux conditions et circonstances locales et qui, par suite, pourraient être recommandés aux pouvoirs publics pour la défense des populations rurales de l'Algérie contre le paludisme ».

Suivant ce programme, Parrot et ses collaborateurs organisèrent quatre expériences dont trois furent consacrées à la quinacrine (atébrine) administrée à différentes doses: *a*) 30 *cg.* une fois par semaine (1939); *b*) et *c*) 20 *cg.* deux fois par semaine, en comparaison avec la quininisation quotidienne (1940 et 1941); une quatrième *d*) (1942-1943) consacrée au mélange appelé prémaline spéciale (S) (quinacrine + procquine) ou (atébrine + plasmoquine).

Dans un préambule intitulé « *critères d'efficacité de la prophylaxie* », les auteurs exposent la philosophie de l'expérimentation en matière paludéenne, et combien nombreux sont les facteurs dont il convient de tenir compte dans l'appréciation des résultats : « situation sociale ou économique, race, origine des individus à protéger, intensité de l'anophélisme local, « constitution » de l'année ». Il n'est pas indifférent au succès de la prophylaxie, qu'elle porte sur des individus convenablement nourris et logés ou sur de misérables hères, sur des Blancs ou sur des Noirs, des latins ou des anglo-saxons, qu'elle ait à combattre surtout *Pl. falciparum* ou *Pl. vivax*, qu'on la poursuive dans une région pauvre en anophèles ou dans une autre où ils surabondent, pendant une année normale ou en temps de recrudescence épidémique. Les difficultés augmentent encore lorsqu'il s'agit d'apprécier les résultats obtenus parmi les indigènes exposés aux contaminations et réinoculations palustres dès et depuis leur naissance et devenus par là même plus ou moins résistants à ces réinoculations et à leurs suites morbides. On court, en effet, le risque d'attribuer au seul produit essayé les effets heureux qui, en réalité, sont, pour une bonne part, la conséquence de la défense naturelle des organismes. D'autre part, le même médicament peut agir différemment en apparence dans le même milieu, suivant qu'une forte épidémie y a sévi l'année précédente ou qu'on y a joui au contraire d'une longue période de salubrité relative. Enfin, en pays d'endémie, l'état particulier d'immunité enlève beaucoup de leur force probante à certains signes d'efficacité de la prophylaxie médicamenteuse collective, les variations de la morbidité paludéenne, par exemple, même soigneusement et systématiquement recherchée, à plus forte raison quand les variations de la morbidité sont déduites simplement des déclarations verbales de la population protégée ou du chiffre des consultations médicales, spontanément sollicitées par cette population.

« On sait, en effet, combien le « seuil pyrétogène » s'élève chez les indigènes prémunis et combien souvent on les trouve porteurs d'hématozoaires nombreux sans qu'ils accusent la moindre ascension de température. Il en résulte que la réduction chez eux des accès de fièvre ne correspond pas nécessairement à une réduction égale du réservoir de virus paludéen. Ainsi quand sur la foi de ces variations on croit avoir réalisé de façon satisfaisante ce qu'on a appelé la « prophylaxie clinique », on n'est nullement fondé à penser qu'on a assuré au même degré la prophylaxie tout court, qui doit rester la préoccupation dominante et le but principal de l'hygiéniste. »

D'autre part, certaines erreurs sont à éviter. « Ainsi, on a accoutumé de comparer les « indices d'avant campagne » à ceux d' « après campagne » et de conclure à l'efficacité de la prophylaxie lorsque les seconds accusent une diminution par rapport aux premiers ou à son insuccès dans la conjoncture inverse. Or, cette conclusion, pour reposer sur des prémisses exactes, n'est pas nécessairement vraie. Sous l'influence de facteurs tout à fait étrangers à l'action propre de la médication, les indices, d'après campagne d'une même population, peuvent différer notablement, suivant les circonstances et suivant le moment précis où on les recherche: après une certaine période de quiescence du paludisme, par exemple, ou bien au plein d'une poussée épidémique tardive; — dès l'arrêt même de la prophylaxie, ou bien dans les semaines suivantes, alors que ces organismes soudain sevrés de médicament font les frais des rechutes fébriles ou des recrudescences parasitaires habituelles; — le lendemain de l'absorption d'une bonne dose d'un produit synthétique, ou bien cinq à six jours plus tard seulement... »

Au bénéfice de ces réserves amplement justifiées et que tout expérimentateur en matière de prophylaxie antipaludique devrait garder en mémoire, A. Parrot et ses collaborateurs ont procédé en 1939 à leur première campagne prophylactique. Elle était basée sur l'administration aux adultes de 0 *g.* 30 de quinacrine (atébrine) et aux enfants de 0 *g.* 10 à 0 *g.* 30 du même produit par semaine.

Sur 24 enfants âgés de moins de 2 ans, apparemment indemnes avant le début de la campagne, 13 ont présenté des parasites par la suite.

D'autre part, la quinacrine administrée aux très jeunes enfants en solution aqueuse extemporanément préparée, à la cuillère, a été souvent suivie de vomissements immédiats, constituant un grave obstacle à la protection des nourrissons.

En conclusion, il est apparu que la quinacrine administrée *une fois par semaine*, à la dose de *10 à 30 cg.*, suivant l'âge, a produit des effets préventifs insuffisants. Malgré la médication, en effet, on a assisté au développement d'une forte poussée épidémique due principalement à *Pl. falciparum* et laissant après elle un réservoir de virus considérablement augmenté.

Au cours des campagnes qui eurent lieu, les deux années suivantes (1940 et 1941), les doses de quinacrine administrées furent donc augmentées et portées à 20 *cg.* deux fois par semaine. Ces campagnes comportèrent, par ailleurs, l'étude comparative des effets prophylactiques de cette quinacrine bi-hebdomadaire avec la quinine journalière (0,10 à 0 *cg.* 40).

Ces expériences ont donné des résultats favorables dans l'ensemble mais variables d'une année à l'autre. C'est ainsi que les effets de la quinacrine se sont montrés meilleurs en 1940 qu'en 1941, tandis que ceux de la quinine ont été meilleurs en 1941 qu'en 1940; ces différences d'efficacité apparente peuvent être attribuées à des causes étrangères à l'action propre des médicaments, le secteur de la quinacrine 1940 étant devenu celui de la quinine en 1941.

Quoi qu'il en soit, la quinacrine administrée aux doses indiquées a donné des résultats favorables et à peu près équivalents à ceux de la quininisation quotidienne : l'une et l'autre ont diminué les réservoirs de virus apparents, la quinacrine sensiblement plus que la quinine ; la diminution a porté surtout sur les infections à *P. vivax* et à *P. malariæ*. Ni l'une, ni l'autre n'ont entièrement supprimé la poussée épidémique de *P. falciparum* qui reste, pour ainsi dire, la pierre d'achoppement principale de la prophylaxie médicamenteuse, du moins dans les régions algériennes.

Du point de vue pratique, il est possible d'employer la quinacrine dans la prophylaxie antipaludéenne en Algérie, à défaut de quinine, sous la réserve que la distribution en soit faite par des agents subalternes consciencieux et disciplinés, sous une surveillance médicale attentive.

Cette action est affaiblie au surplus par la quasi impossibilité d'y soumettre les nourrissons et souvent les femmes et jeunes filles, qui refusent de continuer l'ingestion du produit à cause de la coloration jaunâtre, plus ou moins accentuée, qu'elle donne à la peau.

La dernière expérimentation des médicaments synthétiques a été effectuée au cours des années 1942 et 1943. Elle avait pour but « de rechercher si et dans quelle mesure l'addition de procquine ou plasmoquine, gaméticide direct, à la quinacrine ou atébrine, schizonticide et partant gaméticide indirect, accroît les effets préventifs de celle-ci et s'il y a, par conséquent, avantage ou non à associer les deux produits dans la pratique courante, en Algérie ». Deux groupes aussi homogènes et aussi comparables que possible furent choisis. Les individus composant le premier reçurent *hebdomadairement* de 15 à 30 *cg.* de quinacrine avec *1 cg. 5 à 3 cg. de procquine.* Les sujets du deuxième groupe reçurent hebdomadairement aussi de *10 à 30 cg. de quinacrine seulement.*

Parmi les 354 sujets qui furent soumis, en 1942, au traitement par la prémaline, aucun trouble toxique, ni même aucun malaise notable ne fut constaté. 5 pour 100 d'entre eux ont présenté une coloration jaunâtre de la peau. 26 sujets, soit 6,4 pour 100, refusèrent de continuer à absorber ce produit au bout d'un temps variable et sous différents prétextes. Mais, une augmentation du réservoir de virus, due surtout à *Pl. falciparum* s'est produite dans la population traitée, dès le deux premiers mois de l'expérimentation, due peut-être à l'insuffisance des doses de médicament employées.

Dans le deuxième groupe, soumis à l'administration de la quinacrine seule, à raison de 1 comprim (0 *g.* 10) à 3 comprimés (0 *g.* 30), suivant l'âge il a été constaté, de même, une augmentation de réservoir de virus paludéen apparent, due surtou

1. *Archives de l'Institut Pasteur d'Algérie*, Septembre 1943, 21, n° 3 ; Septembre 1944, 22, n° 3.

à *Pl. falciparum*, au cours des deux premiers mois d'application de la prophylaxie, donnant à penser que les doses de médicaments utilisées étaient insuffisantes.

Au cours de l'année 1943, le premier secteur de prophylaxie comprenant à peu près la même population qu'en 1942, a été traité avec de la prémaline, administrée une fois par semaine et aux mêmes doses qu'en 1942. Des phénomènes de toxicité (nausées, vomissements, douleurs gastro-intestinales) ont été constatés chez 26 personnes sans présenter toutefois de gravité. 7 pour 100 des sujets ayant reçu de la prémaline présentèrent une coloration jaunâtre de la peau, plus ou moins intense. 37 individus, soit 10,2 pour 100, ont refusé de continuer à absorber de la prémaline, au bout d'un temps variable et sous des prétextes divers. En ce qui concerne l'efficacité dans la prévention, la dose administrée de prémaline s'est montrée insuffisante: malgré la médication, en effet, une forte poussée, due surtout à *Pl. falciparum*, s'est produite dans la population traitée.

Le secteur soumis en 1943 au traitement par la quinacrine seule a permis les constatations suivantes:

Pas de malaise notable. Coloration jaunâtre de la peau chez 9,5 pour 100 des sujets traités.

Mais, là non plus, la dose de 0 *g.* 15 à 0 *g.* 30 de quinacrine administrée, une fois par semaine, n'a pu empêcher une forte poussée de paludisme due presque exclusivement à *Pl. falciparum* de se produire dans la population traitée.

En résumé, tant au cours de la campagne 1942 qu'au cours de la campagne 1943, la prémaline et la quinacrine ont donné des résultats prophylactiques pareillement insuffisants: pendant que les médicaments étaient distribués, une recrudescence de paludisme s'est manifestée aussi intense dans un secteur que dans l'autre au cours de laquelle les réservoirs de virus, surtout celui de *P. falciparum*, ont considérablement augmenté. Pas plus en 1943 qu'en 1942, la prémaline, dans les conditions où elle a été employée, n'a paru douée de propriétés préventives supérieures à celles de la quinacrine.

Toutefois, il a été noté parmi les sujets recevant de la prémaline une proportion un peu moins élevée de porteurs de gamétocytes, de *Pl. falciparum* surtout, que parmi les sujets recevant de la quinacrine. La prémaline paraît donc avoir une action gamétocide légèrement plus forte que la quinacrine; cette action n'a cependant pas suffi pour empêcher le développement de l'épidémie saisonnière de paludisme, ni même pour l'atténuer plus que n'a fait la quinacrine.

Et les auteurs concluent que « l'emploi de la prémaline aux doses hebdomadaires indiquées pour la protection collective des indigènes de l'Algérie contre le paludisme ne paraît pas recommandable à cause de son insuffisante efficacité ».

Cette conclusion confirme, en quelque sorte, celle à laquelle a abouti la Commission du Paludisme de la Société des Nations. On lit, en effet, dans son IIIe Rapport consacré à la thérapeutique du paludisme: « La plasmoquine ne jouerait le rôle d'un véritable prophylactique que si elle pouvait être absorbée d'une façon continue en doses d'au moins 0 *g.* 06 par jour. Or, cette dose se rapproche de la dose toxique pour pouvoir être absorbée sans danger pendant plus de quelques jours. » En ce qui concerne son association avec d'autres produits, il ne paraît pas, contrairement à ce que certains auteurs ont constaté avec les mélanges d'alcaloïdes dits totaquina, qu'il se produise un accroissement de l'activité de ces produits; Pittaluga a signalé que « la combinaison atébrine + plasmoquine accentue parfois les symptômes toxiques dont les plus fréquents sont ceux qui sont dus à la plasmoquine (gastralgie, cyanose, etc.) ».

Ces réserves ne sauraient atténuer les propriétés de l'atébrine elle-même, dont les services rendus au cours de ces dernières années, en l'absence de quinine, ont été appréciables. Son administration aujourd'hui pour la prophylaxie des masses, comme celle de la quinine, tend à devenir journalière. Et il paraît préférable de ne la pratiquer que sous contrôle médical.

L. SASPORTAS.

Livres Nouveaux

Précis de virologie médicale, par C. LEVADITI. 1 vol. de 250 pages avec 142 figures (*Masson et Cie*, éditeurs), Paris, 1945. — Prix : 235 fr.

Nul mieux que M. Levaditi n'était qualifié pour exposer à l'intention des médecins, en un court précis, les connaissances actuelles sur les particularités cliniques, l'étiologie, l'histopathologie et l'immunologie des maladies humaines provoquées par les ultravirus. Ses nombreux et importants travaux ne constituent-ils pas, en effet, les fondements de cette science et ne contribuent-ils pas chaque jour à en assurer le développement ?

L'ordre suivant lequel les virus sont, tour à tour, étudiés dérive de la classification proposée dès 1921 par M. C. Levaditi et basée sur l'affinité élective de ces agents pour l'un ou l'autre des tissus dérivés des feuillets embryonnaires. Les douze maladies étudiées sont groupées de la façon suivante : *Ectodermoses pures :* ultravirus vaccinal, ultravirus variolique, encéphalite post-vaccinale ; *Ectodermoses neurotropes :* herpès, encéphalites ; *Neuroses :* rage, poliomyélite, chorioméningite ; *Ultravirus neuro-organotropes :* fièvre jaune ; *Ultravirus viscérotropes :* psittacose, grippe ; *Ultravirus mésodermotropes :* maladie de Nicolas-Favre.

On pourrait regretter que les oreillons, la varicelle, le zona, la dengue, le trachome, le typhus, entre autres, aient été exclus du plan de l'ouvrage, si l'on ne se rendait compte que le cadre d'un précis ne permettait pas de faire une étude analytique complète de tous les virus.

Pour chacune des maladies envisagées sont relatées les dernières données fournies par l'étude expérimentale : épidémiologie, transmission aux animaux de laboratoire, histologie pathologique, caractères physiques, chimiques et biologiques du virus, immunologie et chimiothérapie.

Soulignons qu'il ne s'agit pas de l'énumération schématique que risquaient d'imposer les dimensions de l'ouvrage.

On trouvera d'abord le rappel des principales découvertes et spécialement les lois si importantes formulées par M. Levaditi sur le mécanisme de la neuroprobasie des infections causées par les virus neurotropes, sur les neuro-infections mortelles autostérilisables, celles aussi qui régissent les caractères de l'immunité dans les maladies provoquées par les virus.

De plus les questions particulières que soulève l'étude de chaque virus sont exposées et discutées. Enumérons-en quelques-unes : parenté des virus variolique et vaccinal nature de l'encéphalite post-vaccinale, rapports des viru herpétique et encéphalitique, nature des corps de Negri épidémiologie de la poliomyélite, valeur de la sérothérapi dans cette affection, nature et pluralité des souches d virus grippal, valeur de la chimiothérapie dans la tympho granulomatose, etc.

Mais c'est, pensons-nous, à la seconde partie de c précis qu'ira surtout l'attention de l' « honnête homme non spécialisé ; il y prendra connaissance des problème d'ordre général que la virologie a pour ainsi dire créé de toutes pièces. M. Levaditi les étudie à la lumière de faits expérimentaux et se refuse à dépasser les conclu sions qui découlent de ces faits, évitant ainsi « d glisser sur la pente dangereuse de la métaphysique ».

Respectueux des données nouvelles fournies par le expériences récentes, il abandonne, en partie du moins ses conclusions de 1938. Il ne s'agit plus de considére les ultravirus comme des micelles de colloïdes organiques mais comme des macromolécules de constitution définie dont on peut désormais approfondir la structure intime grâce à la microscopie électronique. Et pour bien précise l'état actuel de nos connaissances, sur la nature des virus M. C. Levaditi fait une brève incursion dans le domaine des virus des plantes.

Revenant, ensuite, à l'étude des viroses humaines e animales, M. Levaditi s'arrête à l'examen des théories qu ont été émises sur l'origine de ces maladies. Il conclut à l'opposé de Wollman et de Boivin, que « la théori génétique de l'origine endogène des virus exige des preuves que les recherches actuelles ne fournissent pas ».

Enfin, une discussion sur la nature vivante ou inanimé de ces agents clôt cette synthèse où la pensée souple de l'auteur délimite, sans les altérer, les contours d'une réalité mouvante, sachant montrer quand il le faut la zone d'incertitude de nos connaissances.

Le précis se termine par l'exposé des techniques auxquelles on a recours pour l'étude des virus : inoculations, prélèvements, conservation, méthodes histologiques, microscopie en fluorescence, microscopie électronique, ultrafiltration et ultracentrifugation, culture des virus. Ce dernier chapitre rappelle que les conclusions les plus générales et les plus brillantes doivent avoir pour support des données concrètes que seule peut fournir une expérimentation méthodique conduite avec un outillage approprié.

JEAN VIEUCHANGE.

LA MÉDECINE A TRAVERS LE MONDE

Allemagne.

DÉCOUVERTE DU RADIUM ALLEMAND.

Au cours de l'été, les troupes américaines ont découvert dans les montagnes bavaroises la cachette où se trouvaient rassemblés 21 *g.* 8 de radium, tout ce que l'Allemagne possédait et tout ce qu'elle avait pu prendre aux autres nations. Les S. S. avaient chargé le Dr Karl Weiss, de Munich, de recueillir tout ce radium et de le cacher pour qu'il ne tombe pas entre les mains des troupes alliées.

*
* *

La FACULTÉ DE MÉDECINE DE HEIDELBERG a rouvert ses portes. Devant un auditoire de 300 personnes, le nouveau recteur le Dr René BAUER, professeur de chirurgie, a exhorté la jeunesse allemande à se remettre au travail.

États-Unis.

M. Alfred SLOAN, président de la General Motors, a fait un don de 4 millions de dollars pour la construction, à New-York, d'un Institut contre le cancer. Les résultats des travaux seront communiqués dans tous les pays et l'on pense que de nombreux savants de toute l'Europe iront poursuivre leurs recherches dans cet Institut qui sera doté de tous les moyens modernes de diagnostic et de traitement.

*
* *

Quatre savants de l'Hôpital du Mont Sinaï de New-York, d'après un récent article du journal *Science* auraient découvert qu'une des nouvelles vitamines B 1, l'acide folique ou facteur L. Casei serait douée de PROPRIÉTÉS ANTICANCÉREUSES. Expérimentalement de très petites doses de cette vitamine injectée quotidiennement pendant 4 à 6 semaines dans les veines de 89 souris atteintes de cancer mammaire spontané auraient amené la disparition complète des tumeurs chez 38 d'entre elles. Sur 66 souris témoins, la résorption spontanée n'eut pas lieu, 20 restèrent en vie, 14 d'entre elles furent atteintes de nouvelles tumeurs. Une seule tumeur nouvelle fut observée chez les souris traitées.

Hollande.

ACCROISSEMENT DE LA TUBERCULOSE.

A Rotterdam, la tuberculose a augmenté considérablement : En 1939, on notait 270 cas nouveaux ; en 1943, 1.622 : en 1944, 1.675 et pour les huit premiers mois de 1945, 1.209 cas. Pendant les mois de Juin et de Juillet on compta 350 cas nouveaux par mois. En même temps on constatait un accroissement parallèle des formes graves. Cette augmentation est une conséquence de la famine qui a sévi en Hollande et de la déportation d'un grand nombre de Hollandais.

*
* *

ENFANTS DÉLINQUANTS.

En Hollande, comme dans tous les pays occupés, on constate une augmentation importante du nombre des enfants délinquants. On estime que 35.000 enfants au moins doivent être surveillés. Les raisons de cette augmentation sont les mêmes qu'en France : travail forcé ou déportation des pères, misère, difficultés du ravitaillement.

*
* *

Le Prof. N. KOOMANS, ancien directeur du laboratoire radiologique d'Etat de Hollande, vient de mourir à l'âge de 65 ans.

Suisse.

SÉJOUR D'ÉTUDES. — 300 à 400 étudiants américains, actuellement en Allemagne, dans les troupes d'occupations, feront dans différentes facultés de Suisse, au cours de l'hiver prochain, un séjour d'études pour se mettre en contact avec la culture européenne. (*Méd. et Hy.*, 15 Août 1945.)

*
* *

GENÈVE VA RECONSTRUIRE SON HÔPITAL CANTONAL avec ses annexes universitaires et sa policlinique.

Tout en gardant certains des bâtiments actuels modernes, tels que l'Institut de Médecine dentaire, on se propose de rebâtir à neuf le corps principal de l'hôpital qui comprendra un grand bâtiment de 6 étages réunissant tous les services médicaux et chirurgicaux ainsi que les principales policliniques.

Les étages inférieurs du bâtiment principal seront réservés à la dermatologie, à la physiothérapie, à la radiothérapie avec annexe spéciale pour les accidents d'urgence. Au-dessus, se trouvera le service de médecine avec son centre d'enseignement, son amphithéâtre, ses annexes de contagieux et de tuberculeux. Les étages supérieurs sont réservés à la chirurgie, à des laboratoires, des centres d'enseignement. Une aile spéciale est destinée à la neurologie.

Ce nouvel hôpital comprendra 600 lits répartis en chambres de 6 lits.

(*Médecine et Hygiène*, Genève, 15 Septembre 1945.)

INFORMATIONS

CONSEIL SUPÉRIEUR DES MÉDECINS

Dans sa réunion du 12 Octobre 1945, à propos de l'ordonnance du 24 Septembre 1945 sur l'Exercice de la Médecine, le *Conseil supérieur des Médecins* a émis le vœu suivant :

Estimant que tous les médecins qui exercent la médecine ou qui font un acte médical quel qu'il soit, fût-ce un acte d'enseignement, d'expertise ou de prévention, doivent être obligatoirement inscrits au Tableau de l'Ordre,

Et que seuls doivent être dispensés de cette inscription obligatoire les médecins fonctionnaires d'autorité dont un règlement d'administration publique énumérera les qualités.

Le Conseil supérieur demande *expressément* à M. le Ministre de la Santé que le dernier alinéa de l'article premier soit ainsi modifié :

« Toutefois cette troisième condition ne s'appliquera pas aux docteurs en médecine et aux chirurgiens-dentistes appartenant au cadre actif du Service de Santé des armées de terre, de mer et de l'air, ni aux médecins et chirurgiens-dentistes fonctionnaires d'autorité représentant directement l'Etat et dont un règlement d'administration publique énumérera les qualités. »

LE PRIX NOBEL DE MÉDECINE 1945

L'Institut Karolinska de Stockholm vient de décerner le *prix Nobel 1945 de médecine*, conjointement à Sir Alexander Fleming, de l'Université de Londres, au docteur Ernest-Boris Chain et à Sir Howard Florey, tous les deux de l'Université d'Oxford, pour leur découverte de la pénicilline et de ses effets curatifs dans les maladies contagieuses.

ADMISSION CONDITIONNELLE DES Étudiants Alsaciens et Lorrains

Les étudiants Alsaciens et Lorrains victimes de leur attitude patriotique pendant l'occupation pourront bénéficier pendant l'année scolaire 1945-1946 d'une admission conditionnelle dans l'enseignement supérieur ou dans une année de l'enseignement supérieur plus avancée que celle à laquelle leurs examens antérieurs leur permettraient normalement d'accéder.

L'admission conditionnelle est prononcée par le recteur de l'Académie de Strasbourg, directeur de l'Instruction publique d'Alsace et de Lorraine. Les demandes, accompagnées de toutes justifications utiles, devront être adressées, avant le 31 Décembre 1946, au doyen de la Faculté ou au chef d'établissement intéressés. Les jeunes gens étant actuellement à l'étranger auront un délai de 3 mois après leur retour dans l'un des trois départements de l'Académie pour se prévaloir des mêmes avantages.

L'autorisation conditionnelle deviendra définitive lorsque l'intéressé aura satisfait aux examens nécessaires à la régularisation de sa situation.

(*J. O.*, 21 Octobre 1945.)

A PROPOS DU concours de l'Internat

Représentant du corps des Internes des Hôpitaux de Paris tant au point de vue moral que matériel, le Comité de l'Internat *accepte* le principe d'un concours spécial d'internat donnant des chances plus grandes de nomination qu'aux concours normaux aux candidats ayant subi des préjudices du fait de la guerre.

Insistant sur la nécessité d'une préparation poussée pour réussir normalement à ces concours et pour remplir avec conscience les fonctions hospitalières que les intéressés sont appelés à exercer, le Comité de l'Internat se voit contraint d'élever certaines protestations.

Il proteste contre le principe de plusieurs concours spéciaux, l'un dit « de remplacement », l'autre dit « supplémentaire » et contre le nombre des places ouvertes à ces deux concours, celui-ci s'élevant d'après les approximations de l'Assistance Publique sur l'article 8 de l'arrêté ministériel du 9 Août 1945, à 300, voire 350 places.

Il proteste contre ce nombre exagéré de places pour de multiples raisons. D'une part, c'est multiplier les internes à l'extrême et donc remettre les fonctions d'interne à de nombreux candidats, pour le moins, mal préparés à les exercer ; d'autre part, c'est bloquer la possibilité de exercer ; d'autre part c'est bloquer la possibilité de concours normaux pour plusieurs années, c'est-à-dire interdire l'accès à une fonction apparaissant comme le couronnement des études médicales aux jeunes générations.

Le Comité de l'Internat, toujours par souci de valeur professionnelle, proteste contre la date trop rapprochée des concours spéciaux ne permettant pas une préparation suffisante à ces épreuves réputées comme ardues entre toutes.

Sans méconnaître les titres militaires ou les titres civiques de nombre des candidats, sans méconnaître les préjudices incontestables subis par certains d'entre eux, le Comité de l'Internat est obligé de signaler que ces titres ne sauraient intégralement remplacer les qualités professionnelles.

Que le ministre de la Santé publique ait eu le juste souci d'accorder des compensations aux préjudices subis par les candidats à ces concours spéciaux, il n'en reste pas moins vrai que ces préjudices furent variables et que la valeur professionnelle, à l'heure actuelle plus encore que par le passé, reste à sauvegarder.

C'est pourquoi le Comité de l'Internat ne saurait accepter dans son ensemble le projet du ministre de la Santé publique, pas plus qu'il ne saurait accepter la suppression des concours normaux, suppression à laquelle aboutit implicitement l'arrêté promulgué.

Le corps de l'Internat par l'entremise de son Comité, est donc amené à présenter des contre-propositions à ce projet, tenant compte, et du souci de rétablir par de justes avantages d'indéniables spoliations, et du souci de sauvegarder la valeur professionnelle de l'Internat et l'avenir des jeunes générations.

Le *Comité de l'Internat propose l'organisation d'un concours spécial en 1946* ouvert exclusivement aux candidats n'ayant pu se présenter à l'un des concours de 1941, 1942, 1943, du fait des événements de guerre, ou militaires, ou politiques ou raciaux.

Le Comité propose d'ouvrir ce concours aux candidats ayant subi un préjudice incontestable du fait de ces événements. Il est donc amené à envisager des modifications dans la détermination des catégories de candidats définies par le projet ministériel.

Acceptant sans réserve la candidature :

1° Des déportés ou des internés pour motifs politiques ou militaires ; 2° des mobilisés ou engagés dans les formations militaires françaises *libres* de terre, de mer, de l'air ; 3° des mobilisés ou engagés dans les forces alliées ayant réintégré les formations françaises avant le 1er Décembre 1942 ; 4° des prisonniers de guerre, il est appelé à faire des réserves sur les titres des autres candidats, ainsi :

1° Sur les titres des étudiants qui se sont soustraits aux recherches ou aux réquisitions des autorités ennemies, ou du pseudo-gouvernement de Vichy, la spoliation de ces candidats ne pouvant être considérée comme incontestable, que s'ils n'ont pas pu se présenter aux concours précédents et s'ils n'ont pas pu subir leurs examens universitaires devant les Facultés françaises des zones d'occupation dites Nord ou Sud ;

2° Sur les titres des combattants des forces françaises de l'intérieur ou assimilés, leur candidature ne pouvant être valable que s'ils n'ont pas pu se présenter aux concours antérieurs et s'ils ont exercé une activité incontestable et homologuée par les autorités compétentes ;

3° Sur les titres des engagés volontaires de la campagne de France de 1944-1945 ;

4° Sur les titres des candidats qui ont dû travailler sous la contrainte de l'ennemi ;

5° Sur les titres des victimes civiles de la guerre.

En un mot, le Comité de l'Internat ne voudrait accepter que la candidature des sujets présentant des titres civiques ou militaires incontestables, ou la candidature des sujets incontestablement lésés. En un mot, il souhaite que justice soit rendue, mais il ne saurait accepter que des tours de faveur soient créés.

Il est donc amené à proposer avec la limitation du nombre des places ouvertes au concours, la définition rigoureuse des titres possibles de candidature. Il suggère donc la formation d'un comité mixte comprenant des représentants :

1° Du Ministère de la Santé publique (Comité médical de la Résistance) ; 2° de l'administration de l'Assistance Publique ; 3° des syndicats des Médecins et des Chirurgiens des Hôpitaux de Paris ; 4° du Comité de l'Internat, pour fixer les modalités d'organisation de ce concours spécial, le nombre des représentants de chacun de ces organismes étant égal.

Il propose déjà le report du concours spécial à une date ultérieure, cependant rapprochée, fin Mars 1946, laissant aux candidats le temps de se préparer sérieusement.

Il propose encore l'organisation d'un concours ouvert à tous les candidats en fin Juin 1946, les candidats lésés du fait de la guerre et non reçus au concours spécial pouvant se présenter à ce concours de Juin avec des avantages de points restant à déterminer, le nombre des places mises au concours restant bien entendu à définir.

Il propose enfin la reprise du concours normal à la date normale d'Octobre 1946. Le Comité de l'Internat attire l'attention des pouvoirs publics sur son absolu désintéressement en la matière, sur son scrupuleux souci de maintenir la valeur professionnelle du corps de l'Internat des hôpitaux de Paris.

Congrès Français de Gynécologie

Le **prochain Congrès français de Gynécologie** aura lieu à Lyon, au mois de Mai 1946, sous la présidence d'honneur de M. le Prof. Costa-Sacadura (Lisbonne) et sous la présidence de M. le Prof. G. Cotte, de Lyon.

Question à l'ordre du jour : L'ovulation et ses troubles.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétaire, M. E. Pollosson, 4, quai Gailleton, Lyon.

Universités de Province

Faculté de Médecine d'Alger. — M. Aboulker est nommé, à compter du 1er Janvier 1945, professeur titulaire de la chaire d'oto rhino-laryngologie (chaire créée).

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lille. — M. le Prof. Leclercq est nommé Doyen honoraire. — M. le Prof. Combemale est nommé Doyen à dater du 1er Janvier 1945 et M. Lespagnol est nommé Assesseur. — M. Merville, chargé des fonctions d'Agrégé, est nommé Chef des Travaux.

Concours et places vacantes

Chirurgien des Hôpitaux de Paris. — Un concours est réservé aux candidats au chirurgicat des Hôpitaux de Paris non forclos, qui en 1939 étaient titulaires de deux admissibilités et qui en raison des mesures prises contre certaines catégories de Français n'ont pu prendre part aux concours de transition ouverts en 1942. Il sera ouvert le jeudi 22 Novembre 1945, à 15 heures.

Inscriptions reçues du 12 au 15 Novembre 1945, Bureau du Service de Santé (escalier A, 2e étage, Bureau 206).

Médecin des Hôpitaux de Paris. — Ce concours est réservé aux candidats au médicat des Hôpitaux de Paris non forclos, qui en 1939 étaient titulaires de deux admissibilités et qui en raison des mesures prises contre certaines catégories de Français n'ont pu prendre part aux concours de transition ouverts en 1942. Il sera ouvert le mercredi 21 Novembre 1945, à 9 heures.

Inscriptions reçues du 12 au 15 Novembre 1945, 3, avenue Victoria, Bureau du Service de Santé (escalier A 2e étage, bureau 206).

Médecin chef des Hôpitaux-Sanatoriums de l'Assistance publique à Paris. — (Une place) : Jury MM. Jacob, Even, Salles, chefs de service de phtisiologie des Hôpitaux ; MM. Mollaret, Albeaux-Fernet, médecins des Hôpitaux.

Clinique ophtalmologique de l'Hospice des Quinze-Vingts. — Il est ouvert un concours pour un emploi de *chef de laboratoire*. Epreuves le 3 Décembre 1945.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat de l'hospice, 28, rue de Charenton, Paris-12e, jusqu'au 24 Novembre 1945.

Hôpital Pasteur de Cherbourg. — Un poste d'interne en chirurgie et un poste d'interne en médecine sont vacants. L'Administration hospitalière *demande des étudiants en fin de scolarité.*

(3.000 fr. par mois, logé, nourri, et participation aux honoraires perçus par l'établissement.) S'adresser au Directeur de l'Hôpital.

Nouvelles diverses

Messe à la mémoire du Dr F. Jayle, décédé le 19 Octobre, à Evaux-les-Bains (Creuse). — *La Société française de Gynécologie*, dont le docteur F. Jayle était le président-fondateur, fera dire une messe anniversaire le lundi 19 Novembre, à 11 h. 30, en l'Eglise de la Sainte Trinité. L'office sera célébré par le Chanoine Langhenon curé de la Sainte-Trinité, docteur en médecine.

Tous les amis du Dr Jayle sont priés d'y assister.

Mission médicale. — M. J.-M. Le Mée, chef du service O.-R.-L. du groupe hospitalier Necker-Enfants Malades, est chargé d'une mission de 3 mois par le Ministère de l'Information et par le Ministère des Affaires étrangères (relations culturelles) : « Enquête aux Etats Unis et au Canada sur les méthodes nouvelles de chirurgie cranienne ».

Association d'études physio-pathologiques du foie et de la nutrition. — La séance inaugurale de l'Association a été fixée au samedi 17 Novembre 1945 à 9 h. 30, dans le service de M. le Prof. Loeper, Président, à l'Amphithéâtre Hayem de la Clinique médicale de l'Hôpital Saint-Antoine.

Les sujets traités sont les suivants : a) *Protidémie Polypeptidémie et Aminémie*, par MM. A. Lemaire et A. Varay. — b) *Cholalémie et Cholémie*, par MM. J Cottet et Bargeton. — c) *Lipidémie*, par Mlle Berthrand Fontaine et M. Fauvert.

Le **Comité national d'Hygiène dentaire** a décidé l'ouverture d'un concours pour la création d'une *voiture automobile de stomatologie* qui sera clos le 31 Décembre 1945. Un crédit important sera mis à la disposition du jury pour récompenser les meilleurs envois.

S'adresser, 15, rue Jean-Mermoz, Paris-8e.

Distinctions honorifiques

MÉDAILLE D'HONNEUR DU SERVICE DE SANTÉ

Médaille d'or : Médecin général inspecteur R. ROUVILLOIS. – Professeur ROUSSY, Recteur. — Professeur R. DEBRÉ.
Médaille d'argent : Médecin lieutenant-colonel de réserve R. LEMOVIER. — Médecin commandant G. RAVEL. — Médecin commandant de réserve L. WICART. — Médecin commandant JARX. — Médecin capitaine J. NETIK. — Médecin capitaine de réserve Ch. COURY.
Médaille de bronze. — Les membres du corps médical U. S. Army, du théâtre européen d'opérations : les colonels Mather CLEVELAND, Paul-S. FANCHER, Fred-H. MOWREY, Lloyd-J. THOMPSON, Joseph-M. MONINCH, Donald-M. PILLSBURY, VICKOREN. – Les lieutenants-colonels Irving-A. MARSHALL, John-N. ROBINSON, Paul PADGOT, Bernard-J. PISANI, Walter L. TATUM, Otto-A. YURI.
— Médecin lieutenant de réserve M. ROZENCWEIG, médecin chef de la place de Londres.

Nos Échos

Naissances.

— Dominique est heureux de vous faire part de la naissance de son petit frère, *Yves* (de la part du Docteur et Madame LAGANDE) [55, boulevard Carnot, Agen. 13 Octobre 1945].

— J. Patrick FRIBENSON a la joie d'annoncer la naissance de son frère *Georges-Thierry* (M. Alexandre FRIBENSON et Madame le docteur FRIBENSON-BARTFELD, 22, rue Lamblardie, Paris-12e, 6 Juillet 1945).

— Le docteur TURPIN et Madame, née GAILLOCHET, sont heureux de faire part de la naissance de leur sixième enfant, *Béatrice* (Paris, 8 Octobre 1945).

— Le docteur Paul BEYER et Madame, née GUIONIN, ont le plaisir d'annoncer la naissance de leur fille *Marie-Catherine*, à Strasbourg.

— Le docteur et Madame François CULTY sont heureux d'annoncer la naissance de leur fils *Jean-Louis* (Valréas Vaucluse, 6 Octobre 1945).

Mariage.

— Nous apprenons le mariage du médecin capitaine Maurice GRAU avec Mademoiselle Jeanne DELPRADE (Pollestres Pyrénées-Orientales, 30 Octobre 1945).

Décès.

— On annonce le décès, à Paris, de M. TROISIER, Professeur de Clinique de la Tuberculose, Membre de l'Académie de Médecine.

— Madame le docteur Amélie BUVAT, le docteur et Madame G. VILLEY-DESMESERETS, le docteur et Madame le docteur J.-F BUVAT ont la douleur de faire part du décès du docteur J.-B BUVAT, survenu au domicile de son frère, à Moulins (Allier), le 15 Octobre 1945.

— On nous prie d'annoncer le décès de M. GOGUET, père du docteur GOGUET, médecin de 1re classe de la Marine (Toulon).

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

Les petites Annonces dans LA PRESSE MÉDICALE *sont acceptées sous réserve d'un contrôle extrêmement sérieux. Aucune annonce commerciale n'est acceptée.*
Prix : 20 fr. la ligne (15 fr. pour les abonnés).

A VENDRE, à Salies-de-Béarn (Bses-Pyrénées), Hôtel 60 ch., av. parc 2 hectares, à 200 m. des Thermes salins Conv. pour utilisation médico-sociale (enfants, osseux, maison de santé). Me Claverie, notaire, Sauveterre (Basses-Pyrénées).

RECHERCHONS visiteurs médicaux pour Nord, Ouest et Est, présent. déjà 1 ou 2 spécialités ou exclusifs et pouv. visiter pharmac. Ecr. : Mlle Bujin, 4, rue Alfred-Laurent, Boulogne-sur-Seine. Visa Direction Main-d'Œuvre, n° 9803.

INTERNE des Hôpit. de Paris, Dr en médecine, au cour. hématologie, bactériologie, ch. empl. pr après-midi, Labo ou assist. médic. Ecr. *P. M.*, n° 293.

Jne FEMME, bonne éducat. pouv. faire secrét. dactyl. recevoir clientèle ou tenir int. dem. empl. ch. docteur Paris ou province. Ecr. Mme Véry, 185, r. de la Pompe, Paris (16e).

MEDECIN, 31 a., marié, 1 enfant, cherche place médecin d'usine ou similaire. Ecr. *P. M.*, n° 310.

CABINET OPHTALMOLOGIQUE à céder équipement complet, suite décès, gde ville de Normandie. Ecr. *P. M.*, n° 312.

SAGE-FEMME sinistrée, 21 ans, Faculté de Nancy, cherche poste petite clinique grande ville ou ferait des gardes. Ecr. *P. M.*, n° 325.

DOCTORESSE, 32 ans, pharmacienne, ex-interne, posséd. voiture, ch. 1° remplacements Paris, banlieue ; 2° Labo ou poste pr utilisat. légale de ses diplômes. Ecr. *P. M.*, n° 329.

Ts TRAV. A DACTYLOGRAPH. (thèses) exéc. par anc. prisonn. Tr. soigné. Ecr. Dumez, 23, av. de Lamballe, Paris-16e.

CH. PARIS cabinet médic. ou appartem. 4-5 p. conf. Dr Essel, 2, rue Gabriel-Vicaire, Paris-3e.

PHTISIOLOGUE cherche d'urgence bon appareil radioscopie. Faire offres à *P. M.*, n° 363.

A CEDER cause changement situat. tr. bonne clientèle médec. génér. dans chef-lieu canton, à 50 km. sud-ouest Toulouse. Urgent. Ecr. *P. M.*, n° 368.

MEDECIN SINISTRE cherche reprise clientèle ville ou gros bourg, rég. parisien. ou rég. ouest de préférence maison confortable. Ecr. *P. M.*, n° 370.

AUDE. Grosse clientèle de médec. génér. en augmentation à céder, dans pet. ville, sur gde ligne, avec comme adjuvant, excell. appareillage radiologique et d'électricité médic. Ecr. *P. M.*, n° 372.

ON DEMANDE pour Laboratoire parisien une laborantine ayant une bonne pratique de l'hématologie et de la bactériologie courante. S.P.M.O., 2, cité Milton. Visa O.R.T., n° 16.180.

A VENDRE : appareil de radiodiagnostic neuf, Clinix TP 930 3 G modèle 1945, appareil diatherm. Hte fréquence et Novaflux C.G.R. Ecr. *P. M.*, n° 374.

POUR VISITES MEDICALES dans toute la France, recherchons médecin ou pharmacien, très actif, présentation impeccable. Envoyer *curriculum vitæ*, référ. et prét. à *P. M.*, n° 375.

A VENDRE table de gynécologie métallique. Vareuse et manteau militaires, état de neuf. Ceinturon. Téléph. : Vug. 61-80.

LABORATOIRE province demande d'urgence Laborantin ou Laborantine au courant de toutes analyses médicales. Ecr. S.P.M.O., 21, rue des Tournelles, Paris. Visa n° 9811.

IMPORTANT LABORATOIRE SCIENTIFIQUE demande jeunes docteurs en médecine, pharmaciens ou chimistes pour visites médicales Paris et Province. Ecr. av. références et prétentions à *P. M.*, n° 383.

CHEF DE PUBLICITE Labo de Spécial. pharmac., Dr en médec. réf. 1er ordre, offre collaboration à Labo, grand, moyen ou petit. Ecr. *P. M.*, n° 383.

Dr Paris vend cabriolet 201 Peugeot, tôlé, bon état mécanique, pneus neufs. Wag. 48-24.

SAONE-ET-LOIRE, à vendre d'urgence grosse clientèle chef-lieu de canton, proximité ville, maison confortable. Pour renseignements s'adresser au Dr Perrin, chirurgien, 3, rue Thiard, Chalon-sur-Saône.

HOMEOPATHIE : recherche un répertoire d'homéopathie, neuf ou d'occasion, en français ou en langue étrangère. Dr Gaughoffer. Désertines (Allier).

A CEDER, bonne clientèle banlieue Est. Ecr. *P. M.*, n° 392.

ELECTRO-RADIOLOGISTE, ass. hôp. Paris, recherche succession ou association cabinet important Paris ou Province. Ecr. *P. M.*, n° 393.

MEDECIN cherche cabinet médec. génér. Paris ou banl. ou collabor. av. cession ultérieure. Ecr. *P. M.*, n° 394.

A VENDRE Kayac démontable biplace, 5 épaisseurs. Ecr. Dr Bucaille, 18, r. Violet, Paris-15e. Suf. 22-46.

A VENDRE voiture d'enfant (roues hautes), état neuf. Tél. de 15 à 17 h. à Nord 59-33.

VISITEURS MEDICAUX non exclusifs demandés pour produit nouveau, secteurs : banlieue Nancy, Alsace-Lorraine, Lyon, Marseille. Envoyer *curriculum vitæ*, secteur exact, produits déjà représentés, à S.P.M.O., 2 *bis*, rue de la Jussienne, Paris.

INTERNE libre après-midi cherche assistance ou remplacement. Tél. Lab. 89-66.

OPHTALMOMETRE DE JAVAL en bon état est demandé. Ecr. *P. M.*, n° 399.

SECRETAIRE MEDICALE expér., active, recherche poste région sud-est, préf. établ. hospit. Ecr. *P. M.*, n° 400.

HOPITAL BAR-SUR-AUBE recherche une infirmière surveillante diplômée 3e classe pour service chirurgie. S'adresser au Directeur-Econome.

A VENDRE microscope marque Veryck, gd modèle, complet, état neuf, pour toutes recherches, dans boîte confortable. Bérault, 30, r. de Brévannes, Sucy-en-Brie (S.-et-O.). Tél. : 132, de préfér. à partir de 20 heures.

Jne FEMME, Dr en Pharmacie, présent. sér. garanties, utiliser. dipl. dans Labo de spécialités ou autre affaire pharmaceut. Ecr. *P. M.*, n° 403.

VELOMOTEUR bon état, à vendre. Lab. 89-66.

CLINIQUE chir. Paris dem. 1 inf. cou. anesth. et trav. sal. opér. S.P.M.O., 3, r. de Lisbonne, Paris. Visa O.R.T., n° 15836.

A VENDRE microsécurix entièrement neuf avec accessoires de radiographie. Ecr. *P. M.*, n° 406.

MEDECIN ch. poste médec. génér. ds ville import. ou assistance av. promesse cess. client., au cour. électro-radiol. Ecr. *P. M.*, n° 407.

A VENDRE D'OCCASION : 1° Degny-Guillaumin, Microscopie clinique ; 2° Fuchs, Manuel d'Ophtalmologie ; 3° Rollet, Traité d'Ophtalmologie. Ecr. *P. M.*, n° 408.

LABORANTINE en chef, D.E français, sér. référ., tr. au cour. de tout anal. méd., bactério., sérol., hémato, histo., chimie médic., etc., ch. situat. Prov. de préfér. ou Paris. Ecr. *P. M.*, n° 410.

CHERCHE pharmacien célibataire ou veuf en vue reprise Officine, avec ou sans capitaux. Ecr. *P. M.*, n° 411.

MEDECIN, 2 jnes enfants, ch. cabinet important campagne ray. 80 km. de Paris, gde maison, tout confort, jardin. Au besoin reprendr. mobilier. Ecr. *P. M.*, n° 412.

BON POSTE à céder gros bourg centre, 5 km. ville import. Seul médecin. Très urgent. Ecr. *P. M.*, n° 413.

MEDECIN actif, habitué clientèle, ferait remplacem. ou accepterait assistance ou associat. av. confr. grosse clientèle. Ecr. *P. M.*, n° 414.

Dr 30 a. célib. franç. par naturalis., démob. Décemb. serait obligé à pers. qui indiquer. poste de méd. propharmac. seul, aider confr. âgé, fatig. lgue durée en vue success., campagne de préf. Ecr. *P. M.*, n° 415.

TENSIOPHONE E. Spengler d'occasion à vendre. Darcy, 133, Gde-Rue, Sèvres (S.-et-O.).

LACTO-POMPE électr. bon état est demandé. Ecr. *P. M.*, n° 417.

POSTE MEDICAL près Grenoble, proxim. station sports d'hiver. Situat. tr. intéress. à reprendre d'urgence. Ecr. *P. M.*, n° 418.

MEDECIN cherche client. méd. génér., phtisiologie ds pet. ville de prov. sur gde ligne, av. appareil de radio et maison confortable. Ecr. *P. M.*, n° 419.

SECRET. st.-dact. exp. très sér. référ. désire seconder Dr ap.-midi seult. Ecr. *P. M.*, n° 420.

A CEDER D'URGENCE très bon poste rural, région agréable, Pas-de-Calais, cause spécialisation. Ecr. *P. M.*, n° 421.

A VENDRE : table de mass. neuve, vibro masseur, appar électr. 110 volts. Ecr. *P. M.*, n° 422.

A CEDER dans gros bourg Charente poste médec. génér. propharmacie, après décès. Ecr. *P. M.*, n° 424.

CHERCHE remplaçant jusqu'au 15 Décembre. Conditions intéressantes. Ecr. Dr Thunu, Sanxay (Vienne).

A VENDRE forceps, basiotribe, curettes et instruments de gynécologie. Ecr. *P. M.*, n° 426.

CHIRURGIEN, démobilis. sous peu, posséd. instrumental. compl. ch. associat. ou remplacem. ou suite. Ecr. *P. M.*, n° 427.

VENDS : contact tournant Ropiquet alt. 220 volts, 10 kw, et gde table inclinante, ampoule, sélecteur compresseur av sellette protectr. de Dioclès. Diathermie Gaiffe. Ecr. *P. M.*, n° 429.

VENDS : grande bobine Ropiquet cour. 220 v., condensateur, transformateur lilt et keno-milli. gd. pied Drault, petit pied Drault, pulso-tensiomètre Giroux. Ecr. *P. M.*, n° 430.

DAME Vve, 40 a. fem. médic. ch. situat. secrét. médic. ou représentat. pharmac. pr. Paris, sér. réf. Ecr. *P. M.*, n° 431.

PHARMACIEN, 32 a., célib., libre déb. 46, ch. gérance ou aider. confr. âgé, av. possib. success. Ecr. *P. M.*, n° 432.

CHIRURGIEN, A.I.H.P., 10 a. de prat. clientèle prov., ay. important matériel, ch. associat. en vue success. Paris ou rég parisienne. Ecr. *P. M*, n° 433.

MED, 40 a., expér. et titré, envisagerait associat. médec surchargé, clientèle médicale, consultation préférence. Reprise éventuelle. Ecr. *P. M.*, n° 434.

Jne FILLE sortant Institut d'Arsonval av. diplôme, courant prat. de labor. ch. situation. Ecr. *P. M.*, n° 435.

A LOUER, longue durée (18 ans), rég. ouest, château av parc, jardins. Conviendrait mais. repos destinée à œuvre sociale, possibilité 25 à 30 lits. Ecr. *P. M.*, n° 436.

A VENDRE appareil de diathermie Walter à éclateurs, type D, 110 v. Dr Advenier, 4, bd M.-Berleaux, Argenteuil.

LABORANTINE, dipl. Ecole Scientia, tr. au cour. bactér. hémato, chim. biolog. dem. place dans un Labo Paris. Sér référ. Ecr. *P. M.*, n° 438.

DEMOBILISE ch. clientèle rurale médec. génér. bord mer côte normande, pour évent. reprendr. app. R. X., U. V. Ecr. *P., M.*, n° 439.

VISITEURS MEDICAUX dés. s'adj. un prod. de gr. prescrip. médicale adm. par l'A. P., sont demandés (S.-et-O.) S.P.M.O., 50, av. de St-Cloud, Versailles (S.-et-M.), S.P.M.O. 2, bd Victor-Hugo, Melun. Visa O.R.T., n° 16.283.

A VENDRE : balance médic., marque Scheniber, état neuf Téléph. le matin, avant 9 h. Trud. 58-73.

Vve MEDECIN vend ameublement complet bureau, table speculum, vitrine diathermie, instruments, livres, etc. Ecr *P. M.*, n° 442.

A CEDER urgence cause éducat. enfants, poste médic. existant dep. 40 a. pet. ville Centre. Bon rapport, fixe et avant matériels. La seule pharmacie est libre également. Conv. à mén. méd. pharmac.). Ecr. *P. M.*, n° 443.

DAME dactylo, culture générale, ch. emploi 1/2 journée Varlan, 77, rue La Fontaine, Paris-15e.

MEDECIN achèterait colorimètre Zeiss de Crécelius-Seifert pour glycémie. Ecr. *P. M.*, n° 445.

MED. 31 a., cél. ex int. hôp. banlieue et sana Hte-Savoie achèterait de suite ds ville 8 à 10.000 hab. minimum, client méd. gén. av. possibil. faire phtisiologie ; ou fer. remplacem. av. success. possible. Ecr. *P. M.*, n° 446.

CHERCHE à louer laboratoire tout agencé, même petit, Paris ou banlieue. Ecr. Coulant, 17, rue Vivienne, Paris.

MEDECIN démobilisé ch. poste médec. gén., Var, Alpes Marit. ou proximité Paris ou Lyon. Ecr. *P. M.*, n° 448.

VISITEUR MEDICAL, références 1er ordre, 15 a. même Labo présent. parfaite, cherche autre Labo. Ecr. *P. M.*, n° 449.

PHARMACIENNE diplômée sérologie et bactériologie demandée pour assurer direction laborat. d'analyses médicales province. Ecr. *P. M.*, n° 450.

MENAGE, infirmière dipl., homme ttes mains, demande empl ds hôp., clinique ou mais. enfants. Ecr. *P. M.*, n° 451.

A VENDRE MICROSCOPE « Reichert », platine carrée chariot mob., 4 objectifs achromatiques (immersion), état neuf. Ecr. *P. M.*, n° 452.

SECRETAIRE MEDIC. expériment., assistante radiol. dipl ch. pl. clin. ou cab. partic. à Paris. Ecr. *P. M.*, n° 153.

MED. électr.-rad. qual., anc. prison. ch. cess. poste élec rad. ou assoc. av. ou sans success. éven. Ecr. *P. M.*, n° 454

Jne Dr démobilisé, spécialiste obstétr. et gynéc. posséd. aut. et téléphone ch. pl. assistant aupr. Dr ou ds clin. Paris o banl. imméd. Ecr. *P. M.*, n° 455.

PHARMACIEN recherche représentat. Labos sérieux pr Algérie ou Af.-d-N. Prendrait dépôts. Ecr. *P. M.*, n° 456.

ACHETERAIS appareil radioscopie 50 à 100 kv. Dr Mazaré 28, cours Jean-Jaurès, Grenoble.

AVIS — Prière de joindre aux réponses un timbre de 2 francs pour transmission des lettres

Le gérant : F. THOMAS.

Imprimé par l'Ancne Imprimerie de la Cour d'Appel, 1, rue Cassette, à Paris (France).

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées aux Périodiques, la Direction scientifique de La Presse Médicale *a dû fixer à 4 colonnes maximum l'étendue des mémoires originaux. Tout manuscrit dépassant cette étendue sera retourné à son auteur.*

DE LA NATURE DE L'ANAPHYLAXIE

PAR MM.

P. NOLF et **M. ADANT**

(Bruxelles)

On admet généralement que les accidents d'anaphylaxie font suite à la réaction entre l'anaphylacogène et l'anticorps anaphylactique. Pour les uns, la réaction se fait dans les humeurs et elle donne naissance, moyennant la participation d'autres constituants protéiques de celles-ci, tels que le complément, à une ou des substances toxiques (anaphylatoxines de Friedberger), qui sont responsables des accidents de l'anaphylaxie. Pour les autres, la réaction entre l'antigène et l'anticorps a son siège dans le protoplasme de certaines cellules; elle provoque de leur part une vive réaction qu'accompagne la libération de substances entièrement différentes des anaphylatoxines et de composition beaucoup plus simple, au premier rang desquelles il faut citer l'histamine.

Malgré la diversité des manifestations de l'anaphylaxie suivant les espèces animales, il semble qu'on puisse les expliquer en les attribuant aux réactions de deux systèmes organiques, les cellules endothéliales des vaisseaux, particulièrement des capillaires, et les fibres musculaires lisses de certaines parois vasculaires ou de certaines tuniques viscérales. Les réactions endothéliales sont surtout nettes dans le choc anaphylactique du chien. Elles entraînent des modifications profondes de la membrane endothéliale qui se manifestent de diverses façons: 1° par une diminution de son tonus; le résultat est une vasodilatation des aires capillaires de la circulation générale, particulièrement marquée dans le domaine de la veine porte; l'appareil vasculaire devient trop large pour son contenu et le sang ne revient plus en quantité suffisante au cœur, dont le débit est fortement diminué, ce qui produit un effondrement de la pression dans l'aorte; 2° par une augmentation de la perméabilité de la membrane endothéliale aux protéines du plasma, avec ses multiples conséquences: diminution de la masse du sang, écoulement plus abondant de la lymphe thoracique, production d'exsudats, etc.; 3° par la sécrétion par la membrane endothéliale de protéines humorales qui interviennent dans la coagulation du sang; dont le résultat habituel est une diminution ou même la suppression complète de la coagulation du sang; 4° par la rétention, dans les aires capillaires dilatées, des plaquettes et des granulocytes du sang circulant, par suite de leur adhérence accrue à la paroi endothéliale altérée. Chez le chien, ces réactions endothéliales rendent compte des symptômes les plus apparents du choc anaphylactique. Il s'y ajoute cependant d'autres symptômes, qui ont leur siège dans les musculatures vasculaires ou viscérales, notamment une constriction des artères pulmonaires, qui a pour effet d'élever la pression artérielle dans le domaine de la petite circulation (P. Nolf), et une très vive excitation de la musculature de la vessie et surtout de l'intestin, accompagnée d'émission d'urine et d'évacuations répétées du rectum. Chez le lapin et le cobaye, on retrouve du côté de la paroi vasculaire et du sang, les signes d'une réaction analogue à celle observée chez le chien, mais plus discrète; et ce sont les réactions des tuniques musculaires viscérales qui se placent à l'avant-plan du tableau symptomatique. Non seulement elles en sont les manifestations les plus caractéristiques, mais elles sont aussi responsables de la mort de l'animal au cours du choc, par exemple de celle du cobaye par asthme bronchique; elles ont été étudiées chez l'animal intact et aussi sur les organes isolés par Schultz, Dale, etc. Ce dernier auteur a pu faire la démonstration des principaux caractères de l'anaphylaxie par des expériences simples et élégantes sur l'utérus isolé du cobaye *in vitro*.

On sait, d'autre part, par les travaux de H. Dale et d'autres auteurs, que le tableau symptomatique du choc anaphylactique coïncide très exactement avec celui du choc histaminique, tant chez le chien que chez le cobaye, au moins en ce qui concerne les réactions des tuniques musculaires viscérales et certaines altérations de la paroi des vaisseaux capillaires (distension, augmentation de perméabilité). La similitude des symptômes était trop grande pour ne pas suggérer l'idée que l'histamine joue un rôle important dans la pathogénie du choc anaphylactique. Cette présomption ne devait pas tarder à recevoir une éclatante confirmation par la démonstration de la présence de l'histamine dans les humeurs de l'animal au cours du choc anaphylactique (Manwaring) et même dans le liquide de perfusion d'organes isolés d'animaux anaphylactisés, lorsqu'on fait agir sur eux l'antigène (Bartosch, Feldberg et Nagel, etc.). Mais l'histamine ne donnait pas l'explication des troubles si caractéristiques de la composition des humeurs, notamment de ceux qui concernent la coagulation du sang, qui font entièrement défaut dans le choc histaminique. Dès 1910, P. Nolf les avait fait dépendre de la réaction endothéliale; et il fallait se demander si celle-ci n'est pas responsable aussi de la production d'histamine. Si cette hypothèse se vérifiait, la réaction endothéliale devenait le phénomène initial auquel se rattachent tous les symptômes du choc anaphylactique, tant ceux qui concernent la circulation et le sang, que ceux qui ont leur siège dans la musculature des viscères.

Pour trancher la question, nous avons procédé à des expériences sur des organes isolés, tenus en bon état fonctionnel par une abondante irrigation de leur réseau vasculaire au moyen d'une solution saline oxygénée. Pour isoler l'organe, il ne suffit pas de l'extraire de l'organisme et de le plonger dans un bain de solution saline, car l'organe ainsi traité contient encore une certaine quantité de sang dans ses vaisseaux et de lymphe dans les fentes de sa trame conjonctive et il participe par leur intermédiaire aux propriétés de l'organisme tout entier. L'isolement de l'organe n'est total qu'à la condition qu'il ait été débarrassé de ses humeurs, sang et lymphe, par une irrigation de son appareil vasculaire, continuée jusqu'à ce que le liquide de perfusion revienne par les veines tout à fait clair, limpide et libre de toute trace décelable de protéine. Encore n'a-t-on pas la preuve absolue à ce moment que les espaces lymphatiques de l'organe ont été débarrassés entièrement des protéines humorales qui s'y trouvaient. L'expérience consiste à introduire l'antigène dans l'appareil circulatoire de l'organe, en l'injectant dans le tuyau d'amenée du liquide de perfusion. De cette façon, il est porté au contact direct de l'endothélium vasculaire. Mais il ne suffit pas que l'antigène entre en contact avec l'endothélium; il faut en outre qu'il n'ait de contact qu'avec lui. La seconde condition ne serait pas remplie, si l'antigène était diffusible, comme tous ceux, sérum, blanc d'œuf, qui ont été utilisés jusqu'ici dans des expériences analogues. Pour l'obliger à porter son action exclusivement sur l'endothélium vasculaire, il faut utiliser comme antigène un élément figuré, tel que le globule rouge. On sait depuis longtemps qu'il est possible d'anaphylactiser un animal au moyen des globules rouges d'une autre espèce. L'expérience, lorsqu'elle est faite sur l'animal intact, ne permet pas de localiser exactement les points de contact entre l'antigène et les cellules des tissus. En effet, à peine les globules ont-ils été introduits dans le torrent circulatoire de l'animal d'expérience qu'ils subissent une hémolyse dont les produits solubles traversent la barrière endothéliale et vont atteindre tous les éléments extravasculaires des tissus. Cette complication est évitée dans l'expérience faite sur l'organe isolé, perfusé comme il vient d'être décrit, au cours de laquelle aucune hémolyse ne se produit, faute de complément. Les globules rouges employés tant pour les injections préparantes que pour l'injection déchaînante ont été débarrassés aussi complètement que possible des autres éléments figurés du sang et du plasma adhérent par de très nombreuses centrifugations et de copieux lavages avec le liquide salin de perfusion.

Des expériences ainsi conduites furent faites sur des organes prélevés à des cobayes qui avaient été anaphylactisés par plusieurs administrations parentérales d'hématies lavées de cheval. Les méthodes d'inscription de la contraction des tuniques musculaires furent celles qui servent d'habitude dans les expériences de l'espèce. Le détail en sera prochainement publié dans un travail *in extenso*. Il suffit de dire ici que les résultats furent positifs et tout aussi nets que ceux que d'autres auteurs ont obtenus par l'injection dans le réseau vasculaire du poumon d'un antigène soluble ou que ceux que l'on peut obtenir dans des expériences sur l'utérus isolé, suivant la technique de H. Dale, par l'addition de l'antigène diffusible au liquide du bain dans lequel l'utérus est suspendu. A l'encontre des antigènes diffusibles, les globules rouges ne provoquent aucune réaction du poumon ou de l'utérus, lorsqu'au lieu de les injecter dans les vaisseaux de ces organes, on les met au contact de leur surface séreuse, ce qui est manifestement dû à l'impossibilité dans laquelle ils se trouvent alors, de pénétrer dans la profondeur de l'organe et d'atteindre la membrane endothéliale de ses vaisseaux.

Les hématies ne subissent aucune hémolyse pendant la traversée de l'organe; elles ne cèdent pas au liquide salin qui les baigne, des quantités suffisantes des antigènes qui entrent dans la composition de leur corps protoplasmique, pour conférer à ce liquide le pouvoir de produire le choc. En effet, l'injection dans une expérience témoin de quantités même considérables de liquide de perfusion, qui a été mis au contact des hématies de cheval et en a ensuite été séparé par centrifugation, ne produit pas de contraction de la musculature viscérale. Le résultat de cette expérience est de rendre l'organe (poumon ou utérus) insensible à l'injection ultérieure d'une suspension globulaire. Le liquide de lavage contient donc des traces d'antigène globulaire suffisantes pour créer l'état d'anti-anaphylaxie, mais insuffisantes pour produire le choc. Lorsque celui-ci survient après l'injection intravasculaire d'une suspension de globules rouges, il ne peut avoir été déclenché que par eux. Si la musculature viscérale réagit par un spasme violent à leur introduction dans l'appareil vasculaire, ce ne peut être que parce que la paroi endothéliale de celui-ci sécrète le médiateur chimique, l'histamine, que de nombreux expérimentateurs ont trouvé dans le liquide de perfusion du poumon, au cours d'expériences faites au moyen d'autres antigènes.

Cette constatation est de nature à ramener beau-

oup d'unité dans l'ensemble, à première vue ssez disparate, des symptômes qui ont été décrits aus le choc anaphylactique des diverses espèces nimales. Ceux du premier groupe, qui concernent e sang et les conditions de la grande circulation, vaient déjà été attribués, dès 1910, par P. Nolf l'imprégnation de l'endothélium vasculaire par 'antigène. Les nouvelles expériences, en apportant 1 preuve que l'endothélium est également l'organe écréteur de l'histamine libérée au moment du choc naphylactique, permettent de rattacher à la même ause les contractions musculaires viscérales. Tous es symptômes du choc anaphylactique trouvent insi leur explication dans une réaction violente de a membrane endothéliale du sac vasculaire à l'introduction de l'antigène dans le milieu humoral.

Il avait été démontré antérieurement par des xpériences sur le foie isolé (P. Nolf, 1910) et sur 'utérus isolé (H. Dale, 1912), que ces organes, orsqu'ils sont prélevés à l'animal normal, réagissent au contact d'un antigène soluble exactement omme les mêmes organes prélevés à l'animal anaohylactisé, à la condition d'avoir été imprégnés l'anticorps. Il est permis d'en conclure que puisque es cellules endothéliales de l'animal anaphylactisé e comportent comme celles de l'animal neuf, qui uraient au préalable été imprégnées d'anticorps, e ne peut être que parce qu'elles sont d'ellesnêmes en possession de cette substance, sans qu'il oit besoin de la leur fournir. Elles en sont imprégnées parce qu'elles la forment; autrement dit, lles sont l'organe producteur des anticorps. Le choc naphylactique revêt ainsi les apparences d'une éaction violente de l'organe producteur de l'anticorps au stimulus exercé sur lui par l'antigène.

Lorsque l'antigène, au lieu d'être introduit dans n appareil vasculaire rempli de liquide salin de erfusion, est injecté dans les veines de l'animal ntact, sa fixation par les cellules de l'endothélium asculaire est accompagnée de celle d'une partie lu matériel coagulable du plasma (P. Nolf, 1910), t il est probable que l'irritation de l'endothélium ui en résulte, est plus vive encore que dans les xpériences de perfusion. Or cette apposition d'un nince dépôt de fibrine à la surface interne de l'enlothélium ne se produit pas seulement après la ixation d'un antigène par un endothélium préablement sensibilisé, mais aussi dans les conditions rès générales d'introduction dans l'appareil circuatoire de toute une série d'agents, qui troublent 'équilibre colloïdal du plasma. Ce sont des poudres nertes en suspension fine, telles que kaolin, sulfate le baryum, métaux colloïdaux, encre de Chine, etc., ou des substances solubles comme les arsénobenzols, apables de produire l'insolubilisation partielle des protéines du plasma, ou le sérum frais de l'animal ui-même et, dans une plus forte mesure, le sérum chloroformique, le sérum traité par la gélose, etc., ou les globulines ou les albumines isolées du sérum homologue, les extraits aqueux ou alcooliques d'organe, etc. Tous ces agents ont en commun, lorsqu'on les introduit, dans certaines conditions de masse et de temps, dans l'appareil vasculaire de l'animal vivant, de troubler l'équilibre colloïdal du plasma et de se fixer, en même temps qu'une partie les protéines du plasma, sous la forme d'un mince revêtement de fibrine à la surface interne de la membrane endothéliale (P. Nolf, 1922). L'endothélium répond à cette apposition de fibrine par une réaction dont les caractères généraux sont, suivant les cas, ou bien identiques à ceux du choc anaphylactique ou, tout au moins, très semblables. Le choc anaphylactique est ainsi réduit à n'être qu'un cas particulier d'une réaction beaucoup plus générale par laquelle l'endothélium vasculaire s'empare des matériaux étrangers introduits dans l'appareil circulatoire, qui sont capables de troubler l'équilibre colloïdal du plasma, afin de les éliminer, de les détruire ou de les assimiler. Lorsque ces matériaux sont de nature antigénique, leur assimilation par l'endothélium donne lieu à la production d'un anticorps dont la présence dans les humeurs et dans l'intimité de l'endothélium augmente l'affinité de celui-ci pour l'antigène et crée l'état d'anaphylaxie.

(Travail de la Fondation médicale Reine Elisabeth, Bruxelles.)

LES INDICATIONS COMPARÉES DE LA RADIOTHÉRAPIE ET DE LA CHIRURGIE DANS

LES CANCERS PEU ÉVOLUÉS DU COL DE L'UTÉRUS

(Stade I)

Par **André TAILHEFER**
(Paris)

A côté de tumeurs malignes rapidement généralisées ou de cancers longtemps localisés mais inaccessibles aux thérapeutiques locales, certains épithéliomas accessibles et longtemps localisés peuvent guérir et ne pas récidiver. On ne peut donc parler de guérison du cancer en général, mais certains sont curables, contrairement à l'opinion couramment exprimée.

Le cancer du col de l'utérus a été la première des tumeurs malignes viscérales pour lesquelles on a obtenu des guérisons durables. Successivement la chirurgie et la radiothérapie (curiethérapie seule puis complétée par rœntgenthérapie ou télécuriethérapie) ont donné des guérisons de plus de cinq années révolues. Chirurgiens et physiothérapeutes ont alors ouvert de véritables compétitions et, suivant tels résultats statistiques, ont préconisé des thérapeutiques trop souvent définitives et surtout exclusives. Les discussions ont peu à peu précisé les possibilités de chaque méthode de traitement. En limitant l'indication chirurgicale aux cas dits Stade I, de la classification internationale de Genève [1], les résultats éloignés sont au moins aussi satisfaisants que ceux de la radiothérapie dans des cas semblables, mais la chirurgie des cas plus évolués ne conduit en général qu'à des insuccès alors que la radiothérapie prend pour les Stades II et III un avantage marqué et obtient des guérisons durables dans 10 à 50 pour 100 des cas. Les guérisons des cas Stade IV restent exceptionnelles et ne concernent en dernière analyse que des cas mal classés.

*
* *

Nous nous proposons de discuter les avantages et les inconvénients de la radiothérapie et de la chirurgie pour le traitement des cancers du col utérin au Stade I : lésion limitée au col, mobilité parfaite de l'utérus, paramètres complètement souples au toucher rectal. Les documents statistiques ne permettent pas encore une comparaison décisive entre les deux thérapeutiques, les statistiques radiothérapiques, réunissent rarement plus de 100 cas, les statistiques chirurgicales ne se limitent pas assez strictement aux cas de début, aux cas du Stade I qui nous occupent uniquement. D'ailleurs dans les statistiques d'une centaine de cas, l'erreur de pourcentage due au simple jeu des règles du calcul des probabilités est de l'ordre de ± 10 (racine carrée du nombre considéré). Que conclure dans ces conditions de la comparaison d'observations médicales qui se prêtent si mal à des classements mathématiques ? L'ensemble des travaux sur le cancer du col nous permettent cependant de penser que la radiothérapie et la colpo-hystérectomie abdominale élargie peuvent donner, l'une ou l'autre, dans les cas peu évolués du Stade I, d'excellents résultats, environ 60 à 80 pour 100 de guérisons de plus de cinq années révolues. Notre expérience de près de vingt années de cancérologie, l'étude de complications et des échecs des deux méthodes nous ont incité à les comparer sur divers points.

1. Nous rappelons cette classification dans ses lignes essentielles :
Stade I. — Cancer strictement limité au col, utérus mobile.
Stade II. — *a*) Propagation partielle à l'un ou au deux paramètres ; stade II, paramètres. *b*) Propagation aux deux tiers supérieurs du vagin ; stade II, vagin. *c*) Propagation au corps utérin ; stade II, corps.
Stade III. — *a*) Propagation totale à l'un ou aux deux paramètres ; stade III, paramètres. *b*) Propagation jusqu'au tiers inférieur du vagin ; stade III, vagin. *c*) Métastase isolée sur la paroi pelvienne ; stade III, métastase pelvienne.
Stade IV. — *a*) Propagation vésicale ; stade IV, vessie. *b*) Propagation rectale : stade IV, rectum. *c*) Propagation à distance ; stade IV, dissémination à distance.

Gravité immédiate. — Elle est à peu près égale si toutes les précautions et indications sont correctement respectées. La mortalité immédiate est de l'ordre de 2 à 5 pour 100.

A. *Radiothérapie.* — La radiothérapie comporte un double traitement, curiethérapie et rœntgenthérapie ou télécuriethérapie transpelvienne. L'application de radium est intra-vaginale et intra-utérine, dans un même temps ou en deux temps successifs. Malgré toutes les précautions d'asepsie, l'introduction parfois laborieuse de la sonde porte-radium dans l'utérus à travers un canal cervical cancéreux souvent infecté de streptocoques peut ensemencer la cavité utérine. Le maintien en place de cette sonde pendant plusieurs jours est une cause évidente d'infection. Le plus souvent celle-ci est négligeable, mais il n'est pas rare de voir la température s'élever jusqu'à 39 et 40°. Cette infection est habituellement sans gravité si l'on enlève aussitôt la sonde, mais on peut assister à l'évolution d'accidents plus importants, phlegmon du ligament large, collection pelvienne suppurée. Les péritonites et les septicémies sont exceptionnelles. L'infection utérine (pyométrie fréquente) et para-utérine (salpingite) sont donc des contre-indications temporaires ou absolues de la curiethérapie. Ces accidents sont assez imprévisibles et peuvent même se produire chez des patientes ne présentant pas une infection locale cliniquement décelable. Leur apparition commande la suspension immédiate de l'application et renvoie sa reprise à une date indéterminée. Lorsque l'infection s'est propagée, l'utérus peut se fixer, et tel cas parfait pour une colpo-hystérectomie est devenu à la fois inopérable et non justiciable des radiations, la radiothérapie demeurant pour le moment impossible et ayant ultérieurement moins de chances de succès.

La rœntgenthérapie ou la télécuriethérapie complémentaires ne comportent aucun danger immédiat sinon une anémie transitoire.

B. *Chirurgie.* — Les dangers des larges exérèses chirurgicales sont connus de tous. Il ne faut pas les exagérer si l'on tient compte des contre-indications opératoires que nous allons définir. Les examens pré-opératoires habituels étant faits, il faut apporter deux restrictions à l'opération.

1° Toute opération pour des cancers ayant dépassé le Stade I nous paraît mauvaise pour l'avenir et immédiatement plus grave avec une possibilité très accrue de complications urinaires, de cellulite pelvienne et de péritonite post-opératoire souvent mortelles.

2° Il faut écarter de l'opération les obèses, les congestives, les femmes grosses et courtaudes à mauvaise respiration et chez lesquelles il est impossible d'obtenir, *par n'importe quelle anesthésie*, le silence abdominal indispensable. Chez ces malades toute opération abdominale est toujours grave.

En pratique, le chirurgien peut être entraîné à ne pas suivre ces conseils et à opérer dans de mauvaises conditions, après un échec curiethérapique par exemple. Il est certes défendable de donner à la malade cette ultime chance, mais on doit bien savoir et faire savoir que cette chance, faible pour l'avenir, comporte un danger immédiat parfois considérable.

Difficultés techniques. — Les difficultés techniques d'une curiethérapie intra-vagino-utérine peuvent être plus grandes qu'on ne le pense pour l'introduction de la sonde ou pour le maintien en place de l'appareil vaginal (l'anesthésie générale surtout à l'évipan, nous semble les réduire considérablement, tout en évitant à la patiente une souffrance inutile). Tous les chirurgiens connaissent les difficultés de la colpo-hystérectomie, elles ne sont pas insurmontables pour un opérateur entraîné. Dans les cas au Stade I, la dissection des uretères et de la vessie est facile, nous déconseillons de soulever les uretères sur un fil ou une sonde, il est toujours possible de les refouler en dehors sans les dénuder aussi complètement ; de même, le « Mikulicz » de drainage est avantageusement remplacé par un drainage et méchage sous péritonisation colo-vésicale à points séparés, on peut ainsi faire une reconstitution pariétale solide au fil non résorbable, sans drainage abdominal.

D'ailleurs la difficulté technique de tel ou te

traitement, du moment qu'elle n'est pas insurmontable, n'a que peu d'importance dans cette discussion.

PRINCIPES ET EFFETS THÉRAPEUTIQUES. — Ils diffèrent considérablement : l'indication radiothérapique est surtout fonction de la radio-sensibilité de la tumeur, tandis que l'indication chirurgicale est uniquement fondée sur les possibilités d'accès anatomique et sur l'extension *apparente* de la lésion. On peut souscrire à cette boutade de J.-L. Faure disant qu'il n'y a pas de cas « chirurgico-résistants », évidemment lorsque l'exérèse peut dépasser largement les limites réelles de la tumeur.

A. *Radiothérapie.* — Pendant longtemps, nous avons admis les axiomes suivants :

1° Les épithéliomas pavimenteux du col utérin sont radio-sensibles, qu'ils aient une évolution épidermoïde (épithéliomas dits spino-cellulaires) ou qu'ils n'en aient pas (épithéliomas dits baso-cellulaires). La radiothérapie donne en effet un intéressant pourcentage de guérisons dans ces cancers aux Stades II et III, *a fortiori* doit-elle réussir pour les cancers au Stade I.

2° Les épithéliomas prismatiques, cubiques ou cylindriques dits adéno-carcinomes, qui ne représentent qu'une faible minorité des cancers du col, ne sont pas suffisamment radio-sensibles. La chirurgie est donc préférable si les conditions d'opérabilité sont satisfaisantes.

Dans l'ensemble, ces principes sont exacts. Cependant, l'expérience a peu à peu démontré que ces notions théoriques sur la radio-sensibilité souffraient d'assez nombreuses exceptions que l'histologie ne permettait pas de prévoir. Certains cancers pavimenteux n'ont qu'une radio-sensibilité insuffisante et certains adéno-carcinomes se révèlent au contraire suffisamment radio-sensibles. Qu'advient-il alors dans les cas imprévisiblement peu radio-sensibles de cancers pavimenteux traités par les radiations ? Pendant un mois, on assiste à la réaction normale de la curiethérapie pendant laquelle on ne peut apprécier le résultat. Même si une lésion bourgeonnante a fondu, ou si une lésion ulcérée paraît en voie de cicatrisation, des éléments néoplasiques non stérilisés peuvent rester en activité dans la profondeur; un certain degré d'induration du col peut persister et son interprétation est bien délicate sinon impossible, d'autant plus que l'affirmation fausse de la guérison est lourde de conséquences. Une large biopsie serait même sans valeur, non seulement le prélèvement pourrait ne pas porter sur la zone en activité mais encore la présence de quelques boyaux d'épithélioma ne prouverait pas l'échec, la reproduction de ces cellules irradiées n'étant pas certaine. Attendre ? C'est peut-être laisser évoluer la lésion en profondeur et se trouver brutalement quelques semaines ou quelques mois plus tard devant un cancer rapidement arrivé au Stade III, car la plupart des évolutions cancéreuses se font par poussées irrégulières. Opérer ? C'est peut-être faire courir à la patiente un risque inutile et lire ensuite un examen histologique post-opératoire négatif. Compléter d'emblée le traitement par l'irradiation transpelvienne ? C'est, en cas de non-radio-sensibilité suffisante, n'apporter peut-être qu'une deuxième thérapeutique de même ordre et d'une inefficacité vraisemblable. C'est rejeter à deux ou trois mois la constatation de l'échec irrémédiable, car à ce moment-là, il ne faut pas compter pouvoir exécuter une opération correcte et surtout utile. La colpo-hystérectomie après rœntgenthérapie transpelvienne importante (12.000 à 14.000 r mesurés à la peau) ne nous a donné que des échecs : difficultés techniques souvent insurmontables dues à l'évolution des lésions ou à l'épaississement du péritoine et à la sclérose des plans de clivage, conséquence de la réaction post-radiothérapique, complications post-opératoires, nécroses de la paroi, du tissu cellulaire pelvien, facilité des nécroses urétéro-vésicales, effondrement de l'état général de la patiente, incapable, après la fatigue considérable occasionnée par l'ensemble du traitement, mais surtout par l'irradiation transpelvienne, de supporter des suites opératoires un peu lourdes. La discussion de l'indication d'une colpo-hystérectomie doit donc se placer *avant* d'entreprendre les vastes irradiations pelviennes à distance.

B. *Chirurgie.* — Son principe, l'exérèse large et distante de la lésion ne permet d'opérer que des cas au Stade I. Les pourcentages de guérison sont alors au moins comparables à ceux de la radiothérapie. Mais quelles erreurs peut-on commettre dans l'appréciation de cette opérabilité ?

1° Nous n'insisterons pas sur celles qui proviennent d'un mauvais examen clinique, notamment de la négligence d'avoir pratiqué le toucher rectal pour apprécier l'état des paramètres et des ligaments utéro-sacrés.

2° Il faut surtout savoir que la clinique ne permet pas de mesurer d'une façon précise l'extension réelle d'un cancer. La laparotomie seule permet parfois de découvrir une adénopathie iliaque externe ou pelvienne ou toute autre propagation silencieuse qui classe la lésion dans la série des cas Stade III. Remarquons que le chirurgien ne comptera plus un tel cas dans sa statistique des Stade I, alors que le radiothérapeute, sans le renseignement fourni par la laparotomie, l'y conservera indûment, augmentant ainsi les causes d'infériorité de ses résultats. A l'inverse, notons que si l'envahissement ganglionnaire pelvien n'en est qu'à son stade microscopique, le chirurgien pensera, à tort, avoir fait une opération complète, tandis que le radiologiste, par l'irradiation transpelvienne, peut espérer avoir stérilisé ces îlots métastatiques ganglionnaires.

*
* *

Il est donc bien présomptueux de prendre résolument parti pour la radiothérapie ou pour la chirurgie dans le traitement des cancers du col encore supposés au Stade I.

Il n'y a pas de thérapeutiques exclusives et il est plus instructif d'analyser les raisons de doute ou les causes d'erreurs que d'apporter des affirmations fragiles et transitoires ; le choix des thérapeutiques serait trop simple, si, dans tous les cas, il suffisait d'appliquer des formules.

Toutes ces considérations semblent nous permettre cependant de suivre les indications suivantes pour décider du mode de traitement d'un cancer du col Stade I.

1° Pour tous les cas qui ne peuvent être opérés dans les excellentes conditions que nous avons précisées plus haut, la curiethérapie est préférable. Un mois plus tard on juge approximativement du résultat ; si celui-ci est bon, indice de radio-sensibilité suffisante, on continue le traitement par l'irradiation transpelvienne; si le résultat est très douteux ou mauvais, on opère, à moins de contre-indication chirurgicale majeure qui nous ramène à l'irradiation transpelvienne.

2° Pour tous les cas qui peuvent être opérés dans des conditions excellentes, la colpo-hystérectomie élargie nous paraît préférable. Certaines constatations faites au début de l'intervention peuvent d'ailleurs nous y faire renoncer et nous ramener à la curiethérapie, ou nous démontrer la nécessité d'une irradiation transpelvienne après l'hystérectomie. Dans tous les cas d'ailleurs, l'irradiation post-opératoire transpelvienne ne pourrait qu'apporter une chance supplémentaire de succès en cas d'envahissement microscopique méconnu des ganglions pelviens.

Nous nous efforçons ainsi de réunir le maximum de chances et d'éviter, dans la mesure du possible, les dangers de la curiethérapie, ceux des opérations trop graves et enfin de parer au défaut de radio-sensibilité de certains épithéliomas.

On voit quelles indications ou contre-indications on peut tirer de l'âge, de la corpulence, de l'état général, de l'infection apparente ou probable, de la coexistence d'autres lésions génitales ou d'autres maladies, de la forme histologique, de la radio-sensibilité supposée de la tumeur et même du psychisme de la malade ou de son entourage. Devant l'échec d'une thérapeutique, à plus forte raison devant ses complications immédiates, on a toujours tendance à regretter de ne pas avoir choisi une thérapeutique différente, quand elle existe, ceci est inhérent à l'incertitude qui plane souvent sur tout acte médical.

(Travail de la Fondation Curie, Directeur des services cliniques et thérapeutiques: J.-L. ROUX-BERGER.)

TRAITEMENT COMBINÉ DE LA PNEUMONIE ET DES ABCÈS PULMONAIRES

PAR LES SULFAMIDES ET INJECTIONS INTRAVEINEUSES D'ALCOOL ET GLUCOSE

Par **Anastase LANDAU**
(Varsovie, Pologne)
Actuellement médecin en chef du Service de Médecine à l'Hôpital polonais « Paderewski », à Edinburgh (Grande-Bretagne)

Le remplacement du dagénan par les sulfamides nouveaux (sulfathiazol, sulfadiazine, sulfamerazine, sulfamézathine, sulfapyrazine) dans les traitements de la pneumonie a diminué notablement le pourcentage des complications toxiques dues au dagénan mais qui reste encore assez élevé avec le sulfathiazol (1). Cependant la mortalité dans la pneumonie n'a pas baissé et reste à peu près la même (9-10 pour 100) qu'avant l'introduction de ces drogues nouvelles (2). Si nous exceptons les cas mortels dans les premières vingt-quatre heures, le taux de la mortalité sera plus bas, mais il reste le même malgré l'adjonction du sérum antipneumococcique aux sulfamides (3). Il apparaît que dans l'ensemble il n'y a pas de grandes différences en ce qui concerne l'efficacité thérapeutique des sulfamides cités plus haut, quelle que soit leur structure chimique.

La guérison de la pneumonie traitée par les sulfamides dépend de nombreux facteurs, parmi lesquels le plus important est l'âge. D'après de nombreuses statistiques, la mortalité est nulle ou presque nulle au-dessous de 30 ans (4) ; l'âge moyen des malades guéris par les sulfamides est 36,1 ans, tandis que celui des décédés est 56,3 ans (5). Ensuite vient la bactériémie, car dans un cas donné le nombre de colonies bactériennes obtenues d'un centimètre cube de sang va décider si le pneumonique traité par les sulfamides va guérir ou non. D'après les statistiques la mortalité dans la pneumonie avec bactériémie traitée par les sulfamides est à peu près 30 pour 100 (3), le pneumocoque type III étant le plus virulent et sulfamidorésistant. De la date du commencement du traitement sulfamidique dépend également le succès thérapeutique. La baisse définitive de la température dans la pneumonie traitée par les sulfamides signifie seulement que l'organisme a vaincu l'infection, mais les signes physiques et radiologiques de la pneumonie persistent pendant un certain temps à ce point que nous considérons comme prolongée une résolution pneumonique qui ne survient qu'après vingt et un jours.

En ce qui concerne l'action de la pénicilline les publications (6) montrent qu'il y a des cas de pneumonie grave avec bactériémie qui n'ont pas cédé aux sulfamides, mais furent finalement guéris par la pénicilline. Il est évident que les puissantes propriétés antibactériennes de cette drogue nouvelle permettent tous les espoirs, mais si longtemps que la pénicilline ne pourra pas être administrée aussi, il n'est pas possible de juger à quel point sous l'action de la pénicilline seule ou combinée avec des sulfamides la mortalité dans la pneumonie peut être baissée.

Tel est l'état actuel du traitement de la pneumonie. Maintenant nous nous demandons s'il est possible d'améliorer les résultats du traitement pneumonique ? La réponse à cette question constitue l'objet de cet article.

CAS I. — E. W..., marin, 26 ans, a subi l'appendicectomie le 25 Mars 1944. Le deuxième jour après l'opération, la température a monté jusqu'à 37°8 et le troisième jusqu'à 39°3 avec accélération du pouls à 126 par minute, en même temps ont apparu un point de côté droit, une toux fatigante, expectoration purulente. Depuis le début de cette complication le malade a reçu 2 *g.* de sulfadiazine et ensuite 1 *g.* toutes les quatre heures ; après deux jours, la sulfadiazine a été administrée toutes les six heures. Malgré ce traitement, tous les symptômes pulmonaires ont persisté et même se sont accrus. Appelé auprès de ce malade le cinquième jour

après l'opération, je pouvais constater tous les signes d'une bronchopneumonie confluente du lobe inférieur du poumon droit (matité, souffle tubaire avec râles crépitants et bronchophonie). J'ai continué le traitement par la sulfadiazine et, en plus, j'ai ajouté l'alcoolothérapie intraveineuse, c'est-à-dire des injections quotidiennes de 25 cm^3 d'alcool pur, dilué dans 100 cm^3 de glucose à 20 pour 100. La première injection (cinquième jour après l'opération) a été suivie par un frisson solennel durant un quart d'heure. Le matin suivant le malade a été beaucoup mieux, le point de côté a disparu ainsi que la pénible toux et l'expectoration purulente. La température est tombée à 37°3 le matin, 37° le soir. Une deuxième injection d'alcool et glucose a été faite et également suivie par un frisson. Le troisième jour de ce traitement combiné (le septième après l'opération) la température étant de 37° le matin, 36°4 le soir ; l'alcoolothérapie intraveineuse et su fadiazine (dose totale 27 *g.*) furent arrêtées. La résolution complète du processus pneumonique fut ainsi accomplie en trois jours.

Cas II. — K. S..., soldat, 34 ans, a été opéré pour une appendicite aiguë le 30 Mars 1944 ; en plus il était atteint d'un panaris sévère du pouce droit. Le deuxième jour après l'opération, la température s'est élevée à 38°8 ; le sulfathiazol a été administré. la première dose de 2 *g.*, suivie de 1 *g.* toutes les quatre heures. Le troisième jour après l'opération une injection intraveineuse de 12 cm^3 d'alcool dans 50 cm^3 de glucose à 20 pour 100 a été faite à cause d'un point de côté droit et d'une toux pénible. Quand j'ai examiné ce malade pour la première fois le matin suivant (le quatrième jour), j'ai trouvé une bronchopneumonie du lobe inférieur droit. En outre, le cinquième jour, le panaris du pouce droit a été incisé sous anesthésie générale à l'éther. Le quatrième, cinquième et sixième jour après l'appendicectomie le malade a reçu 25 cm^3 d'alcool dans 100 cm^3 de glucose par voie intraveineuse, en même temps le traitement par sulfathiazol (1 *g.* toutes les quatre heures) a été continué. Le septième jour après l'appendicectomie, tous les signes de bronchopneumonie ont disparu et le malade a quitté l'hôpital cinq jours plus tard. La pneumonie a été guérie en quatre jours du traitement combiné, le malade a reçu en tout 3 doses 1/2 d'alcool et 29 *g.* de sulfathiazol.

Cas III. — T. G..., pilote, 30 ans, a subi une thyroïdectomie subtotale sous anesthésie locale le 12 Juin 1944. Le jour suivant, la température était de 36°8-37°7. le pouls à 90 et 24 respirations à la minute ; simultanément de la gêne respiratoire et toux pénible avec expectoration ont apparu. L'examen physique a montré une submatité et une nette diminution du murmure vésiculaire aux deux bases pulmonaires (atélectasie). Le deuxième jour après l'opération l'état du malade s'est aggravé, la température a monté, 37°1, 37°8, le pouls à 100 et 30 respirations à la minute, oppression plus marquée, silence respiratoire des lobes inférieurs. Le matin suivant (troisième jour), état général détérioré. respiration et toux très pénibles, avec abondante expectoration purulente ; température jusqu'à 37°8. pouls 96 et 24 respirations à la minute. L'examen physique a révélé les signes de bronchopneumonie double des lobes inférieurs (matité, souffle tubaire avec râles crépitants). En conséquence, j'ai ordonné 5 *g.* de sulfadiazine répétés quatre heures plus tard. suivis de 1 *g.* toutes les quatre heures pendant trois jours. Trois heures après la deuxième dose de sulfadiazine le malade a reçu la première injection intraveineuse de 25 cm^3 d'alcool dilué dans 100 cm^3 de glucose à 20 pour 100. Il n'a pas fallu plus de quelques heures pour que le malade soit beaucoup mieux. respiration et toux beaucoup moins pénibles. l'expectoration de jaune est devenue grise. Le jour suivant (le quatrième). la température était encore à 37°, 37°8. le pouls à 100 et 22 respirations à la minute ; ce soir-là le malade a reçu la deuxième injection de 25 cm^3 d'alcool et 100 cm^3 de glucose à 20 pour 100. La nuit qui a suivi cette injection était moins bonne : le malade n'a pas pu dormir à cause des douleurs dans les épaules et la face. par contre il n'était pas gêné par la toux devenue bien légère. Le jour suivant (le cinquième), la température était à 37°9 (le matin) et 37° (le soir), pouls à 90 et 22 respirations à la minute : le point de côté et les douleurs neuro-musculaires ont disparu. le malade se sentait assez bien. L'examen physique révéla une régression nette du processus bronchopneumonique (submatité, des îlots seulement de souffle tubaire et rares râles crépitants aux lobes inférieurs). Le sixième jour. la température était à 37°-37°7. la sulfadiazine fut continuée. 1 *g.* toutes les six heures ; troisième injection intraveineuse d'alcool et glucose. La nuit fut plus reposante que celle après la deuxième injection d'alcool. le malade se plaignant seulement de légères douleurs dans les épaules. Le septième jour la température était à 37°3 (le matin) et 37° (le soir). le pouls à 80 et 22 respirations à la minute. Le malade se sentait très bien. seulement toussant un peu. L'examen physique : légère submatité et diminution de murmure vésiculaire. mais sans râles aux deux bases. Une radiographie montrait une légère ascension du diaphragme droit. les champs pulmonaires normaux. J'ai arrêté donc les injections d'alcool, ainsi que la sulfadiazine. Pendant les trois jours qui ont suivi on pouvait entendre quelques rares râles crépitants à la base gauche avec légère diminution de murmure vésiculaire à la base droite. On doit donc conclure que la résolution bronchopneumonique s'est effectuée en quatre jours à la suite de ce traitement combiné comportant 3 injections intraveineuses d'alcool avec glucose et 26 *g.* de sulfadiazine.

Cas IV. — F. P..., femme âgée de 56 ans, a subi une herniotomie gauche le 13 Avril 1944. Le lendemain de l'opération la température était à 37°8, le pouls à 110 gêne respiratoire, pénible toux avec un peu d'expectoration muqueuse. L'examen physique a révélé les signes d'atélectasie des lobes inférieurs. Sulfadiazine : 2 *g.* et puis 1 *g.* toutes les quatre heures. Le matin suivant (deuxième jour), température à 37°, mais les signes pulmonaires se sont accentués, notamment de la matité, souffle tubaire et râles crépitants ont apparu, en somme tous les signes de bronchopneumonie. Le cinquième jour après l'opération une injection intraveineuse de 25 cm^3 d'alcool et 100 cm^3 de glucose a été faite. Malheureusement on n'a pas pu continuer les injections, les veines de la malade étant invisibles. Le traitement par la sulfadiazine a duré six jours, à la dose de 4 *g.* par jour depuis le quatrième jour, en tout 31 *g.* La résolution de la bronchopneumonie a été très lente et a duré trois semaines.

Les quatre observations de broncho-pneumonie post-opératoire ont le même trait commun, notamment l'usuel traitement par les sulfamides a été complété avec des injections intraveineuses de 25 cm^3 d'alcool pur dilué dans 100 cm^3 de glucose à 25 pour 100, en somme 125 cm^3 de celle solution, dose que j'emploie depuis quelques années et que je considère maintenant comme très appropriée. Dans les trois premiers cas la résolution de la bronchopneumonie a été très rapide, puisqu'elle n'a duré que trois, quatre et quatre jours et demi depuis le début de ce traitement combiné sulfamido-alcoolique. Je tiens à souligner qu'un panaris sévère nécessitant l'opération sous anesthésie à l'éther (cas n° 2) n'a pas retardé la résolution rapide. Le fait que la guérison de la broncho-pneumonie coïncide avec l'arrêt des sulfamides est tout à fait exceptionnel. Généralement les sulfamides n'agissent que sur l'infection bactérienne et la fièvre; mais l'exsudat pneumonique persiste en règle après la baisse de la température, plusieurs jours ou plusieurs semaines, sa résorption étant retardée sous l'influence de ces drogues. Ceci a eu lieu dans le cas n° 4. Je l'attribue à l'impossibilité de continuer le traitement alcoolique à cause de difficultés techniques. Je suis convaincu que quelques injections d'alcool de plus auraient hâté la guérison, comme dans les trois autres observations.

Dans l'observation n° 3, à part l'action favorable du traitement sulfamido-alcoolique, j'ai constaté la présence d'un syndrome clinique particulier apparu après les deuxième et troisième injections intraveineuses d'alcool. Ce syndrome comprenait: détérioration de l'état général, douleurs neuromusculaires, sommeil agité et température. Celle-ci est montée le soir après l'injection d'alcool et s'est encore maintenue le matin suivant, malgré une amélioration nette de tous les autres signes bronchopneumoniques. Le malade est devenu apyrétique seulement la nuit suivante. Cette courbe thermique un peu paradoxale, son type inversé associé avec les signes décrits plus haut caractérisent ce que je voudrais appeler le syndrome d'autolyse alcoolique. Celui-ci est probablement dû à la rapide destruction de l'exsudat pneumonique sous l'influence d'alcool et à la résorption des produits protéiques en résultant, ainsi que des substances d'origine bactérienne. Ce syndrome quoique moins marqué était également présent dans le cas n° 1.

Ma longue expérience clinique du traitement par les injections intraveineuses d'alcool que j'ai institué en 1928, m'a démontré sa particulière efficacité dans les infections pulmonaires, et surtout dans les abcès pulmonaires. Les résultats de ce traitement dans mon service à l'Hôpital Wolski à Varsovie ont été publiés dans *La Presse Médicale* en 1931 et 1932 (7). Dans une monographie à ce sujet, écrite en 1939 (qui est restée à Varsovie), je suis arrivé à la conclusion que ma méthode était efficace dans 80 pour 100 des abcès pulmonaires simples aigus causés par les aérobies et 50 pour 100 des abcès gangréneux avec flore anaérobique. Les publications de 1931 et 1932 contiennent quelques cas de broncho-pneumonie grave traitée avec succès par des injections intraveineuses d'alcool. Depuis 1938 j'ai également appliqué ma méthode dans la pneumonie franche aiguë. Comme celle-ci guérit spontanément dans un grand nombre de cas, j'ai réservé les injections d'alcool seulement aux cas très graves ou très prolongés. Il n'y a aucune contre-indication à cette méthode, puisque je l'ai employée dans la pneumonie grave avec foie lésé et ictère (pneumonie biliaire) ou avec diabète sucré et acidose, aussi bien que dans les cas avec néphrite azotémique. La maladie de Basedow peut être ajoutée à cette liste, comme le prouve le cas n° 3.

Malgré une grande expérience du traitement alcoolique je ne pourrais expliquer exactement so[n] mode d'action, j'ai seulement appris que celle-ci es[t] spécifique dans toutes les inflammations pulmo[-] naires, peu importe leur type clinique, anatomo[-] pathologique et bactériologique (pneumonie franch[e] aiguë, broncho-pneumonie, abcès pulmonaires sim[-] ples et gangréneux). J'espère que d'autres observa[-] tions montreront la valeur du nouveau traitemen[t] combiné sulfamidoalcoolique, tout particulièremen[t] dans les cas très graves de pneumonie avec bacté[-] riémie et sulfamidorésistance. Des problèmes concer[-] nant le mécanisme d'action de ces deux drogues e[t] leur influence mutuelle se présenteront bientôt. E[n] outre nous aurons l'occasion d'observer l'action d[u] traitement sulfamidoalcoolique dans la pneumonie [à] virus qui est sulfamidorésistante et dans la pneu[-] monie bactérienne à résolution retardée.

Méthode du traitement sulfamidoalcoolique.

Le traitement doit être institué sans délai et san[s] attendre les résultats de l'examen bactériologique 2 à 4 *g.* de sulfamide doivent être administrés e[t] répétés quatre heures plus tard. Cette deuxièm[e] dose de sulfamides est suivie une à trois heure[s] plus tard par une injection intraveineuse d'alcool Le traitement sulfamidique est continué suivan[t] les règles usuelles, tandis que les injection[s] d'alcool (25 cm^3 d'alcool pur dilué dans 100 cm^3 de glucose à 20 pour 100, en somme 125 cm^3 de l[a] solution) sont faites tous les jours. La durée d[u] traitement combiné dépend des réactions du malad[e] et de l'état des poumons. Dans certains cas 2 [à] 3 injections suffiront tandis que d'autres en néces[-] siteront davantage. Dans certains cas après l[a] deuxième injection le malade présente le syndrom[e] d'autolyse alcoolique d'intensité variable. Si celui-c[i] est très sévère, particulièrement si le malade [a] dépassé 50 ou 60 ans, l'injection suivante es[t] faite avec une demi-dose seulement (12 cm^3 d'alcool pur dilué dans 50 cm^3 de glucose à 2[0] pour 100).

Parfois, comme dans le cas n° 3, l'injectio[n] d'alcool peut être omise un jour. Chez les diabéti[-] ques l'alcool sera dilué non pas dans le glucose mais dans le sérum physiologique.

Sommaire et conclusions.

1° Ainsi une description du traitement combin[é] sulfamidoalcoolique dans la pneumonie (et les abcè[s] pulmonaires) est donnée.

2° Il n'y a aucune contre-indication à ce trai[-] tement.

3° Le traitement sulfamidoalcoolique peut êtr[e] efficace dans la pneumonie sulfamidorésistante dans d'autres cas ce traitement peut hâter la réso[-] lution pneumonique avec une moindre dose d[e] sulfamides.

BIBLIOGRAPHIE

(1) Price et Myers : *Arch. Int. Méd.*, 1942, 70. 558 Dowling et Lepper : *Jour Am. Med Ass.*, 1943, 121 1190 — (2) Meakins : *Pract. of Med. London*, 1912 286 — (3) Emsworth et collab. : *Am. Jour. Med Sc.*, 1942 204, 179 ; Shackman et Bullowa : *Arch. Int. Med.*, 1943 72, IX : J. Anderson : *Brit. Med. Jour.*, 1943, 717. — (4) Prippin : *Am. Jour. Med. Sc.*, 1943, 206, 216. — (5) Meakins et Mc Kenna : *Canad. Med Ass. Jour.* 1943, 48, 104 — (6) Jillet et collab. : *Jour. Clin. Inv.* 1943, 22, 249 ; Keefer : *Jour. Am. Med. Ass.*, 122, 1217 Dawson et Hobby : *Jour. Am Med. Ass.*, 1944, 124, 611 — (7) Anastase Landau et collab. : *La Presse Médicale*, 1931 n° 39, 523 et 1932, n° 40, 1240.

REVUE DES THÈSES

THÈSE DE BORDEAUX

H.-R.-M. de Fleurian. ***Contribution à l'étude des tumeurs malignes pulmonaires apicales et péri-apicales*** (*Impr. Vanort*), Bordeaux, 1945, n° 167. — Dans cette thèse, inspirée par Mathey-Cornat, de F[.] revient sur l'étude de ces tumeurs malignes, en visan[t] plus spécialement *le diagnostic et le syndrome radio[-] logiques*. Il détaille les techniques de dégagement d[u] sommet pulmonaire. Il montre que, seules, ces techniques associées éventuellement à d'autres procédés d'exploratio[n] (bronchoscopie, bronchographie lipiodolée, pleuroscopie tomographie), permettent d'affirmer précocement le dia[-] gnostic de tumeur maligne, soit apicale, soit périapicale Ce *diagnostic précoce* a beaucoup d'importance. Jusqu'ic[i] les traitements tentés l'ont été en vain. Il serait souhai[-] table d'orienter les recherches vers les opérations d'exérès[e] qui sont possibles dans certaines formes localisées, laissan[t] libre la plèvre de l'interlobe. Des observations personnelles sont jointes à cette thèse excellente, avec clichés [à] l'appui. M.-C.

ACTUALITÉ THÉRAPEUTIQUE

UN NOUVEL AGENT HÉMOSTATIQUE : LA THROMBINE

Un progrès considérable a été accompli dans la prévention et le traitement des syndromes hémorragiques le jour où Dam a isolé la vitamine K. Les applications thérapeutiques en ont été rapidement nombreuses.

Mais — c'est là une de ses caractéristiques essentielles — la vitamine K n'agit que sur les hémorragies par hypothrombinémie. Par ailleurs, son action est indirecte. L'intégrité du foie constitue une condition indispensable à l'efficacité de la vitamine K, dont cette glande se sert pour réaliser la synthèse de la prothrombine.

Enfin, l'action de la vitamine K, de par la mise en œuvre du processus de synthèse de la thrombine, n'intervient qu'après un temps perdu dont les courbes reproduites par Jean Patel, dans son article du *Journal de Chirurgie* (1941, 57, 177 à 188), donnent un net aperçu.

Pour pallier aux insuccès de la vitamine K chez les malades au foie insuffisant, il apparaissait tentant de faire appel à l'administration de prothrombine. Mais pour obtenir une action antihémorragique plus rapide, mieux vaut encore avoir recours à la thrombine ou thrombase, dernier terme de la réaction chimique de la coagulation, en présence de laquelle le fibrinogène constitue le caillot.

Rappelons-le, en effet, si l'administration de vitamine K aide à la synthèse de la prothrombine, celle-ci demande pour devenir thrombine la mise au contact de calcium et de thrombokinase. C'est-à-dire que la thrombine, dernier terme de la série, agira aussi bien sur les exceptionnelles diathèses hémorragiques par défaut de calcium, que sur celles, plus courantes, qui relèvent d'un défaut de thrombokinase, ou d'une hypothrombinémie.

Il est évidemment surprenant que l'administration par voie veineuse de thrombine ne provoque pas une coagulation et une thrombose *in situ*, mais l'expérience clinique prouve qu'il n'en est heureusement rien, l'innocuité de la drogue tenant sans doute à l'intervention immédiate d'antithrombines.

M. Crut, pharmacien de la Salpêtrière, qui a bien voulu nous fournir une partie de notre documentation, a mis au point la préparation française de thrombine, qui se présente comme une poudre blanche, cristalline, soluble dans l'eau, assez difficilement d'ailleurs, et dont l'action est double, locale ou générale.

L'administration peut se faire par la *voie veineuse* ou *sous-cutanée*, à la dose de 3 ampoules par vingt-quatre heures, à renouveler si besoin les jours suivants.

Cette action sur la crase sanguine se double de propriétés hémostatiques locales, que l'on pratique un saupoudrage ou un tamponnement avec une mèche imbibée de thrombine en solution. Une parenthèse à ce propos : les Américains (Ingraham, Bailey et Nulsen, Kenyon, Unruh et Yackel, Uihlein, Clagett, Osterberg et Bennett) ont actuellement volontiers recours au tamponnement avec une mèche résorbable — fibrine ou oxycellulose — qu'ils imprègnent extemporanément de thrombine; la plaie peut être ainsi entièrement refermée sur ce tamponnement temporaire perdu, ou, s'il s'agit d'une cavité naturelle ou d'une plaie non suturée, point n'est besoin de recourir à un déméchage souvent douloureux ou hémorragique, la fibrine ou l'oxy-cellulose se liquéfiant spontanément en quelques jours.

L'action de la thrombine sur les temps de saignement et de coagulation se manifeste très rapidement; les mensurations que nous avons effectuées au cours de nos essais nous ont montré un raccourcissement important du temps de coagulation, passant de quatorze minutes à neuf minutes et demie l'heure suivante, et à quatre minutes trois heures plus tard, de dix à sept puis cinq minutes, dans des délais voisins chez un autre sujet, cependant que les temps de saignement évoluaient dans le même sens, passant de quatre minutes à trois, puis à deux minutes et demie chez l'un, de six minutes et demie à cinq minutes et demie, puis quatre minutes chez l'autre.

Cliniquement, l'action hémostatique curative et surtout préventive de la thrombine apparaît manifeste. Nous avons pu la contrôler à l'occasion de plusieurs prostatectomies. Nous en donnerons surtout pour preuve le fait suivant emprunté à l'oto-rhino-laryngologie; fibrome saignant de la puberté masculine; fibrome naso-pharyngien, emplissant le cavum et émettant un prolongement dans la fosse nasale gauche, chez un enfant de 13 ans, qui avait présenté quinze jours auparavant une hémorragie importante, ayant nécessité un tamponnement. L'enfant est soumis à un traitement par un produit coagulant et la vitamine K. Le temps de saignement est cependant de trois minutes et demie. Sur notre conseil, notre ami Caye veut bien faire au patient une injection de thrombine la veille et une seconde immédiatement avant l'intervention. Le temps de saignement n'est plus alors que d'une minute et demie. L'ablation du polype entraîne une hémorragie non inquiétante et immédiatement jugulée par tamponnement. Le lendemain, une troisième injection de thrombine précède le déméchage qui se fait sans saignement.

Ainsi, grâce, semble-t-il, à la thrombine, s'est déroulée sans incident cette intervention pour une affection dont la réputation hémorragique est si bien établie que certains auteurs n'hésitent pas à recommander la ligature préalable des deux carotides externes.

Lucien Leger.

XXXIXE CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE

(Paris, 8-11 Octobre 1945.)

Le XXXIXe Congrès de l'Association Française d'Urologie — *Congrès qui devait se tenir en Octobre 1939 — a eu lieu à Paris, à la Faculté de Médecine, du 8 au 11 Octobre 1945, sous la présidence du Professeur* Duvergey.

M. Billoux, *Ministre de la Santé publique, a bien voulu honorer de sa présence la séance d'ouverture et adresser quelques mots à l'occasion de cette renaissance de nos Congrès ; M. le Professeur* Baudouin, *Doyen de la Faculté, M. le Dr* Mouchet, *Président du Congrès de Chirurgie et M. le Professeur* Marion, *nouveau Président de l'Association Française d'Urologie, vinrent prendre place aux côtés du Président.*

Après avoir fait l'éloge du Professeur Leguéu *et des maîtres bordelais, le Professeur* Duvergey, *dans une éloquente allocution, montra le chemin parcouru par l'urologie en ces dernières années et les perspectives qui s'ouvrent encore devant elle. Le Dr* Louis Michon, *Secrétaire général, après avoir retracé la grande figure de notre regretté Président, le Professeur* Leguéu, *rappela la longue liste de nos morts français et étrangers.*

Le Professeur Forret, *de Liége, en une vibrante allocution, apporta à ses collègues français l'assurance de l'inébranlable affection de la Belgique, cette nation-sœur à laquelle nos cœurs sont si profondément attachés.*

Les Urologues belges étaient représentés par le Professeur Forrt, *le Professeur* Van den Branden, *le Professeur* Derom, *le Dr* Stobbaertz *et le Dr* Mingers. *Nous eûmes, par ailleurs, la grande joie d'avoir parmi nous le Professeur* Ogier-Ward, *de Londres, Président de la British Association of urological, le Professeur* Terence Millin, *de Londres et le Professeur* Wells, *de Liverpool.*

De Belgique, des Etats-Unis, du Portugal, de Suisse, de nombreuses lettres apportèrent les excuses de collègues empêchés de venir ; ils y joignaient leurs vœux pour la reprise de notre activité. Après sept ans de silence forcé, l'Association Française d'Urologie retrouvait d'ailleurs, grâce au zèle de nombreux collègues venus de toutes nos provinces, son activité d'antan.

Rapport.

Les résultats de la néphrectomie pour cancer. — M. **de Berne-Lagarde**. Dans un premier chapitre, le rapporteur étudie les résultats immédiats ou post-opératoires ; après avoir exposé les diverses causes de mort, il montre les variations de la mortalité suivant la voie opératoire, suivant le chirurgien et suivant l'état des lésions.

Il en tire les indications et contre-indications de la néphrectomie en cas de cancer : opération aussi précoce que possible ; s'abstenir en cas de tumeur trop volumineuse ou trop fixée, en cas de métastases, en cas d'état général trop défectueux.

Il envisage également les conditions de la néphrectomie, l'idéal étant d'enlever en un bloc le rein et toute sa loge. En France, la voie transpéritonéale, préférée aux Etats-Unis, n'a pas d'adeptes ; on recourt le plus souvent à la voie lombaire élargie.

Dans un deuxième chapitre, de Berne-Lagarde étudie les résultats éloignés montrant l'influence de divers facteurs sur le pronostic éloigné : la douleur, la fièvre, le varicocèle, les adénopathies. Un chapitre est spécialement réservé à l'étude de la survie dans les propagations à la veine rénale et à la veine cave.

Etudiant la survie suivant la forme histologique, le rapporteur pense qu'il n'est pas possible d'établir un pronostic formel d'après la formule histologique. Par la suite, de Berne-Lagarde étudie les récidives et les métastases, réservant un chapitre pour la radio- et la radiumthérapie en cas de métastases.

Après avoir essayé de fixer des notions de pronostic suivant la situation du cancer dans le rein, suivant le symptôme de début, suivant la précocité de l'intervention, le rapporteur termine en demandant quand on peut affirmer qu'il y a guérison définitive. Le terme de 5 ans souvent admis est certainement erroné. Mieux vaut parler de survie prolongée que de guérison définitive. (Suit une intéressante bibliographie.)

Discussion.

— M. **Chevassu** (Paris). Sur 61 cas, 20 cas ont eu une survie dépassant 5 ans et 10 cas ont eu une survie allant de 10 à 20 ans. Une métastase vertébrale après 12 ans. Quoi qu'on en ait dit, la chirurgie parvient donc à guérir les cancers du rein, surtout si le diagnostic a été précoce et la néphrectomie facile.

— M. **Duvergey** (Bordeaux) insiste sur la nécessité de l'intervention précoce. Il faut agir dès la première hématurie. L'auteur donne ses résultats dans une série de 40 cas, 2 opérés vivants 5 et 7 ans après. En cas de lésion du rein non néoplasique, celui-ci doit être opéré avant ou après le rein cancéreux.

— M. **Gouverneur** (Paris) fait état d'une statistique de 92 cas avec une mortalité opératoire de 16.3 pour 100. La pyélographie instrumentale est le meilleur moyen d'examen. La meilleure incision est la voie lombaire élargie avec résection de la 12e côte. Il semble difficile de baser un pronostic sur l'examen histologique.

— M. **André** (Nancy) apporte une statistique de 61 cas opérés. Il y eut 11 morts opératoires — 11 cas de guérison éloignée ont pu être contrôlés. Il ne faut opérer que si la tumeur est restée mobile. On devra toujours s'efforcer d'enlever le plus possible de la graisse de la loge rénale.

— M. **Lepoutre** (Lille) insiste sur la nécessité d'un diagnostic précoce ; devant l'hématurie, il faut recourir à la pyélographie bilatérale systématique. Il recommande la pyélographie en verticale pour étudier la mobilité ; il faut enlever la tumeur largement et en vase clos. Etudiant une série de 62 cas, l'auteur présente 3 cas de guérison éloignée particulièrement intéressants. Il considère les résultats globaux comme encourageants.

— M. **Fey** (Paris) n'envisage que la conduite à tenir en présence d'une hématurie seul signe, localisée par cystoscopie à l'un des reins. Il conclut qu'il faut avoir le courage d'enlever des reins d'apparence saine pour avoir des chances d'opérer des cancers au début, donc de les guérir.

— M. **Foret** (Liége) apporte une statistique de 52 cas et détaille les observations de 3 cas de survie éloignée dont une de plus de 15 ans. L'auteur insiste sur la nécessité d'apprendre aux médecins l'importance de l'hématurie, signal d'alarme permettant d'opérer précocement.

— M. **Darget** (Bordeaux) étudie la fièvre, le varicocèle et les thromboses de la veine rénale. L'auteur pense qu'il est sans doute excessif d'opérer tous les cas par voie lombaire ; une certaine place doit être laissée à la voie transpéritonéale. Sur une série de 25 cas, mortalité opératoire de 20 pour 100.

— M. **Pasteau** (Paris) pense que la bonne qualit

des statistiques dépend essentiellement de la précocité du diagnostic et de l'intervention. Mais il y a bien des inconnues, certaines petites tumeurs donnant une métastase, alors que telle autre volumineuse reste guérie. Il faut éduquer les médecins pour qu'ils envoient leurs malades au spécialiste dès la première hématurie.

— M. **Louis Michon** (Paris) apporte une statistique de 34 cas : 2 morts opératoires, soit 6 pour 100 ; 30 pour 100 de survie de plus de 5 ans, ce qui constitue un pourcentage très encourageant ; l'opération doit être précoce, elle doit être large : ablation du rein et de toute la loge. La voie lombaire élargie, suivant la technique d'Heitz-Boyer, donne un jour excellent.

— M. **Perrin** (Lyon) insiste sur la nécessité d'un diagnostic précoce et sur la façon de le faire. Lorsque l'on constate une image urographique anormale — quelle que soit cette anomalie — elle doit imposer une intervention exploratrice. Ainsi on pourra faire des néphrectomies salvatrices.

— MM. **Cibert** (Lyon) et **Verrière** (Lyon) ont également pris part à la discussion.

— M. **R. de Berne-Lagarde**. Je résumerai brièvement cette discussion qui n'en fut pas une en disant que nous sommes tous d'accord sur les points essentiels suivants :

1° Nécessité d'un diagnostic et d'une exérèse, tous deux aussi précoces que possible.

2° Importance capitale de la pyélographie, au début surtout, avec lombotomie exploratrice même, comme le fait remarquer Lepoutre. La double pyélographie verticale et horizontale permet de juger, en partie, de la mobilité de la tumeur.

3° Ablation du rein et de la graisse qui l'entoure, des ganglions si on en trouve et s'ils sont faciles à enlever, par une incision lombaire, agrandie suivant les cas.

Nous ne pouvons souscrire à l'ablation systématique de la capsule surrénale. Nous en avons donné les raisons dans un travail écrit avec de Beaufond, sur les instigations de Chevassu, paru en 1913 dans le premier fascicule des *Archives Urologiques de la Clinique de Necker*.

Les statistiques de Pérard, Lepoutre, Georges Marion, Gouverneur, Louis Michon et surtout Chevassu sont particulièrement éloquentes en ce qui concerne l'amélioration des survies post-opératoires et éloignées.

Nous observerons encore des cas décevants, mais rares, qui récidiveront vite ou donneront des métastases rapides. Loin de nous décourager, ces échecs nous inciteront à porter des diagnostics et à faire des néphrectomies de plus en plus précoces dans la certitude d'inverser les rapports de l'ancien adage : guérir quelquefois, soulager souvent, consoler toujours.

COMMUNICATIONS.

La place nous manque pour donner un résumé des nombreuses communications particulières.

Nous ne pouvons en donner que les titres ; ceux qui seraient intéressés par une ou plusieurs d'entre elles pourront se procurer le volume contenant tous les mémoires présentés au XXXIXe Congrès Français d'Urologie (volume à paraître chez Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon).

Rein.

Un cas de tumeur pararénale. — M. **Faure** (Limoges).

Un cas de volumineuse tumeur paranéphrétique : évolution du rein. — M. **Stobbaerts** (Bruxelles).

Cancer du rein chez les prostatiques. — M. **G. Vincent** (Lille).

La chirurgie dans le traitement des néphrites et de l'hypertension. Statistique du pavillon V. — M. **F. Rolland** (Lyon).

Enervation rénale prépédiculaire étendue. — M. **Derom** (Gand).

Anuries sulfamidiques traitées et guéries par l'infiltration anesthésique du pédicule rénal. — M. **Chauvin** (Marseille).

Anuries après absorption de sulfamides. Echec du cathétérisme uretéral et de l'infiltration lombaire. Décapsulation. Guérison. — M. **Tissot** (Paris).

Considérations sur le traitement chirurgical des néphrites. — MM. **Chabanier** et **Lobo O'Nell** (Paris).

Sécrétion rénale et urographie. — M. **Dossot** (Paris).

Traitement de l'hydronéphrose. — M. **Lepoutre** (Lille).

Incontinence par abouchement anormal de l'uretère. Héminéphrectomie. — M. **Van den Branden** (Bruxelles).

Urographie dans le diagnostic de la tuberculose rénale. — M. **Foret** (Liége).

Tuberculose rénale opérée précocement. Tuberculisation de la plaie. Guérison par sulfamidothérapie locale. — M. **Faure** (Limoges).

Importante dilatation pyélocalicielle avec calcul incrusté dans un calice. Considérations pathogéniques. — M. **Bouchard** (Paris).

Un cas de lithiase rénale simulée chez un néphrectomisé. — MM. **Jeanbrau** et **Truc** (Montpellier).

Présentation d'urographies pratiquées après grande néphrostomie. — M. **Bouchard** (Paris).

Chirurgie rénale à ciel ouvert par l'incision iléo-costo-lombaire. Technique physiologique. — M. **Heitz-Boyer** (Paris).

Uretère.

Rétrécissement de l'uretère pelvien consécutif à une hystérectomie. Uretéroplastie. — M. **de Beaufond** (Paris).

Suites d'obstruction uretérale consécutive à une hystérectomie. — M. **Mingers** (Bruxelles).

Réflexions sur le traitement des fistules uretéro-vaginales. — M. **R. Couvelaire** (Paris).

L'uretérostomie cutanée dans la tuberculose urinaire. — MM. **Cibert** et **J. Perrin** (Lyon).

Uretérocèle géante. — M. **Louis Michon** (Paris).

Vessie.

Traitement de l'incontinence d'urine chez la femme. — M. **Richer** (Lyon).

Cervico-cystopexie d'après une expérience de 8 mois. — M. **Perrin** (Lyon).

Suspension du col vésical pour incontinence. — M. **Louis Michon** (Paris).

Essai de radiographie du col vésical. — M. **Stobbaerts** (Bruxelles).

Deux cas de maladie du col chez la femme traités par résection endoscopique. — M. **Tissot** (Paris).

Le traitement opératoire des diverticules de vessie : diverticulectomie, résection du col vésical. — M. **Gouverneur** (Paris).

Hématurie dans une vessie polydiverticulaire. — M. **G. Vincent** (Lille).

Un calcul vésical pris au lasso. — M. **Van den Branden** (Bruxelles).

Traitement des cystites invétérées. — M. **Darge** (Bordeaux).

La résection du col dans le traitement des dysectasies des tuberculeux urinaires. — MM. **Cibert**, **Cavailher** et **Rolland** (Lyon).

Radionécroses vésicales après curiethérapie pour cancer du col utérin. — MM. **J.** et **H. Duvergey** (Bordeaux).

Nouvelle instrumentation pour la mise en place automatique d'un drain dans la cystostomie hypogastrique. — MM. **Luys** et **Escande** (Paris).

Prostate.

Prostatectomie extravésicale rétropubienne. — M. **Terence Millin** (Londres).

Prostatectomie pour mauvais résultat d'une résection endoscopique. — M. **P. Verrière** (Lyon).

Irrigation continue de la loge prostatique après prostatectomie. — M. **Chauvin** (Marseille).

Urètre.

Epispadias chez une fillette. Cure radicale. — M. **Truc** (Montpellier).

La gonoréaction ; technique et applications. — M. **Debains** (Versailles).

Traitement de la blennorragie par la pénicilline dans une compagnie d'un bataillon médical. — M. **M.-R. Dreyfus** (Paris).

Vingt-cinq ans d'autovaccination dans la gonococcie chronique et latente. — M. **Lebreton** (Paris).

L. MICHON.

SOCIÉTÉS DE PARIS

ACADÉMIE DE MÉDECINE

6 Novembre 1945.

Décès de M. Troisier. — Allocution de M. **Brouardel**.

Rapport sur les vaccinations et revaccinations pratiquées en France pendant l'année 1944-1945. — M. **H. Bénard**.

Les longues incubations de récidives d'épithélioma ganglionnaire régional ou métastatique, sans récidive du premier cancer. — MM. **H. Gougerot** et **A. Carteaud** rapportent l'observation d'une femme présentant une récidive nodulaire disséminée de la paroi thoracique, 3 ans après l'ablation d'un cancer du sein et sans récidive dans la cicatrice opératoire ; le premier d'entre eux avait étudié en 1938 le problème pathogénique et émis diverses hypothèses : équilibre des forces physico-chimiques, résistance ou immunité tissulaire ou humorale, sensibilisation par les cellules cancéreuses, maturation et germination des cellules pré-cancéreuses ou para-cancéreuses. Après une longue incubation silencieuse, il se produit dans ces cas une sorte d'explosion de petits nodules épithéliomateux, comme si la résistance avait brusquement cédé.

— M. **Rochon-Duvignaud** estime que ces faits ne sont pas très rares dans les cancers du globe oculaire.

Importance de la prophylaxie antituberculeuse de l'enfance dans le cadre de la lutte contre la tuberculose. — MM. **Armand-Delille** et **Béthoux** montrent que pour limiter l'extension de la tuberculose, il faut réaliser en premier la prophylaxie dans l'enfance ; il faut donc organiser un dépistage systématique de la tuberculose dans la famille et aussi dans les collectivités (écoles), rechercher les enfants contaminés, ce qui permettra souvent de remonter à la cause de la contamination. La prophylaxie elle-même doit consister dans la vaccination des nourrissons par le BCG en scarifications : d'autre part, il faut éloigner les enfants de la contagion suivant la méthode de Grancher et envoyer les sujets contaminés en préventorium ou en sanatorium.

— M. **Bezançon** pense qu'on n'arrivera à rien tant qu'on ne fera pas de bonne prophylaxie à domicile et qu'on ne luttera pas contre les taudis ; il est impossible d'isoler tous les enfants menacés.

Utilisation de dispensaires spécialisés dans la prophylaxie de la cancérose. — M. **Barbary** préconise un plan de lutte basé sur la création dans tous les départements de dispensaires spécialisés ; ces dispensaires seraient chargés de mettre en pratique le diagnostic précoce et d'assurer le dépistage des prédisposés par la recherche à la phase de précancérose des anomalies humorales.

Chromovaccination du rouget du porc. — M. **Remlinger** rapporte les résultats favorables de la chromovaccination des lapins et des souris blanches contre le rouget du porc ; les animaux vaccinés contre une souche algérienne se sont montrés protégés contre une souche tunisienne ; contrairement à la chromovaccination contre le charbon, la chromovaccination contre le rouget n'est que très rarement interrompue par le phénomène d'Antée.

Election de deux correspondants nationaux dans la 1re division (médecine). — M. **Rohmer** (Strasbourg) est élu au premier scrutin par 48 voix contre 3 à M. de Léobardy (Limoges), 2 à MM. Benhamou (Alger) et Pellé (Rennes), 1 à MM. Giraud (Montpellier) et Piéry (Lyon).

— M. **Piéry** est élu au deuxième scrutin par 34 voix contre 9 à M. Benhamou, 6 à M. de Léobardy, 5 à M. Pellé, 3 à M. Paillard (Clermont-Ferrand) et 1 à M. Brelet (Nantes).

LUCIEN ROUQUÈS.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

7 Novembre 1945.

Remise à l'Académie d'une plaquette sur M. Deroque par M. **Chevassu**.

A propos des fistulo-gastrostomies. — M. **Barbier** communique un exemple de fistule biliaire après perforation de la vésicule. Une fistulo-gastrostomie faite il y a 2 ans a été très bien tolérée. Cette opération, qui doit céder le pas aux anastomoses directes pour les fistules récentes, demeure souvent nécessaire dans le cas de fistules anciennes ou lorsque des adhérences sous-hépatiques interdisent les autres procédés.

De la cæcostomie dans les péritonites avec occlusion. — M. **Lafitte** (Niort) signale d'abord les difficultés que rencontre le traitement médical de l'occlusion par péritonite : l'aspiration duodénale est difficile chez les gens agités et quasi impossible chez l'enfant ; la cæcostomie simple est insuffisante. Aussi propose-t-il par une minime cæcostomie d'introduire une sonde à travers la valvule de Bauhin dans l'intestin grêle. Ainsi peut-on espérer lutter contre l'occlusion. Il apporte 7 cas où ce drainage transvalvulaire a été mis en œuvre à titre préventif avec certains succès. Le reproche d'employer trop systématiquement la technique ne tient pas devant le choix des indications : lorsqu'on constate que les anses intestinales commencent à s'agglutiner et à se dilater on est autorisé à la mettre en œuvre.

Accidents dus au port du pessaire. — M. **Baillis** (Marmande). M. **Mouchet**, rapporteur. L'auteur apporte une observation d'extraction pénible d'un pessaire incarcéré dans la paroi vaginale postérieure.

— M. **Bréchot** cite une observation analogue.

Fracture du tiers interne de la clavicule avec luxation sterno-claviculaire. — M. **Batteur**. A la suite d'un écrasement sous une voiture se produisent ces lésions complexes. Il fallait intervenir. La réduction se fit très facilement. Pour réaliser une bonne contention, l'auteur fit un enchevillement par broche intramédullaire, maintenant à la fois la fracture et la luxation.

— M. **Merle d'Aubigné**, rapporteur, insiste sur l'intérêt des enchevillements par broche dans les lésions claviculaires. En particulier les luxations acromio-claviculaires peuvent être aisément maintenues par une broche introduite à travers la peau par voie externe. Dans 3 cas il n'y a pas eu reproduction de la luxation.

Sur le traitement de la lithiase de la voie biliaire principale. — M. **J. Quénu** apporte 29 cas de lithiase opérés par lui, en général en un temps. Il a ajouté presque toujours une cholécystectomie et employé le drainage externe au drain de Kehr. Des malades longuement suivis n'ont pas eu de complications ni de séquelles. 26 malades ont été guéris définitivement. L'auteur pense qu'il y a donc lieu de conserver le drainage externe. Mais le drainage interne mérite aussi d'avoir des indications bien qu'on ait dit qu'il s'agissait d'une intervention difficile. En fait, cela dépend du degré de dilatation des voies biliaires.

— M. **J. Gosset** apporte la statistique du Prof. Gosset

l s'agit de 162 cas avec 32 morts, soit 20 pour 100. Il nalyse et compare des statistiques diverses de cholédotomie, ce qui donne 1.636 cas avec 13 à 14 pour 100 e mortalité. Pour chacune des statistiques l'auteur a herché les marges d'erreur. Il arrive aux conclusions uivantes : la cholédoco-duodénostomie donne incontesablement la mortalité la plus grande. Par conséquent a cholédocotomie doit lui être prudemment préférée. .'auteur étudie ensuite les résultats de la statistique du 'rof. Gosset et en particulier les 32 morts dont le tiers st survenu après le 30e jour. Le perfectionnement des oins pré- et post-opératoires doit améliorer sensiblement es statistiques.

Présentation de radiographies. — M. **Leveuf**. Il 'agit d'une pseudarthrose de l'humérus heureusement raitée, après maints insuccès, par le clou de Künstchner.

— M. **Merle d'Aubigné** pense aussi que le clou donne l'excellents résultats. Il vaut mieux le mettre de bas en iaut, par la fossette olécranienne.

Jean Calvet.

SOCIÉTÉ D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE MÉDICALE DE FRANCE

9 Octobre 1945.

Radiologie laryngée. Radiodiagnostic du larynx pathologique (tumeurs et affections diverses). — M. **Mathey-Cornat**. Une expérience suffisante permet de faire connaître les résultats et les indications des méthodes radiographiques dans le diagnostic laryngologique (radiographie, lipiodol, tomographie). 220 cas de tumeurs malignes ont été suivis. *Les cancers intralaryngés* ont une symptomatologie maintenant bien définie. Le diagnostic précoce pourra être amélioré. Les indications du traitement devront être révisées grâce à une classification basée sur la clinique et la radiologie.

Les autres affections explorées ont été, outre les *tumeurs bénignes*, en particulier *chondromes*, les *plaies* et *fractures* du larynx, les *œdèmes*, les *périchondrites*, la *tuberculose* et la *syphilis* laryngées, les *sténoses* laryngées. Les techniques sont indiquées. Des observations typiques sont rapportées avec schémas et radiographies à l'appui. La séméiologie est à développer pour toutes ces affections. Les constatations opératoires ont permis d'étayer le diagnostic radiologique sur des bases solides.

Radiothérapie des cancers du larynx (endolarynx). Résultats éloignés obtenus à la Fondation Curie. — M. **Baclesse**. De 1919 à 1940 ont été traités à la Fondation Curie 341 épithéliomas du larynx (endolarynx, à l'exclusion de l'hypolarynx), parmi lesquels ne figurent que 16 femmes, dont 6 sont restées guéries après au moins 5 ans. Pour mieux interpréter ces statistiques, il convient de tenir compte des trois facteurs suivants : 1° du *siège topographique* du cancer (cancers vestibulaires : 13 cas ; cancers glottiques : 214 cas ; cancers sous-glottiques : 14 cas), ainsi que du point de départ exact du cancer (d'où différentes variétés de pronostic très variable) ; 2° *de la fréquence de l'adénopathie* (10 pour 100 dans les cancers vestibulaires : absence de ganglions dans les cancers de la corde limitée ; 4 pour 100 et 10 pour 100 dans les cancers glottiques étendus, suivant le siège et le point de départ : corde membraneuse, cancer glottique antérieur ; rareté d'une adénopathie dans les cancers sous-glottiques) ; 3° *de l'atteinte cartilagineuse*. Distinction des différents aspects radiographiques pathognomoniques de lésions cartilagineuses.

Le recul d'observation minimum pour les cas rapportés est de 5 ans. Le taux de guérison global pour tous les cas traités par la rœntgenthérapie seule, y compris les récidives post-opératoires survenues après laryngofissure, hémilaryngectomie ou laryngectomie totale est de 58 guérisons apparentes pour 299 malades traités. Un grand nombre de ces cas (jusqu'en 1937) furent traités par Coutard. 58 cas reçurent un traitement par le radium (appareil moulé ou téléeuriethérapie). Un seul de ces patients (une femme) est restée guérie après 5 ans.

En classant les malades d'après l'extension et l'adénopathie, les taux de guérison s'établissent ainsi : 40 pour 100 de guérison apparente (20 sur 51 cas traités) pour les cancers limités, sans adénopathie, guérissables par laryngofissure ou hémilaryngectomie ; 18 pour 100 de guérison pour les cancers étendus, sans adénopathie (35 sur 189 traités) ; 4 pour 100 pour les cancers étendus avec adénopathie (2 sur 45 traités) ; un seul cancer sous-glottique a réagi favorablement.

Les progrès réalisés apparaissent surtout dans la statistique de la dernière année étudiée (1940) où les chiffres suivants sont atteints : sur 33 cancers endolaryngés irradiés, 13 (39 pour 100) restent apparemment guéris en Octobre 1945. Leur taux de guérison s'établit ainsi : 14 pour 100 pour les cancers vestibulaires, tous des cas très étendus (2 sur 14 traités) ; 100 pour 100 pour les cordes limitées (5 sur 5 traités) ; 42 pour 100 pour les cancers glottiques étendus (6 sur 14 traités) ; aucun cancer sous-glottique n'a été irradié cette année-là, cette variété étant réservée à la chirurgie.

Les progrès réalisés tiennent principalement à trois faits : utilisation de petits champs, encore réduits à la fin du traitement, ce qui permet, pour les cancers étendus, l'administration de doses très élevées, qui ellesmêmes exigent des durées de traitement parfois considérables (étalement total du traitement). Cette technique appliquée systématiquement à la Fondation Curie par l'auteur depuis ces 10 dernières années, part du principe d'éviter, dans la mesure du possible, les réactions cutanées et surtout muqueuses, si dangereuses chez ces malades fragiles, fatigués et souvent âgés.

A. Dariaux.

SOCIÉTÉ DE GASTRO-ENTÉROLOGIE DE PARIS

8 Octobre 1945.

Propos sur la cholécystographie. — M. **Nemours-Auguste** pense que la cholécystographie renseigne suffisamment sur la vésicule de l'homme normal, vivant normalement, sans qu'il soit besoin de recourir à une cholécystostomie pour le diagnostic. Il rappelle que, taille, forme, situation sont uniquement fonction de l'habitus, la mobilité, un phénomène normal. La cholécystographie a fortement contribué à la connaissance de la physiologie de la vésicule et des voies biliaires. Elle permet de diagnostiquer les cholécystites non calculeuses et peut renseigner sur la nature des parois en cas de lithiase. Projection de nombreux clichés.

Rectoscope avec nouveau dispositif d'éclairage. — M. **Carvailho** présente ce nouvel instrument dont la principale originalité consiste en le fait qu'il est prévu un logement pour le dispositif d'éclairage, le long de la paroi du tube rectoscopique, ce qui le met à l'abri lors des manœuvres que peut nécessiter un traitement endoscopique.

Anuscope pour électro-coagulation. — M. J. **Arnous** présente son appareil qui permet d'éliminer tout danger d'explosion lors d'une électro-coagulation. Un dispositif permet de projeter un jet de gaz inerte tel CO^2 ou AZ sur le champ opératoire, et réalise ainsi une sorte d'écran protecteur contre les gaz intestinaux.

Angiome gastrique. — MM. **P. Porcher, P. Banzet, F. Moutier** et **A. Cornet** rapportent l'observation d'un homme de 67 ans qui présentait un syndrome d'ulcus et chez lequel l'examen radiologique montrait une lacune gastrique molle puisqu'elle se déformait sous l'influence des contractions péristaltiques. La gastroscopie était négative. L'intervention montra qu'il s'agissait d'un angiome sous-péritonéal gros comme une noix.

— M. **Hillemand** fait observer que les angiomes digestifs ne se manifestent pas toujours par des images lacunaires, notamment les angiomes diffus.

— M. **Gutmann** demande si le malade n'avait pas d'angiome ailleurs.

— M. **Moutier**, chez un malade présentant une angiomatose, a pu voir à la gastroscopie une petite tache rouge sur la muqueuse gastrique. La malade avait eu antérieurement une hématémèse importante.

Le traitement des localisations ano-rectales de la maladie de Nicolas-Favre. — MM. **J. Rachet, A. Busson** et **J. Lamy** rapportent 3 cas de guérison d'ano-rectite de Nicolas-Favre avec rétrécissement du rectum, par le traitement sulfamidé poursuivi pendant plusieurs mois mais de façon intermittente. Dans les 3 cas, non seulement les écoulements mais encore le rétrécissement et aussi les fistules lorsqu'elles existaient ont été complètement guéris. Leurs malades firent un traitement par la sulfamide-thiazol chaque mois à la dose de 40 *g*. en 10 jours pendant un temps variant entre 5 ans et 18 mois. Ils n'observèrent pendant ce temps aucun accident dû à la sulfamidothérapie. C'est la sténose qui est la plus longue à disparaître. Ils proposent comme schéma de cure de prescrire la sulfamide-thiazol 8 jours par mois : 10 comprimés les 3 premiers jours, 8 comprimés les 3 jours suivants, 6 les 3 jours suivant et 2 les 2 derniers jours. Il sera bon au cours du traitement de surveiller le sang des malades. D'après de récents travaux américains, les accidents de la sulfamidothérapie au cours de traitements prolongés, s'ils doivent survenir, se produisent dans les 7 premières semaines du traitement.

— M. **Lambling** rappelle que les malades qu'il a étudiés présentaient des lésions très anciennes et qu'il existe plusieurs formes de maladie de Nicolas-Favre. Les histologistes ne sont même pas d'accord dans leur appréciation des lésions données par la maladie de Nicolas-Favre et selon l'état des lésions on comprend que les sulfamides puissent plus ou moins bien agir. La sténose s'installe de façon variable, tantôt rapide, tantôt tardive marquant ainsi l'évolution capricieuse de la maladie de Nicolas-Favre.

— M. **Hillemand** a vu également 3 malades complètement guéris par la prise une semaine par mois de 6 *g*. de sulfamide.

— M. **Gorse** a observé un malade qui présentait depuis plus d'un an un rétrécissement du rectum et 5 fistules qui, après un traitement comportant outre des dilatations diathermiques, la prise tous les 2 mois d'une dose de 20 *g*. de sulfamide ou de 40 *g*. de rubiazol pendant près de 4 ans, ne présentait plus qu'une fistule et une infiltration de la fesse. Le rétrécissement rectal avait complètement disparu.

— M. **Varay** dit que les auteurs suisses prescrivent des cures prolongées de sulfamide et qu'ils n'observent des accidents sanguins et rénaux qu'au début du traitement.

— M. **Savignac** n'a pas observé de résultats bien nets sur les rétrécissements. Dans un de ses cas, un malade porteur de fistule et rétrécissement a pu être guéri, sans que le traitement sulfamidé ait pu modifier la sténose.

— M. **Maisons** demande si la réaction de Frei fut influencée par la thérapeutique.

— M. **Soulard** dans un cas où il existait une sténose serrée, bas-située avec incontinence du sphincter a pu, par un traitement sulfamidé fait pendant un an et demi, associé à des dilatations diathermiques et à la faradisation du sphincter, guérir à peu près complètement son malade.

J.-M. Gorse.

SOCIÉTÉS DE PROVINCE

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE BORDEAUX ET DU SUD-OUEST

5 Juillet 1945.

Cinq nouveaux cas de gastrectomie totale. — M. **Lefebvre**. Présentation de 5 malades présentés pour cancer. Une linite totale. Un ulcère dégénéré sous le cardia. Un cancer récidivé sur le moignon d'une gastrectomie ordinaire faite il y a 3 ans pour cancer du pylore. Ces 3 malades ont subi une gastrectomie simple, totale. Deux autres malades ont été opérés, l'un d'un gros cancer de l'antre et de la petite courbure avec lithiase vésiculaire. Gastrectomie totale et cholécystectomie. L'autre d'un gros cancer du cardia et de la tubérosité térébrant dans le pancréas. Ablation en bloc de l'estomac, de la rate, du corps et la queue du pancréas. Tous ont été opérés par la technique de l'auteur. Les suites opératoires se sont déroulées sans incidents.

L'auteur considère que la gastrectomie totale n'est pas plus grave en soi-même que la gastrectomie ordinaire. Les suites en sont même plus simples.

Un cas d'anévrysme de la fémorale profonde. — MM. **H.-L. Rocher** et **Tingaud**. Anévrysme de la fémorale profonde consécutif à une blessure par balle datant de 5 semaines. Douleurs très violentes qui font envisager l'imminence d'une perforation. Intervention : on part pour une résection entre deux ligatures après ligature temporaire de la fémorale commune ; au cours de l'intervention le sac se déchire et on pratique alors une endoanévrysmorraphie oblitérante par voie endo-artérielle gênée d'ailleurs par une hémostase insuffisante. La résection de l'anévrysme entre deux ligatures est habituellement considérée comme la solution de facilité. En fait, la voie endo-artérielle se révèle souvent comme la plus pratique, à condition d'avoir une hémostase rigoureuse. La simple ligature temporaire de la fémorale commune est insuffisante pour les gros anévrysmes de la racine de la cuisse. Dos Santos et Leriche préconisent la compression de l'aorte abdominale, le premier par voie transpéritonéale, le second par voie sous-péritonéale de ligature basse du sympathique lombaire.

Pied talus valgus cavus paralytique. Résection cunéiforme sous-astragalienne et médiotarsienne ; transplantation calcanénne des péroniers. — MM. **H.-L. Rocher** et **Rigaud**. Jeune homme de 18 ans présentant de grosses déformations du pied avec paralysie du muscle postérieur de la jambe et impossibilité de la marche. L'intervention consiste à libérer le muscle péronier, à réséquer l'astragale en partie ainsi que l'articulation calcanéo-cuboïdienne. Forage du calcanéum permettant de faire passer le court péronier du côté externe et le long péronier du côté interne. Fixation des deux tendons au fil de lin, le calcanéum étant attiré vers le haut. Fixation par un poinçon des surfaces de résection osseuse. Plâtre de 2 mois. Le malade revu au bout de 5 mois a récupéré un appui solide et l'extension du pied.

La chirurgie de guerre dans le maquis de Dordogne-Centre. — M. **Gaussen**. M. J. **Poinot**, rapporteur. Résumé de l'activité d'une formation chirurgicale dans le maquis de Dordogne-Centre entre le 6 Juin 1944 et la fin du mois l'Août.

Le groupe mobile a pu opérer dans de bonnes conditions, mais en dispersant les opérés pour éviter que les colonnes allemandes ne prennent et ne détruisent les centres d'hospitalisation. Chirurgie faite avec des moyens de fortune et tout à l'honneur de son auteur car, peu outillé, peu approvisionné, il obtint de très bons résultats grâce aux plâtrages des plaies et à l'usage des sulfamides. 60 blessés graves ont été opérés avec 2 décès, dont un fut massacré par les Allemands ; 3 thorax ont, en particulier, guéri parfaitement. La proximité des soins chirurgicaux, le chirurgien allant aux blessés, l'usage des sulfamides et le dévouement du chirurgien, de ses aides et de toute la population civile ont contribué à ces brillants résultats.

J. Poinot.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

(Filiale lyonnaise)

28 Juin 1945.

Gangrène de la verge transformée par la pénicilline en applications. — MM. **J. Gaté, P. Cuilleret** et **J. Pellerat**. Syphilis secondaire fruste, atypique, avec sérologie dissociée, positive d'abord, pour les réaction d'hémolyse, puis seulement pour les réactions de floculation. Lésions gangréneuses de la verge peut-être syphilitiques, peut-être banales. Guérison par la pénicilline, le traitement spécifique ayant été insuffisant pour explique la guérison rapide constatée.

La dermatose prurigineuse de la laine de verre — MM. **J. Gaté, J. Pellerat** et **J. Coudert** décriven cette dermatose professionnelle caractérisée par du prurit et une multitude de petits éléments érythémateux ou légèrement papuleux siégeant sur les parties découvertes voire sur le tronc. Au dermatoscope, débris de verre encastrés dans les sillons interpapillaires ou dans les orifices pileux et sudoripares. L'expérimentation sur la peau

du cobaye avec la laine de verre montre les mêmes faits. Histologiquement, lésions discrètes du derme, prolifération histiocytaire, gaines vasculaires épaissies, dilatations vasculaires en foyer. Pas de laine de verre dans les coupes. Histaminémie augmentée. Antihistaminiques inefficaces sur le prurit. Mesures de protection industrielles à envisager.

Un cas de pityriasis versicolor à forme boutonneuse et papuleuse très étendu. — **M. J. Nicolas.**

Un cas de maladie de Duhring-Brocq avec synéchies oculo-palpébrales et épisclérite bilatérale. — **M. J. Nicolas.**

Prurit scrotal « ferox » avec lésions de grattage mutilantes. Intradermo au Dmelcos positif. Sérologie positive. — **MM. J. Gaté, P. Cuilleret** et **Durant.**

Association de lupus érythémateux et de psoriasis chez une imprégnée tuberculeuse. — **MM. J. Gaté, P. Bondet** et **Breyssel.**

Anneau de sclérose apparente préputiale chez un circoncis rituel, en réalité dilatation kystique sur cicatrice. — **MM. J. Gaté, P. Cuilleret** et **J. Coudert.**

Gonococcie sulfamido-résistante. Septicémie guérie par la pénicilline. — **MM. P. Cuilleret** et **J. Pellerat.**

Nævus verruqueux et linéaire de la nuque. — **M. P. Cuilleret.**

Essais de tubage duodénal dans le psoriasis. — **M. P. Delore.**

Recherches cliniques sur la thérapeutique du psoriasis. Faits nouveaux et hypothèses. — **M. J. Champy** (Dijon).

Quelques réflexions sur la dermatologie dans un camp de concentration. — **M. J. Rousset.**

Syphilides secondaires prurigineuses. — **MM. H. Thiers, J. Racouchot** et **Favre-Gilly.**

Crise acétonémique déclenchée par le novarsénobenzol. — **MM. H. Thiers, J. Racouchot** et **Favre-Gilly.**

Syphilis sérologique cliniquement latente et jamais traitée. Déclenchement d'un vitiligo par le traitement mercuriel et bismuthique mal supporté. — **MM. H. Thiers, J. Racouchot** et **Favre-Gilly.**

Lésions vésiculaires latentes et méconnues au cours d'eczémas rebelles et généralisés chez l'homme. — **MM. H. Thiers, J. Racouchot** et **Favre-Gilly.**

Rhumatisme psoriasique à forme arthrosique. — **MM. H. Thiers, J. Racouchot** et **Favre-Gilly.**

Sclérodermie en plaques chez un goutteux avec rhumatisme chronique déformant. Guérison par le traitement antigoutteux. — **MM. H. Thiers, J. Racouchot** et **Favre-Gilly.**

Grande sclérodermie avec syndrome endocrinien ayant débuté par une hémopathie difficile à classer. — **MM. Paliard** et **H. Thiers.**

Erythème scarlatiniforme récidivant. — **MM. H. Thiers, J. Racouchot** et **Favre-Gilly.**

Végétations vénériennes chez la mère et le nourrisson. — **MM. H. Thiers, J. Racouchot** et **Favre-Gilly.**

Un cas de phytodermatose. — **M. R. Bonnayme.**

Traitement des chancres mous par le Fontamide per os ». — **M. R. Bonnaymé.**

Sycosis vraisemblablement trichophytique pseudoactinomycosique. — **M. R. Bonnaymé.**

Poïkilodermie avec éléments primitifs à type de parapsoriasis érythémato-squameux. — **M. J. Delbos** (Toulon).

P. Cuilleret.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU NORD

28 Septembre 1945.

Ophtalmie sympathique traitée par novocaïnisation cervicale. Guérison. — **MM. Morel, J.-F. Merlen** et **P. François.** Observation d'une ophtalmie sympathique, à type d'iridocyclite torpide survenue 5 semaines après large plaie pénétrante de la région ciliaire, chez un enfant de 11 ans. Les auteurs insistent sur le traitement par novocaïnisation de la chaîne cervicale qui a donné une guérison rapide et totale. Ils pensent que l'augmentation du métabolisme du globe oculaire obtenue par cette sidération sympathique permet à celui-ci de lutter plus efficacement contre l'infection.

Sulfamidothérapie collective et épidémies de dysenterie bacillaire. — **M. A. Breton.** Deux foyers de dysenterie à bacilles de Flexner et de Sonne ont été observés en Juillet 1945 à Dunkerque et à Lille, touchant respectivement des collectivités de 4.800 et 1.150 hommes. 97 malades ont été notés. Les 5.950 sujets ont reçu 10 g. de thiazomide en 4 jours. Cette sulfamidothérapie généralisée a permis d'obtenir :

1° La disparition des épidémies en un temps record de 5 jours ;

2° La guérison de tous les malades — sans séquelle — en un laps de temps de 5 jours en moyenne ;

3° La suppression des porteurs de germes.

Il est à noter— fait paradoxal et non expliqué — que certains malades ont eu une dysenterie alors qu'ils étaient en pleine cure de sulfamidothérapie intensive pour gonococcie et qu'ils ne présentaient aucune sulfamido-résistance. Leurs dysenteries ont été très courtes et bénignes.

Priapisme par thrombo-phlébite, complication de la pneumonie chez un enfant de 12 ans. — **MM. Christiaens, Caron** et **P. Muller.** Priapisme brutal, entraînant l'anurie excrétoire, survenant en pleine septicémie pneumococcique, résistant à l'incision des corps caverneux et nécessitant la cystostomie. Ultérieurement, ophtalmie métastatique et abcès du poumon.

Guérison par les sulfamides avec retour de la verge à un état anatomique normal pour l'âge, en 1 mois environ.

Le priapisme par thrombo-phlébite métastatique paraît quasiment inconnu dans la littérature, malgré que cette localisation puisse être logiquement attendue. Un seul cas comparable avec la notion d'un traumatisme périnéal récent que l'on ne retrouve pas ici.

Sur une association de comitialité, troubles nerveux réflexes et pithiatisme. — **MM. P. Nayrac, M. Fontan** et **P. Goudeman.** Chez un même malade, on assiste simultanément à des absences d'allure comitiale, des troubles amyotrophiques et douloureux extensifs post-traumatiques homomiéliques et à une paraplégie pithiatique. L'origine épileptique des absences est certaine car il y a eu des crises motrices franches. A l'occasion de cette association, les auteurs évoquent les relations de l'épilepsie, des crises diencéphaliques de Penfield, de l'épilepsie réflexe et du démembrement de l'hystérie.

Forme atypique d'encéphalite post-pneumonique chez un jeune enfant. — **M. L. Christiaens.** Au 6e jour d'une pneumonie classique, alors que la fièvre vient de tomber, un bébé de 19 mois entre dans une agitation extraordinaire. En quelques heures s'installe une sorte de paramyoclonus multiplex généralisé. Strabisme intense. Inconscience. Grimacerie incessante. Photophobie. Rétention d'urines. Fontanelle tendue. Babinski bilatéral. Impression de mort prochaine. Pouls incomptable. Température : 36°8. Ponction lombaire normale. En 24 heures, guérison sans séquelles. Les soubressauts ont cessé peu de temps après la ponction lombaire.

L'encéphalite pneumonique est très rare. La forme tardive, celle de la « crise » ou de la convalescence paraît de bon pronostic, aussi dramatiques que puissent être les accidents observés, dès qu'ils ne s'accompagnent pas d'hyperthermie.

R. Pierret.

SOCIÉTÉ MÉDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

15 Mai 1945.

Compression médullaire par arachnoïdite (présentation de pièce et de radiographies). — **MM. V. Nolf** et **P. Michaux.** Présentation d'une pièce d'autopsie : arachnoïdite typique d'étiologie imprécise, chez une malade présentant un syndrome clinique de compression médullaire et une image radiologique lipiodolée caractéristique.

Syndrome d'Adie. — **MM. J. Dereux, Vitou, J. Delarue** et **J. Lemaître** rapportent l'observation d'un cas de syndrome d'Adie longtemps pris pour une syphilis et insistent sur l'importance de faire un bon diagnostic dans ces cas.

Atrophie optique familiale (maladie de Léber). — **MM. J. Dereux** et **J. Lemaître.** A propos de 7 cas de maladie de Léber dans une même famille, les auteurs insistent sur le mode de transmission de la tare, qui atteint ici un pourcentage très élevé de femmes. Ils notent, d'autre part, une amélioration très nette dans un cas et la disparition du réflexe achilléen gauche dans un autre cas.

Contribution à l'étude de l'hypervitaminose D chez l'homme. Hypercalcémie et hypercalciurie chez des pleurétiques après ingestion de fortes doses de stérogyl 15. — **MM. L. Langeron, M. Paget** et **Gaudefroy.** A l'occasion de l'observation d'une pleurétiqu de 34 ans traitée par la vitamine D à hautes doses (2 foi 4 ampoules de stérogyl 15, à 8 jours d'intervalle) qu présenta de l'hypercalcémie et de l'hypercalciurie, le auteurs rapportent 12 cas analogues et cherchent à expli quer la physio-pathologie de ce phénomène. Ils indiquen que cette élimination exagérée de sels de chaux n s'observe, à la suite de la vitaminothérapie intensive D que chez les pleurétiques, pour lesquels il sembl opportun d'éviter ce danger de lithiase urinaire et ce perturbations de l'équilibre calcique.

Note clinique sur un cas de botulisme. — **M. L Langeron, Mlle G. Dubuisson, MM. P. Michaux** e **J. Payenneville** présentent quelques remarques à propo d'un cas récent de botulisme subaigu, survenu aprè absorption d'un jambon américain. Ils attirent l'attentio sur la recrudescence actuelle de cette intoxication e insistent sur la difficulté du diagnostic au début, l'impor tance des examens de laboratoire et l'influence du trai tement.

29 Mai.

Fracture au tiers interne de la clavicule, coïncidant avec une luxation sterno-claviculaire. Brochage central (présentation de radiographies). — **M. H Batteur.** Malade de 25 ans qui a été écrasé, étant couch sur le côté sous une voiture, le cric soulevant cette voi ture ayant lâché. On constate une fracture du tiers intern de la clavicule, avec luxation sterno-claviculaire. Le trai tement a consisté en un brochage central de la clavicule la broche s'étendant à travers tout le fragment intern et pénétrant jusque dans le manubrium.

En terminant, l'auteur décrit l'anatomie pathologiqu de cette fracture rare et envisage le mécanisme de s production.

Œdème post-traumatique des membres inférieurs amélioration par infiltration du sympathique lombaire. — **MM. J. Dereux** et **M. Goudaert** ont traité deu vieillards atteints de gros œdèmes après fractures de membres inférieurs, par des infiltrations du sympathiqu lombaire. Après quelques infiltrations, l'œdème a diminué la douleur a disparu, la marche a été grandement faci litée et la convalescence écourtée.

Sur un cas de lipomatose circonscrite multiple — **MM. C. Lepoutre** et **M. Florin.** Il s'agit d'un homm présentant des tuméfactions multiples, surtout situées au avant-bras, tumeurs d'apparition progressive, sans dou leurs ni signes subjectifs. La consistance est différent suivant les dimensions des tumeurs : les plus volumi neuses sont rénitentes, les petites sont plus dures ; toute sont mobiles, non adhérentes ni à la peau, ni dans le plans profonds.

Ce cas se rapporte à la maladie décrite par Krabbe e Bartels, qu'on peut distinguer de la forme nodulaire d syndrome de Dercum, de l'adénolipomatose de Recklin ghausen.

Le traitement est chirurgical lorsque les tuméfaction atteignent une taille volumineuse. Certains auteurs préco nisent la médication thyroïdienne.

L'examen d'une biopsie montrait un tissu graisseu fin, sans cellules inflammatoires ou anormales.

Sur un cas d'appendicite post-traumatique. — **MM. C. Lepoutre** et **J. Denecker.** Un jeune homme d 18 ans, de santé robuste, sans aucun antécédent appen diculaire, après avoir reçu un coup de timon de voitur dans l'abdomen, présente un syndrome typique d'appen dicite aiguë banale. L'auteur ne croit cependant pas dans ce cas, à la réalité de l'appendicite traumatique. I demande que, pour parler d'appendicite traumatique soient réalisées des lésions typiques, provoquées par l traumatisme. Or, ici, aucune lésion ne peut être spéci fiquement rapportée au traumatisme.

L'auteur insiste, enfin, sur les conséquences médico légales posées par l'appendicite traumatique.

RÉUNION MÉDICO-CHIRURGICALE DE LA PREMIÈRE ARMÉE FRANÇAISE

4 Novembre 1944.

La transfusion sanguine aux armées. — Le médecin lieutenant **Massebeuf** commente quelques chiffres qui donnent une idée de l'importance prise dans le Service de Santé moderne par les Services de Réanimation et de Transfusion.

En Italie, du 11 Mai 1944 jusqu'à la fin de la campagne, sur 13.154 blessés, 30,3 pour 100 ont subi des opérations de transfusion (sang ou plasma).

Les chiffres de la campagne de France ne peuvent encore être fournis. Ils traduisent une nette augmentation de ce pourcentage.

La proportion relative de sang total et de plasma est de 1 de sang à 2,8 de plasma. Depuis le début de la campagne de France cette porportion s'est aussi nettement intensifiée, passant à 1 et même dans certains formations à 1,8 de sang pour 1 de plasma.

Le sang conservé a été largement utilisé : sang en provenance soit du Centre de production d'Alger, soit du Centre de production de l'O.R.T. de l'armée. Les chiffres montrent que les quantités de sang utilisable ont été plus élevées pour le sang venu d'Alger que pour celui de l'armée : 40 pour 100 contre 21,7 pour 100, ce qu'explique bien la plus grande distance du Centre d'Alger.

En France, cette différence s'est précisée et a conduit à l'utilisation exclusive du sang récolté à l'O.R.T. de l'armée.

Le sang conservé aux armées. — Médecin capitaine **Ricard.** Le sang conservé tient une place de plus en plus grande à l'armée.

Après quelques mots d'historique, l'auteur rappell les modifications physiques, chimiques, biologiques, his tologiques qui frappent le sang conservé : ces modifi cations sont progressives et lentes pour la plupart de caractéristiques essentielles. En particulier, si les leuco cytes sont morts au 4e jour, les globules rouges resten nombreux et conservent leur capacité respiratoire jus qu'au 20e jour.

En conclusion, le sang conservé sera utilisable jusqu'a 10e jour.

Il présente un avantage biologique : c'est qu'aprè 24 heures de réfrigération à + 4 il a perdu tout pouvoi contaminant (en conséquence l'examen sérologique de donneurs devenu superflu n'est effectivement plus pra tiqué et ceci jusqu'à présent sans qu'aucun accident ai été observé).

Il présente un avantage pratique : c'est de pouvoi être stocké en quantités considérables et dirigé vers le formations avancées qui utilisent le plus de sang et qu ont le moins de donneurs : à savoir les bataillons médi caux, les F.C.M., les hôpitaux de campagne.

Le sang et les liquides de remplacement dan le traitement du choc chez le blessé de guerre. — Le médecin lieutenant **Fangeaux** rappelle d'abord l schéma de Moon sur le mécanisme de production d choc et en étudie les éléments, en particulier la dimi nution du volume sanguin et l'anoxie.

Il souligne (l'expérience le prouve) qu'on ne peu chez les blessés de guerre se fier à l'hémoglobinimétri pour apprécier un état de choc. Chez ces blessés, saigné

t choqués en même temps, elle oscille presque toujours ans des chiffres sans signification (75 à 80 pour 100)

Les deux manifestations majeures, conclut-il, de l'état e choc deviennent, en dehors des phénomènes purement nerveux, le trouble hydraulique toujours orienté ans le sens de la diminution massive progressive de la nasse circulante et le trouble métabolique tendant toujours vers l'anoxie.

Le traitement comprendra :

1° Des injections liquidiennes intraveineuses. Le plasma st indiqué seul chez les choqués purs et chez les brûlés. Chez les blessés de guerre il y a toujours en plus ou noins hémorragie, « tout ne se passe pas en hydraulique » ; l'apport globulaire a son importance immédiate, en outre le sang total exerce une action hémotatique et hématopoïétique dont est relativement dépourvu le plasma. Donc chez ces blessés si la valeur de plasma est réelle, la tendance est aujourd'hui d'utiliser sauf chez les choqués légers évidemment) du sang.

En fait, le plus souvent, lorsqu'une quantité de liquide très importante (1 litre, 2 litres) est nécessaire, on utilise lu sang additionné de sérum ou de plasma afin d'obtenir 'effet de masse voulu sans introduire une trop grande quantité d'agglutinine étrangère.

L'auteur insiste : 1° sur l'intérêt d'adjoindre chez ces choqués l'oxygénation intensive à la transfusion ; 2° sur a nécessité de ne pas négliger les autres moyens de utte contre le choc : réchauffement, morphine dont 'importance est extrême, mais qui ne sont pas exactement de son sujet.

La transfusion vue par le chirurgien. — Médecin commandant **Curtillet**. 1° *L'attitude du chirurgien en présence du blessé récent, en présence du complexe choc-hémorragie.*

a) *Les indications du sang et du plasma* seraient simples si le diagnostic entre le choc et l'hémorragie était facile. En fait, la valeur des signes cliniques est relative, celle des épreuves hématologiques (hémoglobinimétrie) nulle : les chiffres sans signification de 75 à 80 pour 100 ont de règle, les chiffres de 60, 50 pour 100 ne se voient que chez des blessés de toute évidence très anémiés, les chiffres supérieurs à 100 pour 100 sont rarissimes.

L'anamnèse a davantage d'importance et l'on peut en pratique distinguer :

1° Les blessés non viscéraux (en général des membres et porteurs de garrot légitime) qui ont manifestement beaucoup saigné : l'hémorragie ne fait aucun doute.

2° Les blessés viscéraux graves (thorax et surtout abdomen) qui dans la règle ont beaucoup saigné et doivent être considérés comme des hémorragiques graves.

3° Les autres blessés (membres, troncs non pénétrants). Mis à part ceux dont les blessures sont manifestement hors de proportion avec l'état clinique (ce sont surtout les blessés par mine et qui sont de toute évidence des choqués), il est difficile cliniquement de juger.

L'expérience prouve que dans l'ensemble ces blessés bénéficient plus d'une transfusion de sang que d'une injection de plasma.

Les indications seront donc les suivantes pour ces trois catégories de blessés : *Chez les premiers :* du sang, le plasma a son indication si l'on manque de sang. *Chez les seconds,* dans la réanimation qui précède l'acte opératoire c'est du sang total qui convient, après l'opération on associera selon les constatations opératoires le sang et le plasma. *Chez les troisièmes,* il est en général préférable de faire du sang avec ou sans plasma associé ; le plasma seul étant réservé aux choqués certains et aux blessés légers.

b) *A quel moment la transfusion et la plasmathérapie peuvent-elles et doivent-elles être faites ?*

Quand doit-on faire une « *réanimation isolée* », c'est-à-dire en avant de l'échelon chirurgical ? Il faut répondre à la question pour chacune des trois catégories de blessés distinguées :

1° Chez le grand hémorragique externe qui ne saigne plus, la transfusion peut être un acte primordial, décisif à lui seul. La transfusion isolée au sang ou, à défaut de sang, au plasma indiquée.

2° Chez l'abdominal, la transfusion isolée est à condamner : ni injection de plasma, ni même transfusion de sang si le chirurgien n'est pas là pour opérer aussitôt.

Chez le thoracique le problème se pose de la même façon, moins strictement toutefois. La réanimation isolée a ses indications. Il faut alors préférer le sang au plasma.

3° Chez les autres blessés la réanimation isolée peut être indiquée, elle est parfois de décision délicate. On a vu des blessés une fois déchoqués refaire un choc difficile à remonter ou irréversible. On est tenté de réserver la réanimation isolée soit aux choqués très graves qui apparaissent vraiment intransportables, soit aux légers qui pourront ensuite subir le transport plus ou moins long vers le deuxième échelon chirurgical.

2° *L'attitude du chirurgien en présence des états infectieux, toxiques et anémiques, secondaires et tardifs.*

Outre les indications bien classiques des grands infectés, des brûlés à la période secondaire et des anémiques secondaires, il y a lieu d'insister sur la *gangrène gazeuse* qui est apparue comme une importante indication de la transfusion sanguine.

3° *Les doses.* — Les quantités de liquides utilisées sont variables ; il convient seulement de préciser l'usage fréquent de *doses importantes.* Les doses de 1 litre et même 2 litres ou davantage de liquide, ou même de sang, ne sont pas rares.

La transfusion pour gangrène et infections tend aussi à dépasser largement les doses dites stimulantes ou anti-infectieuses de 250 à 300 cm^3 utilisées jusqu'ici.

4° *Points de technique.* — La vitesse d'injection doit être variable : injection rapide au début (après les premiers centimètres cubes de test) 60 cm^3-minute chez les grands hypotendus ; lente lorsque la tension est remontée.

Il faut signaler la valeur, comme voie d'introduction, de la *veine fémorale profonde* qui est de plus en plus utilisée et a pratiquement supplanté la dénudation des veines du bras.

5° *Utilisation tactique des liquides biologiques.* — On peut distinguer trois échelons :

a) *Celui de la réanimation isolée* où l'on utilise le plasma (dans les postes avancés) et aussi le sang conservé (dans les Compagnies de triage et traitement).

b) *L'échelon du traitement chirurgical primaire* où les besoins de sang sont massifs, les donneurs peu nombreux : échelon du sang conservé.

c) *L'échelon des hôpitaux de base* où les besoins sont moindres, le personnel plus nombreux, où le sang frais peut être utilisé, le sang conservé étant réservé à des nécessités particulières.

25 Février 1945.

De la pénicilline dans les infections de guerre.

Quelques observations de mycothérapie dans les blessures cranio-cérébrales et leurs complications infectieuses. — Médecin commandant **Stricker**. Sur 60 observations de blessés traités par la pénicilline, l'auteur en retient 38.

A. 22 blessés ont reçu de la pénicilline *préventivement* sur lesquels 19 ont guéri sans suppuration. Cas de blessure associée des cavités nasales (7 cas), plaies paraissant particulièrement souillées (7 cas), cas à reprendre après intervention incomplète (2 cas), hernie cérébrale non infectée (2 cas).

Quatre traités préventivement de la même façon ont fait une suppuration grave avec 2 morts et 2 guérisons.

B. D'autres blessés ont reçu de la pénicilline à *titre curatif.*

a) Trois vus tardivement et infectés à ce moment, reçurent d'emblée de la pénicilline poursuivie ensuite pendant une quinzaine de jours.

Dans tous les cas on trouve une bouillie cérébrale vilaine, des corps étrangers et dans un cas une grave réaction méningée. Tous les cas guérissent simplement.

b) Trois blessés vus dans des conditions comparables présentant l'un une franche suppuration très fétide, un autre une association strepto-aéroanaérobie aérofétide, un autre une association staphylo-perfringens. Seul le second mourut. Le traitement avait consisté en pénicilline locale, générale et sulfamides.

c) Puis voici 12 cas d'infection déclarée dans les suites opératoires, abcès, méningite, hernies, particulièrement intéressants puisque tous étaient soumis depuis le commencement de l'opération à un traitement sulfamidé régulier.

Sur 9 cas que l'auteur étudie (dont 4 infectés à streptocoques, 5 à staphylocoques et 1 à germes non déterminés) 4 sont morts et 5 ont guéri.

Comme ces blessés ont tous reçu à certains moments des sulfamides et ont presque tous (8) été réopérés, il n'y a pas là d'observations démonstratives. Cependant l'auteur conclut que des 4 décès, 1 seul peut vraiment être considéré comme un échec de la pénicilline. Par ailleurs l'analyse des observations des 5 autres permet de penser que les blessés n'auraient pas guéri sans la pénicilline.

d) Deux cas de réaction méningée, l'un amicrobien d'après les examens, l'autre à staphylo-strepto ont guéri après traitement à la pénicilline.

L'auteur conclut de tous ces faits : que la pénicilline est un médicament de tout premier ordre dans les plaies de guerre du cerveau. Il insiste sur la supériorité de la voie intraventriculaire et intrarachidienne sur la voie intramusculaire

Blessures du cerveau et de la moelle traitées par la pénicilline. — Le médecin sous-lieutenant **Lepeintre** et le médecin lieutenant **Messerschmidt** rapportent :

a) Un cas de plaie infectée au *perfringens* guéri par la pénicilline locale et générale intramusculaire et en perfusion intraveineuse.

Un cas de plaie infectée ou *sporogenes* traitée par pénicilline locale, générale par voie intramusculaire et en perfusion intraveineuse et guéri.

Un cas de plaie infectée à strepto et *clostridium fallax* a été traité par pénicilline locale et générale. Disparition des germes du liquide céphalo-rachidien, mort (due à l'importance des dégâts).

Un cas infecté à staphylo-strepto. Pénicilline locale et générale intramusculaire puis en perfusion. Guérison.

b) Six cas de méningite (2 à staphylo, 3 à strepto, 1 à staphylo-strepto) ont tous guéri.

La guérison semble due dans 2 cas à l'adjonction de la pénicilline locale à la pénicilline intramusculaire, dans 1 cas à la substitution de la pénicilline intramusculaire aux sulfamides.

c) Six abcès : 3 guéris, 3 morts, 1 abcès manifesté le 10e jour après l'opération, à *perfringens* guérit en quelques jours par ponction et pénicilline locale (10.000 U. O. quotidiennement).

1 abcès, à *perfringens* survient au 7e jour malgré la pénicilline intramusculaire commencée le 2e jour.

Guérison par ponction avec injection locale (10.000 U. O. quotidiennes).

1 blessé arrivé très infecté à *perfringens* développe un abcès et meurt, malgré la pénicilline locale.

1 blessé fait, 24 heures après l'opération, une méningite à *perfringens* puis, malgré pénicilline intramusculaire et intraveineuse, un abcès avec hernie.

1 autre blessé est mort dans des conditions comparables.

1 blessé est en voie de guérison.

Les auteurs, forts de cette expérience, utilisent la pénicilline préventive locale (100.000 U. O. en poudre) dans les cas manifestement infectés ou suspects et la pénicilline curative toutes les fois qu'une infection se déclare.

Les voies et les doses sont :

La voie intramusculaire aux doses de 160.000 à 200.000 U. O. par 24 heures. La voie intraveineuse en perfusion. 150.000 U. O. dans 1 litre de sérum qui passe en 8 heures. La voie locale chaque fois qu'elle est possible : 10 à 20.000 U. O. quotidiennes dans le foyer septique.

S'il y a un abcès net : ponction et injection de 100.000 U. O. dans 2 cm^3 de sérum. Dans les méningites, les trois voies : lombaire, cisternale, ventriculaire.

Dans les plaies juxta-ventriculaires, la voie intraventriculaire s'impose.

Le traitement est prolongé pendant 2 ou 3 jours après la guérison apparente.

Les auteurs signalent des hyperthermies dues à la pénicilline.

Ils concluent : « La pénicilline est un agent antimicrobien puissant dans toutes les infections post-traumatiques du système nerveux central et constitue actuellement le meilleur adjuvant thérapeutique en neuro-chirurgie de guerre. »

Méningite à pneumocoques traitée par la pénicilline et guérie. — Médecin lieutenant **Curtillet**. Méningite à pneumocoques à évolution suraiguë (après 12 heures) secondaire à une fracture par accident de l'étage antérieur.

Stérilisation du liquide céphalo-rachidien 18 heures après la première injection intrathécale (soit après 50.000 U. O. introduites par les voies rachidienne, cisternale et ventriculaire).

Persistance d'un coma complet avec abolition complète de la déglutition pendant 48 heures. Régression des symptômes à partir de ce moment. A reçu pendant ce temps 230.000 U. O. de pénicilline par les trois voies rachidienne, cisternale et ventriculaire ; a subi une trépanation sinusienne. L'influence de la thérapeutique sulfamidée ne peut être invoquée. Guérison complète.

Sur l'action de la pénicilline. — Le médecin commandant **Delvoye** et les lieutenants **Note, Roigt, Stephani** et **Houel** apportent plusieurs observations intéressantes :

o) Un cas de plaie infectée à anaérobies de la main : un cas de double plaie infectée à anaérobies de la cuisse ;

b) Cinq observations de blessures thoraciques.

Les auteurs concluent sur l'effet certain de la pénicilline dans tous ces cas. La chute de température, la réascension après un arrêt prématuré de la pénicilline, la chute à nouveau après reprise du traitement ont été particulièrement évidentes dans certains cas.

La pénicilline dans le traitement des plaies de l'abdomen. — Le médecin commandant **Baumann** et le médecin capitaine **Bourgeon**, dans une première série de 152 blessures de l'abdomen, n'ont utilisé que les sulfamidés. Dans leurs 67 derniers cas de blessures de viscères creux ils ont utilisé la pénicilline. La première injection de pénicilline est faite lors même de l'intervention. Les injections (intramusculaires) sont poursuivies régulièrement. La dose est de 300.000 U. O. par 24 heures.

a) Globalement les résultats n'ont pas été améliorés ;

b) Dans les infections péritonéales déclarées (malgré le traitement bactériostatique préventif) aucune guérison n'a été obtenue ;

c) Les infections pariétales n'ont jamais paru évoluer de façon particulièrement favorable.

En conclusion : pas d'effet notable.

De l'emploi de la pénicilline dans les fractures ouvertes des membres. — MM. **Arnulf, Ferrand** et **Boquet** pensent que dans les cas difficiles pour lesquels le traitement orthopédique s'avère insuffisant, l'emploi de la pénicilline permet d'envisager à nouveau l'usage de l'ostéosynthèse qu'il est jusqu'ici classique, et à juste titre, de condamner.

Les auteurs apportent 10 cas d'ostéosynthèse tous anciens de plus de 50 jours et dont l'évolution est jusqu'ici un succès.

La pénicilline dans les plaies articulaires. — MM **Arnulf, Gogland, Tardieu** et **Temlay**. Sur 60 plaies articulaires dont 33 avec lésion osseuse, 50 ont évolué simplement, 6 ont présenté des signes d'arthrite. Dans ces 6 : 3 aseptiques ont évolué vers la guérison, un cou-de-pied opéré au 4e jour et un cou-de-pied insuffisamment paré à l'avant ont nécessité une astragalectomie, un genou a nécessité une résection secondaire faite à froid après un mois.

La pénicilline dans les infections gangréneuses des membres. — Médecin commandant **E. Curtillet**. Les effets de la pénicilline dans les infections à anaérobies des membres ne sont pas aussi frappants que dans d'autres domaines.

En aucun cas la pénicilline n'a été utilisée seule. Un traitement chirurgical, amputation ou débridement et souvent un traitement sulfamidé et sérothérapique ont été mis en œuvre simultanément.

On peut dire cependant que si aucune des observations n'est scientifiquement démonstrative, il n'en ressort pas moins de leur ensemble l'impression que la pénicilline est susceptible d'influencer très favorablement des cas d'infection à anaérobie où les autres traitements ont plus ou moins échoué.

Traitement de 4 cas de suppurations pleurales ou pleuro-pulmonaires par la pénicilline. — Médecin commandant **Bru**, lieutenants **Israël** et **Pérus**.

Un cas d'épanchement pleural à streptocoque traité par la pénicilline et guéri sans intervention. — Médecin capitaine **H. Gauthier**.

E. Curtillet.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE
STOMATOLOGIE
PUBLIÉES PAR LES SOINS DE M. DECHAUME

Etat bucco-dentaire et grossesse

En 1942, l'Institut National d'Hygiène organisait une « Enquête sur la maternité et certaines conditions de la vie actuelle » de laquelle nous voudrions dégager quelques enseignements concernant les relations entre l'état bucco-dentaire et la grossesse.

Pour donner plus de précision aux résultats concernant les examens bucco-dentaires, nous n'avons retenu que ceux pratiqués par la même personne. C'est pourquoi, tandis que l'enquête sur la maternité a porté sur 2.500 femmes, nous n'avons pu examiner personnellement que 540 primipares et multipares âgées de 15 à 45 ans, venues consulter ou accoucher à Baudelocque et à la Maternité dans les services du Prof. Couvelaire et du Prof. agrégé Lacomme.

Ainsi nous sommes arrivés aux conclusions suivantes :

I. *L'état dentaire des femmes enceintes à Paris est lamentable.* — Il est facile d'objectiver cet état par le calcul du coefficient masticatoire (chaque dent a une valeur spéciale : 1 pour les incisives, 2 pour les canines, 3 pour les prémolaires, 5 pour les molaires; on totalise les points représentés par chacune des dents ayant une antagoniste sur la mâchoire opposée. L'individu normal a un coefficient masticatoire de 100, l'édenté de 0). Nous avons trouvé :

169 femmes avec un coefficient masticatoire compris entre 80 et 100, soit 30 pour 100;

209 femmes avec un coefficient masticatoire compris entre 50 et 80, soit 40 pour 100;

162 femmes avec un coefficient masticatoire égal ou inférieur à 50 pour 100, soit 30 pour 100.

Ainsi apparaît le nombre considérable de femmes dont la fonction masticatoire est perturbée à une période où, justement, les besoins de l'organisme sont plus pressants du fait de la grossesse. 30 pour 100 d'entre elles seulement peuvent assurer cette fonction masticatoire dans des conditions normales. Pour les autres, 47 seulement avaient des appareils de prothèse mobile, fort imparfaits et ne jouant souvent qu'un rôle esthétique.

Bien plus, ce coefficient masticatoire ne renseigne pas exactement sur l'état des dents qui subsistent : il les suppose saines, alors qu'en réalité nous avons trouvé :

265 femmes, soit 49 pour 100, avec 1 à 5 caries à traiter;

161 femmes, soit 30 pour 100, avec 5 à 10 caries à traiter;

56 femmes, soit 10,3 pour 100, avec plus de 10 caries à traiter;

58 femmes, soit 10,7 pour 100, sans soins à faire.

Pour ces 58 dernières, bien que ne nécessitant pas de soins, les dentures n'étaient pas parfaites puisque :

9 avaient un coefficient masticatoire inférieur à 50;

14 avaient un coefficient masticatoire entre 50 et 80;

25 avaient un coefficient masticatoire entre 80 et 100;

10 avaient un coefficient masticaloire de 100.

Ainsi, en résumé, sur 540 femmes, on peut considérer que 35, soit 6,4 pour 100, ont un état bucco-dentaire satisfaisant ;

10,7 pour 100 n'ont pas besoin de soins dentaires ;

42 pour 100 n'ont eu aucun soin dentaire.

Ces résultats sont comparables à ceux donnés en 1932 par Lemeland.

En outre, 139 sur les 540 présentaient des gingivites d'intensité variable.

II. Il est intéressant de chercher à préciser *les relations entre la carie et la grossesse, de découvrir les causes générales de la carie, de vérifier les conséquences des infections bucco-dentaires.*

1° *Carie dentaire et grossesse.* — La question de l'action de la grossesse sur la carie dentaire mérite d'être posée puisque, tout récemment, elle était niée par des auteurs américains et en France par Roy. Malheureusement cette étude se heurte à de nombreuses difficultés. Il faudrait pouvoir éliminer tous les facteurs généralement invoqués comme causes favorisant la carie et qui ont pu agir sur certaines femmes et non chez d'autres (hérédité, alimentation, facteurs glandulaires, vitamines, influences pathologiques diverses...). D'autre part, nous ne connaissons pas la date d'apparition de la carie gravidique, si elle existe; et il est difficile de dépister les lésions à leur début. Enfin, quel est le rôle de l'allaitement ?

Nous avons, d'une part, essayé de voir les femmes au début, puis à la fin de la grossesse pour rechercher les lésions nouvelles. Sur 30 femmes environ, nous n'avons pas une fois mis en évidence quelques caries nouvelles depuis le début de la grossesse. D'ailleurs, rien ne nous aurait permis d'affirmer que ces caries ne se seraient pas développées en dehors de toute grossesse.

D'autre part, nous avons établi une statistique en comparant des primipares et des multipares d'âge sensiblement égal. Elle nous a montré que les primipares sont toujours plus nombreuses que les multipares à avoir des coefficients masticatoires élevés; les multipares dominent au contraire dans les coefficients les plus bas.

Ces résultats, s'ils n'ont pas la valeur indiscutable d'une enquête très étendue, semblent prouver l'action favorisante de la grossesse sur la carie dentaire. Malheureusement, nous n'avons pas eu les éléments pour préciser la part qui revenait à la grossesse et celle de l'allaitement.

2° *Causes générales de la carie.* — L'enquête nous a permis d'étudier un certain nombre de facteurs :

A. D'après les chiffres recueillis, il est impossible d'établir une corrélation quelconque entre le taux globulaire et la carie. Il nous a paru difficile de tenir compte des seules données médicales non appuyées par une mesure du métabolisme de base pour affirmer le rôle de la fonction thyroïdienne.

De même, nous n'avons pas pu tirer des conclusions nettes sur le rôle de la tuberculose.

B. Par contre *l'influence de l'état social* apparaît évidente puisque la proportion des coefficients de mastication inférieurs à 50 pour 100 est nettement plus élevée lorsque les ressources diminuent (ressources propres à la mère adoptées par l'Institut National d'Hygiène pour son enquête générale; ces ressources étaient calculées d'après les ressources par mois de la famille, évaluées elles-mêmes par les assistantes sociales. Seules ont été retenues les réponses assez précises).

12,9 pour 100 pour des ressources de 1.500 à 2.000 fr. ;

14,3 pour 100 pour des ressources de 1.000 à 1.500 fr. ;

37,9 pour 100 pour des ressources inférieures à 1.000 fr.

Par contre, plus les ressources sont élevées, plus les femmes conservent des coefficients satisfaisants :

27,7 pour 100 pour celles qui ont des ressources de 1.000 fr. ;

52,1 pour 100 pour celles qui ont des ressources de 1.500 à 2.000 fr.

Ces chiffres semblent donc montrer nettement une relation entre l'état dentaire et les ressources. Cette insuffisance de ressources peut agir en modifiant l'alimentation (malheureusement l'enquête alimentaire est difficile) ou en permettant les soins dentaires. Il est bien évident en effet que ceux-ci faits correctement et régulièrement arrêtent l'évolution de la carie et préviennent l'éclosion de nouvelles caries. Et comme la presque totalité des femmes étaient assurées sociales ceci montre qu'il y a encore beaucoup à faire au point de vue social dans l'organisation des soins dentaires.

C. *Rôle du pH salivaire et du pouvoir-tampon.* — Nos recherches poursuivies avec Viscontini dans le laboratoire du Prof. Machebœuf, nous ont conduit aux conclusions suivantes (avec le régime alimentaire de 1943) :

1° *pH salivaire et caries dentaires.* — Chez les individus normaux, hommes, femmes, enfants, indemnes de toute carie dentaire, la moyenne du pH salivaire est de 7,07. Chez les individus en bonne santé apparente, mais avec de nombreuses caries dentaires, la moyenne est identique : 7,00 pour les femmes et 7,07 pour les hommes.

Il est donc possible de conclure que la carie dentaire ne semble pas influencée par le pH salivaire ce qui conduit à exclure la possibilité d'une action directe du milieu extérieur sur l'apparition de la carie dentaire.

2° *Pouvoir-tampon et caries dentaires.* — De même la variation du pouvoir-tampon de la salive n'influe pas directement sur l'apparition des caries puisque les moyennes trouvées chez les individus sains (28,7 chez les femmes, 30,6 chez les hommes) ne diffèrent pas notablement de moyennes trouvées chez les individus porteurs de caries (27,7 chez les femmes, 29,0 chez les hommes).

3° *pH, pouvoir-tampon et caries suivant l'âge.* — Il n'y a pas de variation nette du pH salivaire et du pouvoir-tampon suivant l'âge du sujet, qu'il soit porteur de caries ou non.

4° *pH et pouvoir-tampon en fonction de la grossesse.* — La grossesse modifie nettement la moyenne du pH salivaire et du pouvoir-tampon puisque les chiffres sont respectivement de 6,71 et 25,7 chez les femmes enceintes qui n'ont pas de caries, de 6,5[illegible] et 22,1 chez celles qui en ont de nombreuses.

5° *pH salivaire et morbidité.* — Les femmes enceintes ne sont pas seules à présenter un pH salivaire relativement bas. Les enfants atteints d'une affection médicale ou chirurgicale que nous avons pu examiner avaient également un pH salivaire notablement inférieur à 7.

Donc, si la grossesse a un rôle quelconque dans l'étiologie de la carie dentaire, il ne faut pas en rechercher l'explication au niveau du milieu buccal lui-même, mais bien dans une modification de l'état général de la femme enceinte. Le rôle des vomissements hyperacides n'est pas à retenir : ils ne sont pas la cause de la carie, mais peut-être un phénomène concomitant, sous la même dépendance de troubles sympathiques.

6° *Les conséquences pathologiques de ces infections bucco-dentaires* n'ont pas apparu avec netteté. Mais il ne faut pas en rejeter la possibilité, car l'enquête n'a pas été conduite avec assez de précision dans ce sens.

M. Dechaume et Mme Wapler-Marie.

CHRONIQUES

Relations culturelles entre les Médecins d'Amérique latine et les Médecins de France

La France est-elle toujours aussi aimée en Amérique latine ? Telle est la question que me posent les médecins français qui, avant cette guerre, ont eu le bonheur de pouvoir apprécier la cordialité de l'accueil des médecins latino-américains.

Elle est encore plus aimée qu'autrefois.

Elle est plus aimée parce qu'elle apparaît à nos amis d'Amérique latine comme un être cher qu'on a failli perdre, qui a fait passer de longs mois d'angoisse sans que l'on pût entendre le son de sa voix ni écouter le rythme de son cœur, et que tout à coup on retrouve, le corps et l'esprit plus sains qu'ils n'étaient avant les jours où l'on crut à son agonie.

La France n'est pas seulement plus aimée, elle est plus estimée que jadis. La figure du général de Gaulle, les faits héroïques de la Résistance, la libération de Paris ont contribué à relever le prestige de la France à un point tel que jamais notre pays ne fut aussi admiré qu'il l'est aujourd'hui.

On ne pourra dire assez le délire d'enthousiasme qui s'empara des populations de Montevideo, de Buenos-Aires, de Santiago du Chili, de Mexico et de toutes les capitales sud-américaines quand la nouvelle fut apprise de la libération de Paris : ce 25 Août 1944 scellera à jamais l'union fraternelle de la France et des nations latino-américaines.

Quand on parcourt l'Amérique, d'origine espagnole ou portugaise, on acquiert vite la notion que le monde médical est le principal foyer de sympathie pour la France.

Les médecins de ces pays sont attirés vers la France parce que, pour la plupart, non seulement ils ont étudié dans des livres français et se sont nourris de notre littérature médicale, mais encore parce qu'ils ont les mêmes façons de penser que nous : rien en notre esprit ne les déconcerte, tout s'accorde entre notre sensibilité spirituelle et la leur.

Les médecins d'Amérique latine amis de la France ont manifesté d'une façon émouvante à la mission française leur ardent désir de renouer avec notre pays les liens culturels interrompus depuis 1940 et de les rendre beaucoup plus étroits qu'ils n'étaient avant la guerre. Ils le désirent sentimentalement, ils en sentent aussi l'impérieuse nécessité. Car le français est beaucoup moins parlé qu'il y a vingt ans en Amérique du sud, d'où résulte une régression de notre culture au profit de la culture nord-américaine.

Les Sud-Américains se rendent compte que la culture latine est en péril. Voici ce que nous disait le Dr Oscar Trelles, l'un des plus éminents médecins latino-américains, ancien interne des Hôpitaux de Paris et professeur à la Faculté de Médecine de Lima :

« Nous ne pouvons pas taire notre angoisse d'hier et notre crainte d'aujourd'hui. Angoisse d'hier, lorsque paraissait presque certaine l'éclipse pour « mille ans » de l'éclat lumineux qui irradie de Lutèce, angoisse plus profondément triste encore en la concevant dans sa terrible réalité, en pensant qu'un homme comme Thierry de Martel, grand parmi les grands, sans peur et sans tache, avait préféré mourir plutôt que de supporter le destin qui se présentait.

« C'est pour cela que nous comprenons mieux la qualité morale, la lutte redoutable, le courage constant qu'ont signifiés la Résistance.

La crainte du présent est que la distance et les hasards de cette situation difficile persistent dans cette œuvre destructrice qui s'est fait sentir, parmi nous, depuis quelque temps déjà. Hier encore, nous avions une culture essentiellement française qui s'est dissipée peu à peu, en présence de l'indifférence des uns et de l'abandon des autres, et, en échange, nous avons acquis une façon de vivre, dans laquelle ce qui est matériel prétend se substituer à la primauté de ce qui est spirituel, avec une transformation de valeurs que nous ne pouvons admettre. Hier encore, le français s'enseignait dans nos collèges. Hier encore, l'élite de nos hommes et femmes s'instruisait dans des écoles françaises. Nous ne pouvons pas taire l'anxiété qui nous étreint à l'idée que notre vie spirituelle paraît se mouvoir aujourd'hui entre un monde saxon déjà présent et un monde slave qui s'annonce. Nos regards avides cherchent le monde latin qui se trouve au loin. Ce sentiment de latinité, qui est la base même de notre personnalité, de nos mœurs et de notre esprit, cette latinité merveilleuse, qui fleurit au bord de la Méditerranée occidentale et que la France incarne avec tant de justice, est notre foyer d'attraction : ce n'est pas en vain que nous nous appelons des Latino-Américains. »

C'est la même idée qu'exprimait à La Havane le Dr Cesar Carvallo y de Aragon :

« Nous devons lutter, médecins français et médecins d'autres pays formés dans les idées de la médecine française, pour que celle-ci ne puisse être méconnue ou délaissée dans nos pays d'Amérique latine. »

Dans tous les pays d'Amérique latine, aussi bien au Brésil qu'en Uruguay, en Argentine, au Chili, au Pérou, en Equateur, en Colombie, au Vénézuéla, au Mexique, à Cuba ou en Haïti, se manifeste la même anxiété : la culture latine va-t-elle disparaître ? « Si la France nous abandonne, c'en est fini de notre civilisation. »

Je voudrais pouvoir citer ici les émouvants discours que j'ai entendus dans tous ces pays dont les citoyens se sentent les fils spirituels de la France. On se tourne vers nous, on nous appelle, on nous sollicite de prendre la tête de la latinité pour défendre la commune culture latine.

Certes, les Latino-Américains ne méconnaissent pas tout ce que l'on doit à la médecine nord-américaine, ils admirent ses prodigieux apports en ces dernières années et ils s'inspirent des progrès inouïs réalisés par elle dans le domaine de la technicité; mais ils appréhendent que l'esprit latin disparaisse un jour, cet esprit fait de clarté, d'ordre et de mesure, qui a le sens du général, qui en médecine considère *l'individu* et se plaît à trailer la clinique suivant la méthode cartésienne.

Rester en liaison étroite avec la France et créer de larges courants entre la médecine française et la médecine latino-américaine, tel est l'ardent désir de nos amis. Tel est aussi le nôtre.

Pour réaliser ce vœu, il est apparu aux médecins latino-américains qu'outre les apports de livres et de journaux médicaux, le séjour de boursiers en France, les échanges réalisés par les Instituts de haute culture et les missions de professeurs, il fallait constituer des *associations d'amis de la médecine française*. C'est ainsi qu'ont été créées, pendant le passage de la mission française, dans la plupart des pays d'Amérique latine, des sociétés médicales qui feront connaître notre médecine et seront en rapport constant avec les maîtres des Universités de France.

Les buts de ces sociétés sont nettement définis par l'Association franco-brésilienne, fondée par les Professeurs Miguel Osorio de Almeida, Clementino Fraga, Aloysio de Castro, Austregesilo, Carlos Chagas, Olympio da Fonseca, Manuel de Abreu, association que je prends à titre d'exemple. Les voici : « 1° Réunir les médecins et les étudiants en médecine du Brésil afin de stimuler de leur part une action intellectuelle, tendant à maintenir les écoles médicales et chirurgicales dans l'esprit de la culture latine et particulièrement française; 2° créer des filiales de l'Association dans toutes les villes universitaires du Brésil; 3° créer avec les médecins de France un organisme similaire, destiné à intensifier l'interchange scientifique entre la France et le Brésil. »

A Buenos-Aires, les professeurs Mariano Castex, Bonorino Udaondo et Bernardo Houssaye envisagent, en plus, la création d'une Maison de la Médecine française où l'on ferait des conférences et où les étudiants trouveraient des salles de lecture.

Dans notre pays ont été créées, en ces dernières semaines, sous l'égide du Doyen de la Faculté de Médecine de Paris et de l'A.D.R.M., des associations similaires d'amis de la médecine latino-américaine. Ainsi pourront s'effectuer les échanges si souhaitables entre les médecins d'Amérique latine et ceux de France.

Chaque association française parallèle à une association latino-américaine sera en rapport avec les médecins du pays ami, fera connaître l'activité médicale de la France, accueillera les étudiants venant d'Amérique latine et les dirigera dans le choix de leur service hospitalier, tout en les aidant moralement pendant leur séjour dans les Universités françaises; elle recevra dignement les médecins d'Amérique latine, les conseillera et organisera pour certains maîtres des conférences à la Faculté ou dans des services hospitaliers.

C'est, on le voit, un vaste échange intellectuel que l'on se propose d'établir entre médecins latino-américains et médecins français. Ainsi seront réalisés les vœux de nos amis dans ces pays qui sont d'autant plus chers à la France qu'ils lui sont restés attachés pendant les années terribles.

PASTEUR VALLERY-RADOT.

LA RÉORGANISATION de la lutte contre la Tuberculose

La loi Léon Bourgeois sur les dispensaires, promulguée en 1916, suivie trois ans après de la loi Honnorat sur les sanatoriums, a introduit pour la première fois le mot *tuberculose* dans la législation française. Avant l'application de ces deux lois, les quelques organismes antituberculeux existants vivaient pour ainsi dire isolés et leur action, d'ailleurs fort restreinte, s'exerçait sans aucun programme concerté. Cette charte antituberculeuse, appliquée sous l'égide du Comité National de Défense contre la Tuberculose, a favorisé, au cours de ces vingt dernières années, la création de nombreux organismes. Elle a contribué à abaisser de 38 pour 100 notre mortalité tuberculeuse, qui était au début du siècle de 229 pour 100.000 habitants et qui est aujourd'hui de 141. Si appréciable que soit ce résultat il n'en reste pas moins que de tous les pays d'Europe notre pays est, avec la Tchéco Slovaquie et la Bulgarie, l'un de ceux où la mortalité tuberculeuse est la plus élevée; elle est trois fois supérieure à celle de la Hollande et quatre fois plus grande que celle du Danemark. C'est pourquoi les pouvoirs publics se sont préoccupés de prendre des mesures cohérentes et rénovées afin d'accroître le rendement de notre action antituberculeuse.

Ces mesures sont de deux sortes : les unes indirectes visent à accroître la résistance de la population par l'application plus rigoureuse des règles de l'hygiène collective et individuelle et par l'amélioration des conditions de l'habitat, de l'alimentation et du travail et se résument dans la notion de l'élévation du standard de vie; les autres directes ont pour but la protection contre l'agent causal de la maladie, grâce au fonctionnement des divers organismes de notre armement antituberculeux; c'est afin d'accroître son rendement qu'une Commission composée de phtisiologues et de juristes et présidée par le Secrétaire général de la Santé publique, qui en a été le vigilant animateur, a élaboré de nouvelles dispositions relatives à notre législation antituberculeuse, réunies dans l'Ordonnance récente sur la réorganisation de la lutte contre la tuberculose [1] qui abroge la loi de 1916 sur les dispensaires et la loi de 1919 sur les sanatoriums ainsi que l'acte dit loi du 1er Février 1943 relatif à la réorganisation et au rôle des dispensaires antituberculeux.

C'est une vérité première d'affirmer que le rendement des organismes antituberculeux est subordonné à la valeur du phtisiologue qui les dirige. Dans l'ancienne législation le Comité privé ou l'Office départemental ne disposait pas le plus souvent d'une compétence technique suffisante pour mener à bien sa tâche. Pendant la période de l'entre-deux guerres de nombreux organismes ont été créés au hasard des initiatives locales, en dehors d'un plan rationnel. La nouvelle organisation prévoit dans

1. *Ordonnance n° 45-2378 du 31 Octobre 1945*, relative à l'organisation et au fonctionnement de la lutte contre la tuberculose (*J. O.* du 1er Novembre 1945).

chaque département la création d'un poste de *médecin phtisiologue départemental* ayant le contrôle technique de tous les organismes antituberculeux, quelle que soit la collectivité publique ou privée dont ils dépendent. Il est le chef du centre hospitalier de phtisiologie qui doit exister dans chaque département. Sa tâche médico-sociale est facilitée par la présence auprès de lui et sous ses ordres d'une assistante sociale spécialisée qui contrôle l'activité des assistantes sociales contribuant directement ou indirectement à la lutte contre la tuberculose. Un Comité antituberculeux d'entr'aide et d'éducation sanitaire a pour but de secourir les familles de tuberculeux nécessiteuses et d'organiser la propagande.

Dans chaque région sanitaire un *médecin consultant régional de phtisiologie* désigné par le Ministre et dont le rôle est exclusivement technique, est chargé d'orienter et de coordonner la lutte antituberculeuse dans la région et il rend compte de son activité au Directeur régional de la Santé; un décret précisera sa désignation et sa mission.

Enfin comme les médecins qui ont la charge d'assurer le fonctionnement des organismes antituberculeux, publics ou privés, affectés à des assurés sociaux ou à des non-assurés, à des assistés ou non, sont appelés à soigner des malades atteints de la même affection et nécessitant les mêmes soins, leur compétence doit présenter les mêmes garanties. Ils doivent avoir satisfait aux épreuves du concours d'aptitude aux fonctions de *médecin des services antituberculeux*.

Les médecins des organismes privés et assimilés (dispensaires et établissements de cure et de prévention) qui n'ont pas encore obtenu l'agrément du Ministre de la Santé publique devront en faire la demande dans le mois qui suivra la publication du décret déterminant les formes et les conditions de cet agrément, ainsi que les conditions de l'obtention de ce titre. Des règlements d'application fixeront le recrutement ou l'agrément du médecin phtisiologue départemental et les conditions dans lesquelles il pourra être fait appel à des chirurgiens thoraciques.

Jusqu'à ce jour les *dispensaires* étaient créés sans plan rationnel; dans certaines agglomérations ils se concurrençaient, dans d'autres leur nombre était insuffisant; ils ne répondaient pas toujours à des circonscriptions bien déterminées. L'Ordonnance prévoit pour chaque département sa division en un certain nombre de circonscriptions établies d'après l'étendue territoriale et la mortalité tuberculeuse; le siège du dispensaire est déterminé d'après l'importance de l'agglomération et les habitudes locales. La liste de ces organismes ne devient définitive qu'après avoir été soumise à la Commission de la Tuberculose et seuls les organismes qui y figurent peuvent prendre le nom de *dispensaires antituberculeux*. Qu'ils soient publics ou privés, ils dépendent tous du Service départemental d'hygiène. Le nombre des médecins qui les desservent est subordonné aux nécessités du service ainsi que celui des assistantes sociales.

Chaque département doit posséder ou avoir à sa disposition un nombre de lits de *sanatoriums* en rapport avec sa mortalité tuberculeuse et ces établissements doivent être pourvus d'un service social. L'admission est prononcée par le Préfet, aussitôt après l'avis favorable du médecin phtisiologue départemental à qui incombe en outre le soin de désigner l'établissement. Aussitôt la décision prise, le transport des malades est assuré par les soins du Service départemental d'hygiène et le Préfet est tenu, sans attendre la constitution du dossier relatif à la prise en charge, de prononcer l'admission sans délai. Jusqu'à l'intervention de la décision relative à l'imputation de la dépense, le paiement du prix de journée et des frais de transport est assuré par le département de résidence, sauf recouvrement ultérieur. Ainsi se trouve résolu ce problème si grave et resté si longtemps sans solution, concernant la lenteur des placements, notamment pour les malades de l'Assistance médicale gratuite et pour ceux ayant leur domicile de secours dans un autre département que celui où ils habitent. Cette lenteur a toujours été bien plus le fait de difficultés d'ordre administratif que de l'insuffisance des disponibilités en lits de sanatorium.

Au surplus un bureau central, organisé par le Comité national de Défense contre la Tuberculose, fournira désormais la documentation nécessaire aux médecins phtisiologues départementaux.

En ce qui concerne la post-cure et la réadaptation professionnelle, elles sont entreprises à la diligence des sanatoriums.

Les indications des *préventoriums* sont nettement précisées. Ces établissements sont destinés à recevoir des enfants, des adolescents ou des adultes des deux sexes dont l'état rentre dans l'une des deux catégories suivantes : sujets présentant une réaction tuberculinique positive et convalescents d'une primo-infection tuberculeuse récente, accompagnée d'une atteinte de l'état général ou d'une manifestation localisée, notamment les convalescents de tuberculose ganglio-pulmonaire, de pleurésie sérofibrineuse, d'érythème noueux ou bien des sujets présentant des adénopathies périphériques ou des tuberculoses externes non suppurées ne relevant pas d'un traitement chirurgical.

Tous ces malades ne peuvent être admis qu'après disparition de la fièvre, des symptômes évolutifs et lorsqu'ils ne sont pas contagieux.

Malgré que les *aériums* ne soient pas des établissements exclusivement destinés à la lutte antituberculeuse, ils ont été cependant introduits dans la loi parce qu'ils sont affectés à des enfants prédisposés ou exposés à la tuberculose, soit qu'ils relèvent d'une affection médicale ou chirurgicale entraînant une longue convalescence, soit qu'ils présentent une atteinte de l'état général, soit enfin qu'ils doivent être soustraits à la contagion et séparés du milieu familial.

Les placements en préventorium et en aérium, ainsi que les *placements familiaux surveillés* bénéficient en ce qui concerne le prix de journée des dispositions financières applicables aux placements en sanatorium.

Un décret du Ministre de la Santé publique déterminera en fonction de la mortalité tuberculeuse le nombre de lits de sanatorium, de préventorium et d'aérium que chaque département est tenu d'avoir à sa disposition; ces disponibilités seront constituées d'une part par les lits dont le département est actuellement propriétaire et d'autre part par ceux dont il peut disposer en vertu de conventions passées avec les collectivités responsables.

Ces établissements se distinguent comme dans la loi de 1919 en trois catégories : ceux du type *public* gérés par l'Etat, les départements, les communes ou les établissements publics; ceux du type *assimilé* gérés par les associations reconnues d'utilité publique, les sociétés de secours mutuels et les caisses d'asurances sociales; par décision du Ministre de la Santé publique ils sont assimilés aux établissements publics et soumis aux dispositions applicables à cette catégorie d'établissements; enfin ceux du tppe *privé* gérés par des collectivités privées ou par des particuliers et qui ne peuvent être ouverts sans l'autorisation du Ministre et sont soumis à son contrôle.

Les sanatoriums, préventoriums, aériums et dispensaires antituberculeux peuvent obtenir une subvention de l'Etat jusqu'à concurrence de 75 pour 100 des dépenses d'établissement, d'agrandissement, d'aménagement, d'installation et d'outilage. Les départements et autres collectivités peuvent, dans ce même but, bénéficier des facilités de crédit prévues pour la construction des habitations à bon marché.

Autrefois l'*hôpital* n'était utilisé que pour recevoir les tuberculeux présentant un épisode aigu de leur affection ou pour procurer des soins à ceux arrivés à la période ultime de leur affection. Aujourd'hui, par suite des progrès de la phtisiologie, ils sont devenus des organismes essentiels de la lutte antituberculeuse. Plusieurs grandes villes, sans compter Paris, possèdent des hôpitaux spécialisés et un grand nombre de Commissions administratives hospitalières ont organisé des services de tuberculeux situés au chef-lieu de département; en 1939, dans 55 départements existaient des services de tuberculeux comportant au total 10.418 lits; il faut malheureusement reconnaître que trop souvent l'organisation médicale et matérielle de ces services n'était pas suffisante.

La nouvelle loi stipule que l'établissement hospitalier du chef-lieu de chaque département doit comporter un *centre départemental de phtisiologie* dont l'importance est subordonnée à la mortalité tuberculeuse de la population qu'il dessert. Déjà ces services spécialisés avaient été prévus dans la Charte hospitalière de 1941 et dans son décret d'application de 1943. On y distingue les hôpitaux où groupements hospitaliers des villes, sièges d'une Faculté ou Ecole de Médecine et les hôpitaux des villes de moindre importance. Les hôpitaux du chef-lieu des 20 régions sanitaires qui toutes — à l'exception de celle d'Orléans — possèdent une Faculté ou une Ecole, sont destinés à devenir de véritables *centres régionaux de phtisiologie* possédant l'outillage le plus complet et à fonctionner non seulement comme centres de triage et de traitement, mais encore comme centres d'enseignement et de recherches. Le phtisiologue qualifié qui dirige ces centres collabore avec les divers spécialistes dont la clinique phtisiologique nécessite aujourd'hui l'intervention et notamment avec le chirurgien thoracique qui peut y suivre ses malades et bénéficier d'une précieuse collaboration médico-chirurgicale.

L'établissement doit présenter des facteurs climatiques locaux favorables et, s'il est possible, être suburbain et entouré d'espaces libres et plantés. Les tuberculeux pulmonaires y sont admis, quel que soit leur état et, après une période d'observation variable, intervient une décision de traitement et de placement.

Des décrets fixeront les conditions techniques et hygiéniques d'installation et de fonctionnement des dispensaires et des établissements de cure, de prévention et de post-cure.

Il y a lieu d'espérer que cette loi, complétée par les nouvelles dispositions en faveur des assurés sociaux tuberculeux, qui bénéficient aujourd'hui de *prestations de longue maladie*, contribuera à faire perdre à notre pays le déplorable privilège d'être l'un de ceux où l'on meurt le plus de tuberculose et que la population, éclairée par la propagande sanitaire, développera les mêmes qualités d'initiative et de discipline pour la défense de sa race que celles dont elle vient de donner la preuve par la défense de son sol et de sa liberté.

G. Poix.

Vladimir Kucera

(1902-1945)

Au troisième jour de la bataille de Prague mourait, frappé par un éclat d'obus allemand, le secrétaire général de la Société médicale franco-tchécoslovaque le Dr Vladimir Kucera.



Vladimir Kucera.

Appartenant à une ancienne famille de Prague dont les ascendants se signalèrent au cours de la renaissance tchèque, il était le fils du Prof. Kucera qui instaura l'hydrologie scientifique et expérimentale à la Faculté de Prague. Il continua les travaux de son père et décida de venir en France poursuivre les études spécialisées qui l'intéressaient le plus. Sitôt après son Doctorat, il effectua un stage à la clinique du Prof. Widal, puis à Lyon. En 1930 et 1931 il travailla, à titre d'assistant étranger, dans le service du Prof. Piery. Au cours d'importantes recherches expérimentales, il étudia l'effet des eaux de Karlovy Vary et montra qu'elles ont une action comparable à celle de l'insuline, en facilitant la glycopexie hépatique. Par la suite, au cours d'un stage dans le service du Prof. Justin-Besançon, il poursuivit l'étude des bains carbo-gazeux ainsi que l'influence des eaux de Marianske Lazne sur la nutrition. Dès son retour à Prague il se consacra à l'union toujours plus étroite de la

médecine tchécoslovaque et de la médecine française, sans pour cela diminuer en rien son effort scientifique.

Secrétaire général de la *Société médicale franco-tchécoslovaque*, il se révéla bientôt un merveilleux animateur, tant par la profonde réalité de son amour pour la France, que par ses dons personnels. Infiniment sympathique dès l'abord, il était le plus fidèle et le plus sûr des amis. Devenu membre de la Société française d'Hydrologie, il s'efforça de réaliser des échanges de médecins entre les deux pays alliés. Il put ainsi mettre sur pied, au printemps de 1937, l'importante visite d'un groupe de médecins et de chirurgiens des Hôpitaux de Paris, consacrée aux principales stations thermales et aux villes de Faculté de Tchécoslovaquie.

En Septembre 1937 avaient lieu à Paris les Journée Médicales Franco-Tchécoslovaques qui furent le premier couronnement de son œuvre et le résultat de ses patients efforts. Les malheureux événements de Septembre 1938 vinrent anéantir les Deuxièmes Journées Franco-Tchécoslovaques prévues à Prague pour cette même époque. Tous les amis fidèles que compte la France en Tchécoslovaquie ont profondément souffert de la décision prise à Munich. De ceux-là était KUCERA, mais il voulait voir, dans une si terrible défaillance, la douloureuse manifestation d'une maladie nationale profonde. Malgré l'infidélité de ses dirigeants, jamais il ne cessa d'aimer la France et jamais il n'a cessé de croire à sa renaissance, même après la catastrophe de 1940. On peut dire qu'il reprit confiance dès qu'il lui fut donné de porter secours aux premiers Français évadés des camps, cachés à Prague et très vite intégrés aux organisations de résistance. L'arrivée des premiers déportés libérés de Terezin et l'afflux des prisonniers lui donnèrent une fois de plus l'occasion de prouver sa sensibilité et son dévouement. L'inexorable cruauté du destin est venue briser ses efforts au cours des combats de la Libération de Prague.

Il disparaît au moment où le titre de professeur agrégé allait récompenser ses longues et utiles recherches. Un travail d'ensemble sur l'effet des ondes courtes, l'influence des eaux minérales sur les fonctions de l'estomac, l'action anti-allergique et désensibilisante de l'eau de Karlovy-Vary avaient ouvert de larges voies vers une thérapeutique nouvelle. On sentait dans tous ses travaux la rigueur logique et la finesse du raisonnement français. Instruit par les fautes passées, il était un des plus aptes à préparer l'avenir. L'amitié franco-tchécoslovaque perd en lui un artisan de tout premier ordre. Nul mieux que lui ne pouvait réaliser l'accord harmonieux des traditions et des cultures dont il constituait comme une vivante et lumineuse synthèse. Tous ceux qui l'ont connu n'oublieront jamais son regard clair et limpide, la manière franche et virile, si attachante, avec laquelle il abordait ses amis, comme les idées dont il fut un ardent défenseur.

J. STOLZ.

Livres Nouveaux

Le traitement des pleurésies chroniques non tuberculeuses par les méthodes associées d'aspiration et de plasties opératoires, par P. SANTY, M. BÉRARD et G. GACHON. 1 vol. de 92 pages, avec 21 fig., 1944 (*G. Doin et Cie*, éditeurs).

Le traitement des empyèmes chroniques n'a visé, pendant très longtemps qu'à combler, effacer, la cavité pleurale par action sur la paroi thoracique (soit thoracoplastie, soit thoracectomie) ou sur la gangue qui enserre le poumon encore souple (décortication de Delorme). Les résultats étaient médiocres (mortalité assez élevée, échecs fréquents, mutilation), à cause d'abord de la nature des lésions que l'on rencontrait, à cause aussi de la résistance amoindrie qu'offraient les malades : 50 pour 100 seulement de ceux-ci guérissaient (Charton).

La méthode de l'aspiration, qui « intervient en associant à une action purement physique (mobilisation progressive des trois parois de la cavité) une action d'ordre biologique » (amélioration du drainage, reviviscence de la coque pleurale, rétrécissement ou comblement de certaines fistules broncho-pleurales), a modifié ce pourcentage ; la monographie de Santy et de ses élèves en fait foi.

Dans ce beau travail, les auteurs nous font part de leur expérience, de ce que leur apprirent leurs 37 résultats.

Proposant de classer ces empyèmes non plus d'après les dimensions de la cavité pleurale à combler, mais d'après les causes de ceux-là, ils établissent d'abord une première distinction entre ce qu'ils appellent les « pleurésies vieillies » qui ne sont pas encore opérées (cas négligés ou méconnus, hématome pleural enkysté, ou pleurésies seulement traitées par sulfamidothérapie), et celles qui, au contraire, ont déjà été drainées plusieurs fois et sont maintenant fistulisées (traitement insuffisant ou lésion profonde, ostéite, fistule bronchique, bronchectasie, tumeur bronchique entretenant la suppuration).

MM. Santy, Bérard et Gachon décrivent, après cela, les méthodes thérapeutiques en présence : opérations plastiques d'une part et aspiration d'autre part, et concluent que la vérité est plus dans l'association de celles-ci que dans le choix de l'une ou de l'autre.

Ils étudient, pour finir, les indications que voici : dans les cas simples (vieilles pleurésies, hématome pleural enkysté), c'est la thoracotomie qui est faite ; on ne lui adjoint l'aspiration que si les choses traînent en longueur. Mais dans les cas où il existe une fistule pleurocutanée, on commencera par l'agrandir pour explorer la cavité ; on installera, ensuite, l'aspiration forcée. Et c'est seulement en cas d'échec qu'on sera conduit à opérer, à faire des interventions limitées, alors réduites au minimum, et d'ordinaire bien supportées.

Telles sont les grandes lignes du traitement dont se félicitent les auteurs, car ils lui doivent un nombre de guérisons très appréciable : 85,7 pour 100.

JEAN PATEL.

Les climats et l'organisme humain, par le Prof. EMILE DUHOT, médecin des Hôpitaux de Lille. 1 vol. de 128 pages [Collection : Que sais-je ?] (*Les Presses Universitaires de France*, 108, boulev. Saint-Germain), Paris, 1945.

Dans ce travail très concis, Emile Duhot commence par étudier les éléments des climats : composition chimique et impuretés de l'air, électricité, ionisation et radioactivité atmosphériques, radiations solaires, température, état hygrométrique, pression atmosphérique, vents, masses d'air. Puis il expose les facteurs géographiques et géologiques qui déterminent la combinaison et les variations des éléments des climats : latitude, altitude, influence marine ou continentale, formes du relief, hydrogéologie.

Le chapitre suivant est consacré aux *méfaits* des climats : météoropathologie d'abord, avec, chez des sujets prédisposés, ses diverses manifestations sous l'influence du jour et des saisons, de l'air, de l'état électrique et de la radioactivité, du soleil, de la chaleur et du froid, de l'humidité, de la pression, des vents. Même étude méthodique de la météoropsychopathologie, de la climatopathologie et de la climatopsychopathologie.

Le dernier chapitre envisage les *bienfaits* des climats : météorothérapie et surtout climatothérapie. Celle-ci, dans ses diverses modalités, fait appel à l'action stimulante ou sédative des climats en utilisant essentiellement l'air et le soleil. A ce point de vue, Duhot s'attache à exposer les divers lieux de cure climatique de France, campagne et plaine, montagne, mer, avec leur utilisation dans les divers états pathologiques et notamment dans toutes les formes de la tuberculose.

L. RIVET.

L'endémie tuberculeuse et sa prophylaxie, par D. GENGOU, professeur à l'Université de Bruxelles. 1 vol. de 420 pages, publié par la Ligue nationale belge contre la tuberculose, Bruxelles, 1945.

Ce livre, édité par la Ligue belge contre la tuberculose, est essentiellement consacré à la prophylaxie antituberculeuse. Il contient une étude, abondamment documentée, des diverses méthodes prophylactiques avec une judicieuse appréciation de la valeur de chacune d'elles. Ces méthodes doivent s'inspirer des conditions particulières de chaque pays et leur application est subordonnée au taux de la mortalité tuberculeuse et à l'éducation du public ; ce dernier facteur a une importance capitale ; il faut, suivant le mot de Geisler, « créer une civilisation hygiénique ».

Dans la première partie de l'ouvrage, D. Gengou envisage l'étiologie de l'endémie tuberculeuse, ses facteurs multiples, son évolution et son importance sociale. Dans la seconde, il expose les principes et les méthodes de la prophylaxie concernant le bacille et le terrain ; enfin il passe en revue dans la dernière les divers organismes antituberculeux en insistant sur l'utilité de la vaccination par le BCG et sur les difficultés que présente l'isolement des tuberculeux chroniques valides ; il consacre le dernier chapitre à l'équipement antituberculeux belge.

La lecture de ce livre rendra les plus grands services à tous ceux — médecins et sociologues — qui ont le souci de la défense de la santé publique.

G. POIX.

Vorlesungen über die Blutzersatzfrage im Felde (Leçons sur les succédanés du sang en campagne), par A. FONIO. 1 vol., 48 pages, 7 planches en noir, 2 planches en couleurs (*Hans Huber*, éditeur), Berne.

Cette courte monographie rassemble 5 leçons consacrées à la transfusion sanguine. Au cours de ces leçons sont tour à tour étudiées les différentes solutions sa'inc préconisées comme succédanés du sang, la transfusion de sang frais en campagne, les transfusions de sang conservé (sang total conservé, plasma conservé, sérum conservé), les injections de solution d'érythrocytes, les indications générales de la transfusion sanguine.

L'examen critique auquel le Prof. Fonio soumet ces différents procédés intéressera les hématologistes et les chirurgiens.

JEAN BERNARD.

INFORMATIONS

ORDONNANCE DU 2 NOVEMBRE 1945
relative à
la réorganisation du Centre National de la recherche scientifique

Cette ordonnance a pour objet de fixer dans les grandes lignes la réorganisation de la recherche scientifique.

Les attributions du Centre restent en général ce qu'elles étaient sous le régime du décret du 19 Octobre 1939. Elles comportent cependant une disposition nouvelle, donnant au Centre mission d'organiser un enseignement préparatoire à la recherche. L'expérience a, en effet, montré que les jeunes chercheurs, à leur sortie d'une grande école ou de la Faculté, sont généralement appelés à travailler dans un laboratoire déterminé où ils ne sont initiés qu'à des méthodes nécessairement peu variées. L'enseignement dont le Centre aura la charge permettra à ces jeunes gens, lorsqu'ils auront choisi entre les diverses options qui leur seront offertes, de fréquenter plusieurs laboratoires ; ils y recevront un enseignement technique donné par des chercheurs du Centre et suivront également des cours de niveau élevé professés par des chargés, maîtres ou directeurs de recherches. Ainsi les jeunes chercheurs bénéficieront au seuil de leur carrière d'une formation beaucoup plus complète que pourront parfaire des séjours à l'étranger dans certains Centres de recherches. Enfin, en guidant les intéressés dans le choix des options, le Centre contribuera à une meilleure répartition des chercheurs dans les différentes branches de la science et de la technique en faisant effectuer des études et recherches présentant pour l'avancement de la science ou l'économie nationale un intérêt reconnu ; en encourageant les recherches par l'octroi d'allocations ; en subventionnant, créant ou en développant certains laboratoires de recherche pure et appliquée ; en assurant la coordination des recherches poursuivies ; en organisant des enquêtes ; en assurant directement, soit par souscriptions ou octroi de subventions, la publication de travaux scientifiques ; en attribuant des subventions pour missions scientifiques et pour séjour de chercheurs dans les laboratoires ou centres de recherches français et étrangers ; en organisant et contrôlant un enseignement préparatoire à la recherche.

En ce qui concerne le fonctionnement du Centre, la présente ordonnance tend à associer étroitement à la vie de l'établissement les savants et les chercheurs les plus représentatifs de la science française. La réunion de ces personnalités constituera un *Comité national de la Recherche scientifique*, divisé en sections correspondant aux divers domaines de la recherche pure et appliquée. Le Comité national aura pour mission essentielle de définir en session plénière la ligne générale des recherches et les méthodes de travail. A chaque section incombera la tâche d'orienter et de développer les recherches relevant de sa compétence.

Ainsi, le Comité national ne sera pas un organisme purement consultatif, mais constituera une Assemblée délibérante et agissante.

Un *directoire* choisi parmi les membres du Comité national assurera de façon permanente la direction scientifique du Centre.

Les membres du directoire seront également membres de droit du Conseil d'administration du Centre, qui conserve l'essentiel de ses attributions antérieures. Ainsi sera établie une liaison étroite entre la gestion administrative et financière de l'établissement et sa direction scientifique.

Ces dispositions font disparaître la séparation entre les recherches pures et les recherches appliquées qu'avait laissé partiellement subsister le décret du 19 Octobre 1939 ; elles marquent ainsi la continuité qui existe entre la science pure et ses applications de tout ordre. En associant à l'activité de l'établissement les savants et les chercheurs les plus qualifiés et les plus actifs, en faisant d'eux non plus de simples conseillers mais des collaborateurs réels, cette ordonnance introduit dans le statut de la recherche un nouvel élément de force et de cohésion. On est en droit d'espérer qu'il contribuera à rendre à la France dans le domaine de la science un rang digne de sa grandeur retrouvée.

(*J. O.*, 3 Novembre 1945.)

ORDONNANCE DU 2 NOVEMBRE 1945
relative à
la nomination des Professeurs des Université

L'ordonnance du 18 Novembre 1944 a remplacé les présentations établies par la section permanente du Conseil supérieur de l'Instruction publique en vue de la nomination des professeurs de l'Enseignement supérieur par des présentations faites par un Comité de spécialistes présidé par le directeur de l'Enseignement supérieur et composé du doyen de la Faculté de Paris appartenant

'Ordre de la Faculté intéressée et de trois représentants le la discipline à laquelle appartient la chaire à pourvoir.

L'ordonnance du 2 Novembre 1945 reprenant cette procédure, qui a donné d'excellents résultats, institue un Comité consultatif des Universités formé par des groupes le spécialistes dont la composition sera fixée par décret et règle le mode de nomination des professeurs titulaires le chaires dans les Facultés.

Les professeurs seront, *dans le cas de chaires déjà existantes*, nommés à la suite d'une double présentation faite successivement par les Commissions compétentes du Comité consultatif et par le Conseil de la Faculté intéressée. Chacune des listes de présentation comporte, classés dans l'ordre de préférence, les noms de tous les candidats qui ont fait valoir régulièrement leurs titres. La procédure ancienne n'est donc modifiée que par la substitution du Comité consultatif des Universités à la section permanente du Conseil supérieur de l'Instruction publique et par la modification de l'ordre des présentations.

Pour les *chaires nouvelles*, dont les titulaires étaient jusqu'ici nommés librement et sans consultations, le choix du ministre sera guidé par une consultation du Comité consultatif des Universités.

Enfin, les *transferts, mutations et permutations*, ainsi que les *créations, transformations et suppressions de chaires*, seront soumis à l'avis des Conseils de Faculté intéressés puis à l'avis du Comité consultatif des Universités.

Il sera procédé dans les mêmes conditions à la nomination aux chaires dont les titulaires sont rétribués sur les fonds des Universités, mais dans ce cas la présentation faite par le Conseil de la Faculté devra être soumise pour approbation au Conseil de l'Université.

Sont abrogées, en ce qu'elle a de contraire, l'ordonnance du 18 Novembre 1944, et, d'une façon générale, toutes dispositions contraires à celles de la présente ordonnance.

(*J. O.*, 3 Novembre 1945.)

Rétablissement des Syndicats de Médecins

de praticiens de l'art dentaire, de pharmaciens et de sages-femmes

L'ordonnance du 15 Décembre 1944 (voir *La Presse Médicale*, 1944, n° 23, 343, a prévu que les *biens appartenant aux syndicats* leur seraient restitués dans un délai de 6 mois qui expirait le 17 Juin 1945. A cette date, nombre de syndicats n'étant pas encore reconstitués et, dans quelques départements, toutes les commissions de reconstitution n'ayant même pas pu être nommées, l'ordonnance du 2 Novembre 1945 précise que les biens les syndicats leur seront restitués dès leur reconstitution et au plus tard dans un délai d'un an à dater de cette reconstitution.

HOMMAGE
au Professeur A. SÉZARY

Les amis et les élèves du Prof. A. Sézary, membre de l'Académie de Médecine, ont décidé de lui marquer leur sympathie et leur attachement en lui offrant une médaille dont l'exécution a été confiée au Maître-graveur Dropsy.

Cette médaille lui sera remise dans l'intimité, lors de son départ de l'Hôpital Saint-Louis, qui aura lieu à la fin de l'année. Souscriptions reçues par M. Georges Masson, trésorier, 120, boulevard Saint-Germain, Paris-6e. Compte C. P. 599.

ORDONNANCE DU 2 NOVEMBRE 1945
relative à l'organisation de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris

Cette ordonnance a pour objet la validation de l'acte dit loi du 17 Novembre 1941 sur l'organisation de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris qui détermine, d'une part, les autorités compétentes en matière de contrôle administratif, financier et technique, et de fixation des prix de journée, et arrête, d'autre part, les conditions de nomination du secrétaire général et des inspecteurs généraux, chefs de service, directeurs d'établissements hospitaliers ou de bureaux de bienfaisance.

Toutefois, elle donne compétence au ministre des Finances pour examiner, régler et approuver, conjointement avec le ministre de la Santé publique, les comptes et les budgets.

L'exposé des motifs précise que : « Cette modification s'imposait en raison, d'une part, de l'importance du budget de cette administration et, d'autre part, du fait que son fonctionnement est essentiellement assuré au moyen de subventions de la Ville de Paris et d'une participation de 100 millions de francs allouée chaque année par l'Etat à ladite commune. »

« Il ne faut pas perdre de vue, à cet égard, que la situation financière difficile de Paris oblige l'administration municipale à faire largement appel au concours de l'Etat, qui se trouve ainsi directement intéressé par la gestion financière non seulement de la ville mais aussi de ses services annexes. »

« Au surplus, la réforme envisagée ne constitue que l'application, au cas particulier de la Ville de Paris, de la règle selon laquelle le contrôle financier du ministère des Finances s'exerce sur les hôpitaux et les établissements de bienfaisance des communes dont les budgets et les comptes sont soumis à son approbation. »

(*J. O.*, 3 Novembre 1945.)

Acquisition
PAR LES HOPITAUX ET ÉTABLISSEMENTS D'ASSISTANCE
de matériel hospitalier d'origine américaine

L'équipement hospitalier de la France a subi pendant la durée de la guerre une grave diminution de son potentiel.

Plus de 20.000 lits d'établissements de soins ont été détruits. Les régions sinistrées ont été privées de certains de leurs centres hospitaliers.

De plus, le matériel sanitaire a, d'une façon générale, atteint un degré d'usure extrême. Les disponibilités en matériel de literie, en matériel chirurgical et radiologique sont tombées en dessous du minimum indispensable.

Le gouvernement américain a accepté de vendre environ 50 hôpitaux de 1.000 lits comprenant tous les services annexes et qui se trouvent sur le territoire français.

Une ordonnance du 2 Novembre 1945 prévoit l'ouverture d'un compte au Trésor pour financer l'opération (*J. O.* du 5 Novembre 1945).

Création de Commissions de reclassement et de caisses de solidarité
dans les professions libérales

L'exposé des motifs de cette ordonnance du 2 Novembre 1945 précise que les professions libérales comportent par définition, dans l'exercice de leur activité, le libre choix de la clientèle et la prédominance du facteur personnel. Ces deux éléments échappant presque complètement à l'action des pouvoirs publics, les rapatriés ne peuvent en fait être efficacement aidés à retrouver leurs moyens d'existence que du côté des conditions matérielles de leur activité professionnelle.

C'est ce que les principales organisations professionnelles ont compris depuis longtemps, en créant des caisses d'entr'aide à l'intention de leurs membres prisonniers.

Cette ordonnance rend obligatoire la création de ces caisses et y ajoute éventuellement l'aide de l'Etat.

« Dans les professions médicales, juridiques et artistiques dont la liste sera établie par arrêté interministériel, il sera créé, par les soins de l'organisation professionnelle légale ou la plus représentative, une commission composée de représentants de l'organisation professionnelle et des représentants des anciens prisonniers de guerre, déportés et assimilés appartenant à la profession. Le ministre des Prisonniers de guerre, Déportés et Réfugiés pourra y déléguer un représentant ayant voix délibérative. »

L'ordonnance du 2 Novembre rend également obligatoire la création d'une commission de reclassement au sein de chacune des professions intéressées. Ce n'est au surplus que la consécration d'un état de fait fréquent. Cette commission, qui aura pour mission de gérer la caisse de solidarité et de faciliter le reclassement, a pour but d'adjoindre aux dirigeants de la profession les défenseurs des intérêts des rapatriés : ceux qui les connaissent pour avoir passé par les mêmes épreuves et le représentant du ministère des Prisonniers, Déportés et Réfugiés.

La caisse de solidarité consentira, suivant ses règlements propres, des secours et des prêts de démarrage aux anciens prisonniers de guerre, aux anciens déportés et facultativement aux démobilisés, aux sinistrés et à d'autres victimes de la guerre appartenant à la profession ou à un groupe de professions voisines. Les dépenses de cette caisse seront couvertes par *des dons volontaires* et par des *cotisations obligatoires* au même titre que les cotisations professionnelles prélevées sur les membres de la profession. Les anciens prisonniers ou déportés, les démobilisés et les sinistrés pourront toutefois être exonérés de cette cotisation s'ils n'avaient pas retrouvé au 1er Janvier 1945 une activité professionnelle normale.

Il est spécifié que les sinistrés peuvent rentrer parmi les bénéficiaires de ces institutions. Les vœux exprimés par les représentants des professions, la pratique déjà instaurée et un évident souci de simplicité sont d'accord pour justifier cette réunion des attributions. Il a paru équitable d'y comprendre également, à titre facultatif, les démobilisés et les autres victimes de la guerre. (*J. O.*, 4 Novembre 1945.)

ORDONNANCE DU 2 NOVEMBRE 1945
relative au Service Sanitaire maritime

Le Service Sanitaire maritime, qui relevait exclusivement, avant la guerre, du ministère de la Santé publique, a été placé, par l'acte dit loi du 7 Avril 1942, sous l'autorité directe de l'administration de la Marine.

L'ordonnance du 2 Novembre 1945 place à nouveau, sous l'autorité du Ministre de la Santé publique, ce service chargé de l'hygiène de nos ports et de la défense de nos frontières de mer contre les maladies dites « pestilentielles ».

(*J. O.*, 3 Novembre 1945.)

BOURSES EN FAVEUR DES
étudiants victimes de la guerre

Conformément à l'ordonnance du 4 Août 1945, des bourses et allocations seront attribuées pour l'ensemble des établissements dépendant du Ministère de l'Education nationale par les recteurs d'Académie.

Les bourses seront payables mensuellement et par 1/12 *et viendront à expiration le 30 Septembre 1946*, en principe *2.000 francs* par mois, soit 24.000 francs par an. Une allocation supplémentaire de 1.000 francs par mois pourra être attribuée aux étudiants « dont les ressources ne suffiront pas à assurer l'entretien ». Ces derniers recevront ainsi une bourse annuelle de 24.000 + 12.000 = 36.000 francs (*Circul. aux Recteurs*, 25 Octobre 1945).

SERVICE DE SANTÉ
du Corps Expéditionnaire d'Extrême-Orient

Le Corps Expéditionnaire français en Extrême-Orient *manque de médecins, de pharmaciens, de stomatologistes d'active* et il ne peut être constitué s'il lui manque son indispensable support « Santé ».

Les engagements seront limités à la durée du Corps expéditionnaire, Les rapatriements commenceront dans le délai d'un an après le débarquement.

Avantages : soldes très élevées, facilités au point de vue études (notamment, continuation des scolarités à la Faculté d'Hanoï) et avancement qui permettront à beaucoup, actuellement en proie à de nombreux soucis matériels, de franchir aisément un cap difficile. Engagements clos vers le 15 Décembre.

Pour tous renseignements s'adresser à la Direction du Service de Santé du C. E. F. E.-O., 127, avenue des Champs-Elysées, Paris (8e).

CONCOURS SPÉCIAUX
pour l'Externat et l'Internat des hôpitaux

L'article 4 de l'arrêté du 9 Août 1945 (voir *La Presse Médicale*, 1945, n° 34, 463) est complété par l'alinéa suivant : « Toutefois, les étudiants appartenant aux catégories définies dans les paragraphes 1° et 3° ci-dessus ne pourront bénéficier du présent article que si la durée de leur empêchement a été d'au moins six mois. »

Le premier alinéa de l'article 7 est modifié ainsi qu'il suit : « Seront également admis à concourir les étudiants qui ne se sont trouvés dans l'une des situations définies aux articles 3 et 4 du présent arrêté qu'à une date postérieure à celle du dernier concours normal mais antérieure au 15 Décembre 1944 ; toutefois, cette dernière date ne sera pas opposable aux étudiants qui ont été l'objet d'une citation. »

(*J. O.*, 6 Novembre 1945.)

Dispositions transitoires et modalités d'application
DE L'ORDONNANCE DU 4 OCTOBRE 1945
sur la Sécurité Sociale

Une ordonnance du 2 Novembre 1945 (*J. O*, 3 Novembre 1945) tend à sauvegarder les intérêts des travailleurs actuellement occupés dans les institutions ou entreprises dont l'activité relève sous une forme dispersée la sécurité sociale, telle qu'elle résulte de la législation en vigueur.

En effet, le personnel des institutions de sécurité sociale sera obligatoirement et exclusivement recruté parmi le personnel des caisses d'assurances sociales et de leurs unions, des caisses d'allocations familiales, des services régionaux des assurances sociales, des services de la caisse des dépôts et consignations et de la caisse générale de garantie, des services des entreprises d'assurances, les agents et courtiers d'assurances, le personnel des sociétés et unions de sociétés de secours mutuels.

ORDONNANCE DU 2 NOVEMBRE 1945
relative au contrôle et à l'aide médicale
en faveur des prisonniers travailleurs déportés

L'ordonnance du 20 Avril 1945 instituant le contrôle médical des prisonniers, travailleurs et déportés rapatriés et l'ordonnance du 26 Mai 1945 instituant une aide médicale temporaire en faveur des prisonniers et déportés ne s'appliquaient qu'aux rapatriés résidant sur le territoire métropolitain. Les opérations de rapatriement étant pratiquement terminées, il était anormal de voir se prolonger une égalité de traitement entre les rapatriés de la métropole et ceux des territoires d'outre-mer.

L'ordonnance du 2 Novembre 1945 étend à l'ensemble des rapatriés de l'Empire le principe des mesures de contrôle médical et d'assistance édictées en faveur des rapatriés de la métropole.

(*J. O.*, 3 Novembre 1945.)

ORDONNANCE DU 2 NOVEMBRE 1945

relative

au Code du travail concernant les femmes en couches

Les dispositions de l'article 54 *a* du livre II du code du travail relatives au repos des femmes en couches, sont modifiées comme suit : « Dans tout établissement industriel ou commercial ou dans ses dépendances de quelque nature qu'il soit, public ou privé, même s'il a un caractère d'enseignement professionnel ou de bienfaisance, les ouvrières ne peuvent être occupées pendant une période de huit semaines au total avant et après leur accouchement. Il est interdit d'employer des femmes en couches dans les six semaines qui suivent leur délivrance ».

Sont abrogées les dispositions de l'alinéa 6 de l'article 137 du code local professionnel.

(*J. O.*, 3 Novembre 1945.)

ORDONNANCE DU 2 NOVEMBRE 1945

relative au

rétablissement de la légalité républicaine

sur le territoire continental

Cette ordonnance a pour objet de constater la *nullité* d'un certain nombre d'actes de l'autorité de fait dit gouvernement de l'Etat français, entre autres :

Décret du 13 Août 1942 instituant un *diplôme d'Etat de moniteur de gymnastique.*

Loi du 20 Mars 1944 instituant un *certificat d'aptitude à la profession de pédicure* et définissant l'exercice illégal de cette profession.

Loi du 9 Mai 1944 relative à *l'enseignement de la puériculture.*

Loi du 5 Novembre 1940 modifiant la loi du 18 Avril 1931 sur les *congés de longue durée pour tuberculose.*

Arrêté du 16 Décembre 1940 portant création d'*inspections du Service de Santé de l'armée.*

Arrêté du 16 Décembre 1940 portant création d'une *section d'études du Service de Santé.*

Loi du 20 Mai 1941 relative à *l'organisation du Conseil d'administration des hospices civils de Lyon.*

Loi du 25 Octobre 1941 portant *interdiction de la vente des boissons alcoolisées aux musulmans d'Algérie.*

Loi du 3 Avril 1942 portant modification *au régime des liqueurs et apéritifs à base de vin.*

Loi du 31 Mai 1943 relative *aux militaires des armées de terre, de mer et de l'air placés en congé de longue durée pour tuberculose.*

Loi du 20 Juillet 1944 *portant création d'un Institut des recherches vétérinaires.*

Prix biennal Platet-Mathieu

Le but de la *Fondation Platet-Mathieu*, instituée en 1944 à l'Académie des Sciences, Belles-Lettres et Arts de Lyon, par un de ses membres associés, M. Paul Platet, est d'encourager et de récompenser la lutte contre les trois fléaux suivants : *Cancer, Syphilis, Tuberculose.*

Le fondateur a mis à la disposition de l'Académie une somme de *deux millions de francs*, dont la rente biennale devra constituer un *Prix de 120.000 francs* qui ne sera jamais fractionné, devra être attribué tous les deux ans, dans le courant du mois d'Avril, à l'homme ou à l'œuvre (Instituts ou Laboratoires de recherches et de travaux médicaux ou scientifiques, officiels ou non, universitaires ou non, à l'exclusion des œuvres d'assistance ou de cure) qui aura le mieux contribué à la lutte contre ces fléaux sociaux. Cet homme, ou cette œuvre, devra être Français et pourra d'ailleurs être désigné plusieurs fois. Le fondateur précise également qu'il ne sera pas absolument nécessaire d'avoir fait acte de candidature pour se voir attribuer le prix, l'essentiel est l'attribution du prix au plus méritant, candidat déclaré ou non.

Le Prix de la Fondation Platet-Mathieu sera décerné pour la première fois en Avril 1946. Les candidatures seront reçues au Secrétariat de l'Académie des Sciences, Belles-Lettres et Arts de Lyon, Palais des Arts, place des Terreaux, 20, à Lyon, jusqu'au 1er Février 1946.

N.-B. — En raison de la date récente de la Fondation, la valeur du Prix attribué en Avril 1946 ne pourra être, pour la première fois, que de 90.000 fr. environ.

Protection de la santé des enfants d'âge scolaire

Par ordonnance parue au *J. O.* du 19 Octobre 1945, au cours de leur 6e année, tous les enfants sont obligatoirement soumis à une visite médicale. Cette visite, à laquelle les parents ou tuteurs sont tenus, sur convocation administrative, de présenter les enfants, ne donne pas lieu à contribution pécuniaire de la part des familles.

Des examens périodiques sont ensuite effectués pendant tout le cours de la scolarité et la surveillance sanitaire des élèves est exercée avec le concours d'un service social.

ASSOCIATION FRANCE-U. R. S. S.

La Commission d'Odonto-Stomatologie du Centre culturel de France-U.R.S.S., présidée par le Dr Lebourg, stomatologiste des Hôpitaux de Paris, se tient dès à présent à la disposition de tous les confrères désireux d'avoir des renseignements sur l'activité professionnelle et scientifique des praticiens soviétiques.

Ecrire à M. Pierre Lemoine, chirurgien-dentiste, secrétaire de la Commission d'Odonto-Stomatologie de France-U.R.S.S., 1, rue Arsène-Houssaye, Paris-8e.

Université de Paris

Clinique médicale de l'Hôpital Tenon (Prof. C. Lian). — Des leçons et conférences sont faites à l'Amphithéâtre des Cours pour tous les élèves stagiaires (1er, 2e 3e et 4e groupes) :

Mercredi, 10 h. 30 : Leçon clinique par le Professeur. — Lundi, 11 h. : Conférence clinique sur les actualités médicales, par les médecins et assistants de l'Hôpital Tenon et des autres hôpitaux. — Lundi, Mardi, vendredi, 9 h. 15 : Conférence de technique clinique et séméiologie médicale par les chefs de clinique. — Jeudi, samedi, 9 h. 15 : Présentation de malades par les assistants et chefs de clinique.

Des démonstrations pratiques sont faites tous les jours, sauf le mercredi, aux stagiaires du premier et du deuxième groupes dans les salles de la Clinique médicale, et aux stagiaires des troisième et quatrième groupes dans les salles des divers Services de médecine de l'Hôpital Tenon.

En Janvier et Février les troisième et quatrième groupes de stagiaires permuteront avec les premier et deuxième groupes. Ainsi, grâce à la répartition des stagiaires dans les services de médecine de l'Hôpital Tenon, consacrés à diverses spécialités médicales et grâce aux conférences du lundi faites par les médecins de l'Hôpital Tenon, se trouve réalisé un véritable centre d'enseignement médical de l'Hôpital Tenon, constitué autour de la Clinique médicale.

Institut d'Hygiène Industrielle et de Médecine du Travail (Directeur : Prof. Duvoir, Sous-Directeur : H. Desoille.) Ouverture de l'enseignement : 7 Décembre 1945.

Enseignement théorique. — *Médecine du Travail* (Prof. M. Duvoir, MM. R. Piédelièvre, H. Desoille, L. Dérobert.) Le vendredi, de 15 h. 45 à 16 h. 45 et de 17 h. à 18 h., à l'Amphithéâtre de l'Institut médico-légal : L'organisation et les buts de la Médecine du Travail. Les différentes méthodes d'organisation rationnelle du travail. Les maladies professionnelles causées par les agents chimiques, physiques, végétaux et animés. Législation.

Hygiène et Toxicologie Industrielles (Prof. R. Fabre, MM. Chénamy, Malangeau.) Le samedi, de 15 h. 45 à 16 h. 45 et de 17 h. à 18 h., à l'Amphithéâtre de l'Institut médico-légal : L'hygiène industrielle générale et l'Hygiène spéciale.

Orientation et sélection professionnelles (MM. H. Piéron, Coumetou). Le vendredi de 13 h. 45 à 16 h. 45 et de 17 h. à 18 h., à l'Amphithéâtre de l'Institut médico-légal : La main-d'œuvre. Examen analytique des métiers. Discussion des biotypes. Psychométrie. Fiches d'aptitudes. Le travail des adolescents et des femmes. Utilisation des malades et des infirmes.

Enseignement pratique : *Stages hospitaliers* dans les consultations de pathologie professionnelle à partir du 8 Décembre 1945. — *Visites d'usines* pendant le semestre d'été sous la direction du Prof. Fabre et de M. H. Desoille. — *Travaux pratiques de psychotechnique appliquée à l'orientation professionnelle*, sous la direction du Prof. Piéron, à l'Institut national d'Etude du Travail et d'Orientation professionnelle, 41, rue Gay-Lussac.

Le Centre de Recherches et de Documentation (à l'Institut médico-légal, place Mazas, Paris-12e), qui étudie l'anatomo- et la physiopathologie professionnelle, la toxicologie et la prévention des maladies professionnelles (chef de service : M. Dérobert), est à la disposition de tous ceux qui s'intéressent à la Médecine du Travail.

Diplôme. — Son obtention est subordonnée à l'Assistance obligatoire aux cours et travaux pratiques et à la réussite aux examens qui auront lieu à la fin des cours. Inscriptions jusqu'au 5 Janvier 1946 (1.120 francs) au Secrétariat de la Faculté de Médecine.

Le 7e Cours de perfectionnement de Biochimie médicale aura lieu au Laboratoire de Chimie médicale du Prof. M. Polonovski. Ce cours comprend un enseignement pratique portant sur les principales techniques utilisées actuellement dans les laboratoires d'analyses médicales et un enseignement systématique de biochimie médicale théorique et appliquée. Il comprend également une série de conférences sur des sujets d'actualités biochimiques, ouvertes à tous ceux qui s'intéressent à ces questions.

La première séance aura lieu, pour les élèves régulièrement inscrits, le lundi 3 Décembre. Inscription au Laboratoire de Chimie médicale tous les jours (1.500 fr., 1.000 fr. pour les internes).

Faculté de Droit. — Institut de Criminologie (année scolaire 1945-1946). Le Prof. Laignel-Lavastine commencera son cours de *Psychiatrie médico-élémentaire*, à la Faculté de Droit, le vendredi 23 Novembre 1945, à 11 h., Amphithéâtre n° 3, et le continuera tous les vendredis à la même heure.

Universités de Province

Faculté de Médecine de Lyon. — Certificat d'hydrologie thérapeutique et de climatologie. L'enseignement préparatoire s'ouvrira le lundi 13 Février 1946, à 16 h., au Laboratoire d'hydrologie, sous la direction du Prof. Delore.

L'enseignement aura lieu tous les jours. Il comprendra *des cours théoriques* (52 leçons) et des *démonstrations pratiques*, notamment sur l'Hydrothérapie, le massage et la Météorologie. Un examen final aura lieu pour l'obtention du certificat.

Inscriptions au Secrétariat de la Faculté de Médecine de Lyon du 5 Janvier au 14 Février 1946.

Concours et places vacantes

Médecins des Dispensaires antivénériens de la Haute-Marne. — Un concours sur titres sera ouvert dans le département de la Haute-Marne. Le médecin des dispensaires antivénériens sera assimilé aux médecins-inspecteurs adjoints d'hygiène. Se faire inscrire jusqu'au 15 Décembre à l'Inspection de la Santé, 17, rue Toupot, à Chaumont.

Médecins et Internes au Maroc. — La Direction de la Santé publique et de la Famille au *Maroc* nous informe qu'elle ne dispose plus actuellement de postes vacants de médecins. Aucune suite ne pourra donc être donnée aux candidatures nouvelles qui se manifesteront.

Nouvelles diverses

Conseillers techniques médicaux. — M. le Dr Desoille, médecin inspecteur général du travail, est nommé conseiller technique médical du ministère du Travail et de la Sécurité sociale et chargé de la coordination des problèmes médicaux relevant des différentes directions de ce ministère. (*J. O.*, 6 Novembre 1945.)

La ***Société d'Etudes Scientifiques sur la Tuberculose*** se réunira le samedi 8 Décembre 1945, en une journée d'études au Comité National de Défense contre la Tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, à Paris.

La Séance du matin aura lieu à 10 heures. MM. Davy et Levaditi présenteront un rapport sur : *La recherche du bacille tuberculeux dans les expectorations.* L'après-midi, à 15 heures, séance de la Société d'Etudes.

Secrétaire général : Dr Courcoux, 224, boulevard Saint-Germain, Paris-6e.

Ministère de la Santé publique. — Le *J. O.* du 8 Novembre 1945 publie des décrets fixant les traitements des inspecteurs généraux et ceux des fonctionnaires médicaux et paramédicaux de ce même ministère.

Une conférence sur l'Industrie frigorifique dans la thérapeutique moderne et en particulier sur *La préparation industrielle de la pénicilline aux Etats-Unis* sera faite au Centre de perfectionnement technique, 28, rue Saint-Dominique, Paris, le 22 Novembre, à 18 h. par M. Daval.

Des documents très intéressants seront projetés à cette occasion.

Commission permanente des stations hydrominérales et climatiques. — Le Prof. Chiray (Paris) et le Dr Lucien Dreyfus, membre du Conseil supérieur d'Hygiène publique de France, sont nommés membres de la Commission permanente des stations hydrominérales et climatiques.

Services médicaux des Comités d'entreprises. — Un décret du 2 Novembre 1945 portant règlement d'administration publique pour l'application de l'ordonnance du 22 Février 1945 instituant des Comités d'entreprises précise que le Service médical est placé sous la direction du chef d'entreprise.

Le ou les médecins du travail attachés à l'entreprise ou à l'organisation inter-entreprises ne peuvent être désignés et maintenus en fonctions qu'après accord selon le cas entre le chef d'entreprise et le Comité d'entreprise ou entre les chefs d'entreprises et le Comité inter-entreprises. La priorité est donnée au médecin titulaire d'un diplôme de médecin du travail ou d'hygiène industrielle. En cas de désaccord, la décision est prise par l'inspecteur du travail qui doit consulter le médecin inspecteur du travail.

Le médecin du travail peut être convoqué avec voix consultative aux séances du Comité ou des Commissions spéciales. (Extrait du *J. O.* du 6 Novembre 1945.)

Récompense pour l'auteur du meilleur ouvrage sur le contrôle médical sportif. — Il est institué dans chaque Faculté de Médecine, pour l'année scolaire 1945-1946, par la *Direction générale de l'Education physique et des sports*, un prix de 4.000 fr. pouvant atteindre exceptionnellement 6.000 fr., destiné à récompenser l'auteur du meilleur ouvrage (mémoire original, thèse paru au cours de l'année scolaire et concernant les activités physiques et sportives et leur contrôle médical. En principe un seul prix sera attribué dans chaque Faculté il ne sera pas partagé. (*J. O.*, 4 Novembre 1945.)

Société Française de Gynécologie. — Conseil d'administration (1945-1946). *Président :* M. E. Douay ; *Vice*

Présidents : MM. Cotte (Lyon), Paucot (Lille), F.-A. Papillon, M. Sénéchal ; *Secrétaire général* : M. Maurice Fabre ; *Secrétaire adjoint* : M. R. Palmer ; *Trésorier* : M. A. Guillemin ; *Membres* : MM. Claude Béclère, Lefebvre (Toulouse), Luffont (Alger), Turpault.

Distinctions honorifiques

CITATIONS A L'ORDRE DE L'ARMÉE

Médecin commandant P. Lévy-Lang, n...° bataillon médical. — Médecins capitaines J.-R. Weill, du détachement d'armée de l'Atlantique. — J. Tisnes, du n...° bataillon médical. — J. Chérigie, Service de Santé de la n...° division marocaine. — Médecin lieutenant H. Blanc, du n...° bataillon médical. — Médecins sous-lieutenants P.-J. Delon, du n...° régiment d'infanterie coloniale. — R. Poitrot, du n...° groupe de tabors marocains. — Médecin aspirant P.-M. Chardier, du n...° groupe de tabors. — Médecin auxiliaire H. Félix, n...° division motorisée d'infanterie.

Nos Échos

Naissances

— Jean-François Binoche est heureux de faire part de la naissance de sa petite sœur *Chantal* (M. M.-H. Binoche, interne de l'Hôpital Notre-Dame-du-Perpétuel-Secours, et Madame, née Fontana, Neuilly-sur-Seine, 24 Octobre 1945).

— Le docteur Jacques Métreau et Madame, née Jacqueline Henzog, sont heureux d'annoncer la naissance de leur fille *Catherine* (Paris, 31, avenue Victor-Hugo, 23 Octobre 1945).

— Claude Mignot a la joie d'annoncer la naissance de son petit frère *Jacques* (Docteur et Madame H. Mignot, Hôpital psychiatrique de Premontré, Aisne, 18 Octobre 1945).

— Les docteurs Etienne et Jacqueline Wapler-Marié sont heureux d'annoncer la naissance de leur fils *Georges, Marcel* (Epinay-sur-Odon, Calvados, 27 Septembre 1945).

— Le docteur Charton, ancien prosecteur et chef de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Lyon, et Madame, née Colin, sont heureux de faire part de la naissance de leurs fils *Jean-Pierre* et *Patrick* (Clinique Pasteur, Lons-le-Saunier, 11 Octobre).

— Le docteur André Hadengue et Madame sont heureux d'annoncer la naissance de leur troisième enfant *Patrick* (Neuilly-sur-Seine, 9 Octobre 1945).

— Jean-Louis, Bernard, Michel et Alain Destouches sont heureux d'annoncer la naissance de leur petite sœur *Marie-Claude* (Docteur et Madame A. Destouches, 2, rue de l'Université, Montrichard, Loir-et-Cher).

Le docteur et Madame P.-M. Tanazacq sont heureux de faire part de la naissance de leur fille *Jacqueline* (Rimogne, Ardennes, 18 Octobre 1945).

Mariages.

— Nous apprenons le mariage du docteur Jean Boutines, de Paris, avec Mademoiselle Aimée Barrué, fille du docteur Barrué, de Blagnac, Haute-Garonne (Toulouse, 26 Octobre 1945).

— Nous apprenons le mariage du docteur Héraclès Maschas avec Mademoiselle Marguerite Le Gall, le 13 Octobre 1945, veille de son départ pour Minet-el-Gamh, Egypte.

Décès.

— On annonce le décès, le 2 Octobre 1945, de M. Roger Bossaut (10, rue Casimir-Delavigne, Paris).

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

Les Petites Annonces dans La Presse Médicale *sont acceptées sous réserve d'un contrôle extrêmement sérieux. Aucune annonce commerciale n'est acceptée.*

Prix : 30 fr. la ligne (20 fr. pour les abonnés).

VIS. méd. introd. pharm S.-O. s'adj. prod. confrat. Ecr. *P. M.*, n° 157.

A VENDRE, à Salies-de-Béarn (Bses-Pyrénées), Hôtel 60 ch., av. parc 2 hectares, à 200 *m.* des Thermes salins. Conv. pour utilisat. ou médico-sociale (enfants, osseux, maison santé). Me Claverie, notaire, Sauveterre (Basses-Pyrénées).

RECHERCHE : Exploration radiologique de l'Appareil Respiratoire par E. Sergent, dernière édition. Ecr. *P. M.*, n° 286.

INTERNE des Hôpit. de Paris, Dr en médecine, au cour. hématologie, bactériologie, ch. empl. pr après-midi, Labo ou assist. médic. Ecr. *P. M.*, n° 293.

GRAND MICROSCOPE de bactériologie à vendre : oc. 8, obj. 3, 7, 1/12, platine ronde mobile, condensateur. Ecr. *P. M.*, n° 296.

IMPORTANT LABORATOIRE PARISIEN cherche pharmaciens libres tous engagements, pour visites médicales province. Situation stable, conditions intéressantes. Envoyer *curriculum vitæ* à *P. M.*, n° 300, qui transmettra.

CHIRURGIEN cherche poste assistant ou clientèle chirurgicale. Ecr. *P. M.*, n° 301.

Jne FEMME, bonne éducat. pouv. faire secrét. dactyl. recevoir clientèle ou tenir int. dem. empl. ch. docteur Paris ou province. Ecr. Mme Véry, 186, r. de la Pompe, Paris (16e).

A VENDRE microscope Nachet, 3 objectifs, nu immersion, oculaires. Gants et tablier protecteur radiologique. Ecran fluorescent pour table bascul. Ropiquet. Ecran Potter Bucky radioscop. Appareil Pachon. Ecr. *P. M.*, n° 309.

A CEDER clientèle médecine générale grande ville du Centre. Ecr. *P. M.*, n° 316.

POSTE O. R. L. et OPH. à céder dans ville de Normandie. Ecr. *P. M.*, n° 319.

ACHETE VELOMOTEUR en parfait état à confrère. Tél. Odé. 35-99 ou écr. *P. M.*, n° 321.

SAGE-FEMME sinistrée, 24 ans. Faculté de Nancy, cherche poste petite clinique grande ville ou ferait des gardes. Ecr. *P. M.*, n° 325.

FEMME DE MEDECIN, sinistrée, au cour. représent. médicale, ch. représentation Labo à Paris. Ecr. *P. M.*, n° 315.

ETUDIANT, médec., 6e année, ch. travail médical ou paramédical Paris. Ecr. *P. M.*, n° 331.

MEDECIN devant être prochainem. démobilisé ch. remplacement longue durée, aiderait contr. fatigué. Succession possible. Ecr. *P. M.*, n° 351.

BONNE CLIENTELE dans préfect. du Centre, av. maison de 8 pièces, bien située, à échanger contre clientèle à Paris ou env. immédiats. Ecr. *P. M.*, n° 357.

DOCTEUR ch. poste médec. génér. toute région, surtout Paris, sud et sud-est, av. ou sans matériel. Ecr. *P. M.*, n° 358.

MEDECIN 35 a., 5 a. d'exerc. de médec. génér. ch. remplacem. de longue durée. Ecr. *P. M.*, n° 361.

AUDE. Grosse clientèle de médec. génér. en augmentation à céder, dans pet. ville, sur gde ligne, avec comme adjuvant, excell. appareillage radiologique et d'électricité médic. Ecr. *P. M.*, n° 372.

ON DEMANDE pour Laboratoire parisien une laborantine ayant une bonne pratique de l'hématologie et de la bactériologie courante. S.P.M.O., 2, cité Milton. Visa O.R.T., n° 15.140.

PHARMAC. 31 a. tr. actif, format. techn. comm. et public. possédant import. officine et labor. spécial., disposant capitaux, cherche achat laborat. bien aménagé, av. ou sans marques, ou associat. dans import. laborat. et achat. spécial. ayant visas. Ecr. *P. M.*, n° 377.

A VENDRE : dosimètre de Hammer neuf. Ecr. *P. M.*, n° 378.

A VENDRE table de gynécologie métallique. Vareuse et manteau militaires, état de neuf. Ceinturon. Téléph. : Wag. 64-80.

LABORATOIRE province demande d'urgence Laborantin ou Laborantine au courant de toutes analyses médicales. Ecr. S.P.M.O., 21, rue des Tournelles, Paris. Visa n° 9811.

IMPORTANT LABORATOIRE SCIENTIFIQUE demande jeunes docteurs en médecine, pharmaciens ou chimistes pour visites médicales Paris et Province. Ecr. av. références et prétentions à *P. M.*, n° 383.

CHEF DE PUBLICITE Labo de Spécial. pharmac., Dr en médec. réf. 1er ordre, offre collaboration à Labo, grand, moyen ou petit. Ecr. *P. M.*, n° 385.

SAONE-ET-LOIRE, à vendre d'urgence grosse clientèle ch.-lieu de canton, proximité ville, maison confortable. Pour renseignements s'adresser au Dr Perrin, chirurgien, 3, rue Thiard, Chalon-sur-Saône.

A CEDER, bonne clientèle banlieue est. Ecr. *P. M.*, n° 392.

MEDECIN cherche cabinet médec. génér. Paris ou banl. ou collabor. av. cession ultérieure. Ecr. *P. M.*, n° 394.

INTERNE libre après-midi cherche assistance ou remplacement. Tél. Lab. 89-66.

HOPITAL BAR-SUR-AUBE recherche une infirmière surveillante diplômée 3e classe pour service chirurgie. S'adresser au Directeur-Econome.

A VENDRE microscope marque Veryck, gd modèle, complet, état neuf, pour toutes recherches, dans boîte confortable. Bérault, 30, r. de Brévannes, Sucy-en-Brie (S.-et-O.). Tél. : 152, de préfér. à partir de 20 heures.

Jne FEMME, Dr en Pharmacie, présent. sér. garanties, utiliser. dipl. dans Labo de spécialités ou autre affaire pharmaceut. Ecr. *P. M.*, n° 403.

VELOMOTEUR bon état, à vendre. Lab. 89-66.

CLINIQUE chir. Paris dem. 1 inf. con. anesth. et trav. sal. opér. S.P.M.O., 3, r. de Lisbonne, Paris. Visa O.R.T., n° 15856.

MEDECIN ch. poste médec. génér. ds ville import. ou assistance av. promesse cess. client., au cour. électro-radiol. Ecr. *P. M.*, n° 407.

A VENDRE D'OCCASION : 1° Deguy-Guillaumin, Microscopie clinique ; 2° Fuchs, Manuel d'Ophtalmologie ; 3° Rollet, Traité d'Ophtalmologie. Ecr. *P. M.*, n° 408.

CHERCHE pharmacien célibataire ou veuf en vue reprise Officine, avec ou sans capitaux. Ecr. *P. M.*, n° 411.

MEDECIN, 2 jnes enfants, ch. cabinet important campagne ray. 80 km. de Paris, gde maison, tout confort, jardin. Au besoin reprendr. mobilier. Ecr. *P. M.*, n° 412.

SECRET, st.-dact. exp. très sér. référ. désire seconder Dr ap.-midi seult. Ecr. *P. M.*, n° 420.

A CEDER D'URGENCE très bon poste rural, région agréable, Pas-de-Calais, cause spécialisation. Ecr. *P. M.*, n° 421.

PHARMACIEN, 32 a., célib., libre déb. 46, ch. gérance ou aider. confr. âgé, av. poss. success. Ecr. *P. M.*, n° 432.

CHIRURGIEN, A.I.H.P., 10, a. de prat. clientèle prov. av. important matériel, ch. associat. en vue success. Paris ou rég. parisienne. Ecr. *P. M.*, n° 433.

MED. 40 a., expér. et titré, envisagerait associat. médec. surcharge, clientèle médicale, consultation préférence. Reprise éventuelle. Ecr. *P. M.*, n° 434.

A LOUER, longue durée (18 ans), rég. ouest, château av. parc, jardins. Conviendrait mais. repos destinée à œuvre sociale, possibilité 25 à 30 lits. Ecr. *P. M.*, n° 436.

A VENDRE appareil de diathermie Walter à éclateurs, type D, 110 v. Dr Advenier, 4, bd M.-Berteaux, Argenteuil.

MEDECIN achèterait colorimètre Zeiss de Crécelius-Jeifert pour glycémie. Ecr. *P. M.*, n° 445.

MED. 31 a., cél. ex-int. hôp. banlieue et sana Hte-Savoie, achèterait de suite ds ville 8 à 10.000 hab. minimum, client. méd. gén. av. possibil. faire phtisiologie ; ou fer. remplacem. av. success. possible. Ecr. *P. M.*, n° 446.

VISITEUR MEDICAL, références 1er ordre, 15 a. même Labo, présent. parfaite, cherche autre Labo. Ecr. *P. M.*, n° 449.

MENAGE, infirmière dipl., homme ttes mains, demande empl. ds hôp., clinique ou mais. enfants. Ecr. *P. M.*, n° 451.

A VENDRE MICROSCOPE « Reichert », platine carrée à chariot mob., 4 objectifs achromatiques (immersion), ent. neuf. Ecr. *P. M.*, n° 452.

SECRETAIRE MEDIC. expériment., assistante radiol. dipl., ch. pl. clin. ou cab. partic. à Paris. Ecr. *P. M.*, n° 453.

MED. électr.-rad. qual., anc. prison. ch. cess. poste élec-rad. ou assoc. av. ou sans success. éven. Ecr. *P. M.*, n° 451.

A CEDER bonne clientèle oculiste exerçant seul, important arrondiss. sud-ouest, av. tous appareils et matériel modernes. Ecr. d'urg. : Touzet, 60, r. des Remparts, Bordeaux.

J. F. 16 ans, ch. empl. conditionneuse dans Labo. Référ. : Centre de Récupération des Emballages Pharmaceut. Ecr. *P. M.*, n° 459.

Dr ACH. gants, tablier protecteur, négatoscope, appar. et matériel radio 25 périodes. Ecr. *P. M.*, n° 460.

PROXIMITE St-MALO, poste médic. à céder ; chif. d'aff. : 300.000, av. ou sans instrumentation et mobilier professionnel. Ecr. *P. M.*, n° 461.

MEDECIN achèterait clinique Paris, banl. ou midi, ou s'associerait en vue succession. Ecr. *P. M.*, n° 462.

ANC. INT., spécial. radiol. v. dig., libre 2 j. fin sem. ch. s.-louer hiver, Paris, b. install. clin., ou prêt. cont. désir. week-end ; pourrait le ravit. et chauff. si pièce études enf. Ecr. *P. M.*, n° 463.

DACTYLO, sér. référ. ch. travaux ch. elle ; conn. anglais, esp. Ecr. *P. M.*, n° 464.

ETUDIANT, 14 inscript., démobilisé, ferait piqures ou travail pr médecin ou cliniques. Ecr. *P. M.*, n° 465.

INFIRMIERE d'Electro-radiol. dem. situation. S'adresser Mme Pay, 24, r. Truffaut, Paris.

A VENDRE : table d'exam. gynécol., tabouret, escabeau. Ecr. *P. M.*, n° 467.

J. FEMME, infirmière dipl. Etat, stén.-dact., libre apr.-midi, ch. emploi Paris. Ecr. *P. M.*, n° 468.

MEDECIN, 10 a. prat. Algérie, ch. suite cabinet et appartem. ds banlieue paris. ou Nice. Ecr. chez R. Garçon, 15, r. St-Rome, Toulouse.

A VENDRE microscope Zeiss, binoculaire, état de neuf. S'adresser : 18, rue Weber, Paris (16e).

Jne MEDECIN échangerait 2 pièces tt conf. XVe arrt. contre appartem. plus grand en vue d'installation Paris, av. ou sans reprise. Tél. Ség. 55-53.

INFIRMre C.-R. Fse, ch. pl. ch. Dr ou dent. Ecr. *P.M.*, n° 472

MENAGE DE MEDECINS, mari 12 a. clientèle, femme étudiante fin scolarité, accepter. poste remplaçant, assistant clin. ou labo, préf. ville faculté. Ecr. *P. M.*, n° 473.

A VENDRE instruments obstétr. et chirurgie, excell. étut basiotribe abs. neuf. Ecr. *P. M.*, n° 474.

ECHANGERAIS appareil rayons X contre voiture modèle récent, bons pneus. Ecr. *P. M.*, n° 475.

Dr. libéré récemm. dispos. capit. spécial. radiol. rech. repr. poste radiol. ou assist. Paris ou banl. proche. Ecr. *P. M.*, n° 476

PART. VEND microscope Stiassnié, parf. ét. neuf, type Institut Pasteur, platine mob., revolver, 4 object. condensat. fond noir et accessoires. Ecr. *P. M.*, n° 477.

MEDECIN au cour. radiol. recherché pr poste à Paris. Conviendrait à ancien médec. militaire. Ecr. *P. M.*, n° 478.

VENDS seringue p. transfus., neuve. Ecr. *P. M.*, n° 479.

RECHERCHONS ds Paris, appartem. 5 pièces, en locat. ou sous-locat. pr. install. clin. médico-chir. Ecr. *P. M.*, n° 480

Jne FEMME, vve, ch. place secrétaire chez médecin ou clinique. Peut diriger intérieur. Ecr. *P. M.*, n° 481.

EN VUE D'ASSOCIATION CLINIQUE, recherchons jnes médecins et jnes chirurgiens p. Paris. Ecr. *P. M.*, n° 482.

DISPOSANT gros moy. publicit. et prospections, ch. à 3 spécial. pharmac., ferais contrat intéress. Ecr. *P. M.*, n° 483

A VENDRE basiotribe Tarnier et ciseaux de Dubois. Ecr. *P. M.*, n° 484.

Jne FILLE, 26 a., cult. gén., st-dact., 8 a. référ., not. angl. et allem., au cour. termes médic. ch. pl. secrét. ds labo ou ch. Dr. Ecr. *P. M.*, n° 485.

DESIRE ECHANGER appart. 6 p. Champ-Mars, contre appart. 2 p., 6e, 7e arrt de préfér. Ecr. *P. M.*, n° 486.

BON POSTE Yeux, O.R.L., sud-est à céder ou échanger. Ecr. *P. M.*, n° 487.

A VENDRE : 7 daviers angl., 1 thermo-caut. à lampe, 1 pèse-lait, 4 sondes. S'adress. matin Varin, 24, av. Bugeaud, Paris.

A LOUER dans mais. mod. 6e arrt., cabinet consult., salon plus. après-midi par semaine av. infir. pouv. faire récept. secrét., téléph. Ecr. *P. M.*, n° 489.

VISITEUR MEDICAL, référ. 1er ordre, tr. introduit médec. hôpit. rég. ouest, rech. 2e labo. Ecr. *P. M.*, n° 490

TRAVAUX ORIGINAUX

L'EXAMEN RADIOGRAPHIQUE DU PIED BOT

Par **Pierre MARIQUE**

Agrégé de l'Enseignement Supérieur, Bruxelles.

L'étude radiographique du pied bot varus équin congénital a presque toujours pour but l'analyse du développement squelettique du pied. On sait que dans le pied bot, les noyaux d'ossification du scaphoïde et des cunéiformes apparaissent avec un retard plus ou moins considérable, et que la forme définitive des os du tarse est anormale. On sait également que lorsqu'on a rendu assez précocement aux différentes pièces squelettiques leurs rapports normaux, l'évolution de celles-ci se fait vers une forme normale, entraînant une fonction normale.

De nombreux travaux ont, semble-t-il, épuisé cette question. Mais on s'étonne de constater combien peu d'auteurs se sont intéressés à l'étude radiographique des rapports du pied sur la jambe dans cette affection.

Les études anatomo-pathologiques sur le pied bot analysent les déplacements de chacun des os du tarse dans les différentes articulations; depuis la tibio-astragalienne, et l'analyse de Farabeuf est connue de tous ceux qui ont pris quelque intérêt à la question. Mais il manque la synthèse de ces détails : on trouve toujours la description des déplacements de l'astragale dans la mortaise : antéposition, adduction, équinisme, mais on n'en conclut pas explicitement que tout le pied accompagne l'astragale, et que la lésion du pied bot varus équin n'est pas une lésion intrinsèque du pied, mais bien une *subluxation du pied sur la jambe*, conception que j'ai énoncée dans un travail antérieur, et qui a son importance pour le traitement. Cette subluxation du pied peut être démontrée facilement par la radiographie dans tous les cas de pied bot, et cela dès la naissance, par une technique très simple que je décrirai ci-après.

Les clichés radiographiques habituels sont d'interprétation difficile et c'est la raison du peu d'intérêt qu'on accorde à la radiographie du pied bot dans les traités classiques les plus récents. Ces clichés sont pris sans règle directrice : le radiologue non prévenu, auquel on demande « la radiographie de face et de profil du pied », fournit un premier cliché pour la prise duquel la plante du pied a été appliquée sur la plaque ; un second cliché pour la prise duquel l'enfant a été couché sur le côté, et le bord externe du pied placé sur le film. C'est la technique courante pour les clichés de profil : elle ne convient pas pour le pied bot. En effet, le bord externe du petit pied bot est fortement convexe ; en saisissant le pied par les orteils pour l'immobiliser, on applique l'avant-pied seul sur le film, tandis que le talon décolle. L'image radiographique que l'on obtient est une projection parfois très oblique des os du tarse ; quant aux malléoles, elles sont vues quasi de face, la malléole externe se projetant très en arrière de la malléole interne.

Enfin, parce qu'on a demandé une radiographie du « pied », le radiographe emploie volontiers des films trop petits, sur lesquels on ne voit qu'un segment de tibia, insuffisant pour tracer avec certitude l'axe de la jambe.

Majnoni d'Intignano a cherché à établir des repères utilisables pour préciser, sur les clichés courants, les rapports de l'astragale avec les os de la jambe. » Il semblerait, de prime abord, impossible que la radiographie puisse fournir des renseignements utiles » écrit-il, « En effet, les os du pied et de la jambe sont susceptibles de prendre des positions variables presque jusqu'à l'infini. Dans ces conditions il ne faut guère compter obtenir deux épreuves exactement superposables. » Il propose de tracer les axes du tibia et du péroné, et de les prolonger vers le bas : le centre de rotation de l'astragale, situé directement derrière la concavité représentant le plafond du sinus du tarse, se trouve normalement à égale distance des axes. En cas de pied bot, le repère astragalien est nettement avancé.

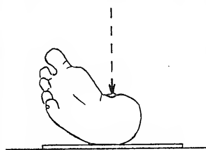


Fig. 1. — Position du pied bot pour la radiographie du profil bimalléolaire.

Mais il est un moyen plus simple d'obtenir des clichés tout à fait démonstratifs et comparables entre eux. Il suffit pour cela de prendre la radiographie de profil du cou-de-pied suivant l'axe bimalléolaire.

Technique. — Si l'enfant est par trop indocile, quelques secondes d'insufloration peuvent être nécessaires.

Pour obtenir un profil pur de l'articulation tibiotarsienne, l'articulation « malléolaire » de Debrunner, je procède comme suit :

L'enfant est *couché sur le dos*. Le décubitus dorsal limite la rotation externe de la jambe au degré voulu pour superposer naturellement les deux malléoles.

L'avant-pied ne repose pas sur la plaque.

Le rayon normal est centré sur les malléoles (fig. 1).

Pour pouvoir comparer les clichés entre eux, le pied est, dans tous les cas, fixé en *position de flexion dorsale maximum*. En ce faisant l'on corrige plus ou moins complètement la supination.

Il faut radiographier une longueur suffisante de la jambe pour pouvoir tracer avec certitude l'axe du tibia.

Si l'on fait l'examen radiographique du profil bimalléolaire chez le nourrisson normal, on constate que l'astragale avance légèrement dans la mortaise dans l'extension, tandis qu'il recule dans la flexion dorsale. Sur le cliché pris en extension, l'axe prolongé du tibia passe dans la partie postérieure du noyau astragalien ; la portion d'astragale qui se trouve en arrière de cet axe est un peu plus importante dans la flexion dorsale (fig. 2). En même temps l'astragale glisse vers l'avant ou vers l'arrière par rapport au calcanéum.

Dans les cas de pied bot, *l'axe tibial prolongé passe en arrière du noyau astragalien*, et la distance qui existe entre eux peut être considérable, montrant l'importance de la subluxation. Les autres os du tarse étant solidaires de l'astragale, c'est bien le pied qui est subluxé sur la jambe. L'absence de saillie talonnière est en grande partie due à cette subluxation du pied (fig. 3 et 4).

On remarquera aussi en examinant les figures que lorsque le pied est sain, l'astragale surplombe le calcanéum dans l'attitude de flexion dorsale, et glisse un peu en avant dans l'extension. Les radio-



Fig. 2. — Enfant normal âgé de trois semaines. Attitude en extension et en flexion. Déplacement physiologique de l'astragale et du calcanéum.



Fig. 3. — Enfant de deux mois atteint de pied bot à droite. Subluxation évidente, entraînant un équinisme irréductible. Comparer avec le pied sain.

graphies de pieds bots, bloqués en équinisme, montrent que le glissement astragalien en avant du calcanéum est plus important que dans l'extension physiologique, sans qu'on puisse parler d'énucléation de l'astragale. Cette constatation est en désaccord avec l'enseignement de Farabeuf qui considérait que, dans le pied bot, le calcanéum est poussé sous l'astragale.

J'ai dit que le pied du petit malade devait être radiographié dans l'attitude de flexion dorsale maximum possible. De cette manière l'astragale est enfoncé dans la mortaise autant que le permet la lésion. Les clichés successifs pris au cours du traitement sont donc comparables entre eux, et montrent si la réduction a fait des progrès.

Un deuxième avantage de cette position en flexion dorsale maximum est de permettre de mesurer, sur les clichés, l'angle de flexion du pied sur la jambe, critère clinique important. On voit fort bien sur de tels films que la subluxation du pied constitue l'obstacle à la flexion et rend l'équinisme irréductible. Les radiographies révèlent, en outre, impitoyablement, toute flexion dorsale qui se passe dans l'articulation médio-tarsienne.

Chez l'enfant un peu plus âgé, le noyau astragalien se développe et le noyau épiphysaire inférieur du tibia apparaît, d'abord convexe, puis concave. Chez le sujet normal, le sommet de la convexité de la poulie astragalienne se trouve à l'aplomb de l'axe tibial. Cette correspondance n'existe pas dans le pied bot, la subluxation du pied sur la jambe étant toujours apparente.



Fig. 4. — Pied bot non traité âgé de six mois. Subluxation évidente du pied. Equinisme irréductible.

Conclusions. — La radiographie de profil du cou-de-pied démontre la subluxation du pied sur la jambe dans tous les cas de pieds bots neufs. Cette subluxation varie en importance suivant les cas. Le cliché radiographique constitue donc l'élément majeur du pronostic.

L'examen radiographique ainsi standardisé constitue le guide et le contrôle indispensables d'un traitement consciencieux. Aussi longtemps que la subluxation n'est pas entièrement réduite, la guérison ne peut être complète, c'est-à-dire que la flexion dorsale n'est pas assurée et que le risque de récidive n'est pas écarté.

Le pied bot se juge à la main plutôt qu'à l'œil a dit Farabeuf. Il faudrait ajouter désormais qu'on le juge mieux encore sur des radiographies bien faites.

ŒSTRUS EXPÉRIMENTAL

Essai d'interprétation de l'action des substances à effet conjugué œstrogène et cancérigène

PAR MM.

H. BULLIARD et **I. GRUNDLAND**

(Paris)

Dans un travail antérieur [1], nous avons montré l'effet à type œstral des polypeptides. Ces expériences avaient trait, soit à des animaux impubères, soit à des animaux castrés. Il est d'une part remarquable que des hydrocarbures cancérigènes sont doués d'un pouvoir œstrogène (souvent incomplet), et d'autre part que les hormones sexuelles et toute une série de corps à nature stérolique se sont révélés cancérigènes.

Toute néoplasie s'accompagne d'hyperpolypeptidémie et même cette hyperpolypeptidémie favorise la croissance des tumeurs comme nous l'avons montré [2] et comme Reding l'a confirmé [3]. Les polypeptides ne sont-ils pas responsables de l'effet œstral observé sous l'influence des agents cancérigènes? La nature lipidique de la molécule ne produit-elle pas l'accentuation de l'effet œstral? C'est ce que nous avons cherché à élucider par quelques expériences.

Expériences concernant l'effet œstrogène.

Nous avons étudié l'action des polypeptides provenant d'un muscle de bœuf. Pour les lipides, nous nous sommes éloignés à dessein de ceux dont la structure est cholestérolique, et nous avons choisi la lécithine (dont la molécule est relativement simple).

A. Polypeptides seuls. — La solution de polypeptides employés contenait 0 mg. 57 d'azote polypeptidique par 1 cm^3 et avait un pH de 6,8.

Aux résultats que nous avons déjà publiés, nous ajouterons que les injections de polypeptides sont capables de déterminer un œstrus complet chez l'animal impubère (rates de 20 *g*.). L'ouverture du vagin se produit au bout de cinq jours en moyenne, le stade des placards cornés caractéristiques, au bout de sept jours. Si l'on continue les injections, la durée de ce stade atteint trois à quatre jours, au lieu des vingt-quatre heures de l'œstrus normal.

Chez la rate castrée depuis fort longtemps (un année), l'injection répétée de polypeptides n'aboutit qu'à des poussées congestives relativement courtes et se traduisant par un afflux leucocytaire parfois énorme dans la cavité vaginale. Sur les frottis, les leucocytes sont à l'état pur, et ce n'est que rarement que l'on peut rencontrer quelques cellules épithéliales kératinisées. Résultats à peu près identiques chez les castrats récents (souris castrées, traitées quinze jours après l'intervention), de 12 à 15 *g*. Un amas leucocytaire peut parfois s'observer spontanément dans la cavité vaginale.



Fig. 1.
Vagin rate castrée témoin.

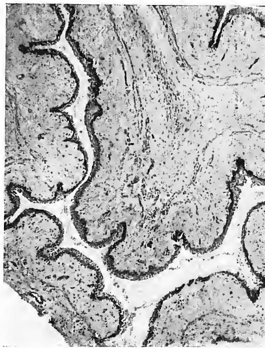


Fig. 2. — Vagin rate castrée traitée par injections de lécithine + polypeptides.

1. *C. R. de la Soc. de Biol.*, 1938, **128**, 997 et 1939, **131**, 887.
2. *C. R. de la Soc. de Biol.*, 1939, **131**, 889.
3. *C. R. de la Soc. de Biol.*, 1940, **133**, 430.

B. Lécithine seule. — Employée isolément, la lécithine a un faible pouvoir œstrogène faible et irrégulier (d'après Migliavacca [4] 6 fois sur 15 chez la souris impubère, 3 fois sur 15 chez la souris castrée). Cet auteur a montré en outre qu'après des injections à fortes doses et répétées, les lipides s'accumulaient dans le chorion de la muqueuse utérine. Sur les quelques animaux que nous avons traités avec la lécithine seule, nous n'avons pas obtenu l'effet œstral.

C. Lécithine ajoutée aux animaux préparés par les polypeptides. — Nous avons eu l'idée d'utiliser la lécithine chez un animal castré préparé antérieurement par les polypeptides. Nous avons fait deux séries d'expériences, l'une chez la rate castrée, l'autre chez la souris récemment castrée.

Dans la première série, la préparation par les polypeptides a été réalisée par des injections quotidiennes faites pendant six jours. Nous avons vu plus haut que c'est au bout de ce laps de temps que les polypeptides manifestaient leur action. Nous pratiquons alors deux injections d'émulsion de lécithine à 0 *g*. 10, à une heure d'intervalle. Les frottis vaginaux sont pratiqués de deux heures en deux heures. Deux heures après la dernière injection de lécithine une sécrétion apparaît déjà, avec de nombreux leucocytes et des cellules épithéliales nucléées. Au bout de six heures, on note, à côté des éléments précédents, par plages, la présence de cellules kératinisées.

Sur les coupes, au lieu de l'involution de la muqueuse vaginale des castrés, on voit une turgescence du tissu conjonctif, avec de nombreux replis de la muqueuse. L'examen de détail montre une plus grande stratification de l'épithélium (4 ou 5 assises), avec desquamation de cellules en partie cornifiées.

Les cornes utérines montrent une hyperplasie de l'ensemble atteignant le double en diamètre. Elles sont richement vascularisées et les cellules sont gonflées, turgescentes, à gros noyaux. La lumière étroite et aplatie chez le témoin est plus large et tend à devenir circulaire. A l'intérieur, on note l'existence d'un petit magma de cellules desquamées.

Quant au produit de sécrétion vaginale, il se tarit le jour même. La réaction vaginale provoquée est rapide et passagère.

Dans une deuxième série (souris récemment castrée), nous avons aussi, après traitement préalable par les polypeptides, continué le traitement de lécithine. Nous avons obtenu, comme précédemment, une *réaction rapide*, consistant en un afflux leucocytaire, mêlé de cellules muqueuses caractéristiques, et de rares cellules épithéliales à noyau. L'un de nous a déjà rencontré ce mode de réaction vaginale à la suite d'un traitement par la yohimbine [5]. Cette réaction, mucification vaginale avec exsudat leucocytaire abondant, équivaut à l'action d'une dose insuffisante de folliculine.

Notons que le même résultat (exsudat leucocytaire et cellules muqueuses) a été obtenu en inversant l'ordre des excitants: traitement primitif à la lécithine, puis action des polypeptiques.

Nous avons obtenu des résultats un peu moins nets et un peu plus tardifs (vingt-quatre heures) après la lécithine, en employant la lécithine en solution huileuse, au lieu de l'émulsion, et en diminuant la durée de la préparation de l'animal aux polypeptides.

Nous avons été frappés par la rapidité de l'installation de la réaction œstrale du tractus génital, qui, ayant été préparé aux polypeptides, a subi l'injection d'une substance lipidique. C'est cette rapidité de réaction qui explique l'existence simultanée de cellules diverses et le chevauchement des stades dont la chronologie d'apparition successive est réglée lors d'un œstrus normal. Nous avons enregistré, pour l'adjonction aux polypeptides de l'action d'une molécule lipidique, un pas en avant sur la voie d'un œstrus expérimental, qui consiste dans l'apparition, en nombre important, de cellules muqueuses.

Le tarissement relativement rapide de la sécrétion et l'action œstrale incomplète s'expliqueraient par la résorption rapide, au cours de l'expérience, de l'élément actif, en l'occurrence la lécithine. En effet, la durée de séjour dans l'organisme de la folliculine

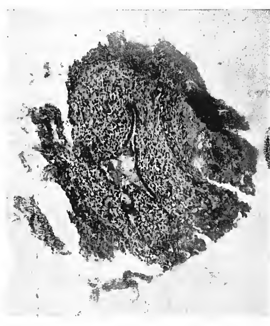


Fig. 3. — Corne utérine rate castrée témoin.

ou des corps similaires et même des hydrocarbures cancérigènes est bien plus longue; aussi la réaction élective du tractus génital peut se poursuivre par l'évolution cellulaire complète chronologique.

Expériences concernant l'effet cancérigène.

L'hyperpolypeptidémie accompagne tout processus de néoformation pathologique et physiologique (grossesse). L'injection des polypeptides à l'animal



Fig. 4. — Corne utérine rate castrée traitée par injections de lecithine + polypeptides.

porteur d'une greffe néoplasique (tumeur de Guérin) est susceptible de favoriser la croissance de la tumeur, par rapport au témoin [2]. Reding a pu obtenir l'éclosion de tumeurs à la suite des injections de substances protéiques à l'animal.

L'examen des substances cancérigènes à action œstrogène conjuguée a montré qu'elles appartiennent pour la majeure partie au groupe des lipides, ou sont tout au moins solubles (susceptibles d'être véhiculées) dans les solvants des corps gras. Un autre trait commun réside dans la structure touffue de leurs molécules constitutives, qui, de ce fait, offrent une grande difficulté à s'intégrer, telles que, dans la masse corporelle de l'organisme récepteur. Elles présentent, pour la même raison, des difficultés à passer à travers les mailles moléculaires de l'économie (parenchyme rénal) ; et, à cet effet, doivent être démembrées, elivées. Il en résulte une certaine durée de séjour de ces substances dans l'organisme, soit à l'état inchangé, soit à l'état de fragments moléculaires, qui, eux, sont encore loin de servir directement à l'organisme. Ces substances forment donc des corps étrangers qui, par leur présence, contribuent à maintenir l'organisme dans un stade que nous appellerons « excité ». Le stade « excité » n'est autre que le syndrome primitivement dit post-opératoire, qui a été observé dans une multitude de cas de perturbations de l'organisme [6]. Il consiste principalement en : hyperpolypeptidémie, hyperglycémie et hypochlorémie et correspond, d'une part, à une évolution de l'équilibre de dissociation des éléments constitutifs de l'organisme, tels que les grosses molécules lipidiques, protidiques et glucidiques, et, d'autre part, à une adaptation des éléments minéraux au nouvel équilibre.

Dans nos expériences ayant pour but l'interprétation du pouvoir œstrogène et cancérigène de tout un groupe de corps chimiques, nous nous sommes efforcés de réaliser les deux conditions produites dans l'organisme par la présence de ces substances :

1° Le maintien de l'organisme dans un stade excité, réalisé par l'hyperpolypeptidémie provoquée ;

2° L'intervention d'une molécule lipidique (par son aspect physique).

Nous nous sommes éloignés à dessein du groupe des lipides à structure cholestérolique, en utilisant la lécithine, qui, de par sa constitution, n'offre aucune parenté avec les hormones sexuelles. Notre molécule-outil ne doit pas être nécessairement grosse, puisque nous reproduisons par ailleurs (par l'injection de polypeptides) l'excitation de l'organisme, qui est due à la difficulté de elivage, d'intégration ou de catabolisme de ces substances cancérigènes, souvent à structure très complexe.

La réaction œstrale brusque et de courte durée, que nous avons obtenue, est due à la reproduction des conditions chimiques (variations humorales) et physiques (aspect lipidique) de l'action des hormones et corps cancérigènes ; l'analyse des propriétés et comportements moléculaires de ces substances nous a permis de le supposer. Le fait que le pouvoir cancérigène de ces substances est justiciable de la même interprétation (en passant par le relai de l'hyperpolypeptidémie) ajoute à la probabilité de notre hypothèse sur le mécanisme d'action des hormones sexuelles.

Il ressort des faits expérimentaux cités et des hypothèses soulevées que les substances à actions conjuguées œstrogène et cancérigène avec prédominance tantôt de l'un, tantôt de l'autre :

1° *Doivent leur effet œstrogène* à la sommation de deux actions : *a*) excitation générale de l'organisme par l'hyperpolypeptidémie; *b*) la nature lipidique de la molécule et le pouvoir lipopexique de la muqueuse utérine, qui forme le stimulant local déterminant finalement la réaction de l'organe suivant les possibilités physiologiques. Le laps de temps qui s'écoule entre les œstrus serait dû à la durée de saturation à dose efficiente de la muqueuse utérine après la chute de la déciduale.

2° *Conduisent à la néoplasie* par l'intermédiaire d'une modification humorale commune à toutes les causes du cancer.

Ces expériences montrent également la possibilité de *réponse immédiate* de la part du tractus génital aux différents excitants auxquels il peut être soumis

4. *Zeitschr. f. Zellforsch. u. Mikr. Anat*, Berlin, 1933, **17**, 681.

5. Effets de la yohimbine chez la rate blanche. *C. R. de la Soc. de Biol.* Novembre 1943.

6. Ainsi M. Polonowski, Warembourg et Driessens, *C. R. Soc. de Biol.*, 1936, **131**, 1451, ont constaté l'augmentation de la glycémie et de l'indice chromique résiduel (comprenant entre autres la polypeptidémie) à la suite des injections de folliculine.

LES DÉFORMATIONS PSEUDO-NÉOPLASIQUES DE L'ANTRE DANS L'ULCÈRE DE LA PETITE COURBURE

Par **René-A. GUTMANN,**

Médecin de l'Hôpital Laennec, Paris.

L'ulcère de la petite courbure peut provoquer en aval des modifications de divers ordres. Il peut être cause d'un spasme de l'anneau pylorique allant jusqu'à la sténose; il donne lieu, aussi, à cette rétraction de la petite courbure qui est classique.

La déformation que nous étudions ici est différente. L'ulcère se manifeste à distance par une influence nerveuse qui change globalement la forme de l'antre et il en modifie même le relief muqueux, soit par gastrite, soit par une désorientation autoplastique des plis.

L'aspect qui en résulte peut ne s'observer que sur un ou deux clichés de la série et n'est pas alors très trompeur.

Mais, souvent, il se maintient sur la série entière et incite ceux qui ne le connaissent pas au diagnostic de cancer.

Cette erreur risque d'être encore plus naturellement commise lorsque la déformation persiste non seulement sur une série, mais même au cours d'examens ultérieurs.

Enfin, si, bien souvent, comme sur beaucoup de clichés que nous reproduisons, l'ulcus causal saute aux yeux, il est des cas où il est petit, minuscule parfois et d'autres même où on ne le voit pas du tout, dissimulé, par exemple, sur la face postérieure près de la petite courbure.

L'image antrale, si organique d'aspect, semble ainsi expliquer les douleurs et mène fatalement au diagnostic de cancer.

*
* *

Pour éviter une confusion qui peut être si grave il faut regarder plus attentivement. On voit alors que, semblables dans leur ensemble, les images diffèrent cependant: l'étendue des surfaces « lacunaires », leurs contours, les rapports de leurs détails tout varie d'un cliché à l'autre, plus encore d'une

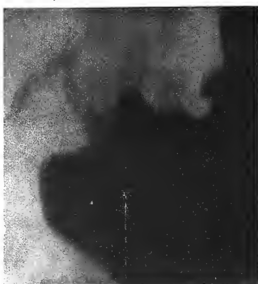


Fig. 1. — Déformation antrale constante de type spasmodique. Irrégularités de la muqueuse. Ulcus de la petite courbure.

Fig. 2. — Le cliché *a* est une image typique de cancer avancé de l'antre ; mais ici le diagnostic est facile puisque la déformation (cliché *b*) disparait sur tous les autres clichés. (L'ulcus causal, situé plus haut, n'est pas visible ici.)

a



b

Fig. 3. — Déformation de l'antre, irrégulière, très néoplasique d'aspect, dans un ulcère haut placé de la petite courbure.



Fig. 4. — L'image antrale est constante sur cinq séries prises en un an, mais varie dans ses détails. Envoyée avec le diagnostic de la lacune néoplasique (l'ulcère de la petite courbure a toujours passé inaperçu).

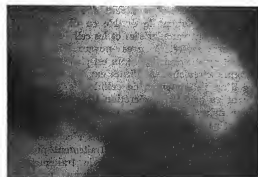


Fig. 5. — Antre déformé avec spicule d'aspect organique en réalité, disparition avec la disparition thérapeutique de l'ulcus causal.

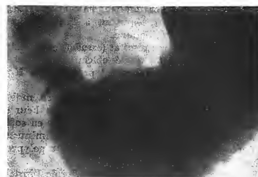




Fig. 6. — A gauche, images « néoplasiques ». A droite l'ulcus causal, vu à une autre époque

érie à l'autre et, en un mot, on ne retrouve pas le caractère essentiel des grandes images néoplasiques, d'être superposables ».

De plus, il serait anormal qu'un cancer qui encocherait si largement les courbures ne s'accompagnât pas sur les faces d'une destruction des plis.

Au besoin, le contrôle radioscopique, la compression, permettent de voir que la souplesse générale est conservée.

Les méthodes pharmaco - radiographiques, avec la morphine, l'ipéca, peuvent aussi aider le diagnostic.

Celui-ci est donc facile : néanmoins, l'erreur est très souvent commise.

*
* *

La meilleure façon de ne pas se laisser égarer par ces aspects, c'est, comme toujours en radiologie, d'en avoir vu un certain nombre.

On en a vite l'occasion. Ces images si peu connues sont, dans l'ulcère de la petite courbure, d'une extrême fréquence. Elles font vraiment partie de sa physionomie.

A ma consultation, loin de nous égarer, elles nous aident au contraire : elles sont pour nous une raison de soupçonner plus haut un ulcère causal ; bien souvent, sur des clichés où l'on ne voit pas de niche, nous avons fait le diagnostic d' « estomac à type d'ulcus de la petite courbure » et demandé que l'on recherchât, par de nouveaux examens, une niche que ceux-ci découvraient en effet.

C'est là le second intérêt de ces images.

Le diagnostic pourtant peut se heurter à une difficulté différente. On peut observer, en effet, vraiment, des lésions doubles, ulcus gastrique et prépylorique, association qui ne change pas grand'-chose à la conduite thérapeutique, mais surtout ulcère de la petite courbure et cancer authentique de l'antre. L'image pathologique, dans ce cas, reste constante sur la série et stable ou progressive sur les séries ultérieures.

Il ne faut donc pas, systématiquement et d'emblée, prendre à la légère ces déformations antrales.

Telles sont les raisons qui m'ont engagé à appeler l'attention sur des aspects que j'ai signalés il y a longtemps, mais qui ne me paraissent pas aussi connus que leur fréquence devrait leur mériter de l'être.

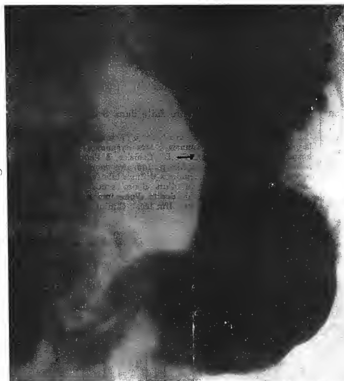


Fig. 7. — Déformation globale de l'antre, constante dans l'ensemble, mais non dans les détails, sur deux séries éloignées.

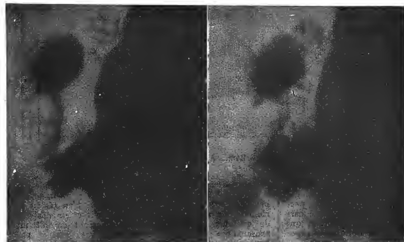


Fig. 8.
Déformation antrale par spasme, antrite et désorientation des plis.

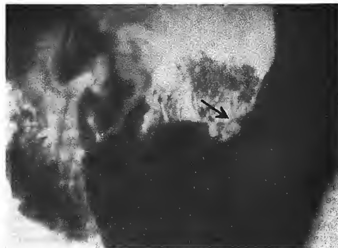


Fig. 9. — Antrite avec gros plis irréguliers pouvant faire penser à une néoplasie ulcérée de l'antre. Ulcus simple, plus haut situé, de la petite courbure.



Fig. 10. — Chacune de ces images est « typique » de cancer, mais aucune n'est, dans les détails, rigoureusement superposable à l'autre. Ulcus de la petite courbure opéré.

LÉSIONS ARTÉRIELLES DES BLOCS SILICOTIQUES

PAR MM.

L. CROIZIER, L. ODE et L. ROCHE

(Lyon)

A l'AUTOPSIE des mineurs morts de silicose, on trouve fréquemment l'existence de « blocs », masses fibreuses dures, de volume variable, occupant tout ou partie d'un lobe pulmonaire. L'examen histologique de telles lésions, pratiqué en particulier par A. Policard [1], a montré l'altération considérable des artérioles irriguant ces lobes; sous le microscope de l'histologiste ces blocs

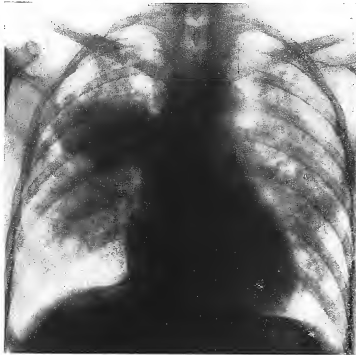


Fig 1. — Ram... Radiographie pulmonaire.

ont pratiquement avasculaires. On peut mettre en vidence ces atteintes vasculaires par une autre néthode : l'artériopneumographie post-mortem : elle ait l'objet de cet article.

La technique en est assez simple [2] : après éviscération des poumons on injecte dans les artères pulmonaires une substance opaque aux rayons X et n pratique secondairement une radiographie de la ièce ainsi préparée ; nous avons utilisé pour notre lude de la baryte diluée, substance facile à se pronrer actuellement.

Cette recherche a pu être faite dans 3 cas :

Le premier sujet Ram... avait travaillé toute sa vie à la perforatrice dans les tunnels ; très dyspnéique, il fut hospitalisé dans le service du Dr Croizier, à l'hôpital de Saint-Étienne. La radiographie pulmonaire montrait une image typique de silicose : ombres diffuses bilatérales constituées par l'agglomération d'un dense semis miliaire et existence sous la clavicule droite d'une image pseudotumorale, assez nettement limitée. Cliniquement il n'existait pas de signe de tuberculose associée et toutes les recherches de B. K. dans les crachats furent négatives. L'évolution se fit dans le sens de l'asystolie progressive qui dura très longtemps ; cette défaillance cardiaque avec anasarque résistait à la thérapeutique qui provoquait seulement une légère amélioration temporaire ; elle s'accompagnait d'un gros cœur à l'exame radiologique. Ce tableau persista six mois, durée excep tionnellement longue au cours des asystolies chez le silicotiques. La radiographie reproduite ici (fig. 1) a ét prise environ un mois avant la mort de ce malade.



Fig 2. — Ram... Artériopneumographie

L'artériographie du poumon droit (fig. 2) permet d retrouver l'image du bloc silicotique mise en évidenc chez le vivant. En outre on voit se dessiner le résea vasculaire, normal dans le lobe inférieur avec ses riche mailles. Faisant contraste, la partie supérieure du poumon, pourtant radiographiée sous une plus grande épaisseur, est pratiquement avasculaire. Les gros troncs sont bridés, atrésiés souvent filiformes ; quant au réseau artériolaire il a pratiquement disparu et il existe des plages de quelques centimètres carrés qui sont complètement avasculaires ; le contraste est saisissant entre la partie supérieure et inférieure du poumon ; c'est l'image la plus caractéristique que nous ayons obtenue.

Le deuxième sujet, Swic... était un mineur au rocher, entré dans le service du Dr Jacques Bérard pour une dyspnée très vive. La radiographie confirmait le diagnostic de silicose : il existait dans chaque poumon, à la partie moyenne, un bloc silicotique, plus important à gauche qu'à droite, et des images diffuses par agglomération de

1. A. POLICARD, L. CROIZIER, EDME MARTIN : Structure et mode de formation des blocs fibreux du poumon dans les pneumoconioses minérales. *Annales d'Anatomie Pathologique*, février 1939, 97.

2. L. ROCHE : L'artériopneumographie post-mortem. *Lyon Médical*, 3 juin 1945, 277.

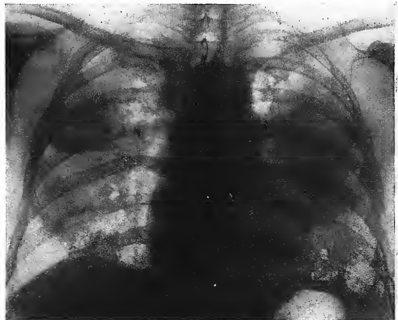


Fig. 3. — Swic... Radiographie pulmonaire.

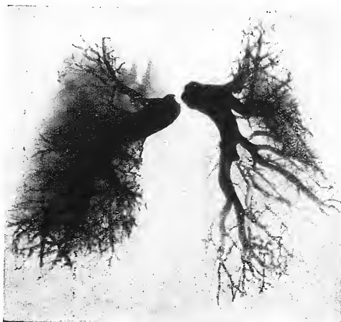


Fig. 4. — Swic... Artériopneumographie

iliaire dans le reste de l'étendue des champs pulmonaires (fig. 3). Ce sujet présenta une scène d'asystolie vec anasarque considérable, gros cœur à la radiographie, voluant vers la mort en quelques semaines.

La radiographie après injection intra-artérielle de aryte montra de grosses altérations vasculaires dans la artie moyenne des deux poumons, surtout à droite fig. 4).

Le troisième malade vint mourir dans le service de sa ilicose ; il n'a pas été fait de radiographie pulmonaire vant la mort.

A l'autopsie, on trouva un bloc silicotique dans chaque oumon et les artériographies *post mortem* montrèrent es mêmes lésions vasculaires que dans les deux premières observations.

L'atteinte vasculaire des blocs silicotiques est insi mise en évidence de façon spectaculaire dans on ensemble ; c'est l'intérêt de cette méthode car 'existence de ces lésions était connue histologiquement.

A. Policard, dans l'article cité plus haut, rappelle que la fibrose pneumoconiotique débute autour les vaisseaux et il existe dès le début un manchon fibreux périvasculaire, enserrant également lymphatiques, veines et bronches pulmonaires. Les artères sont les éléments résistant le plus longtemps. Au niveau des blocs silicotiques les lésions vasculaires sont constantes, souvent très accusées, aussi bien dans les blocs constitués que dans ceux en voie de formation. Il existe une oblitération par thrombose avec épaississement de l'intima et altérations par gonflement des formations élastiques. Ces lésions ne frappent pas seulement des artères moyennes mais elles touchent très fréquemment les vaisseaux plus petits qui accompagnent les petites bronches. Elles aboutissent à une destruction complète et à la désintégration totale dans une masse de tissu scléreux. Le rôle de la tuberculose est à discuter ; on doit noter que les lésions vasculaires sont plus fréquentes dans les cas où le processus tuberculeux est plus accentué ; les altérations vasculaires semblent maximum dans les territoires où la caséification est dominante.

L'extension et l'intensité de telles lésions vasculaires permettent de discuter plusieurs problèmes.

On comprend la gêne importante de la circulation pulmonaire en découlant et l'existence de telles lésions pourrait expliquer, au moins en partie, l'asystolie observée chez ces malades ; celle-ci est, en effet, fréquente chez ces sujets ayant de vastes lésions compactes pulmonaires. Mais la défaillance cardiaque fait certainement jouer d'autres facteurs, car elle manque souvent chez ces malades. D'autre part, la recherche de la vitesse de circulation sanguine intrapulmonaire montre généralement, dans ces cas, en l'absence d'asystolie, des chiffres normaux ; on peut d'ailleurs admettre que le sang circule aussi rapidement à travers des conduits rétrécis que normalement, sans que cette épreuve prouve qu'il n'y a pas trouble.

Il existe d'autre part assez fréquemment des processus de mortification à l'intérieur de ces blocs, entraînant chez ces malades l'apparition d'une expectoration purulente assez abondante qui a le caractère d'être toujours de coloration foncée ; c'est le « crachat noir » décrit par les auteurs stéphanois. A l'autopsie on trouve des cavités plus ou moins vastes évidant le bloc silicotique. On admet dans ce processus le rôle primordial de la tuberculose. Ainsi Croizier et Edme Martin ont presque toujours trouvé des BK dans les crachats noirs présentés par ces sujets. La tuberculose a certainement un rôle prépondérant dans de telles manifestations ; mais, devant l'existence de lésions vasculaires aussi importantes, ne présentant pas toujours histologiquement de stigmates tuberculeux, on pourrait envisager la possibilité de mortification par ischémie, sans coexistence de tuberculose.

Enfin le rôle de ces lésions dans la formation de ces blocs silicotiques doit être soulevé. Les lésions vasculaires sont précoces ; on sait qu'expérimentalement la suppression fonctionnelle des artères pulmonaires par ligature entraîne rapidement la sclérose des territoires pulmonaires correspondants (Schlaepfer). Il est probable que ces atteintes artérielles, associées aux lésions veineuses, lymphatiques et bronchiques coexistantes, doivent avoir un rôle important dans l'évolution rapide des pneumoconioses des mineurs, arrivées à ce stade anatomique.

(Travail du Service de phtisiologie de l'Hôpital de Saint-Etienne et de l'Institut de Médecine du Travail de Lyon.)

MALADIE DE LOBSTEIN, HÉRÉDO-SYPHILIS ET RACHITISME

PAR MM.

Félix MASSELOT et ARRIGHI

(Tunis)

Les frontières entre la maladie de Lobstein et la dysplasie périostale d'un côté, l'hérédo-syphilis osseuse et certaines formes de rachitisme d'un autre côté, sont singulièrement imprécises.

Il semble qu'il existe un syndrome d'altérations squelettiques, d'étiologie variée, débutant dans la première enfance, et à l'origine duquel la syphilis peut être parfois invoquée. Les effets de ces causes variables et souvent inconnues sont également multiples, grâce à l'intervention de facteurs secondaires sans doute et avant tout les perturbations glandulaires.

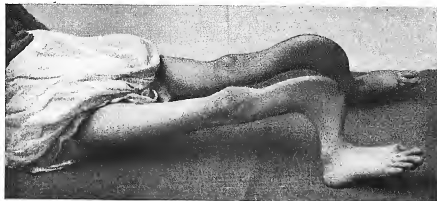


Fig. 1.

L'observation que nous résumons ci-dessous nous montre chez un même sujet, actuellement âgé de 50 ans, des signes ressortissant à l'ensemble clinique décrit par Lobstein, des déformations tibiales de type hérédo-syphilitique, ainsi qu'un thorax en carène d'aspect rachitique.

Cette malade, entrée à l'hôpital pour des symptômes gastriques dus à une sténose pylorique ulcéreuse, confirmée par la radiographie, a retenu notre attention en raison des déformations monstrueuses de ses membres inférieurs.

Ses tibias, comme le montrent les photographies 1 et 2, sont incurvés en lame de cimeterre à convexité antérieure, assez régulière, rasant presque le sol dan



Fig. 3.



Fig. 2.



Fig. 4.

la station verticale. Les cuisses sont également déformées, raccourcies, dessinant par leur face interne un ovale irrégulier, dont le petit axe mesure 10 *cm.*, un changement brusque de courbure en crosse se produisant à l'union du 1/3 supérieur et du 1/3 moyen des fémurs. Les membres inférieurs sont raccourcis ; à droite, la cuisse mesure 34 *cm.*, la jambe 23 ; à gauche, 31 et 25.

Les muscles de ces membres sont remarquablement atrophiés ; pourtant la marche est possible avec une canne si la malade est chaussée ; genoux et hanches ont une mobilité passive normale, mais l'extension du pied est limitée des deux côtés.

Aux membres supérieurs, il existe une déformation à droite, le coude ne pouvant s'ouvrir que faiblement au delà de l'angle droit.

Les membres supérieurs sont proportionnés à la taille : 70 *cm.* de longueur pour 127 de taille, celle-ci étant réduite surtout à cause du raccourcissement des membres inférieurs, puisque le buste mesure 74 *cm.*, du vertex au coccyx.

Le reste du squelette est normal, à l'exception du sternum fortement angulé en avant à l'union du manubrium et du corps de l'os et du maxillaire inférieur, saillant en avant. La dentition et le palais osseux sont normaux.

L'examen clinique général ne nous permet de retenir que la teinte bleue accusée des sclérotiques et les signes de sténose pylorique (la malade étant entrée à l'hôpital à la suite d'une hématémèse).

Le Bordet-Wassermann du sang est négatif.

L'histoire clinique assez flouc, la mémoire de la malade étant défaillante, permet de retenir 19 fractures siégeant presque toutes sur les fémurs, une seule sur l'humérus droit. La première fracture est survenue la malade étant encore au sein, le plus grand nombre d'entre elles dans le cours de la petite enfance, la dernière à 30 ans. Depuis vingt ans, le squelette est devenu solide. Ces fractures se produisaient sans cause, guérissaient rapidement. Il est difficile au palper d'en retrouver les cals, sauf en certains points des cuisses.

Dans les antécédents héréditaires on ne note rien de saillant.

Le père est décédé de cardiopathie, la mère de diabète ; il n'y a pas de mortalité infantile dans la famille, pas d'autres cas de fragilité osseuse. Sur 4 enfants, les seules grossesses de la mère, un seul est mort de fièvre typhoïde ; une sœur albuminurique a 4 enfants bien portants, un frère marié a 2 filles en bonne santé.

Le diagnostic de maladie de Lobstein est évident dans ce cas, malgré l'absence de surdité chez la malade. Les déformations tibiales sont du type platicnémien. Celles du sternum ne diffèrent en rien de celles que produit couramment le rachitisme.

Il nous a paru intéressant de souligner la coexistence de ces trois ordres de lésion sur une même malade, d'autant plus que de telles monstruosités tibiales sont exceptionnellement rencontrées.

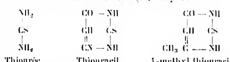
Il semble, à la lumière de faits semblables, que les cadres séméiologiques où nous les enfermons soient trop rigides.

Il est logique de penser qu'il n'y a pas dans des cas de ce genre coexistence de multiples lésions engendrées par des causes diverses, mais très probablement, effets multiples d'une seule et même cause, en l'espèce ici, très vraisemblablement la syphilis héréditaire.

MOUVEMENT THÉRAPEUTIQUE

LES NOUVELLES CHIMIOTHÉRAPIES ANTITHYROÏDIENNES

Dès 1928, l'attention avait été attirée par Chesney sur l'action goitrigène du chou ; le même effet fut noté avec quelques autres céréales et cette action curieuse fut l'objet d'un certain nombre de recherches. Mais c'est pendant la guerre, alors que nous vivions isolés du monde médical anglo-saxon, que les recherches de cet ordre se multiplièrent, dues notamment à Rawson, C. G. et J. B. Mackenzie et Mc Collum, Kennedy, Richter et Clisby. Viennent alors, en 1943, les travaux fondamentaux d'Astwood. De ces travaux se dégagea surtout l'emploi de la thiourée, et, parmi ses dérivés, du thiouracil et du méthylthiouracil, dont la structure chimique se traduit dans les formules suivantes (D. Leys) :



Thiourée. Thiouracil. 4-methyl thiouracil.

Parmi ces corps, la préférence des médecins anglo-saxons semble être allée aux deux premiers, surtout au thiouracil.

Dès que ces recherches furent connues en France, ces médicaments nouveaux furent appliqués par divers médecins, et C. Albahary publiait en Décembre 1944 une excellente mise au point des travaux anglo-saxons. Il convient de remarquer que, si les premières publications constituent pour ces médicaments nouveaux une suite ininterrompue de louanges, les travaux plus récents, tout en confirmant la valeur thérapeutique de ces produits, apportent au sujet de leur toxicité des notes discordantes, qui imposent certaines réserves dans leur emploi.

Parallèlement aux travaux anglo-saxons, mais de façon absolument indépendante, ont été poursuivies en France des recherches de même ordre avec l'aminothiazol (2921 RP), dont la parenté avec la thiourée dans leur structure se voit dans les formules suivantes :



Thiourée. Aminothiazol.

* * *

Expérimentalement, les recherches des Anglo-saxons ont porté surtout sur le rat. L'administration au rat des substances goitrigènes détermine au bout de quelques jours une tuméfaction évidente, qui, en dix ou quinze jours, peut augmenter de 200 à 300 pour 100 le volume de la glande thyroïde. Cette hypertrophie s'accompagne de signes d'hyperplasie, avec productions adénomateuses. Histologiquement, l'épithélium cubique normal prend un type cylindrique et la substance colloïde diminue sensiblement, l'ensemble rappelant l'aspect des acini salivaires. Les mêmes modifications s'observent en pathologie humaine sous l'effet de la médication sur les thyroïdes des basedowiens : outre l'augmentation de volume de la glande, qui ensuite diminue et perd de sa fermeté, Grainger, Gregson et Pemberton décrivent un aspect nodulaire, l'apparition de bandes fibreuses, de foyers d'infiltration lymphocytique, avec modifications des épithéliums et de la colloïde qui diminue d'importance et se fragmente. Les îlots lymphoïdes sont un indice de moindre activité. Le taux de l'iode thyroïdien s'abaisse au cours du traitement par le thiouracil (Astwood).

Outre leur action sur la thyroïde, thiourée et thiouracil paraissent se fixer électivement sur les surrénales, les éléments blancs de la moelle osseuse et l'antéhypophyse.

Jusqu'à nouvel ordre, en pratique, la *posologie* conseillée est de 1 à 2 *g.* par jour de thiourée, en doses fractionnées, sous forme de cachets de 0 *g.* 50, comme dose d'attaque, qu'on réduit à une dose d'entretien de 0.50 dès qu'on a obtenu une amélioration substantielle sur le métabolisme basal. Pour le thiouracil, la dose d'attaque est de 0.60 à 0,80, et la dose d'entretien de 0,20 et même moins.

Les *effets cliniques* signalés par les divers observateurs sont très remarquables et tous concordants. Ils sont si nets que certains observateurs, comme Cookson, attribuent à la médication la valeur d'un véritable traitement d'épreuve.

Avant l'apparition des effets utiles, existe habituellement une période latente d'une dizaine de jours, période plus longue lorsqu'il y a eu préalablement administration d'iode, qui semble avoir favorisé la formation et le stockage d'une hormone adulte qui doit être consommée avant que le médicament puisse agir. Par contre, l'iode administré en cours de traitement s'élimine par les urines plus rapidement que chez les basedowiens non traités, comme si la glande avait sous l'influence du traitement perdu son avidité pour l'iode.

Tout d'abord le malade se sent amélioré et l'on constate souvent une diminution du nervosisme, des troubles vaso-moteurs, du tremblement. La tachycardie se ralentit, et l'on peut voir disparaître une fibrillation auriculaire et des extrasystoles (Leys) sans emploi de digitale (Cookson). Le volume du corps thyroïde augmente souvent plus ou moins de façon passagère, avec les fortes doses du début, puis se maintient. De même, l'exophtalmie est rarement modifiée. Le poids se relève habituellement de plusieurs kilogrammes.

En même temps que les signes cliniques s'améliorent, le métabolisme de base s'abaisse pour tendre vers la normale, à laquelle il ne revient d'ailleurs pas toujours. Cet abaissement est souvent le premier signe favorable observé : d'abord rapide, il se poursuit ensuite plus lentement. C'est le meilleur guide pour la direction du traitement, car, dès que le M. B. est redevenu normal, ou sensiblement normal, il faut diminuer le médicament et ne plus donner que la dose d'entretien. Le cholestérol sanguin suit une évolution inverse et remonte vers son taux normal. Mais c'est un indice moins net et beaucoup moins important que le M. B.

Ces heureux résultats nécessitent un traitement régulier de trois à cinq semaines, mais souvent de plusieurs mois. Si le traitement est suspendu trop tôt, on voit les troubles reparaître, le M. B. remonter, la courbe de poids s'abaisser. Une reprise du traitement est suivie d'une nouvelle amélioration.

L'amélioration est-elle susceptible de se maintenir longtemps après suspension du traitement ? Peut-elle autoriser à parler d'une guérison de la maladie et les résultats obtenus sont-ils comparables à ceux que donne une thyroïdectomie partielle ? Le recul est encore insuffisant pour en juger. Cependant, des médecins anglo-saxons ont signalé des cas où l'amélioration se maintenait sans rechute huit mois, et même quatorze, dix-sept et dix-huit mois après suspension du traitement (Grainger, Gregson et Pemberton). Par contre, les mêmes auteurs observèrent une rechute quatorze mois après suspension du traitement. Un malade de Leys ayant subi sans résultat une thyroïdectomie partielle fut assez amélioré en trois semaines de traitement pour reprendre son travail.

Certains chirurgiens préfèrent le thiouracil à l'iode ou associent les deux médications dans la préparation de leurs malades à la thyroïdectomie ; outre les heureux effets préalables obtenus par le traitement, on évite des crises post-opératoires par libération brusque d'hormone. Il faut cependant savoir que le thiouracil rend le corps thyroïde plus vasculaire et plus friable que chez les malades préparés à l'iode (Moore, Sweeny, Cope, Rawson, Means).

Dans l'ensemble, si l'on se rapporte au travail récent de Grainger, Gregson et Pemberton, sur 29 cas traités par le thiouracil et suivis de seize à vingt et un mois, il y eut 22 améliorations, dont 12 très appréciables ; par contre, 3 malades furent si peu améliorés qu'ils demandèrent à être opérés.

Les *effets toxiques* de ces nouveaux médicaments

pouvaient être prévus d'après ceux qui ont été observés avec les sulfamides. Ces troubles toxiques, d'après Leathart, s'observent dans 10 pour 100 des cas, dont 1 pour 100 d'agranulocytose; Mc Garvak, sur 135 observations, relève des accidents toxiques et d'hypersensibilité dans 11,5 pour 100 des cas.

Sur 66 cas traités pendant une période de vingt mois par le thiouracil, H. Cookson a observé des échecs nets dans plusieurs cas, dont 2 chez des femmes enceintes, et des effets toxiques chez 23 pour 100 des malades.

Il convient d'abord de signaler des troubles digestifs précoces, avec nausées, vomissements, céphalée, vertiges, troubles vaso-moteurs; pour éviter certains de ces troubles, Albahary conseille l'administration du produit en pilules glutinisées, qui épargnent en outre l'odeur désagréable de l'haleine qui suit souvent son ingestion en nature. Un malade de Leys accusa une perte du goût.

Mais les troubles essentiels portent sur la série granuleuse de l'hématopoïèse. Ils se produisent dans la règle au plus tard dans la deuxième semaine des hautes doses du médicament.

Dans son travail, Leys a établi pour ses 16 cas traités par le méthylthiouracil des courbes de leucocytes et de neutrophiles. Il constata de la neutropénie chez 8 des 9 malades qui n'avaient par reçu simultanément du foie. Nussey n'a pas vu de troubles chez 24 malades n'ayant pas reçu de doses journalières de thiouracil supérieures à 0,6. On a observé une certaine éosinophilie, qui s'abaisse quand le chiffre des neutrophiles se relève. La granulocytopénie avec lymphocytose relative, disent Grainger, Gregson et Pemberton, se voit dans presque tous les cas, mais elle disparaît en quelques jours si l'on suspend le médicament, qu'on peut reprendre après le retour du sang à la normale. Les cas brutaux et mortels d'agranulocytose surviennent généralement pendant les deux premières semaines du traitement (Himsworth); l'administration de certaines substances (complexe de vitamine B, préparation de foie) réduit le danger d'agranulocytose. On a aussi conseillé pour la prévention des accidents toxiques: la thiamine et la levure de bière (Williams et Clute); le chlorhydrate de pyridoxine intraveineux (Cantor et Scott); l'acide folique (Goldsmith).

Newcomb et Deane ont décrit un cas de purpura thrombocytopénique sévère. Grainger, Gregson et Pemberton ont vu chez une diabétique une éruption purpurique.

St. Johnston a rapporté 3 cas de « fièvre de drogue » sur une série de 7 cas traités par la thiourée. Grainger, Gregson et Pemberton en ont observé un, survenu après huit jours de traitement (14 *g.*): la fièvre s'accompagna de céphalée, nausées, ulcérations de la bouche, tuméfaction ganglionnaire, sans splénomégalie, d'éruption maculo-papuleuse sur le tronc, légère leucocytose avec éosinophilie; tous ces troubles disparurent par cessation du médicament, pour reparaître lorsqu'on reprit le traitement. Les auteurs ont, dans un autre cas, observé un rash scarlatiniforme, et l'on a signalé des cas d'éruptions maculo-papuleuses, urticariennes, prurigineuses; de jaunisse; de l'œdème des jambes; des arthralgies et du torticolis; de la splénomégalie; de l'arythmie; de l'iritis (Cookson); de l'exagération des symptômes thyrotoxiques. Dans un cas de Cookson, chez une femme de 44 ans qui était traitée avec succès depuis seize mois et n'avait plus que des doses d'entretien, on vit apparaître des troubles toxiques qui disparurent après suspension du thiouracil et reparurent, avec douleurs intenses des poignets, fièvre, granulocytopénie, sous l'influence du méthylthiouracil, cependant moins toxique, pour disparaître après suspension définitive de la médication. Les accidents toxiques peuvent donc apparaître tardivement, après une longue période de tolérance.

Par ailleurs, certaines réserves peuvent se déduire des expériences de Bielschowsky, qui observa chez des rats, avec l'allythiourée, le développement dans la thyroïde de tumeurs bénignes et même malignes.

Enfin, dans quelques cas, on a observé tardivement l'apparition d'un léger hypothyroïdisme, si la dose d'entretien était trop forte, et il a suffi de diminuer cette dose pour faire disparaître les troubles.

Dans l'ensemble, de tous ces phénomènes toxiques observés, le seul réellement grave est le danger d'agranulocytose fatale, mais ce danger semble moins important que les risques d'une thyroïdectomie partielle, même entre les mains d'un chirurgien qualifié.

Si les effets de l'opération sont incomparablement plus rapides, cependant, le malade traité médicalement reprend habituellement son activité normale en trois mois (Cookson).

En France, la médication fut expérimentée par divers endocrinologistes, qui ont fait appel au corps le plus simple, la thiourée.

Dès la séance du 23 Novembre 1944, MM. Etienne May, Jean Cottet et Albert Netter rapportaient à la Société d'Endocrinologie 8 cas de maladie de Basedow traités uniquement par une dose quotidienne de 1 *g.* 5 à 2 *g.* de thiourée: l'un de ces cas fut un échec complet, dû à la mauvaise tolérance du médicament, qui, d'emblée, déclencha des accidents. Les 7 autres cas furent des succès, particulièrement rapides et nets chez les 4 d'entre eux qui n'avaient jamais été traités par l'iode. Dans un cas, par suite de défaut de médication, on prescrivit après la thiourée un traitement iodé (XXX gouttes de Lugol fort): le M. B. remonta immédiatement et la thiourée dut être reprise. Dans 2 cas furent observés quelques légers signes d'intolérance. Parmi les résultats favorables, les auteurs notèrent dans 1 cas une telle amélioration de la défaillance cardiaque qu'ils se demandent si, en dehors de la maladie de Basedow, cette médication ne pourrait pas donner de bons résultats et agir sur la dynamique cardiaque en provoquant un ralentissement métabolique. Grainger, Gregson et Pemberton, en application de la même hypothèse, ont essayé le thiouracil dans 2 cas d'insuffisance cardiaque, sans résultat.

Simultanément, MM. Guy Laroche, Desbordes et Goury-Lafont présentèrent les observations de 5 malades traités par eux avec la thiourée. Mêmes résultats favorables, avec cependant quelques accidents toxiques.

Quoi qu'il en soit, la connaissance des accidents toxiques doit conduire à réserver l'emploi de ces médicaments à des spécialistes, disposant du contrôle du laboratoire, comme il est possible de le faire dans des services hospitaliers, notamment pendant la période des hautes doses, pour suivre l'évolution du M. B. et déceler des modifications sanguines pouvant faire craindre l'apparition de l'agranulocytose (Leys).

* * *

Les travaux poursuivis simultanément en France par M. Marcel Perrault et ses collaborateurs ont eu un point de départ tout à fait fortuit. C'est au cours de l'été 1943 que l'attention d'un médecin d'entreprise, le Dr Jeantet (de Lyon), chargé de la surveillance des ouvriers occupés à l'extraction de l'aminothiazol (corps servant à la préparation du sulfathiazol) fut attirée par la survenue en proportion tout à fait insolite de goitres chez ces sujets. Ce médecin entreprit alors de suivre et d'étudier systématiquement les ouvriers manipulant l'aminothiazol. Il vit que l'augmentation de volume du corps thyroïde ne survenait que chez certains sujets seulement et qu'aucun ne présentait de signes cliniques d'hyperthyroïdie; il constata en outre chez eux la diminution du M. B. L'aminothiazol, conclut Jeantet, est donc un produit goitrigène hypothyréosant; et cet observateur vit même un ouvrier basedowien s'améliorer complètement après deux mois et demi de travail à l'atelier de l'aminothiazol.

Ayant eu connaissance de ces sagaces observations du Dr Jeantet, MM. Perrault, Bovet et Droguet entreprirent une étude méthodique de l'aminothiazol, et, dès le 27 Octobre 1944, ils présentaient à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris une relation très complète de leurs travaux, dont ils viennent de publier une mise au point dans la *Semaine des Hôpitaux*.

Expérimentalement, d'après Bovet, Bablet et Fournel, en administrant les produits goitrigènes hypothyréosants par voie sous-cutanée au rat adulte, pour produire un effet comparable sur la morphologie de la thyroïde, il faut injecter 1 *g.* de thiourée, 0,4 de thiosinamine, 0 *g.* 20 d'aminothiazol, 0,05 d'aminothiodiazol et 0,0025 seulement de phénylthiourée. Dans cette série, les doses actives varient donc dans une large mesure d'une substance à l'autre. La réaction précoce au traitement par l'aminothiazol est la raréfaction et la disparition de la colloïde thyroïdienne, qui paraît bien une réserve d'hormone thyroïdienne. Il y a d'abord œdème hémorragique, puis raréfaction de la colloïde, vacuolisée et modifiée dans ses affinités tinctoriales, desquamation des épithéliums vésiculaires et formation de plages nécrotiques; puis, on assiste à la restauration des épithéliums glandulaires, et les cellules bordantes, très allongées, donnent l'aspect des acini salivaires. Les glandes sont nettement hypertrophiées, avec multiplication du nombre des acini. Enfin, la glande reprend peu à peu son aspect normal, ne conservant qu'un certain nombre de plages de nécrose. Les résultats durables du traitement dépendent vraisemblablement autant de l'établissement de zones dégénératives que de l'inhibition, qui est passagère, de la synthèse hormonale.

Cliniquement, M. Marcel Perrault, dans son dernier travail, fait état de 80 cas environ, dont 60 maladies de Basedow, traités en un an par l'aminothiazol.

Tous ces cas étaient des « laissés pour compte » de l'iodothérapie. Sauf 2 cas, les patients ont continué leur vie habituelle, sans prendre de repos spécial.

L'action sur les signes fonctionnels est éclatante et rapide: en trois à sept jours, parfois dès le second jour, le malade se sent mieux; il est plus calme, dort mieux, n'éprouve plus de spasmes respiratoires ou digestifs, et il abandonne gardénal, ésérine, bromures et tous autres sédatifs.

En ce qui concerne le goitre, en quelques jours, on constate la disparition du caractère vasculaire du goitre basedowien qui, de ce fait, diminue de volume; secondairement, du dixième au trentième jour, on peut voir une augmentation de volume de la glande, qui devient très ferme; puis, le traitement étant continué, une régression lente et peu homogène se produit: le palper montre alors des zones de consistance proche de la normale, des zones assez mollasses, d'autres très fermes évoquant une sclérose partielle; cette régression de l'hypertrophie thyroïdienne est nette, si le traitement est suffisamment long et bien conduit. L'exophtalmie est le signe le plus résistant; on observe cependant une atténuation habituelle de l'éclat du regard et peut-être peut-on espérer une régression.

Les signes cardio-vasculaires sont les plus sensibles au traitement: en huit à quinze jours, on voit disparaître la tachycardie, l'instabilité du pouls, ainsi que la sensation de vibrance artérielle interne si pénible qu'éprouvent de nombreux sujets; dans 2 cas, une hypertension importante baissa notablement. Le tremblement disparaît rapidement ou est assez amélioré pour ne plus gêner l'activité sociale du sujet.

Le métabolisme de base peut être amené en quatre à huit semaines à la normale, c'est-à-dire à des chiffres compris entre + 5 pour 100 et — 5 pour 100. L'amaigrissement se corrige avec un certain retard, et le malade récupère aisément son poids normal quand son M. B. est équilibré. La cholestérolémie, quand elle est basse au départ, remonte.

L'aminothiazol s'administre par la bouche, en comprimés blancs à 0 *g.* 10, la dose quotidienne étant divisée en 3 à 6 prises espacées. Au cours de la maladie de Basedow, la dose moyenne utile est de 0 *g.* 40, mais M. Perrault donne souvent 0 *g.* 60 et même 0 *g.* 80 au début, et, comme dose d'entretien, il baisse à 0 *g.* 20 et même 0 *g.* 10. Le traitement d'attaque des quinze premiers jours sera par exemple de 6 à 8 comprimés par jour pendant une semaine, de 3 à 6 par jour la semaine suivante; ensuite, les doses seront de 2 à 4 comprimés par jour suivant le résultat obtenu. On se basera comme critères sur: la rapidité du pouls, qui doit en principe être maintenu entre 64 et 68, le M. B. et le poids corporel. Si l'on veut obtenir un résultat durable et marqué, il faut poursuivre le traitement longtemps, en maintenant le sujet bien stabilisé, un arrêt trop rapide de la thérapeutique risquant d'être suivi d'une rechute. Le traitement, dit M. Perrault ne doit pas être arrêté dès que le M. B. est revenu à la normale, pas plus qu'il n'est question d'arrêter un traitement antisyphilitique dès que le B.-W. est devenu négatif.

Le *bilan des incidents et accidents* est jusqu'ic

presque nul. La crainte du myxœdème paraît assez chimérique, et aucun cas n'en a été signalé. On n'a observé aucune perturbation notable de la cytologie sanguine, non plus que du fonctionnement hépatique ou rénal. Chez quelques sujets, les humeurs prennent une coloration allant de l'orangé au rouge vif, sans aucun trouble correspondant. M. Perrault n'a eu connaissance jusqu'ici que de 3 incidents : un érythème morbiliforme du neuvième jour, avec récidive à la reprise du traitement, un cas de fièvre médicamenteuse et un cas de vomissements, qui cédèrent au bicarbonate de soude.

En somme, l'aminothiazol paraît plus actif que la thiourée, et il est beaucoup mieux toléré que la thiourée et le thiouracil. Son administration n'impose aucune servitude spéciale, et M. Perrault pense que, de son fait, le domaine des indications chirurgicales dans la maladie de Basedow est appelé à se rétrécir singulièrement. De toutes façons, l'aminothiazol doit permettre au chirurgien d'intervenir tout à fait « à froid », dans des conditions meilleures qu'après l'iodothérapie, à condition que le chirurgien veuille bien attendre trois à cinq semaines et ne pas opérer, comme cela s'est produit, après six à dix jours d'aminothiazol, au moment où les remaniements histologiques glandulaires sont au maximum.

Au XLVIII[e] Congrès de Chirurgie qui vient de se tenir à Paris (8-11 Octobre 1945), M. Petit-Dutaillis fait état dans la préparation des malades à l'opération des nouvelles médications antithyroïdiennes dont l'efficacité lui semble devoir permettre d'élargir les indications de la thyroïdectomie subtotale en un temps.

En dehors des hyperthyréoses, l'action de l'aminothiazol peut être essayée dans de nombreux domaines de la pathologie, quand l'intervention de l'hyperthyroïdie est soupçonnée : sympathicotonie, hypertensions essentielles, certaines défaillances cardiaques, syndromes mentaux, etc. Les premiers résultats observés sont du reste peu encourageants.

*
* *

Le *mode d'action* de ces nouvelles substances antithyroxiniques comporte une large part d'hypothèse. D'après les travaux toujours cités de Griesbach, l'augmentation de volume du corps thyroïde serait secondaire à la sécrétion d'hormone thyréotrope hypophysaire ; en effet, l'action goitrigène des médicaments est nulle chez le rat hypophysectomisé, alors que cependant l'action hypothyréosante persiste. Cette sécrétion d'hormone hypophysaire thyréotrope serait déclenchée par l'arrêt de la sécrétion thyroïdienne due à l'action du médicament : celui-ci inhibe la synthèse hormonale, soit en empêchant la fixation de l'iode sur la thyrosine, soit en empêchant l'oxydation qui, par combinaison de deux molécules de diiodotyrosine, aboutit à la thyroxine.

En résumé, nous possédons avec ces nouveaux médicaments antithyroïdiens un traitement actif et puissant des états hyperthyroïdiens, traitement beaucoup plus maniable et facile à doser que la radiothérapie, et qui ne comporte pas les aléas de l'exérèse chirurgicale. Ces médicaments permettent de régler l'activité thyroïdienne avec une précision qui n'a jamais été réalisée jusqu'ici en endocrinologie. De nouvelles observations prolongées diront s'il convient de demander à ces médicaments une action simplement améliorante et suspensive du basedowisme, un rôle préparatoire à l'intervention chirurgicale ou une action réellement curative, et si leur champ d'action peut s'étendre à des domaines dans lesquels, en dehors du basedowisme, a été mise en cause l'hyperactivité thyroïdienne. Enfin, ainsi que le disent fort justement Bovet, Bablet et Fournel, le fait que l'on découvre aujourd'hui seulement les propriétés si remarquables de substances aussi anciennement connues que la thiourée, découvert en 1869, et l'aminothiazol, préparé en 1888, montre les surprises que peuvent nous réserver même les séries chimiques qui semblent les mieux connues.

L. Rivet.

BIBLIOGRAPHIE

C. Albahary : Les produits antithyroïdiens, un nouveau traitement médical des thyréotoxicoses. *Paris Médical*, 16 Décembre 1944, n° 19. — Et. May, J. Cottet et Albert Netter : Action de la thiourée sur 8 cas de maladie de Basedow. *Soc. d'Endocrinologie*, 23 Novembre 1944. — Guy Laroche, Desbordes et Goury-Laffont : Note sur le traitement des syndromes basedowiens par la thiourée. *Soc. d'Endocrinologie*, 23 Novembre 1944. — Duncan Leys : Traitement de l'hyperthyroïdisme par le méthyl-thiouracil. *The Lancet*, 14 Avril 1945. — Leading article : Le thiouracil, *Ibidem*, 472-473. — Annotations : Toxicité du thiouracil, *The Lancet*, 30 Juin 1945, 824. — A.-E. Meyer et G. V. Ranson : Métabolisme des rats après thyroïdectomie ou au cours du traitement par le thiouracil. *Endocrinology*, Avril 1945, Boston, **34**, n° 4, 259-265. — A. Grainger, D. A. Gregson et H. S. Pemberton : Le thiouracil dans le traitement des thyrotoxicoses. *British Med. Journal*, 15 Septembre 1945, 343-346. Harold Cookson : Le thiouracil dans le goitre, *The Lancet*, 20 octobre 1945, 485-490. — C. Albahary et Ersman : A propos de 3 observations de thyréotoxicoses guéries par la thiourée, *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 9 novembre 1945.

Marcel Perrault, D. Bovet et P. Droguet : Chimiothérapie nouvelle des hyperthyréoses par l'aminothiazol (2921 RP). Justifications expérimentales de la méthode. Premiers résultats cliniques. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 27 Octobre 1944, 356-360. — H. Coumel, J. Colas, et J. Pellerat : Note clinique à propos du traitement de la maladie de Basedow par l'aminothiazol, *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 10 Novembre 1944. — Marcel Perrault, P. Bovet, P. Droguet et Jeantet : *Soc. de Méd. et d'Hyg. du Travail*, 20 Novembre 1944. — Marcel Perrault, Bovet et Droguet : Le traitement de la maladie de Basedow par l'aminothiazol (2921 RP). *Paris Médical*, n° 20, 15 Décembre 1944. — D. Bovet, J. Bablet et J. Fournel : Les bases expérimentales de la thérapeutique clinique des thyréotoxicoses par l'aminothiazol et les substances antithyroïdiennes. *La Semaine des Hôpitaux, Paris*, 7 Octobre 1945, n° 37, 1060-1068 (comprend de nombreuses références bibliographiques). — Marcel Perrault : Etat actuel de la nouvelle chimiothérapie antithyroïdienne par l'aminothiazol, *Ibidem*, 1071-1074. — J. Decourt et H. Verdier : Sur l'action de l'aminothiazol dans un cas de cachexie hyperthyroïdienne, *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 19 Octobre 1945.

SEMAINE MÉDICALE FRANCO-SUISSE

(Genève, 1[er] au 6 Octobre 1945.)

*Dès le moment où la guerre fut pratiquement finie en Europe et la France libérée, l'*Académie Suisse des Sciences Médicales *eut la préoccupation de renouer avec la médecine française les relations si étroites et si amicales d'avant-guerre. La formule la meilleure se révéla être l'organisation d'une « Semaine médicale franco-suisse » qui se tiendrait à Genève à la veille de la rentrée universitaire.*

L'Académie Suisse des Sciences Médicales *demanda à l'*Académie des Sciences, *à l'*Académie de Médecine *et à l'*Académie de Chirurgie *de désigner d'importantes délégations que l'*Académie Suisse des Sciences Médicales *entendait recevoir comme ses propres hôtes. Un programme de communications et de conférences fut mis au point dont le « Journal suisse de médecine » d'une part et « La Presse Médicale » d'autre part ont publié les résumés dans deux numéros spéciaux.*

*Ces Journées viennent de s'achever. Avant d'en exposer le détail, nous voulons affirmer quel immense succès elles ont obtenu. L'accueil fait par l'*Académie Suisse des Sciences Médicales *aux participants français a été véritablement celui que l'on fait à des amis chers : rien ne fut épargné pour rendre leur séjour agréable dans une atmosphère de cordialité réciproque.*

Le 1[er] Octobre eut lieu à l'Aula de l'Université de Genève la séance d'ouverture. Savants, médecins, chirurgiens français se trouvaient réunis aux côtés de leurs collègues suisses. Les Membres de l'Institut de France, les Membres des Bureaux des Académies avaient revêtu les tenues de leurs charges, les Professeurs étaient en robe, imprimant ainsi à cette cérémonie une particulière solennité.

Le Prof. Wegelin, Président de l'Académie Suisse des Sciences Médicales, déclara ouverte la réunion et souhaita la bienvenue aux participants. M. Adrien Lachenal, Président du Département de l'Instruction publique, salua l'assemblée au nom du Conseil d'Etat du Canton de Genève. Son discours, à la fois élégant et d'une rare élévation de pensée, qui fut suivi par celui de M. Philippe Etter, Conseiller Fédéral, ancien président de la Confédération, qui avec une sobre et substantielle éloquence, apporta les vœux du Conseil Fédéral. Son excellence M. Henri Hoppenot, Ambassadeur de France, remercia au nom du Gouvernement Français l'Académie Suisse des Sciences Médicales de son initiative, terminant son allocution par une spirituelle comparaison entre l'art médical et l'art diplomatique. Le Prof. Roussy, Recteur de l'Université de Paris, prit ensuite la parole au nom des Universitaires et des Académiciens venus de France. Il apporta aux Universités de la Confédération helvétique le salut de l'Université de Paris. Il rappela les souffrances endurées par les Professeurs et par les Etudiants français pendant les années d'occupation et comment, le 11 Novembre 1940, la jeunesse estudiantine manifesta publiquement contre l'occupant, répondant ainsi au vibrant appel lancé de Londres par le Général de Gaulle. Toute la France sait, ajouta-t-il, l'accueil fait par la Suisse à nos compatriotes blessés, réfugiés ou fugitifs. En terminant il adressa un message de gratitude et de reconnaissance aux Autorités suisses pour la haute et permanente leçon d'humanité que leur pays a donné tout au long de son histoire.

Les Prof. Courmier, représentant l'Institut de France, Brouardel, au nom de l'Académie de Médecine qu'il préside, Brocq, au nom de l'Académie de Chirurgie, Cornil, Doyen de la Faculté de Médecine de Marseille, au nom des Universités de province, exaltèrent tour à tour l'hospitalité suisse et l'aide apportée aux enfants de France, aux internés et aux prisonniers.

Les séances scientifiques commencèrent aussitôt après les discours d'inauguration. Il ne fut malheureusement pas possible d'entendre le Prof. Laugier, Directeur des Relations Culturelles au Ministère des Affaires Etrangères, envoyé par le Gouvernement français en mission en Angleterre, qui devait faire une conférence intitulée : *Médecins et Médecine de l'avenir.*

Ce fut le Prof. Cornil, Membre de l'Institut, qui ouvrit le cycle, exposant ses travaux sur la *Radioactivité artificielle en endocrinologie*. Sa conférence, abordant les problèmes de physique atomique, fut d'une clarté remarquable. Le Prof. Courmier montra comment il avait pu, avec le Prof. Joliot-Curie, obtenir le radio-iode, étudiant grâce à ce produit nouveau la synthèse des substances thyroïdiennes et préparer une hormone radioactive.

Le Prof. Wegelin exposa ensuite *Quelques résultats de la lutte contre le goitre en Suisse*. Le grand pathologiste de Berne montra sur quelle base était fondée la lutte anti-goitreuse et comment l'introduction dans la consommation générale d'un sel iodé contenant 5 mg. d'iodure de potassium par kilogramme a, depuis 1922, dans les cantons suisses qui se sont tous ralliés à ce mode alimentaire, déterminé une diminution considérable du nombre des goitres.

Le D[r] Welti, Chirurgien des Hôpitaux de Paris, fit l'après-midi un exposé sur *Les problèmes d'actualité dans le traitement chirurgical de la maladie de Basedow*. Son expérience personnelle lui permit d'apporter des faits et des conclusions originales extrêmement intéressants.

Le mardi 2 Octobre, le Prof. de Muralt, l'éminent physiologiste de Berne, exposa d'abord ses recherches sur *la régulation vago-humorale du cœur*. Le Prof. Mœschlin, de Zurich, lui succéda, apportant le résultat de ses études expérimentales sur *La dissémination et la fixation des germes dans l'organisme*. La conclusion de ses essais est qu'une infection ne se manifeste que si une lésion tissulaire frappe un organe particulièrement prédisposé ou si l'invasion bacillaire est massive et d'un pouvoir pathogène suffisamment élevé.

Ce furent ensuite le Prof. Leveuf qui rappela *les principes de pathologie générale qui doivent diriger le traitement des ostéomyélites aiguës à staphylocoque doré*, puis le Prof. Sénèque rappelant ses travaux sur *l'Etude pharmacodynamique de l'ipéca dans le radio-diagnostic des lésions gastriques*.

L'après-midi du même jour, le Prof. Löffler, de Zurich, décrivit *les infiltrations pulmonaires fugaces avec éosinophilie du sang*. Dans sa conférence, l'auteur donna le résultat de ses dernières recherches et de la conception qu'il se fait à l'heure actuelle de ce syndrome qui porte le nom de *syndrome de Löffler*. Le Prof. Polonovski apporta ensuite les résultats des recherches qu'il a poursuivies avec Max-Fernand Jayle sur le dosage de *L'haptoglobine et sur sa signification clinique*. Les auteurs, grâce à la mise au point d'une nouvelle méthode de mesure, démontrèrent que le dosage de l'haptoglobine se révèle comme l'un des tests les meilleurs de dépistage des maladies évolutives. D'après eux, il est le reflet fidèle de l'intensité du processus infectieux et sa mesure permet de tracer la courbe d'une évolution inflammatoire, son retour à la normale constituant un signe de guérison des plus objectifs et des plus sûrs.

Le Prof. Fiessinger parla ensuite des *Anémies érythroplasmatiques*. Tirant de ses recherches des conclusions pratiques, il montra que l'extrait de foie n'est pas le seul médicament à appliquer dans ces cas et qu'il faut ajouter

ne surcharge protidique suffisante ou utiliser simplement le foie de veau cru.

Le mercredi 3 Octobre, le Prof. HENSENER, de Bâle, traita des *Maladies de l'artère pulmonaire et des interventions chirurgicales susceptibles de les guérir*. Le Prof. MOCQ, Secrétaire général de l'Académie de Chirurgie, exposa la *Place de l'endométriose en gynécologie*, admettant que cette place dans la clinique chirurgicale est beaucoup plus large qu'on ne l'admettait autrefois.

La question de *La chirurgie conservatrice du cancer du rectum par la voie sacrée* fut traitée ensuite par le Prof. D'ALLAINES, qui apporta de nombreux documents cliniques et les résultats de son importante expérimentation personnelle. Le Prof. PETIT-DUTAILLIS entretint les congressistes des *Réflexions sur les sciatiques chirurgicales et leur traitement d'après 170 cas opérés*. Le Prof. SORREL exposa enfin *Le résultat de vingt-cinq années d'expérience sur le traitement des tuberculoses ostéo-articulaires, en particulier par les greffes osseuses d'immobilisation*.

L'après-midi du même jour, le Prof. GIGON exposa ses travaux sur les *Echanges nutritifs et le diabète*, puis le Prof. FABRE traita *De l'intérêt, en médecine du travail, du dosage des solvants industriels dans le sang des ouvriers*, le Prof. PATEL, de *L'état actuel des connaissances sur le traitement opératoire des péricardites constrictives*. Le Prof. STOLL, de Bâle, résuma ses belles recherches sur *les alcaloïdes de l'ergot*, montrant comment les difficultés toujours plus grandes rencontrées pour importer l'ergot ont conduit à une méthode curieuse d'inoculation artificielle de champs de seigle par le parasite. Ces cultures s'étendent à l'heure actuelle sur une surface dépassant 100 hectares et permettent de recueillir annuellement 20.000 kg. d'ergot particulièrement riche en ergotamine.

Le mercredi 3 Octobre au soir, une séance de discussion eut lieu sur les sujets déjà traités. Cette séance du plus haut intérêt, présidée avec une particulière autorité par le Prof. FIESSINGER, permit aux participants de confronter leur point de vue personnel.

La journée du jeudi 4 Octobre fut consacrée au Canton de Vaud. Les congressistes, conduits en train spécial au Château de Chillon y furent reçus par les Autorités cantonales et un déjeuner les réunit ensuite à Territet. Ils purent au cours de cette délicieuse promenade et grâce au temps idéal qui la favorisa apprécier tout l'agrément des rives du Léman. A 16 heures, tout le monde se retrouvait à l'Hôpital Nestlé, à Lausanne, afin d'écouter une conférence du Prof. MICHAUD sur *Les troubles fonctionnels de la Silicose*, maladie qui a pris en Suisse, au cours de ces dernières années, une extension inquiétante et pour laquelle les autorités ont ordonné des mesures de prophylaxie et de protection fort judicieuses. Après lui, le Prof. STREIFF parla des *Troubles circulatoires de la rétine dans les syndromes sino-carotidiens*. Pendant ce temps, les dames participant aux Journées furent reçues par Mme SANDOZ et par Mme LANDOLT dans leur belle propriété du Denanton.

A 18 heures, enfin, une réception eut lieu dans les salons du Musée de Mon Repos par la Municipalité de Lausanne.

La matinée du vendredi 5 Octobre fut consacrée à des démonstrations cliniques par les Professeurs de la Faculté de Médecine de Genève. Chacun, selon sa spécialité, se rendit dans les laboratoires ou les cliniques où les Prof. RÜTISHAUSER, JENTZER, ROCH et FRANCESCHETTI présentèrent des malades ou firent des exposés de leurs derniers travaux.

A la fin de la matinée, le Dr LÉPINE, Chef du Service des Virus à l'Institut Pasteur, présenta devant les congressistes un film sonore sur les *Recherches d'ultra-centrifugation effectuées à l'Institut Pasteur de 1941 à 1945*. Il révéla les difficultés d'enregistrement de ce film, les difficultés de construction de l'ultra-centrifugeuse et rappela comment nombre de ses collaborateurs furent arrêtés par les occupants, malgré la défense qu'apportait à son personnel le Dr TRÉFOUËL, Directeur de l'Institut Pasteur.

Une visite au Comité d'hygiène de la Société des Nations au Palais de la S.D.N., visite au cours de laquelle les Drs GAUTIER et BIRAUD exposèrent l'organisation et le fonctionnement de leur service, intéressa au plus haut point tous les congressistes.

Les « Journées Médicales » se terminaient en réalité le 5 Octobre au soir, mais l'Académie suisse des Sciences Médicales avait organisé, pour honorer ses hôtes, une séance solennelle pour la journée du samedi 6 Octobre. Au cours de cette séance, le Prof. GLANZMANN parla des *Maladies de carence chez l'animal et chez l'homme dans les montagnes* et montra l'activité déployée par l'une des Commissions de l'Académie pour dépister ces maladies. Il exposa les premiers résultats obtenus, résultats extrêmement remarquables.

Le Prof. ROUSSY parla ensuite *Du système régulateur neuro-hormonal et de son dérèglement*. Exposant ses propres recherches sur l'architecture de l'hypotalamus et les rapports de celui-ci avec l'hypophyse, il termina par des considérations philosophiques sur les rapports de l'instinct et de l'intelligence.

A la fin de cette conférence, le Prof. WEGELIN, après avoir remercié le Prof. ROUSSY, l'informa, aux applaudissements de toute l'assemblée, que l'Académie Suisse des Sciences Médicales lui décernait le titre de Membre d'honneur.

Plusieurs communications succédèrent à ces deux conférences. Elles eurent trait à *La prophylaxie de la tuberculose chez l'enfant* (Prof. ARMAND-DELILLE), à la *Pyélographie rétroversible dans la tuberculose congénitale* (Prof. CHEVASSU), à une *Théorie électro-cinétique de la résorption tubulaire dans le rein* (Prof. FREY), à de *Nouvelles recherches sur l'épizootologie de l'anémie infectieuse des chevaux* (Prof. STECK, de Berne), aux *Anémies hyperchromes* (Prof. VANOTTI, de Lausanne), aux *Résultats dus à la vaccination par l'anatoxine* (Prof. RAMON).

Les conférences, communications, exposés de caractère scientifique ne cessèrent guère, on le voit, au cours de ces quelques journées. Médecins, chirurgiens, biologistes suisses et français dressèrent en les présentant une sorte de bilan de l'état actuel de leurs recherches et de leur expérience.

Pendant quelques heures cependant les participants aux Journées purent s'entretenir à loisir et rappeler les souvenirs heureux des temps d'avant-guerre.

Par un temps idéal, Mme et M. MARTIN-BODMER reçurent, le lundi 1er Octobre, les congressistes dans leur admirable propriété des environs de Genève, à Cologny, dont chacun put admirer les précieuses collections artistiques et jouir de la vue merveilleuse des jardins dominant le lac.

Un banquet officiel réunissant près de 400 personnes eut lieu le 2 Octobre à l'Hôtel des Bergues. A l'heure des toasts le Prof. WEGELIN exprima la joie de tous les membres de l'Académie Suisse des Sciences Médicales qu'il préside d'avoir pu réunir à Genève tant de savants et de médecins français et se félicita du succès de la réunion.

Les Prof. BABEL, Recteur de l'Université de Genève, BICKEL, Doyen de la Faculté de Médecine, rappelèrent avec émotion combien, pendant les années de séparation, les membres du Corps médical suisse avaient pensé à tous leurs amis français, combien ils avaient souffert avec eux et avec quel plaisir ils les retrouvaient.

Différents orateurs français prirent ensuite la parole. Tous dirent les sentiments de reconnaissance que la France éprouve pour la Suisse qui n'a cessé, pendant les années de peine et de souffrance, d'aider ses malades, ses prisonniers, ses déportés.

Le Prof BAUDOUIN, doyen de la Faculté de Paris, le Prof. HERMANN, doyen de la Faculté de Médecine de Lyon, remercièrent à leur tour l'Académie suisse des Sciences Médicales de son accueil. Le Dr CAVAILLON, Secrétaire général du Ministère de la Santé publique, rappela dans son allocution très documentée tout ce que la Suisse a donné à la France pendant et depuis la guerre. Il termina en affirmant avec force sa certitude que tout permettait de penser que la France sortirait rapidement de ses épreuves. Le Prof. MONDOR avec son éloquence pittoresque coutumière, quittant pour un instant la chirurgie, puisa dans les richesses de l'histoire littéraire qu'il possède et rappela comment Pierre LOUŸS et Paul VALÉRY firent, à Montpellier, connaissance d'étudiants genevois dont le sérieux, la gentillesse, les connaissances les avaient frappés et qu'ils revirent voir dans les années suivantes.

* *

Enfin dans une conférence publique, le jeudi 4 Octobre, à 21 heures, le Prof. BROCQ décrivit ce que fut la vie de l'Hôtel-Dieu pendant les journées du 19 au 27 Août 1944 : fragment peu connu de l'héroïque libération de Paris. Dans son service, au milieu de ses internes, de ses élèves, le Prof. BROCQ se trouvait au cœur même de l'insurrection qui libéra la capitale de la France. Celle-ci débuta en effet à la Préfecture de Police qui devint une véritable citadelle. Le Prof. BROCQ, longuement applaudi, rapporta comment médecins, infirmières se conduisaient admirablement, faisant plus que leur devoir, estimaient cependant n'avoir jamais assez fait pour soigner tous ceux qui, blessés dans la bataille, se présentaient à eux.

* *

Dans l'exposé trop succinct que nous venons de faire des « Journées Médicales Franco-Suisses », des conférences, des manifestations diverses qui y eurent lieu n'apparaît peut-être pas assez l'atmosphère et l' « esprit » dans lequel elles se déroulèrent.

Le plaisir de tous les médecins français qui participèrent à ces Journées était, en effet, le résultat de sentiments complexes. Joie de revoir une terre et des paysages aimés, de retrouver des visages familiers, d'entendre des voix amies dont rien n'avait pu effacer l'image ni faire oublier l'écho, bonheur de sentir plus intimement que jamais, peut-être, combien le cœur du peuple suisse avait battu à l'unisson du nôtre pendant les longues et dures années de séparation.

Pour beaucoup d'entre nous, ce voyage en Suisse était un premier pas hors de France sur cette terre de Liberté dont le sol depuis des siècles n'a pas été souillé par un envahisseur.

Et que dire des innombrables gestes de délicate amitié qui se multiplièrent au cours de ces quelques jours ? Tout fut prévu, organisé d'une façon parfaite. Nous sommes sûrs d'être les interprètes de tous les participants français en affirmant leur reconnaissance à l'Académie suisse des Sciences Médicales tout entière, à son Président, à son Bureau et à son Secrétaire général, le Prof. GIGON, auquel un hommage particulier doit être rendu car — l'un de nous ayant eu le plaisir de travailler avec lui le sait mieux que quiconque — il ne cessa depuis des mois de se dépenser pour le succès de ces Journées.

* *

Un souhait que nous formulons de tout cœur nous servira de conclusion : que ces Journées qui viennent de se dérouler sous le signe de l'amitié soient le début d'une reprise de relations toujours plus étroites entre la médecine suisse et la médecine française.

L. CORNIL, P. HARDUNOY et A. RAVINA.

SOCIÉTÉS DE PARIS

ACADÉMIE DE MÉDECINE

13 Novembre 1945.

Des récidives et des métastases tardives dans le cancer du sein. — M. **Hartmann** estime qu'elles sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit ; il a observé des récidives locales ou dans les ganglions axillaires jusqu'à la 14e année après l'opération ; il a noté également des métastases tardives sans récidive locale : 3 à la 10e année, 1 à la 16e, 2 à la 17e et 2 à la 20e ; ces récidives ou métastases tardives ne correspondent pas nécessairement à des cancers à marche très lente ; la survie après les métastases et récidives tardives n'est pas plus longue que celle des métastases et récidives précoces.

Le typhus exanthématique en France après la libération. — MM. **Cavaillon, Boyer, Bernard** et **Délécourt** rappellent qu'après l'éclosion d'une épidémie de typhus au camp de La Courtine, un plan de protection fut adopté ; dès que les retours d'Allemagne devinrent nombreux, la situation s'aggrava ; on constata que le cordon de protection établi à la frontière et sur le Rhin était insuffisant et qu'il fallait organiser la surveillance sanitaire aux lieux de résidence des rapatriés ; la désinsectisation par poudrage et étuvage, la vaccination furent entreprises sur une grande échelle ; en Mai, on compta 229 cas dont 127 à Paris ; en Juin, l'épidémie diminua et, en Juillet, elle se termina. Au total, on enregistra 318 cas avec 34 décès (11 p. 100). La surveillance doit être continuée, ainsi que le prouve l'éclosion récente d'une épidémie dans un camp de prisonniers allemands des environs de Bordeaux avec contamination de quelques civils.

Statistique du botulisme pendant l'occupation. — M. **Legroux**, Mme **Jéramec** et M. **J.-C. Levaditi** exposent que le botulisme exceptionnel avant la guerre, a présenté une grande extension pendant l'occupation : 500 foyers, plus de 1.000 intoxiqués, mais avec une mortalité très faible (1,5 pour 100) ; aucune conserve industrielle ne fut la cause de botulisme ; les aliments en bocaux, généralement consommés après un réchauffement qui détruit la toxine, ne provoquèrent que peu de cas ; la presque totalité des foyers sont dus à l'absorption de porc, surtout de jambons salés et fumés, mangés crus. Aux Etats-Unis, au contraire, le botulisme dépend dans 98 pour 100 des cas de conserves familiales de végétaux consommés crus ; la mortalité y est beaucoup plus forte (65 pour 100).

Election de 4 correspondants nationaux dans la 2e division (Chirurgie et spécialités chirurgicales). — Sont élus : MM. **Auvigne** (Nantes), **Lecercle** (Damas), **Tavernier** (Lyon) et **Villard** (Lyon).

LUCIEN ROUQUÈS.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

14 Novembre 1945.

A propos du traitement des luxations acromio-claviculaires. — M. **Grinda**. M. **Leveuf**, rapporteur. L'auteur apporte trois observations dans lesquelles a été fait un embrochement transosseux.

Un cas de colectomie totale après échec d'une colectomie partielle pour mégacôlon. — M. **Fontaine** a dû dans un cas faire une colectomie totale après échec d'une colectomie partielle, à cause de la persistance de troubles fonctionnels. Le résultat fut bon.

Traitement de l'hypertension artérielle permanente. — M. **Weiss** rappelle les deux principales théories : celle qui fait porter la responsabilité des hypertensions sur le rein lui-même et celle qui pense que le rôle essentiel revient au système nerveux suprarénal. Les interventions actuellement pratiquées portent à la fois sur les reins, les surrénales, les ganglions lombaires et le splanchniques.

L'auteur a fait huit fois des opérations sous-diaphragmatiques et huit fois la splanchnicectomie bilatérale habituelle. Les résultats ont été à peu près semblables. Il insiste spécialement sur un cas malheureux qui lui paraît démonstratif : il y a en effet des hypertendus chez lesquels les opérations élargies sont dangereuses. Il faudra arriver à les distinguer des autres.

Dans certains cas on observe, outre l'effet hypotenseur une vasolidation très intéressante au niveau des membres, pouvant amener des récupérations fonctionnelles.

— M. **Leriche** a opéré plus de 100 malades hypertendus. Les résultats sont presque toujours excellents. Dans certains cas exceptionnels il y a des échecs encore inexplicables.

La chirurgie des lésions ano-rectales. Hémorroïdes volumineuses. Prolapsus muqueux et hémorroïdaires. — M. **Heitz-Boyer** présente un film cinématographique. Il utilise le bistouri à haute fréquence, fait des pédicules avec une pince de Kocher à la base puis perfore le pédicule ainsi constitué par quelques points de transfixion avec aiguille électrique et finit par une section. Il n'y a jamais d'hémorragie secondaire. Pour les prolapsus muqueux après dilatation il fait un certain nombre de points perforants sur la muqueuse à 6 ou 7 cm. de l'anus. Ces points servent à éviter le glissement de l

muqueuse. Les soins post-opératoires sont spécialement bénins, sans infection ni escarre, ni hémorragie secondaire.

Election de 7 Associés Nationaux. — Sont élus : MM. **Delannoy, Dubois-Roquebert, Luzuy, Olry, Curtillet, Salmon.**

JEAN CALVET.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

9 Novembre 1945.

Délires aigus azotémiques guéris par l'injection intrarachidienne de pénicilline. — MM. **J. Delay, P. Desclaux, F. Nitti, Gendrot** et **Digo** rapportent 2 observations typiques de délire aigu azotémique, avec délire hallucinatoire, état confuso-onirique, agitation, sitiophobie, déshydratation intense, hyperthermie à 40 et hyperazotémie à 1 *g.* 40. Dans la première observation, le malade fut guéri en quelques heures par l'injection intrarachidienne de pénicilline. Après une amélioration immédiate, se produisit une rechute. Des ponctions rachidiennes étagées montrèrent l'existence d'un cloisonnement. De nouvelles injections intrarachidiennes de pénicilline, sus-jacentes au cloisonnement, amenèrent la guérison définitive.

Considérations sur la tuberculose pulmonaire des gazés. — M. **Brelet** a constaté que, sur 600 gazés, 30 sont devenus tuberculeux pulmonaires. Pour 11 d'entre eux la tuberculose survint alors qu'ils étaient, depuis l'intoxication par les gaz de combat, des invalides de l'appareil respiratoire ; c'était donc bien une tuberculose imputable aux gaz. Les 19 autres n'avaient conservé aucune séquelle de leur blessure et furent atteints, après plusieurs années de santé parfaite, d'une tuberculose qui n'était pas imputable à l'action des gaz.

Traitement des thyréotoxicoses par la thio-urée. — M. **Albahary** a traité 3 cas de thyréotoxicose par la thio-urée avec des résultats encourageants à la dose de 1 *g.* 50 par jour donnée en comprimés glutinisés de 0 *g.* 25. Il a constaté d'abord la disparition de la nervosité, puis de la tachycardie, ensuite de l'amaigrissement. L'exophtalmie s'est montrée le symptôme le plus résistant. La médication a été toujours bien supportée ; parfois il y a eu quelques nausées, mais il n'a été observé ni granulocytopénie, ni agranulocytose. De petits signes d'hypothyroïdie notés dans 1 cas ont vite cédé.

Cette médication pourrait servir de traitement d'épreuve dans certains cas de diagnostic délicat tels que la neurotonie et la sympathicotonie, difficiles parfois à distinguer du basedowisme.

— M. **Azerad** confirme les bons résultats donnés par la thio-urée. L'aminothiazol est aussi très efficace et ne donne pas lieu aux incidents observés parfois avec la thio-urée. Cependant on ne constate pas de modifications du tracé électrocardiographique, malgré l'amélioration des symptômes.

— M. **Perrault** a observé un résultat fâcheux de la thio-urée chez une malade ayant fait une poussée récente de tuberculose ; prudence s'impose donc.

Endocardite maligne traitée par la pénicilline ; négativation des hémocultures. Mort par double hémiplégie successive. — M. **Azerad** rapporte l'observation d'une malade de 19 ans atteinte d'endocardite maligne à streptocoques dont l'hémoculture avait été deux fois positive. De la pénicilline fut faite en instillation veineuse lente et continue, une première fois à raison de 2 millions d'unités, une seconde à raison de 2 millions et demi d'unités en 10 jours, associée à l'héparine. Le résultat fut nul. Une troisième cure fut instituée par voie sous-cutanée et sans héparine ; à la dose de 500.000 unités par jour. Dès le second jour, la température baissa et l'état général s'améliora. Un double foyer pulmonaire apparut au cours du traitement. On donna 10 *g.* de sulfadiazine par jour. L'amélioration fut nette : la fièvre tomba et l'hémoculture devint négative après 4 millions et demi d'unités de pénicilline. La mort survint malgré la prolongation du traitement, à la suite d'une hémiplégie droite, la malade ayant fait, immédiatement avant la troisième cure de pénicilline, une hémiplégie gauche.

Cette observation vient à l'appui des conclusions des Américains et de de Gennes, laissant entrevoir l'efficacité de la pénicilline dans le traitement de l'endocardite. Des doses élevées sont nécessaires, des doses modérées risquant d'être dangereuses en favorisant une certaine résistance du germe. Quand à l'héparine, si elle a été jugée inutile dans le traitement de l'affection, elle aurait pu peut-être éviter les accidents emboliques et, à ce titre, elle ne doit pas être condamnée présentement. Enfin l'association des sulfamides à la pénicilline semble avoir renforcé l'action de ce dernier médicament.

— M. **Lemierre** rappelle à ce propos l'observation d'une jeune femme atteinte d'endocardite lente à streptocoques présentant déjà une hémiplégie chez laquelle une dose de 800.000 unités par jour de pénicilline n'a pas empêché de nouveaux accidents cérébraux. Cependant une apparente guérison a été obtenue et les hémocultures sont devenues négatives. Une autre malade, atteinte d'endocardite lente à streptocoques greffée sur une maladie de Roger, a été négativée et la fièvre a disparu, mais une grosse embolie pulmonaire est survenue. La malade semble en voie de guérison actuellement. Une troisième patiente qui, à la suite d'un avortement fébrile, avait présenté dans son hémoculture des myriades de colonies de streptocoques hémolytiques par centimètre cube et une grosse lésion mitrale avec une embolie au niveau d'un doigt. Sous l'influence de 1 million d'unités de pénicilline par jour l'hémoculture a été négativée et le reste. La fièvre est tombée. Cependant des embolies se sont produites au membre inférieur droit, malgré la stérilisation du sang.

— M M. **Renaud** fait des réserves sur la permanence des guérisons apparentes obtenues ; il ne croit pas qu'une fièvre puerpérale véritable puisse guérir avec la pénicilline.

— M. **Lemierre** a vu guérir quelques cas d'infection puerpérale vraie avec ce traitement. On a là une thérapeutique vraiment efficace.

— M. **Soulié** souligne les brillants résultats que donne cette médication. Il faut abandonner l'usage de la coumarine et de l'héparine.

— M. **Péron** dit que certains cas de pénicillo-résistance ont été signalés. Il ne croit pas que la présence de pénicilline dans le sang des hémocultures empêche leur positivité.

— M. **Lemierre** ne le pense pas non plus, l'hémoculture restant négative après le traitement. Il faut attendre des mois pour savoir si le malade est guéri. L'insuffisance cardiaque secondaire assombrit le pronostic.

P.-L. MARIE.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

10 Novembre 1945.

Sur la répartition de l'histamine dans les éléments constitutifs du sang humain. — MM. **J.-L. Parrot** et **M. Gabe.** Le dosage de l'activité histaminique des divers éléments du sang, séparés au moyen d'une série de centrifugations, a été pratiqué dans un cas d'éosinophilie exceptionnellement élevée. Les hématies contenaient une fraction importante de l'histamine globulaire. La majeure partie de l'histamine leucocytaire se trouvait fixée sur les éosinophiles. C'est dans les plaquettes que la concentration de l'histamine atteignait son maximum.

Sur les effets correcteurs de l'acétylcholine vis-à-vis des troubles cardiaques déclenchés par l'adrénaline. — Mme **Th. Gayet-Hallion.** C'est sûrement vis-à-vis des troubles ventriculaires graves déterminés par l'adrénaline que l'acétylcholine (en injections intraveineuses chez le chien chloralosé à la dose de 500 *g./kg.*), semble exercer une action inhibitrice, encore n'agit-elle que d'une manière bien inconstante.

Son action sur l'oreillette est stimulante et peut, selon l'état d'excitabilité post-adrénalinique, constituer soit une amélioration, soit une aggravation.

Syphilis et récurrente. — MM. **C. Levaditi, A. Vaisman** et **H. Noury** ont étudié la possibilité d'un antagonisme entre le *Treponema pallidum* et le *Spirochaeta duttoni* dans le névraxe des souris contaminées simultanément ou alternativement avec ces deux microorganismes. Ils ont constaté que, quelles que soient les conditions de l'expérience, l'infection récurrentielle résiduelle de ce névraxe ne supprime pas l'activité syphilogène du système nerveux. Il en résulte que l'effet thérapeutique de la récurrente dans la paralysie générale n'est pas attribuable à un antagonisme entre le tréponème et le virus récurrentiel.

Hyperglycémie insulinique et seuil d'hypersensibilisation au CO^2. — MM. **Santenoise, Polonovski** et **Grandpierre.**

Activité cancérigène de certains dérivés méthylés des Benzacridines angulaires. — MM. **Lacassagne, Rodali, Buu-Hoi** et **G. Lecoq.**

Recherches sur l'androstadiérolone. — MM. **J. Alloiteau** et **R. Colonge.**

A. ESCALIER.

SOCIÉTÉ DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS

7 Mai 1945.

A propos du diagnostic indirect des stérilités masculines. — Mme **Palmer** a fait des recherches sur la glaire intermenstruelle et conclut que la constatation de spermatozoïdes bien mobiles correspond neuf fois sur dix à un sperme normal, l'absence de spermatozoïdes dans un mucus normal correspond neuf fois sur dix à un sperme franchement anormal.

A propos de la fréquence des stérilités d'origine masculine et des indications de l'insémination avec donneur. — M. et Mme **Palmer** ont fait l'examen direct du sperme dans 126 cas et arrivent au chiffre de 38 pour 100 de stérilités masculines certaines ou très probables. C'est alors qu'ils posent la question de l'insémination avec donneur et insistent sur les précautions à prévoir d'ordre déontologique, moral et social.

— M. **Séguy** paraît satisfait de la méthode, mais MM. **Douay** et **Lacomme** se montrent très réticents.

Un cas de pyélonéphrite gravido-toxique. — MM. **Ravina** et **Jamain.** Il s'agit d'une malade présentant de l'anémie, du subictère, des vomissements, de l'oligurie et une azotémie croissante. Toute thérapeutique anticolibacillaire reste inefficace, l'accouchement prématuré fait cesser les troubles presque du jour au lendemain.

Rupture spontanée de l'utérus au 8e mois à symptomatologie trompeuse. — MM. **Lévy-Solal, Morin** et **Hanon** rapportent l'observation d'une malade qui présente au 7e mois de sa grossesse une crise douloureuse abdominale très vive. Malgré des examens cliniques approfondis et des radiographies, le diagnostic ne peut être affirmé. On fait une laparotomie ; le fœtus et le placenta sont libres dans la cavité péritonéale. La rupture utérine horizontale siège sur la face postérieure de l'organe au-dessus d'un fibrome gros comme un œuf de poule.

Rupture utérine après ligamentopexie isthmique à la soie, symptomatologie fruste. — M. **Bret.** La rupture s'est produite au niveau d'un fil de soie passé sur le corps utérin au lieu même de l'intervention antérieure.

Infection puerpérale après césarienne basse. Echec de la sulfamidothérapie. Anémie. Pénicilline. Guérison. — MM. **Levant** (Cannes) et **Donnadieu.** L'élévation thermique débute le 5e jour après l'opération malgré 5 *g.* de sulfamides par jour. L'état général s'aggrave rapidement et on interrompt la sulfamidothérapie pour administrer 100.000 unités de pénicilline intraveineuse en 24 heures. A partir de ce moment rétablissement rapide de la malade. M. Brocq pense que la dose de sulfamides a été peu élevée pour parler d'échec et la dose de pénicilline bien faible pour parler de succès.

Epilogue d'une grossesse extra-utérine à terme. — MM. **Lantuéjoul** et **Granjon.**

Dystocie au cours de l'accouchement d'un 2e jumeau par rétrécissement du bassin. — M. **Bret.**

4 Juin.

La radiographie de la cavité cervicale de l'utérus. — MM. **Musset** et **Canel.** L'hystérographie classique ne permet guère d'obtenir d'images lisibles du col que dans 25 pour 100 des cas. Aussi les auteurs utilisent pour l'examen de la cavité cervicale une canule courte spécialement construite et une pâte opaque constituée par un mélange de ténébryl B à 45 pour 100 d'iode et 15 pour 100 de son poids de gomme adragante. Cette pâte est stérile et non toxique pour l'endomètre, mais il ne faut pas qu'elle atteigne la trompe ni le péritoine. 1 *cm.* 1 *cm.* 5 suffit pour injecter une cavité cervicale. Par ce procédé les auteurs ont toujours eu des résultats constants.

— M. **J. Dalsace** obtient des images excellentes de la cavité cervicale au cours de la vidange utérine après hystéro-salpingographie.

— M. **Palmer** pense que seule l'hystéroscopie cervicale est susceptible de dépister des cancers au début.

Angiome de l'utérus. — MM. **Lévy-Solal, Bret** et **Duperrat** présentent l'observation d'une malade de 40 ans présentant depuis peu des métrorragies irrégulières. L'examen clinique et le curettage ne donnant aucun renseignement, L'examen lipiodolé montre une image d'amputation irrégulière d'une corne utérine. On pratique une hystérectomie totale et l'examen anatomo-pathologique montre qu'il s'agit d'un angiome capillaire.

Angiome du placenta. — MM. **Bret** et **Duperrat.** Il s'agit de l'examen histologique d'un placenta de 1.330 *g.* expulsé à la suite d'un accouchement normal.

Un cas de pneumothorax spontané du nouveau-né. — MM. **M.-A. Weil** et **Bourgin** ont observé 3 jours après l'accouchement chez un nouveau-né un syndrome spontané de dyspnée avec cyanose et gémissements et, à la radiographie, une image caractéristique de pneumothorax qui a été décomprimé par l'appareil de Küss. Le tableau clinique se reproduit quelques heures après, est décomprimé dans les mêmes conditions et, depuis lors, ne s'est plus reproduit. L'étiologie en est incertaine.

L'enregistrement des pressions au cours de l'hystéro-salpingographie. — M. **Palmer.**

P. DRUAT.

SOCIÉTÉS DE PROVINCE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU TRAVAIL DE LYON

19 Octobre 1945.

Les bases histologiques des images radiologiques de réticulation observées dans les pneumoconioses. — M. **A. Policard** décrit le substratum anatomique de la réticulation, image radiologique de début au cours des pneumoconioses, étudiée surtout par les auteurs anglais chez les mineurs de charbon du pays de Galles. Histologiquement, on trouve le long des gaines péribronchiques des poussières de silice et de charbon, dont la topographie semble bien correspondre à l'image radiologique. Mais ces poussières sont pratiquement transparentes aux rayons X et il faut faire intervenir l'action de dépôt calcique, d'origine humorale, qu'on peut mettre en évidence par la technique de micro-incinération. C'est cette imprégnation calcique qui est à la base de l'opacité.

Intoxication familiale de 5 personnes par le bromure de méthyle au cours d'une désinsectisation (3 cas mortels). — MM. **P. Mazel, J. Bourret** et **L. Roche** rapportent l'histoire d'une intoxication familiale au cours d'une désinsectisation d'un appartement par le bromure de méthyle. Toute la famille fut atteinte : les 3 enfants de 1, 6 et 7 ans moururent rapidement ; la mère présenta les crises convulsives classiques ; le père fut plus discrètement atteint. L'existence d'une période de maturation entre l'intoxication et l'apparition des accidents fut particulièrement nette.

Intoxication aiguë mortelle par le bromure de méthyle. — MM. **P. Ravault, J. Bourrat** et **G. Vignon** observèrent une intoxication mortelle d'origine professionnelle chez un ouvrier. Le seul point à noter est l'existence, à l'autopsie, de lésions bilatérales de pneumonie typique : on peut discuter s'il s'agit d'une complication infectieuse secondaire à l'intoxication ou le développement inhabituel des lésions pulmonaires habituelles au cours de cette intoxication.

Intoxication par le bromure de méthyle. — MM. **J. Dechaume, L. Bourrat** et **Schott,** chez un sujet comateux, intoxiqué par le bromure de méthyle, trouvèrent à l'examen des signes d'atteinte diffuse du système nerveux avec Babinski bilatéral, parésie brachiale droite, paralysie faciale gauche d'origine centrale, sans crise convulsive. Le sujet guérit sans présenter de séquelles.

J. ROCHE.

PETITES CLINIQUES DE "LA PRESSE MÉDICALE"

N 684.

La céphalée à l'effort

Par J.-A. CHAVANY,
Médecin de l'Hôpital de Bon Secours, Paris.

Nul n'ignore la complexité du problème étiologique des céphalées qui constituent un des symptômes les plus communs de la pathologie. De la banale insuffisance hépatique à la tumeur cérébrale, nombre de maladies aiguës ou chroniques présentent dans leur sémiologie le mal de tête qui revêt, suivant les cas, des caractères différents quant à son intensité, à son siège, à son horaire, à son évolution, etc...

Le mécanisme intime de beaucoup de ces céphalées nous échappe encore. Mais l'observation des malades nous apprend que la plupart d'entre elles sont influencées par un certain nombre de *causes occasionnelles* qui, si elles ne créent pas le symptôme, l'influencent dans de notables proportions. Si nous envisageons la plus organique d'entre les céphalées, celle des tumeurs cérébrales, ne la voyons-nous pas déclenchée ou accrue par un effort violent, la défécation par exemple, par une exposition prolongée au soleil, par un simple déplacement de la tête et ne connaissons-nous pas tous l'influence néfaste du transport en automobile ou par voie ferrée, et cela en position assise, du céphalgique porteur d'une néoplasie cérébrale? Toutes ces causes agissent par l'intermédiaire d'un supplément de congestion encéphalique ou d'un blocage partiel ou total de la circulation du liquide céphalo-rachidien.

Dans un certain nombre de cas, non exceptionnels à la vérité, la cause occasionnelle — *en l'espèce l'effort* — prend une telle importance qu'elle semble résumer toute la maladie, comme on peut s'en rendre compte par l'observation suivante.

Une *femme de 34 ans* d'apparence bien portante vient se plaindre à nous en Mars 1945 de violents maux de tête se produisant par crises très fréquentes à raison de plusieurs par jour, et cela depuis des semaines. Brusquement, sans avertissement aucun, cette femme est prise d'une *vive douleur* qui l'étreint d'abord aux deux tempes sous forme d'une sensation de gonflement et d'éclatement de la boîte crânienne, avec afflux supplémentaire de sang au même niveau; une telle douleur ne tarde pas à se propager au vertex et à la région occipitale. La *notion d'un effort* est immanquablement à l'origine de cette crise : vendeuse dans un magasin d'alimentation, la malade est souvent dans l'obligation de soulever des fardeaux assez lourds et c'est électivement au cours d'une telle manœuvre que le phénomène se déclenche, semblant favorisé par la flexion du tronc en avant et la position basse de la tête, temps préalables nécessaires à l'arrachement du fardeau au sol. *Variable dans son intensité* suivant le moment et peut-être aussi le taux de l'effort déployé, la douleur est souvent telle qu'elle s'inscrit sur le visage qui pâlit en une crispation de souffrance nettement visible. La douleur angoissante est parfois si aiguë qu'elle « *porte au cœur* », s'accompagnant d'une tendance syncopale qui a abouti à plusieurs reprises à une perte momentanée de la conscience. Dans les forts paroxysmes, des gouttes de sueur perlent aux tempes.

D'autres efforts physiques entraînant un certain degré de blocage thoracique provoquent également la douleur: tousser, éternuer, rire, pleurer, lever les bras en l'air sont de ce nombre. Pousser pour aller à la selle fait paradoxalement exception à la règle. Les efforts intellectuels, la lecture, la réflexion sont sans effet; il en est de même des variations affectives, émotion, colère, hormis le cas où elles entraînent larmes ou cris.

La crise une fois installée dure habituellement de *quatre à cinq minutes*, atteignant rapidement un maximum très aigu et de courte durée, puis l'onde douloureuse décroît progressivement pour disparaître peu à peu, certaines crises s'accompagnant cependant parfois d'une lourdeur de tête durant plusieurs heures. La pression sur les tempes amène parfois un certain effet calmant. Dans l'intervalle des crises, pas de céphalée, rien que l'appréhension d'un autre paroxysme possiblement déclenchable à tout instant par l'activité du sujet, *d'où la diminution nette de sa capacité ouvrière*.

Deux faits méritent d'être retenus: 1° il existe toujours un *intervalle libre de quelques secondes* entre le début de l'effort et l'éclosion de la céphalée; 2° le mal de tête disparaît vite si la malade est en position assise ou debout; il persiste au contraire des heures si elle est couchée, comme cela se produit la nuit, à la suite d'une quinte de toux: les analgésiques restent alors sans effet et c'est seulement en se levant et en marchant que la malade arrive à se débarrasser de sa douleur.

Notre femme a été soignée quelques années auparavant pour inflammation des cornets; elle se plaignait alors de céphalée frontale sus-orbitaire de type continu survenant dès le matin et durant toute la journée, s'accroissant lorsqu'elle baissait la tête. Tout était rentré dans l'ordre à la suite d'un traitement local et le calme était revenu depuis longtemps quand le syndrome qui nous occupe s'est installé brusquement, en Novembre 1944, à la suite d'une violente quinte de toux provoquée par une trachéo-bronchite aiguë. A signaler que la malade affirme avoir présenté vers l'âge de 20 ans un syndrome analogue au syndrome actuel qui dura un an environ puis disparut.

Il est loisible de provoquer à volonté l'accès de mal de tête, en pratiquant une constriction globale serrée de la totalité du cou arrêtant quelques instants la circulation de retour. Si on se contente de pratiquer la compression élective des jugulaires comme dans l'épreuve de Queckenstedt on ne provoque pas le trouble.

L'examen neurologique est négatif. Tour de tête: 56 *cm*. Radiogrammes du crâne normaux.

L'examen général retient l'attention sur deux points:

a) *Existence de troubles métaboliques et endocriniens*; femme de prisonnier de guerre, la malade n'a plus depuis déjà longtemps que des règles irrégulières, et malgré les restrictions a engraissé de 10 *kg*. depuis 1940.

b) *Existence de troubles vasculaires* d'une part d'ordre vaso-moteur avec asphyxie des extrémités, enflure des mains, importantes engelures l'hiver, d'autre part d'*ordre veineux*: hémorroïdes datant de quinze ans, varicosités marquées des deux membres inférieurs. Le système artériel paraît sain. Tension artérielle : 13 et 9. Pouls : 80.

L'examen oculaire est négatif (Guillaumat). La pression artérielle rétinienne est : O. D., 80/20, O. G., 75/20. Après mesure de la tension oculaire elle est: O. D., 80/20; O.G., 75/20 (en grammes); après striction jugulaire elle est: O. D., 80/20; O. G., 80/20. La tension oculaire propre, O. D., est de 23 *mm*. de Hg; O. G., 18 *mm*. de Hg. La tension veineuse, inférieure à la tension oculaire propre, est impossible à mesurer. Pas de modification du fond d'œil durant l'effort.

Ce syndrome pour le moins singulier, susceptible d'en imposer à première vue pour une affection grave, n'est pas exceptionnel. Nous en avons observé durant notre carrière de neurologiste un certain nombre de cas *plus souvent féminins que masculins*. La première fois nous crûmes à la présence d'un pneumatocèle et nous fûmes étonnés de ne pas trouver d'air dans le crâne à la radio.

C'est le mérite de Tinel d'avoir individualisé un tel ensemble dans un mémoire de la *Pratique Médicale Française* de Février 1932:

1° En mettant en évidence ses caractéristiques cliniques : évolution de la bouffée céphalgique souvent très brève, parfois plus durable, sous l'influence de l'effort physique et également de l'effort psychique d'où le nom proposé de *céphalée à l'effort*, notion d'un temps perdu entre la cause efficiente et l'effet, bénignité relative du syndrome combiné à sa longue durée souvent désespérante.

2° En fournissant une hypothèse physio-pathologique de production satisfaisant l'esprit: la douleur serait due à la distension mécanique brutale de veines endocraniennes atones ou adultérées par une légère déchirure interstitielle préalable. Cette manière de voir se base sur la concomitance d'autres troubles veineux douloureux extra-encéphaliques tels que varices, hémorroïdes et sur la fréquence du début du syndrome au cours de la grossesse et de l'accouchement, états dont on connaît le retentissement fâcheux sur le système veineux.

3° Cette conception pathogénique a un corollaire pratique qui s'avère efficace. C'est en traitant de tels malades par les toniques veineux : hamamelis, marron d'Inde, cupressus, extrait hypophysaire qu'on obtient en s'armant de patience — car il s'agit d'une affection de long cours — les résultats les plus appréciables.

Cette *céphalée de l'effort* nous apparaît comme une entité clinique indéniable que le médecin est appelé à rencontrer fréquemment dans sa pratique. Etant donné le contexte clinique, son explication par la souffrance du système veineux ne comporte pas pour nous d'objection dans l'état actuel de nos connaissances. Ainsi pensons-nous qu'un tel ensemble mérite droit de cité dans la nosographie médicale sous le nom de *syndrome de Tinel*, cet observateur ayant eu le mérite d'en fournir le premier une description aussi précise que détaillée.

La Flouve odorante

(*Anthoxanthum odoratum* L.)

Dans l'immense famille des Graminées dont le froment est la gloire et qui produit l'ivraie tragiquement illustre par ses vénéfices, la flouve joue le rôle ingrat de la parente pauvre criblée par ses congénères de regards dédaigneux. Son maigre épi à la teinte ictérique ne fournit à l'agriculteur qu'un fourrage illusoire dont les troupeaux ne font d'autre cas que celui d'une inconsistante broutille. Rien d'étonnant qu'elle ait échappé à l'attention des anciens phytographes jusqu'à l'époque où J. Daléchamp la décrivit pour la première fois sous le nom de *Gramen anthoxanthum* et s'exprima au sujet de ses vertus en des termes qui doivent faire la joie des disciples de Hahnemann : après nous avoir appris que « les enfans en prennent l'espic et, l'ayant entortillé, se le fourrent dans les narines puis, se chatouillant le nez, se font seigner », il nous déclare qu'elle sert « à estancher merveilleusement bien le sang ». Sans faire état de cette action pharmacodynamique qui évoque le souvenir du fameux sabre de Joseph Prudhomme capable de défendre les institutions et, au besoin, de les attaquer, les frères Bauhin mentionnent également la flouve qu'ils désignent sous le vocable, un peu trop long pour ceux dont la mémoire est courte, de *Gramen pratense spica flavescente*. A cela se borne tout ce que nous enseigne l'histoire à son sujet. Mais un poète bucolique, *rara avis* en notre siècle nous rappelle qu'une fois desséchée c'est elle qui donne

Aux foins qu'on a fauchés cette fragrance exquise
Qui, les clairs soirs d'été, jusqu'aux larmes nous grise

et nous savons par les chimistes qu'elle doit ce parfum à la coumarine que contiennent ses épis, substance dont de récentes recherches ont permis aux physiologistes de préciser les propriétés. Il appert des expériences de MM. Eril Bergström, Kirokun, Rai et C. I. Marolda sur des préparations d'utérus et d'intestin de lapine isolées et conservées vivantes dans le liquide de Tyrode et sur des cœurs de grenouille qu'elle diminue la contractilité des cellules musculaires, modère ou supprime le péristaltisme, dilate les vaisseaux sanguins périphériques, ralentit le cœur et à doses léthales, entraîne la mort par arrêt de la respiration et des battements cardiaques. Elle exerce, en outre sur le rein une influence manifeste en augmentant la diurèse et en rendant plus limpide le liquide excrété action qui peut s'expliquer par le fait qu'on la retrouve dans l'urine et qu'elle jouit d'un léger pouvoir antiseptique : comme je l'ai déjà signalé à propos d'autres plantes à coumarine (aspérule odorante, mélilot, mélisse des bois), dans des bouillons qui en contenaient dans la proportion de 1 pour 100, le colibacille ne s'est développé que très difficilement.

C'est à sa présence dans les fleurs de la flouve que cette graminée doit des vertus sédatives, diurétiques et antifermentescibles qui peuvent en faire un utile adjuvant dans le traitement des affections inflammatoires de l'appareil urinaire, notamment dans les cystites et les bactériuries où son infusion à 5 pour 100, d'une saveur très agréable rappelant celle du faham, m'a souvent rendu de services assez appréciables pour que j'aie cru à propos d'en signaler l'emploi à mes lecteurs, surtout à ceux qui exerçant à la campagne, sont à même, sans bourse délier d'en faire, à l'orée des bois, d'amples moissons dont une dessiccation d'une huitaine de jours, en un lieu ensoleillé et bien aéré, développera la suavéolence et l'activité thérapeutique.

HENRI LECLERC.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

PUBLIÉES PAR LES SOINS DE L. ROUQUÈS

Le traitement de la conjonctivite blennorragique du nourrisson

La prophylaxie systématique et de meilleures habitudes d'hygiène ont nettement diminué la fréquence de la conjonctivite blennorragique du nourrisson, mais elle reste une affection redoutable; l'atteinte de la cornée, qui en est le grand danger, aboutit soit à la perforation du globe et à sa perte totale soit à des leucomes qui compromettent la vision.

Des centaines de traitements proposés, ainsi que le rappelle M. Dubois-Poulsen [1], deux seuls avaient gardé la faveur des spécialistes, la thérapeutique locale et la thérapeutique par le choc; les sulfamides et la pénicilline ont transformé le problème. La thérapeutique locale associait les grands lavages au permanganate toutes les deux heures aux instillations de nitrate d'argent à 1 pour 100 ou 1 pour 50, celles-ci faites matin et soir après un lavage; mais le traitement était difficile à appliquer; on écartait malaisément les paupières, on risquait de léser la cornée avec les écarteurs ou avec une instillation un peu brutale. La méthode avait toutefois des succès à son actif; dans des cas heureux, appliquée dès les premières heures, elle pouvait réduire la maladie à cinq jours, mais la durée moyenne restait de six semaines environ et l'atteinte cornéenne survenait dans 12 à 30 pour 100 des cas.

Les essais de vaccinothérapie et de sérothérapie spécifiques ont été dans l'ensemble infructueux. La thérapeutique par le choc a été longuement utilisée et garde encore des partisans; le lait est nettement supérieur aux autres produits et après lui se place le vaccin antityphique. L'activité du lait peut sembler au premier abord moins grande chez le nourrisson que chez l'adulte, sans doute parce qu'il ne réagit pas de la même façon aux chocs; mais si l'évolution est peu raccourcie, si l'effet sur la suppuration est nul, les perforations cornéennes sont moins fréquentes et les ulcérations peuvent guérir, avantage qu'on ne saurait trop souligner puisque ces manifestations constituent la seule gravité de la maladie.

La sulfamidothérapie a modifié du tout au tout les possibilités thérapeutiques; mise en œuvre le premier jour, son action est soudaine; en vingt-quatre heures, la sécrétion est presque tarie, en quarante-huit heures, elle a disparu; l'œil est grand ouvert, encore un peu rose, en apparence guéri; on ne trouve plus de gonocoques dans les culs-de-sac conjonctivaux mais leur disparition comme celle des sécrétions n'est pas un critérium de guérison; si on abandonnait le traitement à ce stade, la suppuration reprendrait; il doit être poursuivi pendant quinze jours; on peut alors affirmer la guérison. Dans d'autres cas, le traitement paraît agir pendant les deux ou trois premiers jours mais d'une façon peu franche; les sécrétions s'éclaircissent sans disparaître et on trouve toujours des gonocoques dans l'exsudat; on peut prolonger le traitement par acquit de conscience jusqu'au cinquième jour; passé ce délai, on y renoncera car il est certain qu'il ne donnera rien. Dans d'autres cas enfin, on ne note aucune amélioration, c'est l'échec pur et simple. L'effet du traitement est donc facile à juger: c'est le succès immédiat ou l'échec.

Administrés plus tardivement, les sulfamides peuvent agir s'il n'existe pas de complications et là encore, le succès doit être immédiat; par contre, lorsqu'il y a des complications cornéennes, les sulfamides semblent n'avoir qu'un effet passager et en tous cas ne pas éviter la perforation. Ceci est à mettre au passif de la sulfamidothérapie, mais son actif est brillant; aucune méthode avant elle ne donnait des guérisons aussi rapides ni aussi fréquentes: sur 60 cas, Sorsby et Hoffa comptent 51,7 pour 100 de guérisons en trois jours et 90 pour 100 en huit jours.

Le traitement local est réduit à peu de chose; pendant les deux premiers jours, il suffit d'essuyer les sécrétions avec du coton. Les accidents semblent peu à craindre lorsqu'on emploie une posologie correcte (0 *g.* 25 de sulfamide par jour avec 0 *g.* 50 de bicarbonate de soude), lorsqu'on fractionne au maximum les prises et lorsqu'on s'attache à dépister les petits signes d'intoxication.

Dans les conjonctivites avec complications cornéennes, dans les conjonctivites sulfamido-résistantes, force était de revenir aux traitements classiques, grands lavages et injections de lait. La pénicilline, d'après les premiers travaux, a une action remarquable sur la conjonctivite blennorragique, soit en instillations locales soit par voie générale; elle peut faire disparaître rapidement des kératites; elle peut agir sur les conjonctivites sulfamido-résistantes. La posologie n'est pas encore fixée d'une façon définitive; M. Dubois-Poulsen préconise, dans l'attente de statistiques étendues, d'associer chaque jour à des instillations toutes les heures d'une solution à 10.000 unités par centimètre cube, 100.000 unités réparties en 4 ou 5 injections intramusculaires.

En pratique, les 90 pour 100 de guérison que donnent les sulfamides n'incitent pas à les abandonner; la pénicilline est formellement indiquée lorsqu'ils échouent et dans les cas de complications cornéennes; mais on ne sait pas encore si le pourcentage de guérison qu'elle donne est aussi élevé; d'autre part, si elle peut guérir des conjonctivites résistant aux sulfamides, il y a inversement des cas rebelles à la pénicilline et guéris par la sulfamidothérapie.

Lucien Rouquès.

1. Dubois-Poulsen : Le traitement de la conjonctivite blennorragique du nourrisson. *Revue médicale française*, 1945, **26**, 28-32.

L'hyperalbuminose rachidienne régressive des liquides clairs chez les débiles

Ayant fait des ponctions lombaires à des débiles au cours des premiers mois de la vie, MM. J. Lévesque et L. Callerot [1] ont été frappés par l'existence d'un taux d'albumine totale dépassant nettement le chiffre normal de l'adulte; des examens systématiques leur ont montré la quasi-constance de cette hyperalbuminose; les traités classiques ne la mentionnent pas et d'après les recherches bibliographiques des auteurs, Kurt Samson seul l'a signalée. Il est très important de ne pas en perdre de vue la possibilité pour ne pas attribuer à une modification presque physiologique, la valeur d'un indice révélateur d'une altération nerveuse.

Les débiles ont presque constamment un taux d'albumine rachidienne qui atteint à la fin du premier mois 0 *g.* 60 à 0 *g.* 80 par litre avec la méthode diaphanométrique de Mestrezat : cette hyperalbuminose s'accompagne presque toujours d'une réaction cytologique à prédominance lymphocytaire qui reste généralement minime; les liquides présentent parfois en suspension de petits flocons blancs anhystes, apparemment constitués par de la fibrine, ce qui s'explique par la forte teneur en fibrinogène du liquide des débiles. Fait important, ces particularités sont régressives et le liquide n'acquiert les caractères du liquide de l'adulte que vers le troisième ou le quatrième mois ou même plus tard, l'albuminorachie étant encore en moyenne de 0 *g.* 35 pour le quatrième mois.

Il est certain que cette hyperalbuminose n'est pas due à la syphilis; les réactions caractéristiques de celle-ci (Wassermann, benjoin) ont toujours été négatives; les enfants ne présentaient pas de signes d'hérédo-syphilis et on ne trouvait pas chez les mères d'indices de syphilis en activité. Certains des enfants étudiés ont présenté des accidents infectieux, le plus souvent otitiques; mais le maximum de l'hyperalbuminose a précédé les accidents et sa baisse progressive n'a été en rien influencée par eux. Toute cause infectieuse paraît donc pouvoir être écartée.

Waitz a décrit un œdème cérébro-méningé aseptique lié au traumatisme de la naissance mais presque toujours cet œdème et l'hyperalbuminose qu'il provoque sont de courte durée; l'hyperalbuminose régressive des débiles ne paraît pas dépendre dans la majorité des cas d'un œdème dû au traumatisme obstétrical.

Il faut insister sur le fait que seuls les débiles présentent l'hyperalbuminose régressive; d'après les constatations des auteurs, elle n'existe jamais dans le second mois chez les nourrissons nés à terme et de poids normal; or, chez les débiles, la maturation du système nerveux central n'est pas terminée comme en témoignent l'aspect du cerveau (pâle, comme gélatineux à la coupe, aux sillons et circonvolutions peu marqués) et la non-régulation des fonctions du système nerveux (chaleur, métabolisme de l'eau, régulation respiratoire). Tout se passe comme si chez les débiles, les plexus choroïdes laissaient transsuder dans le liquide céphalo-rachidien une albumine en quantité plus élevée que chez l'adulte et de qualité autre puisqu'elle contient plus de fibrinogène. La régression lente et régulière de cette hyperalbuminose va de pair avec la maturation ralentie du cerveau du débile : tandis que le nourrisson à terme non débile ne reste nouveau-né qu'un mois et fait sa maturation pendant ce laps de temps, le débile met quatre ou cinq mois à la faire.

L'hyperalbuminose n'est donc que le témoin de l'immaturité de l'enfant; celle-ci, il est vrai, marche avec l'indiscutable fragilité des débiles; mais en elle-même, tant qu'elle ne dépasse pas 0 *g.* 90 par litre, l'hyperalbuminose n'a aucune signification pronostique fâcheuse.

Lucien Rouquès.

1. J. Lévesque et L. Callerot : L'hyperalbuminose rachidienne régressive des liquides clairs chez les débiles. *Archives Fr. de Pédiatrie*, 1944-1945, **2**, 93-101.

Comment réussir une hémoculture au cours d'un traitement sulfamidé ?

Au cours des traitements sulfamidés, les hémocultures restent très souvent stériles, car la sulfamidémie peut être suffisante pour que, même après dilution dans le milieu de culture, le pouvoir bactériostatique s'exerce. Interrompre la cure pendant vingt-quatre heures, comme on l'a proposé, n'est qu'un pis-aller et mieux vaut utiliser, comme Bals [1], l'antagonisme biologique des sulfamides et de l'acide para-aminobenzoïque (vitamine H'); d'après les recherches comparatives de cet auteur, il suffit d'ajouter à 1 litre de bouillon 1 cm^3 d'une solution aqueuse stérilisée à 1 pour 1.000 d'acide para-aminobenzoïque pour obtenir des hémocultures positives, même chez les sujets soumis à un traitement intensif [2]. Cette méthode peut être employée pour les ensemencements de bile, d'urine, de liquide céphalo-rachidien ou de divers exsudats; elle nous semble mériter d'être utilisée pour la recherche des méningocoques au cours du traitement de la méningite cérébro-spinale.

Lucien Rouquès.

1. M. Bals : Ausführung der Blutkultur während der Behandlung mit Sulfonamiden. *Schweizerische med. Woch.*, 1944, **74**, 930-931.

2. Bals indique que la méthode échoue chez les sujets traités par deux préparations spécialisées étrangères dont la formule nous est inconnue (Marfanil et Amonal).

NÉCROLOGIE

Achille Souques

(1860-1944)

L'empreinte magistrale que Charcot a imprimée la neurologie française ne s'est pas seulement manifestée par la réalisation d'une œuvre scientifique e premier ordre et par la mise au point d'une méthode anatomo-clinique impeccable ; ce créateur, et observateur, cet ordonnateur avait, avec des lons remarquables d'enseignement, l'âme d'un chef l'école ; aussi à son œuvre propre s'est greffée œuvre d'une riche pépinière d'élèves devenus à eur tour des maîtres, faisant croître, s'étendre t même parfois s'émonder l'œuvre du grand maître. De cette brillante pléiade où figurent es noms de Raymond, Joffroy, Bourneville, Brissaud, Ballet, Babinski, Pierre Marie, Meige, Souques, ce dernier était le dernier survivant le la célèbre école de la Salpêtrière. Il vient le s'éteindre à 84 ans, ultime fleuron d'une incomparable lignée neurologique.

*
* *

L'*œuvre scientifique* de Souques est considérable ; il n'est guère de points de la neurologie où il n'ait apporté quelque contribution marquée de ses qualités d'observation minutieuse et de parfait sens critique ; il est rare qu'en relevant la littérature neurologique, à propos d'un fait qui suscite une recherche de documents comparatifs, on ne trouve pas un travail de Souques comportant une observation clinique remarquablement précise, suivie des remarques les plus judicieuses ou des considérations les mieux raisonnées ; aussi, dans les sujets nouveaux qu'il a abordés, la position prise par lui après mûre réflexion reste-t-elle toujours solide, incontestée ou mieux toujours confirmée. Il ne saurait être question, en ce bref espace, d'analyser comme il conviendrait les nombreuses contributions qu'il a apportées, pierre par pierre, à l'édifice neurologique et je dois me borner à rappeler les études d'ensemble ou les faits les plus importants qu'il a le premier mis en lumière.

Au premier rang, il faut placer l'ensemble de ses travaux sur les *syndromes parkinsoniens :* il en a enrichi la séméiologie ; il a groupé sous le vocable de kinésie paradoxale un ensemble de faits épars qui constituent un des points les plus mystérieux de cette affection : enfin, lors de l'efflorescence de l'épidémie d'encéphalite léthargique, il a montré le premier le rôle de cette maladie, dans la production des syndromes parkinsoniens et il a contribué plus que tout autre à en établir l'unicité. Dans la séméiologie parkinsonienne, à côté des deux grands signes que sont la rigidité musculaire et le tremblement, Souques a décrit un troisième signe : l'abolition des mouvements associés, qui s'extériorise dans la marche par la perte du balancement automatique des membres supérieurs, que l'on peut également mettre en évidence par le procédé du moulinet ou par l'épreuve du renversement du tronc en arrière ; la perte des mouvements associés ou de l'harmonie motrice est un symptôme très précieux permettant un diagnostic précoce de l'affection, alors que la rigidité n'est pas encore apparente. Pour l'ensemble de faits qu'il a groupés sous le nom de kinésie paradoxale et qui avaient été notés pour la plupart de façon isolée, le mérite de Souques a été de les réunir et d'en faire la synthèse sous ce vocable, qu'il s'agisse de progression métadromique, d'inertie motrice à laquelle succède temporairement un mouvement automatique, d'un mutisme qui est brusquement et passagèrement libéré, en montrant que ces faits d'apparence disparate sont de même ordre et consistent dans la possibilité temporaire d'une action alors que d'ordinaire elle est impossible ; c'est là un des faits les plus curieux de la physiopathologie parkinsonienne et dont la pathogénie reste encore inconnue. Enfin, Souques a le premier, en France tout au moins, attiré l'attention sur l'étiologie encéphalo-léthargique de certaines paralysies agitantes et surtout il a lutté contre l'interprétation dualiste par laquelle certains voulaient faire des syndromes parkinsoniens post-encéphalitiques une affection différente de la maladie de Parkinson classique ; il a, à maintes reprises, protesté contre cette interprétation, contre le terme de parkinsonisme, et finalement son point de vue s'est trouvé adopté de façon unanime. Rappelons aussi, à ce propos, qu'il a fait justice des étiologies émotives de la maladie de Parkinson, qu'il a apporté un des premiers cas de chorée aiguë due à l'encéphalite léthargique.

Egalement importants sont ses travaux sur *l'infantilisme hypophysaire*. En 1911, avec Stephen Chauvet, il décrivit une variété particulière d'infantilisme par tumeur kystique de l'hypophyse, infantilisme prépubéral avec nanisme, différent du syndrome adiposo-génital de Babinski-Froelich ; il soutenait que la lésion de la glande pituitaire avait déterminé l'arrêt de développement des organes génitaux et qu'ainsi survenant avant la puberté, les altérations combinées des deux glandes, à point de départ dans la tumeur hypophysaire, avaient créé l'association spéciale d'infantilisme et de nanisme. Ce type clinique nouveau de syndrome hypophysaire, le plus souvent réalisé par les tumeurs de la poche de Rathke, est maintenant classique. Notons aussi, à ce sujet, que l'étude de l'action des extraits hypophysaires, avec J. Lermoyez et nous-même, l'a conduit à rapporter l'action freinatrice sur la polyurie insipide de l'extrait de lobe postérieur à la pars intermedia qu'elle contient, bien avant que fût isolée par les savants américains l'intermédine.

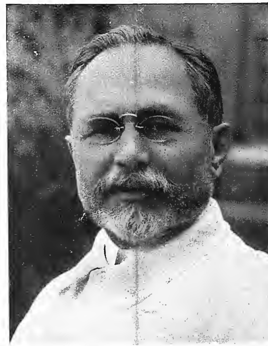


Photo Henri Manuel.

ACHILLE SOUQUES.

On doit à Souques la description d'un type particulier de métastase vertébrale : *la vertèbre d'ivoire*. Alors que, d'ordinaire, les vertèbres cancéreuses apparaissent à la radiographie déformées, aplaties et décalcifiées, vertèbres « en galette », l'aspect nouveau décrit par Souques comporte une forme et un volume normaux de la vertèbre atteinte mais une opacité diffuse et uniforme, comme si elle était injectée de substance calcaire, d'où un aspect blanc sur le négatif, noir sur le positif ; à l'examen anatomique, la vertèbre est blanche, éburnéenne, dure et consistante ; elle est le siège d'une ostéite condensante avec fibrose des espaces osseux médullaires contenant des noyaux épithéliomateux ; il s'agit d'une sorte de squirrhe osseux. Cet aspect fait maintenant partie de la séméiologie radiologique vertébrale et individualise une forme particulière de cancer métastatique.

Parmi les nombreuses et minutieuses études séméiologiques, nous ne pouvons que citer : la description du phénomène des interosseux de la main dans l'hémiplégie organique, de l'inversion du réflexe tricipital et du réflexe achilien ; l'abolition des réflexes cutanés abdominaux dans la sclérose en plaques ; l'inégalité pupillaire dans la tuberculose apicale ; l'étude de l'automatisme vésico-rectal dans les compressions graves de la moelle. Dans le domaine des troubles du langage, Souques a décrit un trouble nouveau qui porte justement son nom : la palilalie de Souques est un trouble fort curieux où le sujet répète involontairement un grand nombre de fois la même phrase ou les mêmes mots, il s'observe surtout chez les pseudo-bulbaires et les parkinsoniens, sa pathogénie qu'on a voulu apparenter à celle du rire et pleurer spasmodique reste encore imprécise. Lors de la mémorable révision de l'aphasie proposée en 1906 par Pierre Marie, celui-ci trouva, dans les nombreuses discussions suscitées par la nouvelle doctrine, un partisan d'importance en Souques qui apporta en particulier un cas anatomo-clinique remarquable d'aphasie de Broca avec intégrité de la 3e frontale, une importante étude sur l'unité de l'agraphie ; il a également donné, plus tard, une étude remarquable de l'anarthrie de Pierre Marie, avec vérification, dans trois cas, de lésions de la zone lenticulaire, suivie d'une précieuse étude historique sur la localisation du langage. On doit également à Souques : des études sur les syndromes striés, sur les syndromes du noyau rouge et la révision du syndrome de Benedikt ; des travaux sur l'épilepsie (en particulier sur les absences et l'automatisme graphique, sur l'association de l'épilepsie et des lésions cutanées de la face (avec nous-même), sur l'épilepsie menstruelle) ; il a décrit la narcolepsie post-traumatique, le premier cas de tumeur du septum lucidum (avec nous-même et I. Bertrand), l'image radiologique des psammomes de la dure-mère, l'aspect clinique et anatomique de la tuberculose de la région para centrale ; il a isolé (avec nous-même) la poliomyélite antérieure subaiguë et montré sa transmissibilité à l'animal ; signalons encore ses études sur les paralysies radiculaires zostériennes, sur un type nouveau de névrite hypertrophique et sur les lésions de cette affection (avec I. Bertrand), sa description de la synesthésalgie, de la camptocormie, du géromorphisme cutané.

Il resterait encore à faire une place à son œuvre de neurologie historique, née des loisirs de la retraite hospitalière. Ces études l'ont conduit à une vaste enquête dont il nous a donné la substance dans un beau livre : les *Etapes de la Neurologie dans l'antiquité grecque.*

*
* *

L'œuvre de Souques, on le voit, est d'importance et on peut être assuré qu'une grande part de ses travaux ne sera pas oubliée. Mais pour nous, il était plus qu'un grand neurologue, il était aussi, et avant tout, un homme en qui étaient réunies les plus belles qualités affectives, un homme doublé et enrichi d'un véritable humaniste, un homme qui était un délicieux « patron » dans toute l'acception de ce vieux mot du parler hospitalier : il n'est aucun de ses élèves qui, au delà du souvenir de ses qualités scientifiques et médicales ne garde la précieuse image de ce que fut pour lu M. Souques.

De taille petite, mais de complexion robuste à la manière des montagnards du Plateau Central, le regard clair et vif, le visage volontiers souriant dès son abord on était charmé par sa franche aménité et sa délicate discrétion. Sa cordialité simple son exquise bienveillance, sa grande bonté lui valaient de nombreux attachements ; certainement il n'avait pas d'ennemis ; quant à ses élèves, tous l'aimaient comme il les aimait lui-même, semblant avoir reporté sur eux une paternelle affection restée hélas ! inemployée à son foyer. Quand il s'agissai

de leur rendre service, il était toujours disponible, devançant souvent la demande ou l'appel, et il savait alors retrouver l'obstination que l'on prête aux gens du Plateau Central pour aboutir à leurs fins; n'était-il pas un chef remarquable, soutenant tenacement ceux à qui allait son estime et, de ce fait, dans les concours, il savait à bon escient apporter efficacement tout l'appui dont il pouvait disposer: Clovis Vincent, Pasteur Vallery-Radot et moi-même, qui avons eu la bonne fortune de l'avoir dans notre jury du concours de médecin des Hôpitaux, savons qu'il était bien là le patron dans toute la signification romaine du terme. N'était-on pas aussi, en toute circonstance, certain de le trouver prêt à écouter attentivement et affectueusement, à conseiller finement et judicieusement. C'est à juste titre qu'en termes choisis, M. Guillain, dans sa belle notice, insistait l'autre jour à l'Académie de Médecine, sur ses qualités d'homme de bon conseil.

A l'hôpital, où M. Souques passait toute sa matinée, arrivé avant 9 heures et partant à midi passé, il a véritablement éduqué et formé à la neurologie toute une pléiade d'élèves, parmi lesquels je me bornerai à citer de Martel, Clovis Vincent, Harvier, Foix, Barbé, Barré, Pasteur Vallery-Radot, Moreau, Pichon, Ernst, Lantuéjoul, Alajouanine, Mouquin, Baruk. Cette matinée d'hôpital était bien remplie et fructueuse; ce qu'on apprenait de lui, ce n'était pas l'emploi de ces qualités étonnantes que l'on admire chez certains grands observateurs, mais qui, essentiellement intuitives, sont intransmissibles; c'était une méthode, appliquée dans la conduite de l'étude clinique avec précision, avec minutie même, avec persévérance, qu'il savait imposer à ses élèves; sémiologiste né, il n'hésitait pas à contrôler dix, vingt fois, un signe, à vérifier et à vérifier encore les conditions d'apparition d'un symptôme, à renouveler maintes et maintes fois les modes de l'expérience clinique et les conditions de son interprétation, enseignant ainsi à ceux qui l'entouraient la nécessité d'un contrôle minutieux et répété pour faire passer l'observation au rang de science précise et raisonnée. Chaque cas particulier suscitait de sa part le même travail méthodique, la même sagace analyse et les synthèses ne venaient jamais prématurément établir ces fausses fenêtres pour la symétrie dont se défiait Pascal. Il apportait dans la rédaction de ses travaux le même souci d'exactitude et la même conscience; chacune de ses communications était longuement réfléchie et le style en était à l'image du contenu, net, correct, soigné; d'ailleurs, pour trancher, au cours d'une rédaction en commun, tel ou tel différend de langage, il aimait à ouvrir son dictionnaire de Littré, ne cessant de poursuivre la lecture de toute la série d'exemples fournis abondamment à chaque emploi d'un terme, et il eût aimé le qualificatif par lequel les Tharaud nous ont appris que Barrès aimait à appeler le bon guide grammatical: le loyal serviteur; comme tout bon Français, M. Souques avait, en lui, un grammairien: n'a-t-il pas eu d'ailleurs comme élève un grand grammairien, notre cher E. Pichon, qui alors étonnait surtout notre bon maître par ses déjeuners improvisés au milieu de la consultation, ce qui, presque chaque matin, au bruit du quignon de pain mastiqué à belles dents par Pichon, sous l'œil narquois de Moreau, faisait dire doucement à M. Souques: « Quel bel appétit, M. Pichon ! »

En dehors de ses fonctions hospitalières et de son travail scientifique, l'humanisme de M. Souques l'attirait vers toutes les manifestations de l'esprit, avec choix, avec goût, avec pondération; dans sa culture, où les anciens et les classiques tenaient la première place, certaines grandes voix du XIXe siècle n'étaient pas négligées. Lui-même aimait, dans des vers issus de la technique parnassienne (recueillis sous le titre modeste de « Devoirs de vacances »), fixer dans un sonnet telle impression ou tel souvenir: le vieil et cher hôtel de Bochard de Saron, le pigeonnier seigneurial de la propriété de Servon, un croquis de voyage, et nous recevions parfois, à l'époque des vacances, un sonnet qui illustrait à son tour la carte postale choisie datée de Florence, de Rome ou d'Avila! Mais, comme beaucoup d'élèves de Charcot, il était surtout attiré vers les arts plastiques et il connaissait fort bien les richesses artistiques de la France et d'une bonne partie de l'Europe. Il avait fait de son intérieur un véritable petit musée, et son cabinet de travail donnant sur le jardin du vieil hôtel de la rue de l'Université, avec sa haute bibliothèque à deux étages, ses nombreuses œuvres d'art, constituait un sanctuaire imposant, rappelant le cabinet de Charcot, aujourd'hui à la Salpêtrière, comme le sera demain celui de notre vieux maître qui, lui aussi, a légué au vieil hospice ses livres et ses corps de bibliothèque. Ses élèves se rappellent les belles heures passées dans ce foyer, où, avec une compagne attentive et dévouée, si digne de lui, M. Souques savait si bien accueillir ceux qu'il aimait : le déjeuner mensuel, après la séance de la Société de Neurologie, où depuis des années, avec le fidèle Meige, se retrouvaient quelques-uns de ses anciens internes et quelque neurologue de province ou de l'étranger venu à la Société, était une chère tradition que n'oublieront pas plus que moi Barbé, Baruk, Barré, I. Bertrand ou Pasteur Vallery-Radot.

*
* *

Ces quelques lignes, mon cher Maître, ne peuvent qu'évoquer bien imparfaitement votre belle figure; j'ai laissé sans doute trop entendre que vos élèves autant et plus peut-être que le maître éminent aux leçons lucides et sagaces, se prennent surtout à regretter l'homme si délicat et si bon, et le patron parfait de fine compréhension et d'attention paternelle : c'est que les mots que vous nous disiez, le soir du banquet offert par vos anciens internes à votre départ de la Salpêtrière, que « tous, vous nous aimiez bien », nous pouvons aussi vous le redire : tous, nous vous aimions bien ! Nous garderons en vous le modèle du patron tel que nous voudrions, nous aussi, le rester pour nos élèves vous nous avez enseigné excellemment une neurologie précise, exacte et lumineuse, mais surtout vous nous avez fait connaître un maître humain et paternel. Les très grands maîtres sont rares : les hommes parfaits, qu'on aime de tout son cœur, sont rares aussi. Votre maître Charcot était un grand chef d'école, et, modestement, vous ne cherchiez pas à sortir de l'ombre de cette grande école ; mais vous avez été aussi un chef d'école, à votre manière discrète et amène, et le chef aimé d'une grande famille d'élèves qui conserveront pieusement votre souvenir.

25 Mars 1945. TH. ALAJOUANINE.

CHRONIQUES

L'aménagement des Services Médico-Sociaux d'entreprises

Avant la guerre de 1914-1918, bien rares étaient les industries qui aient doté leurs établissements d'un service médical régulier et suffisant à sa tâche. Dans les grandes Compagnies de chemin de fer elles-mêmes, où le service médical devait cependant comme aujourd'hui recruter un personnel sain, vérifier en cours de carrière ses aptitudes physiques et faire à la fois de la médecine préventive et de la médecine de soins, les installations sanitaires, si j'en juge par le réseau dont je fus de longues années le médecin en chef, étaient notoirement insuffisantes et le médecin, parent pauvre dans l'Administration, trop souvent considéré comme un gêneur par les ingénieurs; il était banal d'entendre ceux-ci dire avec un certain dédain que le service médical était « le service qui coûte et qui ne rapporte pas ».

Cependant, après la guerre, grâce à la large compréhension des Directions, il fut possible aux services médicaux des réseaux de se perfectionner, de créer dans les principales agglomérations des dispensaires très suffisants pour l'époque, permettant à des médecins bien choisis d'y accomplir correctement leur service et de dispenser au personnel des soins de bonne qualité. Dans les Centres importants s'y surajoutèrent des consultations de nourrissons et des Services sociaux, avec de multiples assistantes sociales. En bien des points, malheureusement, toutes ces installations viennent d'être plus ou moins complètement détruites par les bombardements de guerre, et tout est à rebâtir, à remettre au point, à réorganiser. Mais les dirigeants d'aujourd'hui pourront faire mieux que leurs prédécesseurs, car les idées ont bien évolué, et, depuis le début de la guerre, la législation du travail a donné à la médecine industrielle préventive la place importante qui doit être la sienne. On ne verra plus de chefs d'industrie consacrer tous leurs efforts à l'amélioration de leurs installations matérielles et à leur rendement, sans s'intéresser suffisamment à la santé de leurs ouvriers et aux répercussions possibles sur celle-ci des conditions du travail.

Il faudra donc doter toutes les entreprises de services médico-sociaux bien compris, et, pour leur aménagement, industriels, médecins du travail, architectes, consulteront avec fruit l'élégante plaquette que vient de consacrer à cette question la *Fondation française pour l'étude des Problèmes humains* et qui a été réalisée sous la direction des Drs Guy Ferrand et Henri Bour et des architectes Jean Merlet et François Emery, avec la collaboration des équipes « Travail » et « Habitat » (1 vol. in-4° de 44 pages, avec 23 figures, Librairie de Médicis, Paris).

Dans cette brochure est pris comme type de description le service médico-social pour une usine de 1.500 à 2.000 ouvriers. Le personnel nécessaire peut être le suivant: 1 médecin occupé à temps plein, et éventuellement des spécialistes occupés de façon intermittente: 2 infirmières employées à temps plein; 2 conseillères sociales du travail occupées à temps plein; une secrétaire employée à temps plein; une laborantine employée à temps partiel. Quant aux locaux, ils doivent comprendre: une salle d'attente communiquant avec les autres pièces; un vestiaire-déshabilloir et une salle de secrétariat et d'examens préliminaires (poids, taille, périmètre thoracique, spirométrie, examen sommaire des urines); le cabinet médical; une salle de soins destinée au traitement des accidents du travail et des affections bénignes ne nécessitant pas un arrêt du travail; une salle de radio-diagnostic, avec déshabilloir permettant un débit suffisant pour des examens en série, nécessités notamment par le dépistage de la tuberculose; un laboratoire adapté au genre de recherches propre à chaque usine; deux bureaux pour les conseillères sociales du travail.

Les auteurs précisent quels doivent être le lieu d'implantation du bloc médico-social et les conditions architecturales du bâtiment: matériaux, isolation acoustique, ventilation, température, chauffage, éclairage, le mobilier, le matériel et enfin, les connexions entre eux des locaux, en fonction des différents circuits susceptibles d'être utilisés par les ouvriers.

Les chapitres suivants envisagent l'adaptation de ces principes et de ces directives pour l'aménagement des locaux médico-sociaux des petites usines et l'organisation d'un centre inter-entreprises, puis pour les services médico-sociaux destinés aux établissements employant plus de 3.000 ouvriers.

Il ne s'agit, bien entendu, que d'une description schématique et de desiderata d'ordre très général. Dans une même profession, il n'existe pas deux usines identiques, et, même avec un personnel égal, on ne peut concevoir deux centres médico-sociaux rigoureusement semblables. A plus forte raison le service médico-social, avec ses différents locaux et son personnel, doit-il être adapté aux divers besoins de l'usine, aux risques du travail contre lesquels il s'agit de protéger les ouvriers : aussi certains établissements de 500 ou 1.000 ouvriers pourront-ils, du fait de risques particuliers (benzol, plomb, risques d'accidents), nécessiter un équipement sanitaire plus complet que des entreprises groupant des effectifs beaucoup plus importants. Enfin, les installations doivent être plus complètes et dotées de tout l'outillage et du personnel voulus dans les collectivités qui, comme les chemins de fer, demandent à leur service médical, outre un rôle administratif important, une médecine de soins très complète en même temps qu'une médecine préventive éclairée.

L. RIVET.

Correspondance

Dans le numéro de *La Presse Médicale* du 3 Novembre 945, l'article de MM. H. et M. Hingalis intitulé : Cinq nnées de carence phospho-calcique », contenait la hrase suivante : « Par ailleurs, la vitamine D ne peut dus être fournie actuellement en solution huileuse. »

Bien que la vitamine D soit en effet, dans la grande najorité des cas, actuellement fournie en solution alcooique, on nous signale que l'on peut trouver cependant ncore des ampoules de vitamine D en solution huileuse.

***

Phlébographie et phlébectomie dans les phlébites post-opératoires récentes et profondes du membre inférieur.

A mon retour à Paris, je lis dans *La Presse Médicale* du 14 Avril 1945, une note de M. Servelle, intitulée « Phlébographie et oblitération dans les phlébites postopératoires » ayant trait à l'article que j'avais publié dans le même journal, le 17 Mars 1945, sous le titre rappelé en tête de cette correspondance. M. Servelle, faisant allusion à son travail sur la veinographie, me reproche d'avoir écrit : « A l'étranger, G. Bauer et Lindblom nous avaient précédé dans cette voie. Servelle a rapporté un exemple intéressant. » Je ne vois rien à modifier à cette assertion, car l'ouvrage de M. Servelle ne contient qu'un seul exemple de phlébographie pour *phlébite récente* (obs. XV). Encore cette malade ne futelle pas opérée. Une remarque du même ordre pourrait être faite à propos des travaux portugais que M. Servelle regrette de ne pas voir cités.

G. Olivier.

Livres Nouveaux

L'urémie, par MM. H. Chabanier et C. Lobo-Onell, Préface du Prof. Jean Tapie, 1 vol. de 98 pages (*G. Doin et Cie*, éditeurs, 8, place de l'Odéon), Paris, 1943.

Les hasards de l'exode ayant conduit M. Chabanier à Toulouse, il fut amené à exposer ses vues originales sur l'urémie dans des conférences faites dans le service du Prof. Tapie et devant les membres de la Société médicale de Pau, sous les auspices de laquelle a été publiée cette intéressante monographie, où l'on retrouve la substance de ces conférences.

Nous vivons tous actuellement sur la géniale description de Widal et sa distinction des trois grands syndromes azotémique, chlorurémique et hypertensif, qui répondent à trois grands types cliniques parfaitement individualisés. Depuis 1912, Chabanier et Lobo-Onell, dans de méthodiques et patientes recherches, se sont attachés à la révision de ces grands syndromes, dont, selon eux, seul le syndrome azotémique mérite d'être conservé dans l'urémie, encore que l'azotémie puisse être influencée par bien des facteurs extra-rénaux. On lira avec intérêt tous les développements de ce travail sur l'acidose rénale, le pH, l'abaissement de la réserve alcaline, et la conception des auteurs formulée dans leur théorie protéinique de l'urémie, dans laquelle l'insuffisance rénale ne joue qu'un rôle secondaire et contingent. Ce n'est pas sans intérêt qu'on verra également les rapprochements établis par les auteurs du coma urémique avec le coma hépatique et le coma diabétique, de l'urémie avec la maladie postopératoire. Toutes conceptions qui conduisent à des sanctions thérapeutiques, telles que la restriction des aliments azotés, l'introduction dans l'organisme d'une quantité suffisante d'hydrocarbonés, la rechloruration, qui dans certains cas fait merveille.

Cette monographie, pleine de vues originales et impossibles à analyser, mérite d'être lue avec soin, car elle apporte des orientations nouvelles, susceptibles de provoquer des recherches fécondes, génératrices de sanctions précieuses dans le domaine de la pratique médicale, sans toucher dans leur ensemble aux grands syndromes cliniques si magistralement individualisés par Widal.

L. Rivet.

Klinik und Behandlung der Azidose mit isotonischer Natriumbikarbonatlösung (L'acidose en clinique et son traitement par la solution isotonique de bicarbonate de soude), par E. Kirk (Copenhague). 1 vol., 263 pages (*E. Munskgard*, éditeur), Copenhague, 1944. — Prix : 18 couronnes.

Les états d'acidose sont d'une grande fréquence en clinique et multiple est leur étiologie. Un moyen excellent s'offre à nous pour les combattre : les perfusions de bicarbonate de soude en solution isotonique. E. Kirk désire que cette notion soit bien connue de tous les praticiens. Cette thérapeutique qu'il a introduite au Danemark en 1934 lui a permis, en effet, de sauver la vie de très nombreux malades. Après avoir exposé sobrement les signes cliniques et les causes de l'acidose, il en approfondit de façon minutieuse le traitement et donne des observations typiques, la plupart personnelles, des résultats que l'on peut obtenir au cours de diverses variétés d'acidose. Une description détaillée de la technique de la détermination de la teneur du plasma en bicarbonate termine cet ouvrage dont le caractère pratique est incontestable.

P.-L. Marie.

LA MÉDECINE A TRAVERS LE MONDE

Etats-Unis.

Les cas de maladies vénériennes parmi les troupes américaines occupant l'Allemagne ont augmenté de plus de 300 pour 100 de la première moitié d'Avril au 25 Mai 1945, nous apprend le journal *Stars and Strips.* De là sans doute les mesures restreignant la fraternisation.

Une nouvelle Pharmacopée dont les titres anglais précéderont les titres latins — contrairement aux précédentes — paraîtra à la fin de l'année.

La revision de la pharmacopée américaine est confiée à un comité dirigé par le Dr Fullerton Cook.

Pour remplacer les bocaux où sont conservées les pièces anatomiques des musées d'anatomie pathologique, MM. Sturmia et J. I. Herschey du Bryn Mawr Hospital (Pennsylvanie) préconisent l'emploi de matière plastique, transparente, analogue à celle employée dans l'aviation pour remplacer le verre. Les tissus qui y sont inclus conservent leurs formes indéfiniment et ce procédé permet l'économie de liquides conservateurs.

La question des porteurs de méningocoques, le cauchemar des médecins militaires, semble être résolue. Le taux de mortalité de la méningite cérébro-spinale est passé de 39,7 pour 100 à 3 pour 100 depuis l'introduction des sulfamidés. Une dose de 2 *g.* de sulfadiazine élimine tous les germes du nez et de la gorge pour une période de plusieurs semaines. Cette thérapeutique permet la prévention des épidémies de méningite cérébro-spinale en milieux militaires.

Grâce au Radar, les aveugles vont pouvoir bientôt se diriger sans accompagnateur. Des recherches sont en cours pour permettre l'utilisation de ce système de localisation radio-électrique. Un appareil, porté par l'aveugle, transformerait en sons audibles à l'aide d'une cellule photoélectrique les ondes électriques réfléchies par les obstacles, et le degré de tonalité indiquerait la distance de l'objet.

La mortalité par appendicite, si l'on en croit la Compagnie métropolitaine d'assurance sur la vie de New-York, a diminué de moitié au cours de ces quatre dernières années. Cette diminution de la mortalité serait due à la propagande faite auprès du public pour proscrire l'emploi de laxatifs en cas de symptômes aigus abdominaux et aussi à la recommandation de se faire hospitaliser au plus tôt. (*Medical Newsletters.*)

Deux chimistes suisses, Paul Laneger et Paul Muller dont les travaux ont contribué à mettre au point la poudre D. T. T., sont arrivés aux Etats-Unis — invités par le Gouvernement — où ils ont reçu l'accueil le plus enthousiaste.

(*Amer. J. of Obst. and Gyn.*, Janvier 1945.)

Sur les 2.500.000 *femmes qui accouchent annuellement aux Etats-Unis,* 1.000.000 environ n'ont pas reçu de soins hospitaliers pour leur accouchement. En 1942, 84 pour 100 des femmes habitant les villes et 45 pour 100 seulement de celles qui habitent les campagnes ont accouché dans les hôpitaux.

Le plan de développement hospitalier a prévu des maternités pour que tous les accouchements se fassent à l'hôpital. Actuellement les Etats-Unis comptent 2.500 accoucheurs, il en faudrait 10.000.

D'autre part, les hôpitaux privés ne suffisent pas pour réaliser ce programme, il faudra faire appel aux fonds de l'Etat pour construire les nouvelles maternités.

(*Amer. J. of Obst. and Gyn.*, Janvier 1945.)

Grande-Bretagne.

Nécessité des attachés médicaux.

Le *Medical World* attire l'attention sur la nécessité de créer des attachés médicaux auprès de toutes les ambassades et légations de la Grande-Bretagne en pays étranger. Diverses tentatives pour réaliser ce projet ont été faites auprès du Foreign Office, notamment en 1942. On faisait ressortir que les médecins anglais n'étaient pas assez au courant des pratiques sanitaires des autres pays et qu'il y aurait intérêt pour la Grande-Bretagne à placer auprès de ses ambassadeurs des attachés médicaux au même titre que les attachés militaires ou commerciaux.

Non seulement l'attaché médical servirait de lien permanent entre les conceptions médicales différentes et pourrait mettre au courant certains pays étrangers encore arriérés au point de vue sanitaire, mais encore il pourrait renseigner son gouvernement sur le développement de l'hygiène dans certains pays qui ont placé l'amélioration de la santé publique au premier rang de leurs préoccupations telles que la Suède et l'U. R. S. S. Le Foreign Office a refusé cette création. La France a intérêt à reprendre pour son propre compte ce projet, car les attachés culturels récemment créés sont bien loin de nos disciplines.

Harley street, où habitaient tant de médecins londoniens, a changé d'aspect. Cinquante-six de ses maisons ont été réquisitionnées pour les besoins des missions américaines et françaises.

Les étudiants et la nationalisation de la médecine.

La *British medical Student's Association* a adressé aux 8.000 étudiants en médecine anglais un questionnaire pour connaître leur opinion sur le « Livre Blanc où sont exposés les projets du gouvernement sur les nationalisations et notamment celle de la médecine ». Il n'y a eu que 2.588 réponses en raison des vacances sans doute. 49 pour 100 des étudiants étaient d'avis que les soins médicaux seraient améliorés à la campagne en appliquant la nationalisation, 36 pour 100 étaient d'avis contraire, 15 pour 100 n'avaient pas d'avis. En ce qui concerne le paiement des honoraires : 34 pour 100 préféraient la méthode du salaire, 53 pour 100 un salaire de base auquel s'ajouteraient des honoraires et 10 pour 100 seraient pour la rétribution exclusive par les honoraires. (*Times.*)

L'armée anglaise ne possède pas de corps d'*officiers pharmaciens.* Il existe seulement des « Sergeant-dispensers » qui reçoivent une instruction sommaire après leur incorporation. Pendant la guerre, les pharmaciens ont été enrôlés et employés en qualité de sergeant-dispensers sans pouvoir jamais obtenir le grade d'officier. *La Société de Pharmacie de Grande-Bretagne* a fait maintes démarches auprès du gouvernement pour faire cesser cet état de choses — elles ont toutes échoué.

Norvège.

L'Université d'Oslo vient d'ouvrir ses portes. Cette rentrée a revêtu une solennité particulière. Plus de 4.650 étudiants sont inscrits au lieu des 1.500 habituels. Le Danemark et la Suède ont invité de nombreux étudiants norvégiens. Le Polytechnicum de Zurich en recevra cette année 150.

Suisse.

Un premier convoi de tuberculeux de France est arrivé à Vallorbe au début du mois de Septembre. Il a été suivi quelques jours après d'un second convoi acheminé par Bâle.

La Suisse se propose d'accueillir au cours des deux années qui vont venir 4.000 malades environ provenant de Hollande, de Belgique, de France et d'Italie. Le séjour de ces malades provenant des régions éprouvées par la guerre n'est pas conçu comme un séjour de vacances, mais comme un traitement. Ils seront répartis dans les stations de Leysin, de Davos, de Montana et d'Arosa. Afin de ne pas trop surcharger le personnel médical et infirmier suisse, les pays d'origine des malades enverront des médecins assistants et des infirmiers.

U. R. S. S.

La Croix-Rouge américaine vient de faire don a l'Union Soviétique de 10 hôpitaux qui seront construits à Smolensk, Minsk, Kharkow, Sébastopol, Voronèje, Koursk, Stalingrad. Deux sanatoria seront créés dans les régions de Smolensk et de Minsk pour les partisans russes. C'est M. Harriman, ambassadeur des Etats-Unis à Moscou, qui a remis solennellement le premier de ces hôpitaux, édifié à Smolensk.

L'Académie des Sciences a été fondée en 1725 par Pierre le Grand. Elle groupe actuellement 145 membres. 200 membres correspondants et 4.000 savants affiliés. Elle dispose de 57 instituts de recherches, de 15 laboratoires de 15 musées et 35 stations expérimentales.

La Bibliothèque compte 10 millions de volumes et les Archives plus de 400.000 documents.

Au nombre des Instituts de l'Académie des Sciences, il faut citer l'Institut de Physique de Moscou, dirigé par Pierre Kapitza, l'Institut de Chimie physique de Moscou dirigé par Nicolas Semionov, l'Institut de Technique dirigé par Krzizanovoky et l'Observatoire de Pulkovo.

Il convient de mentionner spécialement l'Institut Pavlov, près de Leningrad, consacré aux activités nerveuses supérieures, dont les dimensions sont supérieures à celles de notre Institut Pasteur ; il est dirigé par Léon Orbeli. L'Institut de Physiologie de Moscou, dirigé par Mme Lina Stern et l'Institut Bach de Biochimie qui étudie les processus chimiques dans les organismes végétaux et animaux vivants.

Le président actuel de l'Académie des Sciences est le Prof. Vladimir Komarov, dont les travaux en botanique font autorité.

La lutte conte le trachome.

Le trachome est endémique dans la région de la Volga moyenne, de la Transcaucasie et des Républiques de l'Asie centrale. Grâce aux efforts du gouvernement, cette maladie est en recul. Actuellement 12.000 lits sont affectés aux maladies oculaires, 4.500 postes pour la prophylaxie du trachome ont été créés dans les villages qui ont donné, en 1943, 22 millions de consultations.

Allemagne.

Après la réouverture de l'Université d'Heidelberg, qui a eu lieu dès le 15 Août, celles de Bonn et de Göttingen ont repris en Septembre leur activité et celle de Kiel recommencera à fonctionner ce mois-ci.

INFORMATIONS

CONSEIL SUPÉRIEUR DES MÉDECINS

Troisième session 12-13 Octobre 1945

ORDONNANCE DU 24 SEPTEMBRE 1945.

Après une allocution de M. le Dr COUTELLA et le compte rendu du Dr PLICHET, le Conseil Supérieur a étudié l'ordonnance du 24 Septembre 1945 créant l'Ordre des Médecins. Un certain nombre de critiques ont été faites dont les principales sont les suivantes :

Article premier (indiquant les conditions d'inscription à l'Ordre des Médecins et en exemptant les médecins fonctionnaires). — Le Conseil supérieur a décidé de demander au ministre de la Santé de ne dispenser de l'inscription au tableau que les médecins fonctionnaires d'autorité et a émis un vœu qui a déjà été publié dans la Presse.

Art. 22. — Sans changement.

Art. 33 à 38. — Il n'est pas prévu de président pour le Conseil régional. La durée des fonctions des membres du Conseil régional n'est pas fixée. Il y aurait lieu d'adjoindre un conseiller juridique (magistrat ou avocat) et de spécifier que les décisions seront assurées par le Préfet et par le Procureur de la République concurremment avec le Conseil départemental et le Conseil régional intéressé.

Art. 40. — Le nombre des membres du Conseil supérieur est insuffisant. Fixé à 24 membres — dont 1 par région — le département de la Seine qui compte plus de 7.000 médecins, soit le quart de tous les médecins de France, n'a que 3 représentants, nombre trop restreint pour assurer la présence aux différentes Commissions et faire les démarches dont sont accablés les membres parisiens du Conseil de l'Ordre.

Toutes ces remarques et d'autres encore ont été transmises au ministère de la Santé.

Exercice de la médecine par les étrangers. — Après discussion d'un rapport du Dr MOUTIER sur l'exercice de la médecine par les médecins étrangers, le Conseil supérieur émet le vœu suivant :

« Le Conseil supérieur ayant l'assurance que cette ordonnance ne saurait s'appliquer qu'à un petit nombre de situations déjà acquises et non susceptibles d'augmenter ultérieurement,

Soucieux de maintenir à un niveau élevé la culture générale, la culture française et la culture médicale nécessaires à l'exercice de la médecine,

Parfaitement conscient de la reconnaissance due aux médecins et étudiants étrangers qui ont volontairement aidé à la libération du territoire : mais faisant remarquer que, restés chez eux, en pays alliés, certains d'entre eux auraient été astreints au service militaire,

Demande :

1° Que les facilités données par l'ordonnance du 8 Août 1945 soient limitées dans le temps et qu'une date soit fixée pour la cessation de son application ;

2° Que ces facilités ne soient accordées qu'après un contrôle extrêmement sévère des services militaires invoqués et leur soient strictement réservées ;

3° Que ces facilités ne soient accordées qu'après avis favorable d'une Commission comprenant des médecins du C. M. R. »

Caisse de solidarité du Corps médical. — Les services du Conseil de l'Ordre ont recensé les médecins décédés victimes des Allemands (fusillés, morts dans les camps de concentration) et 141 médecins victimes de la guerre (tués par le feu de l'ennemi ou par bombardements) ; 24 ont été blessés grièvement, 416 médecins ont été déportés, 355 ont été incarcérés, 759 médecins sinistrés totaux ont été secourus, 295 orphelins de père et 30 orphelins de père et de mère ont été recensés.

La Caisse de Solidarité a distribué depuis 1942 près de 11.500.000 fr., qui se décomposent de la façon suivante :

Sommes versées à 326 médecins alsaciens-lorrains	1.630.000 fr.
Sommes versées par les Conseils supérieur et national	2.346.000 fr.
Sommes versées par le Conseil supérieur en 1945	7.400.000 fr.

Le dernier appel fait en 1945 a donné pour les prêts d'honneur : 1.194.000 fr.

Ces sommes sont notoirement insuffisantes pour secourir efficacemnt les confrères qui ont perdu leur installation professionnelle et assurer l'instruction des orphelins comme leur père aurait souhaité le faire, aussi le Conseil supérieur fait-il encore un nouvel appel à la générosité des médecins.

Office de documentation et de remplacements. — Pendant le premier semestre 1945, cet Office a pu mettre à la disposition des médecins 130 postes médicaux, 119 situations administratives diverses, 149 demandes de remplacements.

Médecine aux Colonies. — M. DOURNEL fait un exposé sur la médecine aux Colonies et envisage des mesures à prendre pour permettre que l'exercice de la médecine libre ne soit pas réservée en fait aux médecins fonctionnaires et aux médecins de l'armée.

Réorganisation hospitalière. — M. OBERLIN expose la situation hospitalière (hôpitaux et personnel médical) qui résulterait de l'application stricte du décret du 17 Avril 1943. Ce décret doit subir des modifications par une nouvelle ordonnance en préparation au ministère de la Santé.

La discussion s'est poursuivie sur le projet de la nouvelle organisation de l'hôpital Beaujon. Les renseignements concernant cette organisation sont encore contradictoires, il est difficile pour le moment d'en apprécier toutes les conséquences. Mais toutefois il est à craindre, si certaines conditions ne sont pas remplies, que les intérêts légitimes des praticiens et spécialistes locaux aient à en souffrir. Cette opinion du Conseil supérieur a été transmise à la Santé.

Assurances sociales. — Le Dr DROUET qui, en même temps que le Dr CIBRIE, avait été désigné avant la reconstitution des syndicats pour représenter le Conseil supérieur des Assurances sociales, fait un rapport sur la première séance plénière de ce Conseil qui a eu lieu le 25 Juin 1945. A cette réunion fut exposé le projet de remaniement des Assurances sociales qu'un fonctionnaire du ministère du Travail a présenté comme un heureux acheminement vers la loi allemande des Assurances sociales.

Le Dr DROUET proteste contre l'entente entre Caisses et Syndicats médicaux telle qu'elle est incluse dans ce projet qui supprime en fait l'entente directe.

La retraite du médecin. — Le Dr VAUZANGES rend compte de ses nombreuses démarches pour la retraite. A sa deuxième session, fin Mai, le Conseil supérieur avait décidé à l'unanimité de créer une Caisse autonome de retraite, dirigée par un Conseil d'administration composé en grande majorité par les médecins, qui confiait ses fonds à la Caisse des dépôts et consignations. Dans le courant du mois de Juillet, un projet d'ordonnance ainsi qu'un exposé des motifs concernant cette retraite fut porté au ministère de la Santé qui l'accepta. Ce projet rédigé par le Conseil supérieur et accepté par la Confédération des Syndiats médicaux eut rapidement l'agrément du ministère du Travail. Mais le ministère des Finances y fit opposition ne voulant admettre ni le timbre-certificat, ni le caractère obligatoire.

Le Conseil supérieur a émis le vœu suivant :

« Des obstacles inattendus sont opposés au dernier moment à la parution de l'ordonnance concernant la retraite des médecins.

Le projet de cette ordonnance, rédigé par le Conseil supérieur, accepté par la Confédération des Syndicats médicaux, avait été présenté par le ministère de la Santé au ministère du Travail qui l'avait approuvé.

Devant ce retard, le Conseil supérieur est unanime à affirmer la ferme volonté de continuer les démarches pour faire aboutir un tel projet, ainsi que lui en donne le droit l'ordonnance du 11 Décembre 1944, droit qui est reconnu au Conseil national par l'ordonnance du 24 Septembre 1945. »

Depuis la réunion du Conseil supérieur, le 19 Octobre 1945 paraissait à l'*Officiel* une ordonnance signée du ministre des Finances créant une Caisse de retraite pour les journalistes où tous les articles de notre projet sont reproduits (prélèvement sur la vente des journaux au profit de la Caisse, obligation et même nécessité pour les journalistes d'abandonner leur contrat avec les Assurances privées). Le Conseil restreint a adressé immédiatement une lettre de protestation au ministère.

Dès la constitution du Gouvernement, le Conseil supérieur reprendra ses démarches et il a le ferme espoir, justement en raison de cette retraite des journalistes nouvellement instituée, de vaincre l'opposition incompréhensible du ministère des Finances.

CONSEIL RÉGIONAL DES MÉDECINS

(Région de Paris)

Le *Conseil de l'Ordre des Médecins de la région de Paris*, réuni dans sa séance du 28 Octobre 1945 :

A pris connaissance des assertions formulées dans certains journaux à l'encontre des médecins, les accusant en particulier de pratiquer ou de favoriser les avortements.

Chargé de l'honneur et de la discipline de la profession, gardien vigilant de la moralité professionnelle et chargé comme tel de la juridiction au sein de l'Ordre,

Proteste énergiquement contre les informations injurieuses données par certains journalistes en mal de copie, tendant à jeter le discrédit sur l'ensemble des praticiens de l'art médical.

Est prêt à apporter en justice les preuves de la fausseté des assertions émises, par l'énumération des peines encourues par les médecins.

Décide à l'unanimité de joindre sa protestation à celle émise par le Conseil supérieur de l'Ordre et à faire cause commune avec lui pour une action jointe en justice, s'il y a lieu.

ORDONNANCE DU 2 NOVEMBRE 1945

relative à

la protection maternelle et infantile

La mortalité infantile atteint actuellement en France des chiffres si alarmants que des mesures rigoureuses doivent être prises immédiatement pour l'enrayer.

Depuis 40 ans des efforts persévérants avaient fait tomber la mortalité infantile des enfants de moins d'un an de 15 à 6.5 pour 100 en 1938. Depuis cette date, la mortalité infantile a cessé de décroître et a même dangereusement remonté. Au début de 1945, dans certains secteurs, elle a même atteint le taux effrayant de 22 pour 100, soit presque le quart des naissances.

Conformément au Code de la Famille promulgué le 29 Juillet 1939, le décret du 3 Novembre 1939, complété par celui du 24 Avril 1940 avait institué un ensemble de mesures destinées à la protection de la maternité et de l'enfance. Elles ne furent malheureusement pas appliquées de 1940 à 1942, mais inspiraient l'acte dit loi du 16 Décembre 1942, relatif à la protection de la maternité et de l'enfance ; cet acte, toutefois, reste pratiquement lettre morte.

La question se pose donc de savoir s'il fallait valider l'acte dit loi du 16 Décembre 1942, remettre en vigueur le décret du 24 Avril ou promulguer une nouvelle loi.

Après de longues études, il a paru préférable d'élaborer un texte qui réunit les prescriptions essentielles du décret du 24 Avril 1940 et de l'acte dit loi du 16 Décembre 1942 et leur ajouter certaines dispositions techniques nouvelles.

La protection sanitaire et sociale des femmes enceintes et des mères, ainsi que celle des enfants n'ayant pas dépassé 2 ans révolus, dits enfants du premier âge, et de ceux de 3 à 5 ans révolus, dits enfants du second âge, est organisée dans les conditions fixées par la présente ordonnance. La protection médico-sociale maternelle et infantile est organisée dans le cadre départemental divisé en circonscriptions. La circonscription est pourvue d'un centre de protection maternelle et infantile et comprend des consultations de nourrissons et des consultations prénatales. Des consultations d'enfants du second âge seront également prévues.

Dans chaque département, le service de la protection maternelle et infantile, au point de vue médico-social et administratif, est confié, sous le contrôle de l'inspecteur régional de la Santé, au directeur départemental de la Santé.

Dans chaque région sanitaire, il est désigné un médecin consultant régional de pédiatrie, dont la mission est d'ordre exclusivement technique.

Avant le mariage, chacun des futurs époux devra présenter un certificat médical attestant qu'il a été examiné en vue du mariage. Le médecin portera particulièrement son attention sur les affections contagieuses ou chroniques susceptibles d'avoir des conséquences dangereuses pour le conjoint ou la descendance ; et il ne devra délivrer de certificat médical qu'une fois connu le résultat d'un examen radioscopique et éventuellement radiographique et d'un examen sérologique ; puis il communiquera ses constatations à l'intéressé et lui en signalera la portée.

Toute femme enceinte doit suivre les conseils d'hygiène et de prophylaxie et se prêter à trois examens au moins au cours de sa grossesse et à un examen post-natal dans le mois qui suit l'accouchement ; examens pratiqués soit par un médecin au choix de l'intéressée, soit par un médecin d'un centre de protection materoelle et infantile, soit par un médecin inscrit au service de l'assistance médicale gratuite.

Le premier examen qui se place avant la fin du 3e mois, est à la fois obstétrical et général ; il doit être effectué, ainsi que l'examen post-natal, par un médecin.

Quant aux enfants, ils seront l'objet d'une surveillance sanitaire préventive, exercée par les assistantes sociales, et si celles-ci remarquent, soit à la consultation des nourrissons, soit à l'occasion de la visite domiciliaire, que la santé de l'enfant est déficiente, la famille ou la personne à laquelle incombe la garde de l'enfant sera engagée à faire appel à un médecin.

De même, si l'enfant reçoit de mauvais traitements ou de mauvais exemples, le médecin chef du centre de protection maternelle et infantile de la circonscription intéressée et le directeur départemental de la Santé en seront immédiatement avertis.

Si un enfant tombe malade chez une nourrice ou une gardienne et que les parents n'aient pas fait le nécessaire pour qu'il reçoive les soins médicaux, il est admis d'urgence à l'assistance médicale gratuite. Enfin, tout enfant est pourvu d'un carnet de santé délivré gratuitement par le maire lors de la déclaration de la naissance.

On peut attendre de ces mesures l'abaissement massif de la mortalité infantile, et il y a lieu d'espérer que, dans les 2 ans qui suivront la promulgation de la loi, nous reviendrons aux chiffres de 1939 ; une application stricte du texte devrait même permettre d'abaisser ce taux à la moyenne normale pour un pays civilisé.

(*J. O.* du 5 Novembre 1945.)

Prix Osiris

Le Prix Osiris (100.000 fr.) est un prix triennal décerné par l'Institut de France. Il est destiné à récompenser la découverte ou l'œuvre la plus remarquable dans les sciences, dans les lettres, dans les arts, dans l'industrie, et, généralement, dans tout ce qui touche à l'intérêt public.

Un de ces prix a été décerné cette année au Prof. Charles Richet, au cours de la séance plénière de l'Institut.

Universités de Province

Faculté de Médecine de Bordeaux. — Le poste d'agrégé d'*histologie* (dernier titulaire : M. Lacoste, décédé), est déclaré vacant.

Faculté de Médecine de Lyon. — Un Certificat de Microbiologie et de Sérologie est institué, en remplacement des certificats de Microbiologie et de Bactériologie supprimés. L'enseignement sera dirigé par le professeur de clinique des maladies infectieuses et bactériologie, avec la collaboration du professeur d'Hygiène de la Faculté.

La durée de la scolarité est d'un trimestre au moins (totalité des droits : 1.550 fr.).

Le règlement du *diplôme d'hygiène* de la Faculté est modifié. Le diplôme sera obtenu après les études que sanctionne le certificat de Microbiologie et Sérologie auxquelles s'ajoutent les cours spéciaux d'hygiène et les travaux pratiques sanctionnés par un *certificat d'études d'hygiène*. Le diplôme est délivré après examen terminal aux élèves qui ont déjà obtenu les deux certificats indiqués.

Hôpitaux et Hospices

Un ***Cours de perfectionnement sur les nouveautés de Technique chirurgicale,*** réservé spécialement aux internes en chirurgie, sera fait par M. Moulonguet, professeur, à partir du 3 Décembre 1945.

Inscription gratuite au Laboratoire de la Chaire de Technique chirurgicale, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, à partir du 26 Novembre 1945.

Clinique nationale des Quinze-Vingts. — M. Dubois-Poulsen est nommé médecin ophtalmologiste en chef à la Clinique nationale des Quinze-Vingts, à compter du 17 Mai 1945.

Inspection de la Santé

Recrutement sur titres de médecins inspecteurs et médecins inspecteurs adjoints de la Santé. — A titre exceptionnel et jusqu'au 31 Décembre 1945, des nominations à titre temporaire de médecins inspecteurs et de médecins inspecteurs adjoints de la Santé pourront être effectuées sur le seul examen des titres. Ce délai est prorogé en faveur des prisonniers, déportés et militaires sous les drapeaux.

(*J. O.*, 28 Octobre 1945.)

Il pourra être procédé, dans les délais et conditions prévus par l'ordonnance du 22 Février 1945 et le décret ci-dessus, à la nomination sur titres de 19 médecins inspecteurs et de 33 médecins inspecteurs adjoints de la Santé. Le quart de ces vacances est réservé à des prisonniers de guerre, déportés ou militaires sous les drapeaux.

Les postulants devront, dans le délai d'un mois, à dater du 11 Novembre 1945, s'adresser au ministère de la Santé publique (direction du personnel, 2e bureau), 7, rue de Tilsitt, Paris-17e. (*J. O.*, 11 Novembre 1945.)

SANATORIUMS PUBLICS

Médecins phtisiologues des Services Publics

Sont nommés médecins phtisiologues des Services publics, et affectés aux établissements suivants :

— MM. Desjardin, Lepeuple, Robert et Gerbeu, mis à la disposition de la Croix-Rouge française, en vue de leur affectation au *sanatorium de Villiers-sur-Marne*, par Charly (Aisne).

— M. Massif, affecté au *dispensaire d'hygiène sociale de Nîmes.*

— M. Desbordes, affecté au *dispensaire d'hygiène sociale du Havre.*

— M. Delaruelle, affecté au *dispensaire d'hygiène sociale du Doubs.*

— M. Lambert, affecté au *dispensaire d'hygiène sociale de Rennes.*

— M. Perriol, affecté, à titre provisoire, en qualité de médecin adjoint, au *sanatorium d'Oissel* (Seine-Inférieure).

— Sont nommés médecins phtisiologues des Services publics et affectés en qualité de médecin adjoint :

— M. Albaret, affecté au *sanatorium de Bodille* (Côtes-du-Nord).

— M. Roche, affecté au *sanatorium de Felleries-Liessies* (Nord).

— M. Michalowski, affecté au *sanatorium Belligneux, à Hauteville* (Ain).

— MM. Pannequin, Leboulanger, Rollin et Sirot, affectés au *sanatorium départemental du Rhône, à Saint-Hilaire-du-Thouvet* (Isère).

— Mlle Debennot, affectée au *sanatorium de Trestel, à Saint-Hilaire-du-Thouvet* (Isère).

— M. Buret, affecté au *sanatorium interdépartemental de Saint-Gobain.*

— M. Le Pourhiet (Roger) et Mme Le Pourhiet (Mireille), affectés au *sanatorium de Ploujaouen* (Finistère).

— M. Ogel, affecté au *sanatorium des Tilleroyes* (Doubs).

— M. Pascor, affecté au *sanatorium de Lac-ou-Villers* (Doubs).

— M. Maresse, affecté au *sanatorium de Saint-Sever* (Calvados).

— M. Levrel, affecté au *sanatorium de la Chapelle-des-Pots* (Charente-Maritime).

— M. Arrighi de Casanova, affecté au *sanatorium de la Grau-du-Roi* (Gard).

— M. Depoire, médecin directeur au sanatorium du Petit-Arbois (Bouches-du-Rhône), a été affecté, en la même qualité, au *sanatorium François-Mercier, au Tronget* (Allier).

* * *

Recrutement sur titres des médecins des sanatoriums publics. — A titre exceptionnel et jusqu'au 31 Décembre 1945, des nominations à titre temporaire de médecin adjoint des sanatoriums publics pourront être effectuées sur le seul examen des titres. Ce délai est prorogé en faveur des prisonniers, des déportés et des militaires sous les drapeaux.

Les candidats doivent être titulaires du diplôme d'Etat et du certificat de phtisiologie et justifier de l'accomplissement d'un stage d'un an dans les services hospitaliers spécialisés, dans les sanatoriums et dans les dispensaires.

(*J. O.*, 28 Octobre 1945.)

Il pourra être procédé, à titre exceptionnel, à la *nomination sur titres de 9 médecins adjoints des sanatoriums publics*. Le quart de ces vacances est réservé à des prisonniers de guerre, déportés ou à des militaires sous les drapeaux.

Les postulants devront, dans le délai d'un mois, à compter du 11 Novembre 1945, s'adresser au ministère de la Santé publique, 7, rue de Tilsitt, Paris-17e.

(*J. O.*, 11 Novembre 1945.)

Centre National et Centres régionaux d'éducation sanitaire

— M. Lucien Viborel, conseiller technique sanitaire et secrétaire général de la Commission d'Education sanitaire du Conseil permanent d'Hygiène sociale, est désigné par le ministre de la Santé publique dans les fonctions de *directeur du Centre national d'Education sanitaire.*

* * *

Les Centres régionaux d'éducation sanitaire précédemment organisés par le ministre de la Santé publique, en vue de diffuser les notions essentielles d'hygiène et de prophylaxie, sont soumis aux règles suivantes :

Chaque Centre est dirigé par une personnalité désignée par le ministre et assisté d'un Comité de direction.

L'activité de ces Centres est coordonnée par un Centre national que dirige un délégué du ministre, assisté d'un Comité technique. Quant à la gestion du Centre national, elle est assurée par la Société française de Prophylaxie sanitaire et morale.

Dans chaque région une filiale de la Société française joue, vis-à-vis du Centre régional d'Education sanitaire, le même rôle que la Société elle-même vis-à-vis du Centre national. (*J. O.*, 7 Novembre 1945.)

Concours et places vacantes

Médecin des Hôpitaux de Paris. — Concours spécial pour 4 places : *Jury :* MM. Guillain, Touraine, Henyer, Gautier, Debray, Mme Bertrand-Fontaine, MM. Weissmann, Boltanski, Caroli. — Chirurgien : M. Charrier.

Chirurgien des Hôpitaux de Paris. — Concours spécial pour 1 place : *Jury :* MM. Toupet, Mondor, Rouhier, Gatellier, Thalheimer, Blondin. — Médecin : M. Lian.

Médecin chef des sanatoriums de l'Assistance publique. — A la suite du concours, M. Durel a été nommé médecin chef.

Caisse départementale des Assurances sociales de l'Aube. — Un poste de *médecin contrôleur chargé également du service de radiologie* de son contrôle médical est actuellement vacant.

Pour tous renseignements, s'adresser au Directeur de la Caisse primaire départementale de l'Aube, 56, boulevard du 14-Juillet, Troyes.

Maison de Santé du Gardien de la Paix. — Il est ouvert un concours pour 3 places d'interne. Les candidats doivent être de nationalité française, avoir 20 inscriptions, être externe des Hôpitaux d'une ville de Faculté. Inscriptions closes le 10 Décembre 1945. S'adresser au Secrétariat médical de la Maison de Santé du Gardien de la Paix, 35, boulevard Saint-Marcel, Paris, les lundis, jeudis et samedis, dans l'après-midi.

Nouvelles diverses

Cérémonie religieuse à la mémoire du Prof. Lévy-Valensi. — Le docteur et Madame Pierre Klotz, M. et Madame Louis Cournot, Mademoiselle Gilberte Lévy-Valensi ont la douleur de vous faire part du décès du docteur Lévy-Valensi, leur père et beau-père, professeur de clinique des maladies mentales, médecin des Hôpitaux de Paris, officier de la Légion d'honneur, Croix de guerre, mort pour la France, assassiné par les Allemands à Auschwitz.

Une *cérémonie religieuse* aura lieu le mercredi 28 Novembre, à 17 h. 30, au Temple israélite, 44, rue de la Victoire. Cet avis tient lieu de faire part.

Envoi d'enfants de médecins en Suisse. — Grâce à l'initiative du Dr d'Ernst, de Genève, a été fondée en Suisse l'*Aide aux Enfants de Médecins victimes de la guerre* qui a pour but de recevoir pour 3 mois, dans des familles de médecins suisses, 150 enfants de médecins français, non malades mais fatigués et ayant besoin d'une bonne nourriture. Les convois se rendant en Suisse sont organisés par la Croix-Rouge suisse.

Les demandes sont centralisées par Mme Maurice Fabre, membre du Conseil d'administration de la Société de Secours aux Femmes et Enfants de Médecins (F.E.M.), 1, rue Jules-Lefebvre, Paris 9e.

Syndicat national des Chirurgiens français. — A la suite de l'Assemblée générale du 10 Octobre 1945, le *Conseil d'administration* du Syndicat national des Chirurgiens français est ainsi composé : *Président d'honneur*, M. le Prof. Marquis (Rennes) ; *Président*, M. le Prof. Leveuf (Paris) ; *Vice-présidents*, MM. Denicker (Paris), Planson (Paris), Laffitte (Niort) ; *Secrétaire général*, M. Beugouignan (Evreux) ; *Secrétaire adjoint*, M. Menegaux (Paris) ; *Trésorier*, M. Masmonteil (Paris). *Membres du Conseil :* MM. Ameline (Paris), Baranger (Le Mans), R. Bureau (Nantes), Delmas (Agen), Jeanbrau (Montpellier), Lamare (Saint-Germain), Luzuy (Blois), Métivet (Paris), Picard (Douai), Pouliquen (Brest), Piollet (Clermont-Ferrand), Woimant (Compiègne).

Société française d'Anesthésie et d'Analgésie. — L'Assemblée générale de la Société s'est réunie le 30 Octobre, elle a décidé de reprendre les séances et la publication de la Revue *Anesthésie et Analgésie* en 1946. Une Assemblée générale extraordinaire aura lieu le jeudi 17 Janvier 1946. Au cours de cette assemblée il sera procédé à l'élection du Comité de Direction (14 places vacantes de membre titulaire).

Lettres de candidature, *avant le* 10 *Décembre*, à M. Jacquot, 18, avenue de Versailles, Paris-16e. Election le 17 Janvier.

Fédération nationale de la mutualité et de la coopération agricoles. — En Mars dernier s'est constitué, à la Faculté de Médecine de Paris, un *Centre interprofessionnel d'Etudes rurales* qui se propose d'étendre les connaissances de ceux qui se proposent de vivre et travailler à la campagne et de les mieux préparer au métier qu'ils ont ainsi choisi. Ce Centre, animé par M. Joannon, professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine, M. Letard, professeur d'Economie rurale à l'Ecole nationale vétérinaire d'Alfort et un certain nombre d'autres personnalités, groupe surtout des étudiants en médecine, des élèves de l'Ecole d'Alfort, des architectes, des ingénieurs agronomes, ingénieurs agricoles, institutrices, assistantes sociales, etc.

Le 12 Juillet, le sujet choisi pour être examiné en commun était la coopération agricole.

Tribunal pour enfants de Corbeil. — M. le Dr Jean de Chabert est désigné pour exercer, jusqu'au 1er Octobre 1947, les fonctions d'*assesseur suppléant.*

Syndicat des Médecins de l'Indre. — Bureau : *Président*, M. de Lauleire (Issoudun) ; *Vice-présidents*, M. Robert (Issoudun), M. Calas (Azay-le-Ferron) ; *Secrétaire*, M. Merlin (Châteauroux) ; *Secrétaire adjoint*, M. Cauvy (Le Blanc) ; *Trésorier*, M. Foltzer (Châteauroux) ; *Trésorier adjoint*, M. Fontaine (Aigurande).

Secrétariat : 4, rue de la République, Châteauroux.

Corps de Santé. — Nous apprenons que le Dr Muraz, ancien directeur des Services de Lutte contre la Maladie du sommeil en A.E.F. (1928-1932) et A.O.F. (1939-1942) a été nommé *Médecin général* par décret du 5 Novembre 1945.

Distinctions honorifiques

LÉGION D'HONNEUR

— M. Roussy, recteur de l'Université de Paris, a été nommé parmi les *membres du Conseil de l'Ordre national de la Légion d'honneur.*

(*J. O.*, 15 Novembre 1945.)

CITATIONS A L'ORDRE DE L'ARMÉE

Médecin commandant J. Helfft, N...e bataillon médical. Médecin capitaine A. Soumaire, N...e bataillon médical. — Médecin sous-lieutenant M. Tournoul, N...e bataillon de choc.

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES

Médaille d'or (à titre posthume.) : Médecin capitaine H.-R. Gauthier, II. C. 425.

Médaille de bronze : Médecin capitaine de réserve O. Corazzini. — Médecin lieutenant G. Gelin. — Les médecins polonais I. Borkier et I. Alt (sanitaires au stalag XI A).

Nos Échos

Naissances.

— Le docteur et Madame Georges DAUBAIL sont heureux d'annoncer la naissance de leur second enfant *Marc* (Paris, 28 Octobre 1945).

— Le docteur et Madame Jean-Baptiste PÉRORIN sont heureux de faire part de la naissance de leur fils *Gérard* (Saint-Germain-la-Ville, Marne, 4 Novembre 1945).

— Madame et le docteur PERRUCHO, médecin de 1re classe de la Marine, médecin résident à l'Hôpital Sainte-Anne de Toulon, sont heureux de faire part de la naissance de leur second fils *Christian* (Toulon).

— Jeanne, Denise, Louis, Hélène, Suzanne et Odile FRIEZ ont la joie d'annoncer la naissance de leur petit frère *Henri-Charles* (Docteur et Madame FRIEZ, 42, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris-6e, 28 Septembre 1945).

— Annie CAMPAGNIE est heureuse d'annoncer la naissance de son petit frère *Daniel* (Docteur et Madame CAMPAGNIE-COEZ, 43, avenue Bailly-Ducroquet, Lambersart, 29 Octobre 1945).

— Marie-Claire, Michèle, Philippe, Gilles et Florence PICARD sont heureux de faire part de la naissance de leur petit frère *Jean-Loup* (Docteur PICARD, chirurgien, à Semur (Côte-d'Or), 5 Novembre 1945).

— Antoine CANET a la joie de faire part de la naissance de sa petite sœur *Roselyne* (petite-fille du docteur CLOITRE, Quimper, 4 Novembre 1945).

Mariage.

— Nous apprenons le mariage du docteur Raymond DIMEN avec Mademoiselle Andrée AUBLETTE (Tunis, 0, rue de Bordeaux, 27 Septembre 1945).

Décès.

— On annonce le décès du docteur Pierre REYT, médecin suppléant des Hôpitaux, professeur suppléant à l'École de Médecine, survenu à Nantes le 1er Novembre 1945.

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

Les Petites Annonces dans LA PRESSE MÉDICALE *sont acceptées sous réserve d'un contrôle extrêmement sérieux. Aucune annonce commerciale n'est acceptée.*

Prix : 30 fr. la ligne (20 fr. pour les abonnés).

CHIRURGIEN A.I.H.P., très au courant clientèle, cherche remplacement. Ecr. *P. M.*, n° 202.

FEMME DE MEDECIN, sinistrée, au cour. représent. médicale, ch. Labo à Paris Ecr. *P. M.*, n° 348.

ETUDIANT, médec., 6e année, ch. travail médical ou paramédical Paris. Ecr. *P. M.*, n° 351.

DAME, honorabilité parfaite, dés. empl. ch. Docteur pr récept. clientèle et téléph. Ecr. *P. M.*, n° 388.

SAONE-ET-LOIRE, à vendre d'urgence grosse clientèle ch.-lieu de canton, proximité ville, maison confort. Pour renseignements s'adres. au Dr Perrin, chirurgien, 3, rue Thiard, Chalon-sur-Saône.

HOPITAL BAR-SUR-AUBE rech. 1 infirmière surveil. diplômée 3e classe pour serv. chir. S'adr. au Directeur-Econome.

CLINIQUE chir. Paris dem. 1 inf. con. anesth. et trav. sal. opér. S.P.M.O., 3, r. de Lisbonne, Paris. Visa O.R.T., n° 15.856.

CHIRURGIEN A.I.P.H. ch. poste zone sud ou colonies préf., création, success. ou associat. Ecr. *P. M.*, n° 206.

PHARMACIEN, 32 a., célib., libre déb. 46, ch. gérance ou aider confr. âgé, av. poss. success. Ecr. *P. M.*, n° 432.

A CÉDER bonne clientèle oculiste exerçant seul, important arrondiss. sud-ouest, av. tous appareils et matériel modernes. Ecr. d'urgence : Touzet, 110, rue des Remparts, Bordeaux.

J. F. 16 ans, ch. empl. conditionneuse dans Labo. Référ. : Centre de Récupération des Emballages Pharmaceut. Ecr. *P. M.*, n° 459.

ETUDIANT, 11 inscript., démobilisé, ferait piqûres ou travail pr médecin ou cliniques. Ecr. *P. M.*, n° 465.

INFIRMIERE d'Electro-radiol. dem. situation. S'adresser Mme Pay, 21, rue Truffaut, Paris.

A VENDRE microscope Zeiss, binoculaire, état de neuf. S'adresser : 18, rue Weber, Paris (16e).

Jne MEDECIN échangerait 2 pièces tt conf. XVe arrt, contre apparlem. plus grand en vue d'installation Paris, av. ou sans reprise. Tél. Ség. 55-51.

INFIRMIERE C.-R. Fse, ch. pl. ch. Dr ou dentiste. Ecr. *P. M.*, n° 472.

A VENDRE instruments obstétr. et chirurgie, excell. état, bistouri abs. neuf. Ecr. *P. M.*, n° 474.

Dr DESIRE ECHANGER appart. 6 p. Champ-Mars, contre appart. 2 p., 6e, 7e arrt de préfér. Ecr. *P. M.*, n° 486.

BON POSTE Yeux, O.R.L., sud-est à céder ou échanger. Ecr. *P. M.*, n° 487.

VISITEUR MEDICAL, référ. 1er ordre, tr. introduit médec., hôpit. rég. ouest, rech. 2e Labo. Ecr. *P. M.*, n° 490.

A VENDRE microsc. Zeiss, nf, binoc. régl. microm., etc. Best, 26, rue Pressoir, MEN. 48-90.

PARIS, Champ-de-Mars : Dr offre app. tt conf. (un beau 1er ét. 5-6 p. sur gr. avenue tramp., conven. parf. clientèle méd., et au 1er ét., 2 p., s. d. b., cuis., ds imm. moderne) en échange un seul très bel app. luxe, 6-8 p. av. soleil, vue, ds 16e, 7e, 8e, Neuilly. Tél. Inv. 67-50 ou écr. *P. M.*, n° 495.

CONSEIL PUBLICITE de plus. Labor., Dr en médec., licencié en droit, organiser. et diriger, publicité de Labo de toute importance. Ecr. *P. M.*, n° 498.

MEDECIN dipl. de Puériculture de Paris, ch. assistance médic. apr.-midi Paris ou proche banl. Ecr. *P. M.*, n° 507.

A CEDER immédiatement poste médical Provence, 300.000, plus propharmac. situé agréabl., belle maison av. bail. Ecr. *P. M.*, n° 516.

TRES GROSSE CLIENTELE ville et campagne à céder, 50 km. de Paris. Ecr. *P. M.*, n° 523.

A VENDRE Labo 2 ch. et bur., à Metz, au-dess. pharm. mat. mod. (1938), Phot. Vernes, micr.-centr. él. autoc., etc., verrerie. Ecr. *P. M.*, n° 525.

CHERCHE poste phtisiologie province. Ecr. *P. M.*, n° 528.

ACHETERAIS poste scopie-graphie, b. ét. de marche. Ecr. *P. M.*, n° 529.

PROSPECTEUR MEDICAL sér. réf., visitant mille docteurs et sage-femme, rég. Marseille et départ. limitroph. rech. Labo. Ecr. J. Gervais, 1, pl. Gabriel-Péri, Marseille (B.-d.-R).

Jne MEDECIN, anc. ext. hôp., ex-assist. sana, dipl. Phtysio et Cardio, bien au cour. client., fer. rempl. ou assister. confr. urch. trav. Ecr. *P. M.*, n° 531.

Jne FILLE, 21 a., ancienne affec. osseuse, non tubercul., ch. ds sanat. ou mais. santé, montagne ou Midi, petite situat. infirm. ou trav. assis. Faire offre : Mlle Lelandais, chez M. Grappin, 26, avenue Foch, Colombes (Seine-et-Oise).

Jne MED. Fac. Méd. Paris, gr. habit. clientèle, désire reprendre cabinet banl. ou gde banl. paris. Effectuerait remplacem. en v. success. Tél. JAS. 84-18 ou écr. *P. M.*, n° 535.

A CEDER ds agréable préfect. Midi, anc. Labor. analys. médic., plein rend., av. matér. compl. Pressé. Ecr. *P. M.*, n° 536.

URGENT. Chirurgien arriv. Paris ch. appart. ou cab. consult., accepte partager av. confr. ou autres. Ecr. Labor., Analyses, 7t, r. de la Tour ou téléph. de 2 h. à 7 h. TRO. 41-81.

MEDECIN démobilisé, 32 a., ch. pl. assistant ou rempl. de lgue durée, de préf. ds la rég. lyonnaise. Ecr. *P. M.*, n° 541.

CHIRURGIEN cherche poste assistant ou clientèle chirurgicale, 25 an. expérience. Ecr. *P. M.*, n° 546.

CHIRURGIEN A.I.H.L., bonnes référ., ch. pl. assistant ou associé ds clin. privée. Fer. remplacem. Ecr. *P. M.*, n° 548.

ACHETE microscope Dumège, d'occasion Ecr. *P. M.*, n° 550.

A VENDRE microscope avec coffret oc. 2.5.8, obj. 2.5. 1/2, immers., platine ronde mobile, condensat. Ecr. *P. M.*, n° 554.

FEMME MEDECIN cherche occupat. Paris ou banl. Ecr. *P. M.*, n° 558.

BON POSTE à céder, ch.-lieu de canton, rég. Sud-Est, 11 km. de ville. Ecr. *P. M.*, n° 563.

SECRETAIRE expériment., 7 a. même Labo, ch. situat. stable domaine médico-social. Urgent. Ecr. *P. M.*, n° 561.

EXTERNE PARIS, 24 inscript., marié, ch. aide-chirurg., anesthésies, insufflation, création pneumo, tout travail médical. Ecr. *P. M.*, n° 569.

INFIRMIER, longue expérience, bonnes référ., ch. pl. Clinique ou assistant docteur. Ecr. *P. M.*, n° 570.

RECHERCHONS spécialités pharmaceutiques ayant visa. Faire offre à C.I.P., 28, bd Haussmann, Paris, qui transmettra.

LABO rech. pour prod. de prescrip. méd., visiteurs ay. maximum 2 Labo pour les rég. suiv. : 1° rég. Centre (Allier, Puy-de-Dôme, etc.) ; 2° rég. lyonnaise (Rhône, Isère, Ardèche, etc.) ; 3° rég. Sud-Est (A.-Mmes, Var, etc.) ; 4° rég. Est (sauf Haut-Rhin, Bas-Rhin et Moselle) ; 5° rég. Nord-Est (Oise, S.-et-M., Marne, Ardennes, etc.). Ecr. S.P.M.O., Paris, 2 *bis*, rue de la Jussienne. Visa n° 10.191.

MEDECIN, 34 a., ch. remplacements apr.-midi, soirées, méd. génér., accou., Paris ou envir. Ecr. *P. M.*, n° 579.

MEDECIN, marié, 2 enf., sinistré total, démobilis., ay. appartem. habitat. et voit., ch. remplacem., lgue durée, ou assist. ou associat. Paris ou tr. proche banl. Ecr. *P. M.*, n° 588.

Jne FEMME médecin, habit. Paris, dipl. médec. industrielle, aiderait médec. Paris ou banl. proche. Ecr. *P. M.*, n° 589.

CEDERAIS clientèle Y.O.R.L. Sud-Ouest. Ecr. *P. M.*, n° 592.

ACHETE appareil radioscopie portatif. Ecr. *P. M.*, n° 597.

FEMME MEDECIN, ex-interne ou ex-externe des hôp. de Paris demandée en vue de remplacem. de lgue durée, av. possibil. de success. d'un excell. poste ds ville industrielle du Gard. Ecr. *P. M.*, n° 600.

A VENDRE : grand microscope de recherches Zeiss, mono mouvem. micrométrique, revolver à 3, sous platine tournante, platine et chariot mobile, condensat. Abbé, diaph. excentrable. Optique Zeiss. 3 objectifs dont 1/12 immers. Ocul. 1-I. Tél. CARnot 30-66 ou écr. *P. M.*, n° 602

VENDS micro Sofrindo (1940), obj. 2, 4, 7, 1/15, 2 ocul., condens., coffret. Ecr. *P. M.*, n° 617.

INDIQUERAIS clientèle propharmacie à reprendre dans l'Yonne, sans indemnité. Ecr. *P. M.*, n° 618.

A VENDRE, cause dble empl., appareil diathermie Waller M V 14 neuf, coagulat. bistouri électr. Ecr. *P. M.*, n° 619.

RECHERCHONS visiteurs médic. sér. et actifs représentant déjà 1 Labo (ou 2 au max.) pr rég. suivantes : 1° Nord, Pas-de-Calais ; 2° Alsace. Ecr. S.P.M.O., Paris, 2 *bis*, r. de la Jussienne. Visa, n° 10.263.

A CEDER poste, chef-l. de c., Centre, radio U. V. logement agréable, chasse, pêche. Ecr. *P. M.*, n° 621.

ELECTRO-RADIOLOG. célibat., certif. Fac. Méd. Paris. ch. occupat. ds clin. Paris ou proche banl. Ecr. *P. M.*, n° 622.

URGENT. à céder important poste médic., chef-l. de c., 18 km. Préfecture. Rég. Sud-Ouest. Prix à débattre. Ecr. *P. M.*, n° 623.

CHERCHE appareil U. V. petit modèle. Ecr. *P. M.*, n° 624.

PEDICURE, dipl. de l'Ecole Peytoureaux, méth. chinoise, ch. pl. stable Paris ou prov. J. Morgnu, 51 r. de la Mairie, Vanves (Seine). Téléph. Michelet 37-80.

POSTE MEDICAL à céder dans l'Aude, à 20 km. Carcassonne. Seul médecin. Rapport intéress. cond. avant. Ecr. *P. M.*, n° 626.

MEDECIN habitude clientèle dem. remplacem. ou aide O.R.L. à Paris pour après-midi. Ecr. *P. M.*, n° 627.

VENDS Simca 3 C.V. Lamiral. Téléph. 7 Neauphle-Château.

Ex-DIRECT. Publicité médicale offre collabor. à Labos p. lancement ou rappel spécialités. Plan de campagne : organis. Visites, relances, etc. Ecr. *P. M.*, n° 629.

SAGE-FEMME, disposant capitaux, ch. à reprendre Paris, clientèle ou petite clinique. Ecr. *P. M.*, n° 630.

A VENDRE piano droit Erard palissandre. Yeu, 4t, av. Florentine, Colombes. CHA. 32-30.

ECHANGERAIS poste rural, Centre, climat agréable, contre poste méd. génér. ville du Nord. Ecr. *P. M.*, n° 632.

FEMME PHARMACIEN, 30 a., sér. garanties, ch. situat. Paris av. ou sans utilisat. diplôme. Ecr. *P. M.*, n° 633.

SECRETAIRE, assistante médicale, puériculture, dactylo, ch. empl. médic. ou para-médic. Ecr. *P. M.*, n° 634.

ORGANISME NOUVEAU ayant réseau Agents 1er ordre France et Afrique du Nord, rech. Labo. désirant développ. ventes par représentat. médicale et pharmaceutique. Conditions avantageuses. Ecr. *P. M.*, n° 635.

Dr. MEDECINE Univ. Paris et Londres sach. bien anglais ch. empl. traduct. médic. ou fonct. analog Ecr. *P. M.*, n° 636.

Jne FEMME de médec. tr. act. ch. pl. méd. pr seconder cons. clientèle, téléph. sachant conduire. Ecr. *P. M.*, n° 637.

ACHETERAIS générateur radiothérapie 200 kilovolts ou bobine haute tension Gaiffe, n° 3, ou installation radiothérapie pénétrante. Dr Nicolle, 12, r. Camille Lenoir, Reims.

IMPORTANT LABO PARISIEN dem. visiteur médical exclusif ou ne représentant qu'une Maison pour les régions : Bordelaise, Normande, Bretagne, Marseillaise. Ecr. *P. M.*, n° 639.

APPARTEMENT 3 p. tt. conf., sud-ouest Paris, à échanger contre ap. 6 p. env. Paris ou banl. proche, av. ou s. clientèle. Ecr. *P. M.*, n° 640.

GROUPE ORGANISE visitant Méd. et Pharm. de la Seine s'adjoindrait 1 ou 2 prod. Possibilité p. Labos Province d'avoir Dépôt à Paris. Ecr. *P. M.*, n° 641.

Jne FEMME dem. sit. clin., économ., secrétar., personnel ou direct. Paris ou banl., lgnes référ. Ecr. *P. M.*, n° 642.

ELECTRO-RADIOLOGISTE, déporté politique, cherche place d'assistant chez radiologiste. Ecr. *P. M.*, n° 643.

UN CHIRURGIEN est demandé pour les Mines de Colomb-Béchar. S'adres. au Dr Desoille, Institut d'Hygiène Industrielle, 2, place Mazas, à Paris, DID. 42-55.

VISITEURS MEDICAUX dés. s'adj. un prod. de gr. prescrip. médicale adm. par l'A. P. pour : 1° Oise, 2° départs de l'Est, 3° départs Sud-Ouest. Ecr. S.P.M.O., Paris, 2 *bis*, r. de la Jussienne. Visa n° 10.189.

INFIRMIER démobilisé cherche emploi province, clinique ou maison de santé. Ecr. *P. M.*, n° 646.

MANIPULATEUR RADIOLOGIE, 37 a. ; 11 a. prat. réf., cherche place rég. parisienne préfér. Ecr. *P. M.*, n° 647.

Dr., 30 a., anc. int. hôp. prov., prat. gynécol., accouchem., libre dès midi, ch. pl. clinique accouchem. Paris, assist. ou succes. préfér. médec. accouch. Ecr. *P. M.*, n° 648.

ECH. lux. appt., état neuf, 4 p., c., s. de b., tél. au bois, contre 2 petits appts. ou un seul si très conf. Ecr. *P. M.*, n° 649.

INFIRMIERE retraitée ch. empl. aupr. médecin ou Clin. pr réception et secrétariat. Ecr. P. M. no 650.

ETUDIANT médec. 4e ann., externe, fer. piqûres, ponctions anesthés. etc. pr Dr ou Labo. Ecr. *P. M.*, n° 652.

EXTERNE DE PARIS, blessé de guerre, en fin de scolarité, ch. aider confr. surchargé Paris ou banl. Ecr. *P. M.*, n° 655.

INFIRMIERE dipl. d'Etat ch. poste ds clinique Paris ou banl., préfér. salle d'opérat. Ecr. *P. M.*, n° 656.

APPARTEMENT 6 p. tt conf., rue Maubeuge, conven. à chirurgien ou spécialiste à échanger contre appart. 4 à 6 p. 16e, 17e, 8e arrt. Tél. JAS. 13-33, heures des repas.

SPECIALISTE Electro-Radiologie, assist. hôp. Paris, rech. collaboration ou success. d'un Cabinet important. Poss. capitaux. Ecr. *P. M.*, n° 658.

RECHERCHONS ds tte la France représentants-visiteurs médic. à la commission, pouv. représenter une importante mais. parisien. de vente en exclusivité d'appareils électro-médic. nouv. et répondant aux besoins immédiats de la client. médic. et dentaire. Condit. intéress. Ecr. S.P.M.O., Paris, 2 *bis*, r. de la Jussienne gér. Visa n° 10.265.

MEN. exp. p. fournir réf. et caut. ch. clin. acc. ou cab. S.-femme. Rég. Sud-Ouest. Ecr. M. Deschamp, 14, r. Carnot, Rueil-Malmaison (S.-et-O.).

CHIRURGIEN expérim. connais. bien radio cherche succ., assoc. ou remplacem. Ecr. *P. M.*, n° 601.

AVIS — Prière de joindre aux réponses un timbre de 2 francs pour transmission des lettres.

Le gérant : F. THOMAS.

Imprimé par l'Ancne Imprimerie de la Cour d'Appel, 1, rue Cassette, à Paris (France).

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées aux Périodiques, la Direction scientifique de La Presse Médicale *a dû fixer à 4 colonnes maximum l'étendue des mémoires originaux. Tout manuscrit dépassant cette étendue sera retourné à son auteur.*

AGRANULOCYTOSE CHRONIQUE

CHEZ UN RADIOLOGISTE

Par **Charles AUBERTIN**

(Paris)

Nous rapportons ici le premier cas d'agranulocytose observé chez un radiologiste, agranulocytose pour laquelle aucune autre étiologie que la profession du malade ne peut être invoquée. Cette agranulocytose présente une particularité assez spéciale : son évolution prolongée, dont nous aurons à discuter les causes.

Le Docteur X..., âgé de 62 ans, pratique la radiologie depuis 1908. Pendant la guerre de 1914 il a tout le temps été mobilisé comme radiologiste et a fait particulièrement de la radioscopie d'une manière intensive avec des moyens de protection très insuffisants ; depuis de longues années il fait à la fois radioscopie, radiographie, radiothérapie et radiumthérapie. A noter qu'en Juin 1940, il a quitté Paris en voiture, emmenant sur lui, une certaine quantité de radium.

A plusieurs reprises, ces dernières années, il s'est senti fatigué, et depuis les derniers mois de 1942 il est particulièrement asthénique. Malgré cette fatigue, ses derniers examens hématologiques, bien que révélant une certaine neutropénie, sont relativement favorables :

En Juin 1942, les hématies sont à 4.500.000, l'hémoglobine à 95 pour 100, les leucocytes à 5.200, les polynucléaires à 49 pour 100, les éosinophiles à 2 pour 100, les lymphocytes à 48 pour 100, les monocytes à 1 pour 100.

En décembre 1942, 4.500.000 hématies avec 85 pour 100 d'hémoglobine, 5.200 leucocytes, 42 polynucléaires, 54 lymphocytes, 4 monocytes.

Soit 2.548 neutrophiles en Juin et 2.184 en Décembre. Nous ignorons les chiffres exacts des examens hématologiques antérieurs, mais il nous a dit lui-même qu'ils avaient toujours paru satisfaisants.

En Janvier 1943, l'asthénie devient extrême et de violentes douleurs thoraciques viennent s'y ajouter, l'obligeant à prendre le lit le 30 Janvier. Il compare les douleurs à des algies musculaires siégeant en particulier dans les pectoraux et les autres muscles des régions antérieure et latérale du thorax : cependant la pression et la malaxation des muscles ne sont pas douloureuses et il n'y a pas de troubles objectifs de la sensibilité cutanée non plus que de douleurs osseuses à la pression.

Mais, plus que les phénomènes douloureux, ce sont l'asthénie et la pâleur qui attirent l'attention : cette pâleur est très marquée, blafarde, un peu jaunâtre ; les muqueuses sont peu décolorées ; le pannicule adipeux est conservé. la température est normale et, malgré l'asthénie, le malade a conservé son appétit et se nourrit assez bien ; mais il reste continuellement étendu sur son lit et ne peut s'asseoir seul, tant à cause de l'asthénie qu'à cause des douleurs.

Le cœur est normal, sans souffle anémique ; il n'y a pas non plus de souffle jugulaire ; le pouls est régulier à 60-70 ; la tension à 12-7, puis à 11-7 ; les poumons sont normaux à l'auscultation, mais il y a parfois une légère dyspnée ; le foie et la rate sont normaux, il n'y a pas d'hypertrophies ganglionnaires : on ne trouve pas d'œdèmes, les urines sont normales, et on ne trouve aucun signe objectif du côté neurologique.

L'examen du sang fait le 4 Février 1943, donna le résultat suivant :

4.400.000 hématies avec 65 pour 100 d'hémoglobine (V. G. : 0,73) : 4.600 leucocytes avec 18 pour 100 de polynucléaires neutrophiles dont 9 pour 100 à noyau mal segmenté ; pas d'éosinophiles, de mastleucocytes, ni de monocytes ; 82 lymphocytes et mononucléaires ; pas de myélocytes ni d'autres cellules jeunes.

Il existait donc une neutropénie importante (828 polynucléaires contre 2.184 en Décembre) sans anémie notable ni syndrome hémorragique. Cet état sanguin, joint à l'asthénie extrême et à la gravité de l'état général, nous fit porter le diagnostic d'agranulocytose au début, ou tout au moins de neutropénie sévère, et commencer immédiatement un traitement par les transfusions sanguines hebdomadaires, les pentanucléotides, les injections d'extrait hépatique.

Cependant il n'y avait, et il n'y eut jamais par la suite, ni angine, ni ulcérations bucco-pharyngées, ni autre lésion des muqueuses, ni altérations cutanées.

Malgré l'absence de tout syndrome hémorragique, il existait des troubles de la coagulation : temps de saignement raccourci (une minute), coagulation retardée (vingt-deux minutes sur lame, vingt à vingt-cinq minutes en tube avec coagulation très fortement plasmatique et caillot irrétractile), diminution des plaquettes à 72.000.

L'azotémie était de 0,53 (azote non protéique : 0,42), les albumines du sérum à 53,71 par litre dont 41,85 de sérine et 11,86 de globulines. Lipides : 11,94 ; cholestérol : 2,14.

Cependant l'intensité des douleurs thoraciques et lombaires nous fit envisager à Henri Schaeffer et à nous, l'hypothèse de tumeurs osseuses soit primitives soit secondaires d'origine médullaire, mais l'examen neurologique et radiographique fut négatif et jamais, par la suite, ne survinrent ni douleurs osseuses à la pression, ni déformations du squelette.

Ces recherches complémentaires confirmèrent donc notre diagnostic ainsi que la légitimité du traitement institué dès le début. Cependant la gravité de l'état général, plus encore que l'état du sang, nous fit porter d'emblée un pronostic très grave, et nous nous attendions à voir s'accentuer rapidement la neutropénie et à voir apparaître les signes cliniques de l'agranulocytose ainsi que la fièvre.

Or il n'en fut rien, et sous l'influence du triple traitement institué, nous obtînmes, non pas une amélioration nette que nous n'osions espérer étant donnée la chronicité du cas, mais une *stabilisation* remarquable de l'état du sang accompagnée d'une stabilisation et même d'une amélioration légère de l'état général.

Le chiffre globulaire, dans la première période (Février), monta peu à peu jusqu'à 5.600.000 pour redescendre en Mars aux environs de 4.500.000, atteindre épisodiquement en Avril, 3.060.000 (chiffre le plus bas observé, d'ailleurs éphémère) puis remonter au-dessus de 4 millions, atteignant 4.920.000 au début de Juin, pour se maintenir au-dessus de 4 millions en Juin et Juillet ; ces variations ne sont d'ailleurs pas directement imputables aux transfusions qui étaient faites régulièrement chaque semaine à jour fixe. La valeur globulaire est toujours restée basse, oscillant entre 0,95 et 0,73.

Le chiffre leucocytaire s'est toujours maintenu entre 3.400 et 4.000, tombant quelquefois à 2.000, atteignant épisodiquement une fois 6.000 et une fois 7.000.

Le taux des polynucléaires a été peu modifié par le traitement comme on peut en juger par les chiffres hebdomadaires suivants : 18, 22, 26, 17, 21, 29, 27, 28, 39 (chiffre épisodique correspondant à une infection inapparente probable) ; 27, 28, 36, 18, 22, 22, 20, 11, 17, 20, 21, 29, 27, 27. Le chiffre absolu des polynucléaires a oscillé, en six mois, entre 1992, chiffre maximum et 340, chiffre minimum, se maintenant généralement un peu au-dessous de 1.000 ; il n'y avait pas de myélocytes ni de myéloblastes, et la formule d'Arneth était de 10-40-34-13-3, un peu déviée vers la gauche. Les éosinophiles étaient au-dessous de 2 pour 100, les mastleucocytes généralement absents. Quant aux mononucléaires ils étaient constitués surtout par des lymphocytes ; il n'y avait pas de prolymphocytes ; les monocytes, généralement rares ne dépassèrent jamais 6 pour 100. Le chiffre absolu des mononucléaires a toujours été inférieur à la normale.

Enfin, à certains jours, on a pu voir quelques érythroblastes, parfois à noyau perlé, réaction passagère au traitement par les transfusions, les nucléotides et l'hépatothérapie.

Cependant l'état clinique restait aussi stationnaire que l'état sanguin ; il y eut cependant, et dès le début, une très notable amélioration des phénomènes douloureux qui disparurent même complètement pendant plusieurs semaines ; mais l'adynamie, la pâleur contrastant avec le chiffre relativement satisfaisant des hématies et de l'hémoglobine, persistèrent avec de faibles variations.

Le 27 Juillet, le malade prend froid et sa température monte à 38° ; le lendemain elle est à 39° et l'on constate un foyer de râles à la base droite et quelques crachats légèrement rouillés ; puis malgré le traitement (eucalyptine, camphre, pas de sulfamides) institué dès le début, elle monte à 39°5, le foyer s'étend, devient légèrement soufflant et le malade succombe le 1er Août.

Un examen du 29 Juillet, alors que la température était de 39°5, donne un chiffre leucocytaire de 4.600, avec, pour la première fois 60 pour 100 de polynucléaires neutrophiles, 22 mononucléaires, 12 lymphocytes, 6 monocytes, pas de myélocytes ni d'érythroblastes. Sur les 60 polynucléaires, on en comptait 46 à noyau mal segmenté, alors que pendant tout le cours de la maladie, ces éléments ne représentaient en général que 6 à 10 pour 100 du total des leucocytes ; en somme, le troisième jour de l'infection pulmonaire si le chiffre leucocytaire a à peine augmenté, le taux des neutrophiles a cependant pu monter de 27 à 60 pour 100, et leur chiffre absolu de 1.080 à 2.760.

Cette triste fin d'un confrère estimé de tous et ayant consacré toute sa vie à son art appelle plusieurs réflexions.

Et tout d'abord, a-t-on le droit d'attribuer, comme nous le faisons, à l'exercice prolongé de la radiologie, cette hémopathie d'une extrême gravité ? Il nous semble que oui, chez un sujet antérieurement sain, et en l'absence de toute infection aiguë ou chronique, de toute intoxication médicamenteuse. Si l'agranulocytose n'a encore jamais été constatée chez un radiologiste, rappelons toutefois que, dans la série rouge, nous connaissons chez eux une anémie particulière, du type aplastique et d'évolution progressive à laquelle ont succombé quelques-uns de nos confrères ; et que d'autre part un certain degré de neutropénie fait, comme nous l'avons montré dès 1911, partie des stigmates sanguins fréquemment rencontrés chez les radiologistes. Généralement cette « petite neutropénie » persiste indéfiniment sans avoir aucun retentissement sur l'état général, comme je le constate avec satisfaction quand je rencontre les collègues chez qui, il y a plus de trente ans, j'ai constaté cette anomalie. Mais de même que peu de radiologistes font de l'anémie grave, peu d'entre eux semblent menacés de neutropénie grave, et nous devons nous en féliciter.

Un second point est à considérer. Comment expliquer cette évolution si lente, ayant duré plus de six mois, et qui à notre avis aurait pu durer plusieurs mois de plus si une infection intercurrente n'était survenue ?

On peut donner de cette évolution assez anormale deux explications. Ou bien, de par sa nature même (aggression très lente des radiations sur le tissu myéloïde), cette neutropénie, tout en s'avérant maligne, avait une marche lente. C'est possible car, il faut l'avouer, nous connaissons mal la clinique des neutropénies chroniques qui sont très rarement observées.

Ou bien le traitement, qui ici a pu être mis en œuvre dès l'apparition des accidents, a eu pour effet de retarder très notablement l'issue fatale en luttant pied à pied contre cette hémopathie maligne et en stabilisant, faute de pouvoir la supprimer, la granulopénie. Ainsi, dans l'anémie aplastique, on peut parfois, par des transfusions répétées, maintenir en vie artificiellement pendant des semaines, des malades qu'on aurait crus condamnés à une mort prochaine.

UN ANTAGONISTE MICROBIEN NOUVEAU

LA STAPHYLINE ANTIDIPHTÉRIQUE

Par **R. DULISCOUET**

(Dakar)

Dans un premier article de *La Presse Médicale* [1], nous avions, en 1935, fait connaître l'existence de staphylocoques doués de propriétés particulières dans les gorges de malades atteints de diphtérie ou simplement porteurs de germes.

Ces staphylocoques spéciaux exerçaient, en effet une action antagoniste spécifique à l'égard de bactéries.

L'étude ébauchée nécessitait de nouvelles recherches que nous avions consignées dans une étude d'ensemble que nous nous proposions de publier ici même, en 1939. Les évènements nous en ont empêché, mais cette étude reste toujours d'actualité et nous croyons utile de la présenter telle que nous l'avions conçue à cette époque, car elle marque une étape de l'évolution du problème de l'antagonisme microbien qui pendant cette guerre, entre les mains de chercheurs étrangers, a réalisé dans la découverte de la Pénicilline les promesses alors entrevues.

Nous rappellerons succinctement ici les condi

1. DULISCOUET. *La Presse Médicale*, 17 Août 1935, n° 66

tions dans lesquelles ce phénomène antagoniste peut être mis en évidence.

Il se manifeste avec des staphylocoques sélectionnés à la période de nettoyage de l'angine diphtérique, c'est-à-dire au moment où les examens répétés permettent de constater par intermittence la disparition de bacilles de Loeffler.

Le staphylocoque sélectionné selon la technique que nous avons déjà indiquée possède cette curieuse propriété antagoniste signalée pour la première fois par Dujardin-Baumetz [2], en 1932.

Une touche de ce stapylocoque piquée sur un milieu largement ensemencé de bacilles de Loeffler, provoque, environ à la vingt-quatrième heure d'étuve, un halo d'assez grande dimension autour duquel la gélose est restée intacte et transparente. Il s'est créé autour de cette touche de staphylocoques une zone neutre que le bacille de Loeffler bien développé en nappe tout autour, n'a aucune tendance à envahir.

Fait curieux, ce phénomène ne se manifeste que sur les formes bacillaires qui prennent le Gram, mais reste infiniment plus marqué sur les corynébactéries diphtériques.

En corrélation avec ce phénomène antagoniste, nous croyons utile de signaler l'existence d'un phénomène inverse que nous avons appelé dans des publications antérieures : *favorisant*, et susceptible de se produire en certaines circonstances. Lorsque certaines conditions chimiques ou vitales ne sont pas parfaitement réunies, on peut voir à la place de la zone neutre un développement très précoce de bacilles diphtériques, alors que la germination de ce bacille est à peine ébauchée sur le reste du milieu.

Nous avons interprété cette action favorisante comme étant le résultat d'une lutte engagée entre deux microorganismes.

Nous avons, en effet, démontré expérimentalement que l'action antagoniste ne peut avoir son plein effet que lorsque le staphylocoque agresseur possède une grande vitalité et lorsque le milieu qui lui est offert réalise certaines conditions d'alcalinité, le *pH* de 8-8,5 lui étant le plus favorable.

Lorsque ces conditions ne sont pas parfaitement réalisées le germe test, en l'occurence le bacille diphtérique, répond à l'imparfaite agression par une vague de multiplication qui s'extériorise par l'action favorisante. Il s'agit là, en somme, d'un phénomène très courant en biologie [3] (fig. 3, 4).

Cette éventualité nous paraît utile d'être signalée, car elle est susceptible de dérouter l'expérimentateur, comme nous l'avons été nous-mêmes en pareille circonstance.

Caractères bactériolytiques des staphylocoques actifs.

Toutes les variétés de staphylocoques peuvent être douées de cette activité. Nous en avons sélectionné appartenant aux trois espèces : *aureus*, *citreus*, *albus*.

Nous classons dans une catégorie spéciale un staphylocoque blanc que nous avons rencontré fréquemment et qui se présente en milieu solide sous forme de fines colonies grêles et transparentes et qui, à l'origine, contrairement au staphylocoque ordinaire, offre un très faible développement, ce qui rend son isolement en culture pure assez délicat. Microscopiquement, il se présente sous forme de cocci plus gros que le staphylocoque ordinaire et ne résiste qu'imparfaitement à la décoloration de Gram. Ce germe déjà signalé par Dujardin-Beaumetz qui lui a donné le nom d'antibiocoque, nous a paru être doué d'une activité antagoniste plus grande que le staphylocoque ordinaire.

Tous ces staphylocoques présentent les caractères biochimiques habituels de l'espèce ; rien ne les différencie, en effet, des staphylocoques ordinaires. Ils liquéfient la gélatine et, comme beaucoup, ils ne coagulent pas le lait. Ce qui en fait en somme toute la particularité, c'est cette spécificité d'action à l'égard des corynébactéries diphtériques.

Cette propriété paraît d'ailleurs s'étendre à toutes les bactéries Gram positif, car Dujardin-Beaumetz a pu, avec des staphylocoques particulièrement actifs, arrêter la marche envahissante du bacille subtilis.

Cette spécificité n'est toutefois pas un attribut normal du staphylocoque, car nous avons pu, en certaines circonstances, communiquer ce pouvoir à certains germes qui en sont démunis. Il nous est, en effet, arrivé de transmettre, par des procédés de culture mixte, un pouvoir antagoniste spécifique à des staphylocoques indifférents, voire même à des pneumocoques ou à des protéus.

Cette propriété nouvelle ainsi transmise artificiellement garde sa spécificité originelle.

Mode d'action du staphylocoque actif. — Dans nos précédentes communications, nous avons employé le vocable de probiose et d'antibiose pour désigner le mode d'action de ces staphylocoques, voulant déterminer ainsi l'effet exercé sur la végétabilité même du bacille diphtérique. Nous nous sommes donc efforcés de préciser cette action de croissance par un certain nombre d'épreuves expérimentales qui nous ont conduit à formuler ce premier postulat.

« Le staphylocoque actif est générateur d'une substance lysogène qui arrête le développement de la bactérie ».

Ce fait peut être mis en évidence :

1° *In vitro* : Une gélose nutritive ordinaire est ensemencée de plusieurs touches de staphylocoques antagonistes. Après un développement de douze heures à l'étuve, les colonies sont soigneusement enlevées à l'aide d'une anse de platine, puis le milieu subit deux chauffages successifs à 55°. Cette opération suffit à détruire les staphylocoques restants. On ensemence ensuite largement le milieu de bacilles diphtériques.

On constate alors, après un séjour à l'étuve, qu'il se produit dans la culture des bacilles diphtériques, des plages où la gélose est intacte et transparente, précisément aux points où le staphylocoque s'était développé et débordant largement la zone de culture, alors que la germination est uniforme sur le reste du milieu.

D'autre part, un fragment de gélose détaché de cette plage neutre reproduit, sur un autre milieu ensemencé de bacilles diphtériques, une zone d'antagonisme identique à celle produite par le développement du staphylocoque vivant.

Tout s'est donc passé comme si la gélose avait été imprégnée par le développement du staphylocoque d'une substance ayant résisté au chauffage à 55°.

2° *In vivo* : *a*) Des cobayes sont protégés contre une ou plusieurs doses d'une suspension de bacilles diphtériques mortels à la quarantième heure pour le cobaye témoin, lorsqu'ils ont reçu dans le même temps et au même point 1 *cm*³ environ d'une suspension de staphylocoques antagonistes.

Le développement *in situ* du staphylocoque antagoniste produit parfois un abcès dans lequel le bacille diphtérique a complètement disparu.

b) Le même staphylocoque injecté en un autre point de l'organisme est sans effet sur le développement du bacille diphtérique qui entraîne la mort de l'animal.

c) Si on s'adresse à une culture de bacille diphtérique en bouillon, âgée d'au moins quarante-huit heures dans laquelle a pu déjà se produire de la toxine, le staphylocoque actif injecté au même point retarde tout au plus de quelques heures l'action mortelle de la suspension de bacilles diphtériques.

d) L'activité d'une toxine diphtérique mortelle n'est aucunement arrêtée par l'injection concomitante du staphylocoque actif.

Il résulte de ces faits que la protection du cobaye ne s'obtient que dans la mesure où le staphylocoque est apte à arrêter la multiplication *in vivo* du bacille diphtérique qui, chez le cobaye témoin, entraîne la mort.

Cette constatation se superpose donc à celle que nous avons déjà relatée dans les épreuves *in vivo*.

L'antagonisme ne se manifeste qu'à l'égard de la végétabilité du bacille diphtérique. C'est un antagonisme de croissance et aucunement de fonction, puisque l'action de la toxine diphtérique ne s'en trouve pas modifiée, comme le prouvent les deux dernières épreuves *in vivo*.

Arrivés à ce point, nos recherches devaient tendre à isoler cette substance agressive que nous appellerons principe actif, pour en étudier les propriétés à l'abri du germe producteur.

1° Les cultures de staphylocoques, même très actifs, dans les divers milieux liquides ne laissent dans le filtrat, après passage sur les filtres poreux, qu'une infime quantité de principe actif et juste suffisant pour l'expérimentation. Le principe ne dialyse donc pas.

Ce principe actif se retrouve toutefois fixé aux matières albuminoïdes du milieu obtenu par précipitation.

2° Nous avons remarqué que le principe actif se formait d'autant plus abondamment que les cultures de staphylocoques étaient effectuées en milieu solide. Après macération d'une gélose nutritive ordinaire sur laquelle le staphylocoque s'est développé, une précipitation alcoolique permet d'isoler une quantité importante de principe actif, dont nous allons exposer les curieuses propriétés.

*
* *

Une solution aqueuse du précipité alcoolique ainsi obtenue possède un pouvoir antagoniste à l'égard des corynébactéries exposées à son contact. Ce pouvoir peut être mis en évidence *in vitro* :

1° *Sur un milieu solide* : Sur une gélose nutritive ensemencée en nappe de bacilles diphtériques on laisse couler, au moment de l'ensemencement quelques gouttes de la solution aqueuse du précipité alcoolique.

On constate, après un séjour à l'étuve, que dans la région où les gouttes se sont répandues la germination est nulle. La culture, bien développée partout ailleurs, épouse régulièrement la forme de la zone neutre correspondant à l'écoulement des gouttes (fig. 4).

L'examen microscopique d'un frottis de la plage nous montre l'existence de très rares bacilles diphtériques ayant perdu le pouvoir de prendre le Gram, l'ensemencement reste négatif, il s'agit de cadavres microbiens. Les microbes déposés à l'ensemencement ont donc subi, au contact du principe actif, un arrêt dans leur multiplication. Plus tard, un autre examen montrera qu'ils sont intégralement dissous, la lyse microbienne devient complète.

2° *Sur le milieu liquide* : L'ensemencement des corynébactéries en bouillon ordinaire, additionné de quelques gouttes de substance active, se traduit par un retard considérable du développement des germes, comparativement aux cultures témoins. La culture reste peu abondante.

L'agression du principe lytique se traduit de la manière suivante :

1° Les bacilles sont déformés et granuleux ;

2° Quelques-uns perdent la propriété de garder le Gram.

Le principe actif est spécifique. — Il n'exerce en effet son action lytique que sur les bacilles gardant le Gram, tout comme le staphylocoque antagoniste. Nous n'avons, en effet, obtenu de bactériolyse que sur les corynébactéries : Loeffler, Belfanti, Hoffman et Cutis commune, ou les bacilles paratuberculeux. Aucune action n'est constatée avec le staphylocoque ou le streptocoque. En ce qui concerne ce dernier germe, il nous est arrivé d'en obtenir une culture abondante en ensemençant une culture de bacilles diphtériques que nous croyions pure, sur un milieu solide arrosé de principe actif.

Le développement du bacille diphtérique ayant été arrêté, seul le streptocoque, parasite insoupçonné de la souche, s'est révélé librement.

Puissance de la propriété lytique. — Le pouvoir lytique ne paraît pas proportionné à la quantité de principe actif.

Des effets antagonistes très importants sont obtenus avec une seule goutte de principe déposée dans l'eau de condensation d'un tube de gélose, le tout répandu sur la moitié inférieure du milieu.

Toutefois, il existe une limite de concentration au delà de laquelle le phénomène ne se produit plus.

L'action bactériolytique est strictement limitée à la zone imprégnée, aucune propagation du pouvoir lytique ne se fait en dehors de cette zone.

En aucun cas, nous n'avons constaté de multiplication de cet effet bactériolytique.

Effet du principe actif sur le vivant. — Une quantité déterminée de principe actif injectée au cobaye protège l'animal contre une ou plusieurs doses d'une suspension de bacilles diphtériques mortels pour le témoin à la vingt-quatrième heure.

L'unité protectrice peut être aisément mesurée. Sa détermination est fonction de l'activité du staphylocoque producteur.

L'injection protectrice n'est efficace que lorsqu'elle est effectuée au même point que l'injection de bacilles mortels. Faite en un point différent de l'organisme, elle demeure sans effet, l'animal meurt dans les mêmes délais que le témoin.

Enfin l'efficacité de l'injection protectrice n'est assurée que lorsqu'elle est faite dans le même temps ou quarante-huit heures au plus tôt et avant l'injection mortelle.

2. Dujardin-Baumetz : *Soc. Biol.*, 1932, n° 110, 1210.
3. Delescocet : *Soc. Biol.*, 30 Mars 1933, 1277.

Tout se passe donc comme si le principe actif s'était fixé sur les tissus en créant une zone d'antagonisme qui arrête le développement du bacille diphtérique.

En résumé: Le principe actif, débarrassé de tout élément figuré, produit *in vitro* ou *in vivo* des phénomènes identiques à ceux réalisés par le germe vivant dont il est issu.

Nature de l'antagonisme.

Quelle peut être la nature exacte de cet antagonisme entre le staphylocoque actif et la bactérie sensible?

L'analyse du phénomène nous amène à considérer deux phases:

La première étant une phase préparatoire résidant dans la multiplication du staphylocoque actif;

La deuxième, conséquence de cette multiplication, ayant son essence dans le phénomène de lyse proprement dit.

La première phase est un phénomène vital. — En effet, pour manifester son action, le staphylocoque actif, après ensemencement, doit assimiler le milieu de culture, et, en conséquence, se multiplier; cette multiplication aboutissant à la formation d'un principe actif bactériolytique, spécifique, dont la quantité est fonction du potentiel de multiplication, celle-ci pouvant varier avec toutes les causes ralentissant ou activant le pouvoir d'assimilation du germe actif.

La deuxième phase bactériolytique est un phénomène diastasique. — Le principe actif, produit de la multiplication microbienne, isolé du germe producteur, soit par tyndallisation, soit par filtration, présente toutes les caractéristiques des enzymes.

Voici quelques-unes de ses propriétés fondamentales:

1° Le principe est thermo-sensible. Son activité varie avec la température jusqu'à une limite optima située entre 37° et 45°. Chauffé pendant quelques minutes à 80°, il est complètement inactivé;

2° Il agit à très faible dose, son activité n'est pas régie par la loi d'action des masses. Des actions bactériologiques peuvent être obtenues à des dilutions élevées; il existe cependant une limite de dilution, variable d'ailleurs selon les principes isolés, au-dessous de laquelle la bactériolyse ne se produit plus;

3° Ce principe est précipitable par l'alcool. Ce précipité, dissous dans l'eau, donne une solution aqueuse active;

4° Il est soluble dans l'eau et dans la glycérine;

5° Il possède un grand pouvoir d'adhésion, il se fixe en totalité sur les substances albuminoïdes des milieux solides sur lesquels ce germe producteur a été cultivé. Pour cette raison, il dialyse mal, il ne passe qu'en très faible quantité à travers les filtres poreux auxquels il adhère;

6° L'action de ce principe actif est soumise aux diverses conditions de milieu, communes à celles des enzymes. Comme beaucoup de phénomènes diastasiques, son action est favorisée par l'alcalinité du milieu; le pH le plus favorable, variable selon la nature du germe producteur, est situé aux environs de 7,5-8,5.

A ce fait se rattache celui, habituellement reconnu pour les phénomènes diastasiques protéolytiques, de l'utilité des sels alcalino-ferreux. C'est ainsi que nous avons constaté l'utilité de la présence de calcium qui favorise grandement le pouvoir bactériolytique.

Tels sont, résumés, quelques caractères physico-chimiques du mode d'action du principe actif, qui permettent d'affirmer sa nature enzymatique.

LE DÉMEMBREMENT DU DIABÈTE INSIPIDE

Par Raoul KOURILSKY

Dans une série d'études cliniques et physiopathologiques (1), j'ai démontré que, contrairement à la conception classique qui considérait le syndrome connu en clinique sous le nom de *diabète insipide* comme une polyurie, la perturbation du mécanisme régulateur de la soif y jouait un rôle prépondérant. Confirmant des faits déjà notés dans les expériences de F. Bremer (2), j'ai pu, dans des conditions indiscutables, établir pour certaines observations cliniques la primauté de la soif et j'ai souligné la nécessité de reprendre l'étude du diabète insipide humain sur cette base nouvelle, de façon à vérifier « s'il n'en existait pas plusieurs variétés distinctes selon les modalités d'atteinte hypothalamohypophysaire, ce qui apparaît extrêmement probable (3) ».

Depuis cette époque, j'ai pu faire l'étude physiopathologique de 18 adultes atteints de diabète insipide: pour départager, chez chacun d'eux, le rôle de la soif et celui de la polyurie, j'ai eu recours à l'épreuve de restriction des boissons, étudiée autrefois par Veil (4), d'Eric Meyer et de Meyer-Bisch (5).

Ce n'est pas en effet par l'anamnèse, aussi poussée soit-elle, que l'on peut acquérir une connaissance exacte de l'importance physiologique réciproque de la soif et de la polyurie.

Il est clair que, hormis les cas où l'apparition des premiers symptômes est brutale et liée à une circonstance précise qui marque le début de l'affection et constitue un repère valable pour le malade (traumatisme par exemple) ou pour le médecin (opération chirurgicale), le malade ne se souvient que de ce qui l'a le plus incommodé et l'indique comme phénomène initial. Or le seuil de ces sensations est très variable d'un sujet à l'autre: certains sont extrêmement sensibles à la distension vésicale qui résulte de l'accumulation polyurique initiale. D'autres supportent impatiemment la moindre altération de la bouche ou du pharynx sollicitant la soif. Un tel critérium ne peut servir à la discrimination correcte des deux processus. Par contre, la restriction des boissons constitue une épreuve simple et qui permet une différenciation précise.

On a hésité à l'employer jusqu'ici parce que l'idée est ancrée, chez les cliniciens, que la polyurie est le fait fondamental et entraîne une déshydratation sollicitant la soif. Dans ces conditions, on craint, par la restriction des boissons, d'accentuer encore la déshydratation et de provoquer les accidents mentionnés par Bouchard (6), Lecorche (7), Lancereaux (8), Strubell (9), Pribram (10).

Mais si la perturbation polydipsique est — comme nous l'avons démontré dans quelques cas — réellement primitive et s'il n'existe pas de polyurie autonome, la spoliation aqueuse n'est plus à craindre et la restriction doit pouvoir être faite sans danger. Il faut poursuivre l'épreuve, non pas durant quelques heures, mais durant vingt-quatre heures, quarante-huit heures et plus, en ramenant la consommation au taux physiologique normal (entre 800 et 1.000). Si le diabète examiné est dû à la polydipsie, la diurèse s'alignera sur l'eau ingérée sans difficulté. S'il y a un stimulus polyurique autonome, il apparaîtra au cours de l'épreuve et entraînera effectivement la déshydratation, auquel cas il faut arrêter la restriction pour éviter les accidents.

Une surveillance permanente de jour et de nuit doit être instituée auprès du malade, pour déjouer toute supercherie et suspendre l'épreuve si celle-ci s'avère trop difficile à supporter. Pour rendre la restriction plus facilement tolérable et moins dangereuse, il faut opérer en régime déchloruré. Le seul accident que nous ayons observé le fut chez un malade dont l'épreuve de restriction fut effectuée en régime salé.

*
**

Le résultat de ces recherches est probant. Nous avons déjà communiqué ceux d'une série moins nombreuse (11). Nos résultats sont en tous points conformes aux précédents. *Tous nos malades, sauf deux, ont supporté avec facilité une restriction prolongée* (de vingt-quatre heures à huit jours) *et massive* (90/100) de leur consommation antérieure de boissons, *sans présenter aucun accident grave.* Chez deux malades, l'épreuve fut mal supportée: l'un d'entre eux reçut une injection de pituitrine pour mettre fin à un état de fatigue et de déshydratation trop pénible; chez l'autre, qui avait été soumis en même temps à une surcharge salée, une déshydratation importante survint et une complication pulmonaire aiguë se déclara.

Il est donc clair que l'épreuve de restriction permet une classification des diabètes insipides en deux grandes catégories:

I. Les cas où il existe un stimulus polyurique irréductible (formes polyuriques).

II. Les cas où il n'existe pas de stimulus polyurique (formes polydipsiques).

Les premières sont de beaucoup les plus rares (2 sur 18) et se reconnaissent aux signes suivants:

1° *Mauvaise tolérance de l'épreuve.* — La restriction des boissons est difficilement supportée et il faut réellement compter sur la bonne volonté du malade pour continuer l'épreuve, tant il est nerveux, anxieux, tourmenté par la soif; insomnique; fréquemment céphalalgique et nauséeux. La langue est couverte d'une mousse blanchâtre mais humide au toucher. L'atteinte de l'état général est visible; le visage est terreux, l'amaigrissement est important et ne cesse pas après les premières vingt-quatre heures. La tension artérielle est basse. Le sujet doit être minutieusement surveillé au fur et à mesure de l'épreuve. Celle-ci doit être néanmoins poursuivie de douze à vingt-quatre heures pour faire le diagnostic de la forme clinique. Mais on a l'impression d'un danger vital si l'épreuve se prolongeait; on enregistre d'énormes pertes de poids (3 à 5 kg. par jour).

2° *Mauvaise réduction de la polyurie.* — Alors que l'ingestion des boissons est réduite à 90/100, la polydipsie n'est réduite que de 30 à 50/100.

3° *Absence de réduction de la soif.* — Celle-ci reprend instantanément son taux d'avant l'épreuve.

4° *Elimination urinaire minérale défectueuse.* — C'est là un caractère essentiel. La densité urinaire, de 1003 avant l'épreuve, ne dépassa pas 1007, dans un de nos cas, même au troisième jour de restriction. Le rein élimine difficilement les éléments minéraux. La faiblesse de la densité urinaire avant l'épreuve ne résulte pas seulement de la dilution des urines, mais d'un trouble de l'élimination minérale.

Dans la majorité des diabètes insipides, il n'y a pas de stimulus polyurique autonome permanent. Ces cas se caractérisent inversement par:

1° *Bonne tolérance de l'épreuve.* — Les malades supportent la restriction massive (9/10) et prolongée (de vingt-quatre à huit jours) des boissons avec facilité. Sans doute, cette restriction provoque des signes fonctionnels et physiques particuliers, dont l'importance est variable d'un malade à l'autre. Les premiers consistent en exacerbation du besoin avec irritabilité, insatisfaction, fatigue, énervement; en maux de tête ou simple lourdeur de tête; en troubles digestifs allant depuis l'inappétence jusqu'à l'état nauséeux; la langue est saburrale et reste humide malgré la sensation subjective de sécheresse.

L'altération physique constatée pendant l'épreuve n'est pas non plus nécessairement à la mesure des troubles fonctionnels: elle est plus souvent nulle ou insignifiante. Quand elle est plus accentuée, elle se traduit par une certaine pâleur du visage; et une *perte de poids*, due à une déperdition d'eau, qui peut varier de 0 kg. 200 à 1 kg. 500 ou au maximum 2 kg. en vingt-quatre heures. Mais l'amaigrissement diminue le lendemain et est stabilisé le surlendemain. Son importance est liée à l'absence ou à l'existence d'une certaine réserve d'eau constituée durant la phase polydipsique (12).

En aucun cas, on ne constate, au cours de l'épreuve, d'atteinte organique grave, susceptible de compromettre la vie.

2° *Réduction parallèle de la polyurie.* — La diurèse est réduite dans des proportions sensiblement identiques à la réduction des boissons. Dans la moitié des cas, la polyurie s'aligne immédiatement; dans l'autre moitié, avec un certain retard: le taux de réduction n'étant jamais inférieur à 60/100 le premier jour. C'est pourquoi il faut prolonger l'épreuve: on constate alors, une diminution progressive de la diurèse et une augmentation du taux de réduction qui, au deuxième ou troisième jour, rejoint celui des boissons.

3° *Elimination urinaire minérale correcte pendant l'épreuve.* — Celle-ci peut être appréciée facilement par l'étude de la densité urinaire avant et pendant la restriction. Il faut seulement veiller à ce que les apports alimentaires soient constants, alors que le malade, anorexique durant l'épreuve et assoiffé, a tendance à ne pas consommer la totalité des aliments solides. Dans tous les cas de formes

polydipsiques, alors que la densité urinaire est à 1002, 1004, la densité des urines émises en phase de restriction s'échelonne, suivant les cas, de 1010 à 1020 en régime déchloruré, et jusqu'au 1030 avec un régime normalement salé.

Ce repère si simple de la densité urinaire a une importance considérable: à lui seul, dans les conditions d'équilibre strict de nutrition des malades, il mesure l'atteinte plus ou moins accentuée des éliminations minérales. Dans les diabètes insipides réductibles, cette fonction est normale ou peu modifiée, quoi qu'il y ait le plus souvent un ralentissement de l'excrétion salée pendant l'épreuve.

Il est très remarquable de constater qu'il n'y a aucun parallélisme entre le résultat de l'épreuve de restriction et l'importance de la polydipsie: ce ne sont pas les malades qui ingèrent le plus d'eau, dont la soif est la plus difficile à réduire.

Il n'y a pas de rapport entre la gravité du diabète insipide et l'ingestion de boissons: les deux malades qui présentaient un stimulus polyurique irréductible et qui ont mal supporté l'épreuve, avaient une polydipsie relativement modérée (6 à 8 litres par jour).

Il n'y a aucune corrélation entre le début clinique et la forme clinique polydipsique ou polyurique. C'est ainsi que les deux malades polyuriques avaient tous deux inauguré leur maladie par la polydipsie.

On ne saurait davantage préjuger du résultat de l'épreuve de restriction, par le rapport qui existe entre la polyurie et l'ingestion de boissons. La plupart des cas où la polyurie débordait constamment la quantité d'eau ingérée, étaient d'authentiques polydipsies. Nous avons montré, en effet (13), que le rapport entre ingestion et excrétion d'eau correspondait à un réglage physiologique de l'individu, préexistant et survivant au diabète insipide.

Mais l'épreuve de restriction nous apporte encore une révélation importante sur les formes polydipsiques du diabète insipide: celle de la *réduction possible de la polydipsie après l'épreuve*. Si la plupart (12 sur 16) se remettent à boire autant après qu'avant l'épreuve — chez 4 malades, dont l'atteinte organique des centres infundibulaires était incontestable (syphilis infundibulaire, arachnoïdites subaiguës, accident vasculaire de l'hypertension artérielle), la soif fut partiellement ou définitivement réduite après l'épreuve.

Cette notion imprévue vient confirmer les résultats signalés autrefois par les anciens auteurs, qui sonmettaient les diabétiques insipides — alors considérés comme polydipsiques — à l'épreuve de restriction et constataient des résultats thérapeutiques (Fonssagrives (1861), Marsh et Piorry).

Ainsi nos conclusions concernant le rôle prédominant de la soif reçoivent de ces recherches entière confirmation: 89/100 des cas de diabète insipide sont dus à un stimulus polydipsique; 11/100 seulement manifestent un stimulus polyurique permanent. Cette distinction avait été vue par Veil (4) et Eric Meyer (5); elle est maintenant reconnue par les partisans de la théorie rénale exclusive eux-mêmes, tel Julien Marie (14), qui arrive à des résultats analogues aux nôtres (15-16). Elle ne semble pas être admise à l'étranger et, dans un article de synthèse récent, Jones (17), continue à axer toute la maladie sur la polyurie.

J'ai récemment versé aux débats deux faits nouveaux qui mettent en relief l'indépendance possible de la soif et de la polyurie: le premier est une observation de diabète insipide à forme polydipsique (18) dans laquelle, d'une façon permanente, la diurèse ne représentait que 50/100 des ingestions d'eau; la seconde est une polyurie isolée permanente sans polydipsie (19).

L'état *connu en clinique sous le nom de diabète insipide, qui est caractérisé par une ingestion et une excrétion urinaire excessives d'eau, ne peut donc plus être considéré comme une maladie autonome, mais* — ainsi que plusieurs, dont Lhermitte, Alajouanine et nous-mêmes l'avions pressenti dans les discussions qui eurent lieu en 1942, 1943 à la Société médicale des Hôpitaux de Paris et à la Société de Neurologie — *comme un syndrome groupant des formes cliniques différentes: la forme polydipsique étant, de beaucoup, la plus fréquente, la forme polyurique, de beaucoup, la plus rare;* et parmi les premières il faut distinguer encore les polydipsies irréductibles (par la restriction) et les formes partiellement ou totalement réductibles.

A côté du diabète insipide existent des polyuries isolées, sans polydipsie, et, d'autre part, comme l'indique Julien Marie (16), il faut réserver exclusivement le terme de « potomanie » aux simulateurs et aux buveurs volontaires chez qui la soif est injustifiée: sorte de soif forcée, déterminée par le désir de tromper ou d'obéir.

*
* *

Dès lors que le diabète insipide se décompose en des formes multiples, la pathogénie n'en saurait être unique. Or, du point de vue anatomo-physiologique, les recherches récentes de Roussy et Mosinger (20), de Fischer, Ingram et Ranson (21) ont permis d'établir avec certitude que toute lésion, située dans le système neurophysiologique, constitué par le noyau supra-optique, le tractus hypothalamo-hypophysaire, la *pars nervosa*, peut provoquer l'apparition de la polyurie et de la polydipsie, à condition que la lésion soit bilatérale (22). Ainsi, se trouvent expliquées les formes polyuriques de diabète insipide, dans lesquelles il existe effectivement une diminution ou une suppression de la sécrétion du lobe postérieur d'hypophyse, comme le démontrent les expériences de perfusion de Compère (23) et de Brüll (24).

Encore, existe-t-il bien des obscurités: le lobe antérieur intervient-il dans le mécanisme de la polyurie (25)? Par quel processus se produit la soif? Doit-on adopter la conclusion de Bailey et Bremer (2) et considérer que le diabète « insipide « consiste en une perturbation physicochimique du « sang et des humeurs ayant pour effet simultané-« ment, mais *à des degrés peut-être variables*, une « soif et une diurèse excessive? »

C'est l'hypothèse qui rend le mieux compte des faits que nous avons nous-mêmes observés.

Mais comment s'expliquent les polydipsies sans stimulus polyurique qui représentent plus de 85/100 des cas observés en clinique? Où est située la lésion anatomique? Par quel mécanisme dérègle-t-elle la soif? Ces questions restent actuellement sans réponse: pour les résoudre, il faut que les anatomistes et les physiologistes reconsidèrent le problème, délaissé depuis vingt ans, du siège et du mécanisme de la soif: la découverte clinique leur aura montré la voie. Mais à côté des facteurs organiques, il existe vraisemblablement des facteurs psychiques surajoutés; la suppression partielle ou définitive de la soif, après l'épreuve de restriction, paraît impliquer une sorte d'habitude réflexe de boire, survivant à l'excitation pathologique.

Tels sont les problèmes soulevés par mes recherches, mais de toute façon la clinique n'a pas dit son dernier mot et il est vraisemblable que les contrôles anatomo-cliniques ou physio-pathologiques apporteront en ce domaine d'irremplaçables précisions, dès lors que le problème est correctement posé.

BIBLIOGRAPHIE

(1) Voir *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 1941, 718; 1942, 34, 54, 58, 61, 81, 86, 104, 105; *Revue Neurologique*, 1942, **74**, 261-280; *Annales d'Endocrinologie*, 1942, **3**, 133-215. — (2) P. Bailey et F. Bremer: *Arch. Int. Méd.*, 1921, **28**, 773-803. — (3) R. Kourilsky: *La Presse Médicale*, 1942, n° 39, 53. — (4) W. H. Veil: *Deutsch. Arch. Klin. Méd.*, 1916, **119**, 376-436. — (5) Eric Meyer et Meyer-Bisch: *Ibid.*, 1921, **137**, 225-233; 1905, **83**, 1; *Zeitsch. f. Kl. Méd.*, 1923, **96**, 469-491. — (6) Bouchard: *C. R. Soc. Biol.*, 21 Juin 1873 (T. V., 5e série), 254. — (7) Lecorché: *Traité du diabète*, 1877, 624-695. — (8) Lancereaux: *Thèse d'agrégation*, 1869, 87. — (9) Strübell: *Deutsch. Arch. f. Klin. Méd.*, 1898, **62**, 89-119. — (10) Pribram: *Ibid.*, 1908, **76**, 197-232. — (11) R. Kourilsky, L. Corre et A. Mignot: *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 1943, 3e série, 59e année, 334; 23 Juin 1944, 3e série, 60e année, 433-438; 15 Décembre 1945, séance du 1er Janvier. — (12) R. Kourilsky, M. Laubat, M. David, J. Sicard et J.-J. Galey: *La Presse Médicale*, 1942, n° 32, 431-433. — (13) R. Kourilsky, S. Kourilsky et L. Corre: *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 19 Janvier 1945. — (14) Julien Marie: *Archives françaises de Pédiatrie*, 1942, **1**, 3-10. — (15) Julien Marie, Thieffry, Mlle Œmichen et J. Loeper: *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 1944, 68-70. — (16) Julien Marie: *Ibid.*, séance du 12 Janvier 1945, 14, 15. — (17) G. Jones: *Arch. Int. Méd.*, 1944, **74**, 81-93. — (18) R. Kourilsky, Hinglais et Mlle Welti: *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 15 Juin 1945. — (19) R. Kourilsky et P. Largeт: *Ibid.*, séance du 15 Juin 1945. — (20) Roussy et Mosinger: *Ann. de Médecine*, 1933, **33**, 194-238. — (21) Fischer, Ingram et Ranson: Diabetes insipidus and the neurohormonal control of water balance, 1938: *Ann. Arbor, Michigan* (Edw. brothers). — (22) Magoun et Ranson, Heinbecker et White: *Ann. J. Physiol.*, 1941, **133**, 582. — (23) Compère: *Arch. Int. Phys.*, 1933, **36**, 54. — (24) Brüll: *La Presse Médicale*, 1933, n° 64, 1267. — (25) Heinbecker et White: *Ann. Surg.*, 1939, **110**, 1037.

UN NOUVEAU TEST OCULAIRE DE CARENCE ALIMENTAIRE

PAR MM.

Roger WEEKERS[1] **et Fernand ROUSSEL**

(Liège)

Différents auteurs (Wald,[2]; Krause,[3]; Verrier et Pannier[4], s'accordent pour admettre que le pourpre rétinien, c'est-à-dire le pigment photosensible des bâtonnets contient, entre autres constituants, de la vitamine A ou un caroténoïde. On sait, d'autre part, qu'une avitaminose A, complète et prolongée, est une cause d'hespéranopie. Celle-ci est réversible et disparaît peu après le retour à un régime non carencé. Par contre, il n'est pas prouvé, de façon certaine, que le défaut d'adaptation à l'obscurité recherché par les méthodes cliniques usuelles constitue un test précoce d'un déficit alimentaire en carotène ou en lipides et il n'a pas été possible, jusqu'ici, de démontrer l'existence d'un rapport étroit entre le taux de la carotinémie et la qualité de la vision crépusculaire.

Au cours de recherches sur la périmétrie en lumière atténuée, nous avons mis en évidence un phénomène rétinien dont le mécanisme est étroitement lié à celui de l'adaptation. Ce phénomène semble dépendre du métabolisme du pourpre rétinien, il se modifie sous l'influence de certaines carences alimentaires. Son étude présente donc un intérêt général.

Technique expérimentale et résultats.

Des expériences que nous avons relatées antérieurement montrent que l'étendue du champ visuel ne se modifie guère avec l'état d'adaptation de la rétine lorsque l'éclairement du campimètre atteint ou dépasse 75 lux; elle varie, par contre, considérablement lorsque l'écran est maintenu dans la pénombre (2 à 3 lux). Pour un même test déplacé sur le campimètre faiblement éclairé, le champ visuel est étroit après adaptation à la lumière et large après adaptation à l'obscurité (Weekers, Roussel,[5]). Ce sont ces observations qui nous ont amenés à rechercher si l'élargissement progressif de l'isoptère en lumière atténuée pouvait servir pour la mesure de l'adaptation de la rétine à l'obscurité.

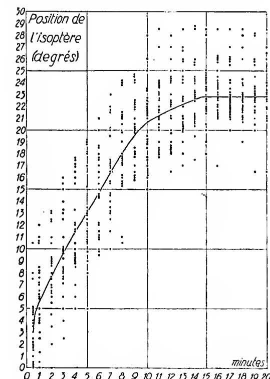
Nous avons sélectionné 24 sujets âgés de 20 à 50 ans, exempts d'affection oculaire ou générale, ingérant quotidiennement un minimum de 20 à 30 *g.* de beurre sur un total approximatif de 35 à 75 *g.* de lipides. Il importe toutefois de noter que ces sujets étaient, pour la plupart, totalement privés de lait et d'œufs.

Nous utilisons l'écran noir de Bjerrum, placé à une distance de 2 mètres, faiblement éclairé (2 à 3 lux) et muni d'un point de fixation lumineux rouge. L'expérimentateur, vêtu et ganté de noir, déplace sur cet écran un test blanc de 2 mm. de diamètre. Ce test est bien approprié car son isoptère est voisin du point de fixation après adaptation à la lumière et atteint 20 à 30°, c'est-à-dire la périphérie de l'écran après adaptation à l'obscurité. Nous avons, au début, étudié l'élargissement de l'isoptère dans tous les quadrants du champ visuel. Très rapidement, nous nous sommes aperçus que la présence de la tache aveugle et des angioscotomes correspondant aux vaisseaux rétiniens les plus larges, pouvaient, chez certains sujets, altérer la progression de l'élargissement de l'isoptère dans la moitié temporale du champ visuel[6]. Il est donc

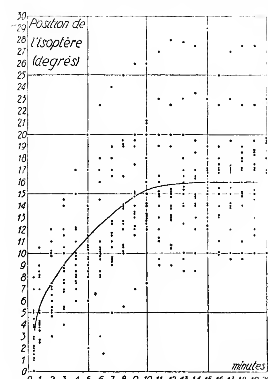
1. Associé du Fonds national belge de la Recherche scientifique.
2. G. Wald: *J. génér. Physiol.*, 1935, **18**, 905; 1936, **19**, 781.
3. A. C. Krause. *Arch. of Ophth.*, 1937, **18**, 807.
4. M. L. Verrier et Pannier: *Bull. S. Opht.*, Paris, 1936, 569.
5. R. Weekers et F. Roussel: *C. R. Soc. belge Biolog.*, Décembre 1944 et Mars 1945.
6. L'un de nous a démontré que les angioscotomes sont particulièrement aisés à déceler lorsque l'écran de Bjerrum est faiblement éclairé: R. Weekers et M. Humblet, *C. R. Soc. belge Biol.*, décembre 1944.

adiqué, pour cette raison, de pratiquer les mensurations dans la moitié nasale du champ visuel.

L'expérience se déroule de la façon suivante. Le ujet est adapté à la lumière (dix minutes à 60 *cm.* l'un écran blanc, éclairement 2 à 3.000 lux). Il se place ensuite devant l'écran noir de Bjerrum faiblement éclairé (2 à 3 lux). L'isoptère est enregistré, le trente en trente secondes pendant la première minute, de minute en minute pendant les dix-neuf minutes suivantes. Chaque mesure dure de cinq à dix secondes ; le sujet ferme les yeux dans l'entre-temps. Des contrôles effectués au moyen de l'adaptomètre de Birch-Hirchsfeld démontrent que, dans ces conditions, l'adaptation s'effectue aussi rapidement que chez le sujet maintenu de façon constante, dans l'obscurité complète. La courbe de l'élargissement du champ visuel en fonction du degré d'adaptation rétinienne est tracée en portant, en ordonnée, la position de l'isoptère exprimée en degré et, en abcisse, le temps de séjour à l'obscurité exprimé en minute. Chez le sujet normal, cette courbe s'élève rapidement pendant les huit-dix premières minutes, plus lentement pendant les quatre-cinq minutes suivantes. Dans les conditions de nos expériences, la position de l'isoptère se stabilise, après quinze minutes, à 20-25° du point de fixation (graphique A).



Graphique A : Courbe moyenne de 24 sujets normaux.



Graphique B : Courbe moyenne de 16 sujets carencés.

Elargissement de l'isoptère en fonction de l'adaptation rétinienne à l'obscurité.

On sait que certaines carences alimentaires modifient les courbes d'adaptation rétinienne obtenues par les méthodes photométriques usuelles. Il nous a paru utile de rechercher si la malnutrition altère la courbe d'élargissement de l'isoptère obtenue par la technique précédemment décrite.

Nos observations portent sur 16 sujets. Ceux-ci sont, comme les sujets contrôlés, âgés de 20 à 50 ans et exempts d'affection oculaire. 8 de ces sujets ont été choisis en polyclinique hospitalière. Leur régime alimentaire se caractérise par un manque de protéines et de graisses et par une richesse relative en hydrates de carbone. Parmi ces 8 sujets, les uns semblent bien portants malgré le déséquilibre alimentaire ; leurs courbes d'élargissement de l'isoptère sont normales ou subnormales. Les autres sont maigres et affaiblis ; leurs courbes d'adaptation sont basses. Les 8 autres sujets carencés sont des détenus d'une prison. Chez eux, le déficit alimentaire en protéines et en graisses est, en règle générale, nettement plus accusé que chez les sujets de polyclinique ; leurs courbes d'élargissement de l'isoptère sont toutes pathologiques et, de façon systématique, les plus basses du graphique B.

Nous avons, chez quelques détenus, dosé, dans le sang, la cholestérine, les protéines et l'hémoglobine. La cholestérinémie est notablement abaissée ; la protéinémie et l'hémoglobinémie sont, par contre, normales (tableau).

	NOMBRE de dosages	VALEUR minimum	VALEUR maximum	VALEUR moyenne	VALEUR normale
Cholestérine, en grammes par litre. . . .	7	0,52	0,89	**0,76**	1,2 à 1,8
Protéines, en grammes par litre	7	61,5	79,0	**70 0**	65 à 75
Hémoglobine, en grammes par litre . . .	5	15,5	16,6	**15,9**	14 à 16

Discussion.

La méthode que nous avons décrite pour mesurer l'adaptation à l'obscurité et déceler une hespéranopie éventuelle diffère, dans son principe, des méthodes usuelles.

La plupart des adaptomètres employés actuellement (Nagel, Engelking, Birch-Hirchsfeld, par ex.) se composent essentiellement d'une source lumineuse d'intensité variable. On mesure l'adaptation rétinienne, après éclairement préalable de l'œil, en déterminant l'intensité lumineuse du seuil liminaire d'excitation en fonction du temps de séjour à l'obscurité. Cette intensité s'abaisse d'autant plus que le temps d'obscuration se prolonge [7].

Dans notre épreuve, au contraire, la quantité de lumière réfléchie par le test servant de stimulus est constante. Nous utilisons, en effet, un index blanc dont la surface et l'éclairement demeurent inchangés pendant toute la mesure. Ce qui varie c'est l'endroit de la rétine où le test est perçu. L'expérience montre que cet endroit est d'autant plus périphérique que l'adaptation est plus avancée. L'isoptère, étroit après éclairement, s'élargit en fonction du temps de séjour à l'obscurité. Nous avons pu établir un rapport quantitatif entre la position de l'isoptère et le degré d'adaptation rétinienne.

La signification de la courbe exprimant l'élargissement progressif de l'isoptère en fonction du temps de séjour à l'obscurité nous semble différente, en partie tout au moins, de celle des courbes photométriques usuelles. Plusieurs travaux, ceux de Hecht entre autres [8] amènent à distinguer, dans ces courbes, deux parties : la première correspond à l'adaptation des cônes ; la seconde, à l'adaptation des bâtonnets. Rien ne permet de supposer que la courbe d'élargissement de l'isoptère se subdivise de la même manière. Des expériences actuellement en cours nous font admettre que les variations de position de l'isoptère au cours de l'adaptation dépendent, en ordre principal, de la teneur en pourpre rétinien des bâtonnets. Le rôle de l'adaptation des cônes serait accessoire. L'élargissement de l'isoptère en fonction de l'adaptation est, en effet, d'autant plus accusé que l'écran est plus faiblement éclairé. Cet élargissement, négligeable pour un éclairement de 90 lux (Weekers, Roussel, 5) devient sensible pour un éclairement de 30 lux et est très important pour un éclairement de 3 lux (graphique A). Nous avons pu l'étudier dans des conditions expérimentales excluant pratiquement toute l'intervention des cônes (éclairement de l'écran inférieur à 0,1 lux).

Les faits rapportés ici montrent que certaines carences alimentaires altèrent la courbe d'élargissement de l'isoptère. Cette altération porte, en ordre principal, sur la seconde moitié du tracé. Chez le sujet, carencé, héméralope, l'isoptère est rétréci concentriquement et demeure rétréci aussi longtemps que l'éclairement de l'écran est faible et cela quelle que soit la durée d'adaptation à l'obscurité. La contraction du champ visuel en lumière atténuée semble constituer un test quantitatif, sensible et précis de la cécité crépusculaire due à la malnutrition.

Le mécanisme intime du rétrécissement du champ visuel en lumière atténuée reste à préciser. Une altération du métabolisme du pourpre rétinien est probable, mais rien ne permet d'affirmer que cette altération résulte d'une simple avitaminose A.

Conclusions.

1° L'élargissement progressif du champ visuel enregistré en lumière atténuée, en fonction de la durée de séjour à l'obscurité, permet de mesurer l'adaptation rétinienne et plus particulièrement, semble-t-il, l'adaptation des bâtonnets.

2° La contraction du champ visuel enregistré en lumière atténuée constitue un test quantitatif, sensible et précis, de cécité crépusculaire.

3° Certaines carences alimentaires portant surtout sur les protéines et sur les lipides déterminent un rétrécissement concentrique du champ visuel enregistré en lumière atténuée.

(Clinique ophtalmologique de l'Université de Liége. [Prof. L. Weekers].)

7. Nous omettons, dans ce bref exposé, l'étude de l'adaptation par lecture d'optotypes à contrastes progressivement décroissants

8. S Hecht : *J. génér. Physiol.*, 1920, **2**, 499 ; 1921, **4**, 113 *Phys. Rev.*, 1937, **17**, 239.

REVUE DES THÈSES

THÈSE DE PARIS

Charles Coury. ***Les « Kystes dermoïdes » intrathoraciques (dysembryomes hétéroplastiques)*** avec 65 figures et 20 planches hors texte (*G. Doin et Cie*, éditeurs), Paris, 1944. — Cet important travail n'est pas seulement une mise au point de la question des kystes dermoïdes intrathoraciques, qu'avec plus d'exactitude on devrait appeler *dysembryomes hétéroplastiques ;* il comporte en outre 11 observations originales.

C. constate leur plus grande fréquence chez la femme, le rôle probable du facteur endocrinien génital dans leur développement et la difficulté de leur classification anatomique en raison de la complexité et de la diversité des éléments qui les constituent. Il conclut du point de vue pathogénique à leur origine congénitale, montre la nécessité, du point de vue clinique, de recourir à des examens complémentaires dont le facteur essentiel est l'examen radiologique qui décèle la très grande fréquence de leur siège antérieur dans le médiastin. Ils constituent une affection grave entraînant la mort dans 70 pour 100 des cas par les complications mécaniques ou infectieuses qu'ils peuvent déterminer. Leur diagnostic est délicat cependant le groupement des différents éléments de présomption doit entraîner une quasi-certitude clinique. Leur seul traitement est l'extirpation chirurgicale précoce et complète qui assure la guérison dans 80 pour 100 des cas

G. Poix.

SOCIÉTÉS DE PARIS

ACADÉMIE DES SCIENCES

17 Novembre 1945.

Nouvelles recherches sur les variations de l'excitabilité nerveuse sous l'influence des divers sucres. — M. **P. Chauchard**, Mme **H. Mazoué** et M. **R. Lecoq**. M. **E. Leclainche**, rapporteur. Les auteurs montrent, au moyen de nouvelles expériences poursuivies sur le rat blanc, qu'injectés quotidiennement par voie parentérale les différents sucres exercent sur les chronaxies nerveuses une action chronique, indice de dépression des centres nerveux. Cette action chronique n'empêche pas l'action immédiate effective du glucose et du lévulose de se manifester, mais ne confère aucune propriété immédiate nouvelle aux autres sucres. L'élévation chronique des chronaxies semble liée à la possibilité qu'ont les divers sucres de former du glycogène dans le foie et d'augmenter ainsi la teneur en glucose du sang.

Recherches sur les accidents du choc transfusionnel. — MM. **L. Binet**, **R. Benda** et **M. Burstein** montrent que l'injection intraveineuse des globules rouges humains incompatibles détermine chez le chien un état de choc caractéristique. L'hypotension s'accompagne d'une vaso-constriction périphérique, d'origine nerveuse et humorale, et semble être liée à une insuffisance aiguë du myocarde. Chez l'animal rétabli après le premier choc, une nouvelle injection est sans effet tensionnel, bien que le sérum de l'animal réfractaire continue à agglutiner les globules rouges injectés.

L'acide thymonucléinique hautement polymérisé, principe capable de conditionner la spécificité sérologique et l'équipement enzymatique des bactéries. Conséquences pour la biochimie de l'hérédité. — MM. **Boivin, Vendrely** et Mme **Lehoult** ont rencontré et étudié un phénomène de transformation de type antigénique et de changement corrélatif d'équipement enzymatique chez les colibacilles. Un germe B, cultivé en présence d'un autolysat d'un autre colibacille A, s'aligne sur A au double point de vue de la spécificité sérologique et des propriétés biochimiques. Le principe actif de l'autolysat est un acide thymonucléinique hautement polymérisé. Ce principe ne résulterait-il pas d'une simple « solubilisation » de l'appareil chromosomien rudimentaire de la bactérie inductrice? L'hypothèse est fort vraisemblabe. S'il en était ainsi, il faudrait admettre que les gènes doivent leur spécificité propre non pas à la capsule protéinique, mais à la capsule nucléinique des nucléoprotéides qui les constituent.

— M. **Courrier** présente à l'Académie le livre qu'il vient de publier : *L'endocrinologie de la gestation.*

M. G.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

20 Novembre 1945.

Forme fébrile primitive de l'œdème pulmonaire aigu. — MM. **C. Lian** et **Chadoutaud** rappellent que l'œdème pulmonaire aigu peut, rarement d'ailleurs, être accompagné par de la fièvre, soit par infection secondaire, soit qu'il s'agisse d'un œdème aigu compliquant un infarctus du myocarde ou de la forme œdémateuse pulmonaire aiguë de certaines pyrexies comme la grippe. Ils rapportent une observation dans laquelle la fièvre ne correspondait à aucune de ces modalités ; un hypertendu a présenté à deux semaines d'intervalle trois crises d'œdème pulmonaire avec fièvre coïncidant avec le début des accès dont elle précédait largement l'acmé. Il s'agissait donc d'une forme fébrile primitive rappelant la forme fébrile de la tachycardie paroxystique essentielle décrite par l'un d'eux. Dans ces deux éventualités, le trouble thermique n'est qu'une des multiples perturbations nerveuses de l'organisme contemporaines du déséquilibre vaso-moteur arythmique.

Accroissement de la valeur nutritive du pain par addition aux farines des albumines du lait. — M. **M. Renaud** pense que pour porter à un taux suffisant la ration azotée, on pourrait ajouter aux farines de la caséine des laits écrémés ou des albumines des petits laits des fromageries ; des expériences faites en 1939 avaient donné des résultats très satisfaisants ; les levures se développent bien ; on obtient une belle ouverture à la cuisson et une torréfaction dorée de la croûte ; la saveur du pain est fine. L'addition au pain des albumines du lait mériterait de devenir pratique courante.

Un microscope électronique français. — M. **P. Lépine** rappelle que l'optique électronique doit beaucoup aux théoriciens français ; mais du fait de la guerre, notre pays s'était trouvé en retard pour les réalisations. Un microscope du type électrostatique a été construit par Bruck et Grivet pour l'Institut Pasteur, avec l'appui du Conseil national de la recherche scientifique et du Ministère de la Production industrielle. Les images obtenues sont inscrites sur un film cinématographique ; elles ont un grossissement électronique de 5.000 qu'un agrandissement optique peut porter de 15.000 à 50.000 diamètres ; le pouvoir séparateur est de 10 millimicrons et la qualité des images excellente.

Election d'un membre titulaire dans la 1re section (Médecine). — Sont classés : en première ligne, **M. Touraine**, en deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. **Chabrol, Donzelot, Leroux, Pruvost** et **Louis Ramond** ; adjoints par l'Académie, MM. **Barbé, Chevallier** et **Lian.**

M. **Touraine** est élu au premier tour par 47 voix contre 4 à M. Chabrol, 3 à MM. Chevallier, Donzelot et Ramond, 1 à MM. Barbé, Lian et Pruvost.

LUCIEN ROUQUÈS.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

21 Novembre 1945.

La plastie de muscle en chirurgie thoracique. — M. **M. Iselin** (Paris). M. **Baumgartner**, rapporteur. Les plasties musculaires doivent être utilisées pour le traitement de fistules persistant après interventions pleuro-pulmonaires. Leurs indications sont données par les cavités pleurales résiduelles, les fistules bronchocutanées complètes et les séquelles de pneumotomie pour abcès pulmonaires. Après dissection de l'orifice fistuleux, l'auteur ferme le trajet par un lambeau musculaire prélevé sur les muscles voisins. La peau est ensuite suturée sur du septoplix au dessus de la plastie en ménageant un orifice de drainage. Trois fistules broncho-cutanées complètes, 3 cavités pleurales résiduelles, 18 séquelles de pneumotomie ont été ainsi traitées de 1938 à 1945. Dans ce dernier cas, 12 guérisons ont été rapides. 6 ont demandé près de 6 mois. Il y a eu quelques exemples de shock dus vraisemblablement à l'existence d'un abcès profond derrière la cavité résiduelle.

Ce procédé permet donc la guérison de cas rebelles à une fermeture spontanée. Mais il faut l'employer le plus tôt possible. L'auteur le fait avant la 6e semaine. En somme, l'abcès pulmonaire doit être incisé vers la 6e semaine après sa constatation et l'orifice obturé par plastie avant que 6 autres semaines se soient écoulées. Le rapporteur défend cette conclusion en indiquant simplement que le terrain modifie parfois un peu les indications du procédé.

Invaginations successives du côlon et du grêle ayant nécessité deux interventions. — MM. **Dubois-Roquebert** et **Rocquigny**. M. **d'Allaines**, rapporteur. Les auteurs présentent une observation curieuse dans laquelle, après désinvagination d'une intussusception du gros intestin et pexie du côlon, se produisit une nouvelle invagination sur le grêle. La guérison suivit la deuxième intervention.

Récidives après ablation du rectum cancéreux avec conservation du sphincter. — M. **Denis**. M. **R. Bernard**, rapporteur. L'auteur a rassemblé 40 cas de néoplasmes rectaux traités par résection abdomino-sacrée ou sacrée avec conservation du sphincter. Il a eu 6 récidives et a pu trois fois faire une amputation itérative du rectum. Il discute les conditions d'apparition de ces récidives et montre qu'elles surviennent toujours en cas de cancer bas situé et dans l'atmosphère celluleuse périrectale. Cependant la méthode lui paraît à conserver dans un grand nombre de formes.

— M. **d'Allaines** a fait 104 opérations conservatrices de ce genre avec 2 récidives locales dans des cas où il n'avait pu dépasser la tumeur en bas d'au moins 5 *cm*. Il cite des statistiques étrangères qui sont en faveur du traitement conservateur. A condition qu'on puisse dépasser la limite inférieure de la tumeur de plus de 5 *cm*., les résultats sont bons. Cependant il faut se souvenir que les envahissements vers le bas sont toujours tardifs, sans doute lorsque les lymphatiques supérieurs sont déjà bloqués par l'infiltration néoplasique. En fait, près de 60 à 70 pour 100 des cancers rectaux sont situés à plus de 8 *cm*. de l'anus et permettent donc la conservation. Celle-ci ne donne pas toujours les résultats attendus, la suture de la muqueuse colique à la peau étant médiocre.

La pneumotomie en un temps. — M. **M. Iselin**. M. **Quénu**, rapporteur. De 1938 à 1945, l'auteur a opéré 45 malades atteints d'abcès pulmonaires par une technique qui ne comprend qu'un seul temps. Résection costale minime, repérage de la zone d'adhérence pleurale, abord de l'abcès, pneumotomie, tamponnement. Il voit à ce procédé les avantages suivants : on évite la poussée pneumonique qui suit souvent le premier temps ; on voit mieux la zone où la plèvre adhère spontanément ; les lésions demeurent bien là où elles ont été repérées par les examens préalables. Il peut arriver cependant qu'on traverse la plèvre soit accidentellement, soit volontairement pour retrouver mieux la zone d'adhérence. Dans ces cas, le pneumothorax créé doit être exsufflé. Il utilise la loco régionale : une incision variable, le plus souvent postérieure ou axillaire. Après résection minime agrandie dès qu'on a repéré le toit de l'abcès par la palpation ou l'aiguille, la pneumotomie est faite au bistouri électrique. Il est indispensable de penser à la fréquence des abcès multiples : les 45 malades ont subi 54 pneumotomies.

Les résultats sont fonction immédiate de la précocité de l'intervention. Il y a eu 11 morts sur 45 malades dès la pneumotomie (1 fois), par cachexie suppurative (5 fois), par hémorragie secondaire (3 fois). Les 34 survivants se divisent en : guéris spontanément (14), guéris après plastie musculaire (19), 1 a subi une lobectomie.

Les statistiques étrangères homogènes montrent que la précocité du diagnostic et de l'intervention améliore sensiblement ces chiffres. Au Mount-Sinaï Hospital, 170 cas avec seulement 4 morts. Mais il faut opérer le plus tôt possible après la constatation de l'abcès, les meilleurs résultats étant obtenus chez les suppurants jeunes.

Aiguille de couturière enlevée d'un rein. — M. **Œconomos** (Athènes). Cette curieuse observation concerne la migration d'une aiguille de couturière qui, avalée par mégarde, traversa le duodénum puis la grande cavité pour venir se ficher dans le rein droit. Ce sont les signes rénaux qui attirèrent l'attention et permirent une radio démonstrative. L'opération fut malaisée par voie lombaire, le rein fixé par de la périnéphrite ne put être enlevé. Il fallut faire une incision antérieure qui permit l'ablation du corps étranger. Deux cas analogues ont été retrouvés dans la littérature.

— M. **le Président** remercie M. Œconomos de sa communication et rappelle en quelques mots la parenté des cultures grecque et française.

JEAN CALVET.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

16 Novembre 1945.

Une petite épidémie humaine d'infection à « leptospira canicola ». Premier cas. — M. **M. Bolgert**, Mme **Kolochine-Erber** et M. **E. Noël**. Infection à début brusque hautement fébrile, accompagnée au début de tuphos avec délire, d'un érythème morbi iforme passager, d'hypotension artérielle considérable, d'albuminurie avec hyperazotémie, d'un foie un peu gros avec subictère léger et survenu chez un homme de 52 ans vivant au contact de 4 chiens. Un séro-diagnostic pour *L. canicola* s'avère très fortement positif. L'évolution marquée par trois recrudescences fébriles suivies d'une chute très lente en lysis de la température ainsi que par la persistance d'une azotémie progressivement dégressive a duré près de 9 semaines.

Une petite épidémie humaine de « L. canicola ». Forme grippale et forme typhoïde de la leptospirose — M. **M. Bolgert**, Mme **Kolochine-Erber**, M. **E. Noël** et M. **P. Sigwalt**. Description de deux autres cas de *L. canicola*. L'un, à type grippal avec congestion œdémateuse de la base droite, concerne la femme du malade précédent ; il fut marqué dans les semaines qui suivirent la guérison d'une alopécie totale transitoire. L'autre ayant débuté par de la fièvre avec courbatures et insomnies évolue avec des signes abdominaux et des épistaxis à répétition, s'observe chez une femme qui avait acquis l'un des chiens de l'observation précédente. Dans les deux cas le séro diagnostic pour *L. canicola* était fortement positif.

Infection humaine et canine par « L. canicola ». Considérations sérologiques et épidémiologiques. — Mmes **B. Kolochine-Erber** et **Collombier**. Etude des réactions sérologiques des trois malades précédents et des chiens contaminateurs, dont deux présentaient une leptospirurie. Les auteurs insistent sur la fréquence des co agglutinines à taux élevé pour *L. icterohæmorragiæ* et *L. canicola*, d'où l'intérêt de l'épreuve de la saturation des agglutinines et surtout de la recherche de la lyse spécifique. La constatation actuelle d'infection à *L. canicola* serait liée d'une part à l'application des considérations sérologiques précédentes, d'autre part vraisemblablement aux déplacements récents de populations qui ont contribué à disséminer la maladie.

Un aspect larvé du cancer bronchique : l'abcès pulmonaire de la cinquantaine. — MM. **P. Ameuille**, **J.-M. Lemoine** et **J. Fauvet** insistent sur la nécessité qu'il y a à examiner par endoscopie les bronches de sujets atteignant ou dépassant la cinquantaine, chez lesquels on découvre un abcès pulmonaire. S'il s'agit d'individus du sexe masculin, on découvre, une fois sur deux, un cancer dans la bronche qui commande l'abcès.

D'autre part, l'abcès pulmonaire des gens âgés est assez souvent curable et la bronchoscopie peut en amener la guérison rapide. Ils rapportent des cas types de l'une et l'autre éventualité.

Pneumothorax spontanés bilatéraux successifs et anthraco-silicose. — M. **J. Mézard** (Aurillac) rapporte une observation de pneumothorax spontané bilatéral successif, chez un mineur de charbon. Le second pneumothorax est apparu alors que le malade ne travaillait plus au fond depuis 2 ans. Le rôle de la silicose paraît indéniable.

A propos d'un cas d'asthme mortel. — MM. **Do[...] Ghali** et **F. Couder** rapportent l'histoire d'un cas d'asthme récidivant qui se termina par un état de mal progressivement aggravé.

Devant l'échec de tous les traitements héroïques, et l'imminence du danger, une ponction lombaire pratiquée amena immédiatement la sédation de la crise. Celle-ci fut remplacée par une céphalée atroce qui obligea à réintroduire quelques centimètres cubes d'air. La céphalée disparut, mais l'asthme reprit et la malade finit par succomber.

A l'autopsie on trouva, non pas des lésions bronchiques avec hypercrinie, nom devenu classique, mais une vaso-dilatation intense du parenchyme pulmonaire et l'obstruction, par bouchons muqueux, de quelques groupes de bronchioles sus-lobulaires.

Une épidémie de stomatites à l'Armée. — M. **Ravina** signale la fréquence des stomatites observées dans l'armée au cours des campagnes d'Alsace et d'Allemagne, ainsi que parmi les troupes d'occupation. Ces stomatites ont prirent par moments une véritable allure épidémique. La nature de ces stomatites reste très difficile à préciser. D'abord attribuées à des carences vitaminiques, elles semblent plus vraisemblablement relever dans la majorité des cas, d'une étiologie infectieuse.

— M. **Hallé** a observé une épidémie intense de stomatite pendant la guerre de 1914-1918 sur des prisonniers ayant parcouru toute l'Europe. Les lésions fréquemment guérissaient en se transformant en leucœ[...]

lasies. Il rappelle les épidémies graves observées jadis par Bretonneau parmi les troupes avec des formes sévères pouvant se terminer par la mort.

— M. **Brouet** a observé dans la Nièvre une épidémie qui a débuté dans la population civile. La durée moyenne des cas était de 3 semaines. Dans un cas intense, la pénicilline a donné en 24 heures un succès.

— M. **Costedoat** a vu des cas de stomatite un peu partout en France. On ne peut invoquer aucun rapport avec les carences alimentaires. Il a noté une association assez fréquente avec des fuso-spirilles.

— M. **Gounelle** a pu étudier à fond 12 malades dans l'épidémie qu'il a rapportée. Il a trouvé fréquemment l'association fuso-spirillaire. Il rappelle les épidémies observées jadis dans l'armée par Bergeron sur les troupes revenant d'Italie.

— M. **Flandin**, dans la région avallonnaise, a toujours trouvé l'association fuso spirillaire. Il incrimine l'action nocive du « tabac de paysan » non traité. Quelques gouttes d'eau de javel en bains de bouche ont donné une guérison très rapide.

— M. **Turiaf** invoque à l'origine de ces stomatites le manque d'hygiène dentaire. La vitamine PP ne lui a pas donné une guérison très rapide.

— M. **Rist** incrimine également cette étiologie.

P.-L. Marie.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE EXOTIQUE

11 Octobre 1945.

Cinq cas de peste pulmonaire primitive traités par les sulfamides, guérison de 3 cas. — MM. **A.-H. Roux** et **C. Mercier** ont traité, à l'hôpital civil d'Oran, 5 cas de peste pulmonaire primitive par les sulfamides (sulfathiazol. 65 g. en 8 à 15 jours), la guérison a été obtenue chez 3 malades, 2 d'entre eux, un aumônier de 36 ans à état général déficient et un homme adulte, traité tardivement, sont morts. La proportion des malades guéris dans cette infection à pronostic mortel contient des promesses. Le diagnostic de peste pulmonaire a été établi par examen des crachats et inoculation au cobaye.

Sur la détermination du vibrion cholérique par production d'acétylméthylcarbinol. — M. **J. Gallut**, sur un milieu du type bouillon de Ramon glucosé à 5 pour 1.000, a pu déceler dans toutes les cultures des souches de vibrions cholériques authentiques qu'il a éprouvées, de l'acétylméthylcarbinol à des taux de 2 à 60 mg. par litre; la quantité de 108 mg. par litre est un élément de présomption en faveur du vibrion du type el Tor; le dosage de l'acétylméthylcarbinol a été fait par la méthode de Lemoigne par oxydation en diacétyle, distillation et réaction de la nickeldiméthylglyoxime.

Pouvoir infectieux des broyats d'organes réfrigérés ou en putréfaction dans la fièvre récurrente à « Spirochæta persica ». — M. **M. Bourgain** établit expérimentalement chez le cobaye que la virulence de *S. persica* persiste pendant 7 jours dans les organes réfrigérés entre — 3 et 8 degrés, les organes plus putréfiés conservés entre 12 et 18 degrés restent virulents après 90 heures; entre — 15 et — 20 degrés, la conservation de la virulence n'atteint pas 48 heures. Il en résulte que la manipulation de cadavres d'animaux peut être une source de contamination, que l'isolement du virus peut être fait à partir d'organes d'animaux morts, et que la réfrigération est un moyen pratique de conservation de matériel infectieux.

Sur la classification des formes de lèpre en lèpre cutanée et lèpre tuberculoïde. — M. **J. Tisseuil** dans sa classification de la lèpre en lèpre cutanée et lèpre tuberculoïde se base sur l'examen de dizaine de milliers d'indigènes, il estime qu'il y a intérêt à adopter une classification en lèpre cutanée 1, 2, 3, suivant la période du cycle et en lèpre tuberculoïde 1, 2, 3, suivant l'extension des lésions, soit 6 symboles au total au lieu de 30 à 40 proposés par A. Dubois; cette classification respecte les données classiques et ne répond qu'à un besoin d'ordre.

— M. **R. Montel** estime que la classification de M. Tisseuil ne tient pas compte des cas de lèpre neurale pure, sans lésions cutanées, sans taches et sans macules, ces formes représentent 70 pour 100 des cas dans les statistiques de R. Montel, alors qu'elles sont niées par J. Tisseuil. En général, les auteurs sont d'accord sur l'existence de la lèpre neurale et cette forme doit être maintenue.

L'action préventive de la diamidino-diphénoxypentane sur les trypanosomoses du rat et du lapin. — M. **L. Launoy** montre que dans la trypanosomose à *T. brucei* et à *T. evansi* du rat et du lapin, une dose de 0 g. 005 de diamidino-diphénoxypentane injectée sous la peau du rat rend l'animal réfractaire pendant 100 jours environ contre *T. brucei*; il s'agit d'une prophylaxie chimique. Pour *T. evansi*, il faut une dose de 0 g. 025 pour 100 g. pour assurer une protection d'environ 30 jours, cette dose subtoxique ne correspond plus à une prophylaxie chimique. Chez le lapin, l'administration intramusculaire d'une dose de 0 g. 05 à 0 g. 06 par kilogramme protège celui-ci pendant 15 jours contre *T. evansi*.

Recherches sur la nutrition des Réduvidés hémophages. — M. **P. Nicolle** et Mme **M. Lwoff**, continuant leur étude de la nutrition du Réduvidé hémophage *Triatoma infestans* soumis à l'alimentation artificielle, sont parvenus à obtenir un développement complet de la fécondité des femelles et la fertilité des œufs, au moyen de sérum de cheval additionné des vitamines B 1, B 2, C, PP, de l'hémine et de l'acide pantothénique.

Influence du perfectionnement alimentaire sur le développement de l'organisme. — M. **A. Gauducheau** présente un projet d'expérience pouvant être appliqué aux Primates comme le macaque et le gibbon, ce projet est relatif à l'influence des adultérations alimentaires et des irritations microbiennes sur la nutrition et les défenses naturelles de l'organisme.

R. Deschiens.

SOCIÉTÉS DE PROVINCE

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON

8 Février 1945.

Réintervention dans la période post-opératoire immédiate en chirurgie gastrique. — MM. **R. Desjacques** et **J. Collenet**. 320 opérations gastriques (gastrectomies et gastro), 16 réinterventions. Trois fois pour troubles du transit; 3 guérisons (1 *Circulus vitiosus* après Billroth II. 2 bouchons de muqueuse oblitérant l'anastomose après Billroth II). 5 péritonites : 5 décès. 3 abcès sous-phréniques : 2 guérisons. 5 pleurésies purulentes : 3 guérisons.

Iléus spasmodique post-opératoire de l'intestin grêle guéri par iléostomie après échec des méthodes sympathiques. — MM. **J. Soustelle** et **J. Sournia**. Réintervention sous rachi pour occlusion du grêle, 4 jours après opération pour pyosalpynx. Jéjunum énorme, iléon spasmé sans obstacle intermédiaire, sans péritonite. Echec d'un traitement par rachianesthésies et infiltrations splanchniques. Iléostomie au 5e jour. Guérison.

Périnéphrite tuberculeuse d'origine entéro-péritonéale. — MM. **E. Perrin, R. Labry** et **Sautot**. Lombotomie pour suppuration périnéale tuberculeuse; le rein est sain. Fistule pyostercorale consécutive. Laparotomie : découverte d'une tuberculose entéro-péritonéale latente.

Hernie pulmonaire. — M. **P. Santy** (présentation de malade).

Arthrodèse de la hanche pour coxalgie en évolution. — MM. **P. Mallet-Guy** et **J. Roy** (présentation de malade).

Incarcération prolongée d'un corps étranger dans le duodénum d'un nourrisson. Extraction chirurgicale après 2 mois. — MM. **Guilleminet** et **Monod**.

15 Février.

Le taux d'incapacité des luxations acromio-claviculaires. — M. **L. Tavernier**. Le taux d'incapacité de 0 à 5 pour 100 donné par le barème des accidents du travail et celui des pensions militaires est parfois insuffisant. Le blessé présenté par l'auteur est un exemple d'incapacité importante consécutive à une luxation acromio-claviculaire.

Interventions itératives pendant la période post-opératoire immédiate en chirurgie gastrique. — M. **Ch. Clavel**. La conduite à tenir dans les différentes complications reste discutée.

En cas d'hémorragie digestive post-opératoire lorsque l'ulcère a été laissé en place et que l'hémorragie est abondante, il faut réintervenir pour enlever l'ulcère; lorsque l'ulcus a été enlevé, souvent il s'agit d'hémorragie congestive cédant au traitement médical.

En cas de troubles du transit, la difficulté est de faire le diagnostic entre : obstacle mécanique et obstruction inflammatoire de la bouche. Les premiers relèvent de la réintervention, les seconds de l'aspiration.

Les accidents péritonéaux généralisés commandent la réintervention, les accidents localisés relèvent de l'aspiration.

L'enclouage médullaire dans le traitement des fractures des os de l'avant-bras par projectiles de guerre. — M. **L. Tavernier**. Deux fractures ouvertes du radius, 3 du cubitus, 3 des 2 os, traitées de 20 à 30 jours après l'intervention immédiate faite aux armées. L'enclouage médullaire par broche n'a jamais entraîné de complications ostéomyélitiques; il a permis d'opérer tôt et d'obtenir de bonnes réductions.

Abcès du lobe gauche du foie. — MM. **R. Desjacques, Guigou** et **Beyssac**. Abcès à symptomatologie surtout abdominale avec contracture impliquant une intervention urgente. La radiographie montrait un gros lobe gauche. Le palper, sous anesthésie, confirmant la notion radiographique a conduit à faire une incision transrectale gauche. Les examens bactériologiques et parasitologiques sont tous restés négatifs.

Interventions pour grandes hémorragies gastriques en période d'hémorragie. — M. **Ch. Clavel**. 17 opérations pour hémorragies graves répétées avec anémie intense. 11 guérisons. Lorsque le diagnostic d'ulcère est indiscutable, l'indication opératoire est formelle. La gastrectomie est le meilleur traitement de l'érosion artérielle. Les hémorragies de stase des grandes sténoses relèvent de la gastro-entéro-anastomose. A la première hématémèse, lorsque le diagnostic étiologique est incertain, l'opération est discutable.

Interventions pour grandes hémorragies gastriques en période d'hémorragie. — MM. **R. Desjacques** et **J. Collenet** sont partisans de l'intervention systématique dans les grandes hémorragies gastriques. 12 opérés en état d'anémie impressionnante (9 ulcères, 1 gastrite, 2 stases) : 6 guérisons dont 4 pour des érosions artérielles. Les indications opératoires ne doivent être basées ni sur les antécédents cliniques, ni sur les signes radiologiques, ni sur les constatations opératoires, car même la gastrotomie peut laisser passer l'ulcère qui saigne. La gastrectomie doit être réalisée dans tous les cas dès que la malade commence à saigner. Si l'état général est déplorable, l'hémostase du point qui saigne pourra être tentée. Quant aux hémorragies de stase, elles sont justiciables d'une dérivation.

22 Février.

Brochage transacromio-claviculaire pour disjonction. — MM. **Guilleminet** et **Duroux**. Excellent résultat chez un homme jeune, broche laissée en place. L'ankylose de l'articulation acromio-claviculaire est sans conséquence fâcheuse.

Violentes hémorragies après myomectomies liées à la persistance d'un gros polype intracavitaire. — MM. **A. Chalier** et **P. Convert**. (Discussion M.-E. **Pollosson**.) Métrorragies graves chez une femme de 45 ans, 9 mois après l'ablation, par myomectomie, de 3 myomes et l'énucléation de kyste folliculaire dans chacun des ovaires. Hystérectomie sus-vaginale avec conservation de l'ovaire gauche. Découverte sur la pièce d'un gros polype intra-utérin.

La chirurgie dans le traitement des « néphrites » unilatérales. — MM. **J. Cibert, J. Perrin** et **F. Rolland**. Sur 30 observations de néphrites chroniques avec hypertension, traitées chirurgicalement par les auteurs, deux fois ont été mises en évidence des lésions de « néphrite » unilatérale. Dans les 2 cas, un rein était atrophié et présentait des lésions histologiques. Dans l'une des observations, le résultat se maintient excellent depuis 4 ans (du côté malade : décapsulation, splanchnicectomie, ablation du ganglion aortico-rénal; du côté sain : splanchnicectomie et ablation du ganglion aortico-rénal). La néphrite unilatérale semble favorable au traitement chirurgical. L'urographie intraveineuse systématique au cours des néphropathies permet de déceler cette forme particulière.

Pierre Marion.

SOCIÉTÉ MÉDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

3 Juillet 1945.

Atrophie hypophysaire antérieure à forme œdémateuse. Cirrhose hépatique et néphrite chronique. — MM. **L. Langeron, P. Giard** et **V. Nolf** apportent l'observation anatomo-clinique d'une malade chez laquelle un tableau clinique, surtout œdémateux, autorisait le diagnostic de cirrhose hépatique. L'autopsie montra bien cette cirrhose, mais en plus une atrophie à peu près complète de l'hypophyse antérieure, de la sclérose thyroïdienne et des lésions de néphrite chronique. Les auteurs discutent les problèmes soulevés par cette observation, problèmes auxquels il est difficile d'apporter une solution, les documents faisant à peu près défaut, et ces constatations ne paraissent guère avoir été encore faites, mais dont le seul exposé montre bien l'importance qu'il faut de plus en plus accorder à l'hypophyse, non seulement en endocrinologie, mais aussi en pathologie.

Hirsutisme et hypertension artérielle. Tumeur cortico-surrénale; extirpation et mort par insuffisance surrénale en l'absence d'autre surrénale. Tumeurs surrénales et hypertension artérielle. — MM. **L. Langeron, A. Fournier** et **V. Nolf** apportent l'observation anatomo-clinique d'une malade atteinte d'hirsutisme avec hypertension artérielle; la pyélographie ayant montré une image anormale à droite, l'intervention fit découvrir une tumeur surrénale que l'histologie caractérisa comme un adénome bénin. La malade mourut 11 jours après, avec le tableau d'une insuffisance surrénale expérimentale et l'autopsie ne permit pas de mettre en évidence de surrénale de l'autre côté. Les auteurs discutent quelques-uns des points soulevés par cette observation et exposent les rapports généraux des tumeurs surrénales avec les hypertensions artérielles.

Maladie d'Addison traitée par implantation sous-cutanée de cristaux d'acétate de désoxycorticostérone. — M. **R. Brocard** (Langres). Homme de 43 ans présentant une maladie d'Addison typique, avec hypotension et asthénie très importante, améliorée par le syncortil et les comprimés de laroscorbine. Sur les indications du Prof. de Gennes, l'auteur pratique une implantation sous-cutanée d'hormone cortico-surrénale de synthèse (10 « pellets » de 125 mg. d'acétate de désoxycorticostérone Roussel). Dès le lendemain, en l'absence de tout autre traitement, la tension remonte et le malade peut bientôt reprendre ses occupations. Devant un nouveau fléchissement de la tension, une nouvelle implantation est faite, 13 mois après la première.

L'auteur insiste sur les avantages de cette méthode qu trouvera certainement des applications précieuses, non seulement pour le traitement de la maladie d'Addison mais pour celui des autres insuffisances endocriniennes.

Variations du point de congélation du sérum sanguin au cours des crises convulsives spontanées et provoquées. — MM. **A. Le Grand** et **J. Cornavin** montrent que l'abaissement du point de congélation du sérum sanguin, qui atteint en moyenne 12.16 pour 100 après la crise due à l'électro-choc, ne doit pas être considéré comme un élément constituant du syndrome diencéphalique décrit par Delay et Soulairac, mais tout simplement comme un phénomène banal, d'origine périphérique, dû aux modifications du métabolisme musculaire engendrées par la crise.

NOTES
DE MÉDECINE PRATIQUE

PUBLIÉES PAR LES SOINS DE L. ROUQUÈS

Incidents et accidents des injections intra-veineuses de sulfate de cuivre

On sait combien est devenu banal et de pratique courante l'emploi des solutions de sulfate de cuivre, en injections intraveineuses quotidiennes, dans le traitement des diverses pyodermites, des brûlures, des dermatoses suintantes et aussi dans celui des suppurations, des états infectieux, notamment pendant et après la grossesse. Certains incidents et accidents, malheureusement imprévisibles, dont quelques-uns graves, ont cependant été signalés de loin en loin ; plusieurs ont été publiés récemment. Ils doivent faire apporter quelque réserve à la « tolérance parfaite », à l'« aucune toxicité » qu'affirme une préparation spécialisée, bien connue, de sulfate de cuivre.

INCIDENTS. — Il n'est pas très rare que l'injection intraveineuse, si correctement et si lentement qu'elle ait été faite, soit suivie immédiatement d'une *douleur* légère ou vive, parfois violente et même syncopale, au niveau de la piqûre ou plus ou moins loin en aval, le long de la veine. Cette douleur s'atténue rapidement, généralement sans séquelles, quelquefois en laissant une induration temporaire du cordon veineux qui peut rendre malaisées ou impossibles les injections ultérieures. Quelques praticiens ont remarqué qu'un tel incident s'observait volontiers par séries, avec certains échantillons de sulfate de cuivre plus qu'avec d'autres.

Plus exceptionnelle est la « *réaction inflammatoire violente*, avec rougeur et infiltration qui se termine par une sclérose totale d'une portion de la veine » en aval de la piqûre et dont Lépinay a apporté plusieurs exemples.

Déjà plus grave est la sensation immédiate et passagère d'*ischémie*, de froid, d'engourdissement de tout ou partie de la main, de l'avant-bras qui n'a été signalée dans plusieurs cas, et, dans l'un d'eux, après chaque injection. On peut constater un peu d'œdème. Mais tout rentre dans l'ordre en quelques heures, en trois ou quatre jours au plus.

ACCIDENTS. — Réalisant le degré ultime de la progression des incidents précédents est la *gangrène* étendue de la main et de l'avant-bras après une injection intraveineuse de sulfate de cuivre du même côté, quoique celle-ci ait été pratiquée correctement par des opérateurs exercés. J'en connais au moins 4 observations indiscutables.

Aussitôt après l'injection, le malade se plaint d'une douleur vive et même syncopale (Okrôs) au lieu de la piqûre, puis à distance, dans la main ou le long de l'avant-bras. Le membre devient blanc, douloureux, avec sensation de froid, de constriction, d'immobilisation, avec impotence absolue et insensibilité à la palpation, sans autre signe que, parfois, la petitesse du pouls. Le soir ou le lendemain apparaît, en marbrures ou en plaques, un œdème violacé ou brun, froid, souvent accompagné de phlyctènes, petites ou grandes. Peu à peu, en deux à cinq jours, se développe progressivement une gangrène humide, à érosions puis à larges plaques sphacéliques qui s'étendent les jours suivants sur les doigts, la main, s'y cantonnent ou gagnent l'avant-bras pour s'arrêter au-dessous du pli du coude. Les progrès de la nécrose, de la suppuration, de la température, l'aggravation de l'état général commandent enfin, six à vingt jours après l'injection, l'amputation du membre en peau saine. Dès lors, d'après les 4 cas que je connais en détail, la guérison se fait rapidement, en quelques jours.

*
* *

Quelle explication donner à ces incidents et accidents, au surplus très rares eu égard au nombre considérable des injections qui ont été pratiquées un peu partout ?

1° L'injection accidentelle dans une artère humérale anormalement très superficielle et plaquée contre la veine a été accusée dans le cas d'Okrôs. Cette anomalie anatomique a fait débouter le malade de sa plainte en dommages et intérêts; on a du reste constaté, à la dissection, une thrombose de l'artère.

Mais, dans d'autres observations (Lépinay, etc.), l'injection paraît avoir été strictement intraveineuse, sous d'excellentes conditions opératoires et dans des veines d'accès net et facile.

On sait d'ailleurs depuis longtemps que la gangrène d'un membre peut être d'origine exclusivement veineuse, les artères restant normales. Audier et Haimovici, Dionisi (1938), O. Meyer (1940) ont remis récemment cette question à l'ordre du jour en citant plus d'une vingtaine d'observations françaises et étrangères, dans lesquelles la gangrène était le fait d'une thrombose veineuse initiale, d'étiologie variée, sans aucune lésion des artères.

2° Il est possible, aussi, que cette thrombose veineuse soit due à des impuretés dans la solution de sulfate de cuivre. Leur existence a été vérifiée par Lépinay dans les séries d'ampoules qui avaient déterminé des accidents chez plusieurs de ses malades et non dans d'autres séries qui, elles, avaient été parfaitement tolérées. Dans un cas récent, ces impuretés avaient formé un dépôt brunâtre dans l'ampoule et ont été chimiquement identifiées comme étant un sel de fer anormalement présent dans la solution. Il importe donc d'exiger que le sulfate de cuivre utilisé soit « chimiquement pur ».

Cependant des incidents déjà sérieux d'ischémie m'ont été signalés après emploi d'une préparation spécialisée, bien connue, de sulfate de cuivre, destinée à la voie intraveineuse et qui, de ce fait, doit avoir été l'objet d'une attention particulière.

3° Une troisième explication me paraît au moins aussi plausible que les précédentes. Nombreuses et variées sont les causes qui peuvent déterminer une phlébite légère ou grave, avec thrombose veineuse (voir, notamment, le travail d'Audier et Haimovici). Parmi elles, il faut retenir les traumatismes externes (par exemple, gangrène après le passage d'une roue sur la jambe, dans une observation de Gutzeit, avec intégrité constatée des artères), les injections intraveineuses d'un produit irritant pour l'endoveine (novarsénobenzol, fontarsan, bromure de calcium, quinine, etc. : injections sclérosantes des varices, hémorroïdes, etc.: gangrènes d'origine strictement veineuse après injection de somnifène, de sérum de Normet dans les cas de Wertheimer et Frieh: transfusion sanguine dans ceux de Gaillard, d'Audibert, etc.). Il faut donc ajouter le sulfate de cuivre à cette liste, ainsi qu'en témoignent les incidents et accidents rapportés.

Même légère, latente, une phlébite peut être le point de départ d'une thrombose par gangrène secondaire ainsi que le démontrent les recherches d'O. Meyer. Si, par surcroît, le sulfate de cuivre est impur et, de ce fait, plus irritant, ou si l'injection déclenchante est faite dans un segment déjà atteint par la minime phlébite d'une injection antérieure (comme il semble que cela ait été le cas dans la plupart des observations d'incidents ou accidents par le sulfate de cuivre), on comprend qu'une thrombose extensive ou massive se produise en amont de la piqûre. Ajoutons que c'est de ce même côté que peuvent arriver les agents infectieux issus de la pyodermite ou en circulation dans le sang pour renforcer le processus inflammatoire de la phlébite traumatique initiale et de la thrombose secondaire. Peut-être enfin le tout est-il favorisé par un état constitutionnel de fragilité de l'endoveine, individuel ou héréditaire, au nom duquel on voit certains sujets ou certaines familles particulièrement frappés par les phlébites.

Les incidents et les accidents des injections intraveineuses de sulfate de cuivre sont donc rares, presque toujours bénins et passagers; il est très exceptionnel qu'ils deviennent extensifs et graves. Pour eux comme pour maints autres, la question se pose, une fois de plus de décider si l'on doit renoncer au bénéfice de médicaments utiles, voire indispensables, qui ont longuement fait leur preuve, en raison d'accidents certes déplorables mais de haute rareté et qu'aucune faute de technique ne permet de prévoir.

A. TOURAINE.

BIBLIOGRAPHIE

AUDIER et HAIMOVICI : *La Presse Médicale*, 21 Septembre 1938, n° 76, 1403. — DIONISI : *Thèse Marseille*, 1938. — GUTZEIT : *Münch. med. Woch.*, 1936, 2e sem., 1628. — LÉPINAY et TESTOT FERRY : *Maroc médical*, 1943, nos 232 et 237. — MEYER : *Münch. med. Woch.*, 1940, 1er sem., 581. — OKRÔS : *Dermatologica*, Mars 1939, 79, n° 3, 137. — — WERTHEIMER et FRIEH : *La Presse Médicale*, 22 Juin 1938.

La téléroentgenthérapie de la fièvre de Malte

Préconisée par Denier et par Dufour, cette méthode vient d'être utilisée avec un plein succès par M. Aimard [1]. Un cultivateur délivre, le 4 Février, une vache qui vient de faire un avortement épizootique; au début de Mars, il se sent fatigué: au début d'Avril, fiévreux, abattu, il doit cesser son travail; la température, prise à partir du 17 Avril, oscille entre 38° et 39° et atteint 39°5 à la fin de Mai; le sérodiagnostic pour le *B. melitensis* est positif au millième.

Le malade est soumis à la radiothérapie dans les conditions suivantes: corps divisé en 2 champs antérieurs et 2 postérieurs, irradiations à 1 *m.* 50 sous 200 kv., filtration : 10/10 Cu + 20/20 Al, 25 *r* par séance sur chacun des 2 champs antérieurs ou des 2 champs postérieurs; du 31 Mai au 24 Juin, une dose totale de 100 *r* est donnée sur chaque champ. Dès le dixième jour du traitement la défervescence commence, l'apyrexie est complète le quatorzième jour et le malade reprend rapidement son travail, sans présenter l'asthénie prolongée si fréquente au cours de la convalescence de la maladie.

Quelques réserves nous paraissent pouvoir être faites sur la possibilité d'une rechute ou de complications tardives, l'observation ayant été publiée avec un recul assez bref (le 12 Août); mais le résultat immédiat est assez net pour être retenu d'autant plus que, d'après l'auteur, tous les cas traités par la radiothérapie réagiraient aussi bien.

LUCIEN ROUQUÈS.

1. J. AIMARD : Un cas de fièvre de Malte traité par la téléroentgenthérapie. *Centre Médical*, 1945, 51, 143-145.

NÉCROLOGIE

Félix Jayle

(1866-1945)

La mort vient de frapper un de nos plus anciens collaborateurs, un des deux derniers survivants de l'équipe que de Lavarenne avait réunie et qui, à la fin de l'année 1893, fit paraître le premier numéro de *La Presse Médicale*. F. Jayle était alors interne des hôpitaux; de Lavarenne le choisit comme secrétaire particulier et il s'acquitta si bien de ses délicates fonctions qu'en Octobre 1896 on le nomma secrétaire de la rédaction et en 1899 on lui donna une place au Comité directeur. Ainsi, depuis cinquante-deux ans, nous avons constamment travaillé l'un près de l'autre, unissant nos efforts, échangeant nos idées, partageant la joie de voir notre journal, si modeste à ses débuts, prendre une importance et une extension de plus en plus grandes. On comprendra donc la profonde émotion que j'éprouve en venant dire un dernier adieu à celui qui fut, pendant un demi-siècle, le plus dévoué des amis et le plus précieux des collaborateurs.

Félix Jayle naquit à Paris le 1er Juillet 1866. Pendant le siège, sa famille eut beaucoup de peine à s'alimenter et les privations qu'elle subit entraînèrent la mort de sa mère et compromirent gravement sa propre existence. Sur le conseil de Legrand du Saule, il fut emmené en Auvergne, la terre natale de ses ancêtres, où il ne tarda pas à se remettre et où il acquit une forte et robuste santé. Il y fit ses études secondaires, d'abord au petit séminaire de Saint-Flour, puis au lycée de Brive. Il ne revint à Paris que pour commencer ses études médicales qu'il poursuivit avec le plus grand succès, car, en 1890, il fut nommé interne des hôpitaux. Un de ses chefs exerça sur son avenir une influence décisive. Ce fut Samuel Pozzi, le maître de la gynécologie française, dont, pendant vingt-cinq ans, il fut l'assistant et le collaborateur et dont il dirigea le service de clinique à l'Hôpital Broca: en 1902, il y organisa un cours de perfectionnement, le premier cours payant fait dans une clinique de la Faculté.

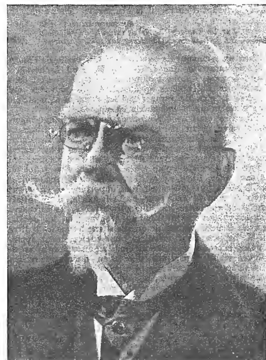
C'est à la suite de Pozzi que Jayle s'engagea dans l'étude de la gynécologie, qui devait occuper la plus grande place dans son œuvre scientifique. Cette œuvre est considérable. Elle débute par des recherches bactériologiques qui lui permirent d'écrire une thèse fort remarquable sur « Les septicémies péritonéales aiguës post-opératoires ». Pendant cinq ans, de 1910 à 1914, Jayle avait recueilli des observations démontrant que bien des cas de mort après laparotomie, qu'on mettait sur le compte du choc opératoire, étaient dus à une infection péritonéale aiguë et devaient être attribués à une contamination par les mains du chirurgien.

Après quelques publications de chirurgie générale, parmi lesquelles je relève le premier cas relaté en France d'entéro-anastomose pour obstruction intestinale aiguë, Jayle a commencé ses recherches de gynécologie qui devaient lui assurer une réputation mondiale.

Je signalerai tout d'abord ses études sur l'ovaire, qui permettent de le considérer comme un précurseur en matière d'hormonologie. Il comprit, en effet, le rôle dévolu aux sécrétions internes de cette glande. *Tota mulier in ovario*, affirmait-il, ce qui le conduisit à préconiser les méthodes opératoires qui permettaient d'éviter l'ovariectomie. Il donna bientôt une plus grande extension à son idée et montra les avantages de la chirurgie systématiquement conservatrice, qu'il s'agisse de l'utérus ou de l'ovaire. Cette conclusion découle logiquement de l'étude qu'il fit des troubles consécutifs à l'extirpation partielle ou totale des organes génitaux ou à leur insuffisance fonctionnelle.

L'insuffisance ovarienne, expression créée par Jayle et devenue classique, relève de causes multiples qu'il a su mettre en évidence et se traduit par des troubles locaux et des troubles généraux, ceux-ci consistant le plus souvent en troubles trophiques. Pour combattre l'insuffisance ovarienne, Jayle eut l'idée de recourir à l'opothérapie. A partir de 1896, il fit ingérer aux opérées et aux malades des ovaires crus, recueillis aux abattoirs. Cette thérapeutique provoquant souvent du dégoût, il eut bientôt recours à des extraits préparés dans des laboratoires et désigna sous le nom d'*ovarine* le produit ainsi obtenu. Ce qui n'est pas moins intéressant, c'est qu'il comprit les relations qui unissent l'ovaire aux autres glandes endocrines et spécialement à la thyroïde. Quelques années plus tard, en 1913, il introduisit en gynécologie la médication hypophysaire.

Les nombreuses opérations qu'il fit au cours de sa carrière le conduisirent à modifier certains procédés opératoires. C'est ainsi qu'il a mis au point l'incision intra-pileuse sus-pubienne, incision esthétique permettant l'extirpation simultanée de l'appendice et d'une partie ou de la totalité des annexes.



(Photo Harcourt.)

F. JAYLE.

Cette opération, qui a l'avantage de ne laisser aucune trace visible, est de plus en plus fréquemment utilisée.

Jayle a aussi fait construire quelques nouveaux modèles d'instruments ainsi qu'un nouveau modèle de table opératoire.

Parmi ses autres travaux de gynécologie, je signalerai ses mémoires sur une tumeur qui se développe dans le ventre de la femme et qui avait déjà reçu diverses dénominations: il créa le mot *solénome*, pour en rappeler la constitution tubulaire, sous forme de tubes épithéliaux.

Quand éclata la guerre de 1914, Jayle, bien que libre de toute obligation militaire, offrit ses services à la 7e direction et fut nommé chirurgien consultant de la 8e Région. Il abandonna sa clientèle pour se consacrer exclusivement au service des blessés. Rentré à Paris en 1917, il devint chirurgien de l'hôpital 35 de la Croix-Rouge et fut chargé d'organiser un service gynécologique pour les soins à donner au personnel féminin des usines.

L'esprit curieux de Jayle le porta à étudier diverses questions médicales et paramédicales, s'attachant spécialement à établir des historiques exacts. Il publia aussi plusieurs livres, entre autres un *Glossaire médical*, en collaboration avec Landouzy (1902); la 4e édition du *Traité de Gynécologie de Pozzi* (1904-1907); une *Anatomie morphologique de la femme* (1918), superbe publication ornée de 530 figures; il préparait depuis dix ans une *Histoire de la chirurgie* et avait déjà commencé l'impression de la première partie, consacrée à l'*Asepsie;* il en corrigeait les épreuves quand la mort est venue interrompre son travail.

Pour importantes qu'elles soient, les recherches scientifiques de Jayle ne constituent qu'une partie de son œuvre et n'ont pas suffi à satisfaire les exigences de sa débordante activité. Dès le début de sa carrière médicale, il s'intéressa aux questions professionnelles. Il fut le premier médecin, sorti de l'internat, qui s'inscrivit à un syndicat, le Syndicat des Médecins de la Seine et il ne tarda pas à y prendre une place importante. Il réussit à établir des relations cordiales entre des groupements médicaux que des erreurs de principe ou de vieux préjugés avaient éloignés; il fit créer un banquet annuel, présidé alternativement par un professeur ou un médecin des hôpitaux et par un médecin praticien. Le premier banquet eut lieu en 1921 et, sur sa proposition, on me fit l'honneur de m'en confier la présidence. A peine si j'ai besoin de rappeler le rôle qu'il a joué, dans la question des assurances sociales, dans l'achat de l'Hôtel qui abrite la Confédération des Syndicats médicaux et qui constitue, suivant l'expression qu'il a employée, le « Ministère privé de la Médecine »; il fut aussi un défenseur zélé et actif de l'internat et il contribua à fonder une Caisse de secours pour les Confrères malheureux. Il n'est que juste de rappeler que Mme Jayle fut dans toutes ces œuvres de solidarité médicale sa collaboratrice dévouée; c'est elle qui a organisé, en 1927, le « Bal de la Médecine », dont les recettes ont permis de venir en aide aux femmes et aux enfants de médecins dans la détresse.

La question sociale qui a le plus préoccupé Jayle est celle des familles nombreuses. Il a été un des premiers à comprendre et à proclamer que les charges fiscales doivent être réparties en tenant compte du nombre des enfants et que les célibataires et les ménages n'ayant pas d'enfants ou n'en ayant qu'un nombre restreint doivent être impitoyablement imposés. C'est ce qu'il exposa d'abord dans un rapport qu'il fit au Congrès des praticiens qui se tint à Lille en 1908. Il continua avec ardeur sa campagne, fit de nombreuses conférences, écrivit d'intéressants articles et, en 1912, il fut nommé membre de la Commission extra-parlementaire de la dépopulation. La même année, il créa la Ligue nationale de protection de la Race française, depuis la conception de l'enfant jusqu'à l'âge adulte.

Jayle a eu la satisfaction de voir ses idées adoptées par les Pouvoirs publics et consacrées par la législation actuelle. Il avait le droit de parler, car il ne fut pas de ces moralistes qui se gardent de faire ce qu'ils conseillent aux autres; Jayle a prêché d'exemple: il a eu 5 enfants, dont 3 sont actuellement mariés et lui ont donné 11 petits-enfants.

Deux de ses fils ont marché sur ses traces et ont suivi la carrière médicale. L'aîné, Gaëtan Jayle, est professeur d'ophtalmologie à la Faculté de Marseille; le cadet, Max Jayle, est un biochimiste éminent professeur sans chaire à la Faculté de Paris. Victime d'une explosion qui s'est produite dans son laboratoire, et qui l'a privé de la vue, il n'en continue pas moins ses recherches, donnant ainsi un merveilleux exemple d'une rare énergie. La croix de la Légion d'honneur est venue récompenser son dévouement à la Science et c'est son père qui a eu la triste joie de la lui épingler sur la poitrine.

Jayle s'est éteint le 19 Octobre 1945, dans la petite ville d'Evaux-les-Bains, où il s'était réfugié depuis la guerre et où il continuait de travailler à son dernier ouvrage. Il repose dans le cimetière de ce coin creusois, dont le sol granitique rappelle celui de la terre d'Auvergne à laquelle toute sa vie il est resté attaché.

A la dévouée compagne de notre ami Jayle, à ses enfants et petits-enfants, les directeurs et les éditeurs de *La Presse Médicale* m'ont chargé d'exprimer la part bien sincère que nous prenons tous à leur douleur. Puisse sa famille être réconfortée par les regrets qu'éprouvent tous ceux qui l'ont connu et par la certitude que ses efforts n'ont pas été inutiles. Il peut dormir tranquille celui qui a su remplir son devoir et qui peut se dire, au soir de sa vie, qu'il n'a pas perdu sa journée.

H. ROGER.

CHRONIQUES

Assisterons-nous à la création d'un Oxford français ?

La France est une des rares nations ne possédant pas de ville presque exclusivement destinée à l'enseignement universitaire et aux recherches scientifiques. Personne ne semble jusqu'à présent s'en être ému. L'utilité d'une organisation semblable paraît cependant évidente à ceux qui ont pu parcourir les Universités étrangères. Le hasard m'a permis de visiter cette année, à quelques jours l'intervalle, Oxford, Cambridge, Heidelberg, Tübingen et fourni l'occasion de déplorer, une fois de plus, l'absence dans notre pays de centres intellectuels et scientifiques analogues. Quelques jours passés dans une de ces cités calmes et studieuses permettent d'apprécier les facilités exceptionnelles de travail qu'elles offrent. Elles ont l'incomparable avantage de réunir dans un espace restreint les diverses disciplines spirituelles. Elles permettent à de jeunes savants, sous la direction de leurs aînés, de se préparer ou de se consacrer à l'enseignement et à la recherche, loin de l'agitation et des tracas des grandes villes.

L'existence de ces centres universitaires n'entrave en rien, bien au contraire, le développement et l'activité des grandes Universités : leurs travaux s'harmonisent et se complètent. On n'en saurait citer de meilleur exemple que celui des recherches ayant abouti en Angleterre à la création de la pénicilline. C'est à Londres, au milieu d'une activité hospitalière intense, qu'est née l'idée du traitement et que l'on pratiqué les essais de la médication nouvelle. C'est Oxford qu'ont été poursuivies les délicates recherches de laboratoire qui donnèrent sa forme définitive au produit thérapeutique.

Il est à remarquer que l'absence de tout objectif militaire ou industriel a permis à ces cités universitaires d'être épargnées par la guerre : Oxford et Heidelberg n'ont pas connu un seul raid aérien, Cambridge n'a reçu que quelques bombes, et si l'aviation américaine a causé certains dégâts dans les vieux quartiers de Tübingen, l'Université elle-même n'a subi aucun dommage. Ces centres ont même permis, au cours des hostilités, la poursuite de recherches difficiles à continuer dans les grandes villes sans cesse menacées. C'est ainsi que les Allemands avaient replié à Tübingen une partie de l'Université de Berlin.

Il n'est peut-être pas impossible qu'une organisation de cet ordre voie le jour en France. On entend dire, depuis quelque temps, que le Ministre de la Reconstruction Nationale y est favorable et même que, se trouvant il y a quelque temps à Blois, il a considéré cette ville, ou cette région, comme tout à fait propice à la création d'un « Oxford français ».

Il est bien certain que le Blaisois ou la Touraine renferment, parmi tant de beautés, un grand nombre de châteaux, de vastes propriétés ou d'anciennes écoles dans lesquels pourraient s'installer sans grandes difficultés et dans un cadre admirable des collèges comparables à ceux d'Oxford ou de Cambridge. Cette facilité a déjà été exploitée au cours de la guerre lorsqu'on éloigna de la capitale les services du Ministère qui furent facilement logés dans cette région.

Le Ministre envisagerait avant tout de créer des collèges dans lesquels les futurs universitaires pourraient faire un stage. Il semble bien qu'il serait tout indiqué de construire à côté d'eux un centre de recherches scientifiques.

On peut espérer que ce projet prendra corps et que l'élite intellectuelle des jeunes générations, plus heureuse que ses aînées, profitera d'une réalisation qui semble souhaitable à tous égards.

A. Ravina.

Les Coléoptères
DES DENRÉES ALIMENTAIRES ET DES PRODUITS INDUSTRIELS ENTREPOSÉS

Nous ne connaissons guère les Coléoptères que comme des insectes qui, malgré leurs aspects d'êtres plus ou moins apocalyptiques, bardés de cuirasses, longuement encornés, armés de formidables mandibules et brandissant, en guise de pattes, des fils barbelés, sont, au fond, peu nocifs et semblent n'avoir été créés que pour faire la joie des entomologistes. A part le Hanneton, bonnasse et balourd, dont la larve, le ver blanc, est justement redoutée des agriculteurs, on ne peut anathématiser ni le Carabe doré qui en est le destructeur le plus actif, ni le Bousier aux instincts scatophagiques, ni la Coccinelle semblable à une baie d'aubépine qu'on aurait marquée de taches d'encre, ni la charmante Cétoine qui

langoureusement rôde
Sur les rosiers fleuris de ça min on minaude
En frôlant le pistil des grands lis fastueux.

Dans un remarquable ouvrage qui fait partie de l'*Encyclopédie entomologique* éditée par M. Paul Lechevalier, M. P. Lepesme [1] nous montre qu'au contraire c'est dans l'ordre des Coléoptères qu'abondent les parasites qui exercent le plus de ravages sur les denrées alimentaires et sur les produits industriels entreposés.

S'il en est dont les déprédations sont de minime importance parce qu'on ne les rencontre qu'accidentellement ou que, à la fois carnivores et phytophages, ils s'attaquent également aux substances alimentaires et aux autres parasites et même peuvent devenir d'utiles auxiliaires, on trouve dans les six groupes des *Cleroidea*, *Bostrychoidea*, *Lymaxyloidea*, *Cucujoidea*, *Heteromera* et *Phytophagoidea* des familles qui présentent une importance économique réelle et dont il est, pour les industriels, d'un intérêt capital de connaître les différentes espèces, les caractères morphologiques, la distribution géographique, les dégâts, le cycle évolutif, autant de questions sur lesquelles le livre de M. Lepesme leur fournira, consciencieusement approfondies, exposées avec une méthode rigoureusement scientifique, vivifiées par une illustration documentaire des plus riches et particulièrement originale, toutes les notions nécessaires. Au grossiste, à l'industriel il suffira d'avoir consulté ce magnifique ouvrage pour se familiariser avec les *Sitophilus* ou Charançons qui peuvent vivre « plus d'un mois, sans nourriture aucune, pendant l'hiver » mais dont ce jeûne fait, au temps de la moisson, d'insatiables consommateurs de céréales, de graines comestibles, de pâtes alimentaires ; avec les *Anobium* ou Vrillettes qui exercent leurs ravages aussi bien sur les produits panifiés et les drogues médicinales que sur les bois ouvrés, quels qu'ils soient, à l'intérieur des maisons ; avec les nombreux représentants du genre *Bruchus* dont Kieffer estime que deux espèces « ont coûté pour la récolte de 1926 plus de un million de shillings aux producteurs de légumes secs des Comtés de San Joaquim, Stanislaus et Merced » ; avec le *Necrobia rufipes* qui, bien que volontiers cannibale et très friand de ses semblables, ne dédaigne pas le jambon et autres viandes fumées au point qu'en 1921 200.000 livres de « bacon » de l'armée fussent sérieusement endommagées par lui ; avec les *Tenebrio*, particulièrement abondants dans les moulins et entrepôts de farine où leurs dégâts sont d'autant plus considérables que la farine qui échappe à leur voracité, souillée par leurs excréments et par les dépouilles de leurs larves, perd toute valeur alimentaire ; avec le Scolyte du café (*Stephanoderes coffeæ*) qui, dans les entrepôts tropicaux, réduit le grain en poudre impalpable mieux que ne le ferait un moulin comme celui qu'on emploie pour préparer le café turc, avec le *Gnathocerus cornutus* dont la larve, non contente de dévorer le cacao et diverses épices, vit à l'aise dans les substances insecticides telles que le Pyrèthre de Dalmatie.

Les conservateurs de musées, les bibliophiles n'auront pas moins d'intérêt à reconnaître des ennemis qui causent les plus graves préjudices à leurs collections, à leurs livres, tels le prolifique *Ptinus fur* qui, après avoir envahi les maisons et s'y être attaqué aux vêtements et à tous les produits alimentaires, donne, lorsque la disette est survenue, la preuve de son éclectisme, en dévorant les matières les plus diverses, le cuir, le papier, etc. : dès 1766 Linné le citait comme un sérieux ennemi des bibliothèques, tels aussi différents *Trilobium* qui s'acharnent sur les collections entomologiques, tels enfin les *Vrillettes*, les *Lépesmes* et les *Blattes* au sujet desquels une curieuse planche du livre de M. Lepesme nous montre les perforations et les lacérations qu'ils font subir aux vieux ouvrages et aux antiques reliures.

S'il est d'importance de connaître ces ennemis dont plusieurs sont redoutables, non seulement par leurs dégâts mais aussi par les accidents qu'ils peuvent occasionner chez les ouvriers exposés à leur contact, il l'est encore d'avantage de savoir comment les combattre : cette lutte comporte des moyens préservatifs et des moyens curatifs sur lesquels le lecteur trouvera, à la fin de l'ouvrage les renseignements les plus pratiques et les plus précis, de telle façon qu'il ne soit pas réduit, en contemplant les dommages causés par ces indésirables hôtes, à répéter mélancoliquement les mots célèbres « Après vous... s'il en reste ! »

Henri Leclerc.

1. Lepesme : *Les coléoptères des denrées alimentaires et des produits industriels entreposés*. 1 vol. de 335 pages, 214 figures, 12 planches. Encyclopédie entomologique (*Paul Lechevalier*, éditeur, 12, rue de Tournon), 1944.

Société française d'Histoire de la Médecine

6 Octobre 1945.

Le Prof. Olivier rend compte de l'état actuel des publications de la Société. Il fait ensuite une communication sur *un médecin homéopathe, spécialiste et humoriste sous le second Empire, le docteur de Bonnard* qui écrivait sous le pseudonyme de Gallus. Il présente des cartes de visite, deux lettres autographes fort curieuses de lui et deux dessins de lui représentant des armes parlantes que ce médecin s'était composées pour singer la noblesse. C'est un pamphlet de la « noblesse démocrate » contre la noblesse « des gros sous, du mètre et du kilo ». Le docteur de Bonnard donnait des consultations spéciales pour les travailleurs tous les jours, le dimanche compris, de 7 h. à 9 h. du matin.

M. Laignel-Lavastine offre à la bibliothèque de la Société, de la part du Dr Pierre Vallery-Radot, leur auteur, deux beaux volumes. Le premier : *la Faculté de Médecine de Paris, ses origines, ses richesses artistiques* petit in-8° de 85 pages avec 26 figures hors texte est publié chez Masson. Comme l'écrit le doyen A. Baudouin dans sa préface « Pierre Vallery-Radot a réalisé avec bonheur le but qu'il s'était fixé : écrire pour le public médical et aussi pour le grand public instruit une histoire de cette Faculté, assez complète pour satisfaire ceux qui aiment les précisions, assez allégée pour ne pas prendre l'allure d'un ouvrage d'archéologie. » Depuis le 22 Mai 1932, date de ma première conférence-promenade à la Faculté de Médecine, le goût des choses vues de la médecine s'est beaucoup développé. Aussi c'est avec raison que la maison Masson a mis toutes ses qualités d'art à faire de la plaquette de Pierre Vallery-Radot une petite merveille bibliographique. Et dans la grande pitié actuelle de l'édition ce.a méritait d'être signalé.

Le second livre de Pierre Vallery-Radot est un grand in-8° de 216 pages avec 22 figures hors texte intitulé *Chirurgiens d'autrefois. La famille d'Eugène Sue* et édité par R. G. Ricou.

Quatorze chirurgiens illustrèrent ce nom, dont le célèbre auteur des « Mystères de Paris ». Vallery Radot les fait tous revivre dans des descriptions attachantes et évocatrices et donne à la fin pour plus de clarté la généalogie chirurgicale des Sue.

Le Prof. Henri Mondor, dans une très fine préface, se penche sur ce problème dynastique. Pour lui, « l'analyse profonde d'une filiation familiale aussi exceptionnelle que celle qui fait l'objet de ce livre amène et substantiel et la mesure des avantages ou des faiblesses qui peuvent résulter d'une si longue uniformité de destins sociaux ne sont pas faciles, même lorsque les talents, les vertus, les facilités, la réussite réalisent un aussi honnête équilibre ». Encore à propos de la famille Sue on aurait pu remarquer l'étonnante fréquence des hommes de lettres nés de médecins. Il est vrai que ce sujet est si vaste qu'il n'est pas celui d'une préface, mais celui d'une thèse médicale, ou encore mieux en Sorbonne.

Laignel-Lavastine.

Livres Nouveaux

Le traitement des pleurésies chroniques non tuberculeuses par les méthodes associées d'aspiration et de plasties opératoires, par P. Santy, M. Bérard et G. Gachon, 1 vol. in-8° de 96 pages (*Doin*, éditeur) Paris, 1944. — Prix : 90 fr.

L'ouvrage commence par une classification anatomique des divers types de pleurésies chroniques :

Pleurésies passées à la chronicité par faute dans leur traitement initial.

Pleurésies entretenues par une lésion du parenchyme pulmonaire sous-jacent.

Vient ensuite l'exposé des méthodes thérapeutiques nouvelles :

Opérations plastiques ;

Aspirations forcées ;

Combinaison des deux méthodes.

P. Santy, M. Bérard et G. Gachon envisagent enfin les indications thérapeutiques dans chaque cas, qu'il s'agisse d'une pleurésie simplement vieillie ou de malades déjà traités.

Sur 37 malades, le pourcentage global des guérisons s'élève à 85 pour 100.

Cet ouvrage sera utilement consulté par tous les médecins qui se heurtent au problème chirurgical si complexe des pleurésies chroniques.

Maurice Bariéty.

INFORMATIONS

CONSEILS DÉPARTEMENTAUX DES MÉDECINS

Comité de coordination

(Région parisienne)

Dans une dernière circulaire, *le Secrétariat du Comité de Coordination communique :*

Les Conseils départementaux provisoires institués par l'ordonnance du 11 Décembre 1944 vont bientôt disparaître pour faire place aux CONSEILS DÉPARTEMENTAUX DE L'ORDRE DES MÉDECINS institués par l'ordonnance du 24 Septembre 1945 relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme. Les élections aux Conseils départementaux de l'Ordre doivent également avoir lieu avant le 28 Décembre 1945. Les nouveaux Conseils qui seront prochainement élus auront à décider s'ils veulent ou non conserver un Comité de Coordination régional ainsi que l'article 30 de l'ordonnance du 24 Septembre 1945 le leur permet.

L'étude de la plupart des questions d'intérêts professionnels et notamment des questions d'Assurances sociales ressortit maintenant aux Syndicats médicaux. Dans la région parisienne, le Comité régional intersyndical qui vient d'être reconstitué tiendra ses réunions en symbiose avec le Comité de Coordination des Conseils départementaux. Sa tâche sera principalement consacrée à l'étude des affaires d'Assurances sociales, si délicate actuellement.

La *séance du 30 Septembre* 1945 du Comité de Coordination a été principalement consacrée à un nouvel examen des propositions de l'Union des Caisses d'Assurances sociales de la région parisienne, relatives aux honoraires médicaux (article 4 de la convention) et qui prévoient notamment la fixation d'un tarif opposable d'honoraires par un commun accord entre l'Union des Caisses et le Syndicat départemental des Médecins. Alors que le Syndical médical de Seine-et-Oise a déjà passé convention avec l'Union des Caisses sur ces nouvelles bases, les Syndicats de la Seine, de la Seine-et-Marne et de l'Eure-et-Loir n'ont pas encore pris position. La question sera reprise après l'assemblée générale de la Confédération des Syndicats médicaux.

Un Sanatorium Universitaire français en Forêt Noire

Des pourparlers très avancés permettent de prévoir l'ouverture prochaine, au sein du groupe des Sanatoriums qui fonctionneront en Allemagne occupée par les soins des autorités sanitaires françaises, d'un Sanatorium réservé à la population universitaire.

L'établissement envisagé est un Sanatorium de 150 lits (tuberculose pulmonaire seulement) situé dans la Forêt Noire. Y seraient accueillis les professeurs, instituteurs, étudiants, grands scolaires, avec une priorité pour les victimes de la guerre et de l'occupation. Il serait géré par la Croix-Rouge Française sous le contrôle des autorités de la Santé publique et du Service de Santé Militaire. Ses médecins ont été désignés par la Croix-Rouge Française, en accord avec la Fondation « Sanatoriums des Etudiants ».

Il se peut que les premières admissions se fassent assez prochainement ; les malades intéressés peuvent donc s'inscrire au Service Universitaire et Scolaire des Envois en Cure, 49, rue de Bellechasse, Paris-7e (Tél. : Inv. 56-57) où de plus amples renseignements leur seront fournis.

Centres régionaux de lutte contre le cancer

Les départements de la France métropolitaine sont rattachés aux *Centres régionaux de lutte contre le cancer* dans les conditions suivantes :

Centre de la région parisienne : Seine, Seine-et-Oise, Seine-et-Marne, Oise, Seine-Inférieure, Eure-et-Loir, Loir-et-Cher, Indre, Cher, Nièvre, Loiret, Yonne, Aube. — *Centre de Lille* : Nord, Pas-de-Calais, Somme. — *Centre de Caen* : Calvados, Orne, Eure, Manche. — *Centre de Rennes* : Mayenne, Ille-et-Vilaine, Côtes-du-Nord, Morbihan, Finistère. — *Centre d'Angers* : Maine-et-Loire, Sarthe, Indre-et-Loire. — *Centre de Nantes* : Loire-Inférieure, Deux-Sèvres, Vendée. — *Centre de Bordeaux* : Gironde, Charente-Maritime, Charente, Haute-Vienne, Vienne, Dordogne, Lot-et-Garonne, Landes, Basses-Pyrénées. — *Centre de Toulouse* : Gers, Haute-Garonne, Hautes-Pyrénées, Ariège, Tarn, Tarn-et-Garonne, Lot, Corrèze, Cantal, Creuse. — *Centre de Montpellier* : Hérault, Aude, Pyrénées-Orientales, Gard, Lozère, Aveyron. — *Centre de Marseille* : Vaucluse, Bouches-du-Rhône, Var, Alpes-Maritimes, Basses-Alpes, Hautes-Alpes, Corse. — *Centre de Lyon* : Rhône, Loire, Haute-Loire, Ardèche, Puy-de-Dôme, Allier, Saône-et-Loire, Jura, Côte d'Or, Doubs, Ain, Haute-Savoie, Savoie, Isère, Drôme. — *Centre de Nancy* : Meurthe-et-Moselle, Meuse, Vosges, Haute-Saône, Haute-Marne. — *Centre de Reims* : Marne, Ardennes, Aisne. — *Centre de Strasbourg* : Moselle, Haut-Rhin, Bas-Rhin, territoire de Belfort.

(*J. O.*, 11 Novembre 1945.)

REMISE D'UNE ÉPÉE D'HONNEUR au Professeur H. HARTMANN

Les élèves et amis du Prof. H. HARTMANN, désireux de lui manifester leur admiration et leur attachement, ont décidé, à l'occasion de son élection à l'Académie des Sciences, de lui offrir une épée, dont l'exécution a été confiée au maître STRES.

Souscriptions reçues par M. Georges MASSON, trésorier, 120, boul. Saint-Germain, Paris-6e (Compte C. P. 599).

HOMMAGE au Docteur L. BAZY

Les amis et les élèves du Dr Louis BAZY, à l'occasion de sa récente élection à l'Académie de Médecine, sont désireux de lui offrir une médaille due au talent du maître DROPSY.

Souscriptions reçues par M. Georges MASSON, trésorier, 120, boul. Saint-Germain, Paris 6e (Compte C. P. 599).

HOMMAGE au Docteur P. AMEUILLE

Le Dr P. AMEUILLE doit quitter prochainement son service de l'hôpital Cochin. Ses amis, ses collègues, ses élèves veulent lui témoigner leur affection en lui offrant une médaille dont l'exécution a été confiée au talent du sculpteur Philippe KAEPPELIN et qui lui sera remise au cours d'une cérémonie.

Souscriptions reçues par M. Georges MASSON, trésorier, 120, boulev. Saint-Germain, Paris-6e (Compte C. P. 599).

XLIVe Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des Pays de Langue Française

Ce Congrès aura lieu à Genève et Lausanne, du 22 au 27 Juillet 1946, sous la présidence des Professeurs POROT, d'Alger et BING, de Bâle.

Les RAPPORTS suivants seront présentés : *Psychiatrie* : Conscience et Mémoire dans l'épilepsie (Drs Sutter, de Blida-Joinville et Braun, de Zurich). *Neurologie* : Troubles nerveux réflexes (extenso-progressifs (Essai clinique, pathogénique, thérapeutique et médico-légal) [Professeurs Barré, de Strasbourg et de Morsier, de Genève]. — *Thérapeutique* : Indications respectives de l'Insulinothérapie, de la Cardiazolthérapie et de l'Electrochocthérapie (Dr Cossa, de Nice et Professeur Muller, de Munsingen-Berne).

La Maison du Médecin

L'Œuvre de bienfaisance la Maison du Médecin, qui accueille les médecins âgés, infirmes, leurs femmes et leurs veuves, n'est pas assez connue des médecins, de leurs amis, de leurs malades. Elle se trouve ainsi privée de subventions, de dons en espèces et en nature qui seraient les bienvenus.

Les pensionnaires de la Maison du Médecin ont conservé un esprit alerte et une curiosité insatiable ; aussi seraient-ils heureux de recevoir des livres scientifiques et médicaux, des livres de philosophie et de voyages.

Adresser les livres et les dons en nature à la Maison du Médecin, à Valenton (Seine-et-Oise), les subventions et les dons au Secrétariat de la Maison du Médecin, 60, boulevard Latour-Maubourg, Paris.

Université de Paris

Nouveautés instrumentales et techniques (Prof. MOULONGUET). — Ce cours s'adresse spécialement aux internes en chirurgie et sera fait tous les jours, de 18 h. à 19 h., au Laboratoire de la Chaire de Technique chirurgicale, à partir du lundi 3 Décembre 1945.

3 Décembre : Nouveautés techniques en anesthésie (J. Baumann et Maroger). — 4 Décembre : De l'emploi de l'aspiration continue en chirurgie dans le drainage des cavités (Robert Monod et Cara). — 5 Décembre : Réanimation, Transfusion (J. Baumann). — 6 Décembre : Les données actuelles de la radiographie abdominale sans préparation (P. Moulonguet et L. Leger). — 7 Décembre : Gastroscopie (A. Moulonguet). — 8 Décembre : L'exploration radiomanométrique des voies biliaires au cours et dans les suites de l'intervention (J. Caroli). — 10 Décembre : La réhabilitation des blessés (J. Gosset). — 11 Décembre : Nouveautés techniques dans la chirurgie osseuse du membre inférieur (R. Merle d'Aubigné). — 12 Décembre : L'enclonage médullaire des os longs [méthode de Künstcher] (G. Laurence). — 13 Décembre : L'enclouage des fractures du col du fémur : nouveautés dans les appareils de visée (J.-M. Verne, B. Duhamel, P. Fréret). — 14 Décembre : Méthodes d'exploration nouvelles du tube digestif (A. Busson). — 15 Décembre : Acquisitions récentes dans la prévention et la thérapeutique des thromboses veineuses (J. Varangot). — 17 Décembre : Bronchoscopie (J.-M. Lemoine). — 18 Décembre : Radiothérapie de contact (L. Mallet).

S'inscrire au Laboratoire de la Chaire de Technique chirurgicale, à l'Ecole Pratique de la Faculté.

Universités de Province

Faculté de Médecine de Marseille. — M. POURSINES, professeur sans chaire, est nommé, à titre provisoire, à compter du 1er Octobre 1945, professeur titulaire de la *chaire de bactériologie* (dernier titulaire : M. ROUSLACROIX, décédé).

Faculté de Médecine de Montpellier. — M. HARANT, agrégé pérennisé, est nommé, à titre provisoire, à compter du 1er Octobre 1945, professeur *d'Histoire naturelle médicale et Parasitologie* (Chaire créée).

SANATORIUMS PUBLICS

— Des postes de médecins directeurs sont actuellement vacants dans les sanatoriums suivants :

Sanatorium François Mercier, au Tronget (Allier) ;

Sanatorium de Trestel (Côtes-du-Nord).

— Des postes de médecin adjoint sont actuellement vacants dans les *sanatoriums de Roquefraiche* (Vaucluse), *de la* [illegible] l'Albarine, *de Hauteville* (Ain), *de Plougonven* (Finistère), *de la Meynardie* (Dordogne).

Adresser les candidatures, jusqu'à fin Novembre, à la direction du personnel (2e bureau), 7, rue de Tilsitt, Paris-17e.

Concours et places vacantes

Faculté de Médecine de Caboul (Afghanistan). — Les chaires suivantes sont à pourvoir : chirurgie, pharmacologie et toxicologie, physiologie, neurologie, anatomie, maladies internes, dermatologie, médecine légale, oto-rhino-laryngologie, gynécologie, anatomie-pathologie-histologie, pathologie médicale, ophtalmologie, radiologie.

Les candidats doivent avoir rang de chef de clinique ou de maître de conférence (docent) avec 5 ou 10 ans d'enseignement ou d'expérience. Pour la chirurgie et la physiologie, des agrégés sont souhaités. Pour la radiologie, un physicien du niveau de maître de conférence.

Le traitement de ces professeurs serait de 70 livres sterling par mois auxquelles s'ajouterait une indemnité du Ministère des Affaires Etrangères de 30 livres pour les médecins et de 60 livres pour les agrégés.

Hôpital psychiatrique autonome de Cadillac-sur-Garonne (Gironde). — Trois postes d'interne en médecine sont actuellement vacants. Traitement en instance d'approbation de 45.000 et 55.000 fr. plus les avantages en nature habituels. Adresser les candidatures, avec *curriculum vitæ*, au Directeur.

Assistants et aides de clinique de l'Hospice National des Quinze-Vingts. — Des concours pour quatre emplois d'assistants de clinique, sept emplois, au moins, d'assistants de clinique adjoints et seize emplois, au moins, d'aides de clinique (dont huit titulaires, quatre stagiaires et quatre à titre étranger) auront lieu à partir du lundi 14 Janvier 1946. S'adresser au secrétariat de l'Hospice National des Quinze-Vingts, 28, rue de Charenton, à Paris.

Médecins et Pharmaciens Sous-Lieutenants de l'Armée active (Troupes métropolitaines). — Un concours aura lieu le 18 Décembre 1945, à 9 heures, à l'Hôpital Militaire du Val-de-Grâce, Paris. Il sera ouvert aux Docteurs en Médecine et aux Pharmaciens diplômés. S'adresser au Ministère de la Guerre (Direction Générale du Service de Santé, 231, boulevard Saint-Germain, Paris) ou aux Directions Régionales du Service de Santé.

Nouvelles diverses

L'Assemblée générale du Syndicat National des Médecins électro-radiologistes qualifiés aura lieu à l'Hôpital des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert Rochereau, Paris-14e, le 9 Décembre 1945, à 9 h. 30. *Président :* Dr DELHERM, *Secrétaire général :* Dr AIMÉ.

Un ***Centre interprofessionnel d'Etudes rurales*** a été fondé, il y a quelques mois, à Paris et a pour siège provisoire l'Institut d'Hygiène de la Faculté de Médecine. Ouvert aux étudiants des différentes Facultés ou Ecoles, il a pour but d'accroître la valeur des jeunes qui, étant donné le métier qu'ils ont choisi, se proposent de vivre et de travailler à la campagne. Les moyens employés sont des recherches et échanges de vues susceptibles de leur mieux faire comprendre et leurs obligations professionnelles et l'ensemble de leurs devoirs sociaux.

Les adhérents désirent faire de ce Centre un organisme d'enseignement complémentaire, à la fois actif et mutuel, leur permettant de se préparer aussi bien que possible à concevoir, vouloir et promouvoir une meilleure protection de la population rurale.

Les animateurs sont des « cadets », qui, guidés par quelques anciens, établissent le programme des réunions et invitent des personnes qualifiées à venir exposer ce

que l'expérience leur a appris. Les études sont conduites selon des méthodes qui forcent à systématiquement examiner les aspects économiques, psychologiques et sanitaires des problèmes envisagés.

Deux réunions plénières ont déjà eu lieu, en Mai et en Juillet, consacrées, la première au travail de la paysanne (surtout en Normandie), la seconde à la coopération agricole. La prochaine réunion se tiendra le jeudi 29 Novembre, à 14 heures (21, rue de l'École-de-Médecine, escalier D, 2e étage) et aura pour sujet le foyer culturel rural.

Cinq réunions annuelles sont prévues. Parmi les sujets qui seront vraisemblablement mis à l'étude, il convient de citer : l'équipement sanitaire du village, l'équipement sanitaire de la ferme isolée, partage et remembrement, motorisation, santé et productivité du bétail, service social rural, sport rural.

La création de Centres provinciaux est désirable.

Pour tous renseignements, s'adresser à l'Institut d'Hygiène de la Faculté de Médecine de Paris, 21, rue de l'École-de-Médecine, Paris-6e (Téléph. : DANton 55-36).

Distinctions honorifiques

CROIX DE LA LIBÉRATION

Médecins commandants X. GILLOT et FAUCHAUD. — Médecin capitaine G. CHAULIAC. — Médecin lieutenant F. JACOB.

(*J. O.*, 20 Novembre 1945.)

ORDRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Chevalier : Mlle F. MARTIN, en religion Sœur Marie-Angèle, à Saint-Gratien.

Nos Échos

Naissances.

— Jeannette, Michel et Françoise DELARBRE ont la joie de faire part de la naissance de leur petit frère, Yves (Dr DELARBRE, les Perrières, Saint-Claude [Jura], 3 Novembre 1945).

— Le docteur et Madame Pierre MARMIN sont heureux de faire part de la naissance de leur fille *Françoise* (Saint-Gilles-sur-Vie [Vendée], 21 Octobre 1945).

— Le docteur Francis TAVEAU, chargé de cours à la Faculté de Médecine, et Madame, née LAROUSSE, sont heureux de faire part de la naissance de leur fille, *Martine* (Bordeaux, 120, Cours Balguerie-Stuttenberg, 12 Novembre 1945).

— Le docteur AUBERT, médecin de la Marine, et Madame, née GUIBBON, sont heureux de faire part de la naissance de leur deuxième fille *Marie-Magdeleine* (Port-Vendres, 3 Octobre 1945).

— Le docteur André JACQUOT et Madame, née PEYRET, ont le plaisir d'annoncer la naissance de leur troisième enfant *Christian* (217, faubourg Saint-Honoré, Paris-8e, 11 Novembre 1945).

— Le docteur et Madame J.-L. HERRENSCHMIDT sont heureux d'annoncer la naissance de leur troisième fille *Florence* (Paris, 21 Octobre 1945).

Mariage.

— Nous apprenons le mariage de Mademoiselle Marguerite REVAULT, nièce du docteur et de Madame Paul DESCOMPS, avec le peintre André CHEVALARD (Paris, 12 Novembre 1945).

Décès.

— Madame NESSMANN et ses enfants ont la douleur de faire part de la mort du docteur Victor NESSMANN, chirurgien, mort pour la France, victime de la barbarie allemande, à Limoges, en Janvier 1944 (Strasbourg, 9, rue Sainte-Aurélie).

— Nous apprenons la mort du docteur ŒCONOMO, lauréat de l'Académie de Médecine de Paris (Versailles, 28 Octobre 1945).

— On annonce le décès de M. BAR, professeur honoraire de Clinique obstétricale à la Faculté de Médecine de Paris, ancien président de l'Académie de Médecine.

PRATICIENS AUTORISÉS
à exercer provisoirement leur profession

Sont autorisés à exercer *provisoirement* la profession de médecin, jusqu'à la fin légale des hostilités :

M. C. ASLAN, à Ampus (Var) ; M. E. TODT, à Pierrefort (Cantal).

N'ont pu obtenir l'autorisation d'exercer provisoirement leur profession en France, n'étant pas titulaires du diplôme d'université de docteur en médecine : M. R. LAZARETTI, à Nice (Alpes-Maritimes) ; M. B. SAHAGOUSSI, à Valence (Drôme) ; M. SEINFELD, à Redessan (Gard) ; M. G. FORMAGLIO, à Valenciennes (Nord) (*J. O.*, 11 Novembre 1945.)

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

Les Petites Annonces dans LA PRESSE MÉDICALE *sont acceptées sous réserve d'un contrôle extrêmement sérieux. Aucune annonce commerciale n'est acceptée.*
Prix : 30 fr. la ligne (20 fr pour les abonnés).

CHIRURGIEN A.I.H.P., très au courant clientèle, cherche remplacement. Ecr. *P. M.*, n° 202.

CHIRURGIEN A.I.P.H., ch. poste zone sud ou colonies préf., création, success. ou associat. Ecr. *P. M.*, n° 206.

IMPORTANT LABORATOIRE SCIENTIFIQUE demande jeunes docteurs en médecine, pharmaciens ou chimistes pour visites médicales Paris et Province. Ecr. av. références et prétentions à *P. M.*, n° 383.

MÉDECIN ch. poste médec. génér. ds ville import. ou assistance av. promesse cess. client., au cour. électro-radiol. Ecr. *P. M.*, n° 407.

CHERCHE pharmacien célibataire ou veuf en vue reprise Officine, avec ou sans capitaux. Ecr. *P. M.*, n° 411.

A LOUER, longue durée (18 ans), rég. ouest, château av. parc, jardins. Conviendrait mais. repos destinée à œuvre sociale, possibilité 25 à 30 lits. Ecr. *P. M.*, n° 436.

A VENDRE : balance médic., marque Schember, état neuf. Téléph. le matin, avant 9 h. Inv. 58-45.

Jne MÉDECIN échangerait 2 pièces tt conf. XVe arrt. contre appartem. plus grand en vue d'installation Paris, av. ou sans reprise. Tél. Ség. 53-53.

VISITEUR MÉDICAL, référ. 1er ordre, tr. introduit médec., hôpit. rég. ouest, rech. 2e labo. Ecr. *P. M.*, n° 490.

PARIS, Champ-de-Mars : J'offre app. tt conf. (un beau 1er ét. 5-6 p. sur gr. avenue tranq., conven. parf. clientèle méd., et un 4e ét. 2 p. s. d. b., cuis., ds imm. moderne) ou échange un seul très bel app. luxe, 6-8 p. av. soleil, vue, ds 16e, 7e, 8e, Neuilly. Tél. Inv. 67-30 ou écr. *P. M.*, n° 495.

CONSEIL PUBLICIT. de plus. labor., Dr. en médec., licencié en droit, organiser. et diriger. publicité de labo de toute importance. Ecr. *P. M.*, n° 498.

MÉDECIN dipl. de Puériculture de Paris, ch. assistance médic. apr.-midi Paris ou proche banl. Ecr. *P. M.*, n° 507.

PHARMACIENNE, 30 a., ch. gérance Paris ou proche banl., ou empl. légal de son diplôme. Ecr. *P. M.*, n° 511.

A VENDRE Labo 2 ch. et bur., à Metz, au-des. pharm. mat. mod. (1938), 1 nor. verres, micr. centr. él. autoc., etc., verrerie. Ecr. *P. M.*, n° 525.

Jne MÉDECIN, anc. ext. hôp., ex-assist. sana, dipl. Phtysio et Cardio. bien au cour. client., fer. rempl. ou assister. confr. surch. trav. Ecr. *P. M.*, n° 531.

Jne MÉD. Fac. Méd. Paris, gr. habit. clientèle, désire reprendre cabinet banl. ou gde banl. paris. Effectuerait remplacem. en v. success. Tél. JAS. 51-18 ou écr. *P. M.*, n° 535.

FEMME MÉDECIN cherche occupat. Paris ou banl. Ecr. *P. M.*, n° 558.

DIRECTRICE infirmière, chef clin. chir. demande poste rég. Paris ou Normandie. Ecr. *P. M.*, n° 562.

BON POSTE à céder, ch.-lieu de canton, rég. Sud-Est, à 11 km. de ville. Ecr. *P. M.*, n° 563.

VISITEUR MÉDICAL, bien introd. ds corps médical Paris, demande s'adjoindre 2e Labo. Ecr. *P. M.*, n° 583.

CÉDERAIS clientèle Y.O.R.L. Sud-Ouest. Ecr. *P. M.*, n° 592.

POSTE MÉDECIN RÉSIDANT Préventorium enfants, rég. Paris. Adresser demande av. titres et référ. à M. le Médecin-chef de la Caisse interdépartementale des Assurances sociales de Seine et Seine-et-Oise, 69 *bis*, r. de Dunkerque, Paris-9e.

SUIS ACQUÉREUR CLINIQUE Accouchement, Gynécologie ou Chirurgie-accouchem. Ecr. *P. M.*, n° 594.

MÉDECIN céderait clientèle et bel appartement 5 p., salle examen installée, XVe arrond., Paris. Ecr. *P. M.*, n° 598.

FEMME MÉDECIN, ex-interne ou ex-externe des hôp. de Paris demandée en vue de remplacem. de lgue durée, av. possibil. de success. d'un excell. poste ds ville industrielle du Gard. Ecr. *P. M.*, n° 600.

A VENDRE : grand microscope de recherches Zeiss, mono nouveau micrométrique, revolver à 3, sous platine tournante, platine et chariot mobile, condensat. Abbé, diaph. excentrable. Optique Zeiss, 3 objectifs dont 1/12 immers. Ocul. 1-4. Tél. ARnot 80-66 ou écr. *P. M.*, n° 602.

A CÉDER importante clientèle, petite ville près La Rochelle. Ecr. *P. M.*, n° 605.

A CÉDER poste, chef-l. de c., Centre, radio U. V., logement agréable, chasse, pêche. Ecr. *P. M.*, n° 621.

POSTE MÉDICAL à céder dans l'Aude, à 20 km. Carcassonne. Seul médecin. Rapport intéress. cond. avant. Ecr. *P. M.*, n° 626.

SAGE-FEMME, disposant capitaux, ch. à reprendre Paris, clientèle ou petite clinique. Ecr. *P. M.*, n° 630.

ÉCHANGERAIS poste rural, Centre, climat agréable, contre poste méd. géner. ville du Nord. Ecr. *P. M.*, n° 632.

FEMME PHARMACIEN, 30 a., sér. garanties, ch. situat. Paris av. ou sans utilisat. diplôme. Ecr. *P. M.*, n° 633.

ACHÈTERAIS générateur radiothérapie 200 kilovolts ou bobine haute tension Gaiffe, n° 3, ou installation radiothérapie pénétrante. Dr Nicolle, 12, r. Camille-Lenoir, Reims.

IMPORTANT LABO PARISIEN dem. visiteur médical exclusif ou ne représentant qu'une Maison pour les régions : Bordelaise, Normande, Bretagne, Marseillaise. Ecr. *P. M.*, n° 639.

APPARTEMENT 3 p. tt. conf., sud-ouest Paris, à échanger contre ap. 6 p. env. Paris ou banl. proche, av. ou s. clientèle. Ecr. *P. M.*, n° 640.

MATÉRIEL DE RADIOLOGIE avec générateur 4 soupapes dans l'air C. G. R., types 3 et parfait état. Dosimètre Siemens neuf, etc. à vendre. Ecr. *P. M.*, n° 651.

ÉTUDIANT médec. 4e ann., externe, fer. piqûres, ponctions anesthes. etc. pr Dr ou Labo. Ecr. *P. M.*, n° 652.

A CÉDER dans ville de la Côte d'Azur, installation médicale O.R.L. Ecr. *P. M.*, n° 654.

APPARTEMENT 6 p. tt conf., rue Maubeuge, conven. à chirurgien ou spécialiste à échanger contre appart. 4 à 6 p. 16e, 17e, 8e arrt. Tél. JAS. 15-33, heures des repas.

SPÉCIALISTE Électro-Radiologie, assist. hôp. Paris, rech. collaboration ou success. d'un Cabinet important. Poss. capitaux. Ecr. *P. M.*, n° 658.

CHIRURGIEN expérim. connais. bien radio cherche succ. assoc. ou remplacem. Ecr. *P. M.*, n° 661.

MÉDECIN DÉMOBILISÉ, 10 a. prat., au cour. pte chirurg., gynécol., électrol., désirer. pl. assistant, aiderait confr. surcharge. Ecr. *P. M.*, n° 662.

A VENDRE : grille Lysholm 32 × 42, tablier anti X, sécheuse-garneuse et tireuse Varayonix, table d'examen. Ecr. *P. M.*, n° 663.

A VENDRE microscope monoculaire Zeiss, monture cuivre, très bon état. Dr Radin, Sallanches (Hte-Savoie).

A VENDRE en excell. ét. de marche, fabricat. d'av. guerre ayant très peu serv. : Autoclave gaz, 2 tuniques cuivre, manomètre pression, diam. exter. 35, haut. 65. Centrifugeuse électr. sur table, 4 godets, 7 allures, 115 v., 3 000 tours-minute. Microscope Stiassnie, 3 pistolets, 4 objectifs dont 1/15 immers., 4 ocul., platine mobile, chariot, condensateur réglable. Suffren 76-05.

VÉLOMOTEUR Gnome et Rhône, moto Terrot 175, état neuf, à vendre. Bot. 73-65.

ÉTUD. méd. 20 inscr. int. lauréat province, grosses connais. chirurgie, ch. à Paris, emploi, clinique, hôpital, disp., aiderait chirurgien, médecin. Ecr. *P. M.*, n° 667.

BELLE CLIENTÈLE ophtalmologie, ville sous-préfect. Alsace, avec clinique privée, installat. et instrumentat. complètes salle d'opérations, à céder de suite cause décès. Ecr. *P. M.*, n° 668.

ACH. app. radio, 25 ou 50 périodes, cuves, cassettes, gants, négatoscope. Ecr. *P. M.*, n° 669.

A CÉDER instal. médicale O.R.L. dans ville de la Côte d'Azur. Ecr. *P. M.*, n° 670.

J'ACHÈTE 1° appareil à anesthésie portatif au protoxyde d'azote, pour accouchements ; 2° Courroies de suspension pour réaliser la position gynécologique (Draper). Faire offre avec prix à Dr Tortut, Menton.

A VENDRE cloche à vide avec moteur plus 3 bacs de chacun 300 ampoules. Faire offre à Chapuis, Jas. 17-10, de 15 h. à 18 h. sf. samedi.

ACHÈTE clinique accouch. pte chir. ou louerais locaux utilis. comme clinique Paris. Ecr. *P. M.*, n° 673.

DAME, 3 ans référ., visites médicales Paris pour import. laboratoire, ch. labo sér. pour Paris. Ecr. *P. M.*, n° 674.

URGENT. Cède poste méd. import. chef-l. canton Centre, Condit. avant. Conviendr. j. méd. marié, français. Ecr. *P. M.*, n° 675.

Jne MÉDECIN sinistré, ch. occupation médicale pour l'après-midi. Ecr. *P. M.*, n° 676.

Jne FEMME, pharmacien, ch. empl. pharmaceutique pour la journée, ou quelques heures à Paris. Ecr. *P. M.*, n° 677.

IMPORT. LABO BELGE outillé pour fabrication et vente cherche concession de spécialités pharmaceutiques françaises. Ecr. *P. M.*, n° 678.

DOCTEUR vend une Salamandre. Téléphoner Passy 02-20.

A VENDRE neufs un autoclave au gaz en cuivre rouge, pet. modèle, et une balance de précision Prolabo à chaîne, sensible au 1/10e de mgr. Ecr. *P. M.*, n° 680.

LABORATOIRE de bactériologie recherche canettes standard, un litre, large ouverture, pour milieux de culture. Ecr. Alm, Dr Plicie, Bruay-en-Artois (P.-de-C.).

FEMME MÉDECIN, spécialiste gynécol. demande jours libres dans clin. accoucheur. ou autre à Paris, pour y organis. consultat. gynécol. et endocrinolog. Ecr. *P. M.*, n° 682.

Jne FEMME MÉDECIN, anc ext. des hôp. de Paris, sach. anglais et espagn., possed. voiture ch. occupat. médic. pr l'apr.-midi, Paris ou banl. paris. Ecr. *P. M.*, n° 685.

A VENDRE appareils de hte fréquence, grosse bobine étincelle de 0 m. 50. Résonnateur de Oudin. Bobine à immers. d'huile. Turbine à mercure. Éclateurs, etc. Grande table en chêne de 2 m. 50 pour le matériel. Consortium Médical, 11, Bd Poissonnière, Paris.

VENDS CANNES, bord de mer, 3.200 m2 grande maison pierre, 12 chambres plus dépendances. Conviendrait clinique, maison de santé, pension famille. Ecr. Madroux, 52 *bis*, Bd Victor-Hugo, Nice.

CHERCHE poste médecin-propharmacien, ou cabinet médical avec possibilité création pharmacie. Ecr. *P. M.*, n° 686.

MARION « Technique Chirurgicale » (Maloine 1941) cherché neuf ou d'occasion. Dr Engelson, James-Fazy, 10, Genève.

ÉTUD. MÉDEC., 5e an., ext. hôp., marié, tr. sér., ch. occupat. médic. ou paraméd. aupr. Dr surchargé, ou clin. Ferait pet. chirurg., aides-opérat. Ecr. *P. M.*, n° 688.

A CÉDER : Collection Archives d'Électricité Médicale Bergonié, 32 vol. — Archives d'Électricité Médicale de Doumer 1895 et suivantes, 17 vol. — Congrès de Physiothérapie 1908 et suivants, 1 vol. Ecr. *P. M.*, n° 689.

INFIRMIER, grande pratique, âge 40 a., sinistré et anc. prisonnier, ch. place. J. Le Gudeau, 138, r. Nationale, Paris.

Jne CHIMISTE, 3 an. labos de recherches et fabricat., connaissant parfaitem. dragéification et granulation, ch. empl. intéress. labo Paris ou proche banl. Ecr. *P. M.*, n° 691.

Jne FILLE pharmacien, cherche pharmacie, achat ou gérance vente, Paris ou banlieue. Ecr. *P. M.*, n° 692.

DOCTEUR vend divers instruments méd. gén., chirurgie, forceps. Ecr. *P. M.*, n° 693.

HOP. Fontainebleau ch. manipulateur radiol. Réf. Ecr. *P. M.*, n° 694.

MÉDECIN récemment démobilisé, pillé occupat. 1944, ch. clientèle av. cession ou locat. partie mobilier. Ecr. *P. M.*, n° 695.

Dr VEND Simca 5, luxe, décapot., bien chaussée, moteur refait. Ecr. *P. M.*, n° 696.

A VENDRE ampoule thérapie 160 kv. coupelle localisateurs, filtres, pied, tel. 1 à 3 h. Ent. 11-19.

LABORATOIRE IMPORTANT cherche visiteurs médicaux pour s'adj. 2e labor. Paris rive droite, rég. lyonnaise, et banlieue parisienne. Ecr. *P. M.*, n° 698.

FEMME DE MÉDECIN cherche représentation labo Paris, à titre exclusif ou non. Ecr. *P. M.*, n° 699.

Dr ACHETER, grille plate Lysolm 30 × 40. Ecr. *P. M.*, n° 700.

FEMME DE MÉDECIN ay. longuement collaboré avec son mari, ch. poste de secrétariat, aupr. méd. ou labo. Ecr. *P. M.*, n° 701.

MÉDECIN récemment démobilisé, pillé occupat. 1944, serait reconnaissant à confrère qui indiquerait poste av. fixe métropole ou ds exploitat. privée Colonie. Ecr. *P. M.*, n° 702.

MÉDECIN des T. C. terminant campagnes A.F.N., France et All., séparé famille depuis 40, désigné pour Indo-Chine, durée 1 an, ch. permutant méd. off. act. ou rés. Ecr. *P. M.*, n° 703.

(Suite page 239.)

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées aux Périodiques, la Direction scientifique de La Presse Médicale *a dû fixer à 4 colonnes maximum l'étendue des mémoires originaux. Tout manuscrit dépassant cette étendue sera retourné à son auteur.*

ANALYSE DES AMPLITUDES ET DES FRÉQUENCES EN ÉLECTROENCÉPHALOGRAPHIE

SA REPRÉSENTATION GRAPHIQUE

PAR MM.

Lucien CORNIL et Henri GASTAUT

(Marseille)

L'interprétation d'un électroencéphalogramme (E.E.G.) est basée sur la connaissance de trois données : la forme des ondes constituantes, leur amplitude et leur fréquence. C'est pour en rendre la connaissance plus précise que différents auteurs ont proposé, pour chacune d'elles, des méthodes d'analyse dont les résultats sont susceptibles d'une représentation graphique clairement descriptive.

La forme exacte des oscillations a été abordée toujours par le même côté, la transformation de Fourier, qui décompose en série harmonique toute courbe périodique, voire même n'importe quelle courbe choisie dans certaines conditions. Dietsch (1), Rohracher (2), et, plus récemment, I. Bertrand et R. Lacape (3) ont ainsi montré que le tracé E.E. graphique, malgré sa complexité apparente, est susceptible d'une analyse métrique ; mais ils n'ont pas franchi les frontières de la recherche spéculative et leur méthode ne constitue pas encore aujourd'hui un procédé d'investigation courant.

La mesure analytique des fréquences a donné lieu à un plus grand nombre de recherches.

Des procédés automatiques ont d'abord été proposés. A. Grass et F. Gibbs (4), appliquant la transformation de Fourier, se servent d'un intégrateur mécano-électrique qui analyse un fragment de tracé en inscrivant automatiquement l'amplitude des fréquences élémentaires. Drohocki (5 et 5') utilise un procédé différent : la résonance de circuits accordés, véritables filtres, éliminant avec une précision de 3 pour 100 environ les fréquences différentes de celle de l'accord. Walter et Grey, plus récemment (6), utilisent un nouvel analyseur dont les caractéristiques ne nous sont pas encore parvenues.

Il semble cependant que ces techniques automatiques minutieuses, longues et onéreuses, doivent céder le pas aux procédés métriques considérablement plus simples que viennent de nous proposer, à quelques mois d'intervalle, Engel, Romano, Ferris, Webb et Stevens (7), puis Brazier et Finesinger (8). La première de ces méthodes, que nous avons utilisée dans nos recherches, sera exposée brièvement plus loin.

La mesure analytique des amplitudes a été dédaignée jusqu'à ce jour et nous ne connaissons à son sujet que la technique proposée par Liberson (9) pour la mesure des ondes alpha. Cet auteur, avec les chiffres obtenus, établit une représentation graphique (histogramme) de la dispersion des amplitudes alpha dans le cours de l'E.E.G.

Aucun de ces trois procédés d'analyse (forme, fréquence et amplitude) n'a connu en France de succès durable. Cependant leurs avantages sont certains et quelquefois irremplaçables. C'est ce qui nous a conduits à exposer brièvement ici la méthode couplée d'analyse des amplitudes et des fréquences que nous utilisons avec profit au laboratoire de Neurobiologie de l'Institut de biométrie humaine.

Fig. 1. — Tracé électro-encéphalographique d'un sujet normal.

1° *Mesure des amplitudes :* Les ondes mensurables comprises entre les 3 signaux mesurent respectivement (en microvolts) : 40, 30, 30. 30, 20, 10, 20, 10, 30, 50, 50. 30. 10, 75. 10, 50. 30, 50, 30

2° *Mesure des fréquences :* Chaque intervalle compris entre 2 signaux représente une seconde. L'intervalle de droite contient 11 oscillations ; celui de gauche contient pendant 5/10 de seconde une succession de 6 oscillations, et pendant les 5/10 restant un rythme rapide incomptable, le rythme sera donc considéré arbitrairement comme battant à : 6 × 2 = 12 H.

I. — Analyse des amplitudes.

Il convient avant tout d'étalonner de façon identique les tracés standard pris dans un même laboratoire. A cet effet, avant la prise de tout enregistrement, nous déclenchons le signal d'étalonnage pour 200 microvolts et faisons, en même temps, varier l'amplification de l'appareillage jusqu'à ce que la dénivellation de la ligne de base correspondant à ces 200 microvolts mesure 9 *cm.* sur le tambour fluoroscopique et 3 *cm.* sur le film enregistré. Nous avons construit, d'autre part, une règle transparente sur un côté de laquelle nous avons dessiné une graduation en microvolts de telle façon que 200 microvolts soient représentés par 3 *cm.* C'est avec cette règle que nous mesurons la hauteur des oscillations sur le tracé.

Cette mesure, très simple, peut être suivie sur le schéma de la figure 1. Tout d'abord nous ne considérons comme oscillations complètes, donc mensurables, que celles qui retournent au moins à 50 pour 100 de la ligne de base.

Les ondes mensurables sont alors distinguées en trois catégories :

1° Celles qui mesurent moins de 10 microvolts sont négligées ;

2° Celles qui mesurent de 10 à 50 microvolts sont évaluées (par défaut ou par excès) en multiples de 10, c'est-à-dire : 10, 20, 30, 40 ou 50 microvolts.

3° Celles qui mesurent de 50 à 200 microvolts sont évaluées (par défaut ou par excès) en multiples de 25, c'est-à-dire : 75, 100, 125, 150, 175 ou 200 microvolts.

On mesure ainsi 300 ondes et l'on rapporte les résultats sur un diagramme indiquant le pourcentage en ordonnées et les amplitudes en abcisses. Pour faciliter la lecture, les amplitudes normales sont représentées sur le diagramme par des bandes claires tandis que les amplitudes excédant 100 microvolts sont représentées par des bandes noires (fig. 2 et 3).

Fig. 2. — Spectres d'amplitude et de fréquence d'un sujet normal.

Données caractéristiques : Amplitude moyenne, 20 microvolts ; fréquence moyenne, 10 H ; index alpha, 89 pour 100, index bèta, 11 pour 100, index delta, 0 pour 100 ; rythme régulier traduit par des courbes à un seul sommet.

Fig. 3. — Spectres d'amplitude et de fréquence du même sujet établis trois jours après la fin d'une série de 10 électro-chocs.

Données caractéristiques : Amplitude moyenne, 130 microvolts ; fréquence moyenne, 4 H. ; index alpha, 0 pour 100, index bèta, 0 pour 100 ; index gamma 100 pour 100 ; rythme irrégulier traduit par des courbes à deux sommets.

II. — Analyses des fréquences.

Pour cette analyse nous employons, avec quelques légères modifications, la technique décrite en 1944 par Engle, Romano et leurs collaborateurs. On compte simplement les ondes complètes (c'est-à-dire celles revenues au moins à 50 pour 100 de la ligne de base) qui sont contenues dans chaque intervalle d'une seconde, et ceci pour un total de cent secondes.

Les ondes dont la fréquence excède douze hertz (limite supérieure de normalité du rythme alpha) ne sont pas comptées et les espaces qui les renferment, rangés sous la rubrique « rythme rapide bas-volté » (low voltage fast activity). Seules sont comptées les oscillations battant de 12 à 1 fois par seconde. Les ondes rapides et bas-voltées qui, dans un intervalle donné, voisinent avec un rythme numérable sont arbitrairement confondues avec ce rythme qui est considéré comme dominant [1].

Les résultats obtenus sont rapportés sur un diagramme portant le pourcentage en ordonnées et les fréquences en abcisses. Pour faciliter la lecture les fréquences rapides et bas-voltées sont représentées par des bandes hachurées, les fréquences comprises entre 12 et 8, par des bandes claires et les fréquences comprises entre 7 et 1, par des bandes noires (fig. 2 et 3).

1. La technique proposée par Brazier et Finesinger diffère de celle-ci par le fait que le rythme non compté et classé comme rythme rapide, comprend seulement les fréquences supérieures à 17 cycles par seconde, c'est-à-dire le rythme bêta. La gamme des oscillations comptées est dès lors plus étendue et comprend celles qui battent à une fréquence variant entre 17 et 1 cycle par seconde.

III. — Données caractéristiques fournies par ces analyses.

Un simple regard jeté sur les diagrammes ainsi ›btenus fournit un certain nombre de données aractéristiques de l'enregistrement analysé :

1° *L'amplitude et la fréquence « moyennes ».* — .a bande du spectre la plus élevée représente la réquence ou l'amplitude dont le pourcentage est e plus important (fréquence dix hertz et amplitude 20 microvolts sur la figure 2). Cette fréquence :t cette amplitude moyennes sont deux excellentes aractéristiques d'un enregistrement donné et leur léplacement du côté rapide ou du côté lent sur e diagramme constitue un test très précis d'une nodification bioélectrique corticale discrète.

Brazier et Finesinger (8) dans leur étude portant ur 500 enregistrements E.E. graphiques trouvent, oour la fréquence moyenne, une valeur de dix iertz chez plus de 25 pour 100 des adultes nornaux. Nous-mêmes, au cours d'une étude portant ur 100 cas avons trouvé une amplitude moyenne le 20 microvolts et une fréquence moyenne de huit iertz chez plus de 40 pour 100 des sujets normaux. Votre fréquence moyenne, plus lente que celle de 3razier et Finesinger, s'explique sans doute par le ait que nous avons opéré presque exclusivement ur des sujets militaires âgés d'une vingtaine l'années. Greenblatt (10) puis Gibbs et Gibbs (11) ›nt bien mis en évidence, en effet, une accélération orogressive des rythmes corticaux proportionnelle ı l'âge jusqu'à 60 ans.

2° *L'appréciation de la régularité du rythme.* — Jn rythme régulier se traduit sur les graphiques par une fréquence et une amplitude dominantes *fastigium*) de part et d'autre desquelles se dispose ın petit pourcentage seulement d'autres amplitudes ›u d'autres fréquences. Il en résulte sur le diagramme l'existence d'un seul sommet (fig. 2).

Les rythmes irréguliers présentent au contraire une gamme étendue de fréquences et d'amplitudes sans lominante nette. Il en résulte sur le diagramme l'existence d'une série de sommets échelonnés (fig. 3).

3° *L'appréciation des trois index: alpha, bêta et delta.* — La lecture du spectre de fréquence nous ournit très rapidement la proportion des ondes ılpha (somme de la hauteur des colonnes blanches), par rapport aux ondes rapides (hauteur de la colonne hachurée) et aux ondes lentes (somme de la hauteur les colonnes noires). Les trois chiffres ainsi obtenus constituent les index alpha, bêta et gamma qui sont autant de données capitales pour l'interprétation des E.E.G.

La connaissance de ces différentes données caractéristiques présente des avantages considérables pour l'interprétation des E.E.G., leur classification et l'estimation de leur degré d'anomalie. Aussi croyons-nous que ces procédés d'analyse que nous employons maintenant de façon systématique sont appelés à une généralisation rapide dans les laboratoires d'électrobiologie nerveuse. C'est pourquoi nous avons rapporté ici ce bref aperçu des méthodes, nous réservant de publier ailleurs les résultats qu'elles nous ont permis d'obtenir dans l'étude de nombreux problèmes E.E. graphiques.

(*Institut de Biométrie humaine de la Faculté de Médecine de Marseille. Directeur :* Prof. L. Cornil.)

BIBLIOGRAPHIE

1) G. Dietsch : Fourier-Analyse von Electro-eocophalogram des Menschon. *Pflüg. Arch. f. d. ges. Physiol.*, 1932, **230**, 106-112. — (2) H. Rohracher : Ueber dio Kurvenform corebraler Potentialschwaukungen. *Pflüg. Arch. f. d. ges. Physiol.*, 1937, **238**, 535-545. — (3) I. Bertnann et R. Lacape : *Théorie de l'E. E. G.*, Doin et Cie, édit., 1943. — (4) A. M. Grass et F. A. Gibbs : A Fourier transform of the electro-encephalogram. *Journ. of Neurophysiol.*, 1938, **6**, 521-526. — (5) Drouocki : L'électrospectrographie du cerveau. *C. R. Soc. de Biol.*, 1938, L. **129**, 32, 889-893. — (5') Drohocki : Electrospectrographie qualitative et quantitativo du cerveau. *Arch. Suisse Neur. und Psych.*, vol. **55**, fasc. 1, 1945. — (6) Walter et Grey : Appendix oa a new method of E. E. graphic analysis. *J. Ment. Sc.*, Avril 1943, **89**, 222. — (7) Engel, Romano, Ferris, Webb et Stevens : A Simple method of determiniog frequency spectruns in tho E. E. G. *Arch. Neurol. and psychiatr.*, Février 1944, **51**, 134. — (8) Brazier et Finesinger : Charateristics of tho normal E. E. G. I. Study of the occipital cortical potentiels in 500 normal adults. *J. Clin. investigation*, Mai 1944, **23**, 303-311. — (9) Liberson : Recherches sur l'E. E. G. transcranieo de l'homme. *Le travail humain*, 1937, **5**, 431-463 — (10) Greenblatt : Ago and E. E. graphic abnormality in neuropsychiatric pationts. *Am. J. Psychiatr.*, Juillet 1944, **101**, 82-90 — (11) F. A. Gibbs et E. L. Gibbs : E. E. graphics changes with âge ia adolescent and adult cootrol subjects. *Trans. Am. Neurological Ass.*, 1944.

LA MYÉLOTOMIE COMMISSURALE

par MM.

J. GUILLAUME, G. MAZARS
et Mlle VALLETEAU DE MOUILLAC
(Paris)

La myélotomie commissurale est une intervention qui paraît susciter un intérêt croissant dans le traitement de certaines affections douloureuses. Les travaux récents qui ont été consacrés à la myélotomie nous semblent en opposition sur des points importants avec nos observations personnelles. La fréquence des échecs signalés nous paraît imputable au fait que certaines données de la physiopathologie médullaire n'ont pas toujours été respectées.

Les interventions médullaires interrompant les voies de la sensibilité douloureuse ont toujours porté sur les voies spino-thalamiques : la cordotomie réalise dans ce sens l'analgésie du segment corporel sous-jacent. La myélotomie commissurale répond à un tout autre but ; elle interrompt les voies des sensibilités douloureuse et thermique au niveau de la décussation des fibres ascendantes du deuto-neurone spino-thalamique. Les fibres issues des grandes cellules des cornes postérieures croisent la ligne médiane en passant pour la plupart au niveau de la commissure antérieure et postérieure de la moelle. Cette décussation se fait, selon les auteurs, à un ou deux segments médullaires au-dessus du point de pénétration des fibres radiculaires courtes.

La section verticale des deux commissures, qui correspond en réalité à une section longitudinale médiane de la moelle, détermine une analgésie dans les territoires radiculaires correspondant aux segments médullaires intéressés. Cette anesthésie métamérique touchant électivement la sensibilité douloureuse réalise une anesthésie dissociée suspendue s'identifiant à celle de la syringomyélie.

La myélotomie commissurale s'adresse donc aux syndromes douloureux métamériques, aux douleurs localisées à un nombre de bandes radiculaires pas trop élevé, aux douleurs viscérales correspondant à un petit nombre de segments médullaires. Le territoire douloureux doit être situé au-dessous de la région cervicale car les myélotomies portant sur les premiers segments médullaires cervicaux paraissent graves.

Par contre, les algies pelviennes qui intéressent les derniers segments médullaires sont d'un traitement beaucoup plus délicat car la section du cône terminal risque d'entraîner des troubles sphinctériens.

Jusqu'à présent, nous avons pratiqué cette intervention pour des algies post-zostériennes, des syndromes douloureux gastriques, des algies néoplasiques, des membres fantômes douloureux et pour une artérite douloureuse des membres inférieurs.

L'expérience que nous avons acquise de l'observation prolongée, pendant plus de trois ans pour quelques-uns de nos opérés, nous permet de préciser un certain nombre de points.

Tout d'abord, la section médullaire doit être complète d'avant en arrière, porter sur les commissures postérieure et antérieure et ne pas se limiter à une simple « égratignure » de 2 ou 3 mm. de profondeur. Le terme de myélotomie postérieure doit être abandonné en raison de la confusion qu'il entraîne.

La difficulté essentielle est constituée par la détermination du niveau auquel doit être faite la myélotomie. Pour un syndrome douloureux occupant un territoire radiculaire unique, il faut pratiquer la myélotomie sur le segment douloureux immédiatement sus-jacent ; pour un territoire douloureux occupant plusieurs bandes radiculaires, la myélotomie doit porter sur un nombre égal de segments médullaires.

C'est ainsi que, pour une algie post-zostérienne occupant le territoire C6, C7, les segments médullaires C5 et C6 doivent être sectionnés ; pour une algie néoplasique occupant la zone comprise entre D9 et L1, la myélotomie doit intéresser les segments médullaires de D8 à D12.

Les lois de Sherrington laissaient supposer que pour obtenir l'analgésie dans un territoire radiculaire, il serait indispensable de faire une section de trois segments médullaires : l'expérience nous a montré que l'analgésie était équivalente au nombre des segments médullaires intéressés. Dans un cas d'algie zonateuse intéressant un territoire radiculaire unique, nous avons pratiqué, avec succès, une myélotomie d'un seul segment.

La détermination du niveau de la laminectomie reste difficile car les variations vertébrales sont nombreuses et les schémas classiques des rapports des segments médullaires et des arcs vertébraux ne valent que d'une façon moyenne. Pour les myélotomies cervicales et dorsales hautes, le repérage peut être considéré comme satisfaisant car les segments médullaires sont longs et les racines postérieures se détachent presque à angle droit de la moelle. Au contraire, dans la région dorso-lombaire, on trouve trois à quatre segments médullaires en regard d'un seul corps vertébral et une certaine incertitude existe dans l'identification des segments médullaires exposés. C'est pourquoi la myélotomie a avantage à être un peu moins limitée que ne l'indiquent les données schématiques.

Il peut paraître paradoxal que des résultats aient été obtenus dans le traitement d'algies pelviennes par des myélotomies portant sur la moelle dorsale haute : en fait, l'inhibition créée par le choc médullaire intervient et explique les rémissions observées. Chez ces malades atteints de néoplasies déjà très évoluées, l'observation n'a porté que sur un temps trop court et il ne s'agissait d'ailleurs souvent que d'atténuation de la douleur. Chez nos malades, observés pendant plusieurs années (algies post-zostériennes par exemple), où l'analgésie métamérique est immédiate, absolue et durable, le résultat n'est obtenu que par section répondant rigoureusement au métamère douloureux. Ces faits véritablement expérimentaux ne sont pas conciliables avec les résultats que donneraient des interventions ne répondant pas à une topographie métamérique précise.

En confirmation de cette notion, nous pouvons signaler dans un cas de myélotomie pour moignon douloureux, la réapparition de douleurs dans un territoire voisin de celui intéressé par la myélotomie, cette dernière n'ayant pas porté sur un nombre suffisant de segments.

Les vertèbres au niveau desquelles la laminectomie doit porter ayant été déterminées, nous procédons à un repérage radiologique à l'aide d'index de plomb, après avoir radiographié en entier la colonne vertébrale pour éviter les erreurs dues à une malformation vertébrale. Un cliché pris en position opératoire constitue une sécurité supplémentaire.

La laminectomie est pratiquée suivant la technique habituelle et la dure-mère incisée en respectant l'arachnoïde qu'on effondre en dernier lieu. La dissection de la veine du sillon médian postérieur est indispensable, au besoin après l'avoir coagulée et coupée en un point. Il y a intérêt à conserver les collatérales de cette veine qui s'enfoncent dans le sillon. L'incision pie-mérienne pratiquée au bistouri d'Adson permet de deviner la commissure : le dos d'un ténotome très fin permet d'écarter les faisceaux de Goll et de Burdach. On arrive ainsi, après 3 ou 4 mm., selon le niveau auquel est pratiquée la myélotomie, sur la substance gélatineuse péri-épendymaire qu'on reconnaît aisément. Le dos d'un ténotome ou un crochet à strabisme très plat permet de prolonger vers le haut et vers le bas la dissociation de la commissure postérieure. Il ne reste qu'à poursuivre cette dissociation en avant, en restant dans un plan rigoureusement médian. On voit parfois quelques artères centro-médullaires qui peuvent servir de guide pour passer entre les deux faisceaux pyramidaux. L'application d'un petit fragment de muscle pendant quelques minutes suffit à assurer l'hémostase dans le cas d'hémorragie lors de la section de la commissure antérieure.

Cette intervention peut être conduite entièrement à l'anesthésie locale après administration de préparations analgésiantes. Les douleurs fulgurantes déclenchées par l'écartement des cordons posté-

ieurs sont rapidement supprimées par application leur niveau de novocaïne à 10 pour 100.

La fermeture et les soins post-opératoires sont eux de toute intervention médullaire.

On doit remarquer la bénignité de cette intervention que nous avons pratiquée avec succès chez les gens âgés ou en mauvais état général. Les suites opératoires sont des plus simples en dehors de la possibilité de quelques douleurs cordonales ou de quelques troubles sphinctériens qui cèdent en quelques jours.

Aucun trouble moteur ne survient si la section a été bien médiane. Une légère hypotonie existe constamment au niveau des membres inférieurs: elle disparaît et nous semble due au traumatisme minime subi par les cordons postérieurs.

La disparition des douleurs est immédiate et définitive et les modifications électro-encéphalographiques dues à la douleur disparaissent complètement.

Les insuccès ou les résultats incomplets nous ont amenés à pratiquer maintenant des myélotomies pour lesquelles nous observons rigoureusement les règles topographiques que nous venons de préciser et où la section intéresse à la fois les commissures antérieure et postérieure. Ceci nécessite une étude neurologique très complète du malade visant à déterminer très exactement les territoires radiculaires atteints et à fixer le niveau de la myélotomie. Chirurgicalement, l'intervention doit être conduite avec beaucoup de douceur pour éviter le traumatisme des cordons postérieurs et elle doit rester rigoureusement médiane pour éviter la souffrance des voies motrices.

La myélotomie s'adresse électivement aux algies du tronc et des membres inférieurs et en particulier aux syndromes douloureux pour lesquels la radicotomie reste inefficace : algies post-zostériennes, crises gastriques du tabes, fantômes douloureux, algies néoplasiques, etc. En ce qui concerne les syndromes douloureux cervico-brachiaux et pelviens pour lesquels la myélotomie doit intéresser les segments médullaires cervicaux ou le cône terminal, nous pensons que ses indications doivent être beaucoup plus réservées.

(Travail du Centre neuro-chirurgical de la Salpêtrière. Institut de Neuro-Biologie [Prof. : MM. G. Guillain et H. Mondor].)

BIBLIOGRAPHIE

J. Guillaume : Myélotomies commissurales pour algies post-zostériennes et moignons douloureux. *Rev. Neurologique*, 1942, nos 11-12. — J. Guillaume : Remarques sur la myélotomie commissurale. *Rev. Neurologique*, 1942, n° 14. — J. Christophe et J. Guillaume : Myélotomie commissurale pour crises gastriques du tabes. *Rev. Neurologique*, 1945, 77, 78. — Fr. Valleteau de Mouillac : La myélotomie commissurale postérieure. *Thèse de Paris*, 1945 (avec bibliographie). — J. Lenoël : Myélotomie commissurale *Thèse de Paris*, 1941 (avec bibliographie).

LES OPACITÉS PULMONAIRES SYSTÉMATISÉES

CONDENSATIONS RÉTRACTILES ET HEPATISATIONS

PAR MM.

Roger EVEN et Jacques LECŒUR

(Paris)

Vouloir porter un diagnostic anatomique sur une image radiologique est toujours une opération audacieuse, que vient bien souvent infirmer l'évolution de la maladie ou le contrôle anatomique.

Or, très fréquente nous apparaît l'erreur qui fait porter avec une extrême facilité le diagnostic d'atélectasie sur la seule vue d'une opacité pulmonaire systématisée par rapport à l'arbre bronchique.

Les cas que nous apportons prouvent combien il est imprudent de s'engager sur la voie du diagnostic anatomique sur le seul aspect radiologique. Ils montrent en particulier qu'on doit distinguer les opacités pulmonaires des condensations rétractiles de celles des hépatisations, ces deux variétés étant encore trop souvent confondues sous le nom d'atélectasies. Ils montrent en outre que c'est une grave erreur d'assimiler les opacités pulmonaires des condensations rétractiles ainsi que toutes les opacités systématisées à l'existence d'une obstruction bronchique ou d'un trouble de la ventilation pulmonaire.

Dans un premier ordre de faits nous croyons qu'il faut distinguer parmi les opacités pulmonaires systématisées les opacités des condensations rétractiles et les opacités des hépatisations [1].

Ces opacités systématisées sont elles-mêmes définies par leurs caractères d'images opaques ayant pour limites les bords du territoire pulmonaire desservi par un même tronc bronchique.

Le territoire pulmonaire ainsi que la bronche afférente sont facilement identifiés à la lecture des films de profil grâce à la connaissance des schémas de Westermark que l'un de nous a complétés avec A. Maurer.

Les premières images que nous étudions sont les *opacités pulmonaires systématisées des condensations rétractiles* dont nous rappelons succinctement les caractères principaux : l'homogénéité accompagnée de rétraction thoracique et d'attraction médiastinale, costale, diaphragmatique, quelle que soit l'étendue du territoire pulmonaire atteint, massive, lobaire ou plurilobulaire.

Massives, les condensations rétractiles se traduisent par une opacité homogène de tout le champ pulmonaire, atténuée au sommet, à la base, à la partie externe du champ pulmonaire, et laissant percevoir les opacités costales. La rétraction thoracique est toujours très accusée. Le médiastin est attiré en bloc du côté malade, et peut présenter des mouvements pendulaires; la trachée est déviée vers la lésion ; les côtes sont plus obliques ; et le diaphragme est animé de mouvements de faible amplitude.

Lobaires, les condensations rétractiles donnent des images de lobite rétractile variant selon le lobe atteint : au niveau du lobe supérieur droit, on peut noter en cas de liberté pleurale, une ascension et une rétraction de la scissure ; au niveau du lobe inférieur droit on peut noter une image opaque triangulaire de la base, dite de pleurésie médiastine. Les autres images lobaires ne peuvent être individualisées que sur les films de profil qui montrent la limite scissurale de l'opacité, car de face l'image est beaucoup moins évocatrice.

Pluri-lobulaires, les condensations rétractiles beaucoup plus difficiles à reconnaître ne peuvent être identifiées dans leur topographie que par la lecture des films de profil qui permet de noter avec certitude quelle est la bronche atteinte. L'opacité, quel que soit son siège, a une forme triangulaire, en coin à sommet hilaire et à bords rétractés concaves.

Voici quelques types d'images de condensations pulmonaires rétractiles particulièrement évocatrices que nous avons observées :

une image de condensation pulmonaire rétractile du lobe supérieur gauche ou plus exactement du rameau antérieur de la bronche lobaire supérieure gauche ;

une image de condensation pulmonaire rétractile du lobe supérieur gauche également, mais portant sur les rameaux apical et postérieur de la bronche lobaire supérieure gauche ;

une image typique de condensation pulmonaire rétractile lobaire moyenne ;

une image de condensation pulmonaire rétractile lobaire moyenne droite où l'on voit les tendances rétractiles s'affirmer surtout au niveau des angles de raccordement avec la paroi thoracique et le diaphragme ;

une image de condensation pulmonaire rétractile lobaire inférieure droite.

Les *opacités pulmonaires* systématisées des hépatisations, sont individualisées par des caractères différents : elles ne s'accompagnent d'aucune tendance rétractile affirmée au niveau de la paroi thoracique, du médiastin ou du diaphragme ; leurs bords sont absolument rectilignes ou même convexes ; enfin elles ont une tendance, sinon constante, au moins habituelle à la régression en quelques semaines, et c'est là un fait très important à souligner.

1. Hépatisations ou plus exactement tous les processus fluxionnaires de la congestion à l'infarctus dont l'hépatisation vraie est radiologiquement la plus fréquente.

Plusieurs malades que nous avons observés présentaient des condensations du lobe moyen droit. Nous avons observé en outre :

une image segmentaire d'hépatisation de la branche terminale de la bronche lobaire inférieure gauche ;

une image d'hépatisation des deux lobes inférieur et moyen droits avec excavation du lobe inférieur droit ;

une image lobaire inférieure droite apparue après une image plurilobulaire et qui se compliqua ultérieurement d'abcédation.

Telles sont les deux variétés d'opacités pulmonaires systématisées que nous avons été amenés à observer et à distinguer. Elles nous font conclure que *toutes les opacités systématisées ne correspondent pas, et il s'en faut de loin, à des processus dits « d'atélectasie » ou mieux de condensation pulmonaire rétractile*, suivant l'heureuse expression de M. Ameuille.

Une *deuxième notion*, tout aussi importante que la première, a déjà été mise en valeur par M. Ameuille et son élève Lacaze, à savoir que *les images des condensations pulmonaires rétractiles habituellement dénommées atélectasiques, ne sont pas toutes dues à des obstructions bronchiques* [2].

Sur l'image radiologique on ne peut affirmer que l'existence de la condensation pulmonaire rétractile, mais il est impossible de présumer de sa nature anatomique et de sa cause.

De fait, si dans beaucoup de cas, une hypoventilation pulmonaire consécutive à l'existence d'un obstacle bronchique tumoral apparaît comme étant la cause déterminante de l'image de condensation rétractile, il est de nombreuses affections qui peuvent donner lieu à la même image radiologique. Tel est le cas :

de condensations subaiguës de nature indéterminée; de tuberculose; d'infarctus; de suppurations pulmonaires; de bronchectasies surtout. L'une de nos plus belles images de condensation pulmonaire rétractile du lobe moyen droit était due à un foyer d'abcès aigu post-opératoire à limites segmentaires.

Nous citerons encore pour illustrer ce que nous venons de dire le cas d'un homme de 69 ans, retraité, qui en Mai dernier présenta une toux accompagnée d'expectoration muco-purulente et de fébricule. L'examen radioscopique et l'étude des films montrèrent l'existence d'une image de condensation pulmonaire rétractile du lobe moyen droit. Le malade ayant de plus présenté un certain amaigrissement, nous pensâmes à l'évolution d'un néoplasme bronchique. La bronchoscopie ne révéla aucune tumeur bronchique et la condensation commença à s'estomper en Septembre pour ne disparaître qu'en Octobre. Il ne reste plus actuellement qu'un épaississement de la petite scissure.

Enfin, et c'est notre troisième point, *il est excessif et même souvent faux d'interpréter*, comme on le voit faire souvent, *toutes les opacités pulmonaires systématisées comme étant dues à une obstruction bronchique.*

Il est vrai que les obstructions bronchiques sont responsables d'un grand nombre de ces images, qu'il s'agisse d'images de condensation rétractile ou d'hépatisation. Mais il faut connaître l'existence d'images d'hépatisation au cours des pneumonies aiguës ou tuberculeuses, des bronchopneumonies, des lobites cancéreuses, des rares actinomycoses pulmonaires, ainsi qu'au cours des syndromes d'origine vasculaire tels que les infarctus pulmonaires récents. En particulier pneumonies subaiguës ou bronchopneumonies de longue durée donnent des images d'hépatisation lobaires ou plurilobulaires les plus typiques, que Grangérard puis Gourdou individualisèrent sous le nom de zonites.

Ce fut le cas de deux malades qui nous furent adressés pour bronchoscopie, car l'existence de ces images avait fait supposer la présence d'une tumeur intra-bronchique.

Dans un cas il s'agissait d'un homme de 50 ans dont l'opacité lobaire moyenne qui débuta en Septembre de façon très grave n'a pas encore disparu.

Dans l'autre cas il s'agissait d'un homme de 45 ans qui, à la suite d'un épisode pneumopathique subaigu, présenta une image segmentaire lobaire moyenne droite

2. Quelque temps après la rédaction de cet article, MM. Ameuille et ses collaborateurs revenaient très justement sur le problème « des paradoxes de l'atélectasie pulmonaire » à la séance de la Société médicale des Hôpitaux du 15 Juin 1945.

type d'hépatisation. La bronchoscopie pratiquée à la recherche d'une tumeur intrabronchique s'avéra négative. Actuellement l'opacité lobaire a disparu après six mois d'évolution.

Un troisième malade présentant une image d'hépatisation du territoire de la branche terminale de la bronche lobaire inférieure gauche était atteint de complication respiratoire après gastrectomie.

Les tumeurs intra-bronchiques sont également responsables de certaines images d'hépatisation : les processus broncho-pneumoniques sont de façon excessivement fréquente observés et peuvent se compliquer de suppuration parenchymateuse. L'apparition du processus et de l'image d'hépatisation peut précéder l'occlusion tumorale de la bronche comme le montre la pénétration du Lipiodol dans le foyer infectieux au delà de la tumeur bronchique qui se dessine sous forme d'image lacunaire. Le foyer d'hépatisation peut être le premier symptôme de la maladie réalisant ce qu'on a appelé les formes pneumoniques et broncho-pneumoniques de cancer des grosses bronches. Le développement du foyer infectieux est dû dans ces cas à la prolifération et au développement des germes microbiens dans le territoire pulmonaire situé au delà de la tumeur bronchique. Le processus d'hépatisation peut compliquer un état d'hypoventilation pulmonaire et amener la suppuration du territoire condensé, ce qui est une éventualité très fréquente.

Des deux plus belles images de ce type que nous avons observées, l'une répondait à l'hépatisation et à l'abcédation d'un territoire condensé, liées à l'oblitération par une tumeur endo-bronchique. L'autre cas était celui d'un malade qui a d'abord présenté une image d'hépatisation plurilobulaire, puis cette image s'est étendue et est devenue lobaire inférieure droite. Enfin elle s'est compliquée d'abcédation.

Nous conclurons en disant :

1° Que les opacités pulmonaires systématisées doivent être classées en opacités de condensation pulmonaire rétractile et en opacités d'hépatisation. Cette distinction au cours des affections pulmonaires n'est pas habituellement posée de façon explicite.

2° Que toute opacité de condensation pulmonaire rétractile ne signifie pas une origine obstructive bronchique.

3° Qu'en présence de toute opacité systématisée, il est impossible à plus forte raison d'affirmer qu'une telle image est liée à l'existence d'un obstacle bronchique, bien des processus pneumoniques, bronchiques et bronchopneumoniques pouvant donner les mêmes images radiologiques.

Il ne reste pas moins vrai qu'en présence d'une image systématisée, image de condensation pulmonaire rétractile ou image d'hépatisation, on se doit de songer aux causes obstructives bronchiques parmi lesquelles le cancer tient la première place et de pratiquer de parti pris la bronchoscopie.

MOUVEMENT PHYSIOLOGIQUE

LA THÉRAPEUTIQUE SALÉE

SES BASES PHYSIOLOGIQUES

Le rôle important joué par le chlorure de sodium est reconnu depuis les temps les plus reculés, ainsi que le prouvent et les citations bibliques et l'emploi ancien du sel comme monnaie d'échange par les peuplades de l'Afrique centrale. Le sel est, en effet, indispensable à l'organisme animal ; n'est-il pas le plus abondant des constituants minéraux du milieu intérieur ? N'est-il pas aussi le corps qui se trouve à la plus forte concentration dans le milieu marin, où vivent de si nombreux organismes ? On ne peut qu'être frappé de la constance de son taux maintenue à l'état normal dans le plasma et dans le liquide lacunaire, ce véritable milieu intérieur des éléments cellulaires dont les travaux de Ch. Achard ont souligné toute l'importance. L'une des caractéristiques de l'organisme sain est son aptitude à maintenir l'intégrité de son capital chloré ; normalement il y a un ajustement exact entre les entrées et les sorties de sel : apport alimentaire et élimination s'équilibrent.

Il n'est donc pas surprenant que tout prélèvement important effectué sur le capital salé comporte des conséquences graves pour l'organisme et qu'une thérapeutique correctrice destinée à reconstituer l'intégrité de ce capital aide à rétablir un fonctionnement normal.

Examinons quelques exemples où l'appauvrissement en sel est indiscutable, où il entraîne des conséquences particulièrement fâcheuses et où l'administration de sel exerce un effet assurément favorable.

1° Apport alimentaire insuffisant. — Il a été prouvé expérimentalement que le maintien à une alimentation très pauvre en chlore entraîne des troubles graves et aboutit à la mort. Nous ne voudrions citer ici que les constatations faites dans notre laboratoire avec Madeleine Marquis sur de jeunes rats en période de croissance soumis à un régime pratiquement dépourvu de chlore mais par ailleurs suffisant au point de vue énergétique, correctement équilibré et contenant à dose suffisante les vitamines nécessaires. On note très précocement sur les animaux ainsi nourris un arrêt de la croissance [1] et une achlorhydrie gastrique qui explique sans doute l'anémie constamment observée. L'aspect général devient misérable, le poil se hérisse et l'on développe une cachexie par manque de chlore aboutissant à la mort chez tous les animaux en expérience. Il est à signaler que les rats privés de chlore manifestent une sorte de fringale à l'égard de tous les minéraux à leur portée, que notamment ils rongent les barreaux métalliques de leur cage comme s'ils cherchaient à suppléer au déficit salé qui leur est imposé. Les rats témoins mis au même régime, additionné de sel, ont une croissance normale et un aspect entièrement satisfaisant.

Ces faits expérimentaux prouvent le danger qu'il y aurait à prolonger au delà de ce qui est nécessaire un régime déchloruré prescrit dans un but thérapeutique. Notre Maître F. Rathery insistait sur le fait qu'un tel régime ne peut être qu'un régime d'exception et que la restriction du sel devrait être limitée à ce qui est strictement indispensable. Toutes les fois que cela est possible il faudra préférer le régime hypochloruré au régime déchloruré et limiter la durée de sa prescription.

2° Les pertes de sel. — a) *Les vomissements.* Les vomissements provoquent une perte de sel importante, comme on peut le prévoir *a priori* en se rappelant la teneur élevée du suc gastrique en chlore et cela surtout si l'alimentation rendue difficile ou impossible empêche tout apport notable de sel. Un clinicien parfait avec humour de ces malades qui boivent de l'eau lactosée et qui vomissent de l'eau salée, exprimant ainsi que dans de telles conditions le bilan chloré devient évidemment négatif.

Expérimentalement on fait la preuve des pertes de chlore provoquées par les vomissements. Pour étudier le phénomène dans toute sa pureté on peut s'adresser à l'organe isolé et se trouver ainsi dans des conditions qui permettent facilement l'établissement d'un bilan rigoureux. Nous avons dans notre laboratoire [2] réalisé la perfusion d'un estomac isolé, irrigué par le sang même de l'animal sur lequel l'organe avait été prélevé, sang rendu incoagulable, correctement oxygéné et maintenu à la température normale, mis en circulation par une pompe électrique. Dans de telles conditions, l'estomac conserve son activité fonctionnelle, comme en témoignent sa motricité et son activité sécrétoire que l'on peut rendre plus manifeste en ajoutant de l'histamine au sang perfusant. On recueille le suc gastrique sécrété, on y dose le chlore et on suit parallèlement la baisse du chlore dans le sang de perfusion. Nous avons, dans nos expériences, constaté une baisse constante du chlore sanguin, baisse qui, pour un temps qui a varié de quarante-cinq minutes à une heure quarante, est de l'ordre de 30 à 40 pour 100 du taux initial. Fait important, la perfusion témoin pratiquée sur un autre organe, le poumon, ne permet d'observer aucune baisse notable du chlore sanguin.

Cette expérience sur l'estomac isolé prouve donc bien que le seul fait de faire déverser au dehors le suc gastrique sécrété, d'ouvrir en quelque sorte le circuit digestif du chlore aboutit à une baisse importante de la chlorémie.

Dans des conditions expérimentales se prêtant moins bien à une étude quantitative, mais plus proches de celles observées en clinique humaine, il nous a été également possible de provoquer chez le chien une hypochlorémie manifeste en suscitant des vomissements importants, soit par injection d'apomorphine (observation communiquée devant la *Soc. méd. des Hôp. de Paris*, le 16 Novembre 1928), soit par une forte ligature posée sur le duodénum réalisant une occlusion intestinale complète, haut située.

Chez le chien atteint d'occlusion intestinale expérimentale, on peut, non seulement observer la baisse du chlore sanguin, mais les effets heureux du traitement correcteur. Sous l'influence d'injections de sérum salé hypertonique, on assiste à la correction des troubles humoraux et notamment à la baisse de l'azotémie : au rétablissement de la fonction rénale, à l'amélioration du syndrome toxique, on observe enfin et surtout une survie régulièrement beaucoup plus longue que chez les animaux témoins. Il est donc raisonnable d'associer le traitement salé à la levée chirurgicale de l'obstacle et au sondage duodénal, de considérer que la thérapeutique complète de l'occlusion intestinale doit être double : traitement mécanique et traitement chimique par la rechloruration. Depuis 1928 [3], avec A. Gosset et D. Petit-Dutaillis, nous n'avons cessé de souligner l'importance d'une telle thérapeutique.

Comme dans l'occlusion intestinale, on peut attendre un résultat favorable de la thérapeutique salée dans tous les états s'accompagnant de vomissements abondants, qu'il s'agisse de crises tabétiques [4], de manifestations pithiatiques ou de la gravidité, c'est ce que nous avons notamment pu observer avec J. Lacorne [5] dans les vomissements incoercibles de la grossesse.

b) *Les transpirations abondantes.* Habituellement peu importante, la perte de sel par la sueur peut atteindre dans certaines conditions une valeur suffisante pour entraîner des troubles. Un syndrome caractérisé essentiellement par des crampes musculaires et par de l'hypochlorémie a été décrit chez les mineurs effectuant un travail très pénible dans une atmosphère à température élevée et cette crampe des mineurs a été notamment signalée en Afrique du Sud dans les exploitations travaillant à grande profondeur. Des manifestations analogues peuvent survenir chez les chauffeurs de navires au cours de la traversée des mers chaudes.

Dans tous les cas où les crampes sont provoquées par la perte de sel due à une transpiration abondante, la thérapeutique salée sous sa forme la plus simple, l'ingestion d'eau salée est parfaitement suffisante. Il est à noter d'ailleurs que du fait que les sujets à traiter boivent abondamment, un apport convenable de sel est réalisé par la boisson d'une eau très faiblement salée (2 à 4 pour 1.000), le goût du sel est donc peu marqué et peut facilement être dissimulé, c'est ce qui a lieu si, à la place de conseiller l'eau salée, on recourt à la bière légèrement salée, en usage dans certaines armées étrangères au cours des longues marches par temps chaud.

c) *La fuite du sel par fixation sur les tissus.* Au cours de divers états pathologiques, les tissus fixent et retiennent du chlore prélevé sur le sang, le sodium en excès se trouvant éliminé par le rein, il en résulte une perte de sel importante. C'est ce

1. Des courbes de croissance ont été reproduites dans les *C. R. de la Soc. de Biol.*, M. Marquis : Chlore et croissance, 1938, 128, 499.

2. L. Binet et D. Bargeton : *Rapport au XXV[e] Congrès français de Médecine*, Marseille, 1938.

3. Léon Binet : *Soc. de Pathol. comparée*, 1927, nos 341-342, 142. — A. Gosset, L. Binet et D. Petit-Dutaillis : *Journal de Chirurgie*, 1930, 35, 321. — L. Binet et P.-J. Viala : *Revue de Pathol. comparée et d'hygiène générale*, Février 1937, n° 485, et *Mém. de l'Acad. Chirurgie*, 13 Octobre 1937, 63, n° 25.

4. L. Binet et J. Parrot : *La Presse Médicale*, 11 Décembre 1935, n° 99, 2001.

5. L. Binet, D. Bargeton et J. Lacorne : *La Presse Médicale*, 16 Novembre 1938, n° 92, 1684.

ui a lieu dans les traumatismes musculaires étendus t dans les brûlures (B. Fey, Chabanier, Cl. Rudler, ambret et Polonovski), on a pu parler d'une véritable « hémorragie des chlorures », déclenchée par es états locaux.

Des expériences effectuées dans notre laboratoire nontrent l'importance de cette fixation de chlore ur les tissus brûlés et parallèlement la baisse du hlore sanguin. Nous avons indiqué plus haut que i l'on perfuse un poumon isolé intact, on n'observe as de baisse appréciable du chlore dans le sang de erfusion, si l'on répète la même expérience sur n poumon brûlé par l'eau bouillante, on constate ue la teneur en chlore du plasma et des globules liminue, alors que celle du tissu pulmonaire augmente [6].

Il apparaît donc logique de traiter le brûlé par a rechloruration et l'expérimentation sur l'animal ient encore fournir une preuve directe de l'efficacité de cette thérapeutique. Deux lots de souris ont soumis à des brûlures superficielles étendues; lans le lot témoin laissé sans traitement les animaux meurent, dans le lot traité par ingestion d'eau salée es animaux survivent.

3° Les pertes de sel et d'eau associées. — Le plus souvent le sel et l'eau ont partie liée et une perte de sel importante s'accompagne en général d'une perte d'eau; pour réhydrater l'organisme il est alors nécessaire de le rechlorurer en même temps. Nous voudrions examiner quelques exemples où la thérapeutique salée vise au double but de compenser une perte de chlorures et une perte d'eau.

a) *L'occlusion intestinale.* Un sujet atteint d'occlusion intestinale haute et qui vomit abondamment perd de l'eau en même temps que du sel, le sang se concentre comme l'indique la numération globulaire ou le dosage des protides totaux, montrant une élévation parallèle du taux des hématies et des protides sanguins.

La réduction importante de la masse sanguine qui résulte de la fuite de l'eau et du sel peut être raisonnablement considérée comme l'une des causes de la baisse de la pression artérielle, et il apparaît comme logique de réhydrater de tels sujets. Pour que cette réhydratation soit durable, il faut retenir dans l'organisme l'eau que l'on introduit et l'un des moyens qui s'offrent pour cela est de donner du sel en même temps que l'on donne de l'eau.

b) *Les diarrhées importantes.* On connaît bien l'état de déshydratation prononcée qui s'observe au cours des diarrhées importantes, notamment au cours des dysenteries graves. Il ne faut pas méconnaître que dans ces cas l'organisme s'appauvrit en sel en même temps qu'en eau et que la thérapeutique de réhydratation doit s'adjoindre celle de rechloruration.

Tous les cliniciens connaissent les véritables résurrections que l'on peut observer dans les syndromes cholériformes des nourrissons après l'administration de solutions salines: eau salée à 8 pour 1.000, sérum de Locke ou de Ringer, eau de mer diluée.

Ces heureux résultats prouvent, et la réalité de la perte de sel au cours des diarrhées importantes, et l'intérêt qu'il y a en pareil cas à compenser la perte de sel en même temps que la perte d'eau.

c) *L'insuffisance surrénale.* L'hormone corticosurrénale, « l'hormone de l'eau et des sels », est nécessaire pour que soit maintenu dans l'organisme l'équilibre de l'eau et des électrolytes. Les manifestations majeures de l'insuffisance cortico-surrénale totale, telle qu'elle est réalisée expérimentalement chez l'animal, sont la déshydratation et la fuite du sel. On peut penser que la réduction de la masse sanguine qui en résulte explique, partiellement tout au moins, l'hypotension artérielle ainsi que les troubles de la fonction rénale et on est conduit à prévoir que la rechloruration corrigera ou atténuera les manifestations de l'insuffisance surrénale; c'est ce que l'expérimentation vérifie. L'ablation des deux surrénales chez le rat, si les précautions techniques nécessaires ont été prises pour que cette ablation soit totale, entraîne à coup sûr la mort de l'animal en moins d'une dizaine de jours. Or, on peut maintenir en *survie indéfiniment* des rats totalement surrénalectomisés en leur donnant simplement à boire de l'eau salée à 9 pour 1.000. Non seulement l'animal ainsi traité survit, mais il a une croissance normale et un aspect général satisfaisant; il suffit de remplacer l'eau salée donnée comme boisson par de l'eau ordinaire pour que la mort survienne en moins de dix jours. La survie indéfinie du rat surrénalectomisé buvant de l'eau salée et la mort provoquée par l'arrêt de l'ingestion d'eau salée sont indiquées par des auteurs particulièrement compétents tels que Ingle, comme les critères d'une ablation correcte et totale des surrénales chez le rat.

Nous avons eu l'occasion de confirmer ces données et d'observer de nombreux rats totalement surrénalectomisés survivant et conservant une croissance normale pendant qu'ils buvaient de l'eau salée à 9 pour 1.000: la suppression du sel dans l'eau de boisson amenait en quelques jours la mort de l'animal [7].

Il convient d'insister sur le fait que la rechloruration ne guérit pas l'insuffisance surrénale (la plupart des manifestations persistent pendant la durée du traitement salé, c'est notamment le cas de l'asthénie musculaire); ce que l'on obtient, c'est la correction d'une des conséquences les plus graves du déficit cortico-surrénal et cela seul est suffisant à empêcher la mort de l'animal opéré.

4° Les principaux procédés de rechloruration. — Il sortirait du cadre de cet article d'étudier les divers moyens, d'ailleurs bien connus, que peut utiliser la thérapeutique de rechloruration. Nous voudrions seulement rappeler les quantités de sel que les différentes voies d'introduction permettent de faire entrer dans l'organisme.

a) *L'administration orale.* L'introduction du sel par la bouche n'est peut-être pas prise suffisamment en considération: c'est la plus physiologique, la moins gênante pour le malade, celle que l'on peut prolonger avec le moins de difficultés, elle permet un apport salin régulier, continu et quantitativement non négligeable.

Un litre de bouillon normalement salé apporte en moyenne 10 *g.* de sel et l'on peut facilement faire prendre dans les vingt-quatre heures 10 à 15 cachets de 1 *g.* de sel; c'est donc de 20 à 25 *g.* de sel que l'on peut administrer par voie buccale quotidiennement et de façon prolongée. On peut aussi répartir la dose quotidienne de sel en paquets dont la malade prend le contenu mélangé à ses aliments; le sel ainsi donné est souvent mieux supporté que sous forme de cachets. Un autre mode d'administration buccale est représenté par les comprimés qui font partie de l'équipement individuel du soldat américain dans les climats chauds. Il est recommandé de les employer pour saler légèrement les boissons et compenser ainsi la perte de sel causée par une sudation abondante.

b) *L'administration parentérale.* La voie parentérale ne permet pas l'administration de quantités de sel beaucoup plus importantes que la voie buccale, mais elle permet de rechlorurer vite et il est des cas où cela est nécessaire; de plus elle est, bien entendu, la seule voie possible chez les malades qui vomissent.

1° Par voie sous-cutanée on ne peut injecter que des solutions isotoniques, donc seulement 8 *g.* de sel par litre, mais des volumes importants. 1 litre à 1 l. 500 si l'on emploie le goutte-à-goutte; on peut donc donner par cette voie de 10 à 12 *g.* de sel. On administre en même temps une quantité d'eau importante, c'est donc un moyen de réhydrater et de rechlorurer.

2° Chez le nourrisson on emploie assez fréquemment l'injection intrapéritonéale qui ne semble avoir d'autre avantage que celui de permettre une résorption peut-être plus rapide.

3° Par voie intraveineuse, on n'est pas tenu à injecter des solutions isotoniques: on peut donc employer des solutions beaucoup plus concentrées, sérum salé à 10 pour 100. On peut ainsi faire pénétrer rapidement dans l'organisme en cas d'urgence 4 à 5 *g.* de sel.

Il faut cependant ne pas perdre de vue que l'injection intraveineuse de volumes importants de solutions salines concentrées, modifiant brutalement l'équilibre osmotique du sang, peut ne pas être sans inconvénient sur le fonctionnement rénal et ne doit être employée qu'avec prudence chez les sujets à reins déficients.

4° Bien entendu la rechloruration peut s'associer à des manœuvres thérapeutiques plus complexes. Au lieu d'injecter la solution chlorurée sodique, on peut recourir à des sérums composés tels que les liquides de Locke ou de Ringer, si l'on désire apporter à l'organisme d'autres composés minéraux, au sérum salé bicarbonaté, si l'on désire avoir en même temps une action tampon: au sérum salé hyposulfité, si l'on désire associer un effet antichoc.

Conclusions.

La perte de chlorure de sodium est pour l'organisme toujours une chose fâcheuse, souvent une chose grave, tant le maintien de l'homéostasie saline semble une des caractéristiques de l'état normal. Cet appauvrissement s'observe au cours d'états pathologiques variés et il joue un rôle variable dans les manifestations morbides. Dans certains cas, la spoliation saline résume à peu près tout état pathologique et alors la rechloruration résume l'essentiel du traitement. Dans d'autres cas cette spoliation n'est qu'une manifestation au milieu de beaucoup d'autres et le traitement salé concourt efficacement avec les autres moyens thérapeutiques.

Même si l'administration de sel ne guérit pas le trouble initial, comme c'est le cas dans l'insuffisance surrénale, par exemple, elle corrige l'un des dérèglements les plus graves du point de vue vital et peut suffire ainsi à elle seule à assurer la survie.

Léon Binet et Daniel Bargeton.

6. L. Binet et P. Tanret : Expériences citées in *Comment se défend l'organisme.*

7. Léon Binet et Daniel Bargeton : *Journal de Physiologie et de Pathologie générale*, 1941-1943, 38, 27.

SOCIÉTÉS DE PARIS

ACADÉMIE DE MÉDECINE

27 Novembre 1945.

Notice nécrologique sur M. Jeanneney. — M. Bazy.

Rapport sur l'état sanitaire en France en 1944. — M. **Tanon** arrive à la conclusion que presque partout il y a eu, en 1944, régression de la plupart des maladies. Mais, sauf à Paris, les déclarations des maladies contagieuses ne sont pas bien faites; il serait souhaitable qu'une indemnité soit allouée aux médecins pour chaque déclaration.

— L'Académie renvoie la proposition de M. Tanon à la Commission d'hygiène.

Adresse de l'Académie au Chef du gouvernement. — Sur la proposition de M. **Brouardel**, l'Académie adopte une adresse aux termes de laquelle elle se réjouit de la formation d'un grand ministère de la Population, soucieux de la santé publique, des problèmes familiaux, du relèvement de la natalité et de l'établissement d'une immigration dirigée; elle félicite le Chef du gouvernement qui a réalisé cette création nouvelle et adresse ses vœux au ministre chargé de cette lourde tâche.

Un sanatorium pour les lycéens et les collégiens. — M. **Rist** rappelle que le dépistage de la tuberculose organisé dans les grandes classes sur l'initiative de M. Roussy permet de découvrir par an, à Paris, 50 à 60 cas de tuberculose active; ces malades, âgés de 15 à 19 ans, ne peuvent plus être admis dans les sanatoriums d'enfants et ne sont pas à leur place dans les sanatoriums d'adultes où ils seraient exposés à des influences morales fâcheuses. Les associations de parents d'élèves des établissements publics et libres, grâce au concours du ministère de l'Education nationale et de la direction de l'Entr'aide sociale, ont pu acheter un sanatorium à Neufmoutiers-en-Brie. Depuis Juin, il hospitalise 40 collégiens des deux sexes, dans deux parties nettement séparées et pourra en recevoir bientôt 90; l'enseignement y est entièrement subordonné aux nécessités médicales; c'est un sanatorium où l'on enseigne et non un collège où l'on soigne. On a paré au plus pressé et, lorsque la situation le permettra, on envisagera la création d'un établissement d'altitude.

Intoxication mortelle par teinture de cheveux. — MM. **Gougerot** et **Sclafer** rapportent l'observation d'une femme qui a subi, le 31 Juillet, une application de teinture à la para-phénylènediamine; dès le lendemain, elle eut du prurit facial, puis généralisé; elle présenta un érythème scarlatiniforme avec des bulles énormes décollant presque tout l'épiderme du tronc et de la face et atteignant les muqueuses; la température dépassa 40°: on nota une albuminurie de 2 *g.* et 1

malade succomba le 9 Août. Cette observation souligne une fois de plus le danger de ces teintures.

— M. **Fiessinger** a remarqué que les femmes qui usent de cette teinture ont souvent de l'albuminurie transitoire ; après des applications poursuivies pendant 2 ans, une néphrite chronique peut se déclarer.

Recrudescence des diphtéries et surtout des diphtéries malignes. — MM. **Desbuquois** et **Brée** (Tours) étudient les causes de cette recrudescence : négligence des malades, retard du diagnostic surtout dans les formes anormales, traitements insuffisants, absence ou insuffisance des mesures prophylactiques, insuffisance des vaccinations. Une telle recrudescence pourrait être facilement évitée ou enrayée si des mesures convenables étaient prises.

LUCIEN ROUQUÈS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

23 Novembre 1945.

Pleurésies purulentes tuberculeuses surinfectées. Traitement par la pénicilline. — MM. **R. Even** et **Lecœur** rapportent trois observations de malades atteints de pleurésies tuberculeuses survenues au cours de pneumothorax artificiels et surinfectés par des germes variés : streptocoques, staphylocoques, pneumocoques.

Dans les 3 cas, la guérison de la surinfection fut obtenue avec 500.000 unités de pénicilline. Dans 2 cas, l'état était vraiment désespéré ; le traitement par la pénicilline fut tenté en désespoir de cause.

Les auteurs soulignent que par un traitement de 160.000 unités par jour, la guérison a pu être obtenue en 3 jours ; qu'en plus du traitement par voie intramusculaire, ils ont administré 160.000 unités en injections intrapleurales, la dose étant de 500.000 unités ; que la pénicilline n'a eu aucune action sur un épanchement tuberculeux surinfecté à *Proteus*.

Ils communiquent, en terminant, l'observation d'un malade atteint d'une pleurésie purulente chronique pneumococcique, fistulisée dans les bronches depuis 3 ans, dont l'épanchement a été stérilisé (même à la culture) en 3 jours par le même traitement.

— M. **Benda** déclare que la pénicilline faite localement agit mieux, d'après les Américains, car elle traverse mal les muqueuses. Il utilise la sulfamidation générale et la pénicilline locale.

— M. **Lemierre** est d'avis que la pénicilline générale n'agit pas sur les localisations secondaires. On voit même des complications pulmonaires se produire au cours des septicémies traitées.

Mort subite chez un addisonien apparemment stabilisé par la désoxycorticostérone. — MM. **J. Decourt** et **Ch.-O. Guillaumin**. Il s'agit d'un malade ayant présenté antérieurement des accidents graves d'insuffisance surrénale à forme pseudo-méningée. Une stabilisation apparemment parfaite fut obtenue par une dose quotidienne de 20 *mg*. d'acétate de désoxycorticostérone. Mort subite sans le moindre prodrome. La veille même de la mort, les examens biologiques du sang et du liquide céphalo-rachidien avaient montré le retour à la normale de l'équilibre minéral. Le jour même, le sujet n'accusait plus d'asthénie et sa pression artérielle était normale. Les auteurs invoquent une déficience propre de la médullo-surrénale dans le mécanisme de cette mort subite.

Diabète insipide par polydipsie primaire au cours de l'ablation d'un kyste opto-chiasmatique récidivant. — MM. **Riser, Lazorthe, Couadau** et **Géraud** rapportent l'observation d'une femme de 62 ans, sans antécédents, qui présente une rapide baisse de la vue avec hémianopsie bitemporale, par gros kyste sous-arachnoïdien. Celui-ci est ponctionné et ouvert sans le moindre traumatisme tubérien ; récupération rapide : mais, dans les heures qui suivent l'intervention, la soif devient très vive ; on donne seulement 400 *cm*³ de liquide pendant les premières 24 heures.

La polyurie apparaît seulement quand la polydipsie est satisfaite. Récidive des troubles visuels 6 mois après ; nouvelle opération et ablation totale du kyste d'où accentuation de la polydipsie et de la polyurie. L'hydrémie a toujours été un peu élevée, même quand la malade s'abstint de boire ; l'hydrophilie tissulaire n'était pas augmentée. Cependant, la malade éprouva une extrême difficulté à diminuer la boisson.

Indications chirurgicales de l'hypertension artérielle pseudo-tumorale isolée ou solitaire. — MM. **Riser, Becq, Dardenne** et **Gayral** distinguent ce type clinique et pathogénique : L'œdème cérébro-méningo-rétinien est très important ou plus modéré, mais toujours fort pénible, comportant toujours des céphalées très violentes, de l'obnubilation et souvent des troubles oculaires avec papille de stase. Cet œdème est essentiellement dû à un trouble local de la perméabilité des vaisseaux piaux, méningo-encéphaliques et rétiniens. Il n'y a ni hyposystolie, ni hypertension veineuse, ni élément toxique, ni anémie, ni lésion centrale en foyer, hémorragique ou malacique. C'est pourquoi on peut dire cette forme : solitaire, isolée, sans les signes précédents qui font la gravité de l'hypertension artérielle pseudo-tumorale « accompagnée ».

Elle peut apparaître au cours d'une néphrite hypertensive, mais plus souvent d'une hypertension artérielle dite elle-même solitaire, parce que bien tolérée, sans aucune autre manifestation que le décalage tensionnel, et plus d'une fois tout à fait méconnue.

Le pronostic est certainement moins rapidement défavorable que celui de l'hypertension artérielle pseudo-tumorale « accompagnée » et commandée par une insuffisance cardio-rénale. Encore faut-il diminuer rapidement l'œdème cérébro-méningé. On lui opposera la double action de la décompression cranienne habituelle qui agit rapidement sur les troubles oculaires et évite les engagements. La splanchnicectomie à elle seule est susceptible de la même action, mais plus retardée et progressive, en abaissant la tension artérielle pendant quelques semaines. Certes, celle-ci peut s'élever à nouveau, mais n'entraîne pas obligatoirement l'hypertension cranienne. Une survie de 3 et 4 ans a été observée dans ces conditions.

Traitement chirurgical de l'hypertension artérielle pseudo-tumorale « accompagnée ». — MM. **Riser, Planques, Becq, Dardenne** et **Géraud** caractérisent ce type d'hypertension artérielle avec œdème méningo-cérébro-rétinien, d'une très haute gravité immédiate parce qu'il est dû, non seulement à un trouble de la perméabilité vasculaire locale, mais tout autant à une insuffisance cardio-rénale latente ou patente. Les malades présentent tous les stigmates de l'hypertension cranienne survenue au cours d'une néphrite hypertensive ou d'une hypertension artérielle solitaire. L'examen général montre le plus souvent des signes manifestes urémiques et hyposystoliques ; mais ceux-ci doivent parfois être mis en évidence par la réduction des liquides, les épreuves d'effort, l'E. C. après injection intraveineuse d'adrénaline en particulier ; l'hypertension veineuse est un signe essentiel ; enfin la stase papillaire œdémateuse compte peu à côté de la grande rétinopathie diffuse, hémorragique et exsudative.

Le pronostic immédiat est des plus réservé. La craniectomie décompressive large et la splanchnicectomie ont certainement une action rapide sur l'hypertension cranienne, mais ne peuvent enrayer l'évolution accélérée de l'insuffisance cardio-rénale, et tous les malades atteints de ce type d'hypertension artérielle ont succombé quelques semaines après l'acte chirurgical.

On ne saurait conseiller, dans ces cas, une intervention systématique. Seule peut être parfois acceptée une craniectomie qui soulagera la céphalée et les vomissements.

Septicémie, ostéomyélite, péricardite suppurée à staphylocoques. Guérison par la pénicilline intraveineuse, intramusculaire, intrapéricardique. — MM. **J. Terrasse, J. Lère** et **G. Boucharenc** ont observé chez un enfant une septicémie staphylococcique grave consécutive à une ostéomyélite tibiale. Traitement par la pénicilline. Une péricardite suppurée à staphylocoques est ponctionnée et traitée par l'injection *in situ* de 100.000 unités qui entraîne la disparition rapide de l'épanchement. Malgré une évolution mouvementée (épisode d'insuffisance cardiaque grave, nouvelles localisations osseuses), l'affection se termine par la guérison après administration totale de 5.800.000 unités. L'effet favorable de l'injection intrapéricardique de pénicilline est à souligner particulièrement.

Sur la transmissibilité d'une fièvre épidémique de courte durée avec réaction méningée, observée récemment en France. — MM. **R. Sohier, A. Requet** et **L. Girier** ont vu évoluer après une incubation de 5 jours, chez un sujet justiciable d'une pyrétothérapie et inoculé avec 15 *cm*³ de liquide céphalo-rachidien, un état infectieux fébrile presque en tous points comparable à celui présenté par les malades atteints de cette affection épidémique. Ils ont constaté que le sérum conservé à la glacière depuis 40 jours pouvait encore provoquer la maladie. L'agent pathogène ne semble donc pas être un leptospire, comme certains l'ont pensé. Le problème reste posé de savoir s'il s'agit d'une entité morbide déjà identifiée ou d'une maladie nouvelle.

Syndrome de Chauffard-Still. Splénectomie. Hyperleucocytose et hyperthermie extrêmes. Mort. — MM. **Pervès** et **André**.

Contribution à la vaccinothérapie dans les infections typho-paratyphoïdiques. Les vaccins à l'alcool. — MM. **Magrou** et **Brisou**.

P.-L. MARIE.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

24 Novembre 1945.

Virulence de la moelle osseuse chez le lapin syphilitique. — M. **A. Vaisman** montre que chez le lapin syphilisé expérimentalement, lors même que toutes les lésions sont cicatrisées, la moelle osseuse contient le virus. Cette méthode peut avoir une importance particulière du point de vue de la recherche de l'infectiosité spécifique chez l'homme, par ponction sternale.

Modifications qualitatives de la diurèse et sinus carotidien chez le chien. — M. **F.-P. Merklen**, recherchant la possibilité d'altérations fonctionnelles rénales secondaires à l'hypertension artérielle, a étudié chez le chien les modifications qualitatives de la diurèse au cours des agressions sino-carotidiennes. Il conclut de ses expériences, poursuivies sur une cinquantaine d'animaux que le retentissement de ces agressions sur le fonctionnement rénal dépend essentiellement de l'état initial du rein : l'hypertension artérielle consécutive à l'exclusion du sinus carotidien n'entraîne d'altération nette du fonctionnement rénal que lorsque celui-ci est déjà antérieurement perturbé.

Variation de l'équilibre acido-basique des tissus et organes au cours de l'alcalose chronique et du rachitisme eutrophique expérimental. — M. **R. Lecoq** montre, par la détermination de la réaction ionique des différents organes de rats normaux ou en état de rachitisme ou d'alcalose chronique, que l'alcalose chronique réalisée par voie parentérale (même à l'obscurité) n'est pas superposable à l'alcalose du rachitisme expérimental, celle-ci se trouvant manifestement liée à l'alcalinisation du tractus digestif.

Action de quelques spasmolytiques sur la chronaxie de l'utérus gravide du cobaye. — Mme **A. Chauchard**, MM. **L. Pérel** et **P. Chauchard**, évaluant l'action spasmolytique de quelques produits sur l'utérus gravide de cobaye, constatent une action plus intense des alcaloïdes type papavérine que de la morphine.

Elimination urinaire des bases au cours de l'anoxie. — M. **J. Beyne**, Mlles **G. Boy, L. Leduc** et M. **M. Polonovski** ont vu cette élimination s'accroître jusqu'à doubler de valeur au cours de l'anoxie et conserver le plus souvent un taux élevé au cours de l'heure suivante. L'ingestion de glucose diminue ou supprime cette action de l'anoxie.

Etude de l'activité d'un extrait de corps microbiens de bacille subtil sur le staphylocoque. — MM. **H.-R. Olivier, L. de Saint Rat** et **P. Corvazier**. Les corps microbiens du bacille subtil contiennent une substance, de poids moléculaires vraisemblablement élevé, qui exerce sur le staphylocoque un pouvoir bactériostatique et lytique. La bactériostase est obtenue à partir d'une dilution de l'extrait au 1/200, correspondant à 5 *mg*. de corps microbiens au centimètre cube.

Action du bacille subtil dans l'infection de la souris par le « B. typhi murium ». — MM. **H.-R. Olivier** et **L. de Saint Rat**. Sur 60 souris infectées par le *B. typhi murium* en traitent 30 par *B. subtil* administré *per os*.

Alors, que des 30 témoins non traités il ne reste qu'une survivante, sur les 30 animaux traités 10 résistent à l'infection.

Le *B. subtil* augmente donc nettement la résistance de la souris à l'infection par le » *B. typhi murium*.

Pouvoirs antigène et toxique d'une endotoxine bactérienne chez des animaux à sang froid. — MM. **A. Delaunay, P. Boquet** et **J. Pagès**. Les animaux à sang froid sont beaucoup moins sensibles à l'action d'une endotoxine bactérienne que les mammifères. L'endotoxine typhique peut déclencher une élaboration d'anticorps spécifiques chez la couleuvre.

Sur la présence dans un extrait végétal d'une substance capable d'abaisser la résistance capillaire du cobaye. — MM. **J.-L. Parrot** et **H. Cotereau**, ayant constaté que malgré un régime non carencé certains lots de cobayes présentent une résistance capillaire moyenne anormalement basse, ont été conduits à préparer un extrait végétal qui possède les propriétés suivantes : il abaisse la résistance capillaire pendant plusieurs heures et le recul de son action est de l'ordre de 1/100 de milligramme par animal. Il y a entre ce produit et la vitamine P un antagonisme réciproque.

A des doses élevées, il s'est montré sans action sur la pression artérielle et sur le tonus intestinal du chien bivagotomisé, ainsi que sur l'intestin isolé du cobaye.

Contribution à l'étude du pouvoir diastasique des leucocytes éosinophiles de l'homme. — MM. **J. Robert-Lévy** et **M. Gabe**. Dans deux cas de grande éosinophilie, la présence d'amylases et de lipases a été constatée dans les éosinophiles isolés. L'étude de l'attaque de la caséine en fonction du pH a permis la mise en évidence d'une tryptase ; les éosinophiles diffèrent des neutrophiles par l'absence de papaïnase. La tryptase des éosinophiles semble moins active que celle des neutrophiles.

Influence des modifications du calibre bronchique sur le volume de l'air résiduel pulmonaire. — M. **R. Tiffeneau**. Les modifications du calibre bronchique qui résultent de l'inhalation d'aérosols bronchoconstricteurs ou bronchodilatateurs ont pour effet de provoquer des variations importantes du volume de l'air résiduel pulmonaire. La bronchoconstriction produit une rétention gazeuse alvéolaire aiguë que la bronchodilatation fait immédiatement cesser. Cette rétention gazeuse alvéolaire constitue un emphysème pulmonaire artificiel qui se différencie de l'emphysème organique des anatomopathologistes par son caractère fonctionnel et réversible. Il est directement subordonné au calibre des canalisations bronchiques.

A. ESCALIER.

PETITES CLINIQUES DE "LA PRESSE MÉDICALE"

N° 685.

Abcès de la rate

Par Louis Ramond.

« Le malade que vous allez recevoir vous dira lui-même l'histoire de sa maladie et vous communiquera un volumineux dossier contenant les résultats des multiples examens auxquels il a été soumis. S'agit-il chez lui d'une suppuration profonde de siège indéterminé ? d'une préleucémie ? d'une lymphogranulomatose maligne ? d'une endocardite subaiguë ? J'aimerais avoir votre avis à ce sujet. »

Tels sont les termes d'une lettre de son médecin traitant que me remet, *le 4 Septembre 1945*, un homme de 46 ans dont la triste apparence me frappe immédiatement.

Emmitouflé dans un épais manteau beaucoup trop large pour lui, tant il a maigri, il est pâle comme un mort et paraît très fatigué.

Homme d'affaires actif il a toujours joui d'une parfaite santé jusqu'à la fin du mois de *Novembre 1943*. Depuis cette époque toutes ses nuits ont été troublées par des douleurs localisées à l'hypocondre gauche, sous les fausses côtes, qui survenaient entre 2 heures et 5 heures du matin, duraient une à deux heures puis disparaissaient complètement pendant toute la journée pour reparaître le lendemain matin à la même heure que la veille. Ces douleurs ne s'accompagnaient ni de vomissements, ni de besoins d'aller à la selle, ni d'émission de gaz intestinaux, ni de troubles urinaires. Malgré leur caractère lancinant, elles étaient très supportables de sorte que M. X... ne s'est décidé à s'en plaindre à son médecin qu'au début d'*Avril 1944*. Ce confrère a pensé qu'il s'agissait de troubles stomacaux d'origine hépatique. Il a fait pratiquer des examens radiologiques de l'estomac, du duodénum, de la vésicule biliaire et du gros intestin qui ont montré l'intégrité complète de ces organes. L'image thoracique était, elle aussi, radioscopiquement normale.

Malgré un certain nombre de médications symptomatiques destinées à les calmer, ces douleurs ont persisté, et même elles se sont progressivement accentuées. *En Janvier 1945* elles sont devenues permanentes à la suite de quelques fatigues et d'un épisode fébrile qualifié « grippe » qui a nécessité un alitement d'une huitaine de jours.

A cause de ses douleurs abdominales sous-diaphragmatiques gauches, qui le tenaillaient sans cesse le jour et la nuit, le malade a été, *en Mars 1945*, consulter un spécialiste justement réputé des maladies du tube digestif. Après l'avoir de nouveau examiné aux rayons X et l'avoir lui-même gastroscopé, ce confrère a conclu que ces douleurs ne provenaient pas de l'estomac. En clinicien averti il a attiré l'attention du malade sur son anémie et l'a engagé à prendre régulièrement sa température.

A partir de cette date la fièvre, régulièrement mesurée, s'est montrée presque constante, avec quelques très rares et courtes périodes d'apyrexie à 37°, des clochers à 39° et des oscillations habituelles entre 38° et 38°8.

L'examen du sang, très souvent pratiqué, a révélé une anémie oscillant autour de 3.500.000 hématies par millimètre cube, avec une valeur globulaire égale à l'unité et une forte leucocytose entre 15.000 et 18.000 (et, une seule fois, 28.000) surtout constituée par des polynucléaires (entre 72 et 80 pour 100). L'éosinophilie était en général de 2 pour 100, et jamais il n'y a eu d'éléments sanguins anormaux. Un hématologue consulté au sujet de cet état du sang a éliminé toute possibilité de leucémie, non sans avoir réclamé un myélogramme qui s'est montré normal.

L'examen des selles n'a révélé la présence d'aucun parasite animal. A plusieurs reprises il a donné des réactions de Weber et de Meyer positives.

Des cuti-réactions à la tuberculine et à la mélitine se sont montrées négatives.

La réaction de Vernes à la résorcine a donné un indice de 120. Les antécédents héréditaires de ce malade sont excellents.

Cet homme pâle et maigre n'a pas d'ictère. Ses conjonctives ne sont pas jaunes. Ses urines ne renferment pas de pigments biliaires. Son thorax est cliniquement et radiologiquement normal. Son cœur, un peu rapide, ne présente aucun souffle orificiel ; il est régulier. La tension artérielle est de 9 × 6 au Vaquez.

Le ventre est souple. Le foie n'est pas gros. Les reins ne sont pas accessibles au palper. Je ne sens pas de tumeur dans l'abdomen. Mais la rate est nettement percutable dans l'hypocondre gauche, et son pôle inférieur vient, lors des inspirations profondes, buter contre les doigts qui l'attendent à l'affût sous les fausses côtes, ce qui provoque une vive douleur.

Le système nerveux est indemne. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine, ni sang, ni pus.

En résumé, chez cet homme on trouve une triade symptomatique constituée par une anémie, de la fièvre continue et des douleurs dans l'hypocondre gauche. Ce syndrome, qui dure déjà depuis vingt et un mois, a entraîné un amaigrissement très important, tout en permettant jusqu'à il y a quatre mois une vie sensiblement normale.

I. Suivant qu'on a considéré ce sujet sous l'angle de l'anémie, de la fièvre ou des douleurs abdominales, on a envisagé des diagnostics différents :

1° A cause de l'importance de l'anémie jointe à l'intégrité apparente de tous les organes on a évoqué l'idée d'une *leucémie* ou d'une *cryptoleucémie aiguës*, hypothèses qu'ont fait rejeter les caractères du sang et de la moelle osseuse et l'évolution de la maladie.

2° L'association de la fièvre à l'anémie, l'évolution traînante de la maladie, la persistance malgré tout d'une activité professionnelle importante ont fait envisager la possibilité d'une *endocardite maligne à évolution lente*. Mais il n'y a aucune lésion valvulaire !

3° A cause de l'importance des douleurs abdominales, les premières en date, on a, dès le début de la maladie, considéré comme probable son *origine sous-diaphragmatique*. Après avoir pensé au *foie*, on s'est rabattu sur l'*estomac*. On hésite encore. Que dois-je penser ?

II. Sans hésitation, j'estime que le siège du mal — invariablement fixé à l'hypocondre gauche depuis vingt et un mois — se trouve bien dans la partie haute et sous-diaphragmatique gauche du corps.

A. *Dans quel organe peut-il être localisé ?*

1° La douleur est trop antérieure, trop superficielle, pas assez lombaire pour venir *du rein*. Il n'y a d'ailleurs aucun trouble urinaire et le rein n'est pas accessible au palper.

2° *L'estomac* doit être mis hors de cause. Il n'existe aucun signe fonctionnel digestif. Tous les examens radiologiques et gastroscopiques ont attesté l'intégrité de cet organe.

3° *L'intestin* ne peut pas davantage être incriminé. Les selles sont normales, La positivité des réactions de Weber et de Meyer perd de sa valeur du fait de l'existence fréquente de saignement hémorroïdaire.

4° C'est donc la rate qu'il faut accuser d'être le siège de la maladie actuelle. Or, précisément les résultats de l'examen physique confirment cette manière de voir en montrant que cet organe est hypertrophié et que son bord inférieur, très douloureux au palper, déborde le rebord inférieur des fausses côtes.

B. Il me reste maintenant à déterminer *la nature* de cette splénomégalie douloureuse, fébrile, anémiante et amaigrissante.

S'agit-il d'une maladie de Hodgkin, d'un cancer, d'une tuberculose ou d'un abcès de la rate ?

1° La splénomégalie, l'anémie, la leucocytose polynucléaire, la fièvre, la négativité de la cuti-réaction à la tuberculine concordent avec le diagnostic de *lymphogranulomatose maligne*. Mais il n'y a pas d'adénopathies, pas de prurit, pas d'éosinophilie... et les douleurs abdominales et la sensibilité splénique à la palpaption sont bien trop marquées.

2° Contre le *cancer de la rate* militent l'absence de « tumeur » splénique, l'importance des douleurs comparativement au peu d'augmentation de volume de la rate, la trop grande élévation de la température, l'acuité de la douleur provoquée sur le bord inférieur de la rate.

3° La *tuberculose de la rate* n'est pas admissible en raison du faible développement de la splénomégalie, de l'évolution trop aiguë de la maladie, de l'intensité des douleurs spontanées et provoquées par le palper, de la gravité de l'anémie, de l'absence d'antécédents bacillaires chez le sujet ou ses ascendants, de la négativité de la cuti-réaction à la tuberculine.

4° Au contraire, avec le diagnostic d'abcès de la rate tout s'explique : l'importance des douleurs vives spontanées et provoquées par le palper au niveau de la rate, les faibles dimensions relatives de la splénomégalie par rapport à la gravité des signes généraux, les caractères de la fièvre, irrégulière et constante, le haut degré de la leucocytose polynucléaire, si fréquemment révélatrice d'une suppuration profonde.

Pourtant on ne trouve pas dans l'histoire de la maladie d'antécédent susceptible d'expliquer la formation de cet abcès.

On ne peut invoquer à son origine un hématome de la rate qui aurait secondairement suppuré : il n'y a eu auparavant aucun traumatisme, ni aucune maladie hémorragique.

Il ne peut être question d'une infection splénique par propagation directe d'une suppuration de voisinage (ulcère de l'estomac, abcès du foie, cancer de l'angle splénique du côlon...) ou par infection à distance consécutive à une suppuration locale éloignée (appendicite, panaris, anthrax...) ou encore d'un abcès splénique consécutif à une infection générale nettement déterminée, la soi-disant « grippe » de *Janvier dernier* n'étant en réalité qu'une manifestation fébrile de la maladie splénique qui existait déjà depuis plus d'un an et dont le caractère infectieux avait été jusque-là méconnu.

Il faut en définitive admettre que cet abcès est un abcès primitif de la rate — au moins en apparence — les germes ayant été amenés dans cet organe à la faveur d'une septicémie transitoire sans aucune manifestation clinique.

Ce diagnostic d'abcès de la rate comporte un pronostic très grave que seule une intervention chirurgicale est capable d'améliorer. Mais il me semble prudent d'observer encore le malade quelque temps avant de poser fermement cette indication opératoire. Je prescris donc provisoirement un traitement reconstituant et antianémique et je demande à mon client de revenir me consulter dans un mois.

Le 3 Octobre je revois M. X... Il est plus pâle plus maigre et plus fatigué que jamais. Ses douleurs abdominales gauches sont devenues intolérables. Il a vomi plusieurs fois. Il a présenté à trois reprises différentes un accès fébrile pseudo-palustre d'une durée de deux à trois heures chaque fois. Le bord inférieur de sa rate dépasse maintenant constamment de trois travers de doigt le rebord des fausses côtes et il est extrêmement sensible à la palpation.

L'abcès de la rate ne fait pas de doute. L'opération s'impose d'urgence pour éviter l'ouverture de la collection dans un organe voisin ou dans le péritoine.

Epilogue.

L'opération a montré qu'il s'agissait bien d'un abcès gangréneux de la rate ayant détruit la presque totalité du parenchyme splénique.

CHRONIQUES

Désintégration atomique et Cancer

Les deux termes paraissent mal liés et le lecteur est en droit de se demander tout d'abord quel rapport il peut y avoir entre eux. C'est qu'un certain nombre de médecins peuvent avoir perdu de vue la part prise par les recherches des électro-radiologistes dans l'étude des rayons X et de la radioactivité. Depuis trente ans en effet les médecins spécialisés en rœntgenthérapie ainsi que les radium-thérapeutes ont apporté à la production et à l'étude des rayons X et des rayons β et γ émis par les corps radioactifs, ainsi qu'à la recherche des actions biologiques de ces rayons sur les cellules vivantes, une contribution qui est loin d'être négligeable. Au cours de cette période la physique et la radiologie, la biologie et la radio-activité ont eu constamment partie liée. Les efforts des physiciens et des radiologistes se sont portés vers les mêmes problèmes. Tandis que les hauts voltages permettaient en thérapeutique l'emploi de rayons X plus pénétrants, ils conduisaient en chimie-physique pure à la découverte de la radio-activité artificielle. Ces transmutations étant réalisées, il fallut ensuite pour les produire à plus grande échelle créer des appareils plus puissants, les *cyclotrons* dont les radiologistes se sont tout de suite emparés pour essayer d'en faire une arme plus efficace contre le cancer (irradiations par neutrons). Les cyclotrons ayant à leur tour permis de créer un plus grand nombre de radio-éléments, les biologistes et les radiothérapeutes ont aussitôt conjugué leurs efforts pour rechercher les effets de ces substances nouvelles à la fois du point de vue thérapeutique et physiologique. Mais une guerre « totale » étant survenue, les efforts des physiciens nucléaires se sont trouvés déviés vers la recherche des effets explosifs provoqués par la désintégration brutale de certains noyaux lourds, et c'est ainsi que nous arrivons à la bombe atomique, vedette de ces dernières semaines. On saisit l'importance de cette cascade de découvertes physiques dont aucune ne saurait laisser la médecine indifférente.

I. — La course aux hauts voltages.

Les premiers efforts pour obtenir des rayons X très pénétrants ont été faits, en France, en Hollande et aux Etats-Unis, à *la demande* des médecins électro-radiologistes qui, après avoir mesuré avec soin les doses physiques de rayonnement X reçues par les malades au cours des applications thérapeutiques, s'étaient rendu compte de la nécessité des voltages élevés. Non pas que l'on puisse affirmer d'une manière définitive que les rayons très durs jouissent d'une particulière électivité sur la cellule cancéreuse, mais plus sûrement parce que les doses reçues en profondeur dans les cancers profonds sont rendues ainsi beaucoup plus homogènes. Cependant la question de l'électivité comparée des rayons X durs et des rayons gamma ne peut pas encore être considérée comme réglée : les rayonnements les plus pénétrants employés en rœntgenthérapie correspondent actuellement à des différences de potentiel de l'ordre d'un million d'électron-volts. Certaines installations américaines vont même nettement plus loin, tandis qu'en France nous devons nous contenter actuellement, par suite des malheurs de l'invasion, d'installations qui plafonnent aux alentours de 600.000 volts. Encore celles que nous possédons sont-elles presque toutes à l'heure actuelle en état de non-fonctionnement par suite d'avaries techniques momentanément irréparables, de telle manière que presque tous les traitements sont réalisés à 200 kV. Mais la dureté des rayons émis par les tubes à voltage élevé les plus courants (600.000 volts) est encore très loin de celle du rayonnement du radium dont plusieurs raies évoluent aux environs de 1.500.000 à 3.000.000 de volts.

C'est la raison pour laquelle, par suite des difficultés techniques rencontrées à l'heure actuelle dans les Centres anticancéreux, nous employons encore beaucoup le radium, sous la forme de petits foyers localisés, placés au voisinage des lésions elles-mêmes ou implantés dans les tumeurs (curiepuncture) [par exemple : dans l'épithélioma du col utérin, le cancer de la langue, les épithéliomas cutanés, le cancer des amygdales, etc.]. Nous semblons bénéficier ainsi d'un rayonnement très pénétrant susceptible de donner facilement à une tumeur de petit volume des doses cancéricides. Malheureusement, le rayonnement émis par de petites quantités de ce métal placé dans les cavités (20 à 40 *mg.*) ne va pas très loin dans l'espace (car son cheminement s'y amenuise assez vite suivant la loi de l'inverse du carré des distances). Il en résulte que les régions malades traitées au cours des applications curiethérapiques internes (type : col utérin) ne peuvent être stérilisées correctement que lorsqu'elles sont d'un volume assez limité. Dès que le volume à irradier est plus large (propagations ganglionnaires), les appareils chargés de radium et placés dans le vagin au voisinage du col utérin, n'y peuvent faire parvenir des doses utilisables. On serait donc amené

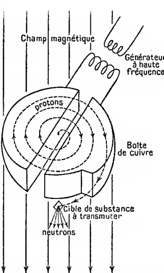


Fig. 1. — Principe schématique du *cyclotron* de E. O. Lawrence : les deutons (ou protons, ou hélions) effectuent entre 100 et 400 tours dans un champ magnétique intense avant de se jeter sur la cible de glucinium qui doit donner naissance aux neutrons.

logiquement à effectuer des traitements à distance. C'est pour cette raison qu'en 1927, au Congrès de *l'Avancement des Sciences* de Constantine nous posions les principes de la télécuriethérapie [1], méthode générale comportant l'emploi d'un « foyer » très intense de radium, à diriger au travers des téguments sur les cancers profonds, comme un véritable tube à rayons X. Nous décrivîmes même avec L. Mallet un appareil trifocal plus particulièrement destiné au traitement du cancer de l'utérus. Malheureusement, par un triste retour du sort, le radium qui présente justement la particularité souhaitée d'émettre un rayonnement gamma fort dur, c'est-à-dire très commode pour les applications thérapeutiques profondes, n'existe qu'en petite quantité et coûte fort cher. Aussi les quantités de ce métal mises à la disposition des Centres anticancéreux les plus riches n'ont-elles jamais dépassé 10 à 12 *g.* Ces quantités sont *beaucoup trop faibles*, puisque dans ces conditions, les distances focales employées ne peuvent guère dépasser 10 *cm.* et que les « temps d'exposition des malades » sont forcément très longs en même temps que les doses en profondeur sont fort insuffisantes. La méthode, par suite de l'insuffisance des moyens matériels n'a donc jamais pu donner sa mesure : c'est 100 *g.* et même 200 *g.* de radium qu'il conviendrait de placer dans ces appareils de télécuriethérapie pour pouvoir réaliser une expérience au moins convenable.

On peut donc poser que le traitement des cancers par la rœntgenthérapie et la curiethérapie a toujours souffert en France depuis vingt ans d'un mal que connaissent, hélas, la plupart de nos laboratoires nationaux scientifiques : le manque de matériel et le manque de crédits : en *rœntgenthérapie*, ce sont les tubes à haut voltage qui nous ont manqué ; en *curiethérapie*, c'est l'absence de grandes quantités de radium nécessaires à la réalisation des traitements par grands champs transcutanés. Est-ce à dire que la question du traitement des cancers réside seulement dans ces considérations techniques ? Assurément non, car c'est une loi générale que la matière vivante se dérobe sans cesse et les extensions diverses et métastases présentées par la plupart des cancers viennent très rapidement déjouer nos calculs de doses, même les plus précis. Un problème biologique n'a jamais, hélas, la simplicité mathématique et matérielle d'un problème de physique. De plus, malgré tous nos efforts, certaines cellules cancéreuses se montrent encore à l'heure actuelle tout à fait insensibles à l'action des rayons X ou gamma, sans que l'on puisse espérer encore voir cette sensibilité se modifier sous l'influence d'un agent chimique ou physique actuellement connu.

Quoi qu'il en soit, on peut affirmer que c'est à la perpétuelle action des médecins électro-radiologistes sur les physiciens et les constructeurs du monde entier que l'on doit à l'heure actuelle de posséder des installations de rayons X à voltage aussi élevé. En particulier, aux Etats-Unis, on comptait déjà en 1937 une bonne dizaine d'installations de rayons X fonctionnant aux environs du million de volts et attaquant régulièrement les cancers avec de bons résultats. La situation actuelle en U.S.A. malgré les sacrifices faits pendant la guerre par l'industrie américaine, est encore meilleure.

II. — Les cyclotrons de Lawrence.

Nous venons de voir les efforts conjugués de radiologistes et des physiciens dans la réalisation de générateurs à très haute-tension. Pour les physiciens, il s'agissait, avec des appareils qui furent d'abord du type électrostatique de Van de Graaf comme celui du « Palais de la Découverte », à Paris construit en 1937 (générateur donnant des différences de potentiel de l'ordre de 5 millions d'électrons-volts), de réaliser des accélérations d'ions susceptibles d'attaquer les noyaux atomiques avec assez d'énergie pour obtenir à une grande échelle les transmutations que dès 1919 le génial physicien anglais Rutherford avait réussi à déterminer dans son laboratoire grâce à des moyens plus simples. Il s'agissait aussi d'isoler en plus grand nombre ces éléments radio-actifs artificiels dont la découverte revient tout entière à Frédéric et Irène Joliot-Curie. Le laboratoire de synthèse atomique d'Ivry créé et dirigé dans ce but par Joliot, poursuit toujours à l'heure actuelle ces travaux et nous verrons tout à l'heure quel puissant intérêt chacun des éléments aussitôt découvert est susceptible d'apporter à nos recherches thérapeutiques.

En 1932, le physicien E. O. Lawrence de Berkeley (Université de Californie) eut l'idée de construire un nouvel appareil appelé « *cyclotron* » dont le principe est l'accélération de particules électrisées (ions) par impulsions successives. Nous avons déjà décrit le fonctionnement de cet appareil dans un article du *Journal de Radiologie*, en 1938. Le physicien français Jean Thibaud, dans le laboratoire de Maurice de Broglie, en avait donné antérieurement les principes en décrivant tout d'abord un producteur de protons rapides par accélérations successives (dans une série de tubes métalliques alignés), puis en proposant un modèle à ions tournants, principe même du cyclotron qu'il ne put réaliser faute de crédits. Tel qu'il fut réalisé par E. O. Lawrence, le cyclotron comporte une grande boîte de cuivre (fig. 1) coupée en deux, placée dans un espace où l'on a fait le vide et soumise à l'action d'un puissant champ magnétique vertical grâce à un électro-aimant : on sait qu'en l'absence de toute autre action, des ions placés dans ces conditions sont enroulés dans un plan horizontal et décrivent des circonférences. Si on applique alors aux ions une

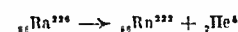
1. Robert Coliez : Techniques de Télécuriethérapie. *Journal de Radiologie*, 11, n° 11 581

·hute de tension alternative de l'ordre de 50.000 ·olts en reliant chacune des moitiés de la boîte de cuivre aux extrémités d'un générateur à haute-fréquence (identique à un poste émetteur de T.S.F.) et capable d'alterner le sens de cette chute un million de fois par seconde, les ions reçoivent à chaque demi-tour une impulsion nouvelle. Si la longueur d'onde du poste émetteur est bien réglée avec le champ de l'électro-aimant, tous les ions se mettent peu à peu « en résonance » avec la longueur d'onde du poste à haute fréquence et décrivent des circonférences de plus en plus grandes. En bref, leur parcours constituera en définitive une *spirale* et les demi-tours successifs de longueur croissante ayant toujours à être parcourus par les ions pendant un même laps de temps (un million de fois par seconde), leur vitesse deviendra vite assez considérable. Au dernier tour, les particules sont déviées par une électrode spéciale et sont précipitées sur la cible à transmuter. Le maximum d'énergie qu'une particule électrisée puisse ainsi acquérir est limité par la puissance de l'électro-aimant employé [2] Les particules employées sont soit des *protons* (noyaux d'hydrogène), des *deutons* (noyaux d'hydrogène lourd de masse 2), ou encore des *hélions* (particules alpha). Pratiquement, en bombardant un métal léger comme le béryllium, on obtient, par arrachement des noyaux, l'émission d'un faisceau de *neutrons* rapides qui peuvent servir soit à de nouvelles transmutations physico-chimiques, soit, si on le dirige sur des être vivants, à des transmutations organiques aboutissant à des effets biologiques.

Nous retrouvons donc bien ici les efforts conjugués des physiciens et des radiologistes dans un but commun : tandis que pour les premiers le cyclotron comportait l'espoir d'une accélération possible de plus en plus violente de projectiles destinés à de nouvelles transmutations artificielles, pour les seconds l'obtention régulière de champs de neutrons rapides conduisait à une espérance au moins aussi importante, celle de la découverte d'un nouvel agent distributeur d'ions cellucicides. Or, d'après les premières expériences, les neutrons paraissent doués d'une action plus puissante et plus efficace encore sur les cellules cancéreuses que les rayons X ou gamma. Le parallélisme de tels efforts est du reste concrétisé par les travaux conjugués des frères Lawrence, car si l'inventeur du cyclotron E. O. Lawrence (prix Nobel, 1939) [que la bombe atomique vient de porter brusquement à la grande célébrité] est un physicien pur, son frère John H. Lawrence est médecin et dirige le département des recherches biologiques à la même Université de Californie. De telle manière que lorsqu'en 1939 on décida à Berkeley de construire un nouveau type de cyclotron, E. O. Lawrence reçut les crédits nécessaires à sa construction non seulement de l'Institut Rockefeller, mais aussi du *Centre américain national d'Etude du cancer*. Il s'agissait alors d'un appareil de 220 tonnes pouvant déterminer des accélérations avec une énergie de 4 à 5 millions d'électron-volts. Mais depuis 1939, E. O. Lawrence a construit plusieurs cyclotrons de plus en plus puissants, portant ainsi leur nombre depuis 1930 à une dizaine. Le dernier modèle dont la construction fut commencée en 1940 (et qui a pu jouer un certain rôle dans la réalisation de la bombe atomique) possède un électro-aimant géant de 4.500 tonnes, des pièces polaires d'un diamètre de 5 *m*. et peut provoquer des accélérations correspondantes à une énergie de l'ordre de 100 millions d'électron-volts. Sa construction nécessita une dépense de plus de 50 millions de francs. Il ne s'agit pas du reste d'un « appareil », car l'ensemble de celui-ci constitue un très important bâtiment dont la hauteur dépasse 30 *m*. Si nous donnons tous ces détails, ce n'est pas pour frapper l'imagination du lecteur, c'est seulement pour indiquer à quel niveau peut se hausser la recherche scientifique lorsqu'elle est appuyée par une nécessité (ici probablement la guerre totale). Il est du reste assez curieux de constater que, pour une fois, l'esprit de destruction, les conflits réglés, et la force explosive maîtrisée, aura peut-être pour conséquence (par les nouvelles facilités que la désintégration atomique donnera à l'industrie) la réalisation d'un progrès que l'on peut qualifier sans exagération de considérable. A l'heure actuelle les effets biologiques des particules émises par le nouvel appareil sont encore mal connus. En France, nous possédons à l'heure actuelle deux cyclotrons, celui de Joliot (30 tonnes, 8 millions d'eV) dans le troisième sous-sol du Collège de France, à Paris, et celui de Nahmias et Cornil, à Marseille, terminé au début de 1945. Nous verrons plus loin où en sont les recherches biologiques concernant l'emploi des neutrons.

III. — Les transmutations naturelles des corps radioactifs.

Mais la question ne s'arrête pas là. En effet, si le cyclotron est en voie de permettre de nouvelles recherches biologiques concernant le cancer, l'explosion de la bombe elle-même (nous voulons dire le phénomène de la désintégration) prête à quelques considérations qu'il nous faut maintenant étudier. On sait en effet que tous les corps radioactifs (dont le radium est en curiethérapie médicale le plus employé), émettent leurs rayonnements par suite d'une véritable transmutation naturelle. Ce sont là des notions très banales à la théorie desquelles aucun curiethérapeute qui emploie journellement les rayons β pour le traitement des angiomes et les rayons γ pour le traitement des principaux cancers radio-sensibles ne saurait rester indifférent. Tous les livres de radiologie comportent la description de ces explosions atomiques spontanées, extrêmement curieuses dans leur mécanisme intime, mais sur lesquelles nous ne saurions insister ici, étant donné leur banalité. Il faut se rappeler tout de même que si la série radioactive du radium émet ses trois rayonnements, c'est parce que son noyau de formule [3] nucléaire ${}_{88}Ra^{226}$ commence par exploser en deux parties inégales pour donner deux corps différents de poids atomiques bien dissemblables : d'une part un noyau d'hélium de masse 4, de formule ${}_{2}He^{4}$ (ou : 2 P : 2 N) [particule alpha] qui est projeté, et d'autre part un radium plus inférieur dans la classification de Mendéléief, élément de masse 222 : l'émanation du radium ou *radon* de formule nucléaire ${}_{86}Rn^{222}$ (ou : 86 P : 136 N). La transmutation peut donc s'écrire sous les deux formes :



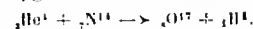
$$ {}_{88}Ra^{226} \longrightarrow {}_{86}Rn^{222} + {}_{2}He^{4} $$

ou : (88 P : 138 N) ⟶ (86 P : 136 N) + (2 P : 2 N).

C'est du reste ce radon qui, par des désintégrations successives, se rapprochera ensuite du *polonium* ou radium F de masse 210, pour descendre jusqu'au plomb non radioactif 206. Si la quantité d'énergie libérée par cette désintégration reste en apparence nulle (bien que s'accompagnant d'un dégagement d'énergie considérable, qui pour les particules α et β peuvent atteindre des énergies de plusieurs millions d'électron-volts), c'est parce que vis-à-vis des petites quantités de radium mises en jeu dans les recherches thérapeutiques il n'y a en réalité qu'un nombre infime d'atomes qui explosent par seconde et toute l'énergie calorifique se trouve ainsi inutilisée. (Cependant 1 *g*. de radium dégage plus de 130 calories par heure.) Par ailleurs, il ne faut pas oublier que la *durée de demi-destruction* du radium est de 1.590 ans. Cela veut dire qu'au bout de ce temps la *moitié seulement* des atomes d'une masse de 1 *g*. se sera désintégrée, de telle manière que son activité ayant diminué de moitié, il n'en reste en réalité qu'un 1/2 *g*. : il s'agit donc d'une transmutation extrêmement lente.

IV. — Les transmutations provoquées.

On crut longtemps que la quarantaine de corps rangés à la fin de la classification périodique de Mendéléief étaient les seuls à pouvoir émettre des rayonnements. En fait ils restent encore aujourd'hui les seuls à se transmuter spontanément. Mais était-il impossible d'obtenir la destruction d'autres noyaux ? Nous avons vu que c'est le physicien Rutherford qui eut le premier l'idée d'utiliser des noyaux animés d'une très grande vitesse et de les jeter sur d'autres noyaux dans le but de les briser. Il lança à cet effet des particules α (noyaux d'hélium) sur une cible d'azote et observa que lorsqu'il était frappé, le noyau d'azote laissait échapper sous l'influence du choc un de ses protons (noyau d'hydrogène) tandis que le noyau d'azote se transformait en noyau d'oxygène selon la réaction nucléaire :



$$ {}_{2}He^{4} + {}_{7}N^{14} \longrightarrow {}_{8}O^{17} + {}_{1}H^{1}. $$

Cette réaction traduisait donc la transmutation de l'azote en oxygène. Bientôt suivit celle du glucinium en carbone et beaucoup d'autres. La méthode générale était trouvée : un nombre considérable de recherches furent faites en employant comme projectiles non seulement les rayons α mais aussi les protons, les deutons, les hélions qui, fortement accélérés par les appareils cyclotrons dont nous avons parlé, donnèrent des neutrons en abondance. Ce sont ces neutrons, électriquement neutres, qui devaient se révéler des projectiles de choix pour provoquer des mutations, parce qu'ils ne sont pas arrêtés par la « barrière de potentiel » constituée par l'essaim d'électrons négatifs périnucléaires qui défendent les noyaux-cibles. Un autre avantage est qu'ils n'éprouvent aucune répulsion électrique gênante vis-à-vis de la charge fortement positive des noyaux qu'ils sont appelés à aborder et à démolir. Aussi les neutrons ont-ils été de beaucoup les plus employés.

Irène et Frédéric Joliot-Curie eurent en 1934 le très grand mérite de montrer que ces transmutations conduisent parfois à la création de noyaux instables qui n'existent pas dans la nature et qui se *transforment spontanément* au cours du temps en des éléments stables connus. C'est à ces éléments instables qu'on a donné le nom de *radio-éléments artificiels*. En se désintégrant, ils donnent naissance eux-mêmes à des protons et à des électrons positifs ou négatifs. En définitive, il y a souvent, comme on le verra plus loin, émission de rayonnement α ou β ionisants, ou même émission γ, ou bien encore ionisation directe par un proton, phénomènes dont on sait l'intérêt médical toujours parallèle à l'intérêt physique. A l'heure actuelle, Lawrence et Joliot travaillant l'un en Amérique, l'autre en France, ont pu ainsi créer environ 360 radio-éléments dont les vies moyennes s'étendent d'une fraction de seconde à plusieurs années (exactement comme pour les éléments radio-actifs naturels). Un certain nombre de radio-éléments ont du reste été isolés par effet photo-nucléaire grâce à l'emploi de tubes à rayons X fonctionnant sous des voltages très élevés et dont quelques-uns ont pu développer une énergie de 3,2 millions eV.

Effet Fermi. — Un phénomène tout à fait curieux a été mis en évidence à propos des neutrons par le physicien italien Fermi. Celui-ci réussit à montrer que lorsque les neutrons sont animés de *vitesses très faibles*, leur efficacité pour réagir sur d'autres noyaux-cibles est considérablement plus grande que lorsqu'ils sont rapides. Cette propriété absolument inattendue et contraire à toutes nos idées mécaniques est inexplicable lorsqu'on la compare à des actions de choc purement matérielles comme celles de deux billes de billard. Mais dans la réalité nucléaire il faut expliquer le phénomène, comme l'a montré Joliot, en associant au neutron lent une onde de Broglie. La longueur d'onde associée étant d'autant plus grande que la vitesse de la particule est plus faible, on peut dire que le projectile *devient de plus en plus gros* au fur et à mesure que sa vitesse est plus petite. On s'explique qu'il puisse avoir ainsi beaucoup plus de chances de rencontrer un noyau, et partant, de devenir plus efficace. On peut donc prévoir que les neutrons vont avoir des propriétés tout à fait particulières notamment lorsqu'ils auront à traverser les tissus vivants, et qu'ils auront des actions très différentes des rayons α, β ou γ des corps radio-actifs actuellement employés.

Robert Coliez,
Médecin électro-radiologiste
des Hôpitaux de Paris.

(Centre anti-cancéreux de l'Hôpital Necker.)

---

2. Dans le deuxième modèle de Lawrence, construit en 1933, le faisceau de protons obtenu avait une énergie correspondante à 80 000 électron-volts.

3. Dans la formule nucléaire du radium le chiffre 226 représente le nombre de masse et le chiffre 88 le nombre de charges positives nucléaires, c'est-à-dire le nombre de protons. D'une manière plus simple on peut désigner le noyau de radium formé de 88 protons P et de 138 neutrons N par le signe (88 P : 138 N). Protons et neutrons, d'après les dernières théories nucléaires, pourraient constituer les deux états d'une particule matérielle élémentaire l'une chargée positivement et l'autre neutre : on pourrait alors les désigner l'une et l'autre comme étant des *nucléons* (éléments constitutifs des noyaux). Le noyau de radium comporterait alors 220 nucléons.

Gaston Milian

(1871-1945)

En Milian, la dermato-syphiligraphie française vient de perdre un de ses plus brillants représentants, et la médecine française une de ses plus belles intelligences.

Milian était né à Vitry-le-François, d'une famille modeste de vieille souche espagnole. Il inaugura sa carrière médicale en obtenant un excellent rang dans une promotion d'Internat, qui était des plus remarquables, puisqu'on y trouve les noms de Cunéo, Terrien, Nobécourt, Ombrédanne, Lesné, Léon Bernard, Edouard Rist, Sicard, Dujarrier, Claisse, Garnier, Sainton, pour n'en citer que les étoiles les plus brillantes. Au cours de ses années d'internat, s'exercèrent sur lui les deux influences qui devaient décider de son orientation : celle de Fournier vers la dermato-syphiligraphie, celle de Cornil vers l'anatomie pathologique. Ensuite, pendant plusieurs années, il demeura auprès de Fournier. Devenu lui-même médecin des hôpitaux en 1906, puis chef de service à l'hôpital Saint-Louis en 1918, il put, sans jamais s'accorder aucun répit, consacrer près de cinquante années à l'étude passionnée de tous les chapitres de la dermato-syphiligraphie, laissant sur la plupart d'entre eux sa puissante empreinte personnelle.

En effet, il n'est guère de question de dermato-syphiligraphie sur laquelle il n'ait, pour le moins, jeté quelque lumière.

En syphiligraphie, il fut un des premiers à introduire en France l'usage des arsénobenzènes, et se fit le champion du 606, puis du 914, dont il codifia la posologie d'une façon qui mérite de demeurer définitive. Mais l'étude des accidents causés par ces médicaments, et des moyens d'y remédier, constitue l'une de ses œuvres les plus fructueuses et les plus originales : la crise nitritoïde, les éruptions du 9e jour, l'apoplexie séreuse, l'action de l'adrénaline (par la bouche ou en injections intramusculaires, ou même intraveineuses par la « rinçure de seringue ») dans la crise nitritoïde ou dans l'apoplexie séreuse, tout ce que nous savons de ces questions est dû à Milian. Partisan des doses fortes, volontiers énergique et même audacieux dans ses prescriptions thérapeutiques, Milian montra parfaitement le rôle des traitements insuffisants dans la genèse de nombre d'accidents cutanés, nerveux ou hépatiques. Ces accidents, que l'on considérait volontiers comme d'origine toxique, représentent en réalité des réactivations.

Milian a montré que le phénomène de la réactivation pouvait recevoir une application diagnostique, en ce qui concerne les séro-réactions de la syphilis : il préconisa donc la pratique des réactivations du Bordet-Wassermann, soit par une injection d'arsénobenzène à doses faibles, soit par quelques injections de cyanure. Cette méthode est devenue classique, et sa valeur, dans les syphilis anciennes ou les syphilis douteuses, n'est plus à démontrer.

Dans le domaine dermatologique aussi, où le servirent ses grandes connaissances en anatomie pathologique, les travaux de Milian sont innombrables. Citons surtout ceux qui se rapportent aux gangrènes cutanées infectieuses, dont il découvrit le microbe, au lichen plan, aux streptococcies cutanées, au traitement du zona et de la gale, aux dyshidroses, aux urticaires infectieuses, à la stomatite aurique, aux éruptions médicamenteuses, aux bromides, aux érythèmes pigmentés fixes récidivants, au virus de l'herpès, enfin aux tuberculides parmi lesquelles il rangeait le pityriasis rubra pilaire et l'angiokératome de Mibelli.

Mais, avec ses travaux sur les accidents des arsénobenzènes et avec la réactivation de la réaction de Bordet-Wassermann, c'est la théorie du Biotropisme qui assurera au nom de Milian sa pérennité.

Pour Milian, le Biotropisme est constitué par le réveil d'un microorganisme latent, sous l'influence d'une action exogène, médicamenteuse, physique ou autre. Dans les premières descriptions, ce phénomène se présentait sous forme d'éruptions, et en particulier d'éruptions morbiliformes, rubéoliformes ou scarlatiniformes, survenues au cours d'un traitement antisyphilitique. Or il s'agit ici, comme l'a montré Milian, non pas d'une action toxique, anaphylactique ou de sensibilisation, mais bien de la maladie infectieuse elle-même, rougeole, rubéole ou scarlatine. Par la suite, on vit s'élargir considérablement le domaine du biotropisme ; ce phénomène, susceptible d'être aussi bien local que général, peut en effet expliquer un grand nombre de faits observés et demeurés jusqu'alors mystérieux.

Telle est, sommairement esquissée, l'œuvre de Milian, œuvre considérable : car ce grand syphiligraphe fut un travailleur acharné. Trois heures passées chaque matin dans son service de Saint-Louis, avec de longs séjours au laboratoire ou à la salle d'autopsie, étaient loin de constituer tout son labeur quotidien ; jamais il ne quittait l'hôpital sans se charger de coupes histologiques, que, chez lui, tard dans la nuit, il examinait longuement, après avoir consacré ses après-midi à sa nombreuse clientèle, puis ses soirées à penser et à rédiger ses travaux. Et après ces journées et ces soirées bien remplies, on le voyait chaque matin, d'un pas égal, arriver dans son service plein d'une ardeur juvénile.

Il fallait voir avec quel soin il interrogeait et examinait les malades. Il était là, avec la tête un peu relevée, comme s'il flairait le diagnostic à faire. Dès que celui-ci était porté, il devenait définitif et Milian était prêt à le défendre contre toutes les objections. Il soutenait en effet ses opinions avec un brio extraordinaire, et d'autant plus qu'elles étaient, ou qu'elles paraissaient, plus paradoxales.

Que ce soit à la Société de Dermatologie, à la Société médicale des Hôpitaux ou dans son service, il se montrait redoutable dans les discussions. Quand ils n'étaient pas percés de ses traits, ses adversaires étaient démontés par la clarté de son argumentation, la rigueur de sa dialectique et l'imperturbable sang-froid avec lequel il menait la lutte, d'une voix incisive, parfois un peu ironique, mais toujours sous une forme absolument courtoise.

A l'hôpital, les élèves, séduits par un tel maître et entraînés par son enthousiasme au travail, admiraient ce cerveau lumineux où bouillonnaient les idées nouvelles. Lui, avec son caractère indépendant, marchait tout droit dans la vie, sur la route qu'il s'était fixée, sans compromission et sans qu'aucune difficulté pût jamais le rebuter. Ceux qui le connaissaient bien, cependant, savaient que sous des apparences assez froides et personnelles il cachait un cœur sensible, très dévoué à ses quelques amis et compatissant aux infortunes qu'il rencontrait.

Les honneurs qu'il n'avait pas recherchés et que, dans son rude isolement, il avait même écartés de lui pendant longtemps, avaient fini par lui venir sur le tard. Il était membre de l'Académie de Médecine et Président de la Ligue Nationale contre le péril vénérien, lorsqu'il fut atteint par l'âge de la retraite. Mais un homme comme Milian ne se résigne pas à un demi-sommeil. Il ouvrit, à l'Institut Alfred-Fournier, une consultation où médecins et malades affluèrent jusqu'à ces derniers temps.

Cependant, à cet homme qui, toute sa vie, n'avait trouvé de joie que dans l'activité, un sort jaloux réservait une dramatique et dérisoire fin de carrière. Milian fut peu à peu frappé de paralysie ; ses quatre membres furent immobilisés : son cerveau, lui, demeurait lucide. Comme toujours, il lutta courageusement ; mais la lutte, cette fois, était inégale. Pendant des mois, Milian continua à travailler, à recevoir des malades, à composer des articles ; mais quelle devait être sa souffrance de ne rien pouvoir faire sans avoir près de lui un aide, un secrétaire ! Peu à peu, cependant, l'ombre s'appesantissait sur lui ; et, malgré le dévouement de Mme Milian et de quelques fidèles, la mort venait éteindre cette ardente flamme de vie.

Par l'originalité et la puissance de son cerveau, Milian représentait une des grandes figures de notre monde médical. Par son travail incessant et son génie créateur, il s'était placé au faîte de la dermato-syphiligraphie française.

Pendant longtemps, le vide qu'il y laisse ne sera pas comblé.

Marcel Mouquin.

Livres Nouveaux

Chirurgie de la main. Livre du Chirurgien. Chirurgi[e] réparatrice des traumatismes de la main, pa[r] Marc Iselin. 1 vol. de 236 pages, avec 81 figure[s] (*Masson et Cie*, éditeurs), Paris, 1945. — Prix : 145 fr

C'est la seconde partie du livre, d'abord unique, pui[s] dédoublé, qu'Iselin a consacré, il y a longtemps, à l[a] chirurgie de la main.

Le premier volume en parut il y a maintenant plus d[e] 7 ans ; il s'adressait au praticien, à celui qui est le premie[r] appelé — mais trop souvent très tardivement — à donne[r] ses soins aux blessés, et contenait la description, com[-]mentée par de belles figures, des blessures des doigts et d[u] pouce, des variétés de panaris, des phlegmons digito-pal[-]maires, et des traumatismes fermés, faite par quelqu'u[n] qui les a vus, les a soignés avec conscience, et qui en [a] déploré les séquelles trop fréquentes. Cet ouvrage eu u[n] grand succès.

Dans le second tome, qui vient de paraître, et qui es[t] fait pour le chirurgien, les mêmes qualités se retrouvent encore que l'auteur ait le remords « de ne pouvoir offri[r] aux lecteurs les mêmes affirmations, de ne pouvoir apporter aux blessés les mêmes perspectives de succès que celles obtenues maintenant dans le traitement des phlegmons des gaines par exemple ».

On y trouve l'exposé des idées de Marc Iselin sur les lésions à réparer, et la conception de leur traitement. Lésions cutanées, lésions tendineuses, lésions nerveuses, séquelles d'amputation de doigts, remplacement de doigts mutilés, appareillage de la main amputée, tels sont les titres généraux des chapitres de cet ouvrage qui, certes, comporte peu de références, mais des remarques, des suggestions, des leçons tirées des erreurs, qui guideront autant les novices que les chirurgiens de carrière.

Il faut remercier Marc Iselin d'avoir écrit ce livre, qui témoigne du désir d'éviter à autrui les hésitations de l'expérience. Il rencontrera, j'en suis sûr, la même faveur que le précédent.

Jean Patel.

Etude radiologique des obstructions bronchiques, par Jean Papillon. 1 vol. de 364 pages et 61 figures [préface du Prof. Paul Santy] (*G. Doin et Cie*, édit.), Paris, 1944.

La pathologie broncho-pulmonaire s'est grandement enrichie et précisée depuis que les bronchographies lipiodolées, les tomogrammes, les bronchoscopies ont permis d'étudier de façon objective et directe des affections qui jusqu'alors échappaient à nos moyens d'investigation. Une séméiologie nouvelle s'est édifiée, des cadres nosologiques nouveaux ont été tracés, des diagnostics précoces ont été possibles, qui ont eu pour sanction des interventions chirurgicales insoupçonnées il y a quelques années encore.

L'ouvrage dont J. Papillon a recueilli les éléments dans la riche documentation du Prof. Santy est une heureuse synthèse de tous ces faits récents. Il commence par une étude minutieuse de l'anatomie radiologique normale de l'appareil bronchique dont la connaissance est indispensable à l'interprétation correcte des clichés normaux ou pathologiques. Après un rappel physio-pathologique de leur mécanisme il étudie longuement et en détails les trois conséquences anatomo-cliniques de l'obstruction bronchique : l'atélectasie totale et partielle (lobaire ou zonaire), l'emphysème diffus ou bulleux, le mouvement pendulaire du médiastin. Chaque fois J. Papillon discute avec une grande clarté les éléments du diagnostic positif et du diagnostic différentiel. L'ouvrage se termine par une étude des diverses formes étiologiques : atélectasie post-opératoire ou post-hémoptoïque, corps étrangers des bronches, cancers bronchiques et tumeurs bénignes, obstructions bronchiques inflammatoires d'origine tuberculeuse, syphilitique ou autre, rapports de l'obstruction bronchique et de certaines bronchectasies. Une riche bibliographie permet au chercheur de retrouver les articles originaux.

Ce bref résumé indique la matière schématique de cet ouvrage qui complétera l'éducation de beaucoup, en permettant à temps bien des diagnostics malaisés à tous les médecins qui, selon l'heureuse expression du Prof. Santy, « ont foi dans l'avenir de la thérapeutique active de beaucoup d'affections broncho-pulmonaires ».

Maurice Bariéty.

A Textbook of Pathology general and special, par J. M. Beattie et W. E. Cornegie Dickson, avec la collaboration de A.-M. Drennan et J.-O. Olivier. Un ouvrage de 1.367 pages, avec 800 figures et 19 planches en couleurs, 4e édition (*W. Heinemann*, éditeur), Londres, 1943.

La 4e édition de ce volumineux ouvrage, écrit pour les étudiants et les praticiens, est le reflet, dans chacun de ses chapitres, de l'enseignement de la Faculté d'Edimbourg. Elle a pour but la mise au point de nombreuses et importantes questions de Pathologie interne. Parmi celles-ci figure l'étude des affections à virus filtrants, des déficiences en vitamines, des acquisitions modernes se rapportant aux maladies du système nerveux, du sang et des glandes endocrines. Ce livre, remarquablement édité, contient de nombreuses figures histologiques et hématologiques très démonstratives.

A. Ravina

INFORMATIONS

CINQUANTIÈME ANNIVERSAIRE de la découverte des Rayons X par Wilhelm Conrad ROENTGEN

Des conférences organisées par les Sociétés : d'Electro-Radiologie Médicale de France, Française d'Electrothérapie et de Radiologie, Française des Electriciens, des Ingénieurs Civils de France, de Physique, auront lieu le vendredi 14 Décembre 1945 au Grand Amphithéâtre de la Maison de la Chimie, 28, rue Saint-Dominique, pour commémorer la découverte de ROENTGEN, sous la présidence d'honneur de M. le Ministre de la Santé publique et de M. le Recteur de l'Académie.

PROGRAMME. — *Séance du matin :* A 9 h. 30, Hommage aux victimes des rayons X, par M. DARIAUX. — Vie et travaux de Rœntgen, par M. J. CHEVALIER. — Evolution du matériel radiologique, par M. PILON. — *Séance de l'après-midi :* A 14 h. 30. Les rayons X dans le diagnostic médical, par M. LEDOUX-LEBARD. — Les rayons X en thérapeutique, par M. J. BELOT. — Applications industrielles des rayons X, par M. BASTIENS. — Les rayons X et la recherche scientifique, par M. Maurice DE BROGLIE.

Institution D'UNE COMMISSION PERMANENTE de la nomenclature des actes professionnels

Cette Commission, prévue par l'ordonnance du 19 Octobre 1945 (voir *La Presse Médicale*, 3 Novembre 1945, n° 44, 603) est instituée.

Elle comprend : 1 président, désigné conjointement par les ministres de la Santé publique, du Travail et de la Sécurité sociale ; 4 membres désignés par la Confédération des Syndicats médicaux, dont 2 praticiens de médecine générale et 1 chirurgien et électroradiologiste ; 2 médecins conseils des caisses d'Assurances sociales ; 2 représentants du ministre de la Santé publique ; 2 représentants du ministre du Travail et de la Sécurité sociale, dont 1 médecin ; 2 représentants des caisses d'Assurances sociales.

Cette Commission est chargée de fixer l'interprétation à donner aux articles de la nomenclature, à la demande des caisses d'Assurances sociales, des Syndicats médicaux, des médecins et des assurés sociaux. Elle propose les additions et les modifications à apporter éventuellement à la nomenclature en raison de l'évolution de la science thérapeutique. (*J. O.*, 21 Novembre 1945.)

Université de Paris

Faculté de Médecine. — M. PASTEUR VALLERY-RADOT, Professeur titulaire de la chaire de *clinique médicale Bichat*, est transféré, à compter du 1er Octobre 1945, dans la chaire de *clinique médicale propédeutique Broussais* (dernier titulaire : M. VILLARET, retraité).

— M. LIAN, Professeur titulaire de la chaire d'*histoire de la médecine*, est transféré, à compter du 1er Octobre 1945, dans la chaire de *clinique médicale Bichat* (dernier titulaire : M. PASTEUR VALLERY-RADOT, transféré).

— *Les chaires suivantes sont déclarées vacantes :* Histoire de la Médecine (dernier titulaire : M. LIAN, transféré). — Thérapeutique (dernier titulaire : M. AUBERTIN, retraité).

Un délai de vingt jours à compter du 24 Novembre 1945 est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

Conférences d'actualités de Biochimie médicale. — COURS DE PERFECTIONNEMENT 1945-1946. — 12 Décembre. M. le Prof. A. BOIVIN : Déterminisme chimique des réactions cellulaires au sein des foyers d'infection bactérienne. — 19 Décembre. M. le Prof. STOLL (Bâle) : La Biochimie et la Pharmacologie des alcaloïdes de l'ergot de seigle.

Ces conférences auront lieu à 18 heures à l'Amphithéâtre du Laboratoire de Chimie de la Faculté de Médecine (Prof. : M. POLONOVSKI).

Clinique des maladies du système nerveux (Prof. G. GUILLAIN). — Des *Conférences neurologiques* seront faites à l'Amphithéâtre de la Clinique Charcot (Hospice de La Salpêtrière), à 10 h. 30, aux dates suivantes :

21 Décembre 1945. M. MOLLARET : Les méningo-encéphalites après vaccination contre la fièvre jaune. — 25 Janvier 1946. M. ALAJOUANINE : La lombo-sciatique. — 22 Février. M. DESOILLE : La psychologie du bagne. — 29 Mars. M. LHERMITTE : Les syndromes et l'évolution des traumatismes de la moelle épinière. — 12 Avril. M. Charles RICHET : Les syndromes neuro-psychiatriques dans les camps de prisonniers. — 7 Juin. M. HAGUENAU : Les accidents nerveux des vaccinations microbiennes. — 28 Juin. M. GARCIN : Les thrombo-phlébites cérébrales. — 12 Juillet. M. Ivan Bertrand : L'électro-encéphalogramme des sciatiques.

Institut de Médecine légale et de Psychiatrie. — MÉDECINE LÉGALE. *Enseignement théorique.* — Médecine légale, toxicologie, déontologie, droit médical, sécurité sociale (MM. H. DESOILLE, HUGUENEY [Novembre et Décembre 1945] et Prof. DUVOIR [Janvier et Février 1946]). — Médecine du travail (sous la direction de M. DUVOIR).

Ces cours ont lieu au Grand Amphithéâtre de la Faculté de Médecine, lundi, mercredi et vendredi, de 17 h. à 18 h.

Enseignement pratique. — Autopsies (MM. DUVOIR et DEROBERT), mardi de 14 à 15 h. (MM. PIÉDELIÈVRE et DESOILLE), jeudi de 14 h. à 15 h. — Travaux pratiques de médecine légale (M. PIÉDELIÈVRE) : Application des méthodes de recherche à la pratique médico-légale (avec le concours de MM. DEROBERT et GAULTIER), lundi de 14 h. à 16 h. 30 ; Recherches toxicologiques (avec le concours de M. TRUFFERT), jeudi de 16 h. à 17 h. 30. — Expertises d'accidents du travail, de maladies professionnelles, assurances sociales, pensions de guerre, etc. (MM. DUVOIR, PIÉDELIÈVRE, H. DESOILLE, DEROBERT), mardi et jeudi à 15 h.

Les travaux pratiques ont lieu au Laboratoire de médecine légale de la Faculté (Institut médico-légal).

PSYCHIATRIE. — Un *Cours de clinique psychiatrique* (M. DELAY) aura lieu tous les dimanches, à 10 h. 30, à la Clinique des maladies mentales et de l'encéphale, et les présentations de malades, tous les mercredis, à la même heure (Hôpital Sainte-Anne).

DROITS A VERSER : immatriculation, 300 fr. ; bibliothèque, 200 fr. ; 4 droits de laboratoire, 600 fr. ; examen, 20 fr.

Universités de Province

Faculté de Médecine de Bordeaux. — Le poste d'agrégé d'Histologie (dernier titulaire : M. LACOSTE, décédé) est déclaré vacant.

Faculté de Médecine de Marseille. — M. MOIROUD, Professeur titulaire de la chaire de *pathologie chirurgicale* est transféré dans la chaire de *clinique chirurgicale* (dernier titulaire : M. BOURDE, décédé).

Concours et places vacantes

Médecin des Hôpitaux de Paris. — CONCOURS SPÉCIAL (4 places). Ont été nommés : MM. URRY, LIÈVRE, HAMBURGER, SCHWOB.

Chirurgien des Hôpitaux de Paris. — CONCOURS SPÉCIAL (1 place). M. BAUMANN a été nommé.

Assistant d'ophtalmologie des Hôpitaux de Paris. — Un concours pour 1 place sera ouvert le lundi 7 Janvier 1946.

Chargés de Cours à l'Institut dentaire de la Faculté de Médecine de Nancy. — Un *Concours sur titres* est ouvert pour 2 postes : 1° Prothèse restauratrice-Orthodontie ; 2° Bridges, Couronnes, Travaux à Pont.

Adresser les demandes au Doyen de la Faculté, 30, rue Lionnois, à Nancy, avant le 15 Décembre 1945.

Médecin chef de service et Ophtalmologiste chef de service à l'Hôpital d'Avignon. — Chirurgien chef de service à l'Hôpital de Menton. — Un concours sur titres aura lieu, le 28 Janvier 1946, au siège de l'Inspection régionale de la Santé de Marseille pour les postes ci-dessus. Nominations à titre temporaire et pour une durée maxima d'un an.

S'adresser à l'Inspection régionale de la Santé, 66, rue Saint-Sébastien, Marseille.

Médecin-Directeur du Bureau municipal d'hygiène de Nevers. — Ce poste est vacant. Conditions : être diplômé d'Etat (Hygiène), âgé de moins de 35 ans, se consacrer uniquement à ces fonctions. Traitement : 120.000 minimum et avantages. S'adresser à la Mairie de Nevers.

Médecin du Centre médical de la Jeunesse de Perpignan. — Un concours sur titres aura lieu à la Mairie de Perpignan, le 10 Décembre 1945 (entrée en fonctions le 1er Janvier 1946). Pour tous renseignements, s'adresser à la Mairie de Perpignan (Bureau du Personnel).

Hôpitaux et Hospices

Radio-diagnostic digestif clinique. — Les 2e et 4e dimanches du mois aura lieu, à 10 heures, au Service central de Radiologie (Dr PORCHER), de l'Hôpital Saint-Antoine, une réunion consacrée à l'interprétation en radiologie digestive. Les dossiers intéressants de la quinzaine précédente y seront, en particulier, exposés, commentés et discutés avec une argumentation technique, clinique, opératoire, gastroscopique, anatomo-pathologique aussi large que possible. La 1re réunion aura lieu le dimanche 9 Décembre.

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

— M. CENAC-THALY est nommé médecin chef de l'*hôpital psychiatrique de Saint-Venant* (Pas-de-Calais) à titre intérimaire.

— M. GILLES est nommé médecin directeur de l'hôpital psychiatrique de *Lannemezan* (Hautes-Pyrénées), en remplacement de M. BONEL, appelé à d'autres fonctions.

— M. UEBERSCHLAG est affecté, en qualité de médecin chef, à l'hôpital psychiatrique de *Lannemezan* (Hautes-Pyrénées), en remplacement de M. STOERR, appelé à d'autres fonctions.

— M. MANS, médecin chef à l'hôpital psychiatrique de Saint-Venant (Pas-de-Calais), est muté, en la même qualité, à l'*hôpital psychiatrique de Limoux* (Aude).

*
* *

Hôpital psychiatrique Henri-Rousselle. — Un poste de médecin chef est actuellement vacant.

Adresser les candidatures à la direction du personnel (2e bureau), 7, rue de Tilsitt, Paris (17e).

Médecins chefs de Service des hôpitaux psychiatriques d'Algérie : Un CONCOURS SUR TITRES pour 4 postes aura lieu le 22 Janvier 1946. (Traitement de 120.000 à 180 000 plus le 33 pour 100 colonial et indemnités familiales.)

Inscription auprès du Gouvernement général jusqu'au 27 Décembre 1945.

— Des postes sont actuellement vacants dans les Etablissements suivants :

Hôpital psychiatrique de Saint-Venant (Pas-de-Calais). — Un poste de médecin chef.

Hôpital psychiatrique de Saint-Lizier (Ariège). — Un poste de médecin directeur.

Asile privé de Leyme (Lot). — Un poste de médecin chef.

Hôpital psychiatrique de Sotteville-lès-Rouen (Seine-Inférieure). — Un poste de médecin chef de service.

Centre d'Hygiène mentale de Marseille (Bouches-du-Rhône). — Un poste de médecin chef.

Hôpital psychiatrique de Vauclaire (Dordogne). — Un poste de médecin directeur.

Hôpital psychiatrique de Pierrefeu (Var). — Un poste de médecin chef.

Hôpital psychiatrique de Cayssiols (Aveyron). — Un poste de médecin chef.

Hôpital psychiatrique privé Sainte-Marie-de-l'Assomption, à Montredon (Haute-Loire). — Un poste de médecin chef.

Adresser toute demande de candidature au ministère de la Santé publique (direction du personnel, 2e bureau), 7, rue de Tilsitt, Paris (17e).

*
* *

Hôpital psychiatrique de Saint-Alban (Lozère). — Deux places d'internes en médecine sont vacantes. Nourris, logés, chauffés, éclairés et blanchis. Indemnités 40.000 fr. par an. S'adresser au Médecin-Directeur.

Hôpital psychiatrique de Bonneval (Eure-et-Loir). — Un emploi d'interne désirant préparer la carrière des Hôpitaux psychiatriques est vacant. Ecrire au Dr Henri EY.

Hôpital psychiatrique de Lorquin (Moselle). — Un poste d'interne (3e année, bonnes conditions matérielles) est libre de suite. Ecrire au Directeur.

Colonie familiale d'aliénés d'Ainay-le-Château (Allier). — Un poste de médecin assistant est actuellement vacant. S'adresser au Médecin-Directeur.

Hygiène Scolaire et Universitaire

Contrôle médical. — Une circulaire du 29 Octobre 1945 apporte des précisions sur l'utilisation et la tenue des fiches pour le Contrôle médical scolaire dans les établissements d'enseignement du premier et du second degré et dans l'enseignement technique.

— Une autre circulaire du 8 Novembre 1945 donne des directives en vue du contrôle médical des élèves adhérents aux associations sportives des établissements d'enseignement du second degré.

*
* *

— M. A. FÉNET, médecin directeur des Sanatoriums publics, est nommé *inspecteur général* de l'Hygiène scolaire et universitaire.

— Sont délégués dans les fonctions de médecins inspecteurs régionaux, pour les Académies ci-après : MM. J. CHAMPEIX, Clermont-Ferrand ; L. DENNASCH, Aix-Marseille ; P. GAUTIER, Poitiers ; M. GRENET, Rennes ; M. MARCHAND, Lille ; M. PELLETIER, Lyon ; A. PIERROT, Dijon ; SCHMUTZ, Strasbourg ; J. MARTELLIÈRE, Caen ; P. DANON, Bordeaux ; M. MALBOS, Montpellier ; F. SAPPEY, Grenoble.

— Sont délégués à titre provisoire dans les fonctions de médecins inspecteurs régionaux, pour les Académies ci-après : MM. P. GUILLAIN, Paris ; DUBAS, Nancy ; O. FIMBEL, Toulouse.

*
* *

Rémunération des inspecteurs généraux de l'Hygiène scolaire. — Un décret du 3 Novembre 1945 classe les médecins inspecteurs généraux de l'Hygiène scolaire et universitaire dans l'échelle 26 *b*. Leurs traitements et classes, exclusifs de toute gratification, sont donc fixés comme suit : 1re classe, 315.000 fr. ; 2e classe, 270.000 fr. ; 3e classe, 225 000 fr. (*J. O.*, 4 Novembre 1945.)

Médecins inspecteurs des Ecoles de l'Isère. — Quatre postes de médecin sont vacants. Traitement analogue à celui des médecins inspecteurs adjoints de la Santé. Adresser les candidatures au plus tôt à la Direction Départementale de la Santé, 1, place Bir-Hakeim, Grenoble.

Médecins inspecteurs des Ecoles de la Haute-Savoie. — Un concours sur titres pour quatre postes est ouvert. Traitement de 120 000 à 150.000 fr., plus indemnité de résidence et les avantages divers. S'adresser à l'Inspecteur départemental de la Santé, 2, place au Bois, Annecy.

Médecin inspecteur régional de l'Hygiène scolaire et universitaire à Alger. — Le recrutement a lieu sur titres parmi les médecins ayant une connaissance suffisante des milieux indigènes et des méthodes à appliquer pour assurer leur protection sanitaire (Fonction exclusive de toute clientèle). Traitements de 120 à 210.000 fr., plus allocations diverses et indemnités algériennes.

Candidatures (jusque fin Décembre 1945) et renseignements à M. le Ministre de l'Education Nationale, Direction de l'Hygiène Scolaire et Universitaire (3e Bureau), à Paris.

SANATORIUMS, PRÉVENTORIUMS ET DISPENSAIRES ANTITUBERCULEUX

— M. YVER est nommé médecin phtisiologue des Services publics et mis à la disposition du préfet de la *Vienne* pour être affecté au *dispensaire d'hygiène sociale de Poitiers*.

— M. CALVET, médecin directeur du sanatorium départemental de Ponteils (Gard), est affecté au *dispensaire d'hygiène sociale de l'Ardèche*.

Nouvelles diverses

Maison de la Médecine. — M. le Prof. DEBRÉ fera, à la Maison de la Médecine, le vendredi 14 Décembre, à 20 h. 30, une conférence sur le « Problème de la Population ».

Nos Échos

Naissances.

— Monique et Marie-Nicole ont la joie d'annoncer la naissance de leur petit frère *Paul-Louis* (docteur et Madame Paul CORTEEL, 11, chaussée de la Muette, Paris-16e.

— Le docteur Georges SCHAEFEN et Madame, née ROGER sont heureux de faire part de la naissance de leur quatrième enfant *Micheline* (Paris, 13 Octobre 1945).

— Le docteur et Madame Michel BONDUELLE sont heureux d'annoncer la naissance de leur fils *François* (Paris, 18 Octobre 1945).

Décès.

— On annonce le décès du docteur Maurice PETIT, de Montereau [S.-et-M.] (18 Novembre 1945).

— Le docteur Madeleine RAULT-DAUBAIL, le docteur Jean RAULT, le docteur Georges DAUBAIL ont la douleur de faire part du décès de leur mère, Mme Léon DAUBAIL (Paris 52, avenue de la République, 20 Novembre 1945).

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

Les Petites Annonces dans LA PRESSE MÉDICALE *sont acceptées sous réserve d'un contrôle extrêmement sérieux. Aucune annonce commerciale n'est acceptée.*

Prix : 30 fr. la ligne (20 fr. pour les abonnés).

VIS. méd. introd. pharm. S.-O. s'adj. prod. confrat. Ecr. *P. M.*, n° 157.

CHIRURGIEN A.I.P.H., ch. poste zone sud ou colonies préf., création, success. ou associat. Ecr. *P. M.*, n° 206.

FEMME DE MEDECIN, sinistrée, au cour. représent. médicale ch. labo à Paris. Ecr. *P. M.*, n° 345.

MEDECIN, 2 jnes enfants, ch. cabinet important campagne ray. 80 km de Paris, gde maison, tout confort, jardin. Au besoin reprendr. mobilier. Ecr. *P. M.*, n° 412.

A CEDER bonne clientèle oculiste exerçant seul, important arrondiss. sud-ouest, av. tous appareils et matériel modernes. Ecr. d'urgence : Touzet, 60, r. des Remparts, Bordeaux.

ANC. INT., spécial. radiol. v. dig., libre 2 j. fin sem. ch. s.-louer hiver, Paris, b. install. clin., ou préf. conf. désir. week-end ; pourrait le ravit. et chauff. si pièce études enf. Ecr. *P. M.*, n° 463.

Jne MEDECIN échangerait 2 pièces tt conf. XVe arrt. contre appartem. plus grand en vue d'installation Paris, av. ou sans reprise. Tél. Ség. 55-33.

VISITEUR MEDICAL, référ. 1er ordre, tr. introduit médec., hôpit. rég. ouest, rech. 2e labo. Ecr. *P. M.*, n° 490.

LABO rech. pour prod. de prescrip. méd., visiteurs ay. maximum 2 Labo pour les rég. suiv. : 1re rég. Centre (Allier, Puy-de-Dôme, etc.) ; 2e rég. lyonnaise (Rhône, Isère, Ardèche, etc.) ; 3e rég. Sud-Est (A.-Mmes, Var, etc.) ; 4e rég. Est (sauf Haut-Rhin, Bas-Rhin et Moselle) ; 5e rég. Nord-Est (Oise, S.-et-M., Marne, Ardennes, etc.). Ecr. *P. M.*, n° 575.

SUIS ACQUEREUR CLINIQUE Accouchement, Gynécologie ou Chirurgie-accouchem. Ecr. *P. M.*, n° 591.

ACHETE méthode Assimil (disques) ou autre marque, langues anglaise et allemande. Ecr. *P. M.*, n° 607.

POSTE MEDICAL à céder dans l'Aude, à 20 km. Carcassonne. Seul médecin. Rapport intéress. cond. avant. Ecr. *P. M.*, n° 626.

Ex DIRECT. Publicité médicale offre collabor. à Labos p. lancement ou rappel spécialités. Plan de campagne ; organis. Visites, relances, etc. Ecr. *P. M.*, n° 629.

IMPORTANT LABO PARISIEN dem. visiteur médical exclusif ou ne représentant qu'une Maison pour les régions : Bordelaise, Normande, Bretagne, Marseillaise. Ecr. *P. M.*, n° 639.

APPARTEMENT 3 p. tt. conf., sud-ouest Paris, à échanger contre ap. 6 p. env. Paris ou banl. proche, av. ou s. clientèle. Ecr. *P. M.*, n° 640.

GROUPE ORGANISE visitant Méd. et Pharm. de la Seine s'adjoindrait 1 ou 2 prod. Possibilité p. Labos Province d'avoir Dépôt à Paris. Ecr. *P. M.*, n° 641.

ELECTRO-RADIOLOGISTE, déporté politique, cherche place d'assistant chez radiologiste. Ecr. *P. M.*, n° 643.

Dr., 30 a., anc. int. hôp. prov. prat. gynécol., accouchem., libre dès midi, ch. pl. clinique accouchem. Paris, assist. ou succes. prêter médec. accouch. Ecr. *P. M.*, n° 648.

INFIRMIERE retraitée ch. empl. aupr. médecin ou Clin. pr réception et secrétariat. Ecr. *P. M.*, n° 650.

OPHTALMOLOGISTE, chef de Clin. des Quinze-Vingts, rapatrié d'Allemagne, dés. acheter client. Paris ou banl. Ecr. *P. M.*, n° 655.

A *CEDER* dans ville de la Côte d'Azur, installation médicale O.R.L. Ecr. *P. M.*, n° 654.

CHIRURGIEN expérim. connais. bien radio cherche succ., assoc. ou remplacem. Ecr. *P. M.*, n° 661.

A VENDRE microscope monoculaire Zeiss, monture cuivre, très bon état. De Raulin, Sallanches (Hte-Savoie).

BELLE CLIENTELE ophtalmologie, ville sous-préfect. Alsace, avec clinique privée, installat. et instrumentat. complètes salles d'opérations, à céder de suite cause décès. Ecr. *P. M.*, n° 668.

ACH. app. radio, 25 ou 50 périodes, cuves, cassettes, gants, négatoscope. Ecr. *P. M.*, n° 669.

A CEDER instal. médicale O.R.L. dans ville de la Côte d'Azur. Ecr. *P. M.*, n° 670.

DAME, 3 ans référ., visites médicales Paris pour import. laboratoire, ch. labo sér. pour Paris. Ecr. *P. M.*, n° 674.

Jne MEDECIN sinistré, ch. occupation médicale pour l'après-midi. Ecr. *P. M.*, n° 676.

Jne FEMME, pharmacien, ch. empl. pharmaceutique pour la journée, ou quelques heures à Paris. Ecr. *P. M.*, n° 677.

LABORATOIRE de bactériologie recherche canettes standard, un litre, large ouverture, pour milieux de culture. Ecr. Clin. Dr Phcie, Bruay-en-Artois (P.-de-C.).

FEMME MEDECIN, spécialiste gynécol. demande jours libres dans clin. accouchem. ou autre à Paris, pour y organis. consult. gynécol. et endocrinolog. Ecr. *P. M.*, n° 682.

Jne FEMME MEDECIN, anc. ext. des hôp. de Paris, sach. anglais et espagn., posséd. voiture, ch. occupat. médic. pr l'apr.-midi, Paris ou banl. Paris. Ecr. *P. M.*, n° 683.

LABORATOIRE IMPORTANT cherche visiteurs médicaux pouv. s'adj. 2e labor. Paris rive droite, rég. lyonnaise, et banlieue parisienne. Ecr. *P. M.*, n° 698.

FEMME DE MEDECIN cherche représentation labo Paris, à titre exclusif ou non. Ecr. *P. M.*, n° 699.

FEMME DE MEDECIN ay. longuement collaboré avec son mari, ch. poste de secrétariat, aupr. méd. ou labo. Ecr. *P. M.*, n° 701.

MEDECIN actif, dispos. de capitaux, ay. organisé et dirigé pend. 14 a. la publicité d'import. Labos, s'intéresser à affaire médic. ou paramédic. sér. (spécialités, ou Clinique, ou Labo). Ecr. *P. M.*, n° 705.

MEDECIN, 38 a., ch. poste médec. génér. ou collaborat. av. cession ultérieure prêt. banl. paris. Ecr. *P. M.*, n° 717.

IMP. LABO. Sp. ch. col. de préf. Dr p. expérim. prod. ax ds. serv. hospit. parisiens le mat., repr. auprès sélect. Corps Médical après-midi. Situat. inter. stable. Cand. et *curriculum vitæ* par écrit à *P. M.*, n° 723.

Jne MED. ch. poste méd. gén. banl. Seine, Seine-et-Oise. Ecr. *P. M.*, n° 727.

BORDEAUX. Rech. app. scopie ou graphie. Ecr. *P. M.*, n° 728.

MEDECIN RADIOLOGUE, dispos. apparei l, ch. situat. ds clin. ou assist. confr. Ecr. radios domicile. Tél. Wag. 38-64.

VISITEUR MEDICAL bien introduit banlieue Seine ch. à s'adjoindre labo. Ecr. *P. M.*, n° 741.

DOCTORESSE, 32 a., vve de médecin, avec enfant, dipl. d'Université national franç., dirigeant actuellem. hôpit. de 150 lits en province, ch. à Paris, ou env. imméd., direct. clin., mais. santé, mais. convalesc. Ecr. Dr Gonlias, Hôpital Magne, Trélissac (Dordogne).

ANC. INT. Hôp. Strasbourg, au courant petite chirurgie d'accouchem., ch. poste médec. d'usine, de préfér. rég. lyonnaise ou parisienne. Ecr. *P. M.*, n° 751.

RECHERCHE collaborat. ou associat. pr tenir poste chirurgical, ou clinique, en France ou aux Colonies (Maroc préfér.). Ecr. *P. M.*, n° 752.

DOCTORESSE recherche collaborat. ou associat. pr monter maison d'enfants (préventorium, rééducation) mer ou montagne. Ecr. *P. M.*, n° 753.

Une FEMME, 37 a., infirmière dipl., excel. référ. dirigeant dep. 4 a. préventor. altitude, ch. poste direct. mais. médic. ou travail social. *Ecr. P. M.*, n° 763.

SANATORIUM PUBLIC médico-chirurg. rech. interne, des infirmières dipl. et aides-infirm. Office du Travail, Mont-de-Marsan, n° 100.

ETUDIANTE en P. C. B., après-midi et soirées libres, ch. empl. cb. méd. ou ds clin. logée de préf. Ecr. *P. M.*, n° 767.

ETUDIANT fin scolarité, tr. compétent en phtisiologie, dem. remplacem. lgue durée médecin phtisiologue en phtisiologie-méd. génér., rég. indiff. Ecr. *P. M.*, n° 768.

BACTERIOLOGISTE, sérologiste, 12 a. prat. cherche emploi mi-temps laboratoire. Ecr. *P. M.*, n° 769.

POSTE 1/2 REPOS dans Midi avec tr. belle installation tout confort à céder, conditions tr. modiques. Delétraz, 81, rue d'Antibes, Cannes (A.-M.).

ACHETE Atlas radiologique appareil respiratoire, de Sergent. Ecr. *P. M.*, n° 771.

INFIRMIERE dipl. ch. empl. aupr. médecin ou clin., si poss. Alsace ou Paris. Ecr. *P. M.*, n° 772.

A VENDRE machine à écrire portative « Underwood », clavier universel, état neuf. Ecr. *P. M.*, n° 773.

HERBORISTE rech. utilis. dipl. pr achat de fonds, gde facil., gérance ou autre. Ecr. *P. M.*, n° 774.

Dr éch. appart. 2 p., cuis., s. de b. (17e) ctre 3, 6, 7 p. tt. cft. Dan. 82-18.

ACHETE appar. d'athermie radio-diagnostic et thérapie, échange possible contre Juva 4, ét. neuf. Ecr. *P. M.*, n° 776.

MEDECIN très capable, âgé de 37 a., sans avoir, double amputé des cuisses du fait de la guerre, mais appareillé, ch. situat. sédentaire convenant à son état, en toute région. Ecr. *P. M.*, n° 777.

A VENDRE : scialytique BBT, neuf. Réflecteur 710 mm à lyre, chariot roulement. Support lampe crémaillère. 4 lampes 115-12 w. 150-75 watts. Ecr. *P. M.*, n° 778.

TABLE D'EXAMEN GUYOT, en bon état, à vendre. Téléphoner le matin Passy 69-32 p. rendez-vous.

MEDECIN, 33 a., sinist. tot., dés. reprendre cabinet banl. Paris. Effectuer. rempl. en vue success. Ecr. *P. M.*, n° 780.

ACHETE bon appareil scopie-graphie. Ecr. *P. M.*, n° 781.

Jne INFIRMIERE, dipl. Etat, réf. assist. chirurg. ch. poste assist. ou anesth., de préf. ds clin. Paris. Ecr. *P. M.*, n° 782.

VENDS boîte verres. instr. chir. ocul. Ecr. *P. M.*, n° 783.

CAUSE FATIGUE, céderais comptant, poste médec. génér. s. gde ligne Normandie, seul médecin. Chiffre d'aff. supérieur à un million. Ecr. *P. M.*, n° 784.

AU COURANT RADIO, rech. Paris remplac. ou assistance clinique ou confrère. Ecr. *P. M.*, n° 785.

INFIRMIERE dipl. Etat, ch. empl. dans cabinet Docteur, Paris si poss., très bonnes référ. Ecr. *P. M.*, n° 786.

TROUSSE CHIRURGICALE, marque Collin, en coffret, 50 instruments. Ecr. *P. M.*, n° 787.

ACHETE bascule médicale portative et toises. Ecr. *P. M.*, n° 788.

MEDECIN de Province (Sud-Ouest) échangerait ou reprendrait clientèle aux environs de Paris (rayon de 50 km.). Ecr. *P. M.*, n° 789.

URGENT. Poste 40 km. de Paris, maison tt conf., gd jardin, tr. gros chiffre, à céder pr rais. de santé. Ecr. *P. M.*, n° 790.

DOCTEUR vend mobilier et objets, bibelots de salon. Tél. entre 14 et 15 h. à Suf. 41-36.

ECHANGERAIS importante situat. chirurgicale, rég. méditerranéenne, contre poste chirurgic. équivalent, rég. plus centrale ou plus proche de Paris. Ecr. *P. M.*, n° 792.

MEDECIN, actif, sinistré, grande prat. client., aiderait confr. surchargé Paris ou proche banl. Ecr. *P. M.*, n° 793.

A CEDER d'urgence cabinet d'oculiste, dans gde ville du Sud-Ouest, clientèle, et appartem. meublé, suffisant pour jeune ménage. Ecr. *P. M.*, n° 794.

GYNECOLOGUE-ACCOUCHEUR cherche place assistant dans clinique ou association. Ecr. *P. M.*, n° 795.

MEDECIN, 13 ans pratique, cherche remplacement, toutes contrées, toute durée. Ecr. *P. M.*, n° 796.

SAGE-FEMME, excellentes références, cherche emploi clinique d'accouchem. ou de gynécolog. Ecr. *P. M.*, n° 797.

A VENDRE, cabinet O.R.L., ville du Sud-Ouest, import. clientèle urbaine et rurale. Ecr. *P. M.*, n° 798.

A CEDER, à Lyon, cause décès, cabinet médical radiologiste, av. appareillage rayon X, diathermie, onde courte, ultra-violet, infra-rouge, etc. Ecr. *P. M.*, n° 799.

VISITEUR MEDICAL, introduction de premier ordre aupr. des pharmaciens de Normandie, cherche produits confraternels ou accessoires. Ecr. *P. M.*, n° 800.

Dr échangerait appartem. tt conf. 3 p., entr., cuis., s. de b., ascenseur, téléph., ch. de bonne facult. contre appart. 6, 7, 8 p., quart. indiff. en vue d'installat. Tél. Ségur 26-46, le matin.

CARABINE DE CHASSE, avec lunette-viseur et jumelles prismatiques demand. Dr Poque, St-Béat (Haute-Garonne).

Dr échangerait 3 p. tt conf., s. boulevard, 14e *arrt*, contre 5 à 7 p. conf. Tél. Gob. 33-18.

ON DEM. dactylo pr copies méd., chez soi, machine fournie. Mme Lesné, 18, rue Condé (6e), après-midi seulement.

A VENDRE, excel. état de marche, fabric. avant guerre, ay. tr. peu servi : étuve électr. pour cultures microbiennes. Balance sous couverture verre, sensibilité 1/2 *mg.*, force 50 *g.* Trompe à eau cuivre, manomètre. Petit matériel de laboratoire. Suf. 76-05.

Dr échangerait appartem. 5 p. princip., ensoleillé, sur boulevard Raspail, contre appartem. 9, 10 p. bien exposé, 6e, 7e, 8e, 16e. Ecr. *P. M.*, n° 806.

REDACTEUR CORRESPONDANCIER, tr. bonne cult. intellectuelle et format. scientif., possédant en même temps sens commercial, pour rédaction textes publicit. et correspond. import. avec les milieux les plus divers, est demandé par Labo de Spécialités pharmaceut. Situat. d'avenir. Spéty, 4, rue Cambon, Paris, 1er.

ASSISTANT MED. COLON. (chirurg., obstétr., urolog., radio, anesthés. génér., labor. clinique, permis conduire). Ecr. *P. M.*, n° 808.

Dr SINISTRE, médecine génér. ch. à faire remplacem. de préfér. campagne ou ville Haute-Saône, Doubs, ou départements limitrophes. S'adres. : Dr Bollaender, 232, rue Josué-Hofer, Mulhouse (Haut-Rhin).

LABO important ch. collaborateur Docteur en médecine pr visite Est et Alsace-Lorraine. Langue allemande nécessaire. Ecr. *P. M.*, n° 810.

ECHANGERAIS appartement Soissons (Aisne), 3 pièces, cuisine, cab. toil., belle exposition ensoleillée, dans immeuble moderne, centre ville contre appartement Paris. Ecr. *P. M.*, n° 811.

AVIS — Prière de joindre aux réponses un timbre de 2 francs pour transmission des lettres.

Le gérant : F. THOMAS.

Imprimé par l'Ancne Imprimerie de la Cour d'Appel, 1, rue Cassette, à Paris (France).

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées aux Périodiques, la Direction scientifique de La Presse Médicale *a dû fixer à 4 colonnes maximum l'étendue des mémoires originaux. Tout manuscrit dépassant cette étendue sera retourné à son auteur.*

L'ANATOXINE STAPHYLOCOCCIQUE

DIX ANNÉES D'APPLICATION A LA THÉRAPEUTIQUE DES AFFECTIONS DUES AU STAPHYLOCOQUE EN MÉDECINE HUMAINE ET EN MÉDECINE VÉTÉRINAIRE

Considérations générales

PAR MM.

G. RAMON, R. RICHOU, P. MERCIER et † G. HOLSTEIN *

Il y a dix ans, l'*anatoxine staphylococcique* pré-
ıarée d'après le principe fondamental d'obtention
les anatoxines, en partant de la toxine spécifique [1]
tait préconisée pour le traitement de certaines
ffections dues au staphylocoque et nous entre-
prenions nous-mêmes avec A. Bocage, au moyen
l'une anatoxine staphylococcique de notre prépa-
ation, une série d'essais thérapeutiques chez des
malades atteints pour la plupart de staphylococcies
utanées. Les résultats furent des plus encoura-
geants [2] et la nouvelle médication spécifique entrait,
n France, dans la pratique.

Sans cesse améliorée dans son efficacité, soit par
es perfectionnements apportés à la production de
ı toxine d'où elle est issue, soit par l'emploi de
ivers procédés de purification [3], l'anatoxine sta-
hylococcique a été de plus en plus utilisée, avec
les résultats très nettement supérieurs à ceux de
ous les autres agents thérapeutiques mis en usage
usque-là dans le même but. Nous n'en voulons
pour preuve que les avis autorisés des cliniciens
qui ont employé dans les conditions les plus variées
'anatoxine staphylococcique préparée par nos
oins [4].

Dix ans ont passé depuis le jour où nous avons
ffectué nos premières tentatives thérapeutiques et
e succès, en France, de l'*anatoxithérapie staphylo-
coccique* a été sans cesse en croissant, comme en
émoignent les publications d'un très grand nombre
l'auteurs. Périodiquement, nous avons exposé les
ésultats que nous avons nous-mêmes obtenus soit
n médecine humaine, soit en médecine vétérinaire.
Nous apportons aujourd'hui nos résultats d'en-
emble acquis après ces dix années d'utilisation de
'anatoxine staphylococcique dans l'une et l'autre
médecine [5].

L'anatoxine staphylococcique dans le traitement des staphylococcies.

A. — *Chez l'homme.*

Nos essais initiaux avaient permis de fixer dès 1936 la *posologie* dans le traitement des affections cutanées dues au staphylocoque chez l'homme, de la façon suivante : 5 injections aux doses successives de 0,1, 0,25, 0,5, 1 et 2 cm^3 d'anatoxine staphylococcique (dans le tissu conjonctif sous-cutané de la fosse sus-épineuse), à intervalles de quatre à cinq jours. Nous devons attirer une fois de plus l'attention sur la nécessité d'utiliser une anatoxine staphylococcique ayant une valeur antigène, indice de son activité immunisante, convenable. L'un de nous a insisté à maintes reprises sur cette nécessité en ce qui concerne les différentes anatoxines diphtérique, tétanique, etc., et les faits, depuis vingt ans, lui ont donné raison.

Depuis Décembre 1934, plus de 3.000 malades atteints de staphylococcies externes variées ont été traités et suivis par nous-mêmes ou par nos collaborateurs immédiats, soit à la Consultation du Dr Bocage, à l'Hôpital Pasteur, soit dans le Service du Dr Kourilsky, à l'Hôpital Raymond-Poincaré, à Garches, soit ailleurs encore. Nous avons réuni en un tableau les résultats obtenus dans ces conditions.

NATURE DE L'AFFECTION	NOMBRE DE CAS traités	GUÉRISONS	AMÉLIORATIONS	ÉCHECS ou récidives
Furonculose récente .	587	553	14	20
Furonculose chronique. .	1 399	1 253	71	75
Anthrax	123	121	2	
Pyodermite.	122	102	13	7
Hidrosadénite	221	203	13	5
Sycosis	34	25	5	4
Acné pustuleuse . . .	522	162	248	112
Onyxis.	25	20	2	3
Staphylococcies diverses (ulcères infectés etc...) . . .	14	11	1	2

On constate, d'après ce tableau, que les résultats les plus satisfaisants sont observés dans les cas de furonculose aiguë ou chronique, d'anthrax, d'hidrosadénite. Dans ces différentes catégories, on compte en général près de 90 pour 100 de succès complets. La guérison survient rapidement dans le plus grand nombre des cas, souvent après la troisième injection ; certains cas sont plus rebelles mais exigent rarement plus de cinq injections. Les récidives qui peuvent apparaître et qui, pour plus de rigueur, ont été enregistrées dans notre tableau, comme des insuccès, cèdent le plus souvent à une ou deux injections d'anatoxine staphylococcique, lesquelles jouent, en l'occurence, le rôle d'injections de « rappel ».

Les résultats d'ensemble que nous venons de résumer et qui portent sur plus de 3.000 observations personnelles recueillies au cours de ces dix dernières années, joints à ceux en nombre beaucoup plus considérable encore, obtenus en dehors de nous, affirment l'efficacité de l'anatoxine staphylococcique dans le traitement, chez l'homme, des affections dues au staphylocoque. A l'heure où de nouvelles thérapeutiques sont proposées pour lutter contre ces mêmes affections, il importe de souligner que l'anatoxithérapie convenablement mise en œuvre est non seulement capable, à elle seule, d'assurer, dans la très grande majorité des cas, la guérison des staphylococcies en évolution mais encore de prémunir l'organisme à l'égard d'une infection essentiellement récidivante.

B. — *Chez les animaux domestiques.*

La médecine vétérinaire devait bénéficier, elle aussi, de l'anatoxithérapie staphylococcique [6]. Dès 1938, nous avons tenté nous-mêmes, en premier lieu, l'utilisation de cette thérapeutique dans la lutte contre diverses affections animales dues au staphylocoque. Les résultats ont été des plus satisfaisants dans l'ensemble.

Chez le *chien* par exemple, de nombreux cas de staphylococcies cutanées localisées ou généralisées, de staphylococcies interdigitées ou ayant comme siège l'appareil urinaire ont été traités par nous avec, dès le début, des résultats remarquables [7] qui furent confirmés bientôt par un certain nombre de vétérinaires.

Chez le *cheval*, nos propres essais ont eu pour objet le traitement d'affections spécifiquement staphylococciques (furonculoses cutanées) et celui d'accidents divers s'accompagnant de suppuration abondante d'origine staphylococcique (maux de garrot, de croupe, de nuque, arthrites suppurées, sinusites, etc...) [8] au moyen de l'anatoxine staphylococcique en association ou non avec un traitement antiseptique local. Les résultats encourageants que nous avons rapportés dans nos publications ont incité de nombreux praticiens à s'adresser à nous et à utiliser chez le cheval, selon nos prescriptions, l'anatoxine staphylococcique. D'après les observations qu'ils nous ont communiquées et que nous avons rassemblées, sur 17 cas de furonculose, par exemple, 16 ont guéri. Sur 212 cas de maux de garrot et de nuque, 163 se sont terminés par la guérison, en général rapide ; il n'y a eu que 26 échecs réels. Or, on connaît la gravité de ces affections qui, passant à l'état chronique, rendent les animaux indisponibles pendant de longs mois, sans compter les risques de complication allant jusqu'à l'issue fatale, qu'elles leur font courir.

L'anatoxine staphylococcique apparaît donc douée d'une *efficacité certaine* chez les animaux domestiques et sa supériorité sur les autres procédés de traitement des affections dues au staphylocoque s'affirme de plus en plus. Les résultats obtenus en médecine vétérinaire ne le cèdent ainsi en rien à ceux acquis en médecine humaine.

Considérations générales sur l'anatoxithérapie staphylococcique, sur son mécanisme et sur son association éventuelle avec la pénicillinothérapie.

Après avoir ainsi dressé le bilan des résultats obtenus nous tenons à rappeler brièvement le *mécanisme* selon lequel l'anatoxine staphylococcique agit, d'après nous, dans le traitement des affections dues au staphylocoque [9].

Dès le début de nos recherches en ce domaine, nous avons montré *le rôle primordial joué dans l'anatoxithérapie par l'immunité* que développe, chez les malades traités au moyen de cette méthode, l'anatoxine staphylococcique. Lorsque l'antitoxine spécifique, dont les injections d'anatoxine provoquent la formation, en plus ou moins grande abondance, atteint dans le sang du malade un certain taux, elle protège les cellules et les tissus contre l'action nocive (nécrosante, hémolytique, etc.) des poisons qu'élaborent les staphylocoques au niveau du ou des foyers d'infection et cela en neutralisant ces poisons à la manière de l'antitoxine diphtérique qui annihile les effets de la toxine de Roux et Yersin. Les staphylocoques ne trouvant plus alors ce milieu éminemment favorable à leur culture que constituent les cellules mortifiées, leur végétation, leur pullulation diminuent, s'arrêtent. Par ailleurs, sous le couvert de l'antitoxine, les éléments de lutte antimicrobienne et de défense de l'organisme peuvent intervenir pour faire disparaître les germes, pour résorber les débris cellulaires et finalement pour assurer la réparation plus ou moins rapide des lésions. Il est fort probable, d'autre part, que l'anatoxine staphylococcique a *une action excitatrice propre sur les défenses naturelles de l'organisme* (phagocytose, ferments leucocytaires, etc.) elles-mêmes ; c'est ce qui ressort notamment des constatations faites au cours de ces dernières années chez les animaux domestiques. Tel nous est apparu, à la lueur de notre longue expérimentation et de nos nombreuses observations, le mécanisme d'action de l'anatoxine staphylococcique.

Pour en revenir à la pratique de l'anatoxithé-

* Nous avons appris récemment que notre excellent colla-
ıorateur et ami G. Holstein, déporté politique, est mort en
aptivité en Allemagne.

1. Mise en évidence depuis peu par l'Australien F. M. Burnet. *Journ. Path. a. Bact.* 1929, **32**, 717.
2. G. Ramon, A. Bocage, R. Richou et P. Mercier. *La Presse Médicale*, 1933, **57**, 1139.
3. On trouvera les renseignements bibliographiques concernant d'une part la toxine, l'anatoxine staphylococcique, leur préparation, leur dosage, etc... dans l'exposé des travaux de G. Ramon : « *Vingt années de Recherches immunologiques* », Ancne Imprimerie de la Cour d'Appel, Paris, 1943.
4. Voir à ce sujet *La Presse Médicale*, 1936, n° 10 ; 1937, nos 48 et 50 ; 1942, n° 35. — *Archives de Médecine des Enfants*, 1938, **41**, n° 11
5. Voir notre communication à l'*Académie de Médecine* en date du 5 Décembre 1944
6. G. Ramon, R. Richou et G. Holstein : *Bullet. Acad. Vétérinaire*, 1942, **15**, 31. — *Revue d'Immunologie*, 1942, 7, 193.
7. G. Holstein et R. Richou : *Bullet. Acad. Vétér.*, **11**, 158.
8. R. Richou et G. Holstein : *Bullet. Acad. Vétér.*, 1943, **16**, 206.
9. Pour plus amples détails, voir nos publications et en particulier G. Ramon : *Archi. de Méd. des Enfants*, 1938, **41**, n° 11

apie staphylococcique et pour remédier à certaines infections mixtes, principalement en médecine vétérinaire, nous avons envisagé antérieurement [10] la préparation et l'emploi d'*anatoxines associées*.

Dans un semblable ordre d'idées, divers essais, tant en médecine humaine qu'en médecine vétérinaire, nous ont montré qu'à *l'anatoxithérapie peuvent être associées d'autres médications, chimiothérapiques, par exemple*. A ce propos, on doit se demander si dans l'avenir il ne sera pas indiqué de combiner, dans certains cas, l'anatoxithérapie et le traitement par la *pénicilline* de Fleming, ou autres produits analogues, puisqu'il semble bien que cette substance, dernièrement mise en évidence, représente un agent thérapeutique puissant à l'égard de différentes infections et notamment de l'infection staphylococcique. Nous disons : il semble bien, car comme le déclarait récemment C. Levaditi [11] : « Il faut attendre avant de conclure tout en se gardant d'un enthousiasme exagéré. » Et déjà, en effet, on a constaté, de différents côtés, une proportion plus ou moins forte de staphylococcies partiellement ou totalement rebelles au traitement par la pénicilline [12], déjà on signale les staphylocoques plus ou moins « pénicillino-résistants » [13] comme l'on a fait connaître précédemment l'existence de germes de plus en plus nombreux « sulfamido-résistants » pour employer l'expression consacrée qui tend à fournir une explication des échecs enregistrés. Il n'en reste pas moins, qu'à notre avis, l'association des deux sortes de traitement vaut d'être tentée dans diverses formes malignes de staphylococcie en y adjoignant, pour accroître encore les chances de succès, la sérothérapie spécifique. Nous nous y employons dès maintenant [14]. Les deux médications ne sauraient d'ailleurs, disons-le tout de suite, se porter un mutuel préjudice, leur mode d'action étant tout à fait différent. Pour l'anatoxithérapie et la séro-anatoxithérapie, le mécanisme est celui que nous avons indiqué, il relève tout entier des principes de l'immunité humorale et cellulaire. La pénicilline, selon la plupart des auteurs anglais et américains, a un effet bactériostatique, elle empêche *in vivo* comme *in vitro* la végétation ou la pullulation des germes microbiens [15]. Elle agit en somme comme une sorte d'antiseptique qui respecte, du moins jusqu'à une certaine concentration, l'intégrité des cellules et des tissus et n'entrave pas leur fonction. Son intervention est prompte mais tout à fait éphémère. Elle est rapidement éliminée sans laisser d'autres traces peut-être que des substances capables de s'opposer plus tard à ses propres effets, si bien qu'en cas de nouvelle atteinte de l'infection primitivement en cause (ou de toute autre infection) il faudra reprendre le traitement intégralement et même accroître son intensité pour vaincre ce que l'on appelle la « résistance » des germes microbiens. Par contre, l'*anatoxine staphylococcique*, en dehors de son action thérapeutique sur l'affection en cours, développe dans l'organisme une *aptitude* spéciale à reproduire plus tard le principe immunisant et thérapeutiquement actif, en quantité de plus en plus considérable et cela sous l'influence d'une injection de « rappel » d'anatoxine faite plus ou moins longtemps après le traitement initial.

Ainsi, théoriquement, pénicilline et anatoxine peuvent se compléter dans leurs effets thérapeutiques vis-à-vis des staphylococcies sans se gêner réciproquement. La pénicilline agissant promptement pour s'opposer à la multiplication des staphylocoques aussi longtemps que son administration très fréquemment répétée est maintenue à doses suffisantes. L'anatoxithérapie — ou la sérothérapie — intervenant pour neutraliser la toxine microbienne grâce à l'antitoxine dont elle provoque la formation ou qu'elle apporte d'emblée (cas de la séro-anatoxithérapie) et pour assurer l'établissement, le développement, la pérennité de l'immunité antistaphylococcique sous toutes ses formes.

Quoi qu'il en soit de l'efficacité propre dans le traitement des staphylococcies, de la pénicilline et autres médications de même nature, tout récemment préconisées, et quel que soit le bénéfice que l'on pourra retirer de l'association éventuelle de la pénicillinothérapie et de l'anatoxithérapie, *il n'en demeure pas moins que depuis dix ans l'anatoxine staphylococcique utilisée seule a fait incontestablement ses preuves*.

L'importance de l'anatoxine staphylococcique, comme celle d'ailleurs des autres anatoxines spécifiques, s'est donc affirmée chaque jour davantage et ne cesse de croître.

Ainsi se trouve pleinement justifié ce que nous écrivions en 1924 en faisant connaître les anatoxines et le principe de leur obtention : « *Nous sommes donc en possession*, déclarions-nous, *d'une méthode générale permettant de transformer à volonté les antigènes les plus toxiques en antigènes inoffensifs ou, comme nous les avons appelés, en « anatoxines » dont le pouvoir immunisant peut être facilement évalué « in vitro » par la réaction de floculation et qui peuvent être utilisées, soit dans le domaine expérimental, soit encore et surtout dans* la thérapeutique préventive et même curative de *certaines maladies de l'homme et des animaux*. »

Les promesses implicitement contenues dans ces lignes ont été largement tenues depuis lors, le présent exposé le démontre une fois de plus.

10. G. Ramon, R. Richou et G. Holstein : *Bullet. de l'Acad. Vét.*, 1942, **15**, n° 1.
11. C. Levaditi : *La Presse Médicale*, 1944, n° 9, 130.
12. Voir C. Levaditi : *La Presse Médicale*, 1944, n° 17, 65 ; voir également *Bullet. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpitaux*. Séance du 20 Octobre 1944.
13. Voir C. H. Rammelkamp et Maxon Thelma : *Proc. Soc. Exp. Biol. a. Med.*, 1942, **51**, n° 3, 386-389. Voir également pour la pénicillino-résistance, N. Atkinson et N. F. Stanley, *Austr. J. Exp. Biol. a. Med. Sc.*, 1943, **21**, 219-253 ; D. H. Schmidt et L. Sesler Clara : *Proc. Soc. Exp. Biol. a. Med.*, 1943, **52**, n° 4, 353.
14. Et d'un autre côté, nous cherchons avec A. Delaunay à préciser dans une étude expérimentale comparative, à la fois biologique et histologique, d'une part le mécanisme respectif de l'anatoxithérapie et de la « pénicillinothérapie » staphylococcique, et d'autre part le mode d'intervention de l'anatoxine et de la pénicilline dans le cas de leur associations dans la lutte contre l'infection staphylococcique.
15. Voir A. Fleming, H. V. Florey, D. C. Badenham, E. C. Cutter, R. V. Hudson, R. V. Christie, J. S. Jeffrey, J. N. Robinson. *Proc. Roy. Soc. Méd.*, 1944, **37**, 101-112.

LE BILAN HUMORAL DES OSTÉOPATHIES DE FAMINE

PAR MM.

L. de GENNES et G.-H. DELTOUR

(Paris)

Depuis les premières observations d'ostéopathies de famine signalées à Paris en 1942 (5), et en tous points semblables à celles qui furent décrites en Autriche et en Allemagne en 1919, les cas n'ont fait que se multiplier pour atteindre leur maximum de fréquence en 1944 (2).

Nous avons examiné dernièrement 12 nouveaux cas d'ostéoses de famine cliniquement bien définis. Nous n'insisterons pas sur leur diagnostic, dont les éléments ont été répétés à maintes reprises (3), pour ne nous occuper que de leur chimisme humoral. En effet, il nous a paru intéressant d'étudier la pathogénie d'une affection simple en apparence, mais dont l'explication apporte des données précieuses pour l'étude du métabolisme du calcium. Nous en connaissons déjà les bases principales :

Les malades manquent de calcium et de phosphore; le rapport Ca/P de leur ration est vraisemblablement éloigné de 0,5, chiffre optimum donné par H. et M. Hinglais. De plus les calciopexiques tels que la vitamine D font défaut, de même que la vitamine C dont le rôle est indéniable. Tout cela se surajoute à une carence qualitative et quantitative en lipides et en protides très prononcée. C'est donc à une carence complexe que nous avons affaire, et il serait simpliste de ramener l'ostéose de famine à une affection due seulement au manque de calcium et de phosphore. Le déséquilibre du régime est susceptible d'entraver encore l'absorption intestinale du calcium, qui est de 30 pour 100 à l'état normal, et dépend beaucoup de la forme sous laquelle cet élément est ingéré.

Tout concourt donc à faire arriver dans le sang une quantité de calcium inférieure à celle qui est normalement nécessaire. Cependant nous observons dans la plupart de nos cas une *calcémie* relativement stable et voisine de la normale. Le phénomène de résorption sanguine du calcium osseux, dont nous avons la signature à la radiographie, est certainement responsable du maintien du taux de la calcémie. Nous en ignorons le mécanisme intime, tout ce qui a été écrit à ce sujet depuis Klinke (6) n'est qu'hypothèses. Le rôle que pourrait avoir la sécrétion parathyroïdienne dans les cas que nous avons examinés ne saurait être démontré.

Quant à la phosphatasémie, elle ne s'est montrée abaissée que dans un seul cas. La *phosphatasémie*, par contre, nous a paru normale dans 5 cas, assez élevée dans 1 cas et moyennement élevée dans les autres. Au point de vue clinique les cas de phosphatasémies les plus élevées ne se rencontraient pas chez les malades les plus atteints, mais chez ceux qui entraient dans la période d'état et présentaient déjà de grandes décalcifications avec des images de pseudo-fractures. Après traitement recalcifiant, la phosphatasémie est revenue assez vite à son taux normal.

Dans 5 cas nous avons dosé la *kaliémie* qui nous a paru élevée, surtout en regard des chiffres du calcium, donnant ainsi des rapports K/Ca respectivement de 2,3, 2,6, 1,8, 2,2 et 2,9, donc anormalement élevés sauf dans un cas. Etant donné l'antagonisme tant physiologique que biochimique de ces deux ions, ce phénomène peut expliquer les calciuries élevées que nous avons remarquées. A ce propos, nous ne sommes pas d'accord avec certains auteurs qui ont constaté une faible calciurie dans leurs cas d'ostéoses de famine. Notre expérience en la matière est trop brève pour nous permettre de conclure. Nous dirons seulement qu'il nous paraît prématuré de faire de l'hypocalciurie un signe pouvant servir à différencier les ostéopathies de carence des autres affections osseuses (7). Il se peut, comme le font remarquer Coste et Berger (2), que le squelette appauvri progressivement en calcium finisse par ne plus livrer autant de calcium au sang que le ferait un squelette sain. Dans 6 cas sur 7, nous avons trouvé une calciurie élevée, qui nous a semblé être en rapport avec le régime plus ou moins alcalinisant de nos malades. Si l'on en juge par les travaux de biochimie médicale, la proportion de l'excrétion par les urines et les fèces qui est normalement de 16 pour 100 et de 38 pour 100 de la quantité ingérée est susceptible de varier selon la réaction du milieu humoral. Les mesures de réserve alcaline se sont montrées normales dans l'ensemble, ou en tout cas trop peu élevées pour permettre une interprétation quelconque.

Enfin, nous avons pratiqué dans un cas un bilan calcique, épreuve fastidieuse qui doit être conduite avec minutie pour donner un résultat toujours décevant. Sa faible positivité ne nous a pas incités à le recommencer pour nos autres cas, surtout à la lumière de la critique qui a été faite de cette épreuve (1). Elle nous a simplement permis de constater la grande perte en calcium qui se fait par les fèces et dont on ne tient habituellement pas assez compte.

Le tableau ci-après résume nos résultats.

Nous avons trouvé dans un certain nombre de nos cas, à l'examen des radiographies, des images opaques de forme variable, qui donnaient *a priori* l'impression de calcifications d'organes. A la suite de radios multiples faites sous divers angles nous avons pu montrer qu'il s'agissait de plis cutanés rendus opaques par les transferts calciques dans le tissu sous-cutané de la région lombaire (4). Nous les avons retrouvés dans 10 cas sur 12. Cependant ils ne sont pas spécifiques des ostéoses de famine, puisqu'on les retrouve dans certaines ostéoporoses. Ils affectent souvent la topographie d'un rein ou d'un uretère calcifié. Ces images sont symétriques, partant du niveau du diaphragme pour aller soit en s'évasant coiffer les ailes iliaques, soit en descendant en cordons se perdre dans le bassin. Jusqu'à plus ample informé nous conservons le nom de « plis cutanés » pour ces transferts calciques, bien que nous croyions maintenant que ce dépôt est sous-cutané et ne résulte pas seulement de la superposition d'épaisseurs de peau sous la radio. Bien que des stéréoradiographies et des radiographies en séries aient été pratiquées, leur topographie exacte reste encore

OBSERVATION N°	AGE	SEXE	BILAN HUMORAL – Sang – Ca	Sang – P. Minéral	Sang – Phosphatases (Unités Bodansky)	Sang – K.	Sang – K/Ca	Sang – R.A.	Urines – P.O.4	Urines – Ca	Urines – pH	BILAN CALCIQUE	FORME CLINIQUE	PLIS CUTANÉS
I.	76	♀	94	35	7,2	220	2,3	70	»	200	6,5	»	Ostéose vertébrale de famine.	++
II.	70	♀	89	38	40	»	»	»	»	»	»	»	Ostéose vertébrale de famine.	+++
III.	70	♀	95	44	7	»	»	»	»	»	»	»	Ostéose vertébrale et fractures multiples.	+++
IV.	74	♀	88	»	»	»	»	»	»	»	»	»	Ostéose vertébrale de famine.	+++
V.	77	♀	138	33,6	4,4	»	»	»	»	»	»	»	Ostéoporose sénile et de famine.	+
VI.	76	♀	90	36	22	240	2,6	70	125	283	6,5	++	Ostéose de famine et fissure type Looser.	+++
VII.	65	♀	98	36	3	180	1,8	60	125	280	6,2	»	Ostéose vertébrale de famine.	0
VIII.	80	♀	90	36	15,5	200	2,2	70	»	205	6,8	»	Ostéose vertébrale de famine.	+++
IX.	72	♀	94	40	12	280	2,9	65	»	350	6,5	»	Ostéose vertébrale de famine.	+++
X.	78	♀	90	35	4	»	»	»	»	310	»	»	Ostéoporose sénile et de famine.	++
XI.	72	♀	105	37,5	3,2	»	»	»	»	»	»	»	Ostéose vertébrale et famine.	+++
XII.	56	♂	95	20	2,5	»	»	55	»	146	»	»	Ostéose vertébrale de famine pseudo-traumatique.	0

préciser. *Le fait important reste qu'on ne les trouve jamais sur les radiographies d'autres sujets amaigris en dehors des cas d'ostéose* et qu'ils semblent bien être les témoins du transfert calcique normal.

En résumé, le bilan humoral des ostéoses de famine nous montre une calcémie et une phosphatémie relativement stables, une activité phosphatasique légèrement augmentée en général, un rapport K/Ca dans le sang élevé et une calciurie plutôt forte qui laisse présumer une grande déperdition de calcium par les excrétas, comme nous l'a montré l'épreuve du bilan calcique. Ces résultats ne sont pas en accord avec ceux publiés par d'autres auteurs. Le peu de résultats envisagés ne nous permet pas encore de systématiser, mais il permet d'émettre des doutes sur la valeur séméiologique de l'hypocalciurie pour différencier les ostéopathies de carence des autres ostéoses.

Le traitement recalcifiant ramène le bilan humoral à la normale, fait baisser la phosphatasémie, mais reste sans effet sur le taux du calcium dans le sang qui reste paradoxalement normal dans les ostéopathies de famine.

BIBLIOGRAPHIE

(1) V. Cordonnier : *Thèse Médecine, Lille*, 1932. — (2) F. Coste et M. Berger : *Sem. Hôp.* 1945, 21-559 — (3) G.-H. Deltour : *Thèse Médecine. Paris*, 1945. — (4) L. de Gennes, D. Mahoudeau, Bricaire et Sencal : Sur deux cas d'ostéopathie de famine. *Soc Méd Hôp. Paris*. 1943, 28-408. — (5) L. Justin-Besançon : L'ostéose de famine. Sujets médicaux d'actualité (Doin, 1943). — (6) K. Klinke : Der. Mineralstoffwechsel. Physiologie und Pathologie. (Fr. Deutike, 1931). — (7) G. Sallet et F. Delbarre : Etude de différentes constantes humorales au cours des ostéopathies de carence. Soc. *Biol.*, 24 Mars 1945.

LA CHOLÉCYSTOGRAPHIE PAR LE BILISÉLECTAN

Par **Henri PONS**,

Electro-radiologiste des Hôpitaux de Toulouse.

Le problème de l'opacification du cholécyste par un composé iodé à élimination biliaire a reçu, il y a peu de temps, une solution nouvelle.

Dès 1924, Graham et Cole publièrent les premiers résultats d'opacification radiologique de la vésicule biliaire, obtenus d'abord par la tétrabromophénolphtaléine sodique, puis par la tétraiodophénolphtaléine sodique, employées d'abord exclusivement par voie intraveineuse, et ultérieurement par voie buccale. On sait les très beaux résultats donnés par ce mode d'exploration qui, sous réserve d'employer la technique des doses orales fractionnées (méthode de Sandstrom), semblait une méthode « fixée », presque universellement admise, et peu susceptible d'amélioration. Certes, certains auteurs (Van de Maele) restaient des partisans irréductibles de l'administration intraveineuse du produit, mais il nous paraît que dans l'ensemble, jusqu'à ces dernières années, le produit à employer, ses doses, sa technique d'administration et les résultats obtenus, faisaient de la cholécystographie un examen radiologique en quelque sorte standardisé.

Une série de composés iodés nouveaux venus vient de remettre le problème en question. Il s'agit de nouvelles substances hépatotropes, utilisant comme support de la substance opacifiante (iode) non plus la phénolphtaléine, mais des dérivés de la série aromatique, et en particulier l'acide cinnamique. La substance opacifiante étudiée dans ce travail est l'acide β-(4 oxy- 3-5 diiodophényl) α-phénylpropionique appelé Bilisélectan.

La plupart des auteurs qui ont eu l'occasion d'expérimenter le Bilisélectan ont, semble-t-il, conclu à sa supériorité sur le tétraiode. Notre expérience personnelle est assez réduite, et nous n'avons encore pu pratiquer que 30 cholécystographies avec ce nouveau corps proposé. Cependant, comme nous avons essayé de reprendre avec le Bilisélectan plusieurs études qui avec le tétraiode par voie orale s'étaient avérées impossibles ou difficiles, nous pensons pouvoir publier quelques résultats intéressants.

Considérations générales. — La première remarque à faire — et elle nous semble extrêmement importante — est que le Bilisélectan est bien toléré par le tube digestif. Pas d'intolérance gastrique, effet laxatif à peine marqué. Nous avons à cinq reprises contrôlé la rapidité du transit chez les malades; dans 4 cas nous avons noté une légère accélération segmentaire du transit, amenant une évacuation du grêle un peu plus rapide qu'avant l'administration du produit. Ni l'évacuation gastrique, ni le transit colique ne sont modifiés; le transit du grêle l'est très peu. Nous estimons que ce point est essentiel. Nous sommes en effet absolument convaincu que l'administration de tétraiode, en accélérant notablement la traversée digestive (et elle l'accélère toujours), apporte à la cholécystographie une variable importante et peut fausser le résultat de l'examen. Il nous paraît incontestable qu'en pratiquant une cholécystographie par voie orale, on examine non pas seulement la vésicule, mais une fonction complexe qui est en réalité le cycle entéro-hépato-vésiculaire du produit. Or, le tétraiode est laxatif. La méthode des doses fractionnées ne sert dès lors à notre avis qu'à pallier cet inconvénient, en compensant l'effet laxatif du tétraiode par son administration réitérée. En fait, l'examen par Bilisélectan supprime une difficulté importante: dans le cycle entéro-hépatovésiculaire de la substance hépatotrope, le temps entéro-hépatique n'est plus artificiellement modifié. Nous montrerons plus loin que ce fait est essentiel.

Le corollaire de ce fait entraîne d'abord une simplification de technique: l'administration fractionnée du produit est en principe inutile. Chez le sujet normal, la vésicule s'opacifie avec une seule prise de Bilisélectan. La dose normale a été fixée à 8 *g.* de granulé contenant 3 *g.* de produit actif. Nous trouvons ce dosage un peu arbitraire, et pensons qu'on doit chez l'adulte faire varier la dose unique de 5 *g.* à 10 *g.* selon le poids du sujet.

L'exploration radiologique de la vésicule biliaire doit, selon nous, commencer dix heures après l'ingestion du produit. L'opacification optimum a lieu en général vers la quatorzième heure. Nous avons cependant trouvé une fois une opacification à maximum précoce avec, fait curieux, l'opacification diminuant nettement dans les heures qui suivent, sans que la morphologie de l'image vésiculaire ait été modifiée.

Lorsque l'opacification n'est pas obtenue avec une seule dose, il y a avantage à donner une seconde dose, et à répéter l'examen le lendemain, selon la technique décrite par Marquès. Nous avons huit fois employé ce procédé de cholécystographie par doses fractionnées différées. Dans 5 cas la vésicule biliaire est restée invisible, dans les 3 autres, une accélération manifeste du transit constatée avant l'opacification vésiculaire, et indépendante de toute lésion hépato-biliaire, expliquait la nécessité d'une surimprégnation.

Un de ces cas concernait un sujet qui avait subi précédemment une gastrectomie pour ulcère gastrique. Nous reviendrons plus longuement sur cette observation.

Les résultats radiologiques de l'opacification par le Bilisélectan sont excellents, à notre avis supérieurs à ceux que l'on peut obtenir avec le tétraiode. L'image vésiculaire est très visible, d'une opacité très dense, très « comparable à elle-même ». Nous pensons même que l'on pourra, lorsque l'on aura l'expérience de la méthode, tirer des renseignements des différences d'opacité, ce qui n'est guère possible avec le tétraiode.

Nous serions même tenté d'écrire que les résultats sont trop bons, et que l'élimination biliaire du produit est trop facile. Nous croyons qu'on peut obtenir des images radiologiques normales avec des cholécystes déjà fonctionnellement défaillants. Il y aura lieu de fixer par expérience la dose-kilogramme minima qui doit imprégner une vésicule normale. En donnant une dose standard de 8 *g.* nous pensons qu'on peut réaliser dans certains cas une véritable surimprégnation du cholécyste, et que la méthode est alors passible des reproches que MM. Chiray, Canuet et Debray font à la technique de Sandstrom au tétraiode.

Quoi qu'il en soit, toutes ces remarques ne sont que des questions de détail. La technique est déjà presque fixée, on sait que le produit est bien toléré, qu'il est peu toxique, que l'examen est facile et les images obtenues excellentes. Il n'y a rien de nouveau à dire sur la fonction d'évacuation de la vésicule: le repas de Boyden doit être donné comme avec le tétraiode, et l'interprétation des résultats est la même.

Le cycle entéro-hépato-vésiculaire des corps hépatotropes iodés. — Le cycle entéro-hépato-vésiculaire de Bilisélectan est facile à prouver (ce cycle a, croyons-nous, été étudié pour le tétraiode : nos recherches personnelles n'ont pas donné de radiographies convaincantes).

Nous avons donné à une jeune femme, certainement indemne de toute lésion hépatique, biliaire ou intestinale, une dose de 8 *g.* de Bilisélectan, en une fois. Dose forte ; la patiente pesait 42 kg.

A la douzième heure, une radiographie en procubitus montre une vésicule normale, dont l'image est

parfaitement visible. L'opacification est très forte.

Le repas de Boyden amène une évacuation excellente, totale en quatre heures. A partir de ce moment, la jeune femme est laissée à la diète absolue, et une radiographie est pratiquée toutes les deux heures à partir de la sixième heure après le repas de Boyden. Sur la troisième de ces radiographies, donc à la dixième heure (vingt-deux heures après la prise de Bilisélectan), la vésicule est visible pour la seconde fois.

Cette opacification « seconde » n'est pas évidemment comparable à la première, mais la patiente est très mince, et les radiographies ainsi obtenues sont facilement excellentes. Avec l'appareillage dont nous disposons dans notre Service, nous n'avons aucune peine à avoir des images très contrastées et bien lisibles (tube à anode tournante : 65 KV, 400 millis, 40 MAS, Potter). Il est donc incontestable que le Bilisélectan évacué par la vésicule, a été réabsorbé par l'intestin, éliminé avec la bile et concentré avec elle dans le cholécyste. La preuve du cycle entéro-hépato-vésiculaire du produit est donc facile à donner. Remarquons tout de suite que le succès de cette recherche n'a pas été constant; dans deux autres cas, l'image « seconde » n'a pas été obtenue. Mais la preuve, faite une fois, suffit à confirmer les recherches biochimiques de Billiteri.

La seconde remarque que nous permet notre trop courte expérimentation a trait à des recherches que nous avons commencées depuis longtemps mais qu'il nous a été impossible de mener à bien par suite du manque de produits. Nous donnons ici un résultat en quelque sorte accessoire, ayant trait à une série d'expériences en cours.

Nos recherches sur les résultats éloignés des gastrectomies pour ulcères de l'estomac, nous avaient conduit à étudier radiologiquement la vésicule biliaire des gastrectomisés. Or, dès le début, nous avons été arrêtés par une difficulté, du reste prévisible : avec le tétraiode par voie orale, il est quasi impossible de obtenir des images vésiculaires chez les sujets à qui on a enlevé la majeure partie de l'estomac. Nous disons que cette difficulté est prévisible, encore que son explication ne soit pas certaine. En effet, il y a deux raisons pour que les gastrectomisés aient une épreuve de Graham négative : ces malades sont des achlorhydriques, ou tout au moins des hypochlorhydriques manifestes. Or, dès le début de la cholécystographie, le chimisme gastrique avait paru être une variable importante dont il fallait tenir compte dans l'épreuve. La question par la suite était devenue moins actuelle, et l'on ne se préoccupe plus guère de la chlorhydrie lorsqu'on fait une cholécystographie. Il n'empêche que le fait est là : onze fois nous avons essayé sans succès d'opacifier par le tétraiode la vésicule de sujets gastrectomisés. Chez 6 de ces malades, l'épreuve pratiquée avant l'intervention avait été positive.

On peut du reste donner deux interprétations de cet échec :

Ou bien, effectivement, la chlorhydrie joue un rôle majeur dans l'absorption du tétraiode,

Ou bien — et c'était plutôt notre impression — il faut mettre l'échec sur le compte de l'accélération de transit du grêle, constante chez les gastrectomisés, et augmentée par l'administration du tétraiode.

Nous avions abandonné nos recherches en attendant de pouvoir nous procurer du tétraiode injectable par voie veineuse, lorsque nous avons eu à expérimenter le Bilisélectan.

Le résultat des nouvelles expériences sera très brièvement rapporté :

Nous avons administré du Bilisélectan à deux malades opérés respectivement un an et huit mois auparavant d'ulcus duodénal, et chez lesquels avait été pratiquée une gastrectomie très large. Dans les deux cas, nous avons obtenu une opacification très satisfaisante de la vésicule biliaire.

La conclusion provisoire est la suivante : la suppression de la fonction gastrique, tant sécrétoire que motrice, ne paraît pas entraver l'opacification de la vésicule biliaire par le Bilisélectan.

Evidemment, le petit nombre des observations faites enlève une valeur certaine à nos conclusions. Nous livrons cependant le résultat de nos recherches : si de nombreux cas viennent confirmer nos dires, ces conclusions seront valables. Actuellement, nous avons l'impression que la méthode d'opacification par le Bilisélectan est un progrès :

1° Parce qu'elle met hors de cause la fonction gastrique ;

2° Parce que, le corps étant bien toléré par le grêle, son absorption ne risque pas d'être gênée par un transit trop rapide. Le nouveau corps proposé réalise en somme une exploration vésiculaire plus élective et moins contingente.

L'INFILTRATION DU SPLANCHNIQUE DROIT

TRAITEMENT D'URGENCE DES SYNDROMES VÉSICULAIRES HYPÉRALGIQUES

Par G.-F. BONNET
(Vichy)

En 1941, Mallet-Guy et Maillet (1) ont montré l'effet de l'infiltration du splanchnique sur la cholécystatonie. La vésicule, sur des cholécystographies successives, diminuait de volume et se vidait normalement. Désireux d'obtenir des améliorations plus durables, les chirurgiens lyonnais ont eu recours à la splanchnicectomie droite. Leurs recherches anatomo-cliniques et expérimentales sont rapportées dans la belle thèse de Guillet (2).

Ainsi donc se résolvait le problème de l'atonie vésiculaire posé par Chiray et Pavel (3).

Dès 1936, ces auteurs avaient vu l'origine végétative de l'atonie vésiculaire et l'opposaient à l'hypertonie vésiculaire de la colique hépatique due à l'excitation du parasympathique. « En somme, concluaient-ils, l'atonie vésiculaire constitue une des manifestations les plus objectives du déséquilibre neuro-végétatif. »

Le mérite de l'école lyonnaise fut de préciser la nature exacte de ce déséquilibre par une démonstration expérimentale rigoureuse.

Les travaux cliniques et expérimentaux de Guillet l'ont amené à réviser complètement les notions classiques sur l'innervation de la vésicule biliaire dues à Doyon. On admettait naguère que le grand splanchnique était le nerf moteur des voies biliaires. Grâce à la radiomanométrie de Caroli, les expériences humaines ou animales montrent que « les X renforcent le tonus musculaire lisse des voies biliaires, y compris le sphincter d'Oddi et que, à l'inverse, les splanchniques sont les nerfs inhibiteurs de ce tonus ».

Désormais, le traitement médical de la cholécystatonie par tubages duodénaux répétés se complète par l'anesthésie ou la section du splanchnique droit, susceptible de résultats durables.

Au cours d'infiltrations splanchniques pour des cholécystatonies douloureuses, nous avons été frappés par la sédation immédiate des douleurs vésiculaires. Ces faits ont d'ailleurs été notés dans les observations de Guillet. Aussi avons-nous utilisé cette méthode dans les syndromes douloureux vésiculaires sans atonie, résistant aux analgésiques ou antispasmodiques habituels.

Les premiers résultats (5) furent extrêmement encourageants; depuis, d'autres observations sont venues confirmer notre impression première.

Observation I. — M. B..., 28 ans. Vésicule chroniquement douloureuse en dépit des traitements médicaux et thermaux.

Cholécystographie : vésicule assez grosse se vidant bien. La première infiltration du splanchnique droit est suivie d'une analgésie immédiate et complète de la vésicule. La manœuvre de Murphy est négative aussitôt après l'injection.

Au bout de dix jours, réapparition d'une légère douleur provoquée, sous-hépatique. Une seconde infiltration a fait disparaître toutes les douleurs spontanées et provoquées depuis six mois.

Observation II. — M. R..., 41 ans. Crises de coliques vésiculaires répétées avec colite spasmodique.

Cholécystographie : vésicule petite, haute, collée sous le foie, se vidant bien.

Au deuxième jour d'une cure thermale à Vichy, apparaissent les prodromes habituels d'une crise vésiculaire endolorissement sous-hépatique, courbatures, nausées. Le antispasmodiques, la morphine, n'empêchent pas le déve loppement de la crise. Au bout de deux jours, les souf frances se sont accrues, la vésicule est le siège d'un douleur exquise.

Une infiltration du splanchnique droit fait disparaîtr immédiatement la douleur spontanée et provoquée. O peut appuyer impunément sur la vésicule horriblemen douloureuse deux minutes auparavant.

La crise a disparu. Le malade a pu poursuivre sa cur normalement.

Observation III. — Mme K..., 35 ans. Ictère infectieux Depuis quatre jours, cette malade se plaint d'intolérance gastrique complète, de vives douleurs sous-hépatique spontanées et provoquées, que ne peut calmer la mor phine.

Une infiltration du splanchnique droit fait disparaîtr toutes les douleurs dès que l'injection de novocaïne a ét poussée. La vésicule est désormais rigoureusement indo lore. Deux jours plus tard apparaît un ictère infectieux

Observation IV. — Mme X... Diabétique très nerveuse se plaint de crises douloureuses vésiculaires l'ayan conduite à la morphinomanie.

Vésicule et région sous-hépatique très sensibles a palper.

La radiographie ne décèle pas de calculs. La cholécys tographie est normale.

Au bout de trois infiltrations du splanchnique droit, l malade admet que ses douleurs vésiculaires ont presqu disparu et abandonne aisément la morphine dont ell déclarait auparavant ne pouvoir se passer.

Depuis, il suffit d'une infiltration tous les trois moi pour maintenir ce résultat.

Observation V. — Mme X..., 48 ans. Crise de colique hépatiques subintrantes durant depuis une semaine. L morphine et les antispasmodiques se sont montrés inopé rants.

L'anesthésie du splanchnique droit fait cesser tous le troubles en une heure. La malade qui présentait une into lérance gastrique absolue depuis plusieurs jours récam à manger et dîne malgré l'opposition de son entourage

L'explication de ces résultats semble difficile Théoriquement l'inhibition splanchnique doit déter miner une hyperpression biliaire avec spasme d sphincter d'Oddi donc un accroissement des dou leurs.

Rappelons à ce propos que la morphine est u hypertenseur biliaire, comme l'ont démontré Walter Waltman et Thiessen (6) et Mac Gowan, Winfiel Butsche et Waltman Walter (7) dans leurs études d manométrie biliaire. Cependant, en général, cett drogue calme les hyperkynésies vésiculaires dont l colique hépatique fournit le meilleur type. Par con tre les hypotenseurs biliaires tels que le nitrit d'amyle ne nous ont jamais donné de résultats effi caces. La malade de l'observation IV a pu renonce à ses habitudes de morphinomanie à partir d moment où sa vésicule cessait de la tourmente continuellement.

En pratique — et Guillet l'a noté dans ses étude radiomanométriques, — les douleurs dues à l'hyper tension biliaire disparaissent lors de l'infiltration Cette contradiction apparente disparaît si l'on adme que le grand splanchnique est un nerf mixte sensi tivo-moteur. Il est vraisemblable qu'en coupant l voie sensitive douloureuse on supprime la contrac ture biliaire réflexe.

En pratique la douleur spontanée et provoqué disparaît dès que l'injection de novocaïne est ter minée. Le malade qui ne pouvait supporter l'effleu rage de sa paroi abdominale tolère parfaitement un pression énergique exercée dans la région vésiculair quelques minutes plus tard.

La durée de cette analgésie varie de quelques jour à quelques mois, selon les cas.

En présence de coliques hépatiques violentes résis tant à la morphine et aux antispasmodiques l'infil tration doit être répétée un ou deux jours plus tard.

Ces résultats nous empêchent de souscrire entière ment aux conclusions de Guillet qui estime réservée aux atonies biliaires les interventions splanchnique « A l'inverse, les états d'hypertonie (spasme d'Oddi, vésicule intolérante) relèveraient de l'inhibition des vagues, soit chirurgicale, soit médicale, par l'emploi de vagolytiques ».

Il semble, au contraire, indiqué dans ces cas de couper l'arc sensitif de façon à supprimer secondairement le spasme vésiculaire douloureux, de même que l'infiltration novocaïnique du ligament de l'entorse supprimant les phénomènes douloureux fait céder l'impotence fonctionnelle de l'articulation traumatisée.

Il est bien évident qu'une telle thérapeutique ne saurait s'appliquer à des syndromes aigus chirurgi-

aux dont elle risquerait de masquer l'urgence opé- atoire. Mais elle ne paraît comporter aucun incon- énient au cours d'accès douloureux biliaires d'ori- ;ine lithiasique ou dynamique pure que ne calment as rapidement les thérapeutiques habituelles.

Ainsi les indications de l'infiltration splanchnique lroite paraissent s'étendre :

1° Aux cholécystatonies ;

2° Aux coliques hépatiques hyperalgiques non almées par la morphine ou les antispasmodiques, ou bien chez les malades qui tolèrent mal ces drogues ;

3° Aux dyskinésies biliaires pures : vésicules intolérantes, vésicules hyperkynétiques, spasme du sphincter d'Oddi, bref à tous les syndromes douloureux vésiculaires résistant aux traitements usuels.

BIBLIOGRAPHIE.

(1) P. MALLET-GUY et P. MAILLET : Possibilités nouvelles de traitement des vésicules de stase Efficacité de l'infiltration splanchnique sur le syndrome de cholecystatonie. *La Presse Médicale*, 24-27 Décembre 1941, nos 111-112, 1385. — (2) René GUILLET : Innervation des voies biliaires et chirurgie. *Thèse de Lyon*, 1942. — (3) MALLET-GUY et GUILLET : La splanchnicectomie droite dans le traitement des vésicules de stases *Soc. de Chirurgie de Lyon*, 19 Février 1942. — (4) M CHIRAY, I. PAVEL, LOMON : *La vésicule biliaire* (Masson), 1936. — (5) G. F. BONNET : Infiltration du splanchnique droit dans trois cas de syndrome vésiculaire douloureux. *Gazette médicale de France* Septembre 1941, n° 2, 230. — (6) Walter WALTMAN et THIESSEN : Procédé visuel pour l'étude de la physiologie du cholédoque *Proc Staff-Meet. Mayo Clin.*, 19 Décembre 1934, 772-775. — (7) MAC GOWAN, Winfield BUTSCHE et Walter WALTMANN : La pression dans la voie biliaire principale chez l'homme Ses relations avec les douleurs succédant à la cholécystectomie. *J. A. M. A.*, 27 Juin 1936, vol. 106, n° 26.

SOCIÉTÉS DE PARIS

ACADÉMIE DES SCIENCES

3 Décembre 1945.

Sur les modalités des interactions bactériennes : effets antagonistes et inductions de transformations dans les propriétés des germes. — MM. **A. Boivin, A. Delaunay, R. Vendrely** et Mme **Y. Lehoult**. M. **Ranon**, rapporteur. Les auteurs montrent que lorsqu'on amène deux types bactériens voisins (deux types de colibacilles) à vivre dans le même milieu ou dans deux portions de ce milieu séparées par une paroi poreuse ou par une membrane de collodion, on peut noter parfois les effets antagonistes (l'un des deux types ne se développe pas) ou des phénomènes d'induction de transformations antigéniques et enzymatiques (l'un des deux types se modifie, pour aligner ses propriétés sur celles de l'autre type). La signification de ces faits est discutée en ce qui concerne l'établissement des flores bactériennes saprophytes et pathogènes dans la nature. D'autre part, le mécanisme possible des transformations antigéniques et enzymatiques est détruit.

— M. **Pascal** est élu membre de la section de chimie en remplacement de M. A. Tiffeneau.

— M. **Blaringhem** est élu vice-président pour 1946.

M. G.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

28 Novembre 1945.

Tumeur nerveuse du cou chez l'enfant. — M. **Fèvre** communique ce cas qui doit sa double rareté à sa survenue chez l'enfant et à sa forme anatomo-pathologique. Il s'agissait d'un gliome qui, apparu à l'âge de 12 ans, se développa en 2 ans. Une première intervention permit l'ablation d'une tumeur déjà étendue des vertèbres cervicales au dôme pleural. Un plan de clivage trouvé sans difficulté autorisa l'exérèse. Mais deux ans et demi après, l'enfant revint avec une récidive locale, dure, adhérente et accompagnée de douleurs atroces et d'une atrophie du membre supérieur dont les nerfs présentaient une réaction de dégénérescence au début. L'intervention fut beaucoup plus malaisée. Il s'agissait cette fois d'un gliome malin. Le décès survint 9 mois plus tard, par suite d'une récidive à distance.

— M. **Sorrel** insiste sur les difficultés de l'examen histologique au cours des tumeurs des nerfs. Il a vu ainsi une tumeur nerveuse du sciatique, considérée comme histologiquement bénigne, récidiver rapidement.

Suites opératoires et déséquilibres azotés. — MM. **Jean Gosset**. On sait qu'après les interventions chirurgicales, et spécialement après les opérations gastriques et intestinales il existe constamment une hyperazotémie et une hypoprotéinémie. L'auteur a cherché à mesurer la déperdition azotée chez ces malades. Il montre ainsi que, malgré une alimentation précoce riche en matières albuminoïdes, des sujets jeunes ayant subi une gastrectomie de suites faciles ont perdu dans leurs urines une quantité très importante d'éléments azotés. Ceci prouve que dans ce même temps ils ont détruit une partie importante de leur propre réserve protéique. Le fait est encore plus net si l'on considère des sujets plus âgés ou ayant présenté des complications post-opératoires plus importantes.

Les travaux étrangers insistent aussi sur ce déséquilibre protéique après intervention. On sait en effet le rôle majeur des réserves protéiniques, dans le maintien de la pression osmotique du sang, dans la cicatrisation des plaies, dans la formation des antigènes du sang. L'hypoprotéinémie post-opératoire explique donc les œdèmes, les éventrations cicatricielles, la mauvaise lutte contre l'infection. Il résulte de ces données la nécessité de compenser chez les opérés la déperdition azotée. D'abord il faut mesurer le déficit protéinique souvent masqué par la déshydratation des sujets et donc la concentration relative de leur sang. Ensuite il est difficile d'introduire dans l'organisme les corps azotés indispensables. L'idéal serait l'injection intraveineuse de plasma que son prix rend impossible. A défaut on utilise des protéolysats, albumines prédigérées contenant des peptones et jusqu'à 20 pour 100 d'acides aminés, mais leur goût est infect et elles ne se supportent que sous forme de cachets. On peut employer alors la voie rectale mais dont la tolérance n'est pas longue. Sinon on peut comme en Amérique introduire ces protéolysats par sonde de Wangensteen, directement dans l'estomac.

Il faut en principe donner au patient 1 à 2 *g.* de protéines par kilogramme et par jour, et y adjoindre les vitamines P 1, B 2 et d'autres facteurs d'utilisation. Les résultats semblent spécialement encourageants.

Discussion en cours sur le traitement de la lithiase biliaire. — M. **Moulonguet** à l'occasion de ses cas personnels montre toutes les difficultés du traitement. L'avenir des opérés dépend de la précocité du diagnostic. Beaucoup trop de malades viennent au chirurgien après de très longs délais qui s'expliquent par le polymorphisme des signes cliniques. Certaines lithiases cholédociennes sont confondues avec une affection vésiculaire, d'autres avec les séquelles d'une cholécystectomie, d'autres avec une affection hépatique banale. L'intervention est souvent gênée par les adhérences périvésiculaires et sous-hépatiques, par l'état de la vésicule, par le siège du calcul. L'auteur n'a jamais fait d'anastomoses bilio-digestives systématiques dans le cas de lithiase cholédocienne. Il analyse ensuite les échecs qu'il a rencontrés et qui comprennent 26 pour 100 des cas.

Pseudo-kyste du pancréas suivi de fistule. Guérison par tarissement spontané. — M. **Laflaire**. M. **Moulonguet**, rapporteur.

Ulcère peptique perforé. Gastrojéjunectomie d'emblée. Guérison. — Un cas de M. **Loutsch**. M. **Moulonguet**, rapporteur.

Election d'un membre titulaire de l'Académie. — M. **Sicard** est élu.

JEAN CALVET.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

30 Novembre 1945.

Les formes difficiles de l'amibiase et du paludisme. Réactivation thérapeutique. — M. **Pervès** indique qu'il est possible de réactiver des affections par l'injection d'émétine et de cacodylate de soude dans les veines. L'injection intraveineuse de 4 *cg.* d'émétine et de 1 *g.* de sulfate de strychnine déclenche des accès secondaires de paludisme.

Un cas d'intoxication novarsénobenzolique. — M. **Pervès** a observé après un traitement par le novarsénobenzol une pigmentation du visage autour des yeux. Dix ans après, un nouveau traitement a provoqué une éruption identique de taches pigmentaires. L'auteur discute le rôle des surrénales.

Impédance cutanée des eczémateux mesurée en courant alternatif de basse fréquence. — M. L. **Gougerot**. L'angle de phase est fortement abaissé dans les lésions d'eczéma en activité.

Chez les malades en voie de guérison, deux évolutions sont possibles : l'angle de phase peut remonter à une valeur normale, témoignant de la guérison complète ; il peut aussi conserver une valeur basse.

Cet abaissement est en rapport avec une baisse de la résistance électrique propre de la peau, témoignant de la porosité cutanée.

P.-L. MARIE.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

19 Octobre 1945.

A propos de l'endométriose. — M. L. **Bovier** étudie le mécanisme général des ectopies de tissus normaux dans l'organisme. Il montre le rôle joué dans la migration par les cellules réticulo-endothéliales et essaie d'en dégager la pathogénie des endométrioses.

La résection arthroplastique du coude après les plaies de guerre. — M. **Dupuy de Frenelle** montre, avec des observations et des radios, qu'à la suite d'un traumatisme, d'un fracas osseux important ou d'une blessure de guerre, la résection permet d'obtenir un coude mobile solide, non douloureux, à la condition de pratiquer la résection du bloc osseux sur place, sans chercher à extérioriser les fragments désengrenés, de conserver les ligaments latéraux avec leur insertion supérieure et de pratiquer, en terminant, une interposition musculaire réalisée à l'aide d'un lambeau pédiculé prélevé aux dépens de la face profonde du triceps. L'auteur apporte 8 observations montrant les résultats que l'on est en droit d'obtenir par cette technique.

Malformation tibio-tarsienne (type Volkmann). — M. **Masmonteil** rapporte le cas d'un pied valgus congénital droit conditionné par une subluxation et une bascule de l'astragale en dehors, à la faveur d'un décollement épiphysaire avec déplacement en arrière de la malléole externe.

Après avoir montré que cette malformation, banale en elle-même mais originale par sa congénitalité, devait entrer dans ce cadre assez disparate créé par Bidder « des malformations tibio-tarsiennes de Volkmann », il nous présente une technique opératoire censurée par un excellent résultat jugé avec 14 ans de recul.

Préférant à une ostéotomie basse du squelette jambier une intervention sur le tenon astragalien, il pratique, sur une enfant alors âgée de 10 ans, une astragalectomie avec solidarisation à l'aide de câbles d'acier Krupp, du tibia, du calcanéum et du scaphoïde, câbles qui jouèrent le rôle de véritable ligament latéral interne.

Actuellement, cette jeune fille mène une vie absolument normale, elle ne souffre pas et ne présente qu'une légère boiterie en rapport avec un raccourcissement de 4 *cm.* du membre inférieur.

G. LUQUET.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

11 Octobre 1945.

Au sujet de l'entr'aide intellectuelle dans les formations sanitaires, camps et foyers du soldat. — M. J. **des Cilleuls**. L'œuvre accomplie dans ce domaine par le Service de l'aide intellectuelle du Comité central d'assistance aux prisonniers de guerre (section « Bibliothèques et Jeux »), rattaché à la Croix-Rouge française depuis 1943, a été d'une ampleur considérable.

Le fonctionnement des bibliothèques organisées dans les formations sanitaires et foyers a été confié à un personnel féminin qualifié, formé techniquement par les soins de l'Association des bibliothécaires français.

A propos de l'organisation du Service de Santé dans l'armée américaine en parallèle avec celle du Service de Santé militaire français. MM. **Toubert** et **Uzac**. Sur trois points importants les Services de Santé militaires des deux nations ont trouvé des solutions analogues. C'est le Service de Santé français qui a eu le mérite de l'antériorité.

1° Le Service de Santé américain a un service automobile qui lui appartient en propre. C'est ce qu'avait obtenu en 1917 le Service de Santé français. Malheureusement cette disposition a été annulée en 1922.

2° L'aviation sanitaire qui a été très employée au cours de cette guerre a été essayée pour la première fois en France en 1917 et largement appliquée dès 1930 en Afrique du Nord et au Levant.

3° L' « Hôpital Général » à grand rendement du Service de Santé américain s'apparente à l' « Hôpital d'évacuation secondaire » créé en France en 1918 dont les Américains purent, à cette époque, constater le rôle prépondérant.

Le sympathique dans le choc sympathique. — MM. **Kliszowski** et **Cuinet** passent en revue les raisons qui militent, dans les cas qu'ils ont observés, en faveur de la pathologie nerveuse du choc et en déduisent l'appoint thérapeutique qu'on peut en tirer.

Absence congénitale des rotules associée à d'autres malformations osseuses et à une dystrophie des ongles. — M. **Montagard**. Observations de ce curieux syndrome héréditaire décrit pour la première fois par Osterreicher et comportant, outre l'arotulie, une luxation bilatérale des têtes radiales et une hypoplasie des ongles des mains et des pieds.

La mère et la grand'mère du sujet présentaient la même malformation.

Contribution à l'étude du mécanisme d'action thérapeutique des sulfamides. — M. **Grundland**. Pour l'auteur, l'inefficacité des sulfamides dans les lésions osseuses s'expliquerait par la neutralisation par les sels de chaux du squelette de l'acidité développée par le médicament. Il pourrait en résulter un certain degré de décalcification.

Erythrodermie après ingestion de « pastis ». Rôle probable de l'alcool méthylique. — MM. **L. Ferrabouc, H. Bourgeot** et **M. Racine**. Erythrodermie survenue au lendemain de l'ingestion de plusieurs « pastis » un échantillon de « pastis » recueilli quelques jours plus tard dans le même établissement décèle de l'alcool méthylique ; une partie de l'échantillon, ingérée par le malade, cause une nouvelle poussée érythrodermique avec fièvre.

La fièvre à phlébotomes dans la région toulonnaise. — MM. **André** et **Bourgain**. Une vingtaine de cas de cette affection ont été observés en 1944. Tous les malades présentaient une réaction méningée, ce qui autorise à penser à la localisation possible sur la moelle du virus. Trois espèces de phlébotomes ont déjà été capturées à Toulon où semble prédominer le P. Parroti.

Un curieux cas de « maquillage ». — M. **Lahillonne**. Observation d'un sujet qui, pour éviter un changement de secteur, en 1939, ingurgita un flacon de « Naol » (émulsion de tripoli, d'oléine d'ammoniaque et de nitrobenzine). Il en résulta une intoxication bénigne et une sensibilité cutanée générale favorisant le développement de dermo-épidermites microbiennes tenaces survenues à la suite d'un traumatisme.

Un cas de septicémie à anaérobies guérie par la pénicilline. — MM. **Afberhardt** et **Berthon**.

R. TRIAL.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

16 Octobre 1945.

Syphilis héréditaire précoce traitée avec succès par la pénicilline. — M. **Cathala** présente un nourrisson de 11 mois hérédo-syphilitique, à Wassermann positif, traité d'abord par des frictions mercurielles et des injections de sulfarsénol. Les premières doses de 5 *mg.* et de 1 *cg.* déclenchèrent des accidents sévères avec fièvre élevée, syndrome cérébral, dénutrition accentuée qui cédèrent à des injections d'adrénaline et de sérum. Les frictions mercurielles furent reprises et suivies d'injection de bivatol à faibles doses qui provoquèrent également des accidents fébriles d'intolérance.

La pénicilline, administrée à raison de 40.000 unités par jour, pendant 20 jours de suite, soit une dose totale de 800.000 unités, donna d'excellents résultats sans le moindre signe d'intolérance. Toutefois le Wassermann demeura encore positif. Il paraît recommandable, toutes les fois qu'il est possible, d'instituer, à l'aide de la pénicilline, le traitement d'attaque des syphilis héréditaires précoces, pendant les trois premiers mois.

— M. **Debré** estime également que dans ces cas les arsenicaux peuvent être dangereux. La pénicilline est bien tolérée mais les doses journalières doivent être faibles et même inférieures à 40.000 unités.

— M. **Blechmann** souligne aussi l'abus des arsenicaux dans le traitement de la syphilis héréditaire précoce.

Anémie fébrile due au lait de chèvre. — MM. **Bonduelle** et **Dailly** présentent un nourrisson de 6 mois qui après sevrage fut alimenté exclusivement au lait de chèvre avec bouillon de légumes et jus de fruits. A partir du 6e mois l'enfant eut des vomissements et des selles grumeleuses et présenta une anémie accentuée avec fièvre élevée, descendant jusqu'à 1 million de globules rouges avec 30.000 globules blancs. On nota en outre une infiltration œdémateuse et une légère hypertrophie de la rate.

La suppression du lait de chèvre, remplacé par du lait de vache et des transfusions sanguines de 20 cm^3 pratiquées tous les 2 jours amenèrent rapidement la disparition de l'anémie et le rétablissement d'un bon état général.

— M. **Lesné** considère que de tels cas sont tout à fait exceptionnels, même dans les régions où l'allaitement au lait de chèvre est courant.

— M. **Cathala** a vu 2 cas d'anémie due au lait de chèvre rapidement guéris par le changement de régime.

— M. **Levesque** estime que dans le cas précédent les bons résultats obtenus immédiatement par la suppression du lait de chèvre ne permettent pas d'incriminer une autre étiologie de l'anémie.

Les cas de négativation des réactions tuberculiniques, chez les écoliers de Neuilly. — MM. **J. Troisier, A. Cayla** et **A.-C. Maclouf.** Les cas de négativation de la cuti- et de l'intradermo-réaction n'ont été jusqu'ici signalés en France, chez l'enfant, que dans des cas isolés. Les auteurs ont opéré sur la collectivité des écoles primaires de Neuilly, soit environ 1.600 enfants.

Dans 220 cas de cuti +, ils ont trouvé, un an plus tard, la négativation de la cuti pour 8 d'entre eux, et de l'intradermo même, pour 5 d'entre eux. Soit un taux de négativation complète chez 2,3 pour 100.

La radiographie de ces 5 cas a révélé chez une fillette de 16 ans une calcification typique témoignant de la réalité et de l'importance d'une lésion tuberculeuse, malgré la négativation actuelle de ses épreuves tuberculiniques.

— M. **Debré** pense que le nombre de ces cas à négativation de la réaction tuberculinique aurait encore été moindre si l'on avait pratiqué les intradermoréactions à un taux plus élevé. Il n'en est pas moins indubitable qu'il existe des cas de négativation.

— Mlle **Vogt-Popp** a également observé 3 cas analogues.

Anémie grave tardive du nouveau-né avec érythroblastose. Etude du facteur Rhesus. — MM. **Julien-Marie, G. Sée, M. Bessis, P. Chiche** et **M. Guéniot** ont observé, chez un nouveau-né normal à la naissance, nourri au sein, une anémie intense qui serait apparue brusquement entre le 35e et le 38e jour de la vie. L'examen clinique, à part la pâleur, révèle exclusivement une splénomégalie modérée. L'examen du sang confirme la gravité de l'anémie (1.650.000 globules rouges : 35 pour 100 d'hémoglobine ; anisocytose, poïkilocytose, polychromatophilie très marquées), mais révèle en plus deux anomalies : l'une de la *série rouge*, caractérisée par une érythroblastose très importante ; l'autre de la *série blanche*, caractérisée par une forte leucocytose à 60.600 par millimètre cube. L'étude de la *moelle sternale* montre une intense activité érythropoïétique, avec érythroblastose très marquée : 60 pour 100 d'érythroblastes.

La nature *hémolytique* de cette anémie brutale peut être affirmée par le taux très élevé de la bilirubinémie, qui atteint, le 7e jour de la crise anémique, 20 *mg.* par litre de sang (normale : 4 *mg.*).

Les auteurs posent le diagnostic d'*anémie hémolytique aiguë tardive du nouveau-né avec érythroblastose.*

Parmi les variétés d'anémie hémolytique du nouveau-né, deux méritaient d'être retenues : d'une part, *l'érythroblastose à forme anémique, type Ecklin* (Pehu), d'autre part *l'anémie aiguë curable du nouveau-né, type Lelong-Joseph*. Plaidaient pour ce diagnostic : l'intervalle libre pendant lequel tout paraissait normal, le caractère brutal de la déglobulisation, le bon état de l'enfant, l'absence d'antécédents familiaux, la guérison très rapidement obtenue : deux jours après la première transfusion.

Mais les résultats des examens hématologiques de l'enfant et des parents devaient apporter la réponse obtenue régulièrement dans l'érythroblastose du nouveau-né, qui résulte d'une véritable maladie hémolytique anté- et post-natale : en effet, le facteur Rhesus était présent chez l'enfant et le père, absent chez la mère. Cependant comme cela est fréquent, il n'a pas été possible de déceler dans le sang maternel d'agglutinines anti-Rhesus. Il n'en demeure pas moins qu'il y a toutes les chances pour que le mécanisme d'agglutination-hémolyse soit bien en cause dans ce cas qui serait finalement une variété tardive d'érythroblastose fœtale à forme anémique.

— M. **Lelong** estime qu'il faut établir une distinction entre les anémies de cet ordre à constatation tardive et les anémies vraiment tardives.

— M. **Cathala** considère que l'observation présentée est très démonstrative. Il ajoute que l'érythroblastose lui apparaît comme un simple symptôme.

— M. **Debré** souligne que dans le cas précité il ne s'agit pas d'une maladie germinale mais bien d'une maladie hémolytique. En cas de survie, la maladie ne laisse aucune tare hématologique. Il y a incongruence entre le sang de la mère et de l'enfant, mais une fois le danger surmonté, il n'en reste rien.

Epithélioma du vagin chez un nourrisson. — M. **J. Barcat** communique l'observation d'une fillette de 1 an qui présenta des métrorragies provoquées par un épithélioma atypique infiltrant du vagin. L'épithélioma du vagin à cet âge est exceptionnel.

Une hystérectomie totale fut d'abord pratiquée mais ni l'utérus, ni les annexes ne présentaient la moindre anomalie. La tumeur étant bien strictement vaginale, on fit une colpectomie totale dont les suites immédiates furent très simples, mais de nouveaux noyaux cancéreux ne tardèrent pas à apparaître et au bout de 2 mois 1/2, malgré la radiumthérapie, l'enfant succomba dans la cachexie.

Fièvre récurrente au cours d'une néphrite aiguë. — M. **C. Sarrouy** (Alger) communique l'observation d'un enfant de 7 ans qui, entré à l'hôpital pour une gale, présenta une néphrite aiguë et fut atteint de fièvre récurrente.

G. Schreiber.

SOCIÉTÉ D'ÉTUDES SCIENTIFIQUES SUR LA TUBERCULOSE

9 Juin 1945.

Novocaïnisation des ganglions stellaires et syndrome catarrhe bronchique. Dyspnée dans la tuberculose pulmonaire. — MM. **P. Chadourne** et **J. Baudouin.** La novocaïnisation des ganglions stellaires a parfois une action remarquable sur le syndrome catarrhe bronchique-dyspnée des tuberculeux pulmonaires. Inoffensive à l'égard de la tuberculose dans les cas où les auteurs l'ont utilisée, elle leur paraît mériter d'être essayée dans les syndromes catarrhe bronchique-dyspnée, réalisant soit une complication d'une tuberculose pulmonaire en activité traitée ou non par la collapsothérapie, soit une complication propre de certains pneumothorax artificiels bilatéraux efficaces.

De l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse de l'adulte allergique. — M. **J. Chabaud**, rappelant ses travaux antérieurs de 1931-1932, où il a démontré l'existence, rare il est vrai, des adénopathies trachéo-bronchiques tuberculeuses, niées jusque-là, rapporte un nouveau cas, en tous points démonstratif, d'une telle éventualité qu'il oppose à une autre observation d'adénopathie médiastinale de primo-infection subsistant inchangée après un an d'allergie et pouvant en imposer à tort pour une tuberculose ganglionnaire thoracique allergique vraie.

Comment perfectionner l'examen systématique des collectivités. — M. **Le Moal** a pratiqué en 12 années l'examen systématique de 1.319 sujets dont 126 élèves-infirmières de l'Hôpital de Lorient et a assisté trente fois aux prodromes et à l'évolution de la primo-infection de l'adolescent.

Il fait toutes réserves sur la valeur de l'examen systématique, tel qu'il est pratiqué actuellement, réduit à l'examen radioscopique exclusif et destiné à des masses de plus en plus importantes.

Il considère comme très probable l'évolution de la méthode vers la pratique de l'examen complet, au cours duquel l'examen clinique, la radiographie, l'intradermo-réaction occuperaient la plus grande place, examen réservé aux petits groupes de sujets qui par leurs attaches, leur genre de vie ou leur profession sont particulièrement menacés de tuberculose.

Interprétation abusive des images radiologiques après dépistage systématique. Conséquences prophylactiques et administratives. — Mme **Roux-Berger-Blanchy.** L'interprétation des images de tuberculose latente découvertes par examen radiologique est le plus souvent trop optimiste.

L'extrême difficulté de mettre des bacilles en évidence dans les crachats n'exclut pas la possibilité d'évolution immédiate ou ultérieure, ni celle de contagion. Administrativement, l'octroi de congé de longue durée ne devrait pas dépendre exclusivement d'une bacilloscopie positive, mais les mesures prophylactiques en milieu familial et professionnel devraient être plus rigoureuses malgré l'absence de bacilles dans l'expectoration.

Novocaïnisation pleurale et pleurésie séreuse aiguë. — MM. **P. Chadourne, J. Baudouin** et **A. Pinelli.** L'injection de novocaïne intrapleurale paraît susceptible d'atténuer notablement l'évolution des pleurésies aiguës, à la condition d'être appliquée très précocement.

Les caractères anatomiques et histo-pathologiques de la tuberculose pulmonaire latente. — MM. **F. Bezançon** et **J. Delarue.**

La valeur des examens bactériologiques, en particulier de la culture du crachat pour l'évaluation de l'évolutivité des lésions pulmonaires tuberculeuses latentes décelées au cours des examens radioscopiques systématiques. — MM. **F. Bezançon** et **P. Braun.**

La bacilloscopie indirecte (culture et inoculation) dans le dépistage de la tuberculose pulmonaire latente. — M. **P. Coletsos.**

Association de l'aspiration endo-cavitaire avec la thoracoplastie. — M. **de Rahm.**

Guérison des cavernes par application de B. K morts ou de BCG sur scarifications cutanées. — M. **E. Coulaud.**

Traitement d'un vieux pyothorax tuberculeux avec 107 perforations pleuro-pulmonaires. Guérison. — MM. **A. Bernou** et **R. Goyer.**

Les dangers de l'entretien très prolongé des pneumothorax. — M. **Le Carboulec.**

Lobectomie pour bronchectasie hémoptoïque sèche. — MM. **M. Cord** et **O. Monod.**

Lobectomie pour tuberculose. — MM. **Warnery, O. Monod, Lespinasse** et **Lebinson.**

Note à propos des thérapeutiques prématurées vues du sanatorium. — M. **U. Guinard.**

Présentation d'un pleuroscope à vision indirecte. M. **Auriacombe.**

Les indications limites de désinsertions pulmonaires par voie endoscopique. — M. **Braillon.**

Alcoolisme et hémoptysies. — M. **A. Bocquet.**

Fausse tuberculose pulmonaire. Hernie diaphragmatique. — M. **Parrique.**

Tuberculose bronchique chez une tuberculeuse pulmonaire. Exérèse de la lésion. Guérison. — MM. **A. Dufourt, Mounier-Kuhn** et **R. Etienne.**

Rétraction d'une caverne ballonisée par les injections intraveineuses d'atropine au cours d'un pneumothorax compliqué de pleurésie. — MM. **L. Gras** et **J. Vautier.**

Emphysème aigu mortel par perforation sous la plèvre viscérale d'un poumon collabé par pneumothorax. — MM. **Le Lourd** et **J.-P. Secousse.**

Fistule œsophago-pleurale chez un tuberculeux pulmonaire. — M. **Le Lourd.**

A propos de bronchectasies du sommet par sclérose pleurogène. — M. **Le Lourd.**

13 Octobre.

Les cuti-réactions à éclipses. — M. **P.-H. Anglade** (Orléans) appelle ainsi l'alternance de réponses positives et négatives puis à nouveau positives de la peau à la tuberculine sans qu'aucun phénomène morbide apparent ou qu'une contamination ou réinfection puisse en l'état actuel de nos connaissances expliquer ce phénomène d'éclipse avec négativation ou non de l'intradermo-réaction au 1/100.

L'auteur souligne le facteur d'aptitude réactionnelle de la peau à un moment déterminé chez un sujet déterminé et, commentant ces faits, insiste sur leur importance à l'heure où l'on est bien obligé de repenser le dogme de l'allergie et ses croissantes obscurités.

Il conclut avec Calmette que « l'opinion suivant laquelle la présence d'éléments figurés vivants ou morts dans l'organisme est la condition nécessaire de l'allergie ne doit être acceptée qu'à titre provisoire ».

Il y aurait intérêt à partir du moment où le virage de la cuti-réaction est observé à éprouver les sujets périodiquement à intervalles réguliers pendant plusieurs années.

Un cas d'évolution suraiguë de métastases pulmonaires d'un chorio-épithéliome testiculaire simulant cliniquement la granulie. — MM. **R. Amsler** et **P. Briand** (Angers). Observation d'un homme de 26 ans, adressé au Service de Phtisiologie d'Angers, avec les signes cliniques d'une granulie suraiguë : cachexie rapide, hémoptysies récidivantes, dyspnée considérable que rien ne calme. Mais : apyrexie, vitesse de sédimentation des hématies normale. Evolution totale environ un mois et demi. Mort.

La radiographie pulmonaire montre des poumons intégralement occupés par des images opaques, rondes, à contours nets, toutes de la même dimension, celle d'une bille. L'autopsie les montre causées par d'innombrables petites masses sphériques, à l'aspect de billes, facilement énucléables, noires, résistantes. A la coupe elles contiennent une sorte de pulpe assez résistante, noire comme du sang coagulé. Elles sont contenues dans de véritables logettes pulmonaires. Les deux poumons pèsent le double du poids normal. Même aspect pour le foie qui pèse 4 *kg.* 700. L'autopsie ordinaire ne révèle aucune tumeur primitive. Les testicules n'ont pas été prélevés, à tort d'ailleurs, puisque l'examen histologique montre qu'il s'agit de métastases hépatiques et pulmonaires d'un chorio-épithéliome à point de départ testiculaire resté silencieux. Ce genre de tumeur, analogue à celles que l'on voit parfois se développer aux dépens du placenta, ne peut avoir son point de départ que dans le testicule. L'aspect radiologique pulmonaire est tout à fait spécial : nous ne l'avons pas trouvé décrit.

Pleurésie hémorragique dans un pneumothorax, signe révélateur d'une leucémie myéloïde méconnue. — MM. **W.** et **J.-L. Jullien.** Il s'agit d'un épanchement pleural spontané survenu dans un pneumothorax gauche sec, jusque-là sans histoire, et qui, malgré l'absence de grosse rate, de modifications des temps de saignement et de coagulation révéla l'existence d'une leucémie myéloïde que rien ne pouvait faire prévoir. Par la suite l'accident pleural rentra dans l'ordre mais la leucémie évolua pour son propre compte.

Un an d'essai de réadaptation au travail des tuberculeux de la Seine. — M. **P. Lafosse.** Le Comité

'assistance aux tuberculeux ayant reçu mission de tenter cet essai, le docteur P. Lafosse, son Secrétaire général, qui en a dirigé l'exécution, rapporte les résultats btenus depuis Octobre 1944.

Plus de 700 demandes ont été adressées au siège du Comité d'assistance aux tuberculeux de la Seine, 34, rue le la Verrerie à Paris. 331 ont été satisfaites : 25 malades ont en rééducation dans les Ecoles spéciales (T.S.F., lorlogerie). 5 sont dans un atelier de reliure, 33 ont été ééduqués à l'atelier de Mlle Fouché, 13 au Centre de Documentation, enfin 255 ouvriers travaillent : 130 à emps complet, et 125 sont en rééducation à mi-temps vec salaire compensateur variable suivant l'ouvrier, et lont le paiement a été rendu possible par versement de 'Entr'aide Française de 1.700.000 fr. La durée de la éadaptation a été variable suivant chaque sujet, elle a, lans l'ensemble, été de 2 à 10 mois, mais surtout de à 8 mois. Le nombre des demandes accompagnées ontes d'un certificat du médecin du Dispensaire ou du Sanatorium, et d'un certificat de l'Assistance sociale, de 'un ou de l'autre, montre l'intérêt que malades, médecins t assistantes sociales, ont attaché à cette tentative ; de nême les employeurs en ont compris parfaitement l'importance puisque au nombre de plus de 150 (patrons ou grandes entreprises) ont accepté le principe du travail à ni-temps avec salaire compensateur jusqu'au moment où e tuberculeux, surveillé médicalement et socialement, oit par les organismes médico-sociaux de l'entreprise, soit par les médecins et assistantes sociales des Dispensaires peut reprendre son travail à temps complet.

L'essai a donc réussi, mais pour le pérenniser des ressources sont indispensables. L'auteur souhaite qu'elles puissent être trouvées, et que les tuberculeux sortant le Sanatorium et qui ont maintenant l'espoir de pouvoir être reclassés assez rapidement sans grands risques (sur 331, il n'y a eu que 4 cas de rechutes) ne soient pas léçus.

Etude anatomique d'une caverne ballonnée perforée. — MM. **M. Bariéty** et **J. Paillas**. L'étude anatomique de cette caverne perforée au cours d'un ballonnement survenu après section de brides a montré que la bronche de drainage était parfaitement perméable dans es deux sens et que la paroi cavitaire était le siège de phénomènes inflammatoires et œdémateux.

Il s'agissait incontestablement d'une perforation évolutive.

Syndrome de suppuration pulmonaire à type de condensation rétractile après phrénicectomie. — MM. **R. Even** et **J. Lecœur** rapportent l'observation d'une femme qui immédiatement après une phrénicectomie présenta un état de collapsus des lobes moyen t inférieur droits. Rapidement le territoire collabé se transforma en un foyer de suppuration pulmonaire en nême temps que les lésions tuberculeuses s'éteignirent. Une bronchoscopie pratiquée en Février 1945, 7 mois près la phrénicectomie et le début de la suppuration montra la présence de bourgeons charnus obstruant la umière de la bronche souche droite. La coagulation diathermique permit de rétablir la perméabilité bronchique et depuis cette date la malade ne tousse plus et ne crache plus.

Les auteurs insistent sur la rareté des foyers de condensation pulmonaire rétractile consécutifs à des phrénicectomies et montrent le mécanisme qui provoque ces états et le rôle joué chez leur malade par l'existence les bourgeons charnus intrabronchiques. Ils attribuent es hémoptysies à la rupture de néovaisseaux des bourgeons intrabronchiques, donnent les raisons de l'irréversibilité des lésions pulmonaires et de l'image radiologique après levée de l'obstacle bronchique et insistent ur la bénignité de la coagulation diathermique des ésions bronchiques.

Accidents nerveux après section d'adhérences pleurales. — MM. **P. Pruvost** et **J. Brincourt**. Deux observations d'accidents nerveux rares après opération le Jacobæus. Dans l'une, il s'agit d'une radiculite inférieure du plexus brachial associée au syndrome de Claude-Bernard-Horner. Dans l'autre tout se borne à un syndrome sudoripare caractérisé par une sécheresse du membre supérieur du côté de l'intervention et par une hypersudation du côté opposé.

A propos du pneumothorax bilatéral. Une règle classique qui doit être révisée. — M. **A. Moulis** (Toulouse). Une règle classique, répétée dans tous les Traités et Précis de phtisiologie, prévoit qu'au cas de tuberculose bilatérale, le pneumothorax doit être d'abord créé sur le côté où existe une prédominance lésionnelle.

1° Une première exception à cette règle est tirée de la plus grande corticalité des lésions les moins graves : elles seront collabées en premier lieu de peur qu'une symphyse rapide ne se constitue.

2° Dans certains cas où la malade présente une allure nettement extensive, il pourra être indiqué de mettre d'abord à l'abri le poumon le moins touché en le collabant en premier lieu. On transportera ainsi à la collapsothérapie médicale la pratique du pneumothorax « de sécurité » qui a acquis droit de cité en matière de collapsothérapie chirurgicale.

L'examen radiologique systématique des rapatriés. — MM. **E. Bernard**, **P. Bourgeois** et **R. Genévrier** exposent l'organisation de cet examen de masses. La radiophotographie est le procédé de base, en principe appliqué à tous les rapatriés. La radioscopie est utilisée pour l'examen des sujets chez qui une forte suspicion clinique nécessite un résultat immédiat, et aussi comme moyen de secours en cas d'avarie de l'appareil radiophotographique. 33 Centres d'accueil fonctionnent ; le matériel installé comprend 40 appareils de radioscopie et 32 de radiophoto. 600.000 clichés radiophotographiques ont déjà été effectués. Des Centres de lecture sont installés à Paris, Genève, Lille et Marseille.

Sur les 200.000 premiers clichés interprétés à Paris, la proportion des images pulmonaires anormales et suspectes s'élève à 2,2 pour 100. Les noms de ceux qui en sont porteurs sont immédiatement transmis aux médecins inspecteurs départementaux. Le taux des suspects est très comparable à celui qui avait été constaté parmi les prisonniers rapatriés de 1941 à 1944. Les examens complémentaires avaient alors montré que 20 pour 100 seulement de ces suspects étaient réellement tuberculeux, ce qui faisait à peu près 4 tuberculeux pour 1.000 rapatriés.

Ces résultats encourageants concernent des rapatriés valides. A l'opposé, parmi les déportés politiques, la proportion des images suspectes s'élève à 17 pour 100 (au lieu de 2,2), et la proportion des lésions tuberculeuses évolutives à 4 pour 100 (au lieu de 4 pour 1.000).

La tuberculose des prisonniers. — M. **R. Vergez**. Près de 4.000 prisonniers de guerre, rapatriés pour tuberculose pulmonaire ont été hospitalisés par le Service de Santé militaire au Sanatorium de la Croix-Rouge française, à Villiers-sur-Marne, du 1er Juin 1941 au 1er Juin 1945, chiffre particulièrement important qui a permis de faire certaines constatations intéressantes pour les médecins appelés à traiter les anciens prisonniers de guerre tuberculeux.

L'apparition de la tuberculose chez les individus sous-alimentés, surmenés et amaigris, surtout dans la première année de captivité, s'est accompagnée la plupart du temps d'une symptomatologie bruyante, même dans les formes fibreuses.

Au point de vue anatomo-clinique, il a été remarqué :

	POUR 100
La prépondérance des formes bacillifères	61
La prépondérance des formes bilatérales	59
La rareté des primo-infections malgré l'encombrement des camps	0,20
La rareté des formes simples fraîches ...... par rapport à :	16
La fréquence des formes complexes évolutives .. dues non seulement au retard dans les évacuations, mais aussi à la rapidité de l'invasion bacillaire.	50
La fréquence des atteintes pleurales secondaires discrètes ou importantes, allant de la symphyse simple à la pleurésie, expliquant la présence des brides gênant le collapsus thérapeutique et	93
La fréquence des formes fibreuses .... non pas tant décelées à la radio systématique utilisée en captivité, qu'à la suite d'examen demandé par le malade.	21,50

L'étude particulière des formes fibreuses, difficiles à dissocier des formes cicatricielles, a paru particulièrement intéressante parce qu'elle présentait pour le médecin le problème du taux de l'indemnisation et le problème de l'avenir social du malade. Cette tuberculose s'est confirmée évolutive, comme en ont témoigné la surveillance de la vitesse de la sédimentation globulaire, la fréquence des pleurésies secondaires et surtout la culture systématique du liquide gastrique, positive dans 14 pour 100 des cas.

Les complications métastatiques les plus fréquentes ont été, en dehors des essaimages terminaux : laryngites dans 5 pour 100 des cas ; fistules anales dans 3 pour 100 des cas ; lésions intestinales dans 1,75 pour 100 des cas.

La thérapeutique, surtout la collapsothérapie, a été en général difficile, étant donné la fréquence des formes bilatérales, des formes très évolutives et très évoluées et la fréquence des symphyses. Les indications de chirurgie pulmonaire sont de l'ordre de 7 pour 100 sur l'ensemble des malades hospitalisés.

Les résultats ont été : 25 pour 100 de décès avant 2 ans ; 52 pour 100 de résultats favorables (formes fibreuses discrètes, formes cicatricielles, tuberculose avec collapsus thérapeutique efficace) ; 25 pour 100 de pronostics incertains comprenant les formes d'équilibre : formes fibro-caséeuses, les formes fibreuses bilatérales à évolution torpide, accompagnées d'un bon état général.

Aspect exceptionnel du cancer du poumon. — MM. **R.** et **O. Monod**.

Réactions inflammatoires des ganglions hilaires droits d'apparence tumorale. — M. **Genévrier**.

Pleurésie purulente à staphylocoques au décours d'une intervention thoracique chez un malade porteur d'un pneumothorax. Pénicilline. Guérison. — MM. **J. Loubeyre**, **E. Cortillel** et Mlle **Forkas**.

Abcès pulmonaire guéri par l'aspiration continue selon la technique de Monaldi. — MM. **Lemanissier** et **Forestier**.

Les observations identiques de 2 malades concernant le traitement de deux complications de pneumothorax extra-pleuraux et leur « sauvetage » par la pénicilline. — M. **Averous**.

A. COURCOUX.

SOCIÉTÉS DE PROVINCE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE, CHIRURGIE ET PHARMACIE DE TOULOUSE

Octobre 1945.

Les crypto-leucémies aiguës chez l'enfant. — MM. **R. Sorel** et **J. Timbal**, au sujet de 2 cas d'anémies aiguës hypoplastiques, survenues chez 2 enfants, âgés respectivement de 13 mois et de 4 ans 1/2, indépendamment de toute étiologie avant entraîné la mort en quelques semaines, malgré les transfusions sanguines et l'hépatothérapie, soulignent qu'il convient de rapporter probablement de telles observations à la leucémie aiguë aleucémique, seul le myélogramme permet de conclure.

Les crypto-leucémies, dont les récentes publications de MM. Grenet, Debré, Cathala et leurs élèves ont indiqué la fréquence, participent au démembrement de l'anémie pernicieuse et, voisines des agranulocytoses, doivent prendre place dans le cadre des leucoses aiguës avec leucopénie et tendance monocytaire, réaction maligne d'une réticulose histiocytaire aiguë.

Le radiodiagnostic de la mort fœtale. — MM. **Escande** et **Prouzet**, après avoir signalé la rareté des observations radiologiques dans les cas de mort du fœtus, présentent un cliché de fœtus macéré décelé par la radiographie.

Ils insistent en présentant deux films relatifs au même sujet sur la nécessité d'effectuer plusieurs épreuves avec des techniques différentes afin d'établir un diagnostic aussi précis que possible.

Note sur la fréquence et le caractère du bubon scarlatineux au cours de la récente épidémie. — M. **Pujol** relate certaines particularités de l'épidémie de scarlatine qui sévit dans la région toulousaine depuis 6 mois environ. Cette épidémie, qui paraît avoir comporté surtout des cas bénins et nombre de cas frustes, s'est caractérisée par l'importance des adénopathies cervicales. Dans un tiers des cas (7 sur 21) ces adénopathies étaient assez importantes pour mériter l'appellation de bubon. Le bubon se manifestait par son début brusque et violent et aussi par son évolution favorable, puisque l'auteur n'a observé aucun cas de suppuration. La date d'apparition se situait entre le 5e et le 7e jour de la chute thermique apparente. L'auteur rappelle qu'il existe également dans la région une très importante épidémie d'angines pultacées ou pseudo-membraneuses à streptocoques. Cette manifestation simultanée des deux épidémies peut permettre quelques réflexions non dénuées d'intérêt.

Etude radiologique de la hanche de profil chez l'adulte. — M. **R. Charry** présente une série de clichés radiographiques de profil de la hanche saine. L'image est différente selon la position imprimée au membre rotation interne, rotation externe. Il indique la technique employée, celle de Judet-Mathieu ; malade fixé sur la table d'orthopédie, ampoule disposée entre les membres inférieurs, cliché bien enfoncé sous les fausses côtes. Il présente ensuite une série de clichés de profils de hanche pathologiques, subluxation congénitale invétérée de l'adulte, arthrite déformante secondaire, arthrite déformante essentielle.

La caractéristique de la hanche de profil saine en rotation externe est le pur profil antérieur du col. La subluxation congénitale se caractérise par une perte du parallélisme de la partie postérieure de l'interligne qui devient une vraie déshabitation dans l'arthrite déformante secondaire. Au contraire, dans l'arthrite déformante primitive le parallélisme est respecté, ce qui différencie d'une manière formelle les deux affections.

Le deuxième point de la communication a trait à la technique opératoire de l'arthroplastie par émondage, né de la connaissance des lésions décelées dans l'arthrite déformante secondaire par la radiographie de profil. La technique du Prof. Mathieu reste formellement indiquée dans les arthrites ankylosantes primitives.

Remarques cliniques et thérapeutiques à propos du choléra infantile. — MM. **Sorel**, **A. Bardier** et Mme **Enjalbert** rapportent 31 observations de syndrome cholériformes observés chez des nourrissons pendant le mois de Juillet, Août et Septembre. Dans 58 pour 100 des cas on a pu observer la présence d'un foyer infectieux situé en dehors du tube digestif. Ces foyers étaient constitués soit par des lésions oto-mastoïdiennes, isolées ou associées à des manifestations pulmonaires en général situées au niveau du lobe inférieur droit, soit par des lésions pulmonaires isolées. Les localisations parentérales ne paraissent pas constituer un élément d'aggravation du pronostic : les plus graves sont celles qui touchent à la fois l'oreille et le poumon. Dans 42 pour 100 de cas, le syndrome digestif est apparu comme primitif, et furent les cas les plus graves.

Le traitement doit comporter deux temps : la réhydratation et le traitement du foyer infectieux local quand il existe.

La réhydratation doit être faite soit par perfusion veineuse, soit par hypodermoclyse, seules méthodes qui dans les cas graves puissent permettre une réhydratation excessive. Il n'a jamais été observé d'abcès dans les hypodermoclyses, au contraire deux suppurations dans les perfusions veineuses.

Les sulfamides peuvent être avec avantage et sans danger utilisés à des doses nécessaires quand l'enfant est en perdition : 1 g. par kilogramme de poids et par 24 heures.

Le traitement des oto-mastoïdites ne paraît utile que s'il y a suppuration. La paracentèse simple suffit souvent, l'antrotomie dans les cas de mastoïdite toxique sans suppuration franche ne donne aucun résultat.

Les auteurs insistent sur la gravité des syndromes cholériformes qui se soldent par 64 pour 100 de décès.

Sur le danger des mydriatiques employés pour faciliter l'ophtalmoscopie. — M. **Calmettes**. L'examen du fond de l'œil est reconnu aujourd'hui comme très important dans beaucoup d'affections médicales. Les praticiens, non ophtalmologistes, s'exercent volontiers et trouvent commode l'emploi de l'atropine pour le faciliter. Ils doivent connaître les dangers de cette mydriase provoquée, notamment chez les sujets ayant dépassé la quarantaine. L'auteur rapporte 1 cas de glaucome aigu provoqué, plusieurs cas de glaucome chronique aggravé par cet emploi abusif d'atropine.

J.-P. TOURNEUX.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

PUBLIÉES PAR LES SOINS DE L. ROUQUÈS

Forme cérébrale de l'hypertension artérielle

Nous avons décrit depuis 1937 sous le nom de forme cérébrale de l'hypertension artérielle [1] l'ensemble réalisé par: 1° un syndrome cardio-vasculaire d'hypertension artérielle; 2° un syndrome d'insuffisance rénale; 3° un syndrome d'hypertension intracranienne. Il ne s'agit pas là d'une rareté mais d'un tableau particulièrement fréquent.

Le syndrome d'hypertension intracranienne, qui amène les malades à consulter, se manifeste par de la céphalée et des modifications du fond d'œil. La céphalée prédomine souvent à la fin de la nuit et le matin au réveil, mais son caractère principal est son caractère douloureux, beaucoup plus douloureux que la céphalée des hypertensions intracraniennes tumorales. Une telle céphalée chez un hypertendu artériel est un symptôme tout à fait anormal qui doit faire rechercher les autres éléments de la forme cérébrale d'hypertension artérielle. L'examen du fond d'œil montre suivant les cas un aspect de rétinite brightique ou bien une stase papillaire comme dans les tumeurs, ou encore un mélange en proportion variable de ces deux aspects; mais alors que dans l'hypertension intracranienne d'origine tumorale la baisse de l'acuité visuelle est tardive et coïncide généralement avec une grosse stase papillaire, ici elle peut être précoce et coïncider seulement avec un œdème des bords de la papille, tandis que des lésions maculaires rendent compte de la baisse de la vision.

Le syndrome cardio-vasculaire comprend une hypertension artérielle permanente mais variable, avec élévation surtout accentuée de la minima, une tachycardie qui atteint ou dépasse 100 à la minute, une augmentation de volume du cœur prédominant sur le ventricule gauche et souvent un bruit de galop. Il s'agit habituellement d'hypertendus pâles, maigres et asthéniques.

Le syndrome d'insuffisance rénale est constant mais risque de passer inaperçu parce que l'albuminurie fait généralement défaut et que le taux d'urée sanguine se trouve dans les limites normales. Il se manifeste par la polyurie nocturne, signe très important qui traduit déjà la diminution du pouvoir de concentration du parenchyme rénal, par l'élévation de la constante d'Ambard et plus encore par la rétention élevée de phénolsulfonephtaléine.

Diagnostic. — Ce syndrome est tellement constant que nous l'avons retrouvé, à quelques variantes près, chez plus de 50 malades; aussi le diagnostic en est-il relativement facile; il faut y penser chez tout hypertendu artériel ayant des maux de tête durables, à plus forte raison une baisse de l'acuité visuelle. On ne le confondra pas avec une hypertension intracranienne tumorale s'accompagnant d'hypertension artérielle: dans ce cas la tachycardie et les signes d'insuffisance rénale font défaut, tandis qu'il peut exister des signes de localisation et des altérations osseuses du crâne visibles radiologiquement. Ce diagnostic doit être fait cliniquement parce que les malades atteints de forme cérébrale d'hypertension artérielle supportent, en général très mal la ventriculographie qui est formellement contre-indiquée; à moins d'une coexistence fortuite de tumeur cérébrale et de sclérose rénale avec hypertension artérielle (coexistence que nous n'avons pas observée), le diagnostic n'offre pas de grandes difficultés. Un autre diagnostic peut se poser plus rarement, celui de l'hématome cérébral chez un hypertendu artériel; dans ce cas le syndrome d'hypertension intracranienne apparaît plusieurs jours après un ictus suivi d'hémiplégie, d'aphasie ou d'hémianopsie: là encore le diagnostic doit être fait sans ventriculographie; nous en avons observé un exemple avec le Dr Delafontaine, opéré et guéri par le Dr Rosier.

La forme cérébrale d'hypertension artérielle étant reconnue, il importe d'en rechercher la cause par une exploration minutieuse des reins; il peut s'agir de sclérose rénale vasculaire maligne primitive, d'évolution rapide; il peut s'agir de sclérose rénale vasculaire secondaire, c'est-à-dire venant compliquer une lésion rénale préexistante; il arrive souvent que la lésion rénale primitive soit unilatérale et que le rein resté sain mette un ou plusieurs années à se scléroser: on observe dans ce cas une évolution en deux temps avec un intervalle libre parfois très long. La lésion rénale primitive peut être congénitale: hydronéphrose congénitale, — ou infectieuse: néphrite scarlatineuse, pyélo-néphrite coli-bacillaire, tuberculose rénale. D'autres fois la cause de la sclérose rénale passe inaperçue. Dans un cas la sclérose rénale maligne coexistait avec un carcinome de la cortico-surrénale.

Pronostic et traitement. — La forme cérébrale de l'hypertension artérielle est très grave parce qu'elle indique que la maladie jusque-là bien compensée entre dans sa phase de décompensation; le malade, menacé de cécité, finit par mourir d'urémie avec défaillance cardiaque. Hémorragies et ramollissements cérébraux sont rares chez ces malades. Le pronostic est particulièrement sombre chez les enfants. Le traitement est double, il est cérébral et rénal. Le traitement cérébral consiste à pratiquer un large volet décompressif, sans faire de ventriculographie; l'opération, tout en étant particulièrement délicate chez ces malades, est en général bien supportée et amène une amélioration fonctionnelle considérable en calmant les maux de tête et en améliorant la vision. Le traitement rénal consiste à faire une décapsulation, une énervation du pédicule rénal, une splanchnectomie; cette opération, habituellement bénigne, devient grave si les malades sont opérés trop tard; de même les résultats varient suivant la précocité de l'intervention: dans les cas favorables ils peuvent donner des rémissions de plusieurs années. La question délicate est de savoir par quelle opération il est préférable de commencer; si l'hypertension intracranienne est peu prononcée, il semble préférable de commencer par l'opération rénale. Tous ces traitements sont seulement palliatifs. En cas de lésion rénale primitive unilatérale, qu'il s'agisse d'hydronéphrose, de suppuration ou de tuberculose, il est permis d'espérer que l'ablation du rein malade permettrait d'éviter la sclérose secondaire du rein sain, à la condition toutefois que cette ablation soit précoce: on connaît des exemples de sclérose maligne développée après l'ablation d'un rein mastic.

François Thiébaut.

(Travail de la Clinique neuro-chirurgicale de la Pitié. [Prof. Clovis Vincent].)

1. F. Thiébaut, L. Guillaumat et A. Placa : Forme cérébrale de l'hypertension artérielle maligne Sclérose rénale vasculaire maligne et cortico-surrénalome associés. *La Presse Médicale*. 3 Juillet 1937. n° 54. 990-993 — F. Thiébaut : Etude anatomo-clinique de la forme cérébrale de l'hypertension artérielle. *Annales de Médecine*. Mars 1939. **45**. n° 3. 184-215 (7 figures) — F. Thiébaut : Complications cérébrales de l'hypertension artérielle. *Arch. internation. de Neurologie*. Juin et Juillet 1939. nos 4 et 5. 86 à 96 et 119-120 — Pour la bibliographie, voir R. Delattre : La forme cérébrale de l'hypertension artérielle. *Thèse de Paris*, 1939.

Formes atypiques du cancer du corps de l'utérus

MM. Lévy-Solal et Morin [1] viennent d'attirer l'attention sur certains aspects atypiques du cancer du corps de l'utérus: les cancers préménopausiques et les cancers à manifestations exclusivement douloureuses.

Dans la règle, le cancer du corps survient aprè la période d'activité génitale, mais les épithélioma préménopausiques ne sont pas de telles raretés qu le médecin ne doive pas en envisager systématique ment la possibilité; Altkin, étudiant les métror ragies des femmes non ménopausées, relevait e 1937 8 pour 100 de cancers du corps, vérifiés his tologiquement, sans compter un certain nombr de cas douteux.

Le diagnostic est particulièrement difficile lorsqu le cancer se développe sur un utérus fibromateux les ménorragies du fibrome et les métrorragies d cancer s'intriquant et se confondant. L'existenc d'écoulements séreux accompagnant l'hémorragie l'apparition par crises de plus en plus rapprochée de douleurs paroxystiques irradiant vers les lombe ou les cuisses, une certaine augmentation d volume de l'utérus fibromateux qui prend un consistance un peu ramollie, sont susceptible d'attirer l'attention, mais il ne s'agit que d nuances. L'hystérographie est nécessaire, montran dans la cavité corporéale déformée par les noyau du fibrome, une image lacunaire plus ou moin typique. Lorsque l'association d'un cancer a fibrome est soupçonnée, la radiothérapie doit êtr rejetée; seule est de mise l'hystérectomie total (et non pas seulement subtotale), avec ablatio bilatérale des annexes, ceci quel que soit l'âg de la malade et même si les ovaires paraisse normaux au cours de l'intervention; en effet, le métastases ovariennes sont précoces et fréquente dans les cancers du corps.

Le cancer préménopausique se développant e l'absence d'un fibrome, risque aussi d'être mé connu; les métrorragies, spontanées, capricieuse sont souvent attribuées à une ménopause débutant et l'erreur est d'autant plus facile que le traitemen hormonal par la testostérone peut, comme dan un cas des auteurs, diminuer les hémorragies. De tels faits confirment une fois de plus la néces sité de l'hystérographie lipiodolée dans toutes le métroragies préménopausiques, qu'il y ait ou no un fibrome.

Les douleurs sont habituelles dans les forme classiques à un stade assez avancé; elles peuven être rarement le premier symptôme (six fois su 200 cancers du corps et du col dans la statistiqu de Baumert); il est exceptionnel qu'elles consti tuent pendant longtemps, comme dans un observation des auteurs, toute la symptomato logie; leur malade, ménopausée depuis deux ans se plaignait de crises douloureuses extrêmemen pénibles, siégeant à gauche, assez bas dans l fosse iliaque, irradiant vers la région lombaire e la face interne de la cuisse; elles survenaient sur tout après la défécation et entraînèrent une cons tipation opiniâtre, si bien qu'on pensa d'abor à une affection digestive d'autant plus que la malade n'avait que quelques écoulements séreux parfois purulents, pouvant dépendre d'une mé trite sénile banale et que le toucher ne montrai rien d'anormal. En l'absence de toute étiologi précise, les auteurs firent un examen lipiodolé qu révéla une lacune du fond utérin; l'hystérectomi confirma le diagnostic de cancer; rien dans l'as pect macro- ou microscopique de la tumeu n'expliqua le caractère anormal des symptômes Il est à noter que dans les formes à la fois dou loureuses et hémorragiques du cancer, les dou leurs sont généralement unilatérales et presqu toujours à gauche. Aussi peut-on retenir une nou velle indication de l'hystérographie: les syn dromes douloureux à prédominance gauche, sur venant chez des femmes ménopausées et pour les quels on ne trouve pas d'explication plausibl intestinale ou annexielle.

Lucien Rouquès.

1. E. Lévy-Solal et P. Morin : A propos de quelques aspect particuliers du cancer du corps de l'utérus. *Revue Fr. d Gynécol.*, 1945, **40**. 161-167.

CHRONIQUES

Le visa des spécialités pharmaceutiques et sa critique au point de vue thérapeutique

Définition de la spécialité pharmaceutique. — La loi du 11 Septembre 1941, modifiée par l'ordonnance du 23 Mai 1945, précise, en son article 44, que la spécialité pharmaceutique est « tout médicament préparé à l'avance et dosé au poids médicinal, présenté sous un conditionnement particulier portant sa composition, le nom et l'adresse du fabricant et vendu dans plusieurs officines ».

Le législateur emploie donc le mot « spécialité » dans son sens large, puisque cette définition ne différencie pas « le produit sous-cachet » de la « spécialité » proprement dite. En effet, celle-ci se caractérise par une *dénomination particulière*, alors que si le produit sous-cachet est, lui aussi, un « médicament préparé à l'avance et dosé au poids médicinal, présenté sous un conditionnement particulier portant sa composition, le nom et l'adresse du fabricant, vendu dans plusieurs officines », il porte une *dénomination commune* (dénomination du Codex).

Par contre, dans sa définition de la spécialité, le législateur a éliminé les « spécialités de l'officine », appelées encore « produits maison ». Ces dernières ont, en effet, tous les caractères de la « spécialité proprement dite », mais ne se vendent que dans une seule officine, celle de son fabricant.

A titre d'exemple : un médicament tel que l'insuline peut se vendre :

1° Sous un nom de fantaisie (Endopancrol) et dans plusieurs officines. *Il s'agit d'une spécialité proprement dite.*

2° Sous un nom commun (Insuline des Laboratoires Dupont) et dans plusieurs officines. *Il s'agit d'un produit sous-cachet.*

3° Sous un nom de fantaisie (Diabétyl) et dans une seule officine. *Il s'agit d'un produit maison.*

Un exposé complet sur la spécialité pharmaceutique devrait comprendre le contrôle de la spécialité, le contrôle de la publicité concernant la spécialité pharmaceutique [1], l'étude de l'importance économique et sociale de la spécialité pharmaceutique [2], les rapports du Corps médical et de la spécialité pharmaceutique [3], le contrôle des sérums et vaccins [4].

Seul sera résumé ici le contrôle de la spécialité.

Le visa des spécialités. — Toujours en son article 44, la loi précitée stipule : « Aucune spécialité ne peut être exploitée que si elle est revêtue, ainsi que les textes publicitaires la concernant, du visa du Ministre de la Santé publique sur la proposition du Comité technique des Spécialités ». Elle précise, de plus, que le « visa pourra être retiré par décision du Ministre de la Santé publique sur proposition motivée du Comité technique des Spécialités ».

Les membres du Comité technique sont nommés pour trois ans par le Ministre de la Santé publique.

Nous n'insisterons pas ici sur la procédure administrative suivie pour demander le visa et pour sa délivrance. Tous les détails concernant ce sujet peuvent être trouvés dans l'intéressante conférence faite en Janvier 1945 par M. L. Cuny devant les élèves de la Chambre Syndicale nationale des Fabricants de Produits Pharmaceutiques et dans l'Instruction du Ministre de la Santé publique sur le Contrôle des spécialités pharmaceutiques et des produits sous-cachet [5].

Conditions de délivrance du visa. — Il ressort des textes que le législateur a laissé au Comité technique des Spécialités une liberté complète d'appréciation. La loi mentionne simplement, en effet, « ...sur la proposition du Comité technique des Spécialités » et le décret d'application « ...après avis du Comité technique des Spécialités ». Le Comité technique a été laissé libre de faire ses propositions et de donner ses avis comme il lui plaira.

Néanmoins, au bout de très peu de séances, les membres du Comité technique ont décidé de codifier leur méthode de travail et ont proposé à la signature du Ministre de la Santé, en plein accord avec les organismes professionnels des fabricants de spécialités, une instruction sur le visa des spécialités s'inspirant de la jurisprudence du Comité. Cette instruction du 30 Août 1943, déjà modifiée à deux reprises [6], ne lie que l'administration et le Comité technique, elle n'a, bien entendu, pas force de loi, elle limite d'ailleurs la liberté du Comité technique, alors que la loi lui a laissé son entière liberté.

Elle permet au Comité technique d'éviter toute mesure arbitraire et elle met à même tous les intéressés de savoir de quelle façon sont proposés la délivrance et le refus du visa. En outre, les membres du Comité technique étant renouvelés tous les trois ans, elle met à même les nouveaux membres de continuer sans à-coup l'œuvre de longue haleine que doit être celle du Comité technique.

Afin de respecter le principe de la non-rétroactivité des lois, une différence a été faite entre les spécialités anciennes, exploitées avant la promulgation de la loi du 11 Septembre 1941 et les spécialités nouvelles.

Spécialités anciennes. — Sous réserve de l'appréciation de cas particuliers, les spécialités anciennes font l'objet d'un avis favorable du Comité technique.

a) Si elles ne sont pas susceptibles de nuire à la santé publique ou à la moralité publique de quelque façon que ce soit, notamment par leur composition ou la nature de la publicité dont elles pourraient être l'objet.

b) Si elles répondent à une formule correctement établie, notamment en ce qui concerne les incompatibilités.

c) Si la fabrication ne présente pas de défaut technique préjudiciable à la qualité du produit obtenu.

d) Si les résultats obtenus à l'analyse correspondent à la formule annoncée.

Le Comité technique se montre donc très libéral et il semblerait à première vue qu'aucune spécialité ancienne ne devrait se voir refuser le visa. Nous verrons plus loin qu'il n'en est rien.

Spécialités nouvelles. — Celles-ci ne reçoivent le visa qu'à la double condition :

a) De répondre aux qualités exigées pour les spécialités anciennes ;

b) De présenter, en outre, un caractère de nouveauté ou d'opportunité.

Ce caractère pourra résulter, notamment, soit de l'introduction dans la thérapeutique d'un médicament non employé jusque-là pour le résultat recherché, d'une association médicamenteuse nouvelle et intéressante, soit d'une présentation autre offrant des avantages techniques ou permettant un mode d'administration différent et intéressant d'un produit déjà utilisé sous d'autres formes médicamenteuses.

Pour plus de précision, l'instruction du 30 Août 1943, en son article 17, ajoute :

« Le visa ne peut être délivré à une spécialité pharmaceutique nouvelle qui, pour la même thérapeutique, présenterait une composition comparable soit à celle d'une spécialité ayant reçu le visa avant elle, soit à une formule dont l'antériorité aura été dûment établie. »

Dans quel but cette deuxième obligation ?

Dans un double but, d'une part de limiter le nombre toujours croissant des spécialités et favoriser les laboratoires sérieux, créateurs de spécialités vraiment nouvelles, au détriment des plagiaires, d'autre part de stimuler la recherche appliquée en matière de médicaments.

Mais n'était-ce pas là créer un monopole au profit des fabricants de produits nouveaux ? Monopole contre lequel la législation française s'est toujours élevée, puisqu'elle n'a jamais voulu admettre le brevet en matière de médicament.

Pour obvier à cet inconvénient, il est précisé, toujours à l'article 17 de l'Instruction du 30 Août 1943, que le fabricant pourra exploiter la formule proposée comme spécialité nouvelle et ayant fait l'objet d'un refus pour manque de nouveauté sous forme de produit sous-cachet, à la condition de respecter les règles concernant cette catégorie de médicaments spécialisés.

Produits sous-cachet. — Si les dispositions de la loi du 11 Septembre 1941 avaient été appliquées à la lettre, les produits sous-cachet, répondant comme on l'a vu à la définition de la spécialité pharmaceutique, auraient dû faire l'objet d'une demande de visa accompagnée du versement du droit fixe prévu à l'article 46 de cette loi.

En fait, une application trop stricte serait allée à l'encontre de l'intérêt de la santé publique puisqu'elle aurait amené inévitablement la disparition de la plupart des produits sous-cachet. En effet, certains fabricants, tels que ceux d'ampoules, de produits opothérapiques, etc., exploitent jusqu'à plusieurs centaines de produits sous-cachet. Les fabricants auraient donc eu à verser des droits de visa considérables, et les laboratoires chargés de faire l'analyse des spécialités auraient été submergés sous le flot des analyses de produits sous-cachet.

Afin de sauvegarder au mieux les intérêts de la Santé publique, le titre II de l'Instruction du 30 Août 1943 a prévu, pour les produits sous-cachet, une dérogation à la procédure de délivrance du visa des spécialités.

Produits sous-cachet et publicité. — Ce titre II de l'Instruction fait ressortir un caractère particulier du produit sous-cachet qui tient à ce que dans ce produit deux choses sont à considérer, le médicament d'une part, le cachet de l'autre. Aucune publicité ne peut être faite pour le médicament, elle est entièrement libre pour le cachet.

C'est ce qui résulte de l'arrêté du 9 Mars 1943 du Ministre de l'Economie Nationale (B.O.S.P. du 12 Mars 1943).

Cette interdiction de publicité qui frappe le produit sous-cachet favorise beaucoup évidemment le créateur de spécialités proprement dites nouvelles.

La procédure suivie par le Ministère de la Santé publique pour les produits sous-cachet est identique à celle suivie avant 1941 par le Laboratoire National de Contrôle des Médicaments, avec cette différence que l'inscription des spécialités au Laboratoire National était facultative, alors que l'autorisation d'exploitation d'un produit sous-cachet délivrée par le Ministère de la Santé publique est nécessaire au fabricant pour exploiter ce produit sous-cachet.

L'autorisation se donne, comme cela se passait au Laboratoire National de Contrôle, sur simple présentation du conditionnement du produit.

Le contrôle analytique ne se fait qu'après prélèvement dans les pharmacies ou dans les laboratoires par les Inspecteurs des pharmacies, en application de la loi du 1er Août 1905 sur les fraudes.

Les produits sous-cachet portent sur leur conditionnement un numéro d'enregistrement qui est un véritable visa, analogue à celui du visa des spécialités proprement dites [7].

Critiques du visa des spécialités. — Le système actuel de délivrance du visa des spécialités *nouvelles* a fait l'objet de nombreuses protestations. Le manque de place nous oblige à n'étudier ici que sa critique au *point de vue thérapeutique*.

Deux thèses s'affrontent, l'une tend à donner le pas avant tout à la démonstration de l'activité thérapeutique de la spécialité, l'autre se borne à préconiser la recherche de son innocuité thérapeutique.

Rappelons tout de suite que la loi de 1941 a eu soin de préciser que le visa du Ministre de la Santé publique « ne comporte aucune garantie en ce qui concerne les propriétés thérapeutiques du produit ».

Il semble cependant indispensable que des garanties thérapeutiques sérieuses soient fournies par la spécialité, pour que celle-ci puisse obtenir le visa. L'étude chimique et pharmacologique ne peut évidemment suffire, certains incidents constatés chez l'Homme sont en effet imprévisibles. Seule l'étude clinique permet de fixer la posologie la plus correcte et de préciser les indications thérapeutiques du produit.

Chacun s'accorde à reconnaître qu'un essai cli

1. Voir la Publicité Pharmaceutique : sa réglementation, sa portée sociale, Vaille : *Les Annales de Médecine sociale*, Juin 1944, 15.

2. Voir L'industrie pharmaceutique, son importance économique et sociale, Vaille : *Les Annales de Médecine sociale*, Mars 1945, 2.

3. Voir *Thèse médecine* de R. AndrOëta : Etude des rapports du corps médical et de la spécialité pharmaceutique, Paris, 1936

4. Se reporter à l'imprimé publié en 1938 par le Ministère de la Santé publique sur la Réglementation relative aux sérums thérapeutiques et divers produits d'origine organique.

5. Instruction du 30 Août 1943 sur le contrôle des spécialités pharmaceutiques et des produits sous-cachets modifié par le rectificatif n° 1 du 28 Octobre 1943 et par le rectificatif n° 2 du 1er Juin 1944.

6. Instruction citée.

7. Le numéro de visa des spécialités est précédé de la lettre V, alors que le numéro de visa des produits sous-cachet comporte les lettres PC.

nique sérieux doit être fait pour permettre de se rendre compte que le produit n'est pas nocif.

Contre la grande importance attachée par le Comité technique à la démonstration de l'activité thérapeutique les arguments suivants sont avancés :

Si le Comité technique donnait un avis favorable à la délivrance du visa en se basant sur l'appréciation de l'activité thérapeutique (et non pas seulement sur l'innocuité thérapeutique), le visa, dans l'esprit de tous, garantirait alors la valeur thérapeutique de la spécialité : ce qui, *ipso facto*, engagerait la responsabilité du Ministre de la Santé publique, avec les conséquences que l'on devine.

L'appréciation de la valeur thérapeutique est difficile à établir: par exemple le benzoate de soude agit-il contre la toux ? Les doctrines et la science officielles sont-elles les seules valables ? (Et de citer l'exemple de Pasteur). Quel allopathe en son âme et conscience éliminera *a priori* tous les médicaments homéopathiques ?

A titre de formule transactionnelle, lorsque le fabricant ne fournit pas les justifications requises, concernant l'activité thérapeutique en les tirant de ses propres essais ou de la littérature existante, le Conseil de la Chambre des Fabricants demande qu'avant de faire intervenir des experts cliniciens, le Comité technique invite le fabricant à combler les lacunes de son dossier.

On ne saurait craindre, ajoute le Conseil de la Chambre, que les fabricants cherchent à lancer des médicaments inefficaces ou dangereux puisqu'ils s'exposeraient, si par extraordinaire ils obtenaient le visa, à se le voir ensuite brusquement retiré, et à subir ainsi un grave préjudice d'ordre moral et matériel.

Conséquences du visa des spécialités. — Quelques chiffres montrent le travail accompli à la date du 1er Septembre 1945 par le Comité Technique des Spécialités :

Spécialités anciennes présentées au visa....	14.169
Ont obtenu le visa..........................	4.210
Ont fait l'objet d'un refus définitif de visa....	97
Spécialités nouvelles présentées au visa......	531
Ont obtenu le visa..........................	302

Comme on le voit, alors que les grossistes annonçaient avant 1941 un nombre de spécialités d'environ 30.000, la simple formalité du visa et l'obligation de payer 2.000 fr. par demande de visa a permis de réduire de moitié le nombre des spécialités.

Avant le visa on assistait plus à une multiplication des marques, qu'à un accroissement des médicaments réellement nouveaux. A présent il en est tout fait différemment: une émulation chez les fabricants et chez les chercheurs existe déjà et ceci pour le plus grand bien de la Santé publique.

Le système de délivrance du visa aux produits nouveaux présente un triple intérêt immédiat : pour le *malade* le prix de revient de la spécialité et du produit sous-cachet est plus faible, puisque le facteur publicité y tient une place moins importante ; pour le *médecin* qui n'a plus à retenir que deux noms, celui de la spécialité et celui du produit sous-cachet, au lieu des nombreux noms de fantaisie souvent donnés au même médicament ; pour le *pharmacien*, dont les stocks contiendront moins d'invendus.

L'analyse obligatoire des spécialités a rendu possible la mise au point de nouvelles méthodes d'analyses.

Les analyses des spécialités ont permis de faire des découvertes intéressantes sur la conservation de médicaments spécialisés (vitamines, adrénaline, etc.).

L'obligation du visa a amené de nombreux spécialistes à développer considérablement leurs laboratoires de contrôle et leurs laboratoires de recherches.

Le système de délivrance actuel du visa à des produits nouveaux a créé une prime à la recherche. Les chercheurs sont protégés contre les imitations et une liaison plus serrée existe déjà entre ceux qui découvrent et ceux qui exploitent.

Le nombre de médecins qui veulent bien accepter de faire des essais cliniques de médicaments va croissant et ne pourra que se multiplier, pour le bien de la recherche appliquée en médecine.

Conclusions. — On peut dire à présent de la spécialité pharmaceutique française qu'elle est la plus sévèrement contrôlée du monde.

Le visa des spécialités donnera lieu à encore bien des critiques; le système actuel est loin d'être parfait. Il pourra être et il sera amélioré.

Son plein effet ne se fera sentir que dans un temps plus ou moins long; déjà un progrès marqué a été réalisé sur la période antérieure pour le plus grand profit de la Santé publique.

Ch. Vaille.

La digestion de la cellulose chez l'homme

La cellulose pure ($C^6H^{10}O^5$) n'existe guère à l'état naturel que dans le coton, et les celluloses utilisées dans les régimes sont très différentes de celle-ci : il s'agit, soit de celluloses « tendres » dont les légumes frais sont le type (carottes jeunes, choux blancs, épinards), soit de celluloses « dures » que le son représente assez bien, ces deux corps diffèrant l'un de l'autre par la nature des substances associées à la cellulose proprement dite, toutes substances qui sont plus facilement que la cellulose attaquées par les agents chimiques.

Bien que l'on connaisse depuis longtemps le fait de la digestibilité de la cellulose, disent M. Chiray, J. Pochon et J. Dierick [1], le mécanisme de cette digestion est, jusqu'à une époque récente, demeuré assez obscur. On ignorait s'il repose sur l'action des sucs intestinaux et stomacaux, voire même salivaires, ou sur celle de fermentations microbiennes. A l'heure actuelle, de nombreuses recherches, en particulier celles d'Allen et de Carlson, ont péremptoirement démontré que les enzymes digestifs sont absolument incapables d'utiliser et de détruire la cellulose *in vitro*. Cette digestion est l'œuvre exclusive d'une bactérie cellulolytique découverte et isolée en culture pure en 1923 par Mme Y. Khouvine: le *Bacillus cellulosæ dissolvens*.

Ce germe est un bacille prenant le Gram, portant une spore ovalaire terminale. Très résistant à la chaleur, c'est un anaérobie strict, qui ne fait fermenter aucun glucide en dehors de la cellulose. Difficile à cultiver, il ne pousse pas sur les milieux usuels: il lui faut un milieu riche en azote très dégradé, tel un extrait de matières fécales. Il agit sur les membranes cellulosiques par les ferments solubles qu'il sécrète, et grâce auxquels il est un agent de cellulolyse.

D'autre part, J. Pochon, en 1932, a isolé dans la panse de bœuf une bactérie cellulolytique, le *Plectridium cellulolyticum*, qui sécrète une cellulase pouvant, sous certaines conditions, transformer la cellulose en glucose. Il en a isolé une souche possédant un pouvoir de synthèse relativement élevé et paraissant susceptible de s'adapter, dans un but thérapeutique, à un milieu intestinal complexe tel qu'on peut le rencontrer chez l'homme dans des cas pathologiques divers.

Reste à savoir dans quelle partie du tube digestif s'exerce cette action digestive de la cellulase. De leurs expériences, Strauss, von der Reis et Grosmann concluent à l'importance de l'intestin grêle. Sans doute faut-il aussi attribuer au cæcum un rôle de première grandeur.

L'étude de la digestion cellulosique en clinique comporte une double série d'examens: dans une première série, le sujet étant mis à un régime approprié, on dose la cellulose dans les aliments ingérés et dans les excreta, à l'aide de méthodes variées, tant pour la cellulose brute (Weende) que pour la cellulose pure (technique de Schulze, basée sur l'action du chlore). Dans une seconde série doit être étudiée la flore intestinale du sujet au point de vue des germes cellulolytiques.

Parmi les facteurs qui peuvent influencer le coefficient de digestibilité, il faut faire intervenir les répercussions de la digestion de la cellulose sur celle des autres aliments et vice versa. C'est ainsi que le coefficient de la digestibilité de la cellulose est abaissé par un régime carné exclusif préliminaire longtemps prolongé, régime modifiant la flore intestinale. Von Knieriem a trouvé, par exemple, ce coefficient tombé à 25 pour 100 pour la laitue après huit jours de régime carné préalable. Quand on ajoute au repas d'épreuve de l'amidon en grandes quantités, on abaisse également les coefficients, peut-être parce que, l'hydrolyse de l'amidon et des sucres solubles étant plus facile que celle de la cellulose, la flore bactérienne les utilise plus volontiers. Inversement, L. Strauss a observé que, par l'addition d'une petite quantité de cellulose à un repas d'épreuve, on peut obtenir une meilleure utilisation des hydrates de carbone. Le régime alimentaire habituel a son importance, du fait de son retentissement sur le milieu intestinal. Barany trouve par exemple, un coefficient de 41 pour 100 chez un végétarien et de 26 pour 100 chez un omnivore habituel. Enfin, chez le nourrisson, la digestion de la cellulose est nulle, ainsi que l'a montré Rubner avec la poudre d'épinard.

Après avoir envisagé le coefficient de digestibilité de la cellulose chez l'homme normal, M. Chiray, J. Pochon et Dierick rappellent les rares données acquises chez l'homme pathologique. Les observations de Lohrisch, qui ont porté sur des cas de constipation chronique et de diarrhée par insuffisance hépatique, ont fait ressortir le rôle très important de la durée du transit intestinal. Allongé comme il arrive dans la constipation, il se traduit par un coefficient de 80 pour 100. Raccourci comme c'est le cas dans une diarrhée, il donne un coefficient de 60 pour 100. Dans les affections du pancréas, l'utilisation de la cellulose est habituellement diminuée. Par ailleurs, Lohrisch a rapporté l'observation de 3 diabétiques pour lesquels il a trouvé avec le chou des coefficients de 69, 78 et 84 pour 100, ce qui est sensiblement normal.

Pour les herbivores, et en particulier pour les ruminants, la valeur énergétique de la cellulose paraît égale à celle de l'amidon. Ceci laisse entrevoir le rôle et la valeur de la cellulose dans l'alimentation humaine, étant donné que chez l'homme la digestion de la cellulose, qui n'est jamais négligeable, peut varier de 25 à 100 pour 100 de la cellulose ingérée, les celluloses tendres des légumes frais présentant le coefficient de digestibilité le plus élevé.

Sans doute, la question de la digestion de la cellulose chez l'homme comporte-t-elle encore nombre d'inconnues, tant sur son mécanisme physiologique encore plein d'obscurités, qu'au point de vue chimique et dans l'ordre pathologique. A ce dernier point de vue, les auteurs ont étudié l'effet de l'ingestion d'ampoules de bactéries cellulolytiques chez des sujets présentant une intolérance intestinale pour les légumes verts, avec des résultats intéressants. Dans l'ordre diététique enfin, on n'a aucune notion sur les modalités d'action des régimes riches en cellulose et sur les réactions des bactéries cellulolytiques vis-à-vis de ces régimes.

Le problème comporte donc un immense domaine d'investigations à entreprendre. Mais, d'ores et déjà nous sommes loin de la conception périmée d'une cellulose traversant le tube digestif sans être transformée, ayant pour seul rôle, comme le voulait Lint, l'adsorption de toxines intestinales et de ferments digestifs, ou celui de provoquer des contractions intestinales par l'augmentation du bol fécal chez les constipés, opinion encore trop courante d'une cellulose simple « lest » intestinal.

L. Rivet.

1. M. Chiray, J. Pochon et J. Dierick : La digestion de la cellulose chez l'homme. *Arch. des mal. de l'app. digestif et des mal. de la nutrition*, Janvier-Février 1945, 34, nos 1-2.

Livres Nouveaux

Thérapeutique neurologique et psychiatrique, par P. Cossa, H. Bougeaut, E. Le Cocq et J.-P. Grinda. 1 vol. de 614 pages, avec 107 figures (*Masson et Cie édit.*), Paris, 1945. — Prix : 420 fr.

Nul domaine n'est plus ingrat au point de vue des traitements que celui de la neuro-psychiatrie et cependant c'est une véritable *Somme Thérapeutique* que P. Cossa, H. Bougeaut, E. Le Cocq et J.-P. Grinda viennent d'édifier :

La première partie, qui représente les deux tiers de l'ouvrage, est consacrée aux principes et médications thérapeutiques, la classification étant étiologique et secondairement physiopathologique. C'est ainsi que le lecteur verra se succéder les chapitres réservés soit aux grands syndromes neurologiques : l'épilepsie, les syndromes vasculaires cérébraux, la syphilis nerveuse, la maladie de Parkinson et les syndromes striés, l'alcoolisme, etc. soit aux grands syndromes topographiques : méningites, névrites de la face, radiculites et funiculites, etc. Sur le terrain psychiatrique, aux syndromes mineurs (états anxieux, obsessionnels, anorexie mentale, etc.) succèdent les psychoses aiguës, toxi-infectieuses, les schizophrénies, les états maniaques et mélancoliques, les toxicomanies, etc...

Un groupement particulier réunit dans la seconde partie les techniques instrumentales (prélèvements, injections, infiltrations) et les techniques chirurgicales. La dernière partie vise l'électrothérapie et définit les principes électro-physiologiques et techniques correspondants.

L'énumération précédente resterait trop sèche si n'étaient point soulignés un constant souci de clarté, des rappels systématiques des états des diagnostics correspondants, une mise en valeur comparative des différentes possibilités, en bref tout ce qui définit l'atmosphère même du thérapeuticien en neuro-psychiatrie moderne.

P. Mollaret.

INFORMATIONS

Le nouveau régime des Assurances Sociales et l'Exercice de la Médecine

Le *Journal Officiel* du 20 Octobre contient plusieurs ordonnances relatives au nouveau plan de sécurité sociale.

Rappelons :

1° L'ordonnance n° 45-2453 « FIXANT LA NOUVELLE LÉGISLATION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL » qui consacre l'absorption par les Assurances sociales de cette branche importante des Assurances privées.

2° L'ordonnance n° 45-2455 « STATUANT LE NOUVEAU STATUT DE LA MUTUALITÉ » qui entérine la disparition des organismes de Mutualité au profit des Assurances sociales. Mais c'est surtout l'ordonnance n° 45 2454 « *fixant le régime des Assurances sociales applicable aux professions non agricoles* » qui doit attirer particulièrement l'attention du corps médical, en raison des bouleversements considérables qu'elle est susceptible d'entraîner dans l'exercice de la Médecine.

En voici les points principaux, aussi brièvement résumés que possible, à l'aide des textes les plus significatifs :

1° *Tarification des Honoraires médicaux* (Article 10). — Les honoraires médicaux établis par les syndicats médicaux de chaque département seront présentés par ceux-ci aux Caisses de Sécurité sociale, et discutés en commun par les deux organismes. Ils seront applicables après qu'une convention aura été conclue entre eux et qu'elle aura été approuvée par une *Commission Nationale* composée pour un tiers de médecins, pour un tiers de représentants des Ministères du Travail, de la Santé, de l'Economie nationale et pour un tiers de représentants des Assurances sociales. Cette Commission est toute puissante pour refuser son approbation ou pour fixer elle-même les tarifs médicaux si les Syndicats et les Caisses n'ont pas réussi à se mettre d'accord après délai d'un mois.

Les tarifs dont il est question ne sont pas des tarifs « minima », mot qui ne figure pas dans le texte, mais bien des tarifs généraux applicables à tous les praticiens.

2° *Nomenclature et majorations.* (Articles 12 et 13). — Une nomenclature générale des actes professionnels sera fixée par arrêté des ministères du Travail et de la Santé. Cette nomenclature peut comporter des majorations pour « *des actes accomplis dans des circonstances spéciales ou par certaines catégories de praticiens en raison de leurs titres, de leurs travaux ou de leur spécialisation.* ELLE DÉTERMINE EN PAREIL CAS LES CONDITIONS D'APPLICATION DE CES MAJORATIONS.

Ainsi le législateur reconnait l'existence d'une hiérarchie de valeurs entre les médecins et les actes médicaux. Mais il entend que cette hiérarchie soit strictement codifiée en une nomenclature par « catégories », nomenclature qui sera probablement plus l'œuvre des ministères que celle des médecins.

En l'absence d'un statut des spécialistes et devant les difficultés d'appréciation en ces matières, seuls pourront être retenus pour l'élaboration de cette nomenclature des titres hospitaliers et universitaires officiels. Un grand nombre de praticiens de valeur, mais dépourvus de ces titres, se trouveront donc définitivement exclus de ces catégories supérieures. De plus, il est à craindre que les titulaires de ces catégories supérieures, dont les avantages matériels seront d'ailleurs peu importants (on parle de K 3, notamment pour les médecins et chirurgiens des hôpitaux) ne jouissent, par rapport aux médecins qui en seront dépourvus, d'une sorte de prestige aux yeux du public, de nature à leur attirer un plus grand nombre de malades, surtout avec le principe du remboursement intégral.

Il est juste de reconnaître que le législateur admet implicitement que les médecins pourront pratiquer des honoraires supérieurs. En effet, l'article 13 énonce que « *tout médecin qui demande des honoraires supérieurs à ceux résultant du tarif fixé conformément aux articles précédents peut,* À LA REQUÊTE D'UN ASSURÉ OU D'UN SERVICE OU ORGANISME DE SÉCURITÉ SOCIALE, *être invité à justifier des motifs de ce dépassement, tels que la situation de fortune de l'assuré, la notoriété du praticien, ou autres circonstances particulières* ».

Ces justifications seront soumises à une commission départementale composée de deux praticiens, d'un médecin conseil et d'un administrateur des caisses. Si les justifications lui paraissent insuffisantes, elle invitera le médecin à rembourser le trop perçu et, si celui-ci refuse, pourra le déférer devant le Conseil de l'Ordre.

3° *Longue maladie.* (Article 33). — « *Tout assuré ou membre de la famille d'un assuré doit, sur sa demande ou sur l'invitation de la caisse, avant l'expiration du troisième mois de maladie, faire l'objet d'un examen spécial auquel il est procédé conjointement par son médecin traitant et par un* MÉDECIN CONSEIL DES ASSURANCES SOCIALES EN VUE DE DÉTERMINER LE TRAITEMENT SPÉCIAL DONT L'INTÉRESSÉ DOIT FAIRE L'OBJET. *En cas de désaccord il est procédé à un nouvel examen par un expert désigné par les deux médecins ou, à défaut d'accord, par le directeur régional de la Santé sur une liste établie par lui, après avis du ou des syndicats professionnels intéressés et du Conseil d'administration de la Caisse régionale de Sécurité sociale. Si l'assuré est atteint d'une affection tuberculeuse, l'expert est obligatoirement le médecin phtisiologue départemental ou un spécialiste désigné par lui.* L'AVIS TECHNIQUE DE L'EXPERT NE PEUT FAIRE L'OBJET D'AUCUN RECOURS »

Telles sont les dispositions les plus importantes de cette ordonnance, quant à la réglementation de la profession médicale. Les vrais raisons de la loi, telles qu'elles ressortent de l'exposé des motifs sont les suivantes :

I. *Nécessité de* « RÉTABLIR L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE L'ENSEMBLE DU SYSTÈME DES ASSURANCES SOCIALES », 1° par le *relèvement* des cotisations de 8 à 12 pour 100 des salaires ; 2° par l'extension des Assurances sociales à tous les salariés quelle que soit leur rémunération. Cette mesure constituant « *une innovation qui marque le premier pas dans la voie d'une extension des Assurances sociales à l'ensemble de la population* », on espère les étendre prochainement aux professions libérales, commerçants et artisans.

II. *Remboursement intégral des frais médicaux et chirurgicaux.* — Par compensation aux lourdes charges demandées aux assujettis, les frais médicaux et chirurgicaux seront remboursés intégralement avec la participation probable de l'assuré grâce à un ticket modérateur de 20 pour 100, dont les modalités d'application seront ultérieurement publiées.

Nous en aurons terminé avec l'énumération des principes directeurs de cette loi lorsque nous aurons signalé l'intention précisément exprimée à l'exposé des motifs « *de permettre un rapprochement, sinon même une unification complète du régime général avec le régime propre aux départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle* ».

COMMUNIQUÉ DE L'Union de la Presse Médicale française

L'UNION DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE, *devant la création constante de nouveaux quotidiens ou périodiques d'informatoin générale, dont la gamme très étendue va jusqu'à comprendre des journaux spécialisés dans l'humour ou la lonfoquerie,*

— *rappelle aux Pouvoirs publics responsables que la Presse médicale française reçoit actuellement dans son ensemble un contingent de papier égal à 15 pour 100 de sa consommation de 1938-1939 ;*

— *constate l'impossibilité pratique où elle est de remplir utilement sa mission informatrice et éducatrice auprès du Corps médical, à une heure où cette mission présente cependant plus que jamais un caractère de nécessité publique ;*

— *se refuse à comprendre, étant donné les faits rappelés ci-dessus, que les demandes d'augmentation présentées par ses ressortissants puissent être purement et simplement repoussées, motif pris du manque de papier ;*

— *prend acte des déclarations faites le 15 Novembre dernier, au nom du Ministre de l'Information, par le Directeur de la Presse au Secrétaire général de la Commission ministérielle de la Presse médicale, déclarations selon lesquelles le Ministère de l'Information « a attiré l'attention toute particulière des services de la Production industrielle sur la situation néfaste qui est faite à la Presse scientifique par suite de l'insuffisance du contingent dont nous disposons ».*

— *compte qu'avant toute augmentation nouvelle des attributions de papier faite à la Presse générale, il sera donné satisfaction aux légitimes revendications de la Presse scientifique dans son ensemble, et en particulier à celles de la Presse médicale française.*

Université de Paris

Collège de France (CHAIRE DE MÉDECINE). — Le Prof. René LERICHE commencera son cours le 3 Janvier 1946, à 17 h. 45. Objet du cours : Les anévrysmes. Physiologie pathologique et traitement. La première leçon aura pour sujet : L'humanisme dans la chirurgie.

Clinique médicale de l'Hôpital Tenon. — Le Prof. LIAN fera sa leçon inaugurale le mercredi 19 Décembre, à 11 h., à l'Amphithéâtre des Cours.

Sujet de la leçon ; L'histoire de l'enseignement clinique médical et ses perfectionnements modernes.

Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu (Prof. BROCQ). — Le Prof. BROCQ fera son cours, suivi de présentation de malades, tous les samedis, à 11 h., à l'Amphithéâtre. Un de ses assistants fera également un cours le vendredi, tous les 15 jours, à partir du 13 Décembre.

Institut d'hygiène et d'épidémiologie. — Un cours DE PERFECTIONNEMENT EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLÔME D'HYGIÈNE, qui comprend : 1° une série de travaux pratiques de bactériologie ; 2° une série de travaux pratiques de parasitologie ; 3° une série de conférences d'hygiène et d'épidémiologie ; 4° des séances d'instruction dans divers services hospitaliers et des visites d'installations d'hygiène, commencera, au Laboratoire d'hygiène, le 7 Janvier, pour la bactériologie, le 4 Mars, pour l'enseignement spécial d'hygiène. Il durera jusqu'à mi-Juin et sera suivi d'un examen sanctionné par un diplôme.

Inscriptions au Secrétariat de la Faculté. Bactériologie : 400 fr. ; Parasitologie : 150 fr. ; Cours d'hygiène : 850 fr. ; Examen : 200 fr.

Pour tous renseignements, s'adresser au Laboratoire d'hygiène, Ecole pratique, escalier D, 2e étage.

Universités de Province

Faculté de Médecine de Lyon. — M. PAUPERT-RAVAULT, professeur titulaire de la chaire de Pathologie interne, est transféré, à compter du 1er Octobre 1945 dans la chaire de *Clinique médicale* (dernier titulaire : M. FROMENT, retraité).

Faculté de Médecine de Nancy. — Sont nommés ou renouvelés, pour l'année scolaire 1945-1946 :

Agrégés chargés d'Enseignement : MM. BODART (Clin. chir. inf.) ; MICHON (Propéd. méd.) ; THOMAS (Clin. opht.) ; GRANDPIERRE (Physiol.); ROUSSEAUX (Clin. neur.); HARTEMANN (Clin. propéd. obst.).

Agrégé chef de Travaux : M. BEAU (Anat.).

Chargés des fonctions d'Agrégés : MM. GIRARD (Propéd. méd.) ; LOUYOT (Séméiol. méd.).

Chefs de Travaux : M. LAMY (Physique) ; Mme CHALNOT (Physiol.).

Chargés de Travaux pratiques : MM. MONLOT (Anat. pathol.) ; PAYSANT (Chimie).

Chargés des fonctions d'Agrégés chefs de Travaux : MM. LEGAIT (Histol.) ; HELLUY (Bactér. et Parasit.).

Agrégés sans enseignement : MM. GUILLEMIN (Méd. opér.) ; NEIMANN (Méd.).

Chef de Laboratoire (Bactér.) : M. FAIVRE.

— Sont renouvelés les cours *complémentaires* suivants :

Maladies mentales (M. HAMEL) ; Parasitologie (M. LIENHART) ; Clinique O.-R.-L. (M. AUBRIOT) ; Clinique des Maladies Tuberculeuses (M. GIRARD) ; Clinique dentaire (M. BARTHELEMY) ; Hygiène et Médecine du Travail (M. PIERQUIN).

Concours et places vacantes

Rétablissement des concours de clinicat de: Facultés de Médecine. — Ces concours qui avaien été supprimés provisoirement par une circulaire di 6 Avril 1945 viennent d'être rétablis.

En ce qui concerne les Ecoles de Médecine, le servic des postes vacants continuera par contre à être assur jusqu'à nouvel ordre par des chargés d'enseignement (*Circulaire du 21 Novembre 1945 aux Recteurs.*)

Chef de Laboratoire de chimie biologique. — U concours pour la nomination à 4 places (Saint-Antoine Saint-Louis, Hôtel-Dieu, Beaujon) aura lieu le 11 Janvie 1946. Se faire inscrire à l'Assistance publique, 3, avenu Victoria (Bureau du Service de Santé), du 17 au 27 Dé cembre 1945, de 14 à 17 h.

Médecins adjoints des Dispensaires de la Ligue nationale française contre le péril vénérien. — U concours pour 5 postes de la région parisienne ser ouvert, le 14 Janvier 1946, dans le service du Prof GOUGEROT, à l'Hôpital Saint-Louis. S'adresser à l'Institu Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris-14 (inscriptions du 15 au 22 Décembre inclus).

Internat en médecine des Hôpitaux de la régio d'Orléans. — Un concours aura lieu à l'Hôpital-Hospic d'Orléans, le 21 Janvier 1946. S'adresser au Directeu régional de la Santé de l'Orléanais, 26, boulevar Alexandre-Martin, Orléans.

SANATORIUMS PUBLICS

Des postes de médecin directeur sont actuellement vacant au *Sanatorium de Ponteils (Gard)* et au *Sanatorium interdé partemental de Bergesserin (Saône-et-Loire).*

S'adresser, jusqu'au 21 Décembre 1945, au Ministère de l Population (Direction du Personnel, 2e bureau), 7, rue d Tilsitt, Paris-17e.

Nouvelles diverses

Académie de Chirurgie. — VACANCES DE NOËL ET DU JOUR DE L'AN. La dernière séance de l'année aura lie le mercredi 19 Décembre. La séance de rentrée est fixé au mercredi 16 Janvier 1946.

Médaille du Dr Ameuille. — La cérémonie au cour de laquelle sera remise au Dr Pierre AMEUILLE la médaill qui lui est offerte par ses Amis, Collègues et Elève aura lieu le vendredi 21 Décembre 1945, à 11 h., dan l'Amphithéâtre de la Clinique médicale de l'Hôpita Cochin.

Le ***Cours de Microbiologie de l'Institut Pasteu*** comprendra 100 leçons suivies de 30 leçons de Micro biologie appliquée à la Pathologie coloniale. Les leçons qui commenceront le 13 Janvier 1946, auront lieu tou les jours à 14 h. et seront suivies de travaux pratiques

S'adresser au Service du cours, Institut Pasteur, 25, rue du Docteur-Roux, en indiquant le *curriculum vitæ* (nombre d'admissions limité. Frais de participation : 2.000 fr.).

Hôpital de Rothschild. — Une cérémonie a eu lieu, le vendredi 23 Novembre 1945, en souvenir du docteur Léon ZADOC-KAHN, médecin-chef honoraire de l'Hôpital de Rothschild et de Madame Léon ZADOC-KAHN, assassinés à Auschwitz le 23 Novembre 1943.

L'Hôpital Beaujon-Clichy a été remis, le 15 Novembre dernier, à la disposition de l'Assistance publique, à Paris, avec tout le matériel chirurgical installé depuis la libération de Paris par le Service de Santé américain.

Nos Échos

Naissances.

— Claude-Hélène et Christine KRESSMANN ont la joie de faire part de la naissance de leur petit frère *Alain* (Docteur et Madame Ph. KRESSMANN, 32, Cours Xavier-Arnozan, Bordeaux, 25 Novembre 1945).

— Le docteur et Madame P.-L. CHIGOT sont heureux de faire part de la naissance de leur second enfant, *Catherine*.

— Le docteur André CONTREL et Madame sont heureux d'annoncer la naissance de leur fille *Anne* (Paris, 15 Septembre 1945).

— Christiane, Michèle et Claude BELEY ont la joie d'annoncer la naissance de leur petite sœur *Danièle* (Docteur André P.-L. BELEY, 10, route de la Torchaise, Poitiers, 1er Décembre 1945).

— Le docteur Philippe SERINGE et Madame, née Gilberte GILLET, sont heureux d'annoncer la naissance de leur troisième enfant, *Lucile* (Paris, 12 Novembre 1945).

Mariages.

— Nous apprenons le mariage de Mademoiselle Yvonne BINET, fille du docteur et de Madame A. BINET, avec le sous-lieutenant aviateur Jacques NOETINGER (Nancy, 3, rue de Guise, 2 Octobre 1945).

— On annonce le mariage du docteur Arnold LEHMANSON avec Mademoiselle Marie MOSA (Paris, 15 Novembre 1945).

— On annonce le mariage du docteur Maurice MICHALLET, médecin lieutenant, avec Mademoiselle Anne-Marie MUGNIOT (Palaiseau, 12 Décembre 1945).

Décès.

— On annonce le décès du docteur Henri CLAUDE, professeur honoraire de clinique des maladies mentales et de l'encéphale à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine.

— On annonce le décès du docteur LE NOIR, médecin honoraire des Hôpitaux de Paris, membre de l'Académie de Médecine.

— On annonce la mort du docteur René TOUBLER, ancien interne des Hôpitaux de Paris (Neuilly-sur-Seine, 10 Novembre 1945).

PRATICIENS ÉTRANGERS

— Sont autorisés à exercer, *pour une durée de 6 mois renouvelable*, la profession de médecin, sur toute l'étendue du territoire français métropolitain :

MM. Altar, Montigny-sur-Loing (Seine-et-Marne) ; Koerner sanatorium « La Maison Blanche », Vence (Alpes-Maritimes) Nusem, 58, rue de la Glacière, Paris-13e ; Suapir, 3, rue Papère, Marseille ; Voloch, 70, avenue d'Alsace-Lorraine, Viry Châtillon (Seine-et-Oise).

— Sont autorisés à exercer *provisoirement* la profession de médecin jusqu'à la fin légale des hostilités :

Mme Aizenstein, Ségrie (Sarthe) ; MM. Beglerys, à la disposition du préfet des Ardennes ; Tejtelbaum-Tardy, Aoste (Isère).

— *N'ont pu obtenir l'autorisation* d'exercer provisoirement en France :

MM Angeloff, Saint-Ouen (Seine) ; Davidovici, Esperaza (Aude) ; Mme Hirsch, Caylus (Tarn-et-Garonne) ; Mme Vogel Achères (Seine-et-Oise).

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

Les Petites Annonces dans LA PRESSE MÉDICALE *sont acceptées sous réserve d'un contrôle extrêmement sérieux. Aucune annonce commerciale n'est acceptée.*

Prix : 30 fr. la ligne (20 fr. pour les abonnés).

CHERCHE pharmacien célibataire ou veuf en vue reprise officine, avec ou sans capitaux. Ecr. *P. M.*, n° 411.

MÉDECIN, 2 jnes enfants, ch. cabinet important campagne ay. 80 km. de Paris, gde maison, tout confort, jardin. Au besoin reprendr. mobilier. Ecr. *P. M.*, n° 412.

Dr anc. ext. hôp. Paris, anc médec. sana Leysin, actuellem. médec. U.N.R.R.A., ch. possibilité install. ou bien comme : spécialiste phtisiolog. gde ville prov. ou Paris, ou banl., ou bien poste médec. génér., ou bien appartem. 5 p. Paris, en change garçonnière neuve, conf., téléph. Ecr. *P. M.*, n° 515.

INDIQUERAIS clientèle propharmacie à reprendre dans Yonne, sans indemnité. Ecr. *P. M.*, n° 618.

URGENT, à céder important poste médic., chef-l. de c., 8 km. Préfecture. Rég. Sud-Ouest. Prix à débattre. Ecr. *P. M.*, n° 623.

ORGANISME NOUVEAU ayant réseau Agents 1er ordre France et Afrique du Nord, rech. Labo. désirant développ. ventes par représentat. médicale et pharmaceut.que. Conditions avantageuses. Ecr. *P. M.*, n° 635.

ACHÈTERAIS générateur radiothérapie 200 kilovolts ou bobine haute tension Gaiffe, n° 3, ou installation radiothérapie pénétrante. Dr Nicolle, 12, r. Camille-Lenoir, Reims.

OPHTALMOLOGISTE, chef de Clin. des Quinze-Vingts, rapatrié d'Allemagne, dés. acheter client. Paris ou banl. Ecr. *P. M.*, n° 653.

RECHERCHONS ds tte la France représentants-visiteurs méd., à la commission, pour représenter une importante mais. artisan. de vente en exclusivité d'appareils électro-médic. nouv. et répondant aux besoins immédiats de la client. médic. et dentaire. Condit. intéress. Ecr. *P. M.*, n° 659.

DAME, 3 ans référ., visites médicales Paris pour import laboratoire, ch. Labo sér. pour Paris. Ecr. *P. M.*, n° 674.

Jne MÉDECIN sinistré, ch. occupation médicale pour après-midi. Ecr. *P. M.*, n° 676.

Jne FEMME, pharmacien, ch. empl. pharmaceutique pour ½ journée, ou quelques heures à Paris. Ecr. *P. M.*, n° 677.

A VENDRE neufs un autoclave au gaz en cuivre rouge, pet modèle, et une balance de précision Prolabo à chaîne, sensible au 1/10e de mgr. Ecr. *P. M.*, n° 680.

Jne FILLE pharmacien, cherche pharmacie, achat ou gérance ente, Paris ou banlieue. Ecr. *P. M.*, n° 692.

LABORATOIRE IMPORTANT cherche visiteurs médicaux ouv. s'adj. 2e labor. Paris rive droite, rég. lyonnaise, et ancienne parisienne. Ecr. *P. M.*, n° 698.

CLIENTÈLE sage-femme à céder, bourg 2.500 habitants, pays riche. Ecr. *P. M.*, n° 760.

INFIRMIÈRE dipl. cherche empl. aupr. médecin ou clin., si poss. Alsace ou Paris. Ecr. *P. M.*, n° 772.

Dr éch. appart. 2 p., cuis., s. de b. (17e) ctre 5, 6, 7 p. t. cft. Dan. 82-18.

TABLE D'EXAMEN GUYOT, en bon état, à vendre. Téléphoner le matin Passy 09-32 p. rendez-vous.

AU COURANT RADIO, rech. Paris remplac. ou assistance linique ou confrère. Ecr. *P. M.*, n° 785.

ÉCHANGERAIS importante situat. chirurgicale, rég. méditerranéenne, centre poste chirurgie, équivalent, rég. plus centrale ou plus proche de Paris. Ecr. *P. M.*, n° 792.

A VENDRE, cabinet O.R.L., ville du Sud-Ouest, import. clientèle urbaine et rurale. Ecr. *P. M.*, n° 798.

A CÉDER, à Lyon, cause décès, cabinet médical radiologiste, av. appareillage rayon X, diatherme, onde courte, ultra-violet, infra-rouge, etc. Ecr. *P. M.*, n° 799.

VISITEUR MÉDICAL, introduction de premier ordre aupr. des pharmaciens du Normandie, cherche produits confraternels ou accessoires. Ecr. *P. M.*, n° 800.

Dr échangerait appartem. tt conf. 3 p., entr., cuis., s. de b., ascenseur, téléph., ch. de bonne faculté contre appart. 7, 8 p., quart. indiff. en vue d'installat. Tél. Ségur 6-46, le matin.

Dr échangerait 3 p. tt conf., s. boulevard, 14e arrt, contre à 6 p. conf. Tél. Gob. 33-18.

Dr SINISTRÉ, médecine génér. ch. à faire remplacem. de préfér. campagne ou ville Haute-Saône, Doubs, ou départements limitrophes S'adres. : Dr Bottlaender, 232, rue Josué-Hofer, Mulhouse (Haut-Rhin).

LABO important ch. collaborateur Docteur en médecine pr visite Est et Alsace-Lorraine. Langue allemande nécessaire. Ecr. *P. M.*, n° 810.

ÉCHANGERAIS appartement Soissons (Aisne), 3 pièces, cuisine, cab. toil., belle exposition ensoleillée, dans immeuble moderne, centre ville, contre appartement Paris. Ecr. *P. M.*, n° 811.

Jne FEMME, ch. dent., tr active, au cour. ts trav., ch. très bon gérance ou remplacem., évent. ach. Cab dent. av. possib. logem., préfér. Midi. Ecr. *P. M.*, n° 812.

ANC. externe Hôp. Paris, 30 a., démobil. expér. client. 3 a. ch. cabinet Paris, banl. ou associat en vue succes. ultér. ODÉon 66-48.

CHIRURGIEN dem. assistant radiologiste ou un manipulateur partie exercé. Ecr. *P. M.*, n° 814.

A VENDRE boîte port. compl. de verres. Ecr. *P. M.*, n° 816.

DAME, con. médic. dés. soit pl. dame comp. près person. mal. ou inf. voyager, au bes., soit ds clin., mais de santé Prélent mod. Ecr. *P. M.*, n° 817.

MÉDECIN, 30 a., anc. int. ay. prat. physiothérapie, dem. rempl. 1 mois max. zone sud. Ecr. *P. M.*, n° 818.

INFIRMIÈRE dipl. d'État, assist., anesthés. soins post opér. libre de suite, pr. clin. privée. Ecr. *P. M.*, n° 819.

CHIRURGIEN des Hôpitaux, lgue pratique chirurg. ch. assist. en vue assoc., associat. ou cession poste chirurg. Ecr. *P. M.*, n° 820.

INGÉNIEUR-CHIMISTE, 15 a. Labo expérim. compét. problèmes évaporation, cristallis. et déshydratat. modernes, ch. sit. avenir. Ecr. *P. M.*, n° 822.

CHIRURGIEN disponible dès mainten. fer. remplacem. tte durée. Ecr. *P. M.*, n° 823.

CHIRURGIEN ch. place assistant ou association en vue succession. Ecr. *P. M.*, n° 824.

A CÉDER poste médical, clientèle 2.000 habitants env. seul médecin mais. 10 p. av. jardin. Ecr. Dr Perelli-Lauris (Vaucluse).

CÉDERAIS bonne clientèle rurale. Bretagne. Facilités. Ecr. *P. M.*, n° 826.

ACHÈTERAIS occas. bascule médic. laquée blanc. Vendrais 3 manom. Claude neufs. Ecr. *P. M.*, n° 827.

Vve DE MÉDECIN échanger. appt. 6 pièces s. bains (8e) contre 3 p. tt. conf. ensoleillée. Ecr. *P. M.*, n° 828.

Vve de Dr, 8e arrt. mettrait à disposit. confrère spécialiste ou chirurgien, cabinet de consultat. Ecr. *P. M.*, n° 829.

ACHÈTERAIS occas. la Typologie de Vannier et leçons de morpho-psychologie de Corman. Ecr. *P. M.*, n° 830.

SAGE-FEMME, bon. prat. dem. direction ou gérance clinique accouchem. ou pouponn. Ecr. *P. M.*, n° 831.

SAGE-FEMME expérimentée dem. gardes, soins, piqûres. Ecr. *P. M.*, n° 832.

Vve Dr vend raviss. chbre jne fille, L. XVI, bois laqué platiné, lit, sommier, armoires, 2 glaces, coiffeuse, bureau, 2 chaises av. ou ss matelas nf. pure laine blanche. Ecr. *P. M.*, n° 833.

Vve Dr vend. gde table toilette 2 portes, 2 tiroirs, dessus marbre, et neuf. Ecr. *P. M.*, n° 834.

Jne PHARMACIENNE au cour. Labo. dem. situat., sana., Hôpital, clin. Urgent. Ecr. *P. M.*, n° 835.

MÉDECIN ch. appartem. 4-7 pièces, meublés ou non, même s. local évent. repr. meubles. Tél. ROQ. 09-73 ou *P. M.*, n° 837.

SUIS ACHETEUR clinique accouchem. ou chirurgie. Ecr. *P. M.*, n° 838.

BELLE CLIENTÈLE médicale à céder d'urgence, région de Limoges. Ecr. *P. M.*, n° 839.

DOCTEUR cherche poste médical région Paris, 50 km. Ecr. *P. M.*, n° 840.

LABORATOIRES rech. pour prod. de prescript. médic., visiteurs ay. maximum 2 Labos : 1° Rég. Sud-Est (Alpes-Marit., Var, etc.) ; 2° Rég. Est (sauf Rhin, Bas-Rhin, Moselle) ; 3° Rég. Nord-Est (Oise, Seine-et-Marne, Ardennes, etc.). Ecr. *P. M.*, n° 841.

INTERNE f. f. libre après-midi, ch. assistance ou remplacem. Paris, banl., accepter. piqûres, anesth. Ecr. *P. M.*, n° 842.

RECHERCHONS visiteurs médicaux présentant déjà 1 ou plus. spécialité. 1° pour l'Est ; 2° pour l'Alsace-Lorraine et pour visiter pharmacies. Ecr. Mlle Butin, 1, rue Alfred-Lauraul, Boulogne-sur-Seine.

DAME ay. machine, demande travaux copies domicile. Desmarets, 3, rue Émile-Dequen, Vincennes.

Dr de la Fac. Méd. Paris, 71 a. ch. occup. médic. sédentaire, de qques heures par jour ; en échange de chambre avec ou sans indemnité. Ecr. Taillade, 18, rue de Douai, Paris-Xe.

Jne FILLE, 21 a. dipl. puériculture, sér. référ., ch. poste de pouponnière ou mais. d'enf. Ecr. *P. M.*, n° 847.

APRÈS DÉCÈS à céder cabinet stomatologie ou chir. dent. quartier St-Germain-des-Prés. Bas prix. Ecr. *P. M.*, n° 848.

MÉD expérim., actif, libre le mat. ch. occup. méd. (Médec. sociale ou curative). Ecr. *P. M.*, n° 849.

MÉD. expérim., actif, ch. occupation para-médic. (littéraire, public etc.) Ecr. *P. M.*, n° 850.

APPAREIL R-X à vendre, occasion. Ecr. *P. M.*, n° 851.

ANC. médecin colonies, sinistré, ch. situat. ou occup. médic. ou para-médic. Paris, province. Ecr. *P. M.*, n° 852.

ANCIENNE INFIRMIÈRE, chef de salle d'opérations, anc. directrice, ch. gérance ou direct. clin. Ecr. *P. M.*, n° 853.

Dr, 33 a. non installé, aider conf. surchargé client. Paris, matin, début apr.-midi. Ecr. *P. M.*, n° 855.

ACHÈTERAIS bon état, bureau 130×70, divan d'examen, armoire vitrée, forceps, appareil d'insufflat'on pour pneumoth., chaises. Ecr. *P. M.*, n° 856.

A VENDRE à l'ét. de neuf, microscope Nachet, grd mod., complet, av. lampe et ultra-spectroscope, balance analyse au 1/10 mg. Étuve à inclusion Cogit. Tél. PER. 00-88, après 20 h.

LABORANTINE dipl. Scientia, tr. expér. bactériol., histologie, sérol., hématol. 1 an prat. Hôpital, ch. poste Paris. Ecr. *P. M.*, n° 858.

JOURNAL scientifique recherche médecins instruits, polyglottes, pour faire analyses, livres et périodiques médicaux étrangers. Ecr. *P. M.*, n° 859.

Jne MÉDECIN, démobilisé, ch. remplacement ou assist. médecin surchargé, Paris ou banl. Ecr. *P. M.*, n° 860.

ANC. EXTERNE des Hôpit. de Paris, cinquantaine, seul dem. poste médecin résidant clin. Paris ou rég. parisienne, capable pneumo, ophtalmo, oto-rhino, aider. confr. surchargé. Ecr. *P. M.*, n° 861.

ÉTUDIANT médecine, 20 inscript. ch. remplacem. ou aide médic. région Sallanches, Combloux, Mégève, durant été 1946. Ecr. *P. M.*, n° 862.

BOITE OPHTALMO, 80 verres, à vendre. Ecr. *P. M.*, n° 863.

CÉDERAIS bon cabinet de médecine générale à Paris. Ecr. *P. M.*, n° 864.

Jne FILLE, 21 a. infirmière dipl. État bacc. anglais, dactylo ch. sit. chirurg. médecin, secrétariat, assistante. Mlle Desgrez, 39, Bd. Raspail, Paris-7e. Tél. LIT. 63-53.

Jne HOLLANDAIS, 33 a., énerg., travaill., bien introd. aupr. Corps Médic. et connaiss. bien la prospection, ch. représent. de 1 ou 2 Labo. franç. pour la Hollande. Réf. sér. Ecr. W. J. H. Ghysen, Stadhouderslaan, 29, Soesdijk (Hollande).

Jne FILLE, bon. référ., étud. second., ch. emploi ch. Dr ou Dentiste apr.-midi. Ecr. *P. M.*, n° 867.

Dr MÉD. russe, dipl. Moscou et Prague, 30 ans prat. déporté polit. cherche place aupr. collèg. franç. Adres. Dr Ringenberg, 108, rue du Théâtre, Paris.

CHERCHE REMPLAÇANT de préfér. anc. externe, du 20 Décemb. 1945 au 1 Janv. 1946, avec véhicule si possible. Ecr. *P. M.*, n° 869.

AVIS — Prière de joindre aux réponses un timbre de 2 francs pour transmission des lettres.

Le gérant : F. THOMAS.

Imprimé par l'Ancne Imprimerie de la Cour d'Appel, 1, rue Cassette, à Paris (France).

TRAVAUX ORIGINAUX

A PROPOS DE DEUX OBSERVATIONS DE SYNDROME DE MILKMANN-LOOSER

Mécanisme de réparation osseuse -:- Activité ovarienne et ostéomalacie
Rachitisme et ostéomalacie

PAR MM.

L. LANGERON et **J. BÉRA**

(Lille)

Les observations actuellement publiées de cette manifestation osseuse sont probablement suffisamment nombreuses, pour qu'il puisse paraître inutile d'en apporter de nouvelles. Si nous le faisons cependant, c'est parce que ces 2 cas nous semblent pouvoir servir à l'étude de points encore mal élucidés, à savoir : le mécanisme de la réparation des fissures osseuses de Milkmann Looser, les rapports de l'activité ovarienne avec l'ostéomalacie, les relations entre rachitisme et ostéomalacie.

Les 2 malades en cause sont :

Observation I. — Une paysanne de 19 ans qui pouvait bien se nourrir mais qui, pour des raisons digestives assez vagues, s'est mise depuis longtemps à un régime de famine, supprimant : lait, viande, œufs et beurre. Réglée à 17 ans elle s'est mise depuis cette date à souffrir dans les os, à ne pouvoir marcher ni même rester assise, jusqu'au confinement au lit. L'examen clinique ne montre à peu près rien, à part des os douloureux, un corps thyroïde assez gros et des troubles vaso-moteurs des extrémités ; la T. A. : 12/7 ; l'examen biologique (M. Paget) MB + 19 pour 100, calcémie, 0,080 pour 100, phosphatémie 0,076 pour 100, phosphatasémie 36 unités Bodansky, calciurie 0,071 pour vingt-quatre heures.

La radiographie montre une décalcification osseuse généralisée, bassin déformé en cœur, thorax en carène, scoliose vertébrale, en résumé les signes d'une grande ostéomalacie. En plus, de multiples fissures (14 en tout) dont quelques-unes seulement sont reproduites ici, sur les omoplates, les acromions, le cubitus droit, le fémur et le péroné, fissures partant de la corticale et pénétrant plus ou moins profondément comme si on avait donné un coup de gomme à effacer. Il n'y a pas de trait de fracture complet, pas de décallage. Elle est réglée régulièrement. Mise au repos à la vitamine D, à forte dose (15 mg. en une fois chaque semaine), apport de sels calciques et régime lacté abondant, elle paraît à peu près guérie, cliniquement, au bout de trois mois ; *dès le début du traitement ses règles se sont supprimées* (fig. 1, 2, 3 et 4).

Observation II. — Une citadine de 79 ans, sans antécédents particuliers, soumise par force aux restrictions actuelles ; depuis deux ans, douleurs et marche difficile ; les os sont douloureux, les côtes flexibles, il y a tassement et rapetissement : examen biologique (Prof. Paget), calcémie 0,090 pour 100, calciurie 0,1171 pour vingt-quatre heures, phosphatasémie 13, 18 unités Bodansky. Radiologie : décalcification générale, fissures transversales des branches ischio-pubiennes et la branche ilio-pubienne droite, une zone de diminution d'opacité osseuse avec augmentation de volume de l'os, réalisant ainsi comme un aspect préparatoire à la formation d'une fissure. Elle est mise au repos, avec régime riche en lait, apports calciques et 15 mg., en une fois, par semaine, de vitamine D.



Fig. 1 (Obs. I). — Fémur [2 fissures] avant traitement.



Fig. 3 et 4 (Obs. I). — Avant-bras, fissure et lésion rachitique. Avant (fig. 3) et après (fig. 4) traitement.



Fig. 2 (Obs. I) — Fémur [2 fissures] après traitement.



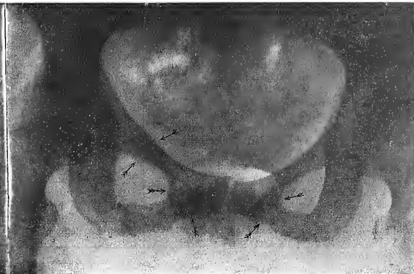


Fig. 5 et 6 (Obs. II). — Bassin, 3 fissures. Avant (fig. 5) et après (fig. 6) traitement.

En trois mois, elle paraît guérie cliniquement (fig. 5 et 6).

Ces 2 observations paraissent donc bien classiques, cliniquement, étiologiquement, radiologiquement et biologiquement. A ce dernier point de vue signalons, dans l'observation 1 surtout, l'hyperphosphatasémie, non encore classique et qui, d'après notre expérience, accompagnerait les formes sévères de la maladie, et, dans l'observation 1, l'élévation du métabolisme basal. On sait que d'après Koryn il existerait une ostéose par hyperthyroïdie. Ce point mériterait d'être étudié systématiquement dans les ostéomalacies.

C'est surtout sur les 3 points suivants que nous désirerions attirer l'attention :

1° *Mécanisme de la réparation osseuse.* — Il semble avoir été rarement étudié. D'après les radiographies comparatives, faites avant et après traitement, le processus de guérison semble marqué par une augmentation diffuse de l'opacité osseuse au niveau des raréfactions osseuses, par un apport calcique au niveau des fissures à la manière d'une coulée de ciment dans cette fissure ; les images sont assez identiques à celles que l'on voit tardivement dans une consolidation de fracture sans déplacement. Par là la fissure de Milckmann apparaît donc comme une variété incomplète de fracture spontanée, par décalcification locale élective, mais on ne voit pas les raisons de cette élection (comparer fig. 1 et 2, 4 et 3, 5 et 6).

2° *Activité ovarienne et ostéomalacie.* — Ces relations sont bien connues et ont servi de base à un traitement, aujourd'hui abandonné, la castration ovarienne. Dans (l'observ. I) ces relations sont évidentes ; l'ostéomalacie s'installe à la puberté, en terrain évidemment préparé, elle se poursuit avec une menstruation régulière, elle guérit avec la suppression de la menstruation. Or, des recherches récentes de Benoit (Alger) permettent de comprendre ces relations, que notre cas illustre particulièrement : la folliculine chez les oiseaux détermine une augmentation de l'absorption et de la rétention calcique digestive avec hypercalcémie et stoquage osseux de façon transitoire et cessant avec l'absence d'administration de folliculine. Mais si on opère *en régime acalcique ou insuffisamment calcique*, il y a reprise de calcium osseux avec mutations et destructions osseuses. Notre malade s'est trouvée dans ces conditions, avec régime calcique insuffisant ; l'activité ovarienne s'installant, déclenche l'ostéomalacie, l'activité ovarienne cessant, la guérison est possible, compte tenu naturellement de l'apport thérapeutique en Ca et en vitamines D ; il n'est pas jusqu'à l'hyperphosphatasémie qui ne témoigne des échanges au niveau de l'os. Ainsi s'explique, l'action de la castration, qu'il est évidemment plus simple de remplacer par l'apport calcique et vitaminique. Un point demeure obscur, celui des relations de la vitamine D avec l'activité ovarienne, toute documentation nous ayant paru faire défaut sur ce sujet, qui mériterait d'être étudié.

3° *Rachitisme et ostéomalacie.* — Il est assez rare de les trouver chez le même sujet, les cartillages d'adultes soudés ne permettant pas de constater des lésions dans l'ostéomalacie habituelle, les enfants rachitiques étant rarement ostéomalaciques généralisés (R. Marquézy, *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 27 Octobre 1944, 360), et ses collaborateurs, viennent de présenter, en rappelant les grandes lignes de la question, une observation de jeune enfant, porteur d'une ostéomalacie généralisée et d'altérations localisées de rachitisme ; ils admettent la différence des altérations mais aussi la possibilité de leur association, comme des cas de passage (Grenet, Ducrocquet, Isaac Georges et Ribadeau-Dumas) et concluent à l'identité des deux processus, plus intense et plus généralisé dans l'ostéomalacie, sans qu'on s'aperçoive pourtant pourquoi le rachitisme infantile n'étend pas plus souvent ses lésions sous la forme ostéomalacique généralisée.

On peut souligner aussi les identités biologiques et thérapeutiques. Dans notre observation I nous trouvons associés les deux processus : ostéoporose généralisée, ostéomalacique, altérations épiphysaires rachitisme, avec, au niveau des cartillages, une zone bleue (fig. 4).

Sous l'influence du traitement les deux ordres de lésions régressent simultanément, en particulier, le lion cartilagineux est moins étendu, il y a recalcification locale mais encore irrégulière avec images polycycliques dans la partie proximale du cartilage (fig. 3).

On pourrait donc admettre, d'après notre cas que rachitisme et ostéomalacie sont l'expression d'une perturbation de la calcification osseuse, localisée à l'épiphyse et au cartilage, dans le premier cas, étendue à tout le squelette, dans le second. Son origine avitaminosique est prédominante, mais non exclusive (carences et déséquilibre alimentaire facteurs endocriniens, etc.). Sa réductibilité par la vitamine D aidée de la recalcification est commune aux deux.

On conçoit que l'adulte ostéomalacique ne puisse étendre ses lésions à des cartilages pratiquement disparus, mais on voit mal pourquoi le rachitique infantile ne présente pas plus souvent d'ostéomalacie étendue. Cependant avec cette restriction et dans le sens général que nous venons d'indiquer, on peut admettre que rachitisme et ostéomalacie ne constituent que les deux aspects, le plus souvent isolés d'ailleurs, d'une même maladie.

ENDARTÉRITE CORONARIENNE CHEZ UN ANENCÉPHALE PROTUBÉRANTIEL

Par **ANDRÉ-THOMAS** [1]
(Paris)

La lecture de l'intéressant article de MM. André Jouve et Robert Oddo paru dans *La Presse Médicale* le 5 Mai 1945 : « L'angor par coronarite juvénile », nous a incité à publier ces quelques notes qui n'ont, au premier abord, qu'un rapport assez éloigné avec le sujet du précédent article, mais pour celui qui veut bien réfléchir, sans parti pris, elles peuvent ne pas être dénuées de tout intérêt.

Ayant eu l'occasion d'examiner un anencéphale né à terme, un encéphale protubérantiel — cette désignation indiquant que tout le névraxe au-dessus de la protubérance faisait défaut — il nous a paru intéressant de pousser l'examen anatomique au delà du système nerveux. Instruit par plusieurs observations dans lesquelles des malformations d'ordres divers ont été signalées, nous avons pratiqué un assez grand nombre de coupes histologiques sur la plupart des organes. Signalons au préalable que la capsule surrénale *a* manquait — l'absence l'une ou des deux capsules surrénales est fréquente chez les anencéphales — ainsi que l'hypophyse ; le thymus était par contre très hypertrophié, sans que sa structure différât de la normale.

Des coupes du cœur ont été prélevées sur quelques segments, sur les ventricules et sur les oreillettes, sur les gros vaisseaux. L'attention a été retenue par un épaississement très limité, situé sur l'un des segments de la branche descendante de la coronaire D ; il est facile de s'en rendre compte en examinant les figures 1, 2, 3, 4 dessinées à la chambre claire. Tout d'abord sur une coupe d'ensemble (fig. 1) colorée par l'orcéine, l'épaississement porte sur un secteur très limité de l'endartère et de la mésartère ; au même niveau, la lame élastique interne a subi des lésions graves dont les détails sont nettement apparents sur les figures 2 et 3 dessinées à un plus fort grossissement. On voit sur ces deux figures qui se font suite, l'une représentant le côté D, l'autre le côté G, que l'endartère subit un épaississement assez considérable entre l'endothélium et la lame élastique interne. Celle-ci se fait remarquer par ses fragmentations, ses variations de calibre, ses dédoublements, ses irrégularités, comme si elle avait éclaté en plusieurs endroits, l'épaississement s'efface assez brusquement de chaque côté, en même temps que la lame élastique reprend son aspect normal représenté par un seul trait festonné de calibre régulier.

La mésartère est elle-même épaissie et, à sa limite externe, elle est bordée par un tissu conjonctif plus abondant qu'au niveau des secteurs intacts, les

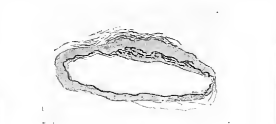


Fig. 1

fibres élastiques y deviennent plus nombreuses. La figure 4 représente un fragment de coupe prélevé au même niveau et coloré par l'hématoxyline éosine. Dans la zone qui s'étend entre l'endothélium vasculaire et la lame élastique interne, c'est-à-dire l'endartère, les noyaux disposés irrégulièrement sur plusieurs plans sont plus nombreux que dans les régions saines, quelques espaces plus clairs, n'ayant pas pris la coloration sont disséminés çà et là, quelques-uns autour des noyaux. On n'y devine pas la présence de cristaux d'acides gras ou d'éléments lipoïdiques. Dans la mésartère, les cellules musculaires sont relativement nombreuses et orientées dans deux plans différents, l'un circulaire où les noyaux sont allongés, l'autre longitudinal où les cellules sont sectionnées perpendiculairement à leur grand axe et les noyaux assez régulièrement arrondis. Ce plan de cellules musculaires lisses dont le diamètre est plus grand au centre qu'aux extrémités, présente un aspect fusiforme ; il ne doit pas être considéré comme le résultat d'une multiplication ou d'une hypertrophie des fibres musculaires lisses. Sur les coupes passant à d'autres niveaux, là où les vaisseaux sont normaux, la même disposition se rencontre. L'existence de lames musculaires qui s'enroulent en spirale ou sous divers plans autour de l'axe des vaisseaux, a été signalée par H. Muller, Kölliker, Ranvier. Sur la même coupe (fig. 4) le tissu conjonctif de la périartère est légèrement épaissi et les noyaux un peu plus nombreux. En dehors de l'adventice la section a rencontré un filet nerveux dont les noyaux paraissent plus volumineux et plus nombreux que dans les nerfs qui courent au voisinage. Aucun amas de lymphocytes ni dans l'adventice ni nulle part ailleurs. Les artères coronaires et leurs divisions ont été examinées avec soin sur les coupes prélevées à d'autres niveaux. Aucune altération du même ordre n'a pu être décelée. Ce n'est que sur une veine assez proche de l'artère anormale que la membrane interne a paru épaissie. Ici et là la paroi de quelques artérioles semble un peu plus épaisse, sans que l'on puisse affirmer qu'il s'agisse d'une altération pathologique.

Sans doute eût-il été préférable de procéder macroscopiquement et histologiquement à un examen minutieux de tout le système artériel. Aucune lésion n'a été découverte sur quelques vaisseaux examinés çà et là, par exemple sur les carotides ni sur la plupart des vaisseaux dont les organes ont été soumis à des recherches histologiques.

L'anomalie en présence de laquelle nous nous trouvons reste un enseignement et un avertissement pour l'avenir. D'ores et déjà cette lésion isolée, sa limitation à un segment et à un secteur artériel — bien qu'on ne puisse garantir qu'une telle disposi-

1. André-Thomas et Fr. Lepage. Réactions affectives chez un anencéphale protubérantiel. *Soc. de Neur.*, 2 Décembre 1943. — André-Thomas, Fr Lepage, Mme Sorrel-Dejerine : Sur deux anencéphales protubérantiels. *Rev. Neur.*, 1944, 76, nos 7-8, 173.

ion n'existe pas à d'autres niveaux du même vaisseau, ni sur le trajet d'autres vaisseaux, il eût fallu pour s'assurer de leur absence avoir pratiqué un examen sur coupes sériées — doivent rappeler qu'il serait imprudent d'affirmer qu'un organe est absolument sain ou normal quand on s'est contenté de pratiquer quelques examens partiels ; l'affirmation serait aussi hasardée que celle qui proclame la non-syphilisation d'un individu dont toutes les apparences et les examens de laboratoire se sont prononcés contre la vérole.

Il n'est pas douteux que l'on se trouve en présence d'une affection prédominante de l'endartère. S'agit-il d'un processus inflammatoire, d'une endartérite ou d'une anomalie de développement ? La première hypothèse est la plus plausible, la deuxième n'exclut pas d'ailleurs une pathogénie semblable.

Cette lésion segmentaire et en secteur en quelque sorte isolé est d'un ordre très particulier et rappelle l'endartérite décrite par Heubner (1874) et considérée par lui comme syphilitique; d'après cet auteur elle débute par la face interne de l'endartère entre la membrane fenêtrée et l'endothélium, elle est constituée par la prolifération de cellules aplaties fusiformes ou arrondies auxquelles il reconnaît une origine endothéliale. La lame élastique interne se trouve ainsi séparée de l'endothélium par cette couche néoformée, tandis qu'à l'état normal elle entre en contact immédiat avec lui. Au même auteur n'a pas échappé la présence de débris de la membrane élastique et des fibres musculaires, mais on éprouve quelque répugnance à se représenter, comme lui, la nouvelle formation comme une infiltration néoplasique reproduisant la structure des artères, un artériome. Ce qui reste exact c'est l'épaississement de la lame élastique, ses ruptures et aussi ses bourgeonnements, ses végétations qui ne sont que la conséquence de l'irritation. Cette lésion peut exister sans trace l'inflammation des parties voisines. Cette altération était considérée par Heubner comme propre à la syphilis; l'adventice serait atteinte à une période plus avancée, il s'y formerait un dépôt de cellules rondes qui proviennent du sang par diapédèse.

La discussion s'est engagée par la suite sur le mode d'invasion de la syphilis artérielle ; à l'opinion de Heubner s'opposait celle de Baumgarten, Friedländer et Lancereaux qui localisent l'inflammation initiale dans la couche externe, l'endartérite ne serait qu'un processus secondaire; la théorie de la mésartérite primitive a été soutenue par Koster. Cependant dans quelques observations de syphilis nerveuse, par exemple une observation de Schmauss, à côté de lésions de périartérite, l'endartérite était prédominante et sur certaines coupes les couches externes étaient respectées.

Ces distinctions ont par la suite perdu beaucoup de leur valeur. Friedländer avait nié à son tour le caractère spécifique de la périartérite syphilitique, un grand nombre d'auteurs estiment que les mêmes lésions peuvent se produire au cours de divers processus infectieux. Le meilleur argument en faveur de la spécificité serait la présence de spirochètes au niveau de la lésion, mais de telles observations sont rares et il n'est pas démontré qu'avec les méthodes actuelles l'absence de ce parasite puisse faire éloigner le diagnostic de la syphilis.

Il n'en existe pas moins des lésions localisées presque exclusivement sur l'endartère, dans le cas présent et dans d'autres cas. Il semble que d'après quelques auteurs l'endartérite d'origine syphilitique (R. Marie) présente une plus grande intensité que dans les autres variétés d'artérite, mais pour le même auteur l'artérite syphilitique n'a rien de spécifique, quelques éléments plaideraient néanmoins en faveur de cette origine, par exemple le fait de se localiser sur un système vasculaire, sur un organe, sur un rameau vasculaire, de se limiter à un foyer solitaire dans un segment vasculaire ; ils auraient plus de valeur que le type histologique de l'endartérite. Letulle considère également l'endartérite comme une lésion banale.

D'autre part l'endartère des coronaires subit des transformations sous l'influence d'un processus général qui mène à l'artériosclérose. Elle est alors le siège d'une prolifération conjonctive sous forme de placards fibreux plus ou moins envahis par de rares traînées inflammatoires, des dépôts lipoïdiques, des cristaux d'acides gras, des suffusions sanguines avec

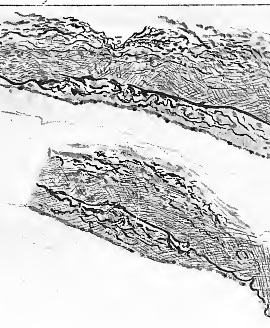


Fig. 2 (en haut) et fig. 3 (en bas).

dépôts pigmentaires. Peut-on admettre que de tels aspects soient réservés à l'artériosclérose et que des processus inflammatoires d'un autre ordre n'aboutissent jamais à des aspects semblables ? La tendance générale s'accentue chez plusieurs cardiologues de refuser à la coronarite tronculaire une origine syphilitique, celle-ci se faisant sentir davantage ou avec une très grande prédominance dans la coronarite

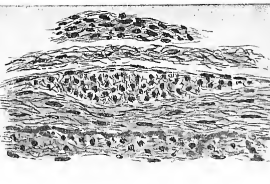


Fig. 4.

ostiale, celle qui n'est pas une coronarite exclusive, mais la conséquence de la propagation d'une aortite à l'embouchure de l'une ou l'autre coronaire.

Dans le cas présent est-il possible de tirer quelque argument des constatations faites chez l'anencéphale lui-même ou chez les parents. L'enfant est né à terme et pesait 3 *kg.* Il existait de l'hydramnios, près de 2 litres de liquide; le placenta pesait 500 *g.* et paraissait normal; les membranes étaient complètes et sans lésion apparente. La réaction de Bordet-Wassermann était normale chez la mère. Dans le foie et le rein il existait une légère infiltration lymphocytaire sans que dans le foie les lymphocytes soient particulièrement agglomérés autour des vaisseaux; ils étaient plutôt disséminés et enclavés dans les trabécules hépatiques. La paroi de quelques vaisseaux était légèrement fibreuse et entourée de noyaux de natures diverses.

Dans le rein, la présence des lymphocytes est surtout évidente ici et là à la périphérie des glomérules, en outre, on découvre dans cet organe quelques vaisseaux à paroi épaisse, par endroits des vaisseaux capillaires très dilatés, quelques foyers hémorragiques. Bien que la lymphocytose hépatique ait été interprétée par quelques auteurs comme un indice de syphilis, on peut aussi la considérer comme le reliquat des enclaves vaso-formatives de la période fœtale. Une infiltration lymphocytaire comparable a été constatée il est vrai dans un segment ovarien. Les résultats de ces divers examens n'autorisent pas à conclure que la syphilis soit en cause, mais il subsiste toujours un doute; qui pourrait affirmer qu'elle ne le soit pas ? La nature syphilitique de l'anencéphalie a été soutenue par plusieurs auteurs, mais la démonstration n'a pas été faite pour tous les cas. L'existence de la syphilis serait-elle démontrée chez les ascendants qu'il faudrait encore prouver que l'absence de cerveau est intimement liée à la contamination syphilitique.

Le rôle de la coronarite dans la pathogénie de l'angine de poitrine a passé par des tribulations diverses ; mais il y a bien peu d'auteurs qui seraient disposés à la mettre hors de cause. Il n'existe pas toujours il est vrai un rapport entre l'intensité ou le nombre ou l'étendue des lésions coronariennes et l'angine de poitrine, si bien que quelques auteurs ont été amenés, en l'absence de lésions coronariennes, à faire intervenir un spasme réflexe prenant son point de départ dans le cœur lui-même ou dans d'autres organes, à défaut de spasmes, des troubles vaso-moteurs et des désordres neuro-végétatifs dont la nature et le mécanisme ne sont que trop sommairement indiqués. La présente observation ne permet pas naturellement de discuter une semblable question mais elle autorise encore une fois à faire quelque réserve sur l'absence de lésions coronariennes. Celles-ci seraient relativement fréquentes à un âge peu avancé. Si Gallavardin a pu écrire qu'après 25 ans on ne trouve pas d'artères saines le rôle de l'hérédité dans l'étiologie de l'angine de poitrine a été admis par le plus grand nombre des auteurs et, d'autre part, des observations de malades ont été signalées chez qui les indices de l'artériosclérose sont apparus dans la première décade de la vie. L'observation de cet anencéphale ne démontre-t-elle pas qu'une lésion ou une anomalie coronarienne peut remonter à la naissance et s'installer même au cours de la vie fœtale ? Ces malformations ou ces lésions congénitales sont rares sans doute cependant la sclérose congénitale de la media coronarienne aurait été constatée par R. W. Kissane et R. S. Filder. Des athéromes coronariens précoces ont été observés exceptionnellement chez l'enfant par Allen Braines et Guido Berghinz [2]. Il serait important d'examiner avec plus de soin l'appareil vasculaire des enfants ayant succombé dès le jeune âge ou même à la naissance, de rechercher dans ces cas particulièrement et sans doute exceptionnellement favorables si l'hérédité n'est pas seulement virtuelle à la naissance mais déjà amorcée par quelques lésions discrètes qui ne s'imposent pas à un examen superficiel.

La fait que la lésion coronarienne a été découverte dans le cas présent chez un anencéphale, met bien en évidence qu'elle s'est développée sur un terrain spécial et invite, en présence de sujets semblables, à pousser aussi loin que possible l'investigation des autres organes, d'autant plus que dans plus d'un cas des malformations, des anomalies multiples ont été relevées. De cette digression un peu longue le fait est seul à retenir ; quelques-uns des problèmes qu'il fait poser ont été abordés d'autres le seront par des spécialistes plus compétents.

2. Ch. Laubry et P. Soulié : *Les Maladies des Coronaires* (Masson et Cie, édit.) 1943.

LES LÉSIONS SYMPATHIQUES AU COURS DES ARTÉRITES

Par P. NICAUD
(Paris)

Les interventions sur le sympathique, au cours des artérites, qu'il s'agisse d'infiltrations ou de résections ganglionnaires, peuvent donner des résultats très intéressants; mais, on constate quelquefois des modifications très discrètes et très momentanées; dans d'autres cas, enfin, les résultats sont nuls. Nous avons pensé que ces différences dans les résultats pouvaient tenir à des variations dans la qualité même des éléments auxquels s'adressait le traitement.

Nous avons donc étudié des centres ganglionnaires de la chaîne sympathique, après leur résection, au cours des artérites. On pouvait, en effet, se demander si les échecs thérapeutiques n'étaient pas dus aux lésions du sympathique lui-même, celui-ci étant dans l'incapacité d'assurer les fonctions qu'on lui attribue, rendant ainsi inefficace la suppression même de ces centres. Notre étude a donc porté sur les ganglions sympathiques réséqués, au cours d'artérites nettement caractérisées. Notre choix s'est arrêté sur un sujet présentant des phénomènes de claudication intermittente, d'abord uni- puis bilatérale; les phénomènes douloureux étaient extrêmement remarquables par leur intensité et leur ténacité et également par leur allure paroxystique, surtout marquée dans le décubitus; toutes les pulsations artérielles étaient abolies et il existait une atrophie musculaire très importante. L'étude oscillométrique permettait de constater une absence totale d'oscillations dans le membre inférieur droit et une diminution considérable d'oscillations du membre inférieur gauche. A ces phénomènes vasculaires étaient associés des signes de névrite caractérisée par l'abolition de tous les réflexes tendineux droits et une diminution des réflexes tendineux gauches. Une cyanose intense accompagnait tous ces symptômes, la limite supérieure répondant à la partie moyenne de la jambe. Le malade se présentait avec une artérite oblitérante bilatérale progressive, tout à fait typique, et un traitement s'adressant aux voies sympathiques a été aussitôt entrepris. Une série d'infiltrations a d'abord été pratiquée, qui n'a amené que des modifications très passagères et une atténuation légère des phénomènes douloureux. Devant l'échec de ces infiltrations, nous avons proposé au malade un traitement chirurgical et l'intervention a été pratiquée par le Prof. Leriche.

Une sympathectomie lombaire droite a été associée à une artériectomie. La découverte de l'artère iliaque primitive au niveau de sa bifurcation a permis de constater que les trois vaisseaux : iliaque primitif droit, iliaque interne et iliaque externe étaient complètement oblitérés et transformés en cordons fibreux. La résection a porté sur la terminaison de l'iliaque primitive et sur l'origine des deux artères iliaques interne et externe; en même temps, les sympathiques lombaires étaient réséqués, avec deux ganglions (L IV et L V). Les pièces prélevées ont été immédiatement fixées, de façon à permettre une étude des lésions dans des conditions presque idéales et nous avons étudié à la fois les lésions vasculaires et les lésions sympathiques.

Les lésions vasculaires sont des lésions athéromateuses typiques. L'endartère est lésée d'une façon élective. La sclérose et l'athérome l'infiltrent complètement; l'intima présente déjà une organisation conjonctive avancée et est infiltrée par des cellules macrophagiques, bourrées de corps gras et des éthers de la cholestérine. La média, dans sa partie immédiatement adjacente à l'intima, présente déjà une imprégnation par les graisses, accompagnée d'une désintégration déjà importante des cellules, de sorte que cette partie de la média présente des lésions analogues à celles de l'intima, avec des foyers constitués par des débris d'apparence graisseuse, contenant des cristaux d'acide gras et de cholestérine. Ainsi, pour l'intima, aussi bien que pour la partie superficielle de la média, existe un processus d'endartérite infiltrée secondairement par des macrophages lipoïdiques dont la confluence forme, plus tard, des amas graisseux. Ainsi, la prolifération conjonctive et l'infiltration lipolipoïdique paraissent associées intimement, sans qu'on puisse préciser lequel des deux processus a été le premier en date; par contre, l'adventice est intacte; les mêmes lésions ont pu être retrouvées au niveau de l'iliaque primitive, de l'iliaque interne et de l'iliaque externe; cependant, la thrombose était plus complète au niveau de l'iliaque interne où les foyers athéromateux paraissaient plus vastes et plus étendus et où la pénétration des lésions dans la tunique moyenne paraissait plus avancée de même que l'atteinte des lames élastiques et l'imprégnation graisseuse. Cette pénétration des lésions dans la partie superficielle de la couche moyenne nous a paru très intéressante par les conséquences que cette infiltration peut avoir au point de vue fonctionnel, l'atteinte des lames élastiques donne naturellement à penser que l'élasticité pariétale du vaisseau peut être ainsi presque supprimée; l'étude des lésions vasculaires affirmait donc l'existence de lésions scléro-athéromateuses des plus typiques.

L'étude des ganglions sympathiques a complété notre enquête; nous rappelons que ces ganglions ont été fixés immédiatement après leur prélèvement nous avons donc pu les étudier comme des pièces fraîches. Dès le premier examen, on constate un épaississement de la gaine conjonctive ganglionnaire et des tractus qui cloisonnent le ganglion. Il y a donc une sclérose discrète capsulaire, un certain nombre de grains pigmentés parsèment ces traînées scléreuses. Il est possible de trouver sur la coupe du ganglion quelques petits vaisseaux qui paraissent présenter des lésions de sclérose artériolaire, de type hyalin. Les cellules normales du ganglion sont des cellules multipolaires, à capsule très fine et possédant un noyau simple ou double, avec un nucléole. Ramon et Cajal, van Gehuchten et Retzius, Dogiel ont montré, après imprégnation par les méthodes de Golgi, que les cellules ganglionnaires sympathiques avaient la même morphologie que les cellules cérébro-spinales. Nous avons retrouvé sur nos coupes ces cellules ganglionnaires, avec leurs grands caractères essentiels: leurs prolongements protoplasmiques sont tantôt courts, trapus et ramifiés, tantôt longs; quant au prolongement cylindraxile, il peut se montrer sous l'aspect d'une fibre de Remak, sans myéline, mais peut ensuite se myéliniser. Il est quelquefois difficile de distinguer les cylindraxes des prolongements protoplasmiques; quand ceux-ci sont très longs, et on les voit participer, comme les cylindraxes, à la formation des nerfs sympathiques. Les modifications des fibres elles-mêmes, protoplasmiques ou cylindraxiles, sont très délicates et nous avons centré notre étude sur les corps cellulaires eux-mêmes: or, ceux-ci présentent des modifications très notables. Certes, on peut reconnaître, pour les cellules qui sont relativement intactes, l'aspect classique des cellules multipolaires, mais le noyau peut être modifié: il est souvent pycnotique ou présente une hypercoloration très notable; de plus, sa forme est

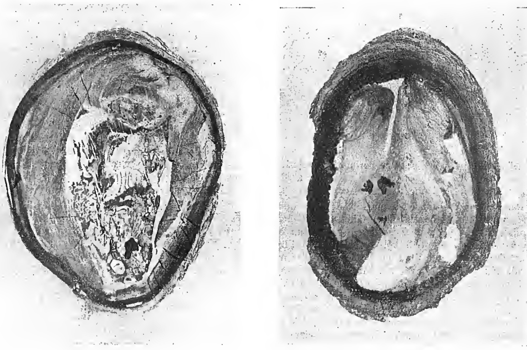


Fig. 1.

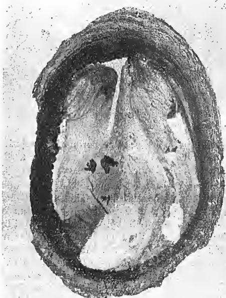


Fig. 2.



Fig. 3.

Fig. 1. — Lésions d'endartérite scléro-athéromateuse, montrant les lésions prédominantes sur l'intima envahie par une organisation conjonctive infiltrée de cellules bourrées d'inclusions lipo-lipoïdiques: la couche superficielle de la média participe aux lésions d'endartérite proprement dites.

Fig. 2 — Lésions d'endartérite oblitérante présentant une organisation plus avancée avec thrombose presque complète de la lumière artérielle.

Fig. 3. — Segment de paroi artérielle montrant les altérations de la couche toute superficielle de la média avec aspect dégénératif de cette couche toute superficielle et refoulement dans ce segment des lames élastiques par la masse athéromateuse infiltrée de graisses et de cholestérine.

souvent très irrégulière. Le protoplasme est lui-même très rétracté et présente, comme le noyau, des affinités colorantes plus marquées que le protoplasme normal. Indépendamment des modifications cellulaires, aussi bien nucléaires que protoplasmiques, on constate dans l'intervalle des cellules l'apparence d'une sorte de glie, d'aspect fibrilaire; les limites du protoplasme des cellules multipolaires sont quelquefois difficiles à préciser au contact de cette glie fibrillaire. Ainsi, l'examen de ces ganglions sympathiques prélevés au cours d'une artérite typique nous a révélé des modifications portant sur la capsule du ganglion, sur les tractus qui en naissent et qui cloisonnent le tissu ganglionnaire : il s'agit là d'éléments d'origine conjonctive qui présentent des lésions de sclérose banale, mais il existe des lésions plus intéressantes qui sont des lésions parenchymateuses, celles-ci sont caractérisées avant tout par des modifications d'aspect des cellules multipolaires, portant sur les protoplasmes et leur noyau, dont la forme générale et les affinités colorantes diffèrent de celles des cellules normales ; enfin, dans les intervalles intercellulaires, on distingue des éléments d'aspect gliomateux, parsemés de petits noyaux, ressemblant à des noyaux schwanniens. Nous avons déjà signalé l'aspect hyalin de certaines artérioles en pleine coupe ganglionnaire, sans cependant saisir une liaison caractérisée entre les plages d'aspect gliomateux et les vaisseaux lésés. La texture du ganglion sympathique peut donc être très modifiée au point de vue de son enveloppe et de ses éléments cellulaires et ces lésions coexistent avec des lésions vasculaires de scléro-athérome que nous avons décrites plus haut.

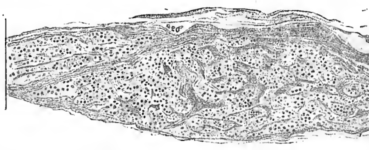


Fig. 4. — Coupe d'ensemble d'un ganglion sympathique, montrant la sclérose capsulaire péri-ganglionnaire de laquelle partent les nombreux tractus qui cloisonnent le ganglion en tous sens : ces éléments sont constitués de fibres conjonctives, de cellules fibroblastiques et se comportent comme une sclérose jeune évolutive.

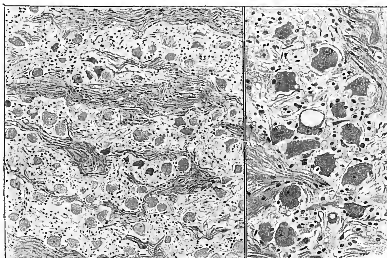


Fig. 5. Fig. 6.

Fig. 5. — 1° Coupe du ganglion à un plus fort grossissement, montrant les mêmes éléments fibroïdes émanés de la couche capsulaire et cloisonnant le ganglion ; 2° les cellules multipolaires à noyaux irréguliers hypercolorés et souvent pycnotiques, au protoplasme rétracté et hypercoloré, enfin, on aperçoit entre les cellules le tissu d'aspect glial fibrillaire.

Fig. 6. — La même coupe à un plus fort grossissement, montrant encore avec plus de netteté les terminaisons des cloisons conjonctives intra-ganglionnaires, le polymorphisme des noyaux des cellules multipolaires, l'aspect irrégulier du protoplasme hypercoloré et enfin l'aspect gliomateux et fibrillaire des espaces intercellulaires.

Nous devons ajouter que notre malade présentait un cas d'athérome assez pur en ce sens qu'il n'existait ni lésion rénale, ni lésion cardiaque : la tension artérielle était normale, il faut noter que, malgré l'existence de foyers athéromateux vasculaires des plus typiques, le dosage du cholestérol était resté normal. Si nous avons insisté sur l'existence des lésions sympathiques que nous avons décrites c'est qu'on peut se demander si elles n'expliquent pas l'échec des interventions provoquées sur le sympathique ainsi lésé et si les actions, même directes, comme celle d'une infiltration, peuvent être suivies de modifications importantes quand les ganglions, comme ceux que nous avons décrits, sont apparemment réduits à un débit fonctionnel mi nime. Enfin, la gangliectomie elle-même qui est l'opération vaso-dilatatrice pa excellence, peut-elle être efficace si le ganglions enlevés eux-mêmes n'ont plu que des fonctions douteuses ? Ains pourraient être sans doute expliquées par l'étude du sympathique lui-même les grandes différences observées dan les résultats des interventions sur l sympathique dans les artérites. Quan on intervient sur une chaîne sympa thique normale, on peut sans dout espérer des actions artérielles satisfai santes et dans les cas où les lésion sympathiques sont aussi avancées qu celle que nous avons décrite, les ré sultats obtenus sont très diminués o nuls, les fonctions sympathiques étan déjà ralenties ou supprimées par l sclérose ganglionnaire et les lésion parenchymateuses qui l'accompagnent

Il faut ajouter que les lésions arté rielles, elles-mêmes, ne sont pas indif férentes. Nous avons insisté ci-dessu sur ces lésions elles-mêmes, il es remarquable de noter que les lésion d'endartérite, dans les cas graves débordent l'intima et pénètrent dan la partie superficielle de la média c'est ainsi qu'on peut voir l'existenc des lames élastiques de cette tuniqu compromise par l'infiltration à la foi conjonctive et lipoïdique ou choles térinée qui peut ainsi rendre très pré caires toutes les fonctions élastique de cette tunique. Toute la tonicit vasculaire peut donc être troublée Dans le cas particulier que nous avon étudié ces lésions étaient particulière ment localisées au niveau de la termi naison de l'artère iliaque primitive e au niveau de sa bifurcation, c'est-à dire à un carrefour où les condition de résistance pariétale et d'élasticit sont mises spécialement à l'épreuve Ainsi cette étude des lésions, à la fois sympathique et vasculaires, peut donner la clef des insuccè constatés après les interventions sur le sympathiqu au cours des artérites. L'étude de ces lésions nou montre, en effet, des altérations importantes attei gnant à la fois les relais vaso-moteurs et les appa reils vasculaires qu'ils doivent commander.

LA CURE CHIRURGICALE DU VARICOCÈLE

Par **Jean GOSSET**

(Paris)

Les cas de varicocèle justiciables d'une intervention sanglante sont peu nombreux. Nous n'avons nullement l'intention de prôner ici l'extension des indications d'un traitement chirurgical qui doit rester exceptionnel. Le petit nombre des opérations que nous avons accepté de pratiquer prouve assez combien nous sommes peu interventionniste dans ces cas. Tous les auteurs sont d'accord pour souligner que le varicocèle essentiel n'entraîne que des troubles légers ; le port d'un suspensoir suffit le plus souvent à les faire disparaître. N'est-il pas superflu d'ajouter que beaucoup de sujets qui consultent pour une telle lésion présentent des déséquilibres neuro-végétatifs ou de petits troubles psychiques qu'un interrogatoire attentif décèle facilement et qui doivent être considérés comme une contre-indication opératoire absolue.

Toutefois la cure chirurgicale du varicocèle reste autorisée dans certains cas. Il est des commissions médicales qui refusent des candidats aux grandes écoles, à des emplois administratifs ou industriels sur la simple constatation d'un varicocèle. Ont-elles raison ? Nous ne le discuterons pas, mais si le sujet est jeune, sain, vigoureux, pourquoi lui refuser une cure chirurgicale si celle-ci peut être simple, inoffensive, efficace ?

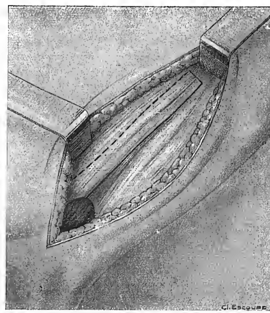


Fig. 1

C'est ici que le choix de la technique prend toute son importance. Les deux procédés couram ment adoptés en France nous semblent imparfaits La résection scrotale n'est qu'un palliatif et l « suspensoir en peau » qu'elle cherche à créer cèd souvent. La résection des veines du cordon ne v pas sans risques. Outre la possibilité d'hématome qu'une hémostase minutieuse n'évite pas toujours elle expose à une séquelle ennuyeuse : l'hydrocèl vaginale, à une complication grave : l'atrophie d testicule. Les statistiques russes, les seules qui soien importantes, sont probantes : la ligature veineus pure, bien exécutée, sans lésion de l'artère sperma tique entraîne parfois, à plus ou moins longu échéance, l'atrophie de la glande.

C'est pourquoi dès le début de notre pratiqu chirurgicale, nous avons adopté un autre procéd qui combine les techniques de Londres [1] et d Zoege von Manteuffel [2]. L'incision cutanée ingui nale gauche est identique à celle de la cure de l hernie. L'aponévrose du grand oblique est divisé selon l'axe du canal inguinal sur 8 *cm*. envi ron de bas en haut et de dedans en dehors à partir de l'orifice inguinal externe. Une deuxième

1. J. LONDRES : *Annals of Surgery*, Janvier 1934, 99, 185.
2. Z. von MANTEUFFEL : *Zentralblatt fur chir.*, 1922, n° 38

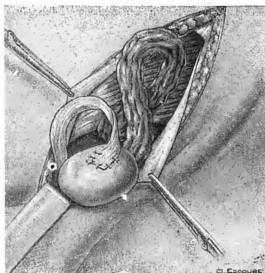


Fig 2

ncision de longueur égale est tracée à 1 *cm.* 5 au-dessus. Les deux sont réunies à leur extrémité externe. On dispose alors d'une bandelette aponévrotique qui correspond au pilier interne du canal inguinal et s'insère solidement sur l'épine du pubis. On la saisit par son extrémité externe et il suffit de la soulever pour la détacher du plan du tendon conjoint. Le testicule est alors luxé dans l'angle inférieur de la plaie et l'extrémité de la bandelette est suturée par 4 ou 5 fils de soie ou de lin à la partie supéro-interne de la glande. Les points doivent prendre la vaginale et pénétrer dans l'albuginée. Pour bien régler la longueur exacte qu'il faut donner à la bande qui va suspendre le testicule comme un crémaster interne fibreux, il est préférable de ne placer d'abord qu'un point, puis de réintégrer le testicule dans la bourse. On voit si la glande se fixe en bonne place, ni trop haut, ni trop bas. On la ressort, on termine la suture et on laisse descendre le testicule. Il reste à fixer le cordon qui a maintenant une longueur excessive. On libère la face profonde du tendon conjoint et on crée une boutonnière musculaire en dissociant sur 3 *cm.* les fibres du petit oblique et du transverse, à deux travers de doigt au-dessus du bord inférieur du muscle. Le cordon est mobilisé, puis attiré de bas en haut à travers la boutonnière. En suturant sous le cordon le milieu de la fente musculaire par deux fils non résorbables, on fixe définitivement la boucle funiculaire entre petit et grand oblique. On termine en fermant l'aponévrose du grand oblique et la peau.

Le résultat de l'opération est clair. Le testicule est solidement suspendu par une bandelette aponévrotique, le cordon est raccourci et son double passage à travers le petit oblique et le transverse fournit aux veines spermatiques une sorte de sphincter musculaire. Surtout l'intervention ne s'accompagne d'aucune section vasculaire : aucun hématome, aucune séquelle ne sont à craindre. Les résultats constamment parfaits obtenus dans 10 cas personnels opérés entre 1936 et 1945 nous ont incité à rappeler ce procédé qui semble réunir les conditions de simplicité, d'efficacité et de sécurité indispensables dans la cure du varicocèle.

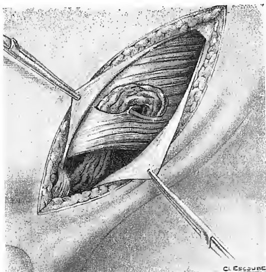


Fig. 3

(Travail de la Clinique Chirurgicale de l'Hôtel-Dieu. [Prof. P. Brocq.]

QUELQUES IMAGES D'ARTHROGRAPHIES DU GENOU

par MM.

Lucien LEGER, Claude OLIVIER et R. LINART

(Paris)

Pousser plus avant la précision diagnostique devant une articulation pathologique, douloureuse, traumatisée ou enflammée, préciser par là même, les indications thérapeutiques, améliorer ainsi les résultats opératoires, telles sont les prétentions de la méthode que nous présentons ici, pour la mieux faire connaître et apprécier.

A l'étape clinique a succédé au début du siècle l'étape radiologique; l'arthrographie nous paraît constituer un nouveau pas dont on ne saurait négliger l'importance. La radiographie ne renseigne en effet que sur les contours des extrémités osseuses : sans doute, certains artifices (film courbe en particulier) ont permis des précisions, certaines manipulations (clichés pris en positions forcées d'abduction ou d'adduction) ont-elles fourni quelques indications indirectes sur l'élongation ou la rupture des moyens d'union de l'articulation; encore ne sont-ce là que les procédés d'à peu près.

Renseigner sur l'état des parties molles péri- et intra-articulaires (capsule, ligaments, synoviale, ménisques) telles sont les prétentions de l'arthrographie, et ces promesses, sans doute les tiendra-t-elle pour la plupart.

Plus connue, plus répandue à l'étranger qu'en France, cette méthode y a fait l'objet de travaux de la part de Wendorff et Robinson, qui semblent avoir été les premiers en 1905 à préconiser la pneumo-séreuse, Hoffa (1906), Kaisin (1907). Bohn et Tennenbaum (1932), les premiers, firent usage d'urosélectan, bientôt suivis par Buckart et Stocker, Giraudi et Marziani. Citons ensuite Rechtman (1929) Schum (1933), Stocker (1935), Star (1936), Teschendorf (1936).

L'association des deux moyens de contraste : distension gazeuse et opacification des contours par une solution iodée, fut préconisée par Bircher, puis Oberholzer (1933), Laarmann (1937), Palmer (1938).

Faisons encore une place aux publications de Marottoli et Azcuenaga (1937), Stark (1941), Quaintance, Mohlmann et Madlener (1942), Hauch (1944).

En France, les publications sont plus rares : Edouard Quénu en 1913, s'appuyant sur les publications étrangères, insiste sur l'intérêt des arthro-séreuses. Il est suivi dans cette voie par Weil et Loiseleur (1917), Prat (1920), Terracol et Colaneri (1930-1931), Galland (1935), Chauvin et Bourde (1935) Gunsette (1936).

La thèse de Moussion (Paris, 1943) inspirée par Mirallié, fait état des publications précédentes.

La *technique* de l'arthro-séreuse est aisée : ponction de l'article, avec une aiguille moyenne, introduite à un travers de doigt en arrière du bord latéral externe ou interne de la rotule ; certains préfèrent ponctionner le cul-de-sac supérieur de la synoviale.

Injection d'air prélevé aseptiquement au-dessus de

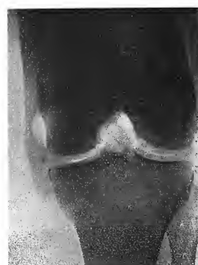


Fig. 1



Fig. 2.



Fig. 3



Fig. 4.



Fig. 5.

a flamme d'une lampe à alcool (l'emploi d'oxygène ou d'azote nous paraît une complication inutile), usqu'à obtenir une distension nettement visible des culs-de-sac de l'articulation, qui devient à ce monent un peu sensible. Pour ce faire, il est nécessaire le pousser de 40 à 80 cm^3 d'air. Le plus simple est l'avoir recours à une seringue de 100 cm^3, faute de quoi l'air fuit par l'ajutage de l'aiguille, pendant es remplissages intermédiaires. Certains auteurs préconisent l'emploi d'une soufflerie de thermocautère, prenant soin de brancher sur le circuit un iltre de coton stérilisé.

L'évacuation préalable d'un épanchement liquilien intra-articulaire est parfois nécessaire. Des radiographies sont prises, de face, de profil, et genou fléchi, sur film courbe. Il y a souvent intérêt à mettre le malade en décubitus ventral pour les clichés de face. Le pied à angle droit sur la jambe impose à celle-ci une flexion légère sur la cuisse, favorable à la mise en évidence de la fente articulaire, car en extension complète, le bord antérieur du plateau tibial remonte plus haut que le rebord postérieur.

L'utilisation de rayons mous est indispensable. Point n'est besoin jusqu'ici de recourir à la moindre anesthésie. Par contre, l'injection de produits de contraste (personnellement, nous avons recours à l'urosélectan ou au ténébryl, faciles à se procurer) nécessite une anesthésie aisément obtenue par l'injection intra-articulaire de novocaïne, ou par une narcose générale de quelques minutes à l'évipan par exemple. Quelques centimètres cubes du composé iodé sont injectés après remplissage à l'air et prise des radiographies; plusieurs mouvements de flexion-extension, de large amplitude sont imprimés au genou, pour aider à la répartition du produit de contraste en couche mince sur tous les replis de la surface interne de l'articulation, puis de nouveaux clichés sont pris.



Fig. 7.

En 1936, Bircher et Oberholzer pouvaient faire état de 1.200 arthrographies sans incident. Depuis plus de quatre ans que nous appliquons cette méthode, nous n'avons jamais eu d'ennui; la suppuration de l'article ne s'expliquerait que par une faute d'asepsie impardonnable; le risque d'embolie gazeuse, parfois évoqué, nous paraît plus théorique que réel.

L'articulation, ouverte chirurgicalement, le lendemain de l'injection, contient encore de l'air qui siffle lors de l'incision de la synoviale. Point n'est besoin, en effet, d'évacuer l'air injecté; il se résorbe assez rapidement et Laarmann signale même le pouvoir sédatif de cette pneumo-séreuse. Quelques jours après l'introduction du ténébryl, la radiographie n'en décèle plus de trace.

L'arthrogramme de face (fig. 1) met en évidence dans l'espace clair intra-articulaire les ombres méniscales, soit sous forme d'une languette opaque (c'est ici le cas pour le ménisque interne), soit sous forme de deux languettes superposées, convergeant à la périphérie, lorsque ne se superposent pas en projection les deux cornes antérieure et postérieure du cartilage semi-lunaire (c'est le cas dans l'exemple reproduit pour le ménisque externe). On remarquera la large adhérence du ménisque interne à la capsule, et celle plus gracile de l'externe. Dans l'échancrure intercondylienne se projettent les ligaments croisés, surtout visibles quand le genou est très fléchi (film courbe, fig. 2).

De profil, la pneumo-séreuse met en évidence (fig. 3) les culs-de-sac de la synoviale, ses prolongements éventuels (sur le cliché, la bourse séreuse des jumeaux, communicante) et dessine le contour postérieur du ligament adipeux. L'injection au ténébryl (fig. 4) accuse les contours de la synoviale.

Pour les *genoux traumatiques*, les enseignements tirés de l'arthrographie ne sont pas les moins nombreux, mais ayant eu déjà l'occasion de les étudier



Fig. 8 (en haut). Fig. 9 (au milieu). Fig. 10 (en bas).



Fig. 6.

dans notre récente monographie sur les entorses (*Masson*, édit., 1945) nous ne voulons pas nous appesantir à leur propos.

Dans les *entorses récentes* du genou, la fusée dans les parties molles de l'air injecté dans la synoviale, contemporaine d'ailleurs de l'apparition d'un emphysème sous-cutané, démontre, à l'évidence, la rupture capsulo-synoviale (fig. 5); il est permis parfois de situer cette dernière au-dessus ou au-dessous du ménisque, suivant que l'ombre de celui-ci reste solidaire du tibia ou du fémur, dans les mouvements forcés d'abduction ou d'adduction.

Dans le même ordre d'idées, il est à souligner que l'existence d'une brèche synovio-capsulaire rend impossible la distension de l'article propice à l'obtention d'une image contrastée.

La mise en évidence des ligaments croisés et de leur atteinte est plus délicate; aussi, croyons-nous utile de rappeler l'artifice signalé par Laarmann qui remarque qu'après introduction intra-articulaire d'une solution de contraste, celle-ci se résorbe avec une vitesse inégale suivant les régions de l'article considérées, très vite au niveau des ménisques imprégnant au contraire plus longtemps les croisés d'où le conseil de pratiquer de nouveaux clichés plusieurs heures après l'opacification qui se trouve alors limitée à l'échancrure inter-condylienne et à ces ligaments. Dans le même but, Palmer recommande les clichés de profil, le genou fléchi à 90° et fortement comprimé par une bande élastique: ainsi le produit de contraste se trouve refoulé dans l'espace inter-condylien, et les ligaments croisés se présentent comme deux rubans clairs intriqués.

L'arthrographie d'un cas de *raideur du genou* consécutive à une fracture de cuisse traitée par extension continue par broche, et exécutée avant que ne fût pratiquée une opération suivant la technique simultanément décrite par Tavernier et Boppe, nous renseigna sur l'anatomie pathologiqu



Fig. 11.

de la lésion montrant à l'évidence (fig. 6) comme Boppe l'a d'ailleurs contrôlé, le comblement du cul-de-sac sous-quadricipital, contrastant avec la liberté de l'espace inter-articulaire. Les clichés nous montraient encore la diminution de hauteur et de profondeur des culs-de-sac synoviaux, répondant aux coques condyliennes, et sur la vue de face une symphyse à peu près complète des parties latérales de la synoviale aux épiphyses fémorale et tibiale, toutes lésions confirmées par l'intervention libératrice.

D'un cas de *corps étranger articulaire*, nous reproduisons l'arthrographie (fig. 7), non que celle-ci ait apporté au diagnostic une contribution importante, mais bien parce que ce procédé doit permettre des précisions pathogéniques intéressantes, s'il peut offrir par exemple l'image de la niche d'ostéo-chondrite, d'où s'est détachée la pastille osseuse, ou le défaut d'homogénéité ou de régularité des cartilages articulaires (Oberholzer).

De ces articulations pathologiques, rapprochons le cas des *arthropathies tabétiques*, où l'arthrogramme nous a donné des images saisissantes de l'importance des dégâts articulaires.

Plus délicate, l'exploration des *ménisques* par l'arthrographie, nécessite parfois, pour être démonstrative, un certain nombre d'artifices : la prise de clichés en oblique antérieure et postérieure permet une exploration plus aisée des cornes; la rotation interne ou externe qui tend différemment les insertions des cartilages et déplace leur segment mobile peut être associée; la mise en tension du plan capsulaire homologue favorise, pour chaque fibro-cartilage, la pénétration du gaz au-dessus et au-dessous de celui-ci.

De nombreuses poses peuvent être ainsi nécessaires, mais on peut les grouper sur un même film puisque seul intéresse l'image de la fente articulaire.

La luxation en anse de seau du ménisque donne sans doute un des aspects les plus caractéristiques par la substitution à l'ombre normale inter-fémoro-tibiale d'une clarté qu'encoche parfois une opacité irrégulière, en gradin, au cas de déchirure longitudinale du ménisque et de luxation limitée du fragment interne.

La désinsertion capsulaire se traduit par un « coup d'ongle » caractéristique (Terracol et Colaneri) visible à l'extrémité interne de l'interligne (fig. 8).

La déchirure du ménisque se traduit radiologiquement par un défaut de continuité de l'ombre intra-articulaire normale : l'atteinte du ménisque interne était radiologiquement évidente dans un cas cliniquement douteux (fig. 9).

A vrai dire, les images n'ont pas toujours la même netteté et nous cherchons actuellement à préciser les limites des aspects normaux et pathologiques des ménisques.

Les cas de méniscite traumatique donnent bien parfois à un épaississement radiologique du côté malade par rapport au côté sain, témoignant de son hypertrophie.

L'arthrographie permet donc d'apporter des précisions dans certains cas de blocages articulaires d'étiologie discutable : c'est ainsi qu'en présence d'un *genou à ressaut*, Masmonteil mit en évidence l'hypertrophie du ménisque, l'épaississement de son bord externe, et l'écartement de l'insertion capsulaire de ses attaches juxta-cartilagineuses, et qu'il put contrôler opératoirement ses constatations.

Et ces renseignements purent être assez nets pour forcer la main au chirurgien, hésitant devant l'intégrité apparente d'un ménisque externe, sans doute mal visible au travers d'une arthrotomie linéaire : il poursuivit cependant l'intervention, et bien lui en prit, car il existait une rupture au point exact où l'avait montré l'arthrographie (Bechtman).

Dans deux cas de *kystes des ménisques*, la pneumo-séreuse nous permit de mettre en évidence la néoformation, d'affirmer sa continuité avec la périphérie du cartilage semi-lunaire externe et même (fig. 10) de déceler radiologiquement sa nature micropolykystique.

A l'inverse, la pneumo-séreuse nous permit d'affirmer l'indépendance articulaire d'une tumeu[r] d'allure kystique du volume d'une noix et siégeant en regard du versant externe de l'interligne d[u] genou, qui faisait poser cliniquement le diagnosti[c] de récidive de kyste méniscal. Il s'agissait en réa[-]lité d'un épithélioma sudoripare juxta-articulaire.

Sur la communication fréquente des kystes popli[-]tés avec la synoviale du genou, l'arthrographi[e] donne des renseignements lumineux, parfois utile au diagnostic : nous avons eu l'occasion d'e[n] observer plusieurs exemples (fig. 11).

L'hypertrophie apparente sur une arthrographi[e] du paquet adipeux du genou ne doit pas fair[e] conclure trop vite au diagnostic de *maladie d[e] Hoffa*.

Laarmann fait remarquer, en effet, que l'impor[-]tance de la pénétration intra-articulaire du liga[-]ment adipeux dépend beaucoup du degré de rem[-]plissage de l'article, et de l'état de la tension capsu[-]laire et musculaire lors de la prise du cliché ; auss[i] cet auteur attache-t-il plus de valeur aux déforma[-]tions des contours du corps adipeux et aux irrégu[-]larités de son opacité, encore qu'un aspect finemen[t] marbré soit considéré comme normal par Birche[r] et Oberholzer.

Telles sont quelques-unes des images les plus évo[-]catrices fournies, à l'état normal et pathologique, par les arthrographies du genou. Sans doute, nous fera-t-on remarquer que nous avons usé plus volontiers de la simple pneumo-séreuse que des arthrographies contrastées. Ceci tient sans doute à ce que bien souvent les premières nous ont paru suffisamment démonstratives et encore aussi à ce que les autres offrent des interprétations plus difficiles aux yeux non accoutumés à les lire.

Il nous semble néanmoins qu'on ne saurait minimiser le bénéfice que l'on peut tirer de l'un et l'autre procédé d'exploration dans tous les cas d'atteinte articulaire d'interprétation délicate.

(*Travail de la Clinique Chirurgicale de la Salpêtrière*. [Prof. : H. Mondor].)

UN SYNDROME HÉRÉDITAIRE RARE D'ANOMALIES DE DÉVELOPPEMENT

LA TRIADE

ABSENCE CONGÉNITALE DES ROTULES [1] — DYSPLASIE ARTICULAIRE DES COUDES — DYSTROPHIE DES ONGLES

(Une observation personnelle)

Par le Médecin Commandant **F. MONTAGARD**

(Armée de l'Air).

Parmi les anomalies du développement osseux, l'absence congénitale de la rotule est rare, mais connue depuis longtemps. Dès 1897, Little dans *Lancet* publiait un article sur l'absence congénitale ou le développement retardé de la rotule. En 1907, Cadillac, en France, faisait paraître une revue générale sur le sujet. Depuis, de nombreux auteurs ont signalé de nouveaux cas. Comme il est de règle, cette anomalie s'accompagne souvent d'autres atteintes osseuses, en particulier au coude. D'autre part, les malformations héréditaires [d]es ongles sont rares, elles aussi. Dès la fin du XIXe siècle, certains travaux avaient signalé l'association des troubles des ongles et de ceux de la rotule. Mais c'est seulement il y a une quinzaine d'années qu'une triade symptomatique a été étudiée à plusieurs reprises : elle est constituée, au complet, par l'absence congénitale des rotules, la dysplasie articulaire des coudes, en particulier l'agénésie de la tête radiale avec luxation et la dystrophie des ongles, surtout celui du pouce. Cette association d'anomalies, portant sur les rotules, les coudes et les ongles, est exceptionnelle.

Un article d'Osterreicher en 1930 (4) rapportait pour la première fois, croyons-nous, le syndrome au complet, avec une étude dans 5 générations. Puis, en 1934, un travail de Berta Aschner dans le *Journal de l'American medical Association* (1), revenait sur ce « syndrome héréditaire typique ». Peu après, dans l'édition de 1936 (traduction française) de son remarquable ouvrage sur « Les limites de l'image normale et les débuts de l'image pathologique », Kohler signalait ces malformations associées et leur caractère héréditaire (p. 189). En 1937, Montant et Eggermann (3), dans *La Presse Médicale*, dressaient un arbre généalogique dont 9 membres présentaient la triade complète ou non. Enfin, en Mars 1944, R. Hyman et Ben D. Senturia, dans le *Journal américain de Radiologie* (5), rapportaient un cas typique avec un arbre généalogique de la famille du sujet, dans un article très documenté suivi d'une bibliographie importante.

Le tableau clinique est toujours analogue. Avec certaines variations dans la nature et le degré des anomalies congénitales décrites, l'association de l'atteinte des ongles, des rotules et des coudes est réellement frappante.

Les troubles des ongles varient d'une absence totale à un développement incomplet, l'ongle étant plus fin que normalement et s'arrêtant à la moitié de sa longueur habituelle. L'ongle du pouce est toujours le plus touché et les modifications vont en décroissant vers le petit doigt. Exceptionnellement, les doigts des pieds peuvent être atteints eux aussi.

La rotule est complètement absente (cas de Senturia) ou mal développée et rejetée alors sur le côté externe des genoux (cas de Montant et Eggermann). Les genoux sont plats en extension (celle-ci incomplète d'ailleurs), courts et anguleux en flexion. Le condyle interne du fémur est plus saillant et le tibia peut être déformé.

Au coude, l'épitrochlée est particulièrement proéminente, avec valgus plus ou moins marqué. Dans le syndrome complet, il y a, d'autre part, agénésie de la tête radiale avec luxation en arrière et élongation du col. Radiologiquement, le caractère particulier de la luxation postérieure est sur le cliché de profil, la superposition de l'ombre du cubitus et de celle de la tête radiale (Kohler). Par suite, les mouvements, la supination en particulier, sont limités. Les malformations peuvent être moins accentuées (comme dans le cas de Montant et Eggermann).

On a signalé d'autres anomalies osseuses associées (malléoles, clavicules, ouverture de l'angle cervico-trochantérien du fémur).

Quand la triade n'est pas au complet, c'est l'association absence de rotule et malformation des ongles qui est la plus fréquente.

Le caractère héréditaire et familial du syndrome est souligné par tous les auteurs sans que la notion du sexe paraisse intervenir : Osterreicher cite 21 membres d'une même famille; Turner note 35 personnes sur 79 dans deux familles. Dans le travail de Montant et Eggermann, 9 personnes présentent le tableau plus ou moins complet en 5 générations. Enfin, H. et B. Senturia ont pu dénombrer 30 personnes atteintes en 4 générations.

1. Ou hypoplasie.



Fig. 1. — Genou gauche de profil.

L'explication de ces troubles portant à la fois sur u développement du mésoderme (os) et sur celui de 'ectoderme (ongles) a suscité diverses théories. Il y ı, d'après les différents auteurs, transmission iéréditaire d'un caractère dominant non lié au exe.

Mais comment expliquer l'atteinte simultanée des ongles, des rotules et des coudes ? D'après Turner, l y aurait un facteur arthodysplasique et un facteur onychodysplasique, le premier n'apparaissant que orsque le deuxième existe et un troisième facteur pouvant inhiber le premier.

D'après Berta Ashner, il existe 3 facteurs pathoogiques liés de très près, puisqu'ils sont très souvent transmis ensemble. Dans le même chromosome, ces facteurs ou gènes peuvent être juxtaposés ou situés à des pôles opposés. Ainsi les « gènes liés entre eux » (« linked genes » des Américains) évoluent ensemble pour le normal et 'anormal. Mais le gène de la luxation du radius est moins rapproché : aussi, c'est cet élément du syndrome qui manque le plus souvent.

Montant et Eggermann, dans leur article de 1937, suggèrent qu'un seul gène pourrait être à l'origine les différentes anomalies.

Enfin, Maurice Lamy, dans un ouvrage récent sur a Génétique, précise clairement le mécanisme de la transmission d'anomalies multiples (2). La liaison des gènes dans un même chromosome (« linkage ») explique le passage simultané le plusieurs tares. Certains descendants, qui n'ont pas ce chromosome, sont alors normaux ; les autres, qui le possèdent, présentent e syndrome d'anomalies au complet, à moins qu'un enjambement des chromosomes (« crossing over ») ne supprime un des éléments.

Tels sont, brièvement résumés, les éléments cliniques et les explications génétiques du syndrome.

Voici maintenant l'observation du sujet que nous avons récemment observé et qui est à l'origine de cet article :

Un jeune appelé pour le service militaire (classe 1943) est envoyé à l'hôpital pour « arthrite ancienne les deux genoux » et nous est adressé pour radiographie.

Les clichés montrent des anomalies importantes :

1° Aux genoux : absence bilatérale des rotules (fig. 1) ; subluxation en dedans des condyles fémoraux ; malformation de l'extrémité supérieure du tibia, surtout nette de profil, avec aplatissement et étalement en champignon.

A gauche, où les malformations prédominent, la tubérosité du tibia forme une saillie anormale et un mince filet musculaire (ébauche du tendon rotulien) y aboutit. Le plateau tibial est déprimé par les condyles fémoraux. L'interligne articulaire n'est pas visible de face, à gauche, du fait d'une extension très incomplète.

2° Aux coudes (dont les radiographies ont été pratiquées, un examen rapide ayant révélé un aspect anormal) : agénésie bilatérale de la tête radiale qui est très petite, « en grelot », mal formée, avec élongation du col et luxation postérieure [de profil, la superposition cubitus-tête radiale est caractéristique (fig. 2)] ; au coude droit, valgus très marqué avec saillie de l'épitrochlée et avant-bras déjeté en dehors ; du même côté, petite exostose postérieure sur l'humérus ; toujours à droite, le cubitus est mal formé, avec rétrécissement à la base de la coronoïde.

3° Les radiographies des autres articulations ont montré un aspect sensiblement normal. On note, cependant, les dimensions exagérées des pieds et des mains par rapport à la taille du sujet. On note également une légère ouverture de l'angle cervico-trochantérien des deux côtés, surtout à droite (anomalie associée signalée par Senturia).

Le profil du crâne montre une selle turcique petite, mais paraissant normale.

L'interrogatoire nous apprend que ce jeune homme, chaisier de son métier, fils unique, a des parents en bonne santé et, d'après lui, bien conformés. Il ne signale ni maladies ni traumatismes. Ses malformations ont été remarquées dès son jeune âge et il a été montré, il y a deux ans, à un chirurgien.

L'examen, chez cet homme de taille moyenne, mais fortement charpenté, précise la limitation fonctionnelle des mouvements dans les articulations atteintes. Aux deux coudes, la tête radiale luxée est perçue en arrière à côté de l'olécrâne. L'extension, la pronation et surtout la supination sont limitées. Aux genoux, la subluxation en dedans des condyles fémoraux donne une impression de *genu valgum*, et l'absence de rotule se traduit par un aplatissement de l'articulation. La limitation de l'extension, surtout à gauche, entraîne une claudication légère (fig. 3).

Fig. 2. — Coude droit de profil.



Fig. 3. — Photographie des membres inférieurs de profil.

Enfin, un examen complet du sujet révèle une dystrophie des ongles, encore plus accusée que dans les cas de Montant et Eggermann (pouce seul atteint) et de Senturia. Aux deux mains, l'ongle du pouce, mince pellicule, est réduit au quart de sa longueur normale (fig. 4). Celui des index, à la moitié de sa longueur normale. Aux autres doigts, certains ongles sont fendus (annulaire droit). Aux deux pieds, les ongles des deux orteils sont, eux aussi, très réduits.

Devant ce tableau typique, si parfaitement superposable à celui décrit récemment par H. et B. Senturia, il restait à préciser le dernier élément du syndrome : l'hérédité. Après le départ du jeune homme, réformé, nous nous sommes rendu dans son village pour compléter notre enquête sur place.

Sa mère, âgée de 58 ans, en bonne santé, nous a rapidement avoué qu'elle présentait exactement les mêmes infirmités que son fils. En effet, la dystrophie des ongles frappe au premier coup d'œil. On constate, en outre l'absence de rotule bilatérale, avec déformation, la luxation des radius, la limitation des mouvements aux quatre membres. Mais il n'a pas été possible de préciser radiologiquement le degré des malformations. Dernière d'une famille de 5 enfants, cette femme serait la seule à présenter ce syndrome. Par contre, sa propre mère était atteinte, seule sur une famille de 8 enfants. Elle est morte récemment, mais 3 de ses frères et 2 sœurs sont encore en vie. Mais il ne nous a pas été possible de les voir.

Le père du jeune homme est normalement constitué et il n'existerait pas d'anormaux de ce côté.

Avec les 3 cas connus (deux femmes et un homme) dans trois générations, il est donc possible de reconstituer l'arbre généalogique restreint (fig. 5).



Fig. 4. — Photographie des deux mains par leur face dorsale.

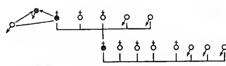


Fig. 5 — Arbre généalogique restreint.

Bien que notre enquête soit incomplète, il nous a paru intéressant de rapporter ce cas exceptionnel d'hérédité dominante, dont les éléments sont plus nets encore que dans certaines publications antérieures, et de revenir sur les considérations qu'il suggère.

BIBLIOGRAPHIE

(1) Aschner, Berta : Typical hereditary syndrome dystrophy of the nails, congenital defect of patella and congenital defect of head of radius. *Journ. Amer med. Assoc.*, 1934, **102**, 2017-2020. — (2) Maurice Lamy : *Les applications de la Génétique à la Médecine* (Doin). 1944, 62 et suivantes — (3) R. Montant et A. Eggermann : Syndrome héréditaire caractérisé par l'hypoplasie de la rotule, une malformation du radius et l'hémiatrophie de l'ongle du pouce. *La Presse Médicale*, 1937, **45**, 770-772. — (4) W. Osterreicher : Gemeinsame Vererbung von Anonychie beziehungsweise Onychatrophie, Patelladefekt und Luxatio Radii Dominantes Auftreten in 5 Generationen. *Ztschr. f. d. Ges. Anat.*, 1930, **15**, 465-476 — (5) H. R. et B. D. Senturia : Congenital absence of the patellae associated with arthrodysplasia of the elbows and dystrophy of the nails. A hereditary syndrome. *Amer Journ. of Rœntgenology*, 1944, **51**, n° 3, 352-358.

N.-B. — On trouvera une bibliographie importante dans l'article de Montant et Eggermann et surtout dans celui très récent de H. et B. Senturia.

IXE CONGRÈS FRANÇAIS DE GYNÉCOLOGIE

(Paris, 6, 7 et 8 Octobre 1945.)

Le IXe Congrès Français de Gynécologie s'est tenu à la Faculté de Médecine de Paris sous la présidence de M. E. Douay, président de la Société Française de Gynécologie. La Séance inaugurale a été ouverte par M. le Prof. Cadenat, représentant le Doyen, en présence de M. Aujaleu, directeur du Cabinet du Ministre de la Santé publique et de représentants des ambassades des nations alliées et neutres. Parmi les délégués officiels des Sociétés de gynécologie étrangères notées : Miss Barnes (Londres), Major Rogers, Colonel Holder (U. S. A.), Prof. Bourg (Bruxelles) et Schockaert (Louvain), d'Ernst (Genève), Guyissaz (Neuchâtel), Salomonson (Amsterdam), de Groot (La Haye), Horno (Saragosse), Costa Sacadura (Lisbonne).

La question à l'ordre du jour était : le Fibrome utérin.

Des discours ont été prononcés par MM. Cadenat, Douay, Aujaleu et Maurice Fabre, Secrétaire général du Congrès. De nombreux gynécologues français et étrangers ont participé à ses travaux.

Premier rapport.

Etiologie, pathogénie, anatomo-pathologie des fibromes utérins.

M. Claude Rouvillois (Paris).

Si nous résumons les notions pathogéniques actuelles, il reste que expérimentalement les injections répétées de benzoate de folliculine déterminent constamment l'apparition de fibromes utérins et extra-utérins. Ces fibromes, principalement localisés sous la séreuse sont associés à des lésions typiques d'hyperfolliculinie. Ils sont constitués principalement par du tissu fibreux. Les différences essentielles avec le fibrome humain sont leur constitution presque uniquement fibreuse, la multiplicité de leur siège, leur localisation essentiellement sous-séreuse, les doses considérables « extraphysiologiques » qu'il faut injecter.

Qu'ils soient d'origine néoplastique ou dystrophique, les fibro-myomes sont soumis aux influences des perturbations hormonales, dans leur naissance, probablement, dans leur développement sûrement. La présence de corps œstrogènes est nécessaire et si l'hyperfolliculinie ne peut actuellement être invoquée comme cause du fibrome, du moins celle-ci a-t-elle une action constante sur le myomètre par hyperplasie. Outre l'hyperfolliculinie et plus celle-ci nous semble importante la dysfolliculinie, stimulus folliculinique anormal, soit quantitativement, soit prolongé dans le temps.

Discussion.

— M. **Laffont** (Alger). Il faudrait en finir avec l'appellation de *fibrome utérin*, alors qu'il s'agit en réalité de *myome*. On appelle très justement myomectomie l'ablation d'un fibrome. Le mot fibrome prête à confusion, au point que certains auteurs sont arrivés à décrire une diathèse fibromateuse familiale où l'on rassemble côte à côte la chéloïde qui est du tissu fibreux, et le fibrome utérin qui n'est autre chose qu'une tumeur musculaire.

— M. **R. Moricard** (Paris). La théorie qui assigne un rôle essentiel à l'hyperfolliculinie dans la pathogénie des fibro-myomes utérins n'est pas encore suffisamment démontrée. Beaucoup d'obscurités planent encore sur le lien de causalité qui semble les unir.

— M. **Cotte** (Lyon), approuve M. Moricard. A l'appui de cette manière de voir il donne les résultats de 400 myomectomies avec hémorragies qu'il a opérées et à la suite desquelles il n'a jamais vu les hémorragies persister.

D'autre part il n'a observé de rares récidives qu'après cinq années et ne comprend pas que la myomectomie fasse disparaître tous les troubles si l'hyperfolliculinie est à l'origine des myomes.

Indépendamment de cela, l'hyperplasie musculaire utérine qui accompagne les myomes et qui fait que le myome enlevé l'utérus a souvent le volume d'un utérus gravide de 6 à 8 semaines, fait son involution tout comme l'utérus après l'accouchement. Cela cadre mal avec la pathogénie hormonale des myomes utérins.

— M. **Charles Mayer** (Bruxelles). L'étude histologique de 12 cas de fibrome utérin confirme l'opinion des rapporteurs selon laquelle l'hyperfolliculinie a, dans la pathogénie des fibromes utérins, une action constante sur les tissus constitutifs de l'utérus, tant sur le myomètre que sur l'endomètre. Dans 6 cas, l'examen histologique a montré une hyperplasie simple de la muqueuse, dans 5 cas une hyperplasie glandulo-kystique et dans 1 cas de fibrome renfermant un œuf de 3 semaines un aspect de *decidua spongiosa*.

— M. **R. Bourg** (Bruxelles). A propos de 3 cas admet l'origine congénitale vraisemblable de certains fibromes utérins.

— M. **L. Netter** (Paris). Compare les statistiques et accuse que le rôle de l'hyperfolliculinie n'est pas essentiel.

— M. **Turpault** (Paris), ignore la cause de l'apparition du fibrome mais insiste sur l'importance de la folliculine dans le développement de cette tumeur.

D'après l'auteur, pour avoir fibrome, il faut trois conditions :

1° Prédisposition utérine d'origine inconnue ;
2° Nécessité de la folliculine ;
3° Un terrain approprié.

Communication.

Contribution à l'étude hormonale du fibrome utérin. — MM. **Dubreuil, Masse, R. Traissac** et **Dax** (Bordeaux). L'étude de toute une série de fibromes examinés dans le service depuis Janvier 1945 permet de donner les conclusions suivantes :

Au point de vue général, aucun des cas n'a présenté de tests habituels d'hyperfolliculinie. Tous les examens anatomo-pathologiques (Prof. Dubreuil) ont été négatifs quant à l'existence de l'hyperplasie glandulo-kystique d'Ancel et Bouin. Dans un seul cas on a trouvé une augmentation des corps œstrogènes dans les urines et le sang (Dr Demange).

Quelques points particuliers sont intéressants à signaler : absence de follicules kystiques de l'ovaire dans 60 pour 100 des cas ; présence de corps jaune dans 80 pour 100 des cas.

Sans vouloir généraliser, cette étude confirme cependant l'opinion des auteurs basée sur une impression clinique générale, savoir :

L'absence extrêmement fréquente des tests habituels de l'hyperfolliculinie dans le fibrome utérin.

Deuxième rapport.

Etude clinique. Symptômes, diagnostic, évolution.

M. E. Douay (Paris).

Le début ordinairement latent du fibrome s'accompagne parfois des signes de l'hyperfolliculinie.

Un examen méthodique est utile même dans les cas évidents et non compliqués en apparence, car des erreurs peuvent se glisser même dans les cas les plus simples, et ces erreurs : grossesse, cancer utérin, tumeurs annexielles, etc., peuvent être très préjudiciables pour les malades. L'hystérométrie avec la petite bougie en gomme, l'hystérographie seront utilisées avec profit.

Deux manières d'envisager le problème du fibrome : 1° la manière chirurgicale ; opérer tous les cas de tumeurs abdomino-pelviennes sans chercher à en préciser le diagnostic; 2° la manière médicale : attendre par l'évolution la confirmation du diagnostic et entreprendre un traitement médical de longue durée. L'auteur préconise la manière gynécologique qui s'efforce de préciser le diagnostic pour en tirer des indications thérapeutiques variables avec chaque cas.

Discussion.

— M. **Favreau** (Lille) insiste sur la difficulté du diagnostic dans le cas de fibrome accompagné de grossesse. Il préconise le diagnostic biologique et après 4 mois la radiographie. Si l'on ouvre le ventre et que l'utérus paraît gravide la présence d'un corps jaune renseignera l'opérateur.

— M. **Turpault** (Paris). Un diagnostic précis doit être établi. Il remercie le rapporteur de lui avoir appris l'usage de la bougie en gomme n° 4 pour faire le diagnostic de la grossesse dans les fibromes. Il n'a jamais observé d'avortement par ce moyen.

— M. **Palmer** (Paris), pratique systématiquement l'hystérographie en évitant le passage tubaire. Il injecte dans la semaine qui suit l'hémorragie du lipiodol fluide à 20 pour 100 sous une pression de 2 à 3 *cm.* de mercure.

— M. **Claude Béclère** (Paris), ne croit pas au danger du lipiodol dans les trompes, sauf dans le cas d'hydrosalpinx trop rempli et transformé en pyosalpinx. Il faut tenir compte du signe radiologique des gouttes.

— M. **Jean Dalsace** (Paris), reste partisan d'une sonde très courte pour injecter le lipiodol. S'il y a grossesse on ne lèse pas l'œuf. Il ne craint pas le passage tubaire et reste fidèle au lipiodol lourd.

Troisième rapport.

Les complications des fibromes utérins.

M. P. Ulrich (Paris).

L'auteur insiste tout d'abord sur le fait que le fibrome ne doit jamais être *en soi* l'objet d'une thérapeutique quelconque. Ce qu'il s'agit de soigner, ce sont les troubles qu'il occasionne et les *complications* qu'il entraîne. Il s'ensuit nécessairement qu'il faut proportionner le traitement à chaque cas particulier.

Les troubles de l'appareil circulatoire retiennent plus spécialement l'attention de l'auteur. Les hémorragies dues au fibrome sont minutieusement étudiées, ainsi que les cardiopathies en liaison avec la fibromatose.

L'auteur passe en revue les principales théories émises à ce sujet et en conclut que la notion scientifique d'une cardiopathie essentielle et spécifique de la fibromatose utérine ne saurait être acceptée à l'heure qu'il est, pas plus que l'hypertension rencontrée si souvent dans le fibrome ne pourrait être considérée comme le résultat d'une toxine élaborée par la tumeur.

Un important chapitre du rapport est consacré aux complications veineuses et aux embolies post-opératoires. L'auteur se rallie à la doctrine du lever précoce préconisé par Charlier, mais signale l'importance que pourront avoir à l'avenir des médications nouvelles comme l'héparine et la dicoumarine (anathrombase du commerce). Il insiste aussi, dans la prévention des embolies, sur certaines précautions de tactique et de technique opératoires dont il s'était fait le protagoniste dans plusieurs ouvrages.

De brefs chapitres sont consacrés aux hémorragies intrapéritonéales, aux complications mécaniques, annexielles aux transformations septiques, aseptiques et néoplasiques à la coexistence d'un cancer et, enfin, de la grossesse avec le fibrome utérin et les conséquences médico-légales et judiciaires que ces cas peuvent occasionner.

Discussion.

— M. **J.-E. Marcel** (Paris) présente un certain nombre de films radiographiques qui prouvent qu'aussi bien dans les fibromes volumineux, que dans les fibromes enclavés la compression urétérale, soit au détroit supérieur, soit sur le trajet pelvien, peut exister et entraîner des pyélonéphrites ou d'importantes urétéro-hydronéphroses latentes. Il est utile de les dépister par une urographie intraveineuse.

Quatrième rapport.

Le traitement non-opératoire.

I. ***Traitement médical.*** — M. **Maurice Fabre** (Paris) expose que, par suite des travaux de ces dernières années qui font du fibrome une manifestation hyperfolliculinique et des succès obtenus par l'hormonothérapie mâle dans les métrorragies relevant de cette origine, le traitement médical du fibrome utérin est revenu à l'ordre du jour.

Après avoir esquissé une prophylaxie basée sur une thérapeutique du neuro-arthritisme et de l'hyperfolliculinie, l'auteur expose les différents traitements du fibrome.

Il rappelle pour mémoire le traitement local et en particulier la méthode électrothérapique d'Apostoli actuellement tombés en désuétude, le traitement par les hémostatiques, ergotine, hydrastis, émétine, actuellement encore très employés.

Il passe ensuite aux préparations opothérapiques dont l'extrait mammaire employé à doses fortes 1 à 5 *g.* par jour pendant l'interrègles donne de beaux succès.

Il arrive enfin à la thérapeutique hormonale par la testostérone nouvelle venue qui donne les plus beaux espoirs.

Des travaux actuels, l'auteur tire les conclusions suivantes :

La testostérone agit puissamment sur les ménorragies du fibrome qu'elle fait disparaître ou diminue considérablement.

Sur le volume du fibrome son action est moins certaine. Mais elle améliore considérablement presque toujours les troubles fonctionnels qui accompagnent la tumeur (t. urinaires, t. intestinaux, pesanteur au niveau du ventre et des lombes).

Des incidents ont été signalés : crises d'urticaire, fatigue, réactions hépatiques, voix plus grave, développement exagéré du clitoris. Ces inconvénients n'apparaissent qu'avec des doses dépassant 300 milligrammes.

La testostérone peut être introduite par la peau, la muqueuse buccale, la muqueuse vaginale. Mais c'est la voie sous-cutanée ou intramusculaire la plus communément employée.

L'implantation de cristaux dans le tissu graisseux de l'abdomen est une méthode qui a la faveur de certains auteurs, mais n'est pas encore entrée dans la thérapeutique courante.

Certains avec Claude Béclère instituent le premier mois une dose d'attaque de 4 à 6 piqûres de 25 *mg.* et pratiquent les mois suivants une dose d'entretien de 2 à 3 piqûres de 25.

D'autres avec Turpault injectent de 10 à 25 *mg.* tous les 2 jours ou tous les jours pendant les 10 jours précédant les règles, ou pratiquent une injection une ou deux fois par semaine, dès le 4e jour des règles et s'arrêtent 5 jours avant le début des règles suivantes.

Naturellement la malade devra être suivie. Il devra être tenu compte de son âge, de l'état de son foie, de la grosseur du fibrome, de ses poussées congestives, de l'hyperplasie ou non de la muqueuse utérine, de son état nerveux, de la tension, de l'état du cœur, des artères et du rein.

II. ***Traitement thermal.*** — Mlle **Henriette Gonet** (Salies de Béarn). Les eaux chlorurées sodiques fortes sont les seules à agir d'une manière efficace sur le fibrome utérin. Elles possèdent une concentration au-dessus de 200 *g.* de chlorure de sodium par litre et varient par leur teneur en éléments minéraux, surtout bromures et iodures alcalins et par leur radio-activité selon les sources utilisées : Kreuznach ou Salsomaggiore à l'étranger, Besançon, Biarritz, Salies de Béarn ou Salies du Salat, en France.

L'action du bain combiné à l'injection vaginale et aux

ompresses d'eaux-mères est complexe : à la fois mécanique sur la congestion pelvienne et l'état hémorragique, profonde par les effets d'endosmose et de radio-activité, équilibrante enfin sur les systèmes nerveux et endocrinien.

A l'exception du fibrome dur au stade avancé qui est du ressort chirurgical, toutes les tumeurs fibromateuses bénéficient des eaux chlorurées-sodiques (surtout radioactives, type source du Bayaa de Salies de Béarn), qui jugulent le plus souvent les hémorragies, stabilisent ou font régresser le volume utérin et évitent le plus souvent aux malades timorés l'intervention chirurgicale.

III. ***Traitement radiothérapique.*** — M. **Albert Badolle** (Lyon). La radiothérapie doit être considérée à l'heure actuelle comme le traitement le moins traumatisant pour la femme et à coup sûr le moins dangereux. Contre lui, il n'y a ni mortalité opératoire, si réduite soit-elle, ni complications phlébitiques, ni sclérose des organes voisins.

Sa facilité d'application, sans hospitalisation, sans immobilisation d'aucune sorte, sans acte douloureux sont les avantages importants pour la femme qui n'a pas à interrompre ses travaux. Grâce à la sûreté de la technique actuelle, nous sommes à même de réaliser la ménopause artificielle d'une façon mathématique après deux ou trois retours de règles au prix de quelques bouffées de chaleur.

Toutes les statistiques sont concordantes, depuis celles de Béclère, jusqu'à celle que nous présentons aujourd'hui, qui comporte 97 pour 100 de succès.

Ce qu'on a appelé les « échecs » de la radiothérapie, ne sont en réalité des erreurs de diagnostic ou des erreurs de technique. Avec la majorité des radiologistes l'auteur considère que la principale indication de la radiothérapie est *le F hémorragique banal sans complications chez la femme d'un certain âge, soit 70 à 80 pour 100 des cas.* Pour les autres variétés, il y a des indications d'opportunité à discuter.

La disparition de tout risque cutané, la crainte illusoire des adhérences, l'extrême rareté d'une possibilité de dégénérescence ultérieure ne laissent plus de place aujourd'hui qu'à des objections de principe.

IV. ***Curiethérapie.*** — M. **H. Violet** (Lyon). Les indications du radium sont de plus en plus rares.

Cette thérapeutique est cependant à conserver dans le traitement de certains fibromes volumineux.

Discussion.

— M. **Jean Dalsace** (Paris). rappelle les bons résultats qu'il a obtenus par l'auto-hémothérapie dans le traitement des ménorragies des fibromes. Il prélève 10 à 20 cm^3 de sang au pli du coude et le réinjecte dans la fesse : injection tous les 4 ou 5 jours, même pendant les règles.

— M. **F.-A. Papillon** (Paris), trouve que les doses de testostérone employées sont généralement trop fortes. 10 à 20 *mg.* par mois lui semblent suffisants.

— M. **J.-E. Marcel** (Paris). L'auteur donne actuellement la préférence au traitement hormonal, qui lui a permis d'éviter des interventions déjà décidées et a mener, sans encombre, les malades à une ménopause, même retardée. Il insiste sur l'utilité de dépister des dyscrasies sanguines, elles-mêmes quelquefois d'origine hormonale, et d'associer au traitement, dans certains fibromes de la ménopause accompagnés d'endométrite, les attouchements au chlorure de zinc.

— M. **Favreau** (Lille), prétend que les doses fortes de testostérone peuvent donner un coup de fouet au fibrome. Il est un adversaire résolu des rayons X.

— M. **Cotte** (Lyon), ne conteste pas la valeur du traitement médical mais est persuadé que si on faisait une distinction entre les myomes et les gros utérus qui saignent et qui ne renferment pas de myomes, les succès seraient moins constants. A moins de pratiquer des hystérographies systématiques, il est souvent difficile de faire un diagnostic exact.

— Mme **S. Laborde** (Paris) a rarement vu une diminution de volume importante après rœntgenthérapie mais estime que c'est un excellent traitement. Dans les fibromes volumineux à hémorragies abondantes les rayons X sont préférables au radium.

— M. **J. Grasset** (Paris) attire l'attention sur les résultats qu'il obtient avec l'insuline dans les hémorragies des fibromes.

— M. **Pecker** (Paris), ne croit pas à l'acné provoqué par la testostérone, car il le traite par la testostérone. Il pense que les accidents hépatiques signalés sont dus aux véhicules huileux du produit.

— M. **Claude Béclère** (Paris). La technique de traitement recommandée par M. Antoine Béclère, père de l'auteur est toujours la meilleure technique de rœntgenthérapie des fibro myomes utérins. Son principe essentiel est de répartir la dose totale donnée sur un ensemble de 2 mois. Ainsi, on est sûr de suivre la malade jusqu'à la disparition complète des règles et l'apparition des bouffées de chaleur, signe de ménopause définitive. De plus, comme la dose totale est divisée en 8 semaines, le traitement est parfaitement toléré, sans aucun inconvénient.

— M. **Turpault** (Paris), adjoint à la testostérone l'hétéro-hémothérapie (sang du mari). A son avis les doses presque homéopathiques préconisées par M. Papillon sont tout à fait insuffisantes. Il rejette la radiothérapie chez les femmes jeunes.

— M. **L.-M. Pierra** (Luxeuil), appuie les conclusions du rapporteur en ce qui concerne l'efficacité de l'extrait mammaire.

— M. **P. Gibert** (Paris). partisan convaincu des rayons X, reste fidèle à la technique d'Antoine Béclère.

— M. **A. Aimes** (Montpellier) a obtenu 23 résultats excellents par la testostérone ; il compte 5 échecs. Dans 8 cas, le fibrome a diminué de volume, en général faiblement ; 5 malades souffraient au moment des hémorragies, trois fois les douleurs ont disparu.

— Mme **Irène Bernard** et M. **Mahon** (Bordeaux). L'effet de la testostérone dans les ménométrorragies essentielles est indiscutable. L'implantation de 600 à 800 *mg.* de testostérone arrête les hémorragies constatées, en particulier chez les femmes porteuses de fibromes. Le traitement par l'hormone mâle peut provoquer la fécondation chez les femmes stériles.

Cinquième rapport.

Traitement chirurgical des fibromes utérins (Technique, résultats, indications).

M. **Eugène Pollosson** (Lyon).

Aux côtés de la discussion des divers problèmes classiques et d'un essai de classification des indications thérapeutiques l'auteur défend la chirurgie conservatrice sous toutes ses formes, en apportant les statistiques de la Clinique gynécologique de Lyon.

Il lui paraît qu'en France, car il est malaisé de savoir ce qui se passe à l'étranger, on estropie encore aujourd'hui trop de fibromateuses par la chirurgie trop radicale et, aussi bien sinon mieux, par les agents physiques (rayons X et radium).

A la formule du traitement des fibromyomes par la castration chirurgicale ou la castration sèche il oppose une autre règle : contre le fibromyome, la myomectomie est la méthode de choix. Les autres méthodes n'interviennent que lorsque la myomectomie est impossible.

Après la myomectomie se posent par dégradation toutes les indications des multiples interventions encore conservatrices et enfin les indications des interventions radicales.

Pollosson élimine une fois pour toutes l'utérus fibreux généralisé dit de Richelot, qui encombre et fausse les discussions, car il est encore trop souvent englobé ou confondu avec les fibromyomes.

Et pour défendre ses idées il apporte des faits et des résultats.

Discussion.

— M. **H. Roulland** (Paris). Trop de chirurgiens font encore une chirurgie mutilatrice, souvent plus facile que la chirurgie conservatrice. L'écueil le plus fréquent est l'hémorragie au cours des suites immédiates ou des suites éloignées de l'intervention, quel que soit le soin mis à l'hémostase.

Quand on doit énucléer un nombre élevé de fibromes, si l'utérus reste déchiqueté, mieux vaut terminer par une hystérectomie partielle, soit une fundique-Beuttner, soit une myométrectomie.

— M. **Favreau** (Lille). Faire son possible, même chez une femme de 40 ans, pour : 1° énucléer les fibromes et conserver l'utérus ; 2° pratiquer une hystérectomie fundique avec conservation utérieure de la menstruation ; 3° penser toujours dans ce deuxième cas à inclure les ligaments ronds afin d'éviter le prolapsus du col restant.

— M. **G. Cotte** (Lyon). Le traitement de choix des fibromes utérins est la myomectomie. Les hystérectomies subtotales hautes avec conservation annexielle, l'hystérectomie totale ne trouvent leur justification que si la myomectomie s'avère impossible. Les conditions que l'on exigeait autrefois pour la pratiquer doivent être révisées et considérablement élargies.

— M. **P. Ulrich** (Paris) résume son expérience personnelle de la myomectomie et ajoute à l'actif de cette opération la rareté des embolies post-opératoires.

— M. **Turpault** (Paris), lui aussi, préconise la myomectomie chez les femmes jeunes et pense que la voie vaginale doit être plus souvent utilisée.

Communications.

L'hystérectomie fundique interovarienne. — M. **Bourg** (Bruxelles).

Résultats éloignés de l'hystérectomie interannexielle. — M. **J. Bernard** (Bruxelles).

Hystérectomie transabdominale dans les fibromes sous-muqueux. Nécessité d'un lipiodol préliminaire. — MM. **Bourg** et **Bernard** (Bruxelles).

Quatrième rapport.

Fibrome et puerpéralité.

M. **R. Lyonnet** (Lyon).

Une fois prouvée par l'observation clinique journalière la possibilité que coexistent fibrome et puerpéralité, il importe de préciser quelles sont les conséquences de cette coexistence, tant pour le fibrome que pour la grossesse. Ce sont ces conséquences dont le rapporteur rappelle dans une première partie analytique les diverses modalités du reste fort classiques. Puis dans une étude plus synthétique, il souligne les difficultés diagnostiques que soulèvent les différents cas cliniques, et essaye de préciser les éléments de pronostic qui, en présence d'un fibrome coexistant avec une grossesse, permettent de prévoir quelque peu quelle sera l'évolution de l'un et de l'autre. Ce pronostic est difficile à porter, mais, dans ses grandes lignes, tout à fait favorable. L'association du fibrome et de la grossesse réalise le plus souvent un « bon ménage », bien qu'évidemment les « échanges de mauvais procédés » entre l'un et l'autre soient toujours possibles.

Enfin dans un dernier chapitre est exposée la question d'intérêt plus immédiatement pratique, qui est celle des indications thérapeutiques. Pendant la grossesse, l'expectative doit être, dès l'abord, la ligne de conduite essentielle, l'indication à intervenir doit être tirée de complications bien définies et bien réelles. Si ce n'est pour le fibrome pédiculé du col, facilement extirpable par voie vaginale, toute intervention prophylactique est délibérément à rejeter. Toute complication ne relève pas d'emblée de la chirurgie et pour la plus fréquente d'entre elles, la nécrobiose aseptique, l'opération ne s'impose qu'en cas d'échec d'un traitement médical bien conduit. Cette chirurgie devra être aussi conservatrice que possible, ménager autant que faire se peut la gestation actuelle et conserver pour l'avenir la possibilité de nouvelles fécondations : c'est dire qu'elle s'adressera avant tout à la myomectomie et que l'hystérectomie n'est à envisager que lorsque la première est irréalisable. Pendant le travail, la tendance sera d'une façon générale également abstentionniste. Cependant, dans les cas rares du reste de dystocie prævia par fibrome intrapelvien, ou de rigidité cervicale par fibrome du col, dans ceux plus fréquents d'anomalies graves dans la présentation ou la marche du travail, il ne faudra pas hésiter à recourir à l'hystérotomie qui ménagera au mieux les intérêts de l'enfant et qui complétée par le traitement du fibrome lui-même (myomectomie ou hystérectomie) sera également pour la mère la meilleure ligne de conduite.

Discussion.

Fibromes et grossesse. — MM. **Courtois** et **Brière** (Saint-Germain-en-Laye). Sur 12.000 accouchements, les auteurs ont rencontré 101 cas de fibromes. Il y eut 46 accouchements normaux, 35 interventions pendant le travail (23 myomectomies et 12 hystérectomies), 12 interventions d'urgence au cours de la grossesse, et 5 avortements.

Ils signalent la fréquence et surtout la gravité des néphropathies gravidiques chez les fibromateuses se manifestant par le syndrome hypertension, albuminurie, œdème.

Les auteurs sont partisans de l'abstention opératoire pendant la grossesse en l'absence de tout accident, sauf en cas d'avortements antérieurs. Le traitement de choix est la myomectomie, même pendant le travail.

— M. **Auclair** (Argenteuil) se déclare d'accord avec le rapporteur sur l'abstention en général, mais dans certains cas il n'y a pas intérêt à attendre indéfiniment.

— M. **Favreau** (Lille). Le plus difficile est de maîtriser les hémorragies et les dégénérescences.

— M. **Merger** (Paris), apporte les statistiques de la Clinique Tarnier pour 20 années qui montrent les progrès du traitement conservateur et l'amélioration constante des résultats. Pour l'auteur, la règle classique de l'abstention opératoire reste vraie. On peut être amené à intervenir entre le 3e et le 5e mois si le fibrome se complique nécrobiose aseptique, ou au terme ou au travail : fibrome prævia.

— M. **Jaymes** (Pau), rapporte l'observation d'un fibrome très adhérent aux tissus vésicaux dans lequel il dut intervenir à 11 mois.

— **Miss Barnes** (Londres), fournit la statistique de son service. Elle n'opère que si la vie de la mère ou de l'enfant est en danger.

— M. **Leroux** (Nantes), apporte plusieurs observations en faveur de la myomectomie, opération de choix, soit qu'il s'agisse de faciliter une grossesse chez une femme stérile porteuse de fibromes, ou de fibrome compliquant la grossesse, ou de fibrome nécrosé. Il souligne l'extrême fréquence de la nécrose aseptique des fibromes sessiles au cours de la grossesse. Le traitement médical doit en être la règle, le traitement chirurgical l'exception. Après l'accouchement cette formule se trouve inversée, la myomectomie y est souvent indiquée.

Il aborde le problème de la résorption post-partum des fibromes et marque le rôle favorisant de l'allaitement dans ce phénomène.

— M. **J. Grasset** (Paris), s'élève comme le rapporteur contre l'intervention systématique au cours de la grossesse.

Communications.

Le fibrome prævia. Faut-il en plus de la césarienne pratiquer la myomectomie ? — M. **R. Bourg** (Bruxelles) est d'avis de pratiquer la césarienne et de laisser en place le fibrome s'il a subi des modifications circulatoires ou de l'infection se réservant de l'extirper quelques mois plus tard.

Septième rapport.

Fibromyomes utérins et endocrinologie.

M. **Claude Béclère** (Paris).

1° Les noyaux de fibryomes utérins se développent presque uniquement sur un terrain hyperhormonal, mais ils s'y développent chez certaines femmes et pas chez d'autres, pour des raisons ignorées.

2° La grande majorité des augmentations de volume et des hémorragies utérines se produisent après la quarantaine et sont dus aux poussées d'hyperfonctionnement hypophysaire et d'hyperfolliculinisme ovarien qu'entraîne le dérèglement hormonal préménopausique.

3° Les hémorragies utérines des fibromyomes utérins ne sont pas des hémorragies dues à une lésion organique mais bien des hémorragies fonctionnelles par hyperfolliculinie d'origine ovarienne.

4° Il suffit en effet que l'activité folliculinique de l'ovaire soit supprimée par la ménopause naturelle, chirurgicale ou rœntgénienne pour que les hémorragies utérines et l'augmentation de volume du fibrome cessent immédiatement et définitivement.

5° De même, il suffit de freiner l'activité hypophysaire et l'activité ovarienne par l'hormone mâle pour voir diminuer les hémorragies des fibromes et s'arrêter l'augmentation de volume de la tumeur.

6° L'augmentation de volume des fibromes et les hémorragies utérines accompagnant les fibromes sont donc bien entièrement dues à l'hyperfolliculinie ovarienne.

Discussion.

— M. **J.-E. Marcel** (Paris) rappelle que, dès 1935 (Congrès de Salies-de-Béarn) et souventes fois depuis, il avait attiré l'attention sur l'importance de l'hyperfolliculinisme dans le développement de la fibromatose. Il croit, cependant, que le terme d'hyperfolliculinisme, entité clinique, dont on a trop étendu le domaine devrait être remplacé peut-être par celui, un peu long de « dysharmonie hypophyso-ovarienne » (M. Ferrier). Qui sait, comme on vient de le prétendre, si la folliculine, sans laquelle il n'y a pas de fibrome, et dont on connaît le rôle sur le système vasculaire et sclérogène, ne crée pas à l'origine une hémorragie intramurale, point de départ d'un noyau scléreux, véritable obstacle, qui entraîne une hypertrophie musculaire progressive et la formation au bout du compte d'un fibromyome.

— M. **Turpault** (Paris), ne partage pas l'avis du rapporteur, pour qui les hémorragies des fibromes sont uniquement fonctionnelles par trouble hyperfolliculinique. L'auteur pense que dans l'état actuel de la science on ne doit pas écrire que « les hémorragies des fibromes sont entièrement dues à l'hyperfolliculinisme ». La myomectomie suffit à arrêter les hémorragies. L'auteur reconnaît l'importance de l'hyperfolliculinie dès ses premières publications sur ce sujet, mais à son avis, pour que le fibrome se produise au niveau de l'utérus, il faut un terrain spécial, et en plus une prédisposition de l'utérus ; il est très vraisemblable que le fibrome utérin possède une origine congénitale.

Toutes les fibromateuses n'ont pas un excès de folliculine.

Toutes les femmes ayant un excès de folliculine ne font pas de fibrome utérin.

— M. **R. Moricard** (Paris), trouve qu'il est important de séparer la définition des faits servant de critère à l'hyperfolliculinie et l'interprétation de cette hyperfolliculinie dans la production du fibrome. La plupart des gynécologues admettent que l'hyperplasie kystique traduit souvent une hyperfolliculinie. L'hyperplasie kystique est caractérisée par de nombreuses mitoses dans l'épithélium utérin, la distension de plusieurs tubes glandulaires, des signes d'activité sécrétoire. En général il y a peu ou pas de glycogène, les substances sécrétées peuvent donner une réaction positive au mucicarmin. Mais l'auteur ne sait pas définir l'hyperplasie simple dont a parlé le rapporteur et signale qu'il est également important de ne pas confondre hyperplasie de la muqueuse et hypertrophie.

— M. **R. Bourg** (Bruxelles), malgré une sursaturation de l'organisme en folliculine par des implantations de comprimés d'œstradiol, n'a pas vu d'apparition de fibromes, mais prétend qu'il faut cependant être très circonspect dans l'emploi de cette méthode qui peut déclencher des accidents difficiles à enrayer.

COMMUNICATION.

Etude macroscopique du contenu folliculaire ovarien dans les fibromes de la quarantaine. — M. **R. Bourg** (Bruxelles).

HUITIÈME RAPPORT.

Les indications thérapeutiques dans les fibromes utérins.

M. **André Chalier** (Lyon).

Voici les principales notions qui se dégagent de ce rapport :

1° Sans méconnaître les fibromes qui demeurent latents pendant toute une vie, ni les fibromes qui régressent à la ménopause, il paraît logique que tout fibrome reconnu mérite non seulement d'être surveillé, mais traité, ce qui ne veut pas forcément dire opéré, sans attendre la venue des complications.

2° Le traitement médical par la testostérone, très encourageant, n'est guère encore qu'une espérance, mais il convient aux fibromes jeunes, peu volumineux, hémorragiques.

3° Les rayons X et le radium ont le grand tort de castrer physiologiquement les malades ; de ce fait, ils ne doivent conserver que des indications très restreintes.

4° Le traitement chirurgical, de plus en plus bénin, gagne chaque jour du terrain par son évolution de plus en plus marquée vers la conservation : dans 30 pour 100 des cas environ, on peut utiliser la myomectomie, opération de prédilection, l'hystérectomie fundique, l'hystérectomie supra-isthmique, la myométrectomie, les greffes d'endomètre. Dans les 70 pour 100 des cas où l'hystérectomie totale ou subtotale s'imposera encore, il sera possible, et très utile, le plus souvent, de conserver les ovaires ou mieux encore le bloc ovaire-trompe, même si les annexes, très fréquemment altérées, méritent d'être normalisées par des gestes très simples. Faute de mieux, il restera encore la ressource de la greffe ovarienne dans les grandes lèvres. Désormais donc, la castration totale, jusqu'ici classique, doit céder le pas à une chirurgie conservatrice, gardienne de la féminité.

Dans la deuxième partie, l'auteur étudie les indications adaptées à tels ou tels cas cliniques : indications d'urgence, indications tirées de l'âge, de l'état général, des caractères physiques du fibrome ou de ses complications. En résumé, le traitement actuel du fibrome ne saurait être univoque mais individuel, basé sur ses caractères propres et sur les conditions cliniques particulières à chaque fibromateuse.

Discussion.

— M. **F.-A. Papillon** (Paris), approuve la tendance conservatrice actuelle du rapporteur. Mais, après 40 ans, sauf cas particuliers, la préoccupation de conservation de la menstruation lui semble tout à fait accessoire.

— M. **J.-E. Marcel** (Paris), proteste contre le réflexe chirurgical systématique de beaucoup trop de médecins et de chirurgiens devant un fibrome quels que soient la variété, le siège, la symptomatologie ou l'âge de la malade.

En attendant que la myomectomie devienne l'opération de choix l'auteur continuera à distinguer des *fibromes latents*, dans lesquels il ne conseille l'intervention que lorsqu'ils entraînent la stérilité ou des avortements à répétition, des *fibromes hémorragiques*, qui ne sont tributaires du bistouri ou des rayons X (suivant l'âge) que si un traitement hormonal bien conduit échoue, des *fibromes douloureux* ou *compliqués*, à son avis essentiellement chirurgicaux.

Ont également pris part à la discussion : MM. **Favreau** (Lille), **Schockaert** (Louvain), **Merger** (Paris).

COMMUNICATIONS DIVERSES.

Deux causes d'avortement habituel : les malformations utérines congénitales et isohémo-immunisation maternelle antirhesus. — M. **Joseph A. Schockaert** (Louvain). En présence d'avortements répétés, il faut compléter les examens habituels par l'hystérosalpingographie en vue de découvrir et de traiter éventuellement par la métroplastie de Strassmann, les malformations internes fréquentes. Il faut également rechercher la nombilité d'iso-immunisation précoce de la mère contre l'hémo-antigène Rhésus.

Curettage et stérilité. — M. **Robert Merger** (Paris) développe 4 propositions :

1° Dans les antécédents des femmes stériles, le ou les curettages sont très fréquents : 15 pour 100 pour l'ensemble des stérilités, 50 pour 100 pour les stérilités secondaires.

2° Le curettage a souvent une action néfaste. Eclosion ou propagation de l'infection génitale, destruction de l'endomètre.

3° Les indications du curettage sont souvent mal posées. Des règles simples d'indication sont rappelées.

4° L'exécution du curettage est souvent mauvaise. Témoin les enseignements regrettables donnés par les précis de technique les plus classiques.

Pour l'auteur, le curettage en lui-même est une des causes importantes de la stérilité féminine.

Stérilité et aménorrhée par endométrite tuberculeuse. — MM. **A. Laffont** et **P. Laffargue** (Alger). La tuberculose frappe fréquemment l'endomètre des jeunes femmes musulmanes nord africaines. Lésés par des mariages précoces et des traumatismes sexuels également précoces, les organes génitaux de la femme peuvent être atteints de tuberculose et ne manifester cette tuberculose que par une aménorrhée ou de l'oligoménorrhée. En 8 mois, sur 14 cas d'aménorrhée, les auteurs ont découvert 7 endométrites tuberculeuses.

Métrite et parasitisme intestinal. — M. **Bourgarel** (Alger). Au cours de ces deux dernières années, l'auteur a pu rassembler une centaine d'observations de métrites d'origine intestinale où l'examen de selles a été pratiqué par lui. Cet examen a révélé la présence de parasites intestinaux dans 77 cas : 46 amibiases (amibes dysentériques seules, formes adultes ou kystes, ou associées à d'autres parasites), 8 lambliases, 17 selles à flagellés (trichomonas et tetramitus), 6 ascaridioses.

Ces parasitismes et surtout l'amibiase qui prend une inquiétante extension dans la région algéroise depuis la guerre sont, à ses yeux la cause déterminante du syndrome entéro-génital ou entéro-urogénital rencontré chez ses malades.

Les ménométrorragies du benzolisme professionnel. — M. **Robert Traissac**, Mlle **Paulette Glaunes** et M. **Troupeau** (Bordeaux). Les ménométrorragies benzoliques sont fréquentes dans les milieux ouvriers (industrie de la chaussure, fabrique d'imperméables, industrie du meuble, miroitiers, ateliers de peinture au pistolet, imprimeries, teinturerie). Dans la nouvelle agglomération bordelaise plus de 6.000 travailleurs sont surveillés par le contrôle sanitaire des Assurances sociales. Or 70 pour 100 des femmes présentent des règles abondantes dont 30 pour 100 de véritables hémorragies pathologiques. Leur intérêt est donc capital du simple point de vue social, car, d'une part, le traitement précoce est très efficace et, d'autre part, la moindre atteinte toxique, décelée habituellement par les recherches hématologiques de dépistage, impose l'abandon immédiat et définitif du milieu de travail.

Au point de vue clinique et pathogénique, ces hémorragies toxiques représentent un véritable scorbut expérimental avec hypovitaminose C constatée régulièrement dans cette étude par la méthode d'Espil-Genevois. Les auteurs montrent que ces ménométrorragies sont en grande partie dues à la lésion des corps jaunes de l'ovaire par le benzol qui se fixe avec prédilection sur tous les tissus, ou glandes riches en vitamine C (tissu nerveux, surrénales, etc.).

Le traitement doit être intensif dans tous les cas, même légers. Il comprend essentiellement : hépatothérapi injectable comme dans les anémies, vitaminothérapi intraveineuse à 500 mg. de vitamine C par jour pendan 8 jours ; extrait cortico-surrénal dans les asthénie graves, etc. Le traitement ultérieur est fixé d'après le résultats obtenus. Il doit toujours être d'une durée d 1 an minimum, même si les troubles disparaissent rapi dement.

Test chimique du fonctionnement du corps jaune — MM. **F. Jayle** et **O. Libert** (Paris) présentent un nouvelle méthode de détermination colorimétrique d prégnandiol qui permet d'évaluer quantitativement l sécrétion hormonale du corps jaune au cours du cycl menstruel normal.

Jusqu'à présent cette technique a été utilisée pou l'étude de neuf cycles menstruels normaux et il es encore impossible de prévoir l'importance de l'étendu de ses applications cliniques futures.

C'est la première fois que la chimie met entre le mains du médecin praticien une méthode susceptibl d'évaluer quantitativement la sécrétion d'une gland endocrine. Elle permet déjà de différencier l'activit fonctionnelle du corps jaune au cours du cycle menstrue normal et après la fécondation. Les auteurs en tiren une méthode chimique de diagnostic précoce de l grossesse qui a sur la technique biologique l'avantag de la rapidité.

Douleur élevée croisée cervicale droite au cour d'une rupture de kyste hématique de l'ovair gauche. — M. **A. Aimes** (Montpellier). La douleur élevé survenant après la douleur pelvienne est un signe *de dis tension* : grossesse extra-utérine, hémorragies intra kystiques, abcès ovarien, grossesse angulaire. Elle peu s'observer dans les épanchements peu importants, pa *irritation* du Douglas.

Péritonite par perforation d'un pyosalpinx ; hys térectomie ; embolie post-opératoire ; injectio intraveineuse de novocaïne ; guérison. — M. **A Aimes** (Montpellier). Embolie post-opératoire au 15e jour l'injection intraveineuse de 25 cm^3 de scurocaïne à 1 pour 200 amène la sédation des symptômes, d'emblé très graves, et une guérison rapide.

Séquelles de phlébite et infiltration du splanchnique. — M. **Bur** (Sélestat). 18 observations de phlébite aiguës des extrémités inférieures traitées avec des infil trations du splanchnique de Leriche, 4 à 6 infiltration dans un intervalle de 24 heures pendant 8 à 10 jours ont été nécessaires pour enrayer la phlébite aiguë. Pas d'immobilisation — pas de gouttière — des mouvements dès la première infiltration.

La désensibilisation de la peau et la radiothérapie à doses massives dans le traitement des cancers gynécologiques. — M. **Pierre Lehmann** (Paris). La radiothérapie à doses massives, que rend possible la désensibilisation de la peau, permet de s'attaquer avec des chances de résultat à des cancers étendus, trop souvent considérés *a priori* comme étant au-dessus des possibilités des radiations ; on obtient souvent dans ces cas des améliorations cliniques considérables, avec quelquefois récupération de la valeur sociale des malades, et des survies pouvant atteindre plusieurs années, comme le montrent quelques observations de cancers gynécologiques irradiés à doses massives.

L'indication iliaque basse dans la chirurgie des annexes droites. — M. **Christian Pierra** (Lourdes). Simple, rapide, de réparation aisée et sûre, ne laissant qu'une cicatrice minime, l'incision iliaque basse, trop peu pratiquée, peut être considérée comme la meilleure voie d'exploration et de traitement des lésions annexielles droites mobiles et peu volumineuses.

L'incision doit être économique, mais donner un jour suffisant sur la région annexielle droite. Elle sera donc très interne — à 1 cm. en dehors du muscle droit — très basse — ne dépassant pas en haut l'horizontale qui joint les deux épines iliaques — aussi courte que possible — 3 à 6 cm. Le plan musculaire sera dissocié transversalement à la partie inférieure de l'incision cutanée et la paroi réclinée en bas et en dedans.

Sur les implantations d'œstradiol chez les femmes non hystérectomisées. — Mme **Irène Bernard** (Bordeaux).

I. Applications de la morphologie et du biogramme à la gynécologie. II. Etude comparative de la courbe thermique pendant le cycle menstruel et pendant la grossesse. — M. **Hubert** (Paris).

Une mole de diagnostic difficile. — M. **Courtois** (Saint-Germain-en-Laye).

Anomalie des organes génitaux internes. — M. **Courtois** (Saint Germain en-Laye).

Hystéro-salpingographie et grossesse extra-utérine. — M. **Jean Dalsace** (Paris).

Un cas d'indication thérapeutique erronée. — M. **Salomonson** (Amsterdam).

Les sacro-coxalgies évolutives du cours de la puerpéralité. — M. **H. Bedrine** (Lille).

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS.

Un nouveau vulvostat. — M. **J.-E. Marcel** (Paris) [1].

MAURICE FABRE.

1. Les rapports et comptes rendus du Congrès sont publiés à l'Expansion Scientifique Française, 23, rue du Cherche-Midi.

SOCIÉTÉS DE PARIS

SOCIÉTÉ DE GASTRO-ENTÉROLOGIE DE PARIS

12 Novembre 1945.

A propos du procès-verbal. A propos du traitement de la localisation anorectale de la maladie de Nicolas-Favre. — MM. **Hillemand, R. Viguié** et **Rousseau**, au sujet de la communication de M. Rachet et de ses collaborateurs, rapportent quelques observations de malades guéris par l'association des sulfamides et de la diathermie.

Appendicite pelvienne à forme tumorale. — MM. **Bergeret** et **Champeau** rapportent une observation de cette variété rare d'appendicite. Survenue chez un homme de 47 ans, elle se manifeste pendant plus de 4 ans par des crises douloureuses fébriles avec phénomènes d'obstruction intestinale. Lors de la dernière crise il existait des signes d'occlusion et au toucher rectal on sentait une masse à travers la paroi antérieure du rectum. Le lavement opaque montrait deux images de rétrécissement sur le sigmoïde. Le cæcum était à distance des lésions. Après un établissement d'un anus sur la partie haute du côlon droit, dans un deuxième temps, la laparotomie médiane permit de voir qu'il s'agissait d'une appendicite. La pointe seule de l'appendice plongeait dans une masse inflammatoire pelvienne. A propos de ce cas les auteurs notent les signes qui permettraient de faire le diagnostic de cette forme spéciale d'appendicite. Ce sont : l'ancienneté du début des troubles, l'évolution par crises brusques et fébriles, l'absence de sang dans les selles, l'intégrité de la muqueuse rectale à la rectoscopie, les signes radiologiques.

— M. **Rachet** a vu 2 cas d'appendicite pelvienne qui réalisaient un syndrome dysentérique avec émission de sang et de glaires.

— M. **Porcher** dans 1 cas d'appendicite pelvienne tumorale avec occlusion obtint des images radiologiques qui faisaient penser à une sigmoïdite, alors qu'il s'agissait de périsigmoïdite.

— M. **Basset** demande si l'anus contre nature est toujours indiqué dans ces cas d'appendicite.

— M. **Busson** a observé un malade ayant un syndrome dysentérique et chez lequel il existait une masse perceptible dans le Douglas. L'examen radiologique montrait un rétrécissement du sigmoïde. Le début brutal des troubles, la fièvre lui font penser qu'il s'agit d'une appendicite.

— M. **Sénèque** a vu un malade semblable.

— M. **Lambling** dit que ces appendicites pelviennes posent le problème du diagnostic des tumeurs inflammatoires du petit bassin.

Ulcère simple du côlon. — M. **Delannoy**. M. **Bergeret**, rapporteur, apporte l'observation d'un homme de 24 ans qui entra d'urgence dans son service avec le diagnostic d'appendicite aiguë. Il se plaignait de douleurs dans le flanc droit, sans nausées, ni vomissements, ni fièvre. A chaque crise douloureuse il présentait une diarrhée non sanglante. A l'examen, la douleur provoquée siégeait un peu au-dessus du point de Mac Burney. L'intervention montra qu'il s'agissait d'un ulcère simple siégeant à 5 *cm.* de la valvule iléo-cæcale sur la face postérieure du côlon ascendant. Il fit une hémicolectomie droite en un temps, qui, dans les cas semblables lui semble l'intervention la plus indiquée quand l'état général du malade la rend possible.

Invaginations intestinales par tumeur de l'intestin. — M. **Delannoy**. M. **Bergeret**, rapporteur, présente 8 observations qui confirment l'opinion que dans les 2/3 des cas, chez l'adulte, les invaginations procèdent d'une tumeur intestinale..

Quelques réflexions à propos de 6 cas de gastrectomies totales. — M. **Fontaine**. M. G. **d'Allaines**, rapporteur, dit que l'auteur a fait, de 1935 à 1945, 6 gastrectomies totales pour cancer gastrique. Il décrit une technique spéciale pour la péritonisation de la portion d'œsophage que l'on abaisse dans l'abdomen. Il utilise pour cela les feuillets du mésocôlon transverse. Sur ces 6 cas, l'un succomba par suite d'une erreur de technique, un autre par péricardite. Les autres malades ont guéri. Parmi ceux-ci, l'un 1 an 1/2 après l'intervention, présente une récidive locale, les autres sont en bonne santé et ont été opérés 1 an, 2 ans et 3 ans 1/2 auparavant.

— M. **G. d'Allaines** félicite l'auteur de ces résultats et remarque qu'il semble que la mort, dans les suites opératoires, même tardives, semble souvent due à des phénomènes de collapsus cardiaque. Les fistules sont également cause d'échec opératoire.

— M. **Sénèque**, lui aussi, réserve la gastrectomie totale pour le cancer, mais il rappelle la difficulté qu'il a, même au cours de l'intervention, à distinguer le cancer de certains ulcères calleux haut situés. D'autre part, la résection en gouttière sous-cardiaque, plus indiquée dans le cas d'ulcère, comporte aussi des risques.

— M. **F. Moutier** se demande si les phénomènes de collapsus cardiaque ne sont pas dus à la section des pneumogastriques avant leur bifurcation.

Nécessité d'un régime sans résidu pour la recherche des œufs et kystes de parasites dans les selles. — M. **Goiffon** fait observer qu'il est difficile de trouver des parasites dans des selles volumineuses. Si les résidus sont lourds, la centrifugation les concentre avec les kystes dans le culot, ce qui gêne la lecture de la lame. Pour éviter toute erreur possible, il y a donc lieu de prescrire, dans les 2 ou 3 jours qui précèdent l'examen des selles, un régime alimentaire dont seront exclus les végétaux et les laxatifs cellulosiques. Les purées parfois mal digérées par certains colitiques seront également à éliminer pendant cette période.

J.-M. GORSE.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE DE FRANCE

9 Juillet 1945.

Attentats aux mœurs sur les femmes enceintes. — MM. **Brindeau, Lantuéjoul** et **Desoubry**, rapportent deux observations de rapports sexuels pratiqués par un individu se faisant passer pour médecin, sur des femmes enceintes, sous le fallacieux prétexte de contrôler l'état de leur gestation et de leur prétendue étroitesse du bassin. Cet individu expliquait que l'intromission de sa verge, qu'il dénommait le « sexe à sexe » ou le « sexe 93 » était nécessaire pour apprécier l'évolution de leur grossesse. L'une de ces femmes, particulièrement crédule, accepta, l'autre l'évinça.

Le 245 RP (Pentothal Abott) dans l'exploration du psychisme inconscient. Intérêt médico-légal. — MM. **Delay, Desclaux, Soulairac** et **Suttel** ont utilisé le 245 RP, par voie intraveineuse, sur deux sujets présentant des troubles amnésiques. Chez l'un, le produit a entraîné une extériorisation agressive vis-à-vis de sa maîtresse qu'il avait tenté de tuer, mais n'amena aucun aveu, la réticence qu'il manifestait résultait d'une attitude volontaire. Chez le second, au contraire, l'injection du 245 RP mettait en évidence le caractère volontaire et artificiel des troubles amnésiques et elle permettait d'apprécier l'existence d'un état dépressif avec éléments de schizophrénie. La méthode, intéressante en elle-même, ne peut permettre l'aveu en matière juridique.

Intérêt médico-légal de l'encéphalographie gazeuse dans les démences toxiques (oxyde de carbone et alcoolisme) et les démences traumatiques. — MM. **Delay, Desclaux** et **Maillard** montrent que l'encéphalographie gazeuse permet de mettre en évidence une augmentation du volume des ventricules et ses sillons au cours des démences consécutives à l'intoxication oxycarbonée et dans les démences alcooliques. Des modifications radiologiques analogues sont constatées à la suite des troubles psychiques confusionnels et dépressifs post-traumatiques. Cette investigation permet d'apprécier à sa juste valeur les taux d'invalidité résultants.

La sinistrose existe-t-elle? — M. **Brisard** pose la question et demande, à propos d'un traumatisme de la colonne dorso-lombaire ayant été étiqueté par la suite maladie de Kummell-Verneuil, spondylose puis hystéro-traumatisme, que l'appoint sinistrosique fait apprécier à sa juste valeur et n'augmente pas les taux d'incapacité prévus pour les troubles fonctionnels sans lésion organique décelable.

Libres opinions sur l'enseignement de la psychiatrie. — M. **Leconte** demande que le cadre des médecins d'asile soit profondément réformé dans le sens des idées de Toulouse, que l'enseignement psychiatrique des stagiaires ait lieu dès la troisième année de scolarité, qu'un diplôme autonome de psychiatrie soit institué.

L. DÉROBERT.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

27 Octobre 1945.

Premiers résultats de la radiothérapie des cancers avec désensibilisation de la peau. — M. **P. Lehmann**. La tolérance de la peau aux rayons X peut être doublée, et même triplée, par l'application d'une pommade adrénalino-stovaïnée sur le champ irradié avant chaque séance. Des facteurs généraux agissent également sur la radio-sensibilité ; elle est augmentée par les carences alimentaires et diminuée par l'ingestion d'extrait de muqueuse pylorique et de vitamines. Les doses massives de rayon que ces artifices rendent possibles permettent des reconstructions de métastases osseuses, des disparitions de tumeurs volumineuses, des régressions de tumeurs peu radiosensibles. Un foyer ainsi irradié paraît définitivement cicatrisé et ne se réveille pas en cas de métastases ultérieures.

Le forage de la prostate étudié au cours d'un voyage en Amérique du Nord. — M. **Escande** (Béziers). M. **G. Luys**, rapporteur, présente l'intéressant récit d'un voyage aux Etats-Unis effectué par l'auteur, ayant eu pour but l'étude des différents procédés opératoires destinés à combattre l'hypertrophie de la prostate.

S'étant rendu successivement à New-York — à San Francisco et surtout à la Clinique Mayo, de Rochester — l'auteur est revenu de son voyage avec la conviction ferme et absolue que le forage de la prostate fait à sec est de beaucoup supérieur à la résection endoscopique pratiquée dans l'eau.

Avec le forage de la prostate, les risques opératoires sont nuls et les résultats sont constants et durables.

Les trachéites spasmodiques hypertensives. — M. **L. Michelet** décrit certaines formes de trachéites spasmodiques évoluant avec une poussée transitoire d'hypertension. Ce spasme artériel associé commence avec la poussée de trachéite et cesse avec la guérison de celle-ci. L'évolution est d'environ 3 à 4 semaines. Le traitement symptomatique réside dans l'utilisation des hypotenseurs habituels (trinitrine, gardénal, iodure, etc.) et non dans les sédatifs de la toux, qui eux n'influencent pas ces formes de trachéites. Les trachéites spasmodiques hypertensives sont fréquemment associées à l'asthme. Elles sont également le prodrome avertisseur de l'hypertension permanente.

Recherches sur l'action des moisissures sur le bacille de Koch. — M. **Klotz-Guérard**.

G. LUQUET.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE

10 Avril 1945.

Inégale répartition de la mortalité par tuberculose dans les départements français. — M. **Moin[e]** souligne les écarts qui passent de 60 décès pour 100.00[0] habitants dans le Sud à 250 en Bretagne. Dans de nombreux cas ces inégalités méritent de retenir l'attention. Les établissements de cure modifient sensiblement le tau[x] des départements riches en sana et la Seine-et-Oise, qu[i] reçoit de nombreux malades domiciliés en Seine, souffr[e] une majoration de 30 pour 100, d'où une diminution de 10 pour 100 pour la Seine. Le Lot, avec son sana[to]rium pour femmes, présente une mortalité féminin[e] surpassant celle de l'homme.

D'autres facteurs sont également à retenir : âge moyen des populations, sincérité de la déclaration des causes d[e] la mort. Les différences constatées, 1 à 4, conserven[t] néanmoins une valeur d'orientation, mais la suppressio[n] de ces causes d'erreur s'impose pour le plus grand profi[t] de la lutte contre la tuberculose.

L'inégale répartition de la mortalité par tuberculose pulmonaire dans les arrondissements e[t] quartiers de Paris. — M. **A.-C. Maclouf**. Le rappor[t] entre le taux observé dans l'arrondissement où la morta[li]té est la plus faible et celui observé dans l'arrondis[se]ment où la mortalité est la plus forte est seulemen[t] égal ou supérieur à 1 sur 3.

Le rapport entre le taux observé dans le quartier o[ù] la mortalité est la plus faible et celui observé dans l[e] quartier où la mortalité est la plus forte est égal o[u] supérieur à 1 sur 10.

La moindre mortalité correspond à une densité faibl[e] et la mortalité maxima à une densité forte. Toutefois étant donné que les secteurs à forte densité sont en règl[e] générale habités par des ouvriers, et les secteurs à faibl[e] densité par une population aisée, il est permis de s[e] demander si les résultats obtenus ne s'expliquent pa[s] tout simplement par le milieu social différent.

Des limites de la maladie tuberculeuse de l'homm[e] aux déductions prophylactiques. — M. **E. Bernard**. La distinction formelle entre tuberculose-infection e[t] tuberculose-maladie est un des *credo* de la doctrin[e] régnante en phtisiologie humaine. En comparaison d[e] l'universalité de l'infection, la tuberculose évoluan[t] comme une maladie véritable est considérée comme rela[ti]vement exceptionnelle ; l'infection n'est qu'un fait bio[lo]logique sans apparence clinique et sans commune mesur[e] avec la maladie. Depuis quelque trente ans, il est clas[si]sique d'opposer l'une à l'autre.

Mais il y a un malentendu. On confond dans la morbi[di]dité tuberculeuse l'endémie permanente qui n'attein[t] peut-être que 1 pour 100 des individus vivants et l[e] risque tuberculeux qui mesure le pourcentage des sujet[s] destinés à faire une maladie tuberculeuse au cours d[e] leur existence ; ce pourcentage représente environ 80 pou[r] 100 des sujets en France. Une fois sur 4 ou 5 l'infectio[n] conduit à la maladie. Le fossé numérique entre les deu[x] entités est donc beaucoup moins profond qu'on ne l[e] croit communément. Et l'écart se réduit encore de toute[s] les formes non identifiées ou latentes de la maladie, d[e] toutes les formes non apparentes de la primo-infection.

On observe de plus en plus la filiation qui uni[t] l'agression première aux symptômes initiaux de la phtisi[e] commune. Plus recule l'âge de la tuberculisation, plu[s] souvent celle-ci se fait à l'âge qui est l'âge de la phtisie. C'est alors que la filiation est aisément visible car entr[e] infection et maladie il n'y a souvent qu'un délai restreint, un relais qui soude les étapes des désordres anatomiques.

Dès lors, la maladie tuberculeuse de l'homme non apparaît dans son unité. La primo-infection est le débu[t] même de cette maladie et la phtisie commune, mêm[e] précocement observée, traduit déjà une lésion décom[-] pensée.

La tuberculose initiale éclôt maintenant dans 50 pou[r] 100 des cas entre 15 et 25 ans. C'est elle, et surtout à cet âge, qu'il faut dépister par le Pirquet, surveiller pa[r] le film, traiter par le repos prophylactique et la suppres[-] sion des contages.

Considérations biologiques à propos de 2 cas personnels d'exclusion de paternité. — M. **F. Morel** écartant volontairement toute considération juridique o[u] théologique, relate 2 observations personnelles, très diffé[-] rentes, où il a pu aboutir à des exclusions biologique[s] formelles de paternité. Il saisit l'occasion pour faire u[n] tour d'horizon rapide mais complet de la génétique de[s] groupes sanguins fondamentaux O, A, B, AB ; des sous groupes A 1, A 2, A 1 B, A 2 B ; des types sérologique[s] indépendants M, N, MN. Il rappelle les lois classiques d[e] l'hérédité : 1° Dungern-Hirszfeld ; 2° Bernstein, pour le[s] groupes ; 3° Thomsen-Friedenreich, pour les sous-groupes 4° Landsteiner-Lévine, pour les types sérologiques. I[l] montre que l'étude approfondie des génotypes est seul[e] capable de faire « comprendre » (et non pas simplemen[t] « retenir ») les paradoxes apparents de ces lois, dont i[l] détaille quelques exemples typiques. Il envisage enfin le[s] chances mathématiques d'exclusions de paternité, tant e[n] théorie qu'en pratique, et montre que ces chances aug[-] menteront avec l'individualisme de plus en plus poussé des sangs. En contre-partie, on peut prévoir que, dans l'avenir, il sera sans doute permis de conclure sinon à la certitude, du moins à la « probabilité » d'une paternité.

L'anémie infectieuse du cheval. — M. **A. Lucas**.

Le problème de l'origine des thyroïdes latérales aberrantes. — M. **P.-L. Chigot**.

L. GROLLET.

PETITES CLINIQUES DE "LA PRESSE MÉDICALE"

N° 686.

Ostéome orbito-temporal avec exorbitisme chez des syphilitiques

Par J.-A. Chavany,

Médecin de l'Hôpital du Bon-Secours.

Il est des symptômes en médecine dont la constatation vient couronner l'édifice du diagnostic en précisant de façon péremptoire la cause des troubles morbides, fournissant ainsi une base solide à l'établissement de la thérapeutique appropriée. Il existe cependant des cas où la mise en évidence d'un signe, qui s'avère crucial au premier abord, joue *à rebours* et vient embrouiller une situation clinico-étiologique qui eût été, sans cette surcharge, d'une parfaite clarté.

Voici un cas démonstratif à cet égard.

Une femme de 43 ans vient nous consulter le *8 Août 1944* pour une *importante tuméfaction de la région orbito-temporale gauche* qui la préoccupe surtout au point de vue esthétique, car elle n'est aucunement douloureuse. Cette tuméfaction est apparue il y a quelque cinq à six ans — la malade ne peut en préciser la date; elle était nettement appréciable en 1940 puisqu'à ce moment une radiographie du crâne a été pratiquée. Un tel processus s'est développé de façon lente et insidieuse, progressivement et sans aucun à-coup. Il se manifeste actuellement sous forme d'une *bosse* oblongue, de la grosseur d'un petit œuf de poule, de consistance osseuse; la néo-formation, partant de l'angle supéro-externe de l'orbite dont la palpation montre la déformation lisse et régulière, file horizontalement vers la fosse temporale qu'elle comble en totalité; les pourtours de cette bosse vont en pente tout à fait douce se confondre avec le tissu osseux voisin. Le tégument recouvrant la tumeur indolore à la pression superficielle ou profonde n'a pas changé de coloration, il n'y a pas de circulation veineuse collatérale.

La saillie des deux globes oculaires n'est plus identique, l'œil gauche « sort » davantage que le droit. D'emblée on a tendance à croire qu'il s'agit d'une exophtalmie gauche. A l'analyse on se rend compte que la fente palpébrale gauche n'est pas plus élargie que la droite, que le cercle cornéen gauche n'est pas plus découvert, que le blanc de la sclérotique gauche n'est pas plus dégagé sur la ligne médiane. On a en réalité affaire à un *exorbitisme gauche*, car c'est tout le contenu de l'orbite, paupières comprises, qui est projeté en avant et le fait la paupière supérieure apparaît gonflée avec effacement du sillon sus-palpébral. Cet exorbitisme, apparu il y a deux ans environ, a peu de tendance à s'accroître et reste modéré. Il ne s'accompagne ni de battement anormal, ni de thrill, ni de souffle. Les mouvements des paupières et des globes oculaires sont normaux. Aucune baisse de l'acuité visuelle. Champs visuels normaux. Papilles normales des deux côtés. Réflexes iriens conservés.

La *radiographie* confirme l'origine osseuse de la tumeur et met en évidence ses limites exactes; l'*ostéome* est plus étendu que la clinique ne le montre. Sur *le cliché de face* (nez-menton sur plaque) on note du côté gauche une condensation osseuse qui s'étend de la région orbitaire interne à la région temporale; la suropacité frappe les apophyses orbitaires du frontal et de l'os malaire, la grande aile et la petite aile du sphénoïde ainsi que l'écaille du temporal: celle-ci se montre condensée et épaissie sur une grande hauteur. La forme et les dimensions de la fente sphénoïdale ne sont pas modifiées. *Sur le cliché de profil* on voit très bien la condensation du plafond de l'orbite. l'épaississement de la clinoïde antérieure sans retentissement sur la selle turcique, mais ce qui domine c'est la condensation de toute l'écaille du temporal. lésion plus large qu'une paume de main avec un contour polycyclique dessinant les dentelures périphériques de l'os normal.

Le reste de l'examen somatique s'avère presque sans intérêt. Aucun signe de lésion organique du système nerveux, aucun signe d'hypertension intracranienne.

La longue évolution d'un tel mal, l'état florissant de la santé générale du sujet éliminent la notion de tumeur osseuse maligne. Et le diagnostic qui vient immédiatement à l'esprit est celui de *méningiome en plaque de la grande aile du sphénoïde avec ostéome temporo-orbitaire*. Dans cette curieuse affection en effet le retentissement osseux paraît à première vue constituer toute la maladie. Et cependant il n'est en fait que le témoin de la présence d'une toute petite tumeur sous-jacente. Cette tumeur, minuscule, si on la compare à la réaction osseuse, offre les dimensions d'une pièce de un franc ou d'une pièce de cinq francs et son épaisseur ne dépasse pas quelques millimètres; elle tapisse un point quelconque de la face interne de la dure-mère, spécialement au niveau de la base du crâne.

Ces méningiomes en plaque qui ont fait en France l'objet de la thèse de notre collègue et ami Jacques Brunhes inspirée par notre maître commun Clovis Vincent (Paris, 1939) paraissent actuellement fréquents, presque aussi fréquents que les méningiomes en masse qui ont été classiques avant eux. Age, sexe, évolution torpide, absence de retentissement endocranien, tout concourt à faire admettre un tel diagnostic chez notre malade et nous l'eussions fait sans aucune réserve... si nous ne lui avions découvert par ailleurs *une réaction de Bordet-Wassermann très fortement positive dans le sang* et cela au cours de deux examens successifs. Notre femme soutient cependant n'avoir jamais présenté d'accident syphilitique, n'avoir jamais subi de traitement pour cette maladie. Toutefois une série impressionnante de fausses couches tardives entre 20 et 30 ans apporte une confirmation clinique d'importance au test biologique. En présence d'une telle découverte, la prudence nous a conseillé de surseoir à une opération neuro-chirurgicale et de soumettre notre patiente à un *traitement d'épreuve* en admettant, *à titre provisoire*, la possibilité d'une syphilis cranienne, à forme condensante. Un traitement mixte énergique bismuthique et ioduré a été institué; le Bordet-Wassermann a été négativé en trois mois. Le traitement est en cours depuis un an. Il n'est apparu aucun signe nouveau, en particulier du côté de la vue. L'ostéome n'a guère subi de modifications; certes il ne s'est pas développé mais il n'a pas régressé et notre diagnostic d'avant la prise de sang pourrait bien être le bon. A la première menace du côté des yeux nous ne manquerons pas de conseiller l'intervention.

La *loi des séries* nous a amené à voir en Juillet 1945 une femme de 47 ans présentant un syndrome superposable par de nombreux points au cas précédent. Cette malade présente une *bosse* dure indolore et régulière à la palpation occupant la région orbito-temporale gauche. Il existe une légère élévation de température locale du tégument sous-jacent. On enregistre un *exorbitisme* très marqué de l'œil gauche. La radiographie montre une *condensation osseuse* de topographie à peu près similaire à celle de notre premier cas avec une atteinte un peu moins étendue de l'écaille du temporal. Ces symptômes ont débuté il y a trois ans environ *insidieusement* et se sont accrus petit à petit. La malade se souvient avoir reçu quelques mois avant leur début un *choc violent sur la région malaire gauche*. Elle accuse de temps à autre, à l'occasion des règles, une céphalée de type migraineux durant deux ou trois heures et qui cède au repos.

Le reste de l'examen somatique est à peu près négatif. Il n'existe, en dehors d'une aréflexie achilléenne droite, aucun signe de souffrance du système nerveux. La motilité oculaire est bonne, l'acuité visuelle normale ainsi que les champs visuels. Toutefois les deux papilles optiques sont un peu floues et congestives.

Nous pensons encore une fois dès les premières investigations au diagnostic de méningiome en plaque de l'aile du sphénoïde gauche... Mais la présence *d'un signe d'Argyll-Robertson bilatéral*, typique avec inégalité pupillaire (pupille droite plus grande que pupille gauche) vient encore jeter un doute dans notre esprit, éveillant l'idée de syphilis nerveuse et possiblement de syphilis osseuse concomitante. Ici le Bordet-Wassermann sanguin est négatif et le liquide céphalo-rachidien complètement normal. Nous nous croyons cependant obligé de soumettre la malade au traitement spécifique.

Dans les 2 cas qui viennent d'être exposés nous aurions eu tort, pensons-nous, d'agir autrement que nous l'avons fait. Même la ventriculographie, étant donnée l'exiguïté de la tumeur endocranienne éventuelle ne nous eût pas fourni un complément utile d'information. Mais *nous aurions encore plus tort* de persévérer dans une action thérapeutique à sens unique, si l'affection qui nous occupe progresse sous nos yeux dans les mois qui suivront. Il conviendra si cela s'avère utile de modifier notre point de vue et de ne point continuer à pouter avec un entêtement aveugle sur le tableau syphilis. Nos deux malades sont syphilitiques: la première sûrement, la deuxième très vraisemblablement. Mais cela ne les empêche pas de pouvoir être porteuses d'une variété de tumeur du cerveau ou plutôt de la méninge dure qui n'a rien à voir avec l'infection tréponémique et que seule la neuro-chirurgie peut améliorer ou guérir.

Quoi qu'il en soit, voici deux exemples cliniques d'ensembles syndromiques dans lesquels la *trop grande richesse symptomatique*, loin de servir le diagnostic étiologique, *le fait au contraire hésiter*. Une telle constatation vient confirmer sur le plan médical la vérité du vieil adage populaire qui soutient « qu'abondance de biens nuit souvent ».

Action antiallergique du Champignon de couche

(*Agaricus agrester* L.).

Ce n'est pas la première fois que l'art de guérir puise aux mêmes sources que l'art culinaire : au XVIIIe siècle, la carotte fut préconisée par Bridault pour le traitement du cancer : nous avons, de nos jours, lu une intéressante étude de A. Brissemoret sur les vertus toni-cardiaques du haricot vert et je me crois autorisé à rappeler ce que François Decaux (de Ville) et moi nous avons publié au sujet de l'emploi de la cosse de fève chez les graveleux. Plus récemment encore, M. Daguin nous enseignait l'efficacité du Champignon de couche (*Agaricus campestris* Lin.) contre les états allergiques [1].

En utilisant un extrait préparé par dessiccation dans le vide à basse température, cet auteur a obtenu 90 pour 100 de succès dans des cas d'urticaires aiguës récentes, d'œdème de Quincke, de prurigo strophulus : les améliorations produites dans les urticaires chroniques récidivantes, dans les eczémas non-microbiens et non-mycosiques atteignent le chiffre de 79 pour 100 et se traduisent par la promptitude et par la constance de l'action antiprurigineuse. 80 pour 100 des sujets en proie au coryza spasmodique ont éprouvé les bons effets de la médication et vu cesser le sypmtôme le plus obsédant de la maladie, l'hydrorrhée nasale, résultat d'un haut intérêt en ces temps où il est si difficile de trouver un blanchisseur à qui l'on puisse confier ses mouchoirs.

L'asthme pur correspondant à une sensibilisation vasculo-humorale ou tissulaire, l'asthme d'origine hépatique, à condition que ne les entretienne pas l'existence d'une épine irritative, sont également, dans 70 à 80 pour 100 des cas, justiciables du Champignon de couche. D'une tolérance et d'une innocuité parfaites, on en prescrit l'extrait à la dose de 8 à 12 comprimés renfermant 0,50 de principe actif : la posologie sera moins élevée chez les enfants (1 à 4 comprimés à 2 ans, 4 à 8 de 2 à 10 ans).

Telle est, dans sa simplicité, la médication que M. Daguin place en tête des méthodes désensibilisatrices actuellement existantes et qu'à la suite de faits cliniques observés en toute impartialité il déclare renforcer l'équilibre du terrain humoral, permettre l'accoutumance au choc et apporter un secours précieux dans le traitement du grand groupe des maladies de diathèse.

Voilà de quoi rendre rêveurs les diététiciens qui, au nom de l'hygiène, anathématisent les champignons ou n'en tolèrent l'usage que chez les privilégiés dont l'appareil digestif rivalise avec celui de l'autruche.

Henri Leclerc.

1. P. P. Daguin : Sur un nouveau mode de traitement phytothérapique des états allergiques par l'extrait d'*Agaricus campestris* *Thèse de Paris*, 1944.

CHRONIQUES

Radio-éléments artificiels et neutrons en cancérothérapie

La découverte des radio-éléments artificiels, la réalisation facile de puissants faisceaux de neutrons, la désintégration ralentie de l'uranium, ainsi que l'accélération très rapide des électrons grâce aux appareils « bêtatrons », sont susceptibles, par les nouvelles radiations émises, d'apporter en biologie et dans le traitement des différents cancers un certain nombre de possibilités qu'il est intéressant d'étudier.

a) *Emploi des radio-éléments artificiels.* — Tout d'abord, il est possible de faire avaler ou d'injecter par voie veineuse à un sujet, un radio-élément et de rechercher ensuite son métabolisme dans les différents organes. Comme ce radio-élément n'est toujours qu'une faible proportion de son isotope actif dont il est chimiquement inséparable, il sera assez facile de déterminer ainsi, par la répartition du corps radio-actif, celle du métal ou métalloïde non actif employé d'habitude en thérapeutique. C'est ce qu'on appelle utiliser un radio-élément comme « indicateur ». Deux conditions sont cependant indispensables: il ne faut pas injecter de substance radio-active dont la vie soit trop longue et susceptible de se fixer dans des organes d'où elle continuerait, en émettant des rayons actifs, à avoir une action cellulicide et déglobulisante grave. Ce serait renouveler volontairement les accidents du thorium X employé dans le rhumatisme, accidents dus à la présence d'une impureté à vie longue: le radio-thorium. Il ne faut pas non plus que la vie moyenne soit trop courte afin que l'observateur ait le temps nécessaire pour étudier les différents tropismes de la substance. La fixation de l'élément radio-actif est recherchée et dosée le plus souvent sur le vivant à l'aide d'un compteur de rayons du type Geiger après l'étalonnage de celui-ci en micro-curies, en tenant compte chaque fois de la perte d'activité de l'élément par rapport à sa *période de destruction*. S'il s'agit de recherches chez l'animal, il sera facile de sacrifier celui-ci au moment favorable et de faire des recherches de répartition plus fines à l'aide de *curiegraphies:* après application de la coupe histologique sur une plaque photographique, on pourra ainsi vérifier que certains noyaux ont une certaine affinité pour le corps actif. Parmi les radio-éléments qui ont été étudiés en U.S.A. nous citerons le *phosphore radio-actif*, que l'on retrouve avec prédilection dans le tissu osseux; le *radio-sodium* qui ne semble pas avoir d'action élective, et que l'on retrouve surtout dans les humeurs ; le *radio-calcium* qui va surtout dans les os, les dents, le cœur. En France, Sue et Leblond ont étudié le *radio-iode* dont l'activité se retrouve très vite dans la thyroïde ; ces auteurs ont montré que la présence de l'hormone hypophysaire favorisait le passage de l'iode dans la glande thyroïde ; de même Mallet et Le Camus ont étudié le *radio-phosphore* et montré que l'affinité de ce corps pour les os avait pour conséquence un abaissement important des polynucléaires.

Cette remarque permet de laisser prévoir que les radio-éléments ne se borneront pas à jouer seulement le rôle d'indicateurs en physiologie, mais pourront aussi déterminer des *effets réels en thérapeutique*. En effet, on comprend que le *radio-phosphore*, qui, nous venons de le voir, possède une électivité particulière pour les os et qui émet un rayonnement β de l'ordre de celui de la série du radium, puisse avoir une activité élective dans les maladies de la moelle osseuse: Lawrence y pensa le premier et étudia des leucémies myéloïdes qui furent nettement améliorées. La formule sanguine se modifie dans un sens favorable et la rate diminue. En ce qui concerne le cancer, il est également permis d'espérer que le radio-phosphore pourra avoir une action bienfaisante, puisque les curiegraphies montrent que les cellules néoplasiques en concentrent une plus forte proportion dans leur noyau que les cellules saines. Cette propriété apparaît du reste particulièrement imprudente de leur part, puisqu'en introduisant ainsi au niveau de leur partie vitale un élément générateur d'électrons négatifs elles s'exposent à un auto-bombardement destructif de leur noyau même.

A l'heure actuelle, une quarantaine d'éléments radio-actifs artificiels ont été étudiés aux Etats-Unis. Whipple a pu suivre grâce au radio-fer ${}_{26}Fe^{59}$ qui émet des électrons négatifs et des rayons γ le métabolisme du fer ordinaire. Beaucoup plus fortement retenu par les animaux anémiques que par les animaux témoins, le fer est converti presque entièrement en hémoglobine (hématies et moelle osseuse). Erf et Pecher ont montré la manière dont les radio-éléments calcium ${}_{20}Ca^{45}$ (sous forme de lactate de calcium) et strontium ${}_{38}Sr^{89}$ (lactate de strontium) ainsi que le fer se retrouvent dans le lait des vaches et en ont tiré d'importantes déductions en ce qui concerne l'alimentation à donner à ces animaux pour obtenir un lait satisfaisant pour les enfants. Jones et Wrobell ont constaté que le phosphate de chrome à phosphore radio-actif ${}_{15}P^{32}$ se retrouve presque uniquement dans le foie (90 pour 100) [principalement dans les cellules de Kupffer] et dans la rate (6.3 pour 100), marquant une évidente sympathie pour les cellules du tissu réticulo-endothélial mais un dédain presque complet pour les os (1.5 pour 100). On avait espéré que les cellules cancéreuses de la thyroïde marqueraient un pouvoir de fixation assez élevé vis-à-vis du radio-iode ${}_{53}I^{131}$, mais Hamilton et Soley ont montré qu'il n'en était rien et qu'il n'y avait aucun espoir de détruire ainsi les cellules cancéreuses par les rayons β et γ émis par cet élément. Il est également curieux de constater sur les *histographies* que, tandis que la thyroïde se charge fortement de radio-iode, la parathyroïde n'en absorbe aucune partie. Ces auteurs ont pu détruire la thyroïde chez les animaux par injection de radio-iode et comme conséquence obtenir de bons résultats dans le goitre toxique.

Des essais thérapeutiques curieux ont été réalisés avec le strontium Sr^{89} (sous forme de lactate) émetteur comme P^{32} de rayons β (dont la période de demi-destruction est égale à cinquante-cinq jours), en raison de sa forte fixation par les os. En particulier, il a été essayé dans le cancer métastatique de la prostate et dans le sarcome ostéogénique; dans ce dernier des autoradiographies ont montré chez l'homme une forte concentration de radioactivité dans la tumeur ainsi qu'au niveau des cartilages épiphysaires en évolution. Ces derniers apparaissent sur les films avec une grande netteté. Mais ici comme pour les essais de traitement du lymphosarcome par le radio-phosphore P^{32} (sous forme de phosphate de soude) il y a lieu de se méfier d'une action trop intense de Sr^{89} sur les globules blancs, action susceptible de déterminer des leucopénies dangereuses. Mais, inversement, Sr^{89} constitue un traitement idéal de la polyglobulie.

b) *Emploi thérapeutique des neutrons dans le cancer.* — Nous avons déjà donné un aperçu de cette action dans le cancer au cours d'un article écrit, retour d'Amérique en 1937, en collaboration avec J. Belot [1]. Après y avoir expliqué le fonctionnement du cyclotron de Lawrence et la production des neutrons, nous y donnions un aperçu de leur action sur les tissus vivants, fort différente de celle des rayons X et gamma. En effet, il apparaît tout d'abord que la pénétration de ces projectiles, émis à une très grande vitesse, étant très considérable, la répartition de leurs effets dans le volume du corps humain sera meilleure que pour les rayons gamma durs; autrement dit, les « rapports en profondeur » seront plus élevés. En effet, animés d'une grande vitesse, les neutrons qui sont électriquement neutres, ne produisent par eux-mêmes aucune ionisation et sont amenés à traverser la matière, particulièrement lacunaire pour eux, sans que la probabilité d'un choc nucléaire soit très grande. Lorsqu'il se produit tout de même une collision avec un noyau (il s'agit généralement d'un noyau léger comme celui de l'atome d'hydrogène), ce choc très violent donne une très forte impulsion à l'atome abordé lequel perd son électron et devient ainsi un proton. C'est le trajet de ce proton (plus court que celui des ions des rayons X et gamma) qui devient fortement ionisant pour les cellules voisines du point de choc. (A la fin de son parcours, le proton retrouve un électron et redevient atome d'hydrogène.) Quant au neutron incident, qui aura abandonné dans le choc une partie de son énergie, il pourra reprendre sa route simplement ralentie et déviée par la collision, comme le ferait une boule de billard. Nous verrons dans un instant quel est son devenir.

Dans d'autres cas beaucoup plus rares, la rencontre entre neutron et atome *s'accompagne d'une transmutation:* par exemple, si le noyau frappé est un noyau d'oxygène, il se formera un atome de fluor radio-actif; le chlore pourra donner du radio-phosphore; le carbone du beryllium, et le phosphore du silicium. *La plupart de ces mutations s'accompagnent d'émission à travers les tissus environnants de rayons α ou β*, et fait très important, ces corps radio-actifs instables ayant une vie limitée, *ces actions se continuent après la fin de l'irradiation neutronique incidente dans la mesure où le permet la durée de vie des radio-éléments formés.* Notion tout à fait nouvelle qui n'apparaît en aucune façon dans les irradiations X et gamma déjà connues.

Voyons maintenant ce que devient le neutron incident: après plusieurs chocs sur des noyaux d'hydrogène, il a vu sa vitesse diminuer peu à peu. Il peut alors ou bien sortir du tissu irradié, ou bien, *grâce à sa faible vitesse*, être capté par effet Fermi par un proton libre avec formation d'un deuton, noyau d'hydrogène lourd. Il y aurait alors émission d'un rayonnement gamma dur.

En résumé, on pouvait prévoir à la lumière de la physique atomique que l'action de la *neutronthérapie* sur le cancer serait très différente de celle des rayons X et gamma en ce qui concerne la répartition du rayonnement qui y prend naissance. En effet, le faisceau des neutrons primitifs se répartit d'une manière beaucoup plus homogène en profondeur (tout au moins dans un milieu homogène) et l'ionisation définitive à laquelle donnent naissance les protons formés est beaucoup plus intense — cent fois plus — que celle des électrons qui constituent l'agent ultime d'action des rayons X et gamma. Nous le faisions déjà prévoir en 1937 en nous reportant aux travaux de Bouwers qui considérait que les effets des neutrons sont cinq fois plus intenses sur le cancer mammaire des animaux que les rayons X. A cette action se mêle du reste celle du rayonnement γ émis ainsi que celle des éléments radio-actifs produits dont les effets (bombardement α ou β) continuent à se faire sentir après la fin de l'irradiation neutronique.

Quant aux modalités de traitement par neutronthérapie, il ne saurait être question d'en parler ici. Il faut cependant rappeler ses caractéristiques les plus curieuses, qui sont en rapport avec la difficulté presque insurmontable que l'on éprouve à se protéger contre les neutrons: en effet, grâce à leurs propriétés tout à fait paradoxales, les neutrons sont à l'inverse de ce qui se passe pour les rayons X et γ très peu affectés par des épaisseurs très importantes de plomb. On est contraint, pour les arrêter, de disposer de très grandes épaisseurs d'eau (autant que possible borée) ou de paraffine. Des épaisseurs de 1 *m.* à 1 *m.* 50 sont nécessaires... On devine que ces précautions indispensables ne facilitent pas la pratique de l'irradiation des malades.

On voit les immenses possibilités créées par les applications thérapeutiques des corps radio-actifs artificiels et des neutrons. Mais, si les désintégrations naturelles comme celle du radium ou celle des radio-

1. J. Belot et R. Coliez : Etat actuel de la Rœntgenthérapie à très haut voltage aux Etats-Unis. *Journal de Radiologie*, juin 1938, 22, n° 6, 237

éléments libèrent **une certaine énergie**, il faut bien dire qu'à l'échelle du **laboratoire celle-ci** reste toujours relativement **faible**.

V. — La désintégration atomique provoquée.

Tout autre est la désintégration qui nous est présentée aujourd'hui comme faisant l'objet d'une nouvelle découverte : il s'agit maintenant de la désintégration brutale avec rupture nucléaire d'un noyau ultra-lourd, isotope de l'uranium ordinaire 238 et que l'on a appelé U 235 [2]. Non seulement cette désintégration provoquée ne se fait plus avec la lenteur des transmutations naturelles (centaines d'années pour le radium, millions d'années des périodes géologiques pour l'uranium [3], mais elle présente des caractères absolument inverses : elle est d'une part *totale* (ou presque totale) pour toute la masse préparée pour l'expérience, et d'autre part elle a lieu en une *fraction de seconde*. De plus, il ne s'agit pas d'une fragmentation *très inégale* comme celle que nous avons vue tout à l'heure pour le radium, et donnant naissance à un élément comportant encore un noyau très lourd et toujours radio-actif : il s'agit d'une fragmentation en deux ou en plusieurs morceaux *sensiblement égaux* [4] comme dans les expériences parfaitement connues de Fermi en 1934. Or, on a beaucoup discuté sur les phénomènes qui peuvent se passer au moment même de l'explosion de la bombe atomique. Il a été parlé de dégagement calorifique considérable, atteignant 100.000 degrés, ainsi que de la production d'une flamme très blanche émettant une lumière aveuglante. Tous ces faits sont dans l'ordre et nos astronomes assistent journellement dans le ciel à des explosions très violentes donnant naissance à des étoiles extrêmement lumineuses, qui correspondent certainement à la désintégration brutale et inexplicable pour nous de mondes lointains appelés « novae » lesquels rejoignent du reste très rapidement le néant après quelques jours d'embrasement. Mais il nous vient justement des étoiles et plus particulièrement des nébuleuses, en plus de leur lumière, des ondes de longueur d'onde différente qui sont des rayons gamma très durs et que l'on appelle les rayons cosmiques. Ces rayons qui sont probablement émis au cours des catastrophes sidérales ont probablement leur homologue, à petite échelle, au moment de l'explosion de la bombe atomique : celle-ci émet très probablement des rayons gamma (ou cosmiques) et aussi des neutrons [5]. Il n'est donc pas ridicule de penser que lorsque les physiciens auront appris à libérer l'énergie nucléaire autrement que sous forme explosive, lorsqu'ils pourront maîtriser le phénomène, les médecins électro-radiologistes se trouveront en présence d'appareils capables de donner des faisceaux puissants de neutrons ou de rayons gamma ultra-pénétrants susceptibles d'apporter dans le traitement des cancers le considérable progrès thérapeutique qu'ils avaient l'espoir de voir se réaliser depuis des années.

Du reste, il n'est pas impossible de combiner quelques-unes de ces nouvelles méthodes [6] de traitement : on peut injecter dans un cancer superficiel un élément chimique facilement activable par neutrons (une solution d'argent par exemple) et irradier ensuite la tumeur par une forte source de neutrons (Sahmias). On aurait ainsi des effets multiples : ionisation par les noyaux d'hydrogène projetés par les neutrons, émission locale de rayons bêta et gamma, cet effet pouvant subsister après la fin de l'irradiation neutronique pendant toute la durée de la vie des radio-éléments formés.

VI. — La part de la science atomique française.

Pour terminer, nous voudrions rendre un hommage très admiratif à la science des physiciens français dont on n'a peut-être pas assez parlé dans les nombreux articles consacrés par nos quotidiens à la réalisation anglo-américaine : on peut dire que presque toutes les recherches qui ont abouti à la destruction de Hiroshima et Nagasaki ont pour base des travaux français. C'est Becquerel en effet (prix Nobel 1903) qui découvrit la radioactivité en 1896 et justement en étudiant les minerais d'uranium, le métal-vedette de ces derniers jours ; nous passons sur les travaux de Pierre et de Marie Curie connus de tous ; mais le souvenir de la grande figure de Jean Perrin (prix Nobel 1926), le premier savant qui put compter les atomes, est loin d'être oublié ; Maurice de Broglie contribua pour une grande part à la connaissance de la structure fine des atomes par l'étude serrée des spectres de rayons X ; Louis de Broglie (prix Nobel 1929) a vu son nom attaché universellement à la mécanique ondulatoire ; et il faut également citer le regretté Holweck (victime de la barbarie allemande) pour ses recherches sur les tubes et les radiations X de grande longueur d'onde ; enfin Frédéric Joliot (prix Nobel 1935) et Irène Joliot-Curie, par la découverte de la radioactivité artificielle, ont pris une part considérable dans la cascade de découvertes qui a abouti à la libération de l'énergie atomique. D'autant que si Lawrence a construit le premier cyclotron, il faut bien rappeler que c'est le physicien français Thibaud qui s'attaqua l'un des premiers à l'accélération des protons à l'aide d'impulsions successives produites par un appareil à très haute fréquence. Par ailleurs, les travaux de Joliot-Curie et Savitch étaient bien connus des initiés qui n'ignoraient pas que pour ces auteurs il était apparu dès Octobre 1937 que certains isotopes de l'uranium apparaissaient plus faciles à fissurer et même à briser par bombardement de neutrons (avec formation de baryum, lanthane, strontium, etc...). Mais ainsi que l'a déclaré M. Joliot, en raison de l'occupation allemande, les expériences qu'il réalisait ne purent être poursuivies qu'en Angleterre où il envoya plusieurs de ses élèves avant l'occupation. Du reste, tous les physiciens n'abordèrent pas ce problème sans une certaine appréhension, car il faut ici faire intervenir un phénomène nouveau qui est la notion de « réaction en chaîne ».

Dans l'expérience fondamentale américaine on s'adressa à deux variétés particulièrement sensibles d'uranium que l'on soumit à un bombardement par neutrons lents : d'une part l'*uranium 235* et d'autre part le *plutonium*. L'uranium 235, isotope rare de U 238 ne peut en être séparé à l'échelle industrielle que par l'action de très puissants « spectrographes de masse » ; le second, corps transuranien de numéro atomique 94, s'obtient par bombardement de U 238 avec transformation intermédiaire en *neptunium 93*. L'un et l'autre de ces corps (U 23 ou plutonium) ont certainement été employés dan les bombes atomiques : on peut imaginer qu'il exist au centre de la bombe une substance radio-activ (émettrice de rayons α) isolée par un écran de plomb qui, au moment choisi pour le déclanchement, s trouve brusquement découverte. Les rayons α vien nent alors frapper une cible de beryllium, d'o émission de neutrons. Ces neutrons frappent alor les premiers atomes de U 235 ou de plutonium e déterminent leur rupture. Celle-ci donne naissanc ainsi qu'on l'a vu à deux fragments sensiblemen égaux avec dégagement d'une énergie énorme e libération nouvelle de neutrons. Ce sont ces neutrons libérés qui constituèrent la grande inconnue de la première expérience de grande envergure tentée par les Américains dans le désert du Nouveau Mexique : en effet, on était en droit de se demander si ces neutrons libérés avec une certaine vitesse ne provoqueraient pas de proche en proche la désintégration des atomes voisins. Certains auteurs se demandaient même si la réaction commencée ne se poursuivrait pas indéfiniment, comme l'explosion d'un premier wagon d'un train de munitions se propage de proche en proche à tous les autres. Le phénomène de désintégration gagnerait-il les atomes de toute la matière... terrestre ? Le péril n'était donc pas local, mais « planétaire ». La terre eut alors embrasé le ciel d'une lueur immense, pour s'éteindre très vite, laissant un pauvre lumignon stellaire presque invisible sur lequel toute vie aurait disparu. Grâce à ce procédé, beaucoup de difficultés politiques et internationales eussent été réglées définitivement. Mais les « expériences » ont montré (peut-être grâce à quelques précautions) que la réaction « en chaîne » ne se propageait pas plus loin que les atomes d'uranium présents et « préparés ». Toutes ces possibilités avaient du reste été prévues par Joliot qui avait pensé exécuter certaines expériences en plein Sahara.

On voit donc que la part française dans la découverte de la « bombe atomique » reste considérable. On a dit que les Allemands étaient également près du but et que les menaces de Hitler parlant d'une « arme nouvelle » concernaient également une invention ayant pour base la libération de l'énergie atomique. Il est bien exact qu'en 1939 les Allemands Hahn et Strassmann avaient réussi également à briser le noyau d'uranium et constaté l'énergie dégagée. Des usines avaient été repérées par l'Intelligence Service, en particulier en Norvège, où l'on produisait industriellement grâce aux chutes d'eau gigantesque de Rhukan, l' « eau lourde » (ou oxyde de déteurium) avec laquelle les nazis comptaient transformer (grâce aux deutons émis en grande quantité) les atomes d'uranium ; d'autres usines furent repérées, en particulier celles de Hillersleben, où un travail fiévreux s'accomplissait mais que la R. A. F. se chargea de pulvériser.

On peut donc dire que dans la lutte à mort des laboratoires, le surclassement n'a été obtenu que de justesse et qu'il a tenu à fort peu de chose que la victoire ne changeât de camp... Notre patrimoine artistique, Paris tout entier, nous presque tous, ainsi que la vieille Angleterre eussions disparu et la lutte se fût continuée de continent à continent. A l'heure actuelle, les Anglo-Saxons semblent encore détenir à la fois la méthode de fabrication massive d'un uranium spécial et surtout le secret de l'*amorçage* du premier atome de la bombe, ce premier maillon de la chaîne qui aboutit à l'éclatement de toute la masse. Nul doute que la guerre finie, les Anglo-Américains ne dirigent leurs recherches vers des buts industriels pratiques. Comme nous le disions plus haut, l'électro-radiologie, par la réalisation de la *neutronthérapie* et de *l'hypergammathérapie*, et la médecine tout entière, profiteront alors en même temps de ces réalisations de paix. Joliot a du reste déclaré récemment que, de son côté, il détenait déjà le moyen de ralentir les réactions grâce à des matelas d'atomes légers. Ainsi freinée, la désintégration de l'atome va concourir au progrès (et peut-être au bonheur) humain au lieu de déterminer sa destruction.

Robert Coliez,
Médecin électro-radiologiste
des Hôpitaux de Paris.

(Centre anti-cancéreux de l'Hôpital Necker.)

2. Cet isotope est très rare puisqu'il n'intervient dans l'uranium naturel que dans une proportion de 0,7 pour 100 d'où des difficultés industrielles très considérables pour le séparer, emploi de moyens très puissants, nécessité d'usines très importantes comportant des milliers d'ouvriers, et prix de revient considérable).

3. La moitié des atomes de radium éclatent en 1.590 ans, à raison d'un atome sur 73 milliards d'atomes présents par seconde. La durée de demi-destruction de l'uranium atteint 44 millions de siècles.

4. *Cesium* et *rubidium* avec émission de deux ou trois neutrons.

5. On a du reste signalé que les sujets qui à Hiroshima avaient pu échapper au choc atomique ont présenté dans les [j]ours qui suivirent des réactions cutanées très accentuées [a]vec brûlures. Il est possible que ces brûlures soient dues [à] des rayons ultra-violets. Mais d'autres observations qui [o]nt fait état d'une anémie globulaire très marquée avec [c]hute des cheveux au dixième jour et mort au dix-neuvième [f]ont penser à une réaction hyperintense par rayons gamma. [L]es derniers renseignements recueillis par la marine amé[r]icaine six semaines après le bombardement atomique de [N]agasaki ont montré que le sol n'était pas resté radio-actif [e]t que les accidents tardifs semblent dus à l'action de [«] rayons atomiques » du type gamma ayant pris naissance [a]u moment de l'explosion : la moelle osseuse est touchée, [l]es hémorragies sont variées et la leucopénie atteint fréquem[m]ent 1.500. Le rayonnement atomique agirait aussi sur les [p]laquettes sanguines (?), les temps de saignement mesurés étant souvent de trente minutes et même d'une heure (Services de Presse Américains.)

6. De curieuses applications prennent du reste naissance chaque jour : on se sert déjà dans l'industrie américaine du *radio-yttrium* qui semble avoir remplacé les foyers de rayons X ou gamma employés en métallographie (radiographie des grosses pièces d'artillerie). Plusieurs sources de rayons gamma très pénétrants sont du reste déjà connues : des hélions accélérés projetés sur le beryllium donnent des rayons gamma de 5 millions d'eV., des protons accélérés sur le lithium ou sur le bore donnent respectivement des rayons gamma de 17 et 16 MeV.

Par ailleurs, il est possible que les appareils de rayons X soient bientôt complètement modifiés : en 1939, le Professeur Kerst, de l'Université de l'Illinois, a décrit le principe d'un appareil appelé *bêtatron*, destiné à accélérer les électrons négatifs jusqu'à des vitesses voisines de la vitesse de la lumière. On réalise ainsi la synthèse des rayons bêta émis par le radium et il est même très facile d'en obtenir de beaucoup plus durs et de les employer en thérapeutique. Le bêtatron peut facilement donner naissance à des faisceaux de rayons X très durs : il suffit pour cela de lancer un faisceau d'électrons sur une anticathode de tungstène. On obtient alors très facilement des rayons X aussi pénétrants que les rayons gamma du radium. Le dernier bêtatron de la G. E. C. O. de Schenectady, actuellement en construction, fera 100 millions de volts ; il donnera des rayons cosmiques et pourra réaliser par ionisation d'éléments lourds une véritable synthèse de la matière.

Le Service de Santé de la Résistance

L'ouvrage que vient de faire paraître le médecin lieutenant Pierre Canlorbe [1] est ce qu'on peut appeler un livre de foi et de bonne foi, car si l'on découvre à chaque page la sigillation manifeste d'une foi ardente dans les destinées de notre pays, s'il y montre que le grand honneur des médecins français « fut et reste leur généreuse folie qui, dès la naissance de la Résistance, les conduisit à son berceau », il s'appuie sur une si riche et si consciencieuse documentation qu'il serait impossible qu'il se trouvât un critique pour supposer que l'enthousiasme ait atténué, le moins du monde, en lui le sens de l'objectivité. Pascal déclarait qu'il croyait aux histoires dont les témoins se sont fait égorger. Or peu s'en est fallu que l'auteur ait payé de sa vie son dévouement à la plus noble des causes. Dénoncé à la Gestapo, après avoir subi une longue incarcération au cours de laquelle on eut toutes les raisons de craindre que son nom ne figurât parmi ceux des nombreuses victimes de l'astuce, de la barbarie et de la cruauté germaniques, il prit part aux combats des F. F. I. dans un secteur exposé, profitant des moments où s'apaisait la tourmente pour travailler, secondé par une vaillante compagne, à l'œuvre qui restera un monument *ære perennis* élevé à la gloire du Corps médical français.

Ce qu'il s'est proposé de mettre en lumière dans cet ouvrage, c'est, non seulement l'activité de la Résistance médicale, mais ce que fut la Résistance depuis le jour où elle naquit jusqu'à celui où l'aube de la Libération resplendit à l'horizon, c'est le contact toujours intime et la participation aux mêmes risques qui établirent entre les médecins et les combattants un infrangible lien.

La partie historique par laquelle débute ce livre nous montre que les médecins furent, en effet, parmi les premiers membres de la Résistance, abstraction faite de toute activité professionnelle, et, dans les récits qui nous viennent de la Bretagne et d'autres régions, nous les voyons courant, avec d'autres, intellectuels et ouvriers, les dangers qu'entraînaient les parachutages, les camouflages, les sabotages et autres actes qui provoquaient de la part de l'ennemi d'impitoyablement cruelles répressions.

Mais à mesure que l'organisation de la Résistance se faisait plus complexe — et Dieu sait si elle le fut ! — et s'étendait à tout le territoire, à mesure surtout que corps francs et maquis commençaient leurs opérations, la nécessité s'imposait qu'un véritable service de Santé intervînt. Les activités remarquables mais éparses des différents groupements furent coordonnées à la demande du Comité français de Libération nationale et c'est ainsi que fut créé le Comité médical de la Résistance présidé par le Prof. Pasteur Vallery-Radot qui fut, avec le Prof. Robert Debré, le grand animateur de la Résistance médicale.

A cette esquisse historique fait suite un important chapitre sur l'organisation du service de Santé, sur la façon dont fut tendu le réseau médical clandestin, sur sa structure, ses moyens et ses buts. Il est coupé d'anecdotes gaies ou tragiques dont Canlorbe évoque le souvenir avec l'alacrité du témoin visuel à laquelle se mêle souvent une poignante émotion que traduisent un élan de commisération, la tendresse fraternelle vers ceux qu'on ne verra plus, un cri d'indignation au penser des atrocités commises par une race ayant atteint le paroxysme de l'inhumanité. Je me reprocherais de ne pas citer ce passage où l'auteur exprime l'impression que lui ont laissée la bonne humeur, l'entrain, la camaraderie qui caractérisaient la Résistance et créaient une atmosphère extraordinairement sympathique : « Quand on parle de la Résistance, ce sont les grands mots maintenant, les poses tragiques : l'opéra d'ailleurs plutôt que l'hymne. A vrai dire nous aimons l'hymne mais guère l'opéra. Pas plus que les combattants du front, les hommes de la Résistance ne prononçaient de sentences définitives ou de mots héroïques, en essuyant furtivement une larme photogénique au coin de l'œil. Non, on savait que c'était pour la France : on le savait simplement, une bonne fois pour toutes. » En résumé, ce chapitre nous permet de voir clairement l'immense effort fait à travers toute la France : la Résistance et son succès ne furent pas l'effet du hasard mais d'un long et périlleux travail grâce auquel chaînes et réseaux, sanitaires ou non, purent, le moment venu, jouer leur rôle ; et toujours de nouveaux volontaires remplaçaient ceux que la Gestapo emmenait un beau matin : dans les villes et dans les maquis, nous étions prêts.

Après une rapide notice sur le service du matériel sanitaire où figurent des chiffres qui nous font toucher du doigt l'importance quantitative de l'effort réalisé, la partie consacrée au fonctionnement du Service de Santé nous retrace, animée d'anecdotes intensément vivantes qui lui confèrent l'intérêt d'un roman, mais d'un roman vécu, l'activité du Service de Santé étroitement uni à cette armée qui, dans toute la France et particulièrement dans le maquis, « se bat, obscure, inconnue presque autant de ses amis que de ses ennemis » : elle a pour épilogue un tableau, vigoureusement brossé, de la bataille de Paris, jamais, jusqu'à ce jour, décrite de ce point de vue.

L'auteur exprime le souhait que son ouvrage fasse mieux connaître « le vrai visage de la Résistance, masqué aujourd'hui comme hier » : qu'il soit assuré que ce souhait est pleinement exaucé. Pour quiconque aura lu ce livre dans lequel un style robuste, souple et richement nuancé se met au service de la vérité et des pensées les plus élevées, la conclusion s'imposera que « contribuer à rendre à la France sa place dans le monde, tel fut le but de la Résistance médicale française » qui appartient à l'Histoire, de même que son esprit, que Pierre Canlorbe définit « un amour agissant et intransigeant de l'homme », appartient à nos lendemains glorieux.

Henri Leclerc.

1. Dr Pierre Canlorbe. *Le service de santé de la Résistance*, vol. de 212 pages (Amédée Legrand et Jean Bertrand, éditeurs, 93, boulevard Saint-Germain), 1945.

Le typhus des hammams

Au cours de l'épidémie qui sévit à Fez depuis 1941, l'attention de M. E. Secret [1] a été particulièrement attirée sur ce fait paradoxal que le typhus épargne nombre de pouilleux pour frapper cruellement les Fassis, bourgeois citadins musulmans d'un niveau social élevé. Aisés et soignés dans l'habillement comme dans la nourriture et le logement, ces sujets sont astreints par leur religion à des ablutions fréquentes. Cette propreté corporelle et vestimentaire réalise des conditions défavorables à la commensalité des poux, qui n'ont été que rarement trouvés dans leurs vêtements. Ce typhus des Fassis est, dans la règle, un *typhus sans poux*, consécutif à une séance de hammam huit jours avant. M. Secret a recherché comment peut s'y réaliser la contamination, comment un baigneur entré sain au hammam peut en sortir porteur de germes.

*
**

C'est un jeudi soir. Une clientèle nombreuse et mêlée de citadins et de blédards se presse à travers les salles de l'étuve. Dans le vestiaire aux portemanteaux encombrés l'entrant, qui ne trouve aucune patère libre, dépose sa djellaba sur le sol, au contact d'habits étrangers. Au dépôt des seaux de bois, il choisit un seau non mouillé et indemne de poux, celui que justement vient de rapporter un client qui a terminé. Il range dans ce seau chemise de rechange, serviette, objets de toilette et vêtements de dessous, et emporte le tout dans l'étuve. Parvenu dans la salle du fond, au « dharli », notre homme écarte deux baigneurs pour obtenir la petite place où il s'accroupit. L'eau de rinçage de ses voisins coule jusqu'à lui. Après avoir procédé aux ablutions rituelles, le baigneur, à l'aide d'un rasoir de sûreté, s'épile aisselles, pubis et au-dessous. Puis, son masseur habituel arrive, le masse, le frotte à mains nues en s'aidant des ongles, enfin le frictionne avec le même gant de laine qui a servi à décaper un précédent baigneur. Au bout de quarante minutes, le patient se lève et gagne la salle tiède où il reprend souffle. Avec la serviette de son seau-vestiaire, il essuie, en insistant sur les yeux embués de sueur. Du même seau, il retire la chemise propre qu'il revêt, puis il enroule la serviette autour de sa tête en laissant libres les yeux. De retour à la salle-vestiaire, il s'allonge, les jambes nues en dehors de la chemise et posées directement sur la natte de repos; il reste ainsi pendant un quart d'heure environ, jusqu'à diminution de la transpiration. Pendant ce temps, ses voisins se déshabillent ou se réhabillent en agitant leurs vêtements au-dessus de lui, certains fellahs faisant intentionnellement tomber des poux sur les citadins. Enfin, le baigneur rentre chez lui et se couche, en conservant la chemise revêtue après le bain, qui a pu le contaminer au cours de l'une de ses phases successives :

1° *Pendant les ablutions collectives*. M. Secret a pratiqué dans deux hammams des prélèvements au niveau du conduit collecteur de l'eau des ablutions. Il en fit des examens microscopiques et pratiqua des inoculations au cobaye du culot de centrifugation. Aucun cobaye ne fut atteint de typhus même avec de l'eau provenant des ablutions et du rinçage après massage d'un convalescent typhique porteur de poux.

2° *Au cours du massage*. Vers le septième jour de la défervescence, les convalescents typhiques ont l'habitude d'aller au hammam. M. Secret accompagna donc 10 d'entre eux, dont 5 bourgeois sans parasites et 5 prolétaires plus ou moins parasités et non épouillés. Après leur frotte, le baigneur sain suivant fut frotté avec le même gant. Or, aucun des baigneurs sains ne contracta le typhus; chez 3 d'entre eux, on put, vingt-cinq jours plus tard pratiquer un Weil-Félix, qui se montra positif deux fois : la friction ne donne donc pas de typhus apparent. D'autre part, sur 9 masseurs, aucun n'avait un W.-F. positif, et aucun des 22 masseurs n'a contracté le typhus depuis le début de l'épidémie. Vraisemblablement se sont-ils immunisés du fait de leurs contacts répétés.

3° *Au moyen du seau-vestiaire*. Le baigneur choisit habituellement un seau sec, qui a servi de vestiaire à de précédents baigneurs. Ceux-ci peuvent avoir été parasités et leur linge a saupoudré les parois du seau des déjections pulvérulentes rickettsifères des poux ; à plus forte raison s'il s'est agi d'un convalescent de typhus ou d'un typhique au début. Les chiures de poux typhiques adhèrent alors au linge du baigneur, qui s'essuie ensuite avec une serviette souillée et revêt une chemise également souillée, sur une peau particulièrement réceptive du fait du massage et de la chaleur. Les observations de M. Secret montrent que le seau-vestiaire détient le rôle capital.

4° *Durant le repos post-balnéaire*, le baigneur peut également se contaminer, surtout si, les purifications achevées, il fait, sur une natte spéciale, ses prières avec l'amplitude musulmane des gestes qui détermine un brassage de poussières.

Les divers temps du bain maure préparent le terrain du baigneur à l'infection, en provoquant un état de fatigue générale et des altérations de muqueuses et de la peau : congestion et turgescence des conjonctives et muqueuses nasales ; turgescence et excoriations des muqueuses génitales, surtout chez les hommes qui viennent au hammam après un rapport sexuel, ou les femmes qui s'y présentent pour la purification rituelle au lendemain de règles; irritation ano-rectale surtout chez des amibiens. Expérimentalement, l'auteur a constaté la possibilité de la transmission d'un typhus murin inapparent par voie ano-génitale. Même milieu favorable créé au niveau de la peau rasée par le massage micro-traumatisant.

L'atmosphère d'étuve du bain maure n'est pas assez élevée en température et pression pour tuer les poux. L'eau du hammam tue rapidement les rickettsies, mais le seau-vestiaire garde à l'abri du contact liquide les poussières rickettsifères des vêtements pouilleux.

Ce typhus de bourgeois sans poux éclôt huit jours après une séance de bain. Chez les citadins, propres, il n'entraîne que rarement des contagions d'entourage. Mais les gens des tribus qui, venant en ville ne manquent pas d'aller au hammam et s'y contaminent, sont ensuite, chez eux, le point de départ d'épidémies rurales.

Les statistiques montrent que ces cas sont surtout fréquents chez les hommes : ceci tient à ce que les femmes emportent habituellement au hammam un seau de cuivre personnel. La recrudescence des cas au lendemain des fêtes religieuses est en relation avec l'afflux des baigneurs dans les hammams à la veille des Aïds ; les jours d'affluence au cours de la semaine sont le jeudi et le vendredi.

La connaissance du typhus des hammams ne doit nullement faire condamner le hammam, mais conduire à le moderniser suivant un plan qui vise à supprimer les causes de contamination, notamment par antiseptisation des seaux-vestiaires qui paraissent être, dans les conditions présentes le facteur principal de dissémination du typhus. Ainsi la purification rituelle du hammam serait elle étendue au delà du corps jusqu'aux vêtements conformément à l'esprit de la religion musulmane et les bains maures cesseraient d'être un réservoir de virus, une source de contagion, pour devenir au contraire une arme efficace dans la prophylaxie du typhus et d'autres épidémies.

L. Rivet.

1. E. Secret (Fez) : Le typhus des hammams. *Maroc-Médical*, Avril-Mai 1945, n° 253 ; Juin-Juillet 1945, n° 254.

Livres Nouveaux

Technique du traitement des fractures, par L. Böhler (Traduction d'après la 7e édition de M. Boppe, 2 volumes, 1.690 pages et 3.068 figures (*Editions Médicales de France*), Paris, 1944).

Lorsqu'il signala au public la première édition française de l'important livre de L. Böhler, M. Lenormant (*Journal de Chirurgie*, **44**, 741) a bien dit tout l'intérêt que présentait, pour les chirurgiens de toutes sortes, cet ouvrage qui, conçu dans un esprit pratique, plein de détails non négligeables, doit amener ceux qui sont appelés à donner leurs soins aux fractures, à perfectionner leur technique et à accorder plus de confiance aux méthodes orthopédiques qu'aux sanglantes.

Dans l'édition, dont M. Boppe donne aujourd'hui la traduction, on remarque, pourtant, un ostracisme vis-à-vis de l'ostéosynthèse, moins absolu qu'il y a dix ans. Mais l'actuel livre de L. Böhler a aussi gagné en ampleur (près de 1.700 pages au lieu de 650) ; il comporte des chapitres neufs, ayant trait aux lésions des articulations, à la thérapeutique des fractures infectées, aux résultats lointains du traitement des fractures, à la chirurgie du temps de guerre, et le long exposé, en une centaine de pages, de l'importance sociale du traitement des fractures.

Autant de points intéressants sur lesquels les chirurgiens de France, grâce à Boppe, connaîtront à présent, l'opinion de Böhler.

Jean Patel.

Manuel de Médecine sociale (A handbook of social Medicine), par F. Grundy (*Gibbs, Bamforth et Cie*), Luton, 1945.

Ce petit livre est le résumé des leçons faites par F. Grundy aux élèves sages-femmes, il profite donc d'une expérience de plusieurs années d'enseignement et contient tout ce qui est indispensable à connaître pour une sage-femme. Ces notions d'hygiène et de médecine sociale seront l'ailleurs également utiles pour les infirmières, les assistantes sociales et tous ceux qui s'occupent d'hygiène et de médecine sociale.

Le premier chapitre montre l'organisation de l'hygiène sociale en Angleterre depuis les formations locales jusqu'au ministère de la Santé publique. Ce sont ensuite les notions générales sur la santé, l'hygiène industrielle, l'alimentation et l'habitation ; puis des notions de droit civil se rapportant à l'enfant (affiliation, légitimation, adoption), à son éducation et à sa santé et à l'organisation des services médicaux.

Une partie du livre a trait à la prophylaxie et au contrôle des maladies infectieuses et aux statistiques. Les derniers chapitres sont plus spécialement consacrés à la profession de sage-femme et à la législation qui la régit.

Des photographies, des schémas rendent plus frappantes certaines parties du texte.

Robert Clément.

Traitement de certaines anuries par l'infiltration anesthésique du pédicule rénal, par Jacques Gaujoux. Préface du Professeur Chauvin. 1 vol. de 155 pages (*Maloine, éd.*), Paris.

Cet ouvrage fait honneur à l'école urologique marseillaise qui fut une des premières à préconiser l'infiltration anesthésique du sympathique dans les anuries. Le traitement des anuries n'est envisagé par Jacques Gaujoux qu'après avoir mis en évidence le rôle du système neurovégétatif dans l'anurie. Une étude anatomique de l'innervation du rein et de ses voies excrétrices, les données actuelles de la physiologie de la sécrétion rénale solidement étayées par les recherches de Reilly précèdent un essai de classification physio-pathogénique des anuries. L'action du blocage anesthésique des nerfs vaso-moteurs du rein et moteurs de son appareil excréteur est envisagée par M. Gaujoux au cours des diverses formes d'anuries et les observations rapportées dans ce travail attestent la valeur thérapeutique chaque fois que l'action nerveuse peut être invoquée dans le déclanchement de l'anurie. Ce livre qui contient une description détaillée de la technique de l'I. P. R. et précise ses indications, doit contribuer à la large diffusion d'une méthode qui, sans être exclusive, a pris place dans le traitement des anuries.

René Küss.

Études sur le sperme humain, par Ch. Joel. 1 vol. de 154 pages avec 10 tableaux, 3 figures dans le texte, 4 courbes et 8 planches photog. (*Benno Schwabe et Cie, édit.*), Bâle, 1942.

Après une revue historique, Joel étudie les divers aspects du spermatozoïde normal et pathologique, ainsi que l'action de différents ferments chimiques sur le spermatozoïde. La durée normale de la vie du spermatozoïde dans le vagin est de 60 minutes, dans le col utérin de 40 heures, et dans le cavum utérin de 24 heures.

L'examen séminal de 300 hommes mariés, après examens macroscopiques, microscopiques, chimiques et biologiques, montrent que dans les mariages stériles, l'homme est responsable dans 49 pour 100 des cas. Une bibliographie étendue termine l'ouvrage.

R. B.

LA MÉDECINE A TRAVERS LE MONDE

Belgique.

Sur l'initiative du Prof. Langelez, de Bruxelles, vient de se fonder la Société belge de Médecine du Travail.

Nombreux sont les médecins qui avaient répondu à l'invitation du Comité organisateur, témoignant ainsi de l'intérêt qui s'attache en Belgique aux nombreuses questions relatives à la médecine du travail

Au cours de l'Assemblée statutaire qui s'est tenue le samedi 29 Septembre dans les locaux de la Fondation Universitaire, le Prof. Langelez fut élu à l'unanimité président de la nouvelle Société, les Prof. Brull, de Liège et Lambin, de Louvain, vice-présidents, le Dr Uytdenhoef, médecin principal du travail au Ministère du Travail, étant chargé du secrétariat.

* * *

Le journal *Le Scalpel* a repris sa publication tout récemment. Le monde médical a réservé l'accueil le plus sympathique à cette Revue que les circonstances avaient empêché de paraître depuis de nombreux mois. Il a été particulièrement heureux de voir le Dr Tricot-Royer reprendre les fonctions de rédacteur en chef qu'il a remplies avec tant de compétence et d'autorité dans des moments difficiles.

G. D.

Canada.

La Qualification des spécialistes au Canada.

Cette question de la qualification des spécialistes qui a fait tant couler d'encre et qui reste encore à l'état de projet en France est résolue au Canada, nous apprend *l'Union Médicale du Canada*.

Le Collège royal des Médecins et des Chirurgiens, qui est en somme comparable à l'Ordre des Médecins en France, en a été chargé.

Au Canada ont été reconnues d'emblée comme spécialités : l'anesthésie, la dermato-syphiligraphie, la chirurgie générale, la médecine interne, la neurologie et psychiatrie, l'obstétrique et gynécologie, l'orthopédie, l'ophtalmologie, l'oto-rhino-laryngologie, la pédiatrie, la radiologie, l'urologie.

Ultérieurement ont été ajoutées : la neuro-chirurgie, l'anatomie pathologique, la bactériologie.

Pratiquement, tous les médecins qui exerçaient une de ces spécialités depuis plus de cinq ans ont été qualifiés sans examen, car il aurait été injuste de demander aux spécialistes les plus anciens de fournir la preuve d'un entraînement égal à celui que l'on requiert du spécialiste actuel ou de les soumettre à des examens.

Mais cette période de qualification sans examen touche à sa fin et en 1946, sauf de rares exceptions de médecins de grande distinction, la qualification ne sera accordée qu'après une série d'études sanctionnées par un examen spécial.

Enfin, il a été créé au Canada des agrégations spécialisées en dermato-syphiligraphie, neurologie et psychiatrie, pédiatrie, radiologie, neuro-chirurgie, obstétrique et gynécologie, orthopédie, urologie.

Le diplôme d'agrégé (Fellow) indique un degré de qualification plus élevé que le certificat de spécialiste.

États-Unis.

L'Armée américaine ne disposait au début de la guerre que d'un service pharmaceutique très réduit composé de 18 officiers. Peu après Pearl Harbour, l'Association des Pharmaciens des U. S., approuvée par la Chambre des Députés et par le Sénat demanda la création d'un corps de pharmaciens de l'armée. Elle se heurta tout d'abord à la même opposition du commandement qu'en Angleterre. Mais il fut créé cependant un U. S. Pharmacy-Corps comprenant 72 officiers professionnels doublé d'un corps de réserve. Les pharmaciens enrôlés ayant leur diplôme sont d'emblée lieutenants et gravissent les divers échelons des grades comme les médecins.

Grande-Bretagne.

Sous les auspices des gouvernements alliés a été créé à Londres un Centre bibliothécaire interallié destiné à centraliser les livres provenant de la récupération en pays ennemis ou de dons et à reconstituer les bibliothèques britanniques et européennes détruites pendant la guerre. Les livres affluent à la cadence de 20.000 à 30.000 par semaine. La distribution n'est pas encore commencée sauf en faveur du British Museum, qui a le droit de choisir le premier un exemplaire de tout ouvrage qu'il ne possède pas. On estime que les pertes des bibliothèques sur le continent s'élèvent à plusieurs millions, portant surtout sur les ouvrages techniques, scientifiques et juridiques et sur les collections des bulletins des Sociétés savantes. (*Médecine et Hygiène*.)

Pénurie de médecins civils en Grande-Bretagne.

Sur les 17.000 médecins mobilisés, 1.500 seront démobilisés pour la fin de l'année. Comme 750.000 soldats seront également démobilisés, il en résultera que la population civile manquera de médecins d'autant plus que pendant la guerre les Ecoles de Médecine ont été pratiquement fermées. On estime qu'il manque également 15.000 infirmières.

Une Ecole universitaire dans un camp de prisonniers

Le Comité international de la Croix-Rouge ayant constaté qu'il y avait parmi les prisonniers allemands 200 étudiants en médecine répartis dans tous les camps les autorités britanniques viennent de décider de les grouper dans un seul centre et de créer une Ecole de Médecine pour eux.

* * *

Mme Ida Mann vient d'être nommée par l'Université d'Oxford à la chaire de Clinique ophtalmologique. C'est la première fois qu'une femme obtient une chaire d'enseignement à titre universitaire. Le nouveau professeur est connu pour ses travaux sur l'embryologie oculaire et sur l'anatomie comparée.

* * *

Le Comité britannique pour l'étude des épidémies scolaires a publié récemment des statistiques portant sur 20.000 garçons et 7.000 filles. Ces dernières sont plus résistantes aux infections que les garçons. Pour une fille souffrant d'otite on compte deux garçons, pour une fille atteinte de rhumatismes on relève onze garçons, pour une fille souffrant d'affection pulmonaire, trois garçons par contre, l'appendicite fait davantage de victimes chez les filles.

Grèce.

Par décret Royal, la Faculté de Médecine de l'Université de Salonique est rouverte à partir du 1er Octobre de cette année. Elle comprend pour le moment 15 chaires dans lesquelles sont nommés les professeurs titulaires suivants :

X. Michalakeas, Anatomie descriptive.
A. Kotsaftis, Physiologie.
S. Samaras, Pathologie générale et Anatomie pathologique.
D. Kouretas, Clinique neurologique et psychiatrique
A. Alexandridis, Clinique médicale.
G. Delijannis, Clinique propédeutique et de pathologie interne.
G. Tsoutsoulopoulos, Clinique gynécologique.
G. Hatzivassiliou, Bactériologie et Hygiène.
A. Missirloglou et M. Sigalas, Clinique chirurgicale
J. Eliakis, Médecine légale et Toxicologie.
D. Klisiounis, Pharmacologie et Matière médicale.

M. le Dr Ch. Doukas est nommé professeur extraordinaire de Clinique dermatologique et vénéréologie.

Hongrie.

Pendant l'occupation allemande, le savant hongrois Szent-Gyongyi a été arrêté à maintes reprises pour son opposition au national-socialisme. L'ambassade suédoise avait obtenu un passe-port de protection et l'avait inscrit pour la forme parmi ses employés. Il fut arrêté de nouveau quelque temps avant la libération de Budapest puis enfin délivré par les Russes.

Suisse.

Statistique hospitalière.

Médecine et Hygiène publie une statistique intéressant concernant l'organisation hospitalière en Suisse tirée de la *Veska-Zeitschrift*, publication spécialisée dans les questions hospitalières. A la fin de 1942, la Suisse comptait 500 hôpitaux disposant de 64.000 lits dont 27 pour 100 affectés aux cliniques psychiatriques et 14 pour 100 aux sanatoria. Chaque groupe de 10.000 habitants pouvait disposer de 150 lits d'hôpital, moyenne très élevée si on la compare à celle des autres pays (92 lits en Allemagne 57 lits en Italie). La répartition est également intéressante à considérer : 362 hôpitaux avec 38.264 lits se trouvant dans les centres de moins de 10.000 habitants

Sur les 7.800 médecins que compte la Suisse, 1.573 médecins, c'est-à-dire le 1/5 sont absorbés par les hôpitaux. Dans ceux-ci se trouvent employées 24.000 personnes y compris les médecins ; se décomposant en 1.038 pharmaciens, assistantes sociales, aumôniers, 10.440 infirmiers, dont 8.667 femmes, 11.010 personnes pour le ménage et les gros travaux.

Proportionnellement ce sont les sanatoria qui exigent le plus de personnel, les hôpitaux d'enfants, le moins. Dans les sanatoria on compte une infirmière pour 6,4 malades, dans les hôpitaux psychiatriques une pour 15,5 malades, dans les asiles d'épileptiques une pour 35,9 malades.

En 1942, 422.176 malades ont été hospitalisés dont 21.414 tuberculeux, 26.324 psycho-névropathes et 1.383 épileptiques, tous malades qui immobilisent longtemps les lits.

La mortalité a été de 42 pour 1.000 malades.

* * *

Sur les 50.000 réfugiés qui se trouvaient en Suisse il y a eu à peine 500 médecins.

Certains de ceux-ci ont été chargés de remplacements par suite de la mobilisation des médecins.

Dans les camps d'internement on fut obligé de faire appel à des médecins internés, mais il fut nécessaire de leur faire suivre un stage dans les hôpitaux et de les faire participer par la suite aux cours de perfectionnement de la Croix-Rouge suisse.

INFORMATIONS

SÉANCE INAUGURALE
du Conseil de surveillance de l'Assistance publique

Le Conseil de surveillance ne s'était pas réuni depuis la libération, une partie de ses attributions ayant été remplies durant cette période par le Comité de Libération de l'Assistance. Durant ces derniers mois, la composition du Conseil avait été partiellement modifiée et c'est une nouvelle Assemblée comprenant environ la moitié des membres de l'ancien Conseil et plusieurs personnalités nouvelles, dont deux conseillères Mesdames Richard et Tabaté, qui vient d'entrer en fonctions.

La séance inaugurale s'est déroulée le jeudi 13 Décembre. Elle était présidée par M. Prigent, ministre de la Population, qui avait tenu à marquer ainsi l'intérêt qu'il porte à l'état de santé de la population parisienne, si durement éprouvée au cours de ces dernières années. Après les allocutions de M. le Préfet de la Seine et de M. Lecomte, Secrétaire général de l'Assistance publique, le ministre prit la parole. Il indiqua les efforts que fait le gouvernement pour instituer un vaste plan de sécurité sociale, visant à protéger chacun contre la maladie. Il signala l'intérêt qu'il prend à la tentative de réalisation d'un « hôpital toutes classes » qui doit avoir prochainement lieu à l'Hôpital Beaujon, et à la généralisation ultérieure de ce projet.

Le Conseil procéda ensuite à l'élection de ses Commissions permanentes : *Finances, Domaines, Travaux et Fournitures, Service de Santé*, et créa, sur la proposition de M. Neumeyer, une nouvelle Commission spéciale d'Etudes destinée à l'examen *des problèmes les plus urgents soulevés par la situation actuelle.*

Conseil Supérieur d'Hygiène publique de France

— Ont été nommés *membres* du Conseil supérieur : MM. les Prof. Cathala et Hauduroy.

— Ont été nommés *auditeurs* au Conseil supérieur dans les catégories suivantes :

Bactériologistes : MM. Nevot, P. Giroud.

Docteurs en médecine : MM. Boyer, Maurice, Brouet, médecins des Hôpitaux de Paris.

Chimistes, physiciens, pharmaciens : M. le Prof. Valette.

Fonctionnaires sanitaires : M. Salmon.

Vétérinaires : M. Ch. Leblois.

Ministère de la Population

Parmi les membres du cabinet de M. Prigent, ministre de la Population, nous avons relevé les noms suivants :

Directeur du Cabinet : Dr J. Calla. — *Attachés de Cabinet* : Médecin colonel Brunel, Drs H. Péquignot, J. Trémolières et C. Zimmern. — *Chargé de mission* : Dr M. Mayer.

Conseil permanent d'Hygiène Sociale

Par arrêté du 16 Novembre 1945, sont nommés membres du Conseil permanent d'Hygiène sociale :

M. le médecin général inspecteur Costedoat, Professeur agrégé du Val-de-Grâce (Commission de la tuberculose et commission de l'hygiène mentale et de l'alcoolisme).

M. Prevost, médecin des hôpitaux de Paris (Commission de la tuberculose).

M. le médecin général inspecteur Jame, Professeur agrégé du Val-de-Grâce (Commission des maladies vénériennes).

Université de Paris

Vacances de Noël et du Jour de l'An 1946

La Faculté (cours, travaux pratiques et examens) vaquera du dimanche 23 Décembre au mercredi 2 Janvier 1946 inclus.

Les cours, travaux pratiques et examens reprendront le jeudi matin 3 Janvier 1946.

Secrétariat. — Les bureaux du secrétariat seront fermés les 24 et 25 Décembre et les 31 Décembre et 1er Janvier. En dehors de ces 4 jours, le secrétariat sera ouvert comme en période normale.

Bibliothèque. — La bibliothèque sera fermée du dimanche 23 Décembre au mercredi 2 Janvier inclus.

Clinique Médicale Propédeutique de l'Hôpital Broussais (Prof. Pasteur Vallery-Radot). — Les consultations ont lieu : Mardi et vendredi, à 9 h. 30. MM. Israel et Joman : Maladies des reins. Hypertension. Mercredi et samedi, à 9 h. 30. M. Blamoutier : Maladies allergiques, asthme, migraines, urticaire. Jeudi, à 9 h., M. Hamburger : Obésité et maigreur.

Cours de perfectionnement de Biochimie médicale (Conférences d'actualités). — *Programme du mois de Janvier* 1946. 9 Janvier. Prof. A. Lespagnol : Constitution chimique et action pharmacodynamique. — 16 Janvier. Prof. Ch. Sannié : Sur les glucosides stéroliques. — 23 Janvier. Prof. Jayle : Exploration chimique et biologique de l'activité hormonale du corps jaune et du placenta. — 30 Janvier. Mlle Eliane Lebreton : Effets des anesthésiques sur les oxydations cellulaires.

Ces conférences ont lieu, à 18 h., à l'Amphithéâtre du Laboratoire de Chimie médicale (Prof. M. Polonovski).

Universités de Province

Faculté de Médecine de Nancy. — Sont nommés Maîtres de Conférences honoraires : MM. A. Rosenthal, Bono, anciens chargés de cours ; Zuber, ancien chef de travaux.

Ecole de Médecine de Limoges. — M. P. Gérard, professeur, est rétabli dans ses fonctions à compter du 20 Novembre 1944.

Centres régionaux d'éducation sanitaire

Un Centre régional d'éducation sanitaire à Strasbourg est créé sous l'autorité du directeur régional de la Santé.

M. Robert Tulasne, *professeur agrégé* d'hygiène à la Faculté de Médecine, est nommé directeur.

Hôpitaux et Hospices

Hôpital de Vaugirard (389, rue de Vaugirard). — Les réunions de confrontations radio-anatomo-cliniques, sous la direction de MM. Chiray, Gutmann et Sénèque, auront lieu à partir de l'année 1946 le *deuxième dimanche* de chaque mois, à 10 heures, à la Clinique de Vaugirard.

Radiodiagnostic digestif clinique (Hôpital Saint-Antoine. Service central de Radiologie : Dr Porcher). — Les réunions du dimanche annoncées dans *La Presse Médicale* du 8 Décembre comme devant avoir lieu les 2e et 4e dimanches du mois, à 10 h., sont reportées, à partir de Janvier, aux 1er et 3e dimanches, à la même heure (Service central de Radiologie, Salle du Musée).

Inspection de la Santé

— M. J. Raffali est nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé de la *Loire*.

— M. Raugé, médecin inspecteur de la Santé de la Lozère, est admis à faire valoir ses droits à la retraite.

— M. J. Robert est nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé dans l'*Hérault*.

— M. Finance, inspecteur régional des services d'assistance en service détaché, secrétaire général de l'administration de l'Assistance publique à Marseille, est *nommé inspecteur général de la Santé et de l'Assistance.*

— Mlle Mangin, médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé de la Meurthe-et-Moselle, est affectée dans la *Moselle*.

— L'arrêté du 6 Août 1945 nommant M. Richard, médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé dans le département des *Ardennes* est rapporté.

— Mme Kirchaker est nommée médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé dans les *Pyrénées-Orientales*.

— M. Gaillot est nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé du département de la *Meuse*.

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

Médecin directeur à l'hôpital psychiatrique de Dury-les-Amiens (Somme). — Le poste est actuellement vacant. S'adresser à la direction du personnel (2e bureau), 7, rue de Tilsitt, Paris-XVIIe, dans un délai de trois semaines à compter du 8 Décembre 1945.

Hôpital psychiatrique interdépartemental de Clermont-de-l'Oise. — Plusieurs postes d'Internes en Médecine sont actuellement vacants. Indemnité annuelle de début : 26 000 francs (plus logement, chauffage, éclairage et nourriture à titre gratuit). Avoir 12 inscriptions au minimum.

S'adresser au Directeur de l'Etablissement.

Hôpital psychiatrique de Pau. — Un ou deux postes d'interne en médecine vont être vacants le 1er Janvier 1946 pour des candidats pourvus de 16 inscriptions validées et de préférence célibataires : 28.500 fr. pour la 1re année ; 31.500 fr. pour la 2e année. Pour les internes pourvus du titre de docteur : 39 000 fr. pour la 1re année ; 42.000 fr pour la 2e année, plus les *avantages en nature* et habituels. S'adresser au Médecin-Directeur.

SERVICES PÉNITENTIAIRES

Sont nommés médecins :

Des prisons de *Strasbourg* : M. P. Wennagel, en remplacement de M. Aufschlager, démissionnaire.

De la maison d'arrêt de *Mont-de-Marsan* : M. B. Lalande, en remplacement de M. Pailhes, démissionnaire.

De la maison d'arrêt de *Niort* : M. C. Marchand, en remplacement de M. Marboeuf, démissionnaire.

Hygiène Scolaire et Universitaire

Contrôle médical scolaire : Des médecins examinateurs scolaires (conventionnés à temps complet) sont demandé pour plusieurs Académies. Traitement, 120.000 à 150 000 fr. plus diverses indemnités et frais de déplacement. Renseignements au ministère de l'Education Nationale, direction de l'Hygiène scolaire et universitaire, 5, rue Auguste Vacquerie, Paris-XVIe, Klé. 04-91.

SANATORIUMS, PRÉVENTORIUMS ET DISPENSAIRES ANTITUBERCULEUX

Sanatorium Etienne-Clémentel, Saint-Jean-d'en-Haut (Puy-de-Dôme). — Un poste de médecin adjoint est actuellement vacant.

Les candidatures devront être adressées à la direction du personnel (2e bureau), 7, rue de Tilsitt, Paris-XVIIe, dans un délai de trois semaines à dater du 6 Décembre 1945.

Médecin phtisiologue des Dispensaires d'hygiène sociale de l'Aube. — Un concours sur titres est ouvert à la Préfecture. Traitement de 120.000 à 210.000 fr. (plus indemnité de résidence et les avantages familiaux).

S'adresser à la Direction départementale de la Santé, ancien Evêché, à Troyes, avant le 31 Décembre 1945.

Un concours sur titres pour un poste de médecin des dispensaires antituberculeux de la Dordogne aura lieu le 27 Décembre 1945. Inscriptions avant le 25 Décembre à la Préfecture de la Dordogne (avec exposé des titres et copie des diplômes).

Concours et places vacantes

Chirurgien de l'Hôpital de Confolens (Charente) — Un concours sur titres est ouvert pour 1 poste. S'inscrire avant le 10 Janvier 1946, à la Direction régionale de la Santé, 12, rue Victor-Hugo, à Poitiers.

Nouvelles diverses

Académie de Médecine. — La dernière séance de l'année 1945 (séance annuelle avec remise des Prix) a eu lieu le mardi 18 Décembre. La première séance de l'année est fixée au mardi 8 Janvier 1946.

Société Médicale des Hôpitaux de Paris. — La dernière séance de l'année 1945 a eu lieu le vendredi 21 Décembre. La première séance de l'année 1946 est fixé au vendredi 11 Janvier.

La Société d'Etudes Scientifiques sur la Tuberculose se réunira le samedi 12 Janvier 1946, à 15 h. 66, boulevard Saint-Michel à Paris. Secrétaire général Dr Courcoux, 224, boulevard Saint-Germain, Paris-6e.

Le Syndicat des Assistants et Attachés d'Electro Radiologie des Hôpitaux de Paris vient de se reconstituer avec comme membres : MM. Guillaumont, *Président* ; Montmignault, *Vice-Président* ; Quivy, *Secrétaire général* ; Prunel, *Trésorier* ; Pulsord, *Secrétaire de séances* ; Touchausse, Hélie, Hickel, Le Canuet, *membres du Conseil*.

Corps de Santé militaire. — Les nominations de M. le médecin colonel S. Arène au grade de médecin général et au grade de médecin général inspecteur sont confirmées. (*J. O.*, 9 Novembre 1945.)

— Pour *réparation d'un préjudice de carrière*, M. L. médecin commandant L. Gallois est réintégré dans les cadres de l'armée active, sans interruption de service.

— Pour *réparation d'un préjudice de carrière*, la promotion du médecin lieutenant-colonel C. Monteux, au grade de médecin colonel, est confirmée.

Le prix 1944 de l'Académie Duchenne de Boulogne, d'une valeur de 10.000 fr., a été attribué à M. Jacques Charpy pour sa méthode de traitement du lupus tuberculeux.

Rappelons que le but de l'Académie est de récompenser un travailleur indépendant qui, par ses propres travaux, aura fait progresser la science médicale.

Les mémoires, inédits et non encore récompensés doivent être envoyés, avant le 31 Décembre de chaque année, au Secrétariat de l'Académie, 60, boulevard Latour-Maubourg, Paris.

Prix Van Meter. — L'Association américaine pour l'Etude du goitre décernera le prix VAN METER, de 300 dollars et deux mentions honorables, au meilleur travail originol (en anglais) qui lui sera soumis sur les problèmes relatifs à la *glande thyroïde*. Envoyer les travaux au Dr T. C. DAVISON, 207, Doctors Building, Atlanta 3 Georgia, jusqu'au 20 Février 1946.

La Maison de la Médecine, 17, avenue de l'Observatoire, Paris-6e, ouvre un *Service d'Entr'aide* ayant pour but de mettre en relation les Etudiants en fin d'Etudes médicales et les médecins désireux de se faire remplacer ou de se faire assister.

Elle insiste auprès des médecins pour qu'ils se mettent en rapport avec elle en vue d'accomplir un geste de solidarité, tout en se procurant des collaborateurs sérieux, compétents et dévoués.

Chargé de Mission. — M. J.-R. BOISNEUF, médecin malariologiste de l'Université de Paris, est chargé, à compter du 1er Novembre 1945 et pour une durée d'un an, d'une mission d'étude et d'organisation de l'assainissement entomologique pour l'île de la Martinique.

Nos Échos

Naissances.

— Le docteur et Madame Paul MORIN sont heureux de faire part de la naissance de leur deuxième fille *Marie-Christine* (Paris, 112, avenue de Villiers, 10 Novembre 1945).

— Le docteur Charles DENNAY et Madame sont heureux de faire part de la naissance de leur fils *Dominique* (Paris, 3, rue Pierre-le-Grand, 31 Octobre 1945).

Mariage.

— On annonce le mariage du docteur André LIESSE, avec Mademoiselle Lucy LAMBRET.

Décès.

— On annonce la mort du docteur Jacques LEMANT, de Paris.

— On annonce la mort du docteur LEBAILLY, directeur du Laboratoire de bactériologie du Calvados (Caen, 11 Décembre 1945).

— On annonce la mort de M. Jean BOUELLE, externe des hôpitaux de Paris (Paris, 21 Novembre 1945).

PRATICIENS ÉTRANGERS

— Sont autorisés à exercer la profession de médecin pour *une durée de six mois renouvelable* sur toute l'étendue du territoire français métropolitain :

MM. Ghersteinstein, 14, rue de la Nauvendière, Limoges (Haute-Vienne) ; Kreidman, 33, rue de Saverne, Nancy (Meurthe-et-Moselle) ; Silberman, Coutouvre (Loire) ; Sterimbaum, 10 *bis*, rue Bourg-les-Bourgs, Quimper (Finistère) ; Tuchwerger, Screilhac (Haute-Vienne) ; Weintraub, 20, rue de France, Nice (Alpes-Maritimes).

— Est autorisée à exercer *provisoirement* la profession de médecin, jusqu'à la fin des hostilités : Mme Sala Croup, née Tadiwer, à la disposition du ministre de la Population.

— *N'ont pu obtenir l'autorisation* d'exercer provisoirement en France :

MM. Storch, 52, rue Berthelot, Courbevoie (Seine) ; Salzmann, 93, rue Cuvier, Lyon (Rhône) ; Mme Strem, 50, avenue Sainte-Foy, Neuilly-sur-Seine (Seine).

(*J. O.* du 9 Décembre 1945).

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

Les Petites Annonces dans LA PRESSE MÉDICALE *sont acceptées sous réserve d'un contrôle extrêmement sérieux. Aucune annonce commerciale n'est acceptée.*
Prix : 30 fr. la ligne (20 fr. pour les abonnés).

CHERCHE pharmacien célibataire ou veuf en vue reprise Officine, avec ou sans capitaux. Ecr. *P. M.*, n° 411.

URGENT, à céder important poste médic., chef-l. de c., 18 km. Préfecture Rég. Sud-Ouest. Prix à débattre. Ecr. *P. M.*, n° 623.

Ex-DIRECT. Publicité médicale offre collabor. à Labos p. lancement ou rappel spécialités. Plan de campagne ; organis. Visites, relances, etc. Ecr. *P. M.* n° 629.

ORGANISME NOUVEAU ayant réseau Agents 1er ordre France et Afrique du Nord, rech. Labo. désirant développ. vente par représentat. médicale et pharmaceutique. Conditions avantageuses. Ecr. *P. M.*, n° 633.

ACHETERAIS générateur radiothérapie 200 kilovolts ou bobine haute tension Gaiffe, a° 3, ou installation radiothérapie pénétraute. Dr Nicolle, 12, r. Camille-Lenoir, Reims.

GROUPE ORGANISE visitant Méd. et Pharm. de la Seine s'adjoindrait 1 ou 2 prod. Possibilité p. Labos Province d'avoir Dépôt à Paris. Ecr. *P. M.*, n° 641.

FEMME MEDECIN, spécialiste gynécol. demande jours libres dans clin. accouchem. ou autre à Paris, pour y organis consultat. gynécol. et endocrinolog. Ecr. *P. M.*, n° 682.

FEMME DE MEDECIN cherche représentation Labo Paris, à titre exclusif ou non. Ecr. *P. M.*, n° 699.

FEMME DE MEDECIN ay. longuement collaboré avec son mari, ch. poste de secrétariat, aupr. méd. ou labo. Ecr *P. M.*, n° 701.

IMP. LABO. Sp. ch. col. de préf. Dr p. expérim. prod ax. ds serv. hospit. parisiens le mat., repr. auprès sélect. Corps Médical après-midi. Situat. intér. stable, cand. et *curriculum vitæ* par écrit à *P. M.*, n° 723.

RECHERCHE collaborat. ou associat. pr tenir poste chirurgical, ou clinique, en France ou aux Colonies (Maroc préfér.). Ecr. *P. M.*, n° 752.

DOCTORESSE recherche collaborat. ou associat. pr monter maison d'enfants (préventorium, rééducation) mer ou montagne Ecr *P. M.*, n° 753.

ELECTRO-RADIOLOGISTE cherche matériel radiolog Diagnostic et Thérapie, ou repr. de client. Ecr. *P. M.*, n° 762.

ACHETE Atlas radiologique appareil respiratoire, de Sergent. Ecr. *P. M.*, n° 771.

ACHETE bascule médicale portative et toises. Ecr. *P. M.*, n° 788.

ECHANGERAIS importante situat. chirurgicale, rég. méditerranéenne, contre poste chirurgie, équivalent, rég. plus centrale ou plus proche de Paris. Ecr. *P. M.*, n° 792.

GYNECOLOGUE-ACCOUCHEUR cherche place assistant dans clinique ou association. Ecr. *P. M.*, n° 795.

MEDECIN, 13 ans pratique, cherche remplacement, toutes offres, toute durée Ecr. *P. M.*, n° 796.

A VENDRE, cabinet O.R.L., ville du Sud-Ouest, import. clientèle urbaine et rurale Ecr *P. M.*, n° 798.

A CEDER, à Lyon, cause décès, cabinet médical radiologiste, av. appareillage rayon X, diathermie, onde courte, ultra-violet, infra-rouge, etc Ecr. *P. M.*, n° 799.

REDACTEUR CORRESPONDANCIER, tr. bonne cult. intellectuelle et format. scientif., possédant en même temps sens commercial, pour rédaction textes publicit. et correspond. import. avec les milieux les plus divers, est demandé par Labo de Spécialités pharmaceut. Situat. d'avenir. Spely, rue Cambon, Paris, 1er.

LABO important ch. collaborateur Docteur en médecine pr visite Est et Alsace-Lorraine. Langue allemande nécessaire. Ecr. *P. M.*, n° 810.

ECHANGERAIS appartement Soissons (Aisne), 3 pièces, cuisine, cab. toil., belle exposition ensoleillée, dans immeuble moderne, centre ville, contre appartement Paris. Ecr. *P. M.*, n° 811.

CHIRURGIEN dem. assist. radiologiste ou un manipulateur artic. exercé. Ecr. *P. M.*, n° 814.

A VENDRE, 2 pleuroscopes Guérin, collec. reliées Congrès Urol., 1921 à 1938 ; Jl d'Urol., 1923 à 1039-40 ; Encyclop. Franç. Uro et div. liv et instr. uro. Ecr. *P. M.*, n° 815.

GROSSE CLIENTELE à céder en banl. très agréable à 10 minutes de St-Lazare, à confr. qui procurer. appart. conf, à 7 pièces, à Paris. Ecr. *P. M.*, n° 821.

INGENIEUR-CHIMISTE, 13 a. Labo. expérim. compét. problèmes évaporation, cristallis. et déshydratat. modernes, ch. sit. avenir. Ecr. *P. M.*, n° 822.

CEDERAIS bonne clientèle rurale, Bretagne. Facilités. Ecr. *P. M.*, n° 826.

ACHETERAIS occas. bascule médic. laquée blanc. Vendrais 3 manom. Claude neufs. Ecr *P. M.*, n° 827.

SAGE-FEMME, bon prat. dem. direction ou gérance clinique accouchem. ou pouponn. Ecr. *P. M.*, n° 831.

SAGE-FEMME expérimentée dem. gardes, soins, piqûres. Ecr. *P. M.*, n° 832.

SAGE-FEMME, Fontout-Combault (Seine-et-Marne), 28 km. Paris céderait client. rayon 6 communes, préfér. sage-femme mariée Poste libre mainten. logem. meublé assuré. Mme Havard, 30, av. Gare, Combault.

MEDECIN ch appartem. 4-7 pièces, meublées ou non, même s. local. évent. repr. meubles. Tél. ROQ. 09-73 ou écr. *P. M.*, n° 837.

SUIS ACHETEUR clinique accouchem. ou chirurgic. Ecr. *P. M.*, n° 838.

LABORATOIRES rech. pour prod. de prescript. médic., visiteurs ay. maximum 2 Labos : 1° Rég Sud-Est (Alpes-Marit., Var, etc.) ; 2° Rég. Est (sauf Rhin, Bas-Rhin, Moselle) 3° Rég. Nord-Est (Oise, Seine-et-Marne, Ardennes, etc.). Ecr. *P. M.*, n° 841.

RECHERCHONS visiteurs médicaux présentant déjà 1 ou plus. spécialités, 1° pour l'Est ; 2° pour l'Alsace-Lorraine et pouv. visiter pharmaciens. Ecr. Mlle Butia, 4, rue Alfred-Lanrant, Boulogne-sur-Seine.

MICROSCOPE moderne de bact. 5 object. dont 1 à immersion, chariot mobile. 18.000 frs. Allaia, 4, av. des Bosquets, Nantes (L.-I.).

Jne FILLE, 21 a. d'pl. puériculture, sér. référ., ch. poste de pouponnière ou mais. d'enf. Ecr. *P. M.*, n° 847.

A VENDRE, à Marseille, bel. propriété conv. p. mais. santé. magnif. parc pinède, eure d'oir, vue splend. culture plein rapp. 17.000 m2. Ecr. *P. M.*, n° 851

JOURNAL scientifique recherche médecins instruits, polyglottes, pour faire analyses, livres et périodiques médicaux étrangers. Ecr. *P. M.*, n° 859

Jne HOLLANDAIS, 33 a., énerg., travaill., bien introd aupr. Corps Médic et connaiss. bien la prospection, ch. représent. de 1 ou 2 Labo franc. pour la Hollande. Réf. sér. Ecr. W. J. H. Ghysen, Stadhouderslaan, 29, Soestdyk (Hollande).

Dr MED. russe. dipl. Moscou et Prague, 30 ans prat., déporté polit. cherche place aupr. collèg. franç. Adres. Dr Itiogcaberg, 108, rue du Théâtre, Paris.

BOITE OPHTALMO, 80 verres, à vendre. Ecr. *P. M.*, n° 863.

RECHERCHONS d'occasion bon état « Illustration » ou autres revues illustrées luxe, années quelconques, même incomplètes. Laboratoire Hinglois, 30, rue Miromesnil, Paris.

MEDECIN MILITAIRE RETRAITE cherche à Paris occupation rétribuée. Ecr. *P. M.*, n° 871.

PRES BOIS BOULOGNE, ds 16e arrt, pr. clin. ou mais. de santé, hôtel partic. à louer, av. gr jard. 2.700 m. ; 13 p. princ. et dépend. Loyer : 120 000 fr. + charges. S'adres : *P. M.*, n° 872

A VENDRE : Guéridon élect. diff. courants. Vibro-masseur. Thermo-cautère, etc Itoyons U. V. Hanovia, lampe Kromayer, pr laryng. ou dermotolog. Mlle Pasquier, 109, r. de Rennes, Paris-6e LIT. 12-01.

DOCTEUR démobilisé ch. rempl. Dr. Paris ou banl. Dr. Volette, 5, r. Nicolas-Charlet. ODE. 48-15.

DOCTEUR, 30 a., 4 ans Interaat ou pratique ORL-OPH, démobilisé, assisterait confrère fatigué ou surchorgé (préférence rég ouest). Ecr. *P. M.*, n° 875.

BANL. EST, 15 km. Paris, pr. gare, gde propriété, bat. ppal s. caves, cuis. off. r. de c et 2 ét. 15 p., 3 s. de b., belle constr. Dépend. orangerie, garage ; mais. de jard. Beau parc 9.000 m2. Prix : 3.000.000 Cooviendr. parfaitem. pr. clin., mais. de repos, pouponnière. Ecr. *P. M.*, n° 876.

INFIRMIERE conscienc. dipl. Etat, franç., 26 a., ay. exc. connaiss. sl -dact, ch. pl. assistante aupr. Dr chirurg. ou dispens. polyv. Paris ou banlieue. Ecr. *P. M.*, n° 877.

SECRETAIRE sténo-doct. méd. et commerciale, parl. et écriv angl., sér. réf. ch. empl. Paris. Ecr. *P. M.*, n° 878.

SAGE-FEMME, ayant pratique et bonnes référ. cherche poste materaité ou clinique. Ecr *P. M.*, n° 879.

A VENDRE étuve à yoghourt Carrion, 8 plateaux. Conten. tot. 384 pots. Fonctionnant sur gaz, av. régulateur, ainsi que 1.300 pots faïence et matériel divers. Le tout parf. état. Fabric. av. guerre. Moignet, 7, rue A. Fournier, Chaville (S.-et-O.), T. 149.

A VENDRE : Orfila, tr. méd. légale, 4 vol. ; Marion, tech. chirg. 17, 2 vol. ; Instr. chirurg. Ecr. *P. M.*, n° 881.

A VENDRE, très belle salle à manger moderne. S'adresser chez M. Hamm, 38 *bis*, rue Fabert, Paris-7e.

UN POSTE D'INFIRMIERE MAJOR est vacant au Sana du Rhône à St-Hilaire-du-Touvet (Isère). S'adres. au Directeur.

BON POSTE CAMPAGNE à céder dans chef-lieu de canton, seul médecin, raison santé. Ecr. *P. M.*, n° 884.

Jne MEDECIN cherche collaboration avec radiologue, et éventuellement succession. Ecr. *P. M.*, n° 885.

Dr. ès sciences et méd., national. Suisse, ayant Labo chimie biol. en Suisse romande, dés. entrer relat. av firmes franç. sér. de spécialités, pour assurer en Suisse collaboration scientif. et éventuellement conditionnement et diffusion. Ecr. *P. M.*, n° 886.

INFIRMIERE-SECRETAIRE, diplômée, dactylo si possible, jeune, active, demandée par médecin Paris. Téléphoner à GOB. 47-87, matin 8 à 9 h.

TROIS POSTES D'ASSISTANTES SOCIALES sont actuellem. vacants à l'Office départem. d'Hygiène Sociale de la Côte-d'Or. Echelles de traitem. conformes à la circulaire ministér. du 14 Mai 1945. Les candidatures seront reçues à la Direction départementale de la Santé, 3, rue Audra, Dijon.

Jne HOMME, 30 a., excell. présentat., désireux se créer, situat. stable, famille de pharmac. et médec., nombreuses connaiss., ch. bonne représentat ou dépôt de prod pharmaceut. et chimiques, pour les départem. des Haut et Bas-Rhin, cautionnement sur demande. Ecr. *P. M.*, n° 889.

DAME, honorabilité parfaite, désire emploi ch Docteur pr récept. clientèle et téléphone. Ecr. *P. M.*, n° 890.

CHIRURGIEN sinistré, expérimenté, titré, cherche occupation dans clinique, hôpital, ou tout autre groupement d'activité chirurgicale Ecr. *P. M.*, n° 891.

ACHETERAI : Anatomie Grégoire Oberlin. Dr. Ardouin, 42, bd. Béranger, Tours (I.-et-L.).

A CEDER urgence, bonne clientèle médec. générale, campagne, Drôme. Ecr. *P. M.*, n° 891.

A VENDRE microscope Leitz. entièrem. neuf, a'ayant jamais servi. 3 obj dont 1 à immers., 2 ocul., condensateur, modèle moderne (1939) av. boîte transportable. Ecr Dr Lo Thierry, 172, r. de Blanchemaille, Roubaix (Nord). Tél. 341-64 Roubaix.

A CEDER, cabinet médical, grosse clientèle, dans petite ville de la Haute-Savoie. Ecr. *P. M.*, n° 890

MEDECIN français, 40 a., anc. combattant, sinistré, ch. situat., labo, ou autres, voyagerait. Ecr. *P. M.*, n° 897.

A VENDRE : un grand microscope binocul. Leitz, type ortho-luxe-optique, apochr., neuf ; réoslat, logé en grande boîte armoire. Ecr. *P. M.*, n° 898.

A CEDER, cabinet radiologie, centre important Paris. Téléphoner : ODE. 93-21, ou écr. *P. M.*, n° 899

ELECTRO-RADIOLOGISTE, dipl. Fac. Paris, f. f. attaché Hôpitaux, ch. empl. Paris ou banl. Ecr. *P. M.*, n° 900.

CHERCHE à Paris, empl. méd., 35 a., 10 a. instal. Ecr. *P. M.*, n° 901.

A VENDRE : microscope Nachet, comme neuf, object. 3.6 immers., platine carrée, chariot mob. Ecr. *P. M.*, n° 902.

A VENDRE : microscope Nachet, comme neuf, object. 3 0

VISITEUSE MEDICALE, 10 a. pratiq., bonne présentat., active, ch. Labo Marseille et environs. Ecr. *P. M.*, n° 903.

CHERCHE poste ass sana. pulm., bonnes réf. ; à défaut coll. méd. surch. ; 31 a., marié, 1 enf. Ecr. *P. M.*, n° 904.

Dr. VEND : appareils photographiques : 1 jumelle Belliéni : objectif Zeiss à plaques 9×12 = 6 500 fr. ; 1 stéréo cyclo Leroy, à plaques, 6 1/2×9 = 4.500 fr. ; matériel pour développement de clichés : cuvettes, dimensions multiples ; châssis, bac pour rinçage. Téléphoner à ALEsia 36-03, de 8 h. à 9 h. matin et soir.

AVIS — Prière de joindre aux réponses un timbre de 2 francs pour transmission des lettres.

Le gérant : F. THOMAS.

Imprimé par l'Anc^ne Imprimerie de la Cour d'Appel, 1, rue Cassette, à Paris (France)

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées aux Périodiques, la Direction scientifique de La Presse Médicale *a dû fixer à 4 colonnes maximum l'étendue des mémoires originaux. Tout manuscrit dépassant cette étendue sera retourné à son auteur.*

L'ENCÉPHALITE VÉGÉTATIVE DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE

Par M. le Prof. **Henri ROGER**
et M. **Henri GASTAUT**
(Marseille)

La plupart des signes de souffrance cérébrale observés au cours des fièvres typhoïdes banales ou compliquées sont des signes végétatifs traduisant une atteinte des formations autonomes de l'encéphale. Ce syndrome végétatif central doit être envisagé séparément dans la fièvre typhoïde banale, où il constitue le syndrome nerveux habituel, et dans la fièvre typhoïde grave, où sa nature insolite et son intensité constituent ce que nous appelons l'encéphalite végétative proprement dite.

I. — Le syndrome nerveux habituel de la fièvre typhoïde.

Ce syndrome est constitué par un degré plus ou moins accusé de confusion mentale. Il comprend :

1° Une certaine obnubilation de la conscience traduite par la somnolence ou le tuphos de la période d'état, et qu'accompagnent les trois signes classiques résultant de l'obtusion des perceptions : l'indifférence du facies, l'hypo-esthésie généralisée, la dureté d'oreille.

2° Un léger état de libération onirique traduit par le délire doux et superficiel de la période d'état.

Ces symptômes nerveux sont parmi les plus fréquents et les plus caractéristiques de la fièvre typhoïde. Ils servaient autrefois à faire son diagnostic, c'est pourquoi le nom du plus évocateur d'entre eux, le tuphos, a été choisi pour désigner la maladie.

L'origine encéphalique de ce syndrome a été prouvée par l'examen histologique des cerveaux prélevés après le décès de typhoïdiques. De plus, la méthode expérimentale a fourni entre les mains de Guy Tardieu des preuves qui semblent indiscutables. Cet auteur, en effet, en déposant de la toxine typhoïdique au contact du plancher végétatif du diencéphale (hypothalamus) obtient « les principaux symptômes de la maladie humaine et notamment le tuphos ».

Il semble donc que l'on puisse affirmer aujourd'hui le bien-fondé de la théorie émise il y a une quinzaine d'années par Chalier et Froment et suivant laquelle le syndrome nerveux habituel de la fièvre typhoïde résulterait d'une détermination constante de la toxine typhoïdique au niveau de l'encéphale, d'une véritable encéphalite « a minima ». Il est même possible aujourd'hui de compléter cette formule en disant qu'il s'agit d'une encéphalite végétative intéressant électivement la région hypothalamique, d'une véritable hypothalamite typhoïdique à minima.

II. — L'encéphalite végétative.

La constance et la prééminence des lésions histologiques tout au long de l'axe végétatif encéphalique d'une part, l'importance et la fréquence des signes végétatifs d'origine centrale d'autre part, permettent d'affirmer, selon nous, que la forme habituelle de l'encéphalite typhoïdique est une encéphalite végétative diffuse, capable de prédominer suivant les cas sur les centres végétatifs du tronc cérébral (et notamment du bulbe) ou du cerveau proprement dit (hypothalamus). C'est pourquoi nous envisagerons successivement : une encéphalite végétative diffuse, une encéphalite végétative à prédominance bulbo-ponto-pédonculaire, une encéphalite végétative à prédominance hypothalamique.

1° L'encéphalite végétative diffuse. — Le syndrome clinique qui la traduit représente une simple aggravation, ou mieux un grossissement, des troubles nerveux habituels de la maladie ; il constitue le tableau bien connu de la fièvre cérébrale, de la forme hyperpyrétique, adynamique ou ataxo-adynamique des anciens auteurs.

L'incorporation du syndrome ataxo-adynamique dans le cadre de l'encéphalite typhoïdique n'est pas une tentative nouvelle. Stehelin l'avait déjà réalisée dans sa thèse en 1930. Plus récemment, Janbon et Chaptal, tout en admettant que la plupart des signes du syndrome ataxo-adynamique ressortissent d'une pathogénie encéphalitique certaine ou probable, renoncent à en faire une encéphalite proprement dite à cause de la participation constante de tout l'organisme. Mais ils reconnaissent « ce qu'une telle distinction peut avoir d'artificiel et aussi, très probablement, de provisoire ».

Personnellement nous n'entendons pas soutenir que le syndrome ataxo-adynamique traduise exclusivement un processus encéphalitique, mais bien au contraire, qu'il manifeste une défaillance pluriviscérale secondaire à une imprégnation toxinique considérable de tout l'organisme. Ce que nous prétendons par contre, c'est que du point de vue anatomique, expérimental et clinique, le syndrome ataxo-dynamique est avant tout une encéphalite :

Au point de vue anatomique, nous retrouvons des lésions de l'axe végétatif encéphalique aussi importantes dans les cas de syndrome ataxo-adynamique que dans les encéphalites les plus avérées.

Au point de vue expérimental, l'injection de toxine typhoïdique, lorsqu'elle est suffisamment considérable pour provoquer une symptomatologie ataxo-adynamique, entraîne des lésions encéphalitiques considérables prédominant sur les formations végétatives du tronc cérébral et de l'hypothalamus.

Au point de vue clinique, les symptômes observés sont pour la plupart des symptômes encéphalitiques de la série végétative ; les passer en revue équivaut à décrire presque complètement le syndrome ataxo-adynamique :

L'atteinte des centres végétatifs du tronc cérébral se traduit par la tachycardie souvent très précoce, la polypnée et les vomissements répétés, quelquefois incoercibles, les troubles pupillaires à type d'anisocorie, de paralysie pupillaire ou plus souvent encore de mydriase très prononcée.

L'atteinte des centres végétatifs hypothalamiques se manifeste par une séméiologie riche et variée : un tuphos exagéré qui aboutit à la stupeur la plus profonde et représente l'élément adynamique du syndrome ; des libérations oniriques violentes à type de délire d'action, fréquemment hallucinatoire, avec convulsions et soubresauts tendineux, constituant l'élément ataxique qui par son alternance avec l'adynamie donne lieu à la classique ataxo-adynamie. Les crises de collapsus, l'hyperthermie considérable, l'insomnie presque complète, l'amaigrissement rapide et accusé, la tendance aux escarres et aux infections secondaires, l'azotémie élevée aux environs de 1 *g.*, viennent encore apporter au tableau général leur cachet hypothalamique.

Il est évident que cette symptomatologie végétative centrale diffuse, caractéristique de la plupart des typhoïdes graves, n'est pas particulière à cette affection, et qu'on la retrouve dans un assez grand nombre d'autres infections graves, septicémiques ou toxémiques, où elle constitue un syndrome qu'il est convenu depuis Hutinel d'appeler malin. Cette constatation ne fait d'ailleurs que confirmer notre point de vue d'une encéphalite végétative typhoïdique, si l'on tient compte que la pathogénie végétative centrale des syndromes malins, qui avait été entrevue par Trousseau et proposée par Hutinel, est pratiquement démontrée depuis les travaux de Marquézy et Marcelle Ladet et les célèbres expériences de Reilly et de son école.

L'encéphalite végétative diffuse de la typhoïde ataxo-dynamique comporte d'ailleurs le pronostic réservé des syndromes malins en général. Si la mort ne survient pas dans le coma ou par syncope bulbaire, le malade présente souvent à la convalescence des séquelles psychiques plus ou moins importantes.

2° L'encéphalite végétative a prédominance bulbo-ponto-pédonculaire. — Cette forme s'individualise très précocement, dès le début de la période d'état, par la symptomatologie si éloquente du végétatif bulbaire : tachycardie importante dépassant 120 et atteignant quelquefois 150, 160 et même 180, polypnée survenant peu de temps après l'accélération du pouls, impossibilité ou difficulté de la déglutition, vomissements de type cérébral répétés et quelquefois incoercibles. Les symptômes mésencéphaliques sont représentés par les troubles pupillaires qui sont quasi constants. Quant aux symptômes hypothalamiques, leur existence, quoique moins marquée, témoigne de la diffusion constante du processus encéphalitique.

L'importance vitale des centres végétatifs bulbaires laisse prévoir l'extrême gravité de cette forme qui aboutit pratiquement toujours à la mort par syncope ou troubles respiratoires graves.

3° L'encéphalite végétative a prédominance hypothalamique. — C'est à la suite des expériences cruciales de Reilly et Guy Tardieu que fut mise en évidence la prédominance des lésions hypothalamiques au cours de l'encéphalite typhoïdique grâce aux publications simultanées de Janbon, Lavignolle et nous-mêmes. La multiplicité des fonctions hypothalamiques explique la richesse symptomatologique d'une telle localisation ou mieux sa multiplicité d'expression. Guy Tardieu a d'ailleurs démontré que les différents centres hypothalamiques sont relativement indépendants et qu'ils peuvent réagir simultanément ou séparément, dans le même sens ou en sens inverse.

La forme la plus fréquemment rencontrée de l'hypothalamite typhoïdique est une forme suraiguë qui vient le plus souvent clore l'évolution d'une encéphalite végétative diffuse. On voit alors survenir une exagération subite et brutale du tuphos qui devient subcoma puis coma, tandis que la température s'élève au-dessus de 41° et quelquefois même de 42°, ou bien s'effondre aux environs de la norme ou plus bas encore. Si l'on songe à faire pratiquer une azotémie à ce moment, on la trouve fréquemment élevée.

D'autres fois la prédominance hypothalamique du processus encéphalitique se traduit par l'exagération d'un symptôme infundibulo-tubérien, permettant ainsi l'individualisation d'un certain nombre de formes cliniques qu'il est important de connaître.

Formes hypersomniques, bien connues, différenciées d'avec les formes stuporeuses par le fait qu'une forte invigoration éveille le sujet et le fait répondre aux questions posées. L'un de nous rapporte dans

sa thèse une forme narcoleptique qu'il doit à l'obligeance du Prof. Barré.

Formes azotémiques, qui s'accompagnent d'un accroissement trop rapide et trop considérable du taux uréique pour laisser admettre une pathogénie rénale, et que des travaux récents rapportent à une pathogénie infundibulo-tubérienne.

Formes trophiques, qui s'accompagnent d'une fonte musculo-adipeuse rapide et hors de proportion avec la pyrexie ou la sous-alimentation et réduisent le sujet à l'état de « squelette habillé de peau » en moins de quinze jours. Ces formes avec atrophie musculaire que nous avons récemment étudiées peuvent évoluer vers la guérison avec *restitutio ad integrum*, vers la sclérose musculaire rétractile (polymyosite typhoïdique) ou vers la cachexie irréductible aboutissant à la mort.

Les formes purement végétatives de l'encéphalite typhoïdique que nous venons de considérer ne sont évidemment pas les seules que l'on rencontre et il existe des formes neurologiques proprement dites (nucléaires, pyramidales, extrapyramidales et cérébelleuses) et des formes psychosiques (délirantes, hébéphréno-catatoniques et anxieuses). Cependant nos constatations cliniques et anatomo-pathologiques nous permettent de penser qu'il s'agit là encore d'une encéphalite végétative diffuse ou à prédominance régionale, qui se propage autour de l'axe végétatif péri-épendymaire jusqu'aux formations somatiques environnantes. Il n'est donc pas étonnant de retrouver constamment au cours de ces encéphalites une symptomatologie végétative évidente, dont l'intérêt est d'ailleurs considérable, car elle permet seule une juste estimation du pronostic.

REMARQUES SUR LA SYMPTOMATOLOGIE ET LES LIMITES DU COMA DIABÉTIQUE

PAR MM.

R. BOULIN et **H. BOUR**

(Paris)

On assigne habituellement au coma diabétique les caractéristiques suivantes :

Du point de vue clinique la perte de la connaissance ;

Du point de vue biologique la chute de la réserve alcaline au-dessous de 20 volumes de CO^2 pour 100.

L'étude de 44 cas de coma diabétique nous a conduits à nous demander s'il n'y aurait pas lieu de modifier ces deux notions.

*
* *

L'importance attribuée communément à la perte de la connaissance dans le coma diabétique est considérable. Elle a conduit à désigner cet accident sous le nom de coma; la division en deux phases, précoma et coma, est basée uniquement sur l'état de la connaissance, celle-ci étant seulement obnubilée à la période de précoma, complètement abolie à la phase de coma.

Qui plus est, dans la pratique, le médecin ne pose ordinairement le diagnostic de coma diabétique qu'en présence d'un malade plus ou moins complètement inconscient.

Or, en réalité, la seule caractéristique essentielle du coma diabétique c'est la chute de la réserve alcaline, dont il est classique d'admettre qu'elle tombe au cours de cet accident au-dessous de 20 volumes de CO^2 pour 100. Si la perte de la connaissance était la conséquence inévitable et immédiate de cet effondrement de l'équilibre acidobasique, elle mériterait bien de figurer comme le signe majeur du coma diabétique. Malheureusement il n'en est rien ; la réserve alcaline peut tomber au-dessous de 20 volumes sans que la conscience du malade soit le moins du monde obnubilée; s'il guérit il aura traversé de bout en bout l'accident dénommé coma diabétique sans avoir jamais perdu connaissance; s'il meurt, la perte de connaissance pourra ne survenir que dans les dernières heures.

Nous avions déjà été frappés, en étudiant une statistique de Joslin relative à 55 cas de coma diabétique, de voir indiqué que 14 d'entre eux (soit 27 pour 100) étaient conscients à leur arrivée dans le service. Dans son traité, l'on voit citer le cas d'un malade qui vint à pied à l'hôpital et chez qui l'on trouva une réserve alcaline de 4 volumes; la mort devait survenir au bout de sept heures malgré l'administration de 430 unités d'insuline.

Nous-mêmes, parmi 44 cas de coma diabétique admis dans notre service, avons pris soin, chez 20 d'entre eux, de noter très exactement l'état de la connaissance à l'arrivée. Il en résulte que la connaissance était abolie, partiellement ou totalement, chez 9 d'entre eux, et intégralement conservée chez les 11 autres.

NOMS	CONSCIENCE	R. A.	KUSSMAUL	VOMISSEMENTS	TERMINAISON
And...	+	16	+	+	Guérison.
Bara...	+	20	+	+	Guérison.
Bel...	+	15	+	+	Guérison.
Beu...	0	5	+	+	Mort.
Cer...	0	7	+	0	Mort.
Dav...	+	15	+	+	Guérison.
Dal...	+	14	+	+	Guérison.
Dod...	+	9,9	+	+	Guérison.
Duvo...	0	18	+	0	Mort.
Dut...	0	16	+	+	Guérison.
Fleu...	0	20	0	+	Mort.
Lec...	+	10	+	+	Mort.
Kni...	+	20	0	+	Mort.
Mat...	+	20	+	0	Mort.
Mar...	0	9	+	+	Guérison.
Nat...	0	16	+	0	Guérison.
Nin...	0	12	0	0	Mort.
Per...	+	14,6	+	0	Mort.
Rou...	+	12	0	+	Guérison.
Vuar...	0	11	0	0	Guérison.

Au total, parmi nos malades ayant une réserve alcaline inférieure à 20 volumes, un peu moins de la moitié seulement avaient perdu connaissance.

Le taux moyen de la réserve alcaline était de 12,6 volumes chez les malades inconscients, de 15,1 volumes chez les malades conscients.

Il n'y avait pas de relation entre le degré d'effondrement de la réserve alcaline et celui de l'inconscience; tel malade, plongé dans le coma complet, avait une réserve alcaline de 20 volumes, alors que tel autre dont la réserve alcaline n'atteignait que 9.9 volumes était venu à pied dans le service. Un autre, dont la réserve alcaline était de 5 volumes, ne présentait qu'une torpeur légère.

Qui plus est, nous avons vu trois malades plongés dans un coma complet alors que leur réserve alcaline atteignait respectivement 39, 31 et 32 volumes, chiffres supérieurs au taux de 20 volumes auquel on limite habituellement le coma diabétique.

En somme, le retentissement sur les fonctions intellectuelles du déséquilibre acido-basique paraît extrêmement variable suivant les malades. Il semble par contre que sa précocité plus ou moins grande ait une valeur pronostique, car, sur 11 malades conscients, 4 succombèrent (mortalité 36 pour 100), alors que sur 9 malades inconscients, 5 moururent (mortalité 55 pour 100). La perte de connaissance paraît donc un élément de pronostic défavorable.

D'autres signes que la perte de la connaissance permettent de poser le diagnostic de grande acidose: la dyspnée de Küssmaul et les vomissements sont des signes beaucoup plus fidèles, puisque, chez nos malades conscients la dyspnée de Küssmaul était présente dans 81 pour 100 des cas, et les vomissements dans la même proportion; les deux signes étaient associés dans 77 pour 100 des cas. Nous n'avons pas observé un seul malade dont la réserve alcaline ne dépassât pas 20 volumes et qui n'eût ni torpeur ni dyspnée de Küssmaul, ni vomissements. Il est donc toujours possible de poser, même cliniquement, le diagnostic de coma diabétique, mais il faut savoir que la perte totale ou partielle de la connaissance n'est en aucune façon un attribut précoce et constant de cet accident, e la constatation, chez un diabétique acétonurique même tout à fait lucide, de vomissements et d troubles respiratoires doit imposer la mesure de l réserve alcaline.

De ce que nous venons de dire il résulte en outre qu'il y aurait lieu d'abroger la division en précoma et coma, celle-ci n'étant basée que sur une manifestation de l'acidose qui s'avère inconstante.

*
* *

Nous avons pris soin de n'envisager, dans le paragraphe précédent, sous l'appellation de com diabétique, que des malades dont la réserve alca line ne dépassât pas 20 volumes. C'est la limit admise par la plupart des auteurs et en particulie par Joslin.

Nous avouons que, pour notre part, nous consi dérons cette limitation comme non justifiée et à l'appui de cette opinion nous apportons l'exempl de 11 malades qu'il n'y a vraiment aucune raison de ne pas considérer comme étant en état de coma diabétique. On verra, indiqués dans le tableau ci-dessous, non seulement le taux de leur réserve alcaline, mais encore leur état clinique, l'issue de la maladie et le nombre d'unités d'insuline utilisées jusqu'à la mort pour ceux qui ont succombé, jusqu'au retour à la normale de la réserve alcaline pou ceux qui ont guéri.

NOMS	R. A.	CONSCIENCE	KUSSMAUL	VOMISSEMENTS	TERMINAISON	UNITÉS d'insuline
Baud...	27	+	»	»	Guérison.	1.180
Berg...	28	»	»	»	Guérison.	290
Breç...	29	+	+	+	Mort.	240
Clot...	31	0	0	0	Mort.	640
Galo...	32	+	+	+	Guérison.	790
Gyor...	31	0	»	»	Mort.	1.000
Joye...	28	»	»	»	Mort.	360
Le Bla...	23	0	+	+	Mort.	2.800
Nin...	29	0	0	0	Guérison.	1.005
Quen...	26	»	»	»	Mort.	100
Saba...	22	0	+	+	Guérison.	1.770

Ces 11 malades ont des réserves alcalines qu s'échelonnent entre 22 et 32 volumes; aucun n'a donc été en état de coma diabétique au terme stric de la définition classique de cet accident. Pourtant parmi les 8 malades dont l'état de la connaissance a été précisé, 5 étaient sans connaissance, fait asse paradoxal par rapport aux constatations notées dans le paragraphe précédent; 7 avaient de la dyspnée de Küssmaul, 5 présentaient des vomissements.

Qui plus est, parmi ces 11 malades 6 sont morts

Brec .. au bout de 5 heures malgré 240 unités d'insuline.
Clot... au bout de 6 heures malgré 640 unités d'insuline.
Gyor.. au bout de 5 heures malgré 1.000 unités d'insuline.
Joye... au bout de 15 heures malgré 360 unités d'insuline.
Quen.. au bout de 1 heure malgré 100 unités d'insuline.
Le Bla.., par accident hypoglycémique.

Quant aux cinq malades qui guérirent, il fallut pour normaliser leur réserve alcaline leur administrer respectivement:

	UNITÉS
Baud	1.180
Berg	290
Galo	790
Nin	1.005
Saba	1.770

On ne voit vraiment pour quel motif on refuserait l'étiquette de coma diabétique à des malades qui cliniquement, ont présenté tous les attributs classiques du coma diabétique (perte de connaissance, dyspnée de Küssmaul, vomissements), chez lesquels on voit survenir les mêmes complications que dans le coma diabétique (collapsus), chez qui enfin la mortalité dépasse 50 pour 100 malgré des doses d'insuline ayant atteint 1.000 unités.

Il est particulièrement instructif de noter que certains de ces malades sont morts quelques heures ou même une heure seulement après leur entrée dans le service, ce qui prouve que l'affaissement de la réserve alcaline au-dessous du taux de 20 volumes

n'est nullement nécessaire pour entraîner des complications mortelles, mais qu'une acidose moins importante est capable d'avoir les mêmes conséquences.

Il est donc dangereux d'entretenir dans l'esprit des médecins cette notion que seuls sont atteints de coma diabétique et doivent être traités comme tels, les malades qui ont moins de 20 volumes de réserve alcaline; dès que le niveau de 30 volumes ou son voisinage immédiat est atteint, le malade est susceptible de succomber rapidement aux complications de l'acidose.

Au total, il n'y a pas de raison légitime de ne pas porter à 30 volumes la limite biologique à laquelle il est convenu de parler de coma diabétique.

* * *

Comme conclusion, nous pensons qu'il y a lieu de modifier certains critères cliniques et biologiques sur lesquels nous nous basons pour poser le diagnostic de coma diabétique.

Critère clinique d'abord : la perte de connaissance n'est en aucune façon une manifestation clinique constante de la grande acidose diabétique. Chez des malades ayant une réserve alcaline inférieure à 20 volumes de CO^2 pour 100, elle manque dans près de la moitié des cas. Elle n'est souvent qu'une manifestation tardive, préterminale de cet accident. Sa présence représente néanmoins un élément de pronostic fâcheux.

Critère biologique ensuite: il est abusif de restreindre l'appellation de coma diabétique aux malades dont la réserve alcaline est inférieure à 20 volumes. Entre 20 et 30 volumes les mêmes signes cliniques, les mêmes complications peuvent être observées; le pronostic final est le même.

Il nous paraît donc légitime de définir ainsi le coma diabétique: un état de grande acidose caractérisé biologiquement par une chute de la réserve alcaline au-dessous de 30 volumes de CO^2 pour 100, cliniquement par la dyspnée de Küssmaul, par des vomissements, cet état ne s'accompagnant de la perte de la connaissance qu'à une période variable tantôt précocement, tantôt tardivement.

LE SYNDROME CLINIQUE DES TUMEURS DU SYSTÈME PHÉOCHROME ET LEUR CURABILITÉ

PAR MM.

F. Van GOIDSENHOVEN
et **J. VANDENBROUCKE**
(Louvain)

Nous avons pu observer, parmi un total de 20.000 dossiers, 4 cas de tumeurs du système phéochrome. Le tableau clinique a été parfois déconcertant, mais l'évolution de nos malades a montré d'autre part combien grande est la réversibilité de l'hypertension dans ces affections. Nous préférons le terme « tumeur du système phéochrome » au vocable « paragangliome » parce que les tumeurs peuvent trouver leur origine dans n'importe quelle partie du système chromaffine, dont une partie seulement est constituée par les paraganglions.

Cas 1. Mme H... (Dossier P. 1.200). — Observation le 6 Février 1934. Cette malade de 35 ans présente depuis dix-huit mois des crises caractérisées par du malaise général, du tremblement des jambes, des palpitations et de la lipothymie. A deux reprises différentes on a pu noter chez elle une forte hypotension (90-70 *mm.*) avec état général alarmant. La malade accuse également de légères douleurs lombaires à gauche. Lors de son entrée en observation — elle était envoyée comme atteinte d'insuffisance rénale ! — nous notons une tension de 240-150 *mm.*: celle-ci passe en moins de vingt-quatre heures à de l'hypotension franche (90-70 *mm.*) pour remonter bientôt à un niveau voisin de la normale. Au cours des semaines suivantes une observation attentive a permis d'enregistrer encore plusieurs paroxysmes tensionnels.

A la radiographie (après urosélectan et après pneumopéritoine) l'ombre rénale gauche paraît surmontée d'une seconde ombre plus petite.

Les paroxysmes tensionnels, les douleurs lombaires gauches et les anomalies discrètes de l'examen radiologique imposent le diagnostic de tumeur phéochrome de la surrénale gauche. Le 17 Avril 1934, le Prof. R. Appelmans enlève par lombotomie gauche une tumeur surrénalienne pesant 135 *g.* Il s'agit d'une tumeur d'origine médullaire, mais sa chromaffinité est très faible.

Les suites post-opératoires immédiates (effondrement de la tension avec collapsus) ont été des plus graves ; après quoi il y eut une convalescence rapide. Cette malade revue en 1937 et en 1944 se maintient en excellente santé depuis l'opération, la tension reste normale (130-80) et il n'y eut plus de crises ni hypotensives, ni hypertensives.

Cas 2. M. C. Schr... (Dossier Z. 7.740). — Cet homme, âgé de 30 ans, entre dans le service au mois de Février 1939, pour une hypertension sévère. Depuis trois ans il souffre de crises hypertensives ; dans la région paraombilicale on décèle une petite tumeur arrondie. Pendant une observation de plusieurs jours la tension reste de façon permanente à un niveau très élevé : 215-185, 160-135. La fonction rénale est encore bonne ; mais il existe une papillorétinite bilatérale avec hémorragies multiples, surtout à droite, avec très forte réduction de l'acuité visuelle (1/50 de l'unité à droite et 1/100 à gauche). Malgré les lésions oculaires graves et malgré le stade plutôt chronique de cette hypertension sévère, nous faisons intervenir, ce qui permet d'extirper une tumeur très vascularisée de la grosseur d'une mandarine (75 *g.*), située en dessous et en dedans du hile rénal gauche. L'opération doit être écourtée à cause d'une grosse hémorragie et à cause de l'état syncopal extrêmement grave du malade ; la partie postérieure de la tumeur ne peut de ce fait être enlevée complètement. A l'examen histologique la tumeur est classée comme para-gangliome d'aspect malin avec légère chromaffinité. Le collapsus post-opératoire sévère est surmonté assez facilement et le malade quitte le service après quinze jours : lors de son départ sa vue s'est fortement améliorée et sa tension est revenue à 140-100. Deux mois plus tard on note 152-100 de tension, un état général brillant et une acuité visuelle égale à l'unité ; le fond d'œil montre à peine quelques lésions cicatricielles.

Le malade revient, en Juin 1942, présentant une récidive locale et une reprise de son hypertension (196-230, 138-146), mais avec bon état général et un fond d'œil inchangé. Devant l'impossibilité d'enlever la masse tumorale nous recourons à la radiothérapie, ce qui amène une réduction de volume de la tumeur et une chute de la tension jusqu'à des chiffres voisins de la normale. Fin 1942 l'hypertension s'installe à nouveau, mais bientôt nous enregistrons une rémission spontanée de l'hypertension, qui se maintient jusqu'en Octobre 1943 ; à ce moment l'hypertension a repris, ce qui justifie une deuxième cure de radiothérapie. Celle-ci ramène à nouveau la tension à la normale (125-95), mais au cours de l'année 1944 nous la voyons remonter légèrement et, en Avril 1945, nous notons 140-150, 106-112, l'état général du malade étant toujours très satisfaisant. Au mois de Septembre 1945 la tension est devenue tout à fait normale : 130-80.

Cas 3. Mme Gr... (Dossier P. 5.746). — Observation le 8 Novembre 1942. Cette femme de 44 ans présente de l'amaigrissement notable et accuse des malaises périodiques caractérisés par des nausées, de l'inappétence, de la pâleur et même des frissons ; la tension a toujours été trouvée parfaitement normale : 130-80. Une tumeur volumineuse de la loge rénale occupe l'hypochondre et le flanc gauches ; elle a été qualifiée à tort de splénomégalie. Le 23 Novembre 1942, nous faisons extirper cette tumeur par voie transpéritonéale, elle est entièrement encapsulée (1.300 *g.*) et est d'origine surrénalienne (para-gangliome malin, mais réactions spécifiques de la chromaffinité plutôt négatives).

Il s'agit, dans ce cas, d'une énorme tumeur surrénalienne avec très peu d'activité fonctionnelle. Les accès de malaises présentés par la malade sont probablement l'expression de légers paroxysmes d'hypertension, mais la tension ne put jamais être contrôlée au moment d'un accès. L'état de la malade reste excellent deux ans après l'opération (10 Janvier 1945).

Cas 4. Mme Robb... (Dossier Z. 9.122). — Cette femme, âgée de 44 ans, a été en observation au mois de Juin 1940 pour des paroxysmes tensionnels greffés sur une hypertension permanente (175-205, 115-135). Par suite des circonstances spéciales dues à la guerre l'examen urologique a été très incomplet et l'on s'est contenté à tort du diagnostic d'hypertension essentielle avec troubles de la ménopause et diabète léger. Le diabète fut traité, mais les crises de constriction thoracique avec cyanose et transpiration ont continué à se présenter à intervalles variables. Au cours de l'année 1943, à l'occasion d'un examen médical pour troubles gynécologiques, on note une grosse hypertension (250-290-150). En Septembre 1943, la malade est traitée à la clinique gynécologique universitaire où nous avons pu la revoir peu de temps avant son décès, survenu à la suite d'une crise typique d'hypertension paroxystique avec tension systolique de 300 *mm.* A l'autopsie on a constaté une tumeur des deux surrénales : une grande tumeur médullaire à droite (maligne ?), une petite tumeur corticale à gauche (cortico-surrénalome bénin) ; la sclérose rénale était minimale.

Discussion.

1° *Le tableau clinique.* — On connaît le début insidieux de la maladie qui se caractérise par des malaises passagers plus ou moins prononcés. Dans la suite surviennent, du moins dans les cas classiques, des crises typiques de paroxysmes tensionnel et finalement l'hypertension devient souvent per manente (avec ou sans paroxysmes hypertensif concomitants). Mais il ne manque pas d'exception à cette évolution classique. C'est ainsi que Biskin (1941) a pu établir que sur un total de 29 opéré 7 n'ont jamais présenté de paroxysmes typiques Récemment Mc Cullagh et Engel (1942) ont décri deux cas sous le masque de l'hyperthyroïdie. No 4 cas illustrent abondamment ce polymorphism symptomatique :

Observation I. — Véritables périodes d'état de shoc succédant à des poussées hypertensives. Ces accès hypo tensifs n'avaient pas encore été signalés au cours de para-gangliomes.

Observation II. — Début classique avec crises hyper tensives — puis hypertension permanente. Récidive d'hypertension suivant l'évolution de la tumeur.

Observation III. — Crises hypertensives à peine ébau chées et méconnues.

Observation IV. — Tableau clinique classique ave mort en crise paroxystique à la période d'hypertensio permanente.

2° *La réversibilité de l'hypertension permanent et de ses lésions secondaires dans les tumeurs phéo chromes.* — Nombre de cas de tumeurs phéo chromes, entre autres notre 2e et 4e cas, arriven à l'observation clinique au stade d'hypertensio permanente, sur laquelle se greffent ou non de poussées hypertensives. La période des paroxysme tensionnels simples, précédant l'installation d l'hypertension chronique, présente une durée de plus variables : 11 ans (Hegglin), 10 ans (Shippley) 9 ans (Kalk). On ignore pourquoi, à un certai moment, le spasme artériolaire paroxystique devien permanent pour donner lieu à une hypertensio chronique (cas de Rabin, Labbé Suermondt, Vol lard, notre 2e et 4e cas, etc.). Mais une hyper tension permanente ne signifie pas nécessairemen hypertension irréversible, au contraire, elle rest réversible du moins pendant une certaine période Cette réversibilité s'est manifestée d'une façon idéal au cours des six ans d'évolution de l'observation II par 4 fois la tension est redevenue sensiblemen normale (après exérèse de la tumeur, après radio thérapie). Soulignons que les lésions organique consécutives à l'hypertension peuvent être elles mêmes réversibles. L'amélioration de la vue nou fut une surprise dans l'observation II: l'acuit visuelle passant de 1/100 et 1/50 jusqu'à l'unité avec résorption des hémorragies et des exsudats Depuis lors la vue est restée parfaite et le fond d'œil est resté exempt de lésions nouvelles malgr plusieurs reprises, parfois sévères, de l'hypertension.

3° *Chromaffinité et curabilité.* — Parmi le 4 tumeurs 3 étaient du point de vue clinique fonc tionnellement actives, la 4e l'était dans de trè faibles proportions. La chromaffinité des 3 tumeur examinées était faible. Ceci est une preuve de plu qu'il est exagéré d'exiger la chromaffinité comm critère des tumeurs du système phéochrome (*Cf.* Herman, Galy et Lecuire, 1943: absence de chro maffinité dans un cas de médullosurrénalome hyper tensif malgré la présence de 560 *mg.* d'adrénalin dans la tumeur). La résection totale de la tumeu a guéri deux de nos malades (obs. I et III), dan l'observation II la résection a été incomplète et l tumeur a récidivé. Cette récidive a néanmoins obé par deux fois à la radiothérapie profonde.

Les tumeurs ont été considérées comme maligne par nos anatomo-pathologistes. D'après l'impor tante publication de Biskind cette malignité serai peu fréquente. Parmi nos 3 opérés, 2 se compor tent comme si leur tumeur n'était pas maligne au point de vue clinique et dans le 3e cas la mali gnité est peu importante, en effet six ans aprè une opération partielle (complétée par deux cure aux rayons profonds) il n'y a aucune métastase à observer.

Remarquons enfin que nos deux premier malades ont présenté un shock post-opératoir grave. Biskind le signale 18 fois sur 29, l'évolutio a été fatale chez 4 de ces opérés.

Conclusions.

Les tumeurs du système phéochrome quoiqu rares ne sont pas exceptionnelles: nous en avon

recueilli 4 cas sur un total de 20.000 dossiers; il faut encore tenir compte du fait qu'il y a eu probablement des cas méconnus.

Le tableau clinique est polymorphe: hypertension paroxystique dramatique ou au contraire à peine ébauchée, plus tard, souvent hypertension permanente; tumeur habituellement peu développée et difficile à mettre en évidence, mais pouvant par contre atteindre des proportions gigantesques; état général souvent entrepris, mais malgré tout respecté dans d'autres cas. Le tableau clinique peut être extrêmement déroutant comme par exemple par la présence de crises hypotensives secondaires aux paroxysmes tensionnels.

La curabilité opératoire est très grande lorsque l'extirpation totale est réalisable et cela même au stade d'hypertension permanente; les lésions secondaires à l'hypertension sont pour la plupart réversibles dans ces cas.

La radiothérapie est également susceptible d'avoir une influence temporaire favorable.

LES ACCIDENTS IMMÉDIATS DU PNEUMOPÉRITOINE ARTIFICIEL

Par J. LE MELLETIER
(Paris)

L'insufflation d'air dans le péritoine est habituellement inoffensive, son utilisation au cours des dernières années dans le traitement de la tuberculose intestinale et pulmonaire en témoigne. Cependant quelques accidents ont été signalés à la suite de cette intervention. Au cours de la création d'une cinquantaine de pneumopéritoines dans un but thérapeutique ou diagnostic (comme premier temps d'examens laparoscopiques) nous avons eu nous-mêmes l'occasion d'en observer plusieurs de gravité variable. Des constatations endoscopiques nous ont apporté quelques précisions à leur sujet.

Les accidents immédiats du pneumopéritoine peuvent être schématiquement observés dans trois conditions, suivant que l'insufflation a bien été poussée dans la cavité péritonéale, dans l'épaisseur de la paroi, ou bien que l'aiguille a lésé un organe abdominal. Le mécanisme de certains d'entre eux — les plus graves — prête cependant à discussion.

A la suite d'*insufflations intrapéritonéales* pratiquées dans un but diagnostic on a signalé jadis des accidents graves, syncopes ou collapsus cardio-vasculaire. Il s'agissait de pneumopéritoines abondants, institués de façon brutale, à l'aide d'une soufflerie à poire par exemple. Actuellement dans les pneumopéritoines thérapeutiques, où les quantités d'air ne dépassent pas un litre, le malade accuse assez souvent des douleurs abdominales et surtout lombaires, qui parfois irradient vers la base du thorax et s'accompagnent d'un peu d'angoisse. Dans quelques cas où nous avons insufflé sans préparation une quantité d'air plus importante, comme il est nécessaire lorsqu'on désire pratiquer une laparoscopie, les douleurs devinrent plus vives, l'angoisse plus marquée, le pouls rapide. Parfois le sujet accusa une tendance lipothymique. Très souvent la contracture abdominale nous empêcha de continuer l'insufflation. L'injection d'une ampoule de morphine-atropine (1 *cg.* de morphine et 1/2 *mg.* d'atropine) évite l'apparition de ces manifestations. Chez les sujets ainsi préparés une gêne plus ou moins marquée apparaît seulement lorsque l'abdomen est distendu par une quantité d'air généralement comprise entre 3 et 5 litres.

Dans un cas nous avons assisté, vers la fin d'une insufflation abondante, à une crise comitiale fruste suivie d'une courte phase de sterlor, chez un malade qui cependant avait reçu une injection de morphine atropine. C'était un ancien épileptique.

Les accidents de ce groupe, consécutifs à la distension péritonéale, peuvent reconnaître deux causes: soit la gêne mécanique provoquée par le refoulement du cœur et la perturbation de la circulation abdominale, soit un mécanisme réflexe. La réalité de celui-ci est bien prouvée par la crise comitiale observée chez un de nos malades.

Nous avons par ailleurs trouvé mention d'une observation sans doute unique de pneumothorax par perforation du diaphragme au cours d'un pneumo-péritoine régulièrement entretenu sans incident (L.-J. Mellier, *J. of the Missouri State assoc.*, novembre 1939).

L'insufflation de gaz dans la paroi, ou le passage secondaire de l'air de la cavité péritonéale dans le tissu cellulaire par l'orifice de ponction détermine quelquefois un emphysème sous-cutané, habituellement limité et qui se résorbe sans incident.

Chez un malade nous avons assisté à la constitution d'un emphysème médiastinal.

Observation I. — C'était un homme d'une cinquantaine d'années hospitalisé dans le service de M. le docteur Ramond et à qui nous désirions faire une laparoscopie. Au début de l'insufflation, la disparition de la matité hépatique, la chute rapide de la pression manométrique lorsqu'on interrompait le passage du gaz semblaient témoigner que tout se passait correctement. Cependant, malgré l'injection de morphine-atropine préalalde, le malade accusa bientôt une douleur abdominale irradiant vers la région précordiale et manifesta quelque agitation. Sous nos yeux apparut une tuméfaction rapidement extensive et sonore de la base du cou. La matité cardiaque avait disparu, l'auscultation permettait d'entendre dans la région précordiale de fines crépitations, le pouls battait à 100 à la minute. Il n'y avait pas trace d'emphysème sous-cutané. Les jours suivants l'œdème s'étendit à la face, puis rétrocéda rapidement et disparut sans incident.

Il y a tout lieu de penser qu'à l'occasion d'un mouvement du malade sans doute, l'aiguille quitta la cavité péritonéale pour le tissu sous-péritonéal, d'où l'air pénétra dans le médiastin antérieur par les interstices que ménagent les fibres d'insertion du diaphragme.

Sept cas d'emphysème médiastinal ont été antérieurement rapportés par A. L. Banyai et G. H. Jurgens (*J. Thoracic surgery*, Février 1939), tous après insufflation péritonéale par voie « subphrénique » (thoracique basse).

La piqûre d'un viscère abdominal est moins rare qu'on ne le croit souvent. Théoriquement le contenu abdominal fuit devant l'aiguille: il risque d'être blessé seulement lorsqu'il est amarré à la paroi par des adhérences. En réalité la piqûre d'une anse intestinale n'est pas très exceptionnelle surtout lorsque le ventre est météorisé. L'insufflation se fait alors avec une anormale facilité. Si on la poursuit, le gaz est bientôt émis par l'anus. Dans 2 cas nous avons ponctionné l'intestin, l'aspiration à la seringue que nous pratiquons toujours maintenant avant d'insuffler nous en avertit en retirant un gaz malodorant. Il n'y eut aucune suite fâcheuse. Les vétérinaires pratiquent couramment la ponction de l'estomac chez le cheval, du cæcum chez la vache sans incident. Chez l'homme les anciens gynécologues avaient signalé que la piqûre de l'intestin au cours de la ponction du cul-de-sac de Douglas n'était pas dangereuse.

La piqûre de l'épiploon est sans doute plus fréquente mais ne comporte guère de traduction clinique. Elle est sans doute la cause de certaines insufflations anormalement difficiles et douloureuses. Lorsqu'au cours d'une laparoscopie on a laissé en place l'aiguille qui a servi à insuffler le pneumopéritoine, il est fréquent de voir une frange épiploïque embrochée par la pointe. Quelquefois de l'air a été insufflé dans l'épiploon. L'emphysème épiploïque qui en résulte se présente sous l'aspect d'une masse d'aspect spumeux, comparable à des bulles de savon, qui occupe parfois une notable partie de la cavité abdominale, gêne l'examen laparoscopique, mais ne présente aucune gravité.

La simple *piqûre d'un vaisseau* est aussi un incident bénin. Dans deux cas par l'aspiration à la seringue avant l'insufflation, nous avons ramené du sang. Après que l'aiguille eut été retirée de quelques millimètres, le pneumopéritoine put être constitué sans incident. Chez un de ces malades, porteur d'une énorme hépatomégalie, à la laparoscopie nous vîmes que l'aiguille avait piqué le foie, dont le bord inférieur descendait beaucoup plus bas qu'on ne l'avait présumé cliniquement.

L'insufflation d'air dans un vaisseau semble bien au contraire constituer l'éventualité la plus redoutable.

Les accidents mortels à la suite d'une insufflation péritonéale sont tout à fait exceptionnels. Nous avons trouvé mention d'un cas de Mercader (*Rev. assoc. med. Argentine*, 30 Septembre 1938). Roche en a récemment relaté un autre à la Société d'Etudes Scientifiques sur la Tuberculose, non encore publié au moment où nous écrivons cet article. Nous n'avons pu lire aucune de ces deux observations.

Nous avons assisté nous-mêmes à un cas de mort dont les circonstances furent assez particulières.

Observation II. — Il s'agissait d'une femme de 45 ans atteinte d'une tuberculose bilatérale excavée et porteuse d'un pneumothorax droit qui présentait à la base gauche une caverne volumineuse. Une phrénicectomie gauche n'entraîna pas d'ascension appréciable de la coupole diaphragmatique et nous décidâmes la création d'un pneumopéritoine.

Dans la région sous-ombilicale existait une cicatrice médiane de laparotomie. Le ventre était plat. L'aiguille fut enfoncée à droite et au-dessous de l'ombilic, à distance du bord inférieur de la matité hépatique. Le début de l'insufflation se passa normalement. Lorsqu'on interrompait le passage du gaz, la pression manométrique s'abaissait rapidement, signe auquel on attache habituellement une certaine importance pour présumer que l'injection se fait bien dans le péritoine. Brusquement, au bout de dix minutes environ, à 12 h. 30, après insufflation sans encombre de 300 cm^3 d'air, apparut un malaise rapidement croissant. On retira l'aiguille dont le chas contenait une fine goutte de sang. La malade s'assit en proie à une polypnée intense accompagnée d'angoisse puis, après quelques secondes, retomba sur son oreiller dans le coma.

A ce moment, la résolution musculaire était complète sauf au niveau des massêters contractés. Les réflexes tendineux étaient normaux aux quatre membres, les cutanés plantaires se faisaient en flexion. Les réflexes cornéens étaient abolis. A droite, on notait une paralysie du m. o. c. avec strabisme externe, ptosis, dilatation de la pupille.

Sur les joues et au tronc apparurent des taches livides fugaces. La respiration était stertoreuse, le pouls imperceptible, la mort semblait imminente.

Vingt minutes plus tard on notait une raideur généralisée et des mouvements convulsifs des deux membres supérieurs.

Dans les heures qui suivirent le coma devint moins profond, la sensibilité cornéenne reparut, les mouvements convulsifs se propagèrent au membre inférieur droit.

Dans la soirée, la malade sortie du coma restait seulement un peu obnubilée. Les membres supérieur et inférieur droits avaient récupéré leur mobilité, mais à gauche les deux membres étaient flasques et présentaient une impotence complète. Les réflexes tendineux étaient égaux des deux côtés. Les cutanés plantaires se faisaient en flexion. Les mouvements des membres supérieur et inférieur droits entraînaient des syncinésies du côté opposé. La paralysie oculaire avait disparu. Les pulsations radiales, régulières, étaient de 70 à la minute. La tension artérielle était de 10,5-8. L'examen des autres appareils ne montrait rien d'anormal.

Au cours de la nuit suivante la malade retomba dans le coma, présenta à nouveau quelques mouvements convulsifs et mourut à 3 heures du matin.

L'autopsie fut malheureusement refusée par la famille.

Chez cette malade nous avons donc assisté après une insufflation de 200 cm^3 dans des conditions normales à un épisode dyspnéique brutal suivi d'un coma avec paralysie du M. O. C. droit transitoire, mouvements convulsifs, enfin hémiplégie gauche et qui se termina après une rémission par la mort.

Le tableau clinique permet d'affirmer l'origine cérébrale des accidents. Pour les expliquer deux mécanismes pouvaient *a priori* être invoqués: le réflexe ou l'embolie gazeuse.

L'origine réflexe de certains accidents nerveux consécutifs à un pneumopéritoine ne peut guère être mise en doute: c'est le cas de la crise comitiale rapportée plus haut. Mais ici on ne conçoit guère qu'un réflexe ait pu entrer en jeu dix minutes après la piqûre et bien avant que soit apparue aucune distension de l'abdomen. La longue durée des accidents, leur résistance à des injections répétées de papavérine s'inscrivent contre cette interprétation et cadrent bien mieux avec l'hypothèse d'une embolie gazeuse.

La précession de manifestations respiratoires constitue un argument dans le même sens. On peut penser que les choses se sont passées ainsi: la lumière de l'aiguille s'est trouvée en communication à la fois avec le péritoine, d'où le facile passage de l'air au début, et avec une veine. Une petite quantité d'air injectée dans la grande circulation a d'abord atteint le poumon, d'où l'épisode dyspnéique. Dans un second temps de fines bulles capables de franchir le filtre pulmonaire, se sont arrêtées dans les capillaires cérébraux, dont le calibre est plus étroit. La multiplicité des petites embolies ainsi réalisées et les phénomènes vaso-moteurs qu'elles ont provoqués au niveau des centres nerveux expliquent sans doute la variabilité du tableau clinique d'un instant à l'autre. A cette explication manque évidemment la sanction du contrôle anatomique.

mais elle nous semble la plus plausible. Le passage d'une bulle à travers le trou de Botal perméable dans le sens cœur droit vers cœur gauche n'est guère probable.

Pour exceptionnels qu'ils soient les accidents mortels du pneumopéritoine méritent d'être connus. Et d'autant plus que quelques précautions simples permettront sans doute de réduire encore leur nombre.

Mieux vaut pour la première insufflation comme pour les suivantes utiliser une aiguille à pneumothorax ordinaire. Les aiguilles à œillet latéral et le trocart de Küss sont dangereux parce que l'écoulement de l'air par l'orifice supplémentaire risque de faire conclure à une insufflation correcte, alors qu'en réalité l'extrémité de l'instrument a lésé un organe.

On fait habituellement la piqûre dans la région paraombilicale. Nous préférons avec Ruddock ponctionner au-dessous de l'ombilic et sur la ligne médiane. En effet la ligne blanche est avasculaire et il n'existe pas généralement dans cette région d'autres organes que les anses grêles dont la piqûre est sans danger. Enfin c'est en position couchée la partie la plus élevée de l'abdomen, donc celle où se collecte le plus facilement le gaz.

Il faut se méfier des malades qui ont subi des interventions chirurgicales sur l'abdomen, ne faire chez eux de pneumopéritoine qu'en cas de nécessité absolue et toujours piquer à distance des cicatrices opératoires pour éviter dans la mesure du possible de blesser une adhérence sous-jacente.

Mais la mesure préventive essentielle consiste à faire précéder l'insufflation d'une exploration à la seringue. Cette pratique très simple renseigne en effet avec certitude sur la situation exacte de l'aiguille. Lorsqu'elle est bien dans le péritoine l'aspiration ne ramène rien, l'injection de quelques centimètres cubes d'air se fait ensuite sans aucun effort. Lorsqu'elle se trouve dans la paroi ou dans l'épiploon, l'aspiration reste négative, mais l'injection d'une petite quantité d'air, inoffensive, est moins facile. Si elle se trouve dans l'intestin elle ramène du gaz, dans un vaisseau du sang. Il suffit alors de retirer l'aiguille de quelques millimètres. Une nouvelle aspiration reste négative et l'insufflation peut habituellement être poursuivie sans danger, à moins qu'il n'existe des adhérences.

L'injection d'une ampoule de morphine-atropine avant la création d'un pneumopéritoine constitue enfin une pratique recommandable qui diminue la douleur consécutive à l'insufflation lorsque celle-ci est abondante, et réduit sans doute les risques de manifestations d'ordre réflexe.

La crainte d'accidents exceptionnels, et souvent évitables, ne saurait constituer un argument contre le pneumopéritoine. Celui-ci reste un procédé d'indications limitées, mais capable de rendre de notables services, tant au point de vue diagnostique que thérapeutique.

LA CHOLINESTÉRASE [1]

DU SÉRUM HUMAIN

A L'ÉTAT PHYSIOLOGIQUE ET DANS DIVERS ÉTATS PATHOLOGIQUES

Par A. KASWIN

(Paris)

RÔLE PHYSIOLOGIQUE DE LA CHOLINESTÉRASE. — Dès 1914, Dale a supposé l'existence d'une diastase hydrolysante l'acétylcholine. Mais ce n'est qu'en 1926 que Loewi et Navratil ont apporté la preuve expérimentale de l'existence de la cholinestérase.

L'importance biologique de la cholinestérase devenait de plus en plus évidente, au fur et à mesure que grandissait le rôle physiologique de l'acétylcholine, à la lumière des nouvelles découvertes : l'intervention de l'acétylcholine, comme médiateur chimique, non seulement aux terminaisons parasympathiques, mais également dans les synapses des fibres préganglionnaires sympathiques (Kibjakoff, 1933) et comme l'avancent Dale et Feldberg (1934) dans l'ensemble du système moteur. L'extrême sensibilité des organes et des muscles à l'acétylcholine qui est active à des doses infimes (fraction de γ) rendait, en effet, la possibilité d'une circulation libre de cette substance dans les humeurs et son accumulation au lieu de sa libération inconcevable et incompatible avec le fonctionnement des organes vitaux et l'existence d'un équilibre vago-sympathique.

La cholinestérase, en hydrolysant l'acétylcholine en acide acétique et choline, celle-ci 10.000 fois environ moins active que l'acétylcholine, a donc un rôle physiologique extrêmement important. C'est grâce à elle qu'est possible la localisation de l'excitation nerveuse à l'endroit même où la décharge acétylcholinique a lieu. Elle limite également la réaction dans le temps par l'hydrolyse de l'excès d'acétylcholine, rendant à l'organe ou au muscle la possibilité de revenir rapidement à l'état de repos. La diffusion dans la circulation générale de l'acétylcholine est de même rendue impossible.

LA CHOLINESTÉRASE DU SÉRUM HUMAIN. — Galher et Plattner (1926) ont montré l'existence de la cholinestérase dans le sang humain à un taux même supérieur par rapport à la série animale ; ils ont, par ce fait, ouvert la voie aux investigations cliniques.

Il était permis de se demander si cette diastase jouait un rôle quelconque en pathologie humaine en général et en particulier en pathologie nerveuse et si, d'autre part, il était possible d'en déceler les variations de concentration dans le sérum dans les états pathologiques et physiologiques, ou, soit une augmentation, soit une diminution de la libération d'acétylcholine était théoriquement à présumer. En effet, Dale et Gaddum (1935) ont démontré l'existence dans la plupart des tissus et aussi dans les muscles squelettiques d'un parallélisme entre la teneur en acétylcholine et en cholinestérase, fait confirmé, en ce qui concerne les tissus nerveux, par des travaux de Nachmansohn (1938). Feldberg et Brown (1937) ont fourni une preuve encore plus démonstrative de ce parallélisme en montrant que l'énervation fait baisser le taux de la cholinestérase ainsi que de l'acétylcholine dans les tissus énervés. De même chez l'homme, Weiss et Ellis (1930) ont mis en évidence des différences très grandes entre divers individus, en ce qui concerne la sensibilité à l'acétylcholine injectée par voie intraveineuse. Mais déjà Govaerts et ses collaborateurs (1931) ont montré que chez des sujets de sensibilité très différente, vis-à-vis de l'acétylcholine, l'activité cholinestérasique du sérum pouvait être la même.

RECHERCHES PERSONNELLES. — Nous avons repris l'étude de la cholinestérase chez l'homme et nous l'avons dosé chez 180 malades et 30 individus cliniquement bien portants, tous adultes, en utilisant la méthode de dosage titrimétrique de Stedman, Stedman et Withe (1935) légèrement modifiée. Les détails de cette technique ont été indiqués dans une note de Froment et Kaswin (1945) et nous prions le lecteur de s'y reporter [2].

Résultats. — Dans nos conditions expérimentales les variations individuelles à l'état physiologique sont faibles et 1 cm^3 de sérum hydrolyse en moyenne 4 mg. 5 d'acétylcholine en vingt minutes à la température du laboratoire (18-20°). Les écarts maxima atteignent 70 pour 100.

Comme l'ont déjà montré différents chercheurs nous avons pu confirmer le fait qu'à l'état normal le jeûne et la digestion, le sexe, la menstruation, sont sans influence sur l'activité cholinestérasique du sérum.

Le taux de la cholinestérase sérique présente de même une stabilité remarquable chez le même sujet non seulement au cours des vingt-quatre heures comme l'ont constaté Ammon et Voss (1935), mais également pendant plusieurs semaines comme nous avons pu nous en rendre compte. Des variations n'interviennent qu'au cours des maladies et reviennent à la normale après guérison spontanée ou sous l'influence du traitement comme nous l'avons constaté dans les polynévrites, le diabète et les ictères.

Les variations du taux de la cholinestérase sérique sont plus importantes dans les états pathologiques et le tableau suivant en donne un aperçu.

ACTIVITÉ CHOLINESTÉRASIQUE DU SÉRUM expérimentée en milligrammes d'acétylcholine hydrolysée par 1 cm^3 de sérum	MOYENNE
—	—
Sujets cliniquement normaux	4.5
Ictère grave	6,97
Cirrhose avec ascite	2
Cardiaques asystoliques	2.2
Cirrhose sans ascite	2,5
Ictère mécanique	3,5
Insuffisance hépatique légère	3,6
Œdème de carence	2,7
Leucémie	3 3
Maladie d'Addison	3,4
Diabète non traité	6,1
Maladie de Basedow	5.8
Maladie de Parkinson	5,8
Polynévrite { éthylique, arsénicale }	6,7
Polynévrite { diphtérique, diabétique }	4
Paraplégie spasm.	5,4
Sclérose en plaque	4.5
Hémiplégie	4
Sclérose latérale amyotrophique	4.1
Syringomyélie	3.9
Epilepsie	4.2
Hypertension	4,6
Néphrite aiguë	4.5
Pleurésie séro-fibrineuse	4,4
Ulcère du duodénum	4,4

Le taux de la cholinestérase est donc nettement *abaissé* par rapport à la normale dans les maladies du foie, les cardiopathies décompensées et les œdèmes de carence. Il est *augmenté* dans le diabète non traité, dans les polynévrites éthyliques et arsenicales et dans les maladies de Parkinson et de Basedow.

Il est à souligner que dans le diabète une augmentation notable du taux de la cholinestérase sérique se produit au moment de la poussée acétonémique. Dans deux observations de diabétiques traités par l'insuline chez lesquels nous dosions régulièrement l'activité cholinestérasique du sérum restée stable pendant plusieurs semaines, celle-ci a brusquement augmenté de 50 pour 100 dans un cas et de 75 pour 100 dans l'autre, lors d'une poussée acétonémique. L'injection d'insuline a ramené le taux de la cholinestérase et la normale.

Les résultats sont moins concluants dans d'autres maladies. Nous signalons toutefois le cas d'une myopathie du type Charcot-Marie avec un chiffre de cholinestérase élevé. Le même malade, revu un an après, a présenté un taux très bas de ferment. Dans trois cas de chorée l'activité cholinestérasique du sérum était très basse. Dans les paraplégies spasmodiques il semblerait exister une tendance vers l'augmentation. Dans les hémiplégies, la sclérose en plaque, la sclérose amyotrophique, la syringomyélie, les chiffres trouvés rentraient dans les limites des variations normales. De même dans l'asthme, dans l'ulcère du duodénum en crise, dans l'hypertension, nous n'avons pas constaté de variations par rapport à la normale.

Le fait le plus intéressant du point de vue physiologique et clinique est incontestablement la grande baisse du taux de la cholinestérase sérique dans les maladies du foie.

Cette baisse est remarquable par sa constance et son parallélisme avec la gravité et l'évolution de l'hépatite. Ainsi, si chez les petits hépatiques le taux de la cholinestérase sérique ne semble pas de beaucoup différer de celui des sujets normaux, il tombe en moyenne à 56 pour 100 de la normale dans les cirrhoses sans ascite, à 42 pour 100 dans les cirrhoses avec ascite et à 24.8 pour 100 dans les ictères graves. Dans les ictères mécaniques et catarrhaux la cholinestérase sérique atteint par contre 83 pour 100 en moyenne du chiffre normal.

Il est à souligner que l'activité cholinestérasique du sérum suit l'évolution clinique de l'hépatite

1. Nous remercions MM. les Professeurs P. SAVY et FROMENT qui nous ont permis d'effectuer dans leurs services à l'hôpital Edouard Herriot, à Lyon, les nombreux dosages de la cholinestérase dont nous faisons état dans ce travail.

2. Il est prudent d'interrompre tout traitement médicamenteux quarante-huit heures avant le prélèvement du sang pour le dosage de la cholinestérase. De très nombreux corps possèdent, en effet, une action inhibitrice sur cette diastase. Nous citerons en premier lieu *l'ésérine* (Lœwi et Navratil, 1926) active déjà à une concentration de 1/2.106. la strychnine, active à une concentration de 1/500.000 (Kaswin, 1939) et parmi les corps, moins actifs mais dont l'action empêchante est très marquée, *la choline* (Kahane et J. Levy, 1936 ; Gautrelet, Corteggiani, Kaswin et Serfaty, 1936) ; *l'ergotamine* (Lœwi et Navratil, 1926 ; Ammon, 1933) ; *la quinine* (Plattner et Hintner, 1930) ; *les ammoniums quaternaires*, corps possédant un Az pentavalent dans leur noyau (Kaswin, 1939), etc.

Ce phénomène est facile à observer dans les ictères catarrhaux ou mécaniques où le taux cholinestérasique du sérum, très faible au début, augmente au fur et à mesure de la disparition de l'ictère. Même dans un cas de cirrhose biliaire avec ascite, mais d'une évolution clinique favorable, nous avons pu enregistrer une augmentation notable de la cholinestérase qui est montée de 1,5 à 2,9 après la disparition de l'ictère. Ces faits justifient l'utilisation de la cholinestérase sérique comme élément séméiologique et pronostique des affections hépatiques, comme l'ont proposé Mc Ardle (1940), Vincent et Mlle Prade (1942), ainsi que Fiessinger, Glomaud et Carlotti (1944).

Il est curieux que si l'insuffisance hépatique se manifeste en général par un abaissement du taux cholinestérasique du sérum, celui-ci augmente dans les polynévrites éthyliques comme l'ont montré J. Froment et Kaswin (1945). Il est probable que le point d'attaque de l'alcool est différent dans ces deux maladies et que suivant les individus l'une ou l'autre fonction hépatique est touchée. Les cliniciens savent d'ailleurs qu'il est assez rare de voir une association cirrhose-polynévrite (nous avons eu l'occasion d'en observer 2 cas sur 30 cirrhoses, le chiffre cholinestérasique chez les malades était d'ailleurs normal probablement comme résultante de deux facteurs opposés).

Notons enfin le fait que malgré l'existence d'un taux très bas de cholinestérase dans le sérum des hépatiques, ceux-ci ne se montrent nullement incommodés et ne présentent aucun trouble nerveux apparent ni dans le domaine du système des relations, ni dans celui de la vie végétative.

Rôle physio-pathologique de la cholinestérase. — La cholinestérase du sérum a-t-elle un rôle physio-pathologique dans les différentes maladies où elle varie dans des proportions assez grandes ? Dès l'acquisition des notions nouvelles sur la physiologie du système nerveux en rapport avec la découverte de l'acétylcholine comme médiateur chimique de l'excitation nerveuse et de la cholinestérase, de nombreux auteurs ont essayé d'attribuer à cette diastase un rôle important dans la pathologie nerveuse.

La mise en évidence par Walker (1935) dans les myopathies de l'action thérapeutique de la prostigmine qui est comme l'ésérine un puissant inhibiteur de la cholinestérase a permis tous les espoirs. D'autant plus que Hicks et Mc Kay (1936) ont trouvé une augmentation de la cholinestérase sérique dans les myopathies. Ces auteurs n'ont donc pas hésité à mettre sur le compte de l'augmentation de la cholinestérase sérique, dont résulterait une hydrolyse trop rapide de l'acétylcholine l'empêchant d'agir, la responsabilité des troubles myopathiques. Un raisonnement analogue dans le sens inverse a été appliqué à la myotonie où les mêmes auteurs (1938) ont trouvé une baisse de la cholinestérase. Depuis, différents autres auteurs ont essayé d'adapter les résultats de leurs dosages à une explication plausible sauvegardant à la cholinestérase un rôle physio-pathologique. C'est ainsi par exemple que Yokoti (1939) explique la rigidité parkinsonienne par un ralentissement de l'hydrolyse de l'acétylcholine au niveau de plaques motrices, en raison de la diminution de la cholinestérase sérique qu'il avait constatée dans la maladie de Parkinson. Des explications analogues sont proposées pour l'asthme où, suivant les chiffres trouvés, la diminution de la cholinestérase est présentée comme cause pathogénique de l'affection et l'augmentation comme réaction de défense de l'organisme vis-à-vis d'un excès d'acétylcholine libérée au niveau des bronches.

L'accumulation avec le temps d'observations contradictoires a mis en doute ces interprétations.

Ainsi dans les myopathies, Stedman et Russel (1937), puis Pichler (1938) signalent une diminution notable du taux de la cholinestérase sérique. Dans la myotonie, Poncher et Wade (1939) ne trouvent aucune modification par rapport à la normale, et dans la maladie de Parkinson, Pichler (1938) note des chiffres normaux au repos et une augmentation après travail.

D'ailleurs, une modification même uniforme du taux de la cholinestérase sérique dans certaines maladies n'implique pas nécessairement un rôle pathogénique ou physio-pathologique de cette diastase :

L'existence d'un taux de cholinestérase sérique excessivement bas dans les ictères et cirrhoses sans présence d'un trouble nerveux quelconque ou d'un état vagotonique d'une part, la mise en évidence chez des isolés bien portants d'un chiffre très élevé de cholinestérase sérique sans le moindre trouble moteur d'autre part, montrent qu'il n'y a pas de relation bien établie entre le taux de la cholinestérase sérique et le tonus vagal ou le métabolisme intime de l'acétylcholine au niveau des terminaisons nerveuses.

La cholinestérase est en effet en excès énorme dans le sang par rapport aux besoins physiologiques. Son rôle semble être celui de former un barrage infranchissable pour l'acétylcholine sécrétée au niveau des terminaisons nerveuses et qui pourrait filtrer dans la circulation.

Faut-il donc conclure à l'absence d'un rôle physio-pathologique de la cholinestérase ? Il serait osé de l'affirmer vu la fonction très importante qui est réservée à cette diastase dans la physiologie du système nerveux. Si le rôle physio-pathologique de la cholinestérase du *sang* peut être mis en doute, il faut remarquer que l'activité de la cholinestérase se manifeste en premier lieu dans les synapses ganglionnaires et les plaques motrices où Nachmansohn (1938) a montré sa grande concentration et l'existence d'un parallélisme entre la teneur en acétylcholine et en cholinestérase. Un dosage de la cholinestérase au niveau des plaques motrices dans les myopathies, myotonies, la maladie de Parkinson, etc., donnerait peut-être des résultats plus encourageants.

Certes on pourrait envisager l'existence d'un rapport entre la concentration de la cholinestérase du sérum et celles des plaques motrices, mais ceci n'est pas démontré. Au contraire, même si la teneur du sérum en cholinestérase était influencée par la richesse en ferment des éléments nerveux, ces deux concentrations ne seraient jamais proportionnelles, car il est probable qu'il existe encore d'autres sources de cholinestérase et non les moindres, comme le foie et peut-être aussi les éléments figurés du sang. Le taux très bas de la cholinestérase sérique au cours des cirrhoses et hépatites ainsi que dans les anémies en est une preuve.

De nombreux corps peuvent en outre être à l'origine des variations du taux de la cholinestérase sérique chez les malades et même chez les sujets normaux, rendant la démonstration d'un rôle physio-pathologique de la cholinestérase sérique très difficile. Nous mentionnerons l'influence de la vitamine B1 sur la cholinestérase mise en évidence expérimentalement par Antopol, Glaubach et Glick (1939) et en clinique, dans les polynévrites éthyliques et arsénicales par Froment et Kaswin (1945), ainsi que l'existence d'une dépendance étroite du taux de la cholinestérase sérique du taux de la sérum-albumine du sang (Faber, 1943).

(Laboratoire de Pathologie Expérimentale à la Faculté de Médecine de Paris.)

BIBLIOGRAPHIE.

R. Ammon : *Arch. Ges. Physiol.*, 1933, **233**, 486. — R. Ammon et G. Voss : *Arch. Ges. Physiol.*, 1935, **235**, 393. — Antopol, Glaubach et Glick : *Proc. Soc. Exp. Biol. Med.*, 1939, 42, 679. — H. M. Dale : *Journ. of Pharm.*, 1914, **6**, 147. — H. M. Dale et W. Feldberg : *Journ. of Physiol.*, 1934, **81**, 39. — Dale et Gaddum : *Gefässerweiternde Stoffe der Gewebe* G. Thieme, Leipzig, 1936. — Faber Mogens : *Acta Med. Scand.*, 1943, **114**, 59. — Feldberg et Brown : *J. of Physiol.*, 1937, **88**, 265. — N. Fiessinger, Glomaud et Carlotti : *Bull. Acad. Méd.*, 1944, **128**, 293. — J. Froment et A. Kaswin : *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1945. — P. Gahler et F. Plattner : *Arch. ges. Physiol.*, 1926, **214**, 678. — Gautrelet, Corteggiani, Kaswin et Serfatt : *C. R. Soc. Biol.*, 1936, **122**, 377. — P. Gowaerts, P. Cambier et Van Dooren : *C. R. Soc. Biol.*, 1931, **108**, 1178. — C. S. Hicks et M. E. Mac Kay : *Austr. J. Exp. Biol. a Med.*, 1936, **14**, 275 et 1938, **16**, 39. — A. Kaswin : *C. R. Soc. Biol.*, 1939, 130, 839. — E. Kahane et J. Lévy : *C. R. Soc. Biol.*, 1936, **121**, 1396. — Kirjakoff : *Arch. f. Ges. Physiol.*, 1933, **232**, 432. — O. Loewi et E. Navratil : *Arch. Ges. Physiol.*, 1926, **214**, 678. — B. Mc Ardle : *Quart. J. Med.*, 1940, **9**, 107. — D. Nachmansohn : *C. R. Soc. Biol.*, 1938, **127**, 894. — E. Pichler : *Arch. Psych.*, 1938, 4?, 660. — F. Plattner et H. Hinter : *Arch. Ges. Physiol.*, 1930, **225**, 19. — H. G. Poncher et W. H. Wade : *Arch. of Neurol. Psych.*, 1939, **41**, 1127. — E. Stedman et Russel : *Biochemich. J.*, 1937, **31**, 1987. — E. Stedman, Stedman et A. C. White : *Biochemic. J.*, 1933, **27**, 1055. — D. Vincent et Mlle J. Prat : *C. R. Soc. Biol.*, 1942, **136**, 82. — M. Walker : *Lancet*, 1934, **1**, 1200 et 1935, **2**, 11. — Weiss et L. B. Ellis : *Journ. Amer. Med. Ass.*, 1930, **95**, 840. — Yositugu Yokoti : *Acta. Soc. Opht. Jap.*, 1939, **43**, 1617.

LE BLOCAGE NOVOCAÏNIQUE

DE

LA MOËLLE ÉPINIÈRE

Par **Jean KUNLIN**

(Paris.)

Mes premiers essais datent de 1942, au cour d'une laminectomie faite sous anesthésie locale che un malade atteint d'arachnoïdite.

Avec une aiguille très fine j'ai injecté dans l: moelle épinière 3/10 de centimètre cube de novo caïne à 1 pour 100. Aucun incident ne s'est pro duit; il n'y a pas non plus de phénomène neuro logique révélable à l'examen sommaire fait par ur assistant.

Encouragé par cet essai, j'ai, au cours de lami nectomies ultérieures, introduit dans la moelle suc cessivement 0,5 cm^3, 0,7 cm^3, 1 cm^3, 1,5 cm^3 jusqu'à 2 cm^3 de novocaïne à 1 pour 100. Depuis j'ai utilisé l'injection de novocaïne intramédullaire pour faire la myélotomie commissurale postérieure ou la myélotomie totale chez plusieurs malades.

Voici mes impressions sur la technique, les résultats anesthésiques. J'examinerai ensuite les applications possibles de la méthode.

Technique. — Il faut prendre une aiguille très fine du type utilisé pour l'injection intradermique (calibre 5/10e de millimètre). La piqûre de la moelle est douloureuse, mais très supportable *à la condition de ne pas bouger l'aiguille et d'injecter très lentement.*

A cause de cela il faut prendre des points d'appui très fixes sur le squelette vertébral avant et pendant l'injection.

Si l'injection n'est pas très lente elle devient douloureuse. Les sensations pénibles sont alors localisées dans le territoire sensitif correspondant au segment médullaire injecté, soit en ceinture, soit le plus souvent avec prédominence droite ou gauche, selon le lieu de l'injection.

L'injection doit aussi être faite très doucement pour éviter le reflux du liquide le long de l'aiguille. En effet, il est assez difficile d'injecter la moelle à cause du peu de consistance de son enveloppe conjonctivo-vasculaire. La solution a tendance à revenir en suivant le trajet de ponction, malgré l'immobilisation rigoureuse, qui est indispensable pour éviter l'élargissement du point de pénétration et un reflux plus grand.

Comme, d'autre part, le liquide injecté a tendance à fuser le long de l'axe médullaire, vers en haut et vers en bas, plutôt que de passer dans la totalité du tronc médullaire, à cause de la disposition axiale des fibrilles nerveuses et de la présence d'un septum médian, ténu et incomplet, mais réel quand même dans la partie postérieure de la moelle, il faut, pour obtenir une anesthésie complète, faire une injection de chaque côté du sillon médian postérieur (0,8 à 1 cm^3 de chaque côté).

Effets locaux de l'injection. — Le gonflement de la moelle est très peu prononcé, et l'on est étonné de ne pas la voir se renfler comme un nerf périphérique injecté. Ceci est dû à la structure particulière de la moelle qui est très lâche et ne met aucun obstacle à la diffusion du liquide le long de son axe.

Les vaisseaux pie-mériens qui sont souvent dilatés et forment parfois de petits lacis d'aspect angiomateux chez nos opérés atteints de syndromes douloureux — M. Leriche nous l'avait déjà fait remarquer — se contractent petit à petit. Mais le refroidissement local est peut-être suffisant à produire leur rétrécissement, et la chute de tension artérielle qui accompagne l'anesthésie de la moelle épinière y est pour quelque chose aussi.

Effets généraux. — La tension artérielle baisse d'habitude immédiatement de 2 à 4 unités, puis remonte en quelques minutes après l'administration d'éphédrine ou de pressyl, mais reste le plus souvent de 1 à 2 unités au-dessous de la pression notée immédiatement avant l'injection.

Il m'a paru que l'intensité de la chute tension-

nelle était proportionnelle au degré d'infiltration de la moelle. Chez une malade la pression sanguine est tombée, après 2 cm^3 de novocaïne, de 11 à 6, puis est remontée en quelques minutes à 9, après une piqûre de pressyl. Cette phase d'hypotension s'est accompagnée de vomissements assez violents, mais passagers. Notons que ces injections ont été faites au niveau de D4 et D5 et que, par conséquent, les fibres d'origine des nerfs splanchniques ont été au moins partiellement interrompus.

Effets sur l'innervation. — Les injections de 0,3 et de 0,5 cm^3 n'ont pas donné de troubles grossiers de l'innervation périphérique. Un examen approfondi et minutieux, que les conditions opératoires n'ont pas permis, aurait probablement révélé un trouble très partiel.

Avec 0,7 cm^3 de novocaïne à 1 pour 100 est apparue une anesthésie latéralisée du côté de l'injection. Il y avait en même temps une parésie du membre inférieur, mais pas de paralysie complète.

Les injections plus abondantes ont donné, audessous du lieu d'injection, une anesthésie complète avec une paralysie totale, identique à celle de la rachianesthésie.

Durée de l'anesthésie. — L'insensibilité n'est complète que durant vingt à trente minutes, puis elle disparaît rapidement. La motricité volontaire revient en même temps.

Cette absorption rapide de la novocaïne dans un tissu dont la vascularisation est en somme assez restreinte comparativement avec d'autres organes est assez surprenante.

Aucune complication n'a pu être mise en évidence à la suite de ces injections dans la moelle.

Étude expérimentale. — J'ai, dans le Laboratoire de mon Maître, le Prof. R. Leriche, au Collège de France, injecté plusieurs moelles de chien. Les constatations sont absolument identiques à celles de l'observation humaine.

Dans un cas l'injection dans la moelle dorsale basse de quelques fractions de centimètre cube de novocaïne à 2 pour 100 a donné lieu à un saignement abondant de la plaie. Cette *réaction vasodilatatrice* est survenue deux minutes après l'injection.

Applications pratiques. — L'anesthésie de la moelle épinière par injection de novocaïne est très précieuse au cours des interventions sur la moelle.

Au cours de la myélotomie commissurale postérieure elle supprime toute douleur durant la section, même quand la section va au delà de la commissure antérieure, ce qui permet de conserver tous les avantages de l'anesthésie locale. Toutes les dernières myélotomies faites dans le service de M. Leriche à l'Hôpital Américain ont bénéficié de cette analgésie.

Les autres interventions sur la moelle ou les racines sont susceptibles d'en tirer avantage, notamment dans les ablations de tumeurs radiculaires ou intramédullaires.

Lorsqu'à la fin d'une intervention sur la moelle ou ses enveloppes, l'anesthésie locale devient insuffisante, l'injection de novocaïne dans la moelle recrée les conditions d'une anesthésie chirurgicale parfaite.

Possibilités de la méthode. — J'ai pensé à utiliser l'injection intramédullaire dans le but d'obtenir l'anesthésie opératoire par ponction transcutanée comme pour une rachianesthésie. A travers la lumière d'une première aiguille ordinaire de ponction lombaire on introduirait une aiguille un peu plus longue, calibrée à 5/10e de millimètre. La difficulté est de trouver avec une précision suffisante le point où l'on veut placer l'injection. De toute façon il faudrait faire l'injection assez haute de préférence au niveau du renflement dorso-lombaire de la moelle (entre D10 et L1).

L'avenir montrera si le même procédé est applicable à la moelle cervicale (entre C4 et D1).

Quant à la durée de l'anesthésie, la percaïne pourra la prolonger utilement, au delà des vingt à trente minutes obtenues par la novocaïne.

Par des injections très précises de petites quantités d'une solution anesthésiante on pourrait aussi essayer de préciser la topographie des fibrilles nerveuses de la moelle.

Enfin, ne pourrait-on par des injections localisées dans des centres nerveux médullaires — sympathiques par exemple — modifier certains troubles fonctionnels, tout comme par les injections des ganglions sympathiques ? ou encore introduire dans la moelle des substances médicamenteuses ?

(Service du Prof. Leriche, *à l'Hôpital Américain de Paris et Laboratoire du Collège de France.)*

SOCIÉTÉS DE PARIS

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET D'HYGIÈNE DU TRAVAIL

15 Octobre 1945.

Remarques sur la surveillance médicale des sujets exposés à l'intoxication benzolique. — MM. **H. Desoille** et **J. Laurent** rapportent une observation où, dans un atelier dont l'hygiène était relativement bonne, un ouvrier bien surveillé présenta une anémie mortelle que les examens hématologiques de contrôle n'avaient pu faire prévoir, le dernier examen pratiqué quelques jours avant que l'ouvrier ne tombe malade ayant été absolument normal. A noter cependant que l'individu appartenait au groupe O.

Les auteurs rappellent que l'on doit éliminer du travail dangereux tous les individus présentant un fléchissement, soit des hématies, soit des leucocytes, soit du pourcentage des granulocytes : sans attendre que soit réalisé un syndrome typique, ils préconisent l'élimination du travail en cas de phénomènes généraux (fatigue, essoufflement, anorexie), même si l'examen hématologique est encore normal. Il faut aussi éliminer systématiquement tous les sujets appartenant au groupe O, même si on trouve une formule hématologique normale.

La véritable solution, comme le montre l'observation qu'ils présentent et où la surveillance médicale, quoique correcte, a été inefficace, consiste à supprimer l'emploi du benzol dans tous les cas où il est remplaçable par des produits moins dangereux.

— M. **Perrault** signale d'autres cas analogues où la surveillance médicale s'est trouvée en défaut. Il pense néanmoins qu'il existe des difficultés techniques pour remplacer les colles de caoutchouc au benzol par des colles à l'essence.

— M. **Desoille.** Il faut distinguer entre les caoutchoucs synthétiques qui semblent nécessiter des solvants contenant du benzol et les caoutchoucs naturels qui tolèrent les solvants à l'essence.

— M. **Truffert.** Le toluène paraît devoir être recommandé ; sans doute, au point de vue expérimental, réalise-t-il plus aisément que le benzène une intoxication aiguë, mais en ce qui concerne l'intoxication chronique qui est le grand danger, sa toxicité est moindre que celle du benzène.

— M. **Dérobert** insiste également sur les avantages du toluène.

— M. **Kohn-Abrest** rappelle qu'avant la guerre la question de l'interdiction du benzol avait été examinée et résolue en Belgique.

— M. **Feil,** dans l'usine qu'il surveille, a fait remplacer le benzène par le toluène et depuis 5 ans n'a pas observé de cas d'intoxication.

— M. **Lafarque** oppose aussi le benzène et le toluène. Il faut notamment tenir compte de la tension des vapeurs qui est bien moindre pour le toluène que pour le benzène.

L'ordonnance sur la réparation de la silicose. — M. **Dérobert** analyse l'ordonnance du 2 Août 1945 et apporte quelques critiques au texte :

Il n'est pas prévu de barème d'invalidité ; l'ordonnance dit seulement que la silicose ne peut-être indemnisée que si elle s'accompagne de troubles fonctionnels, en particulier de dyspnée, sans que figurent des échelles d'estimation. Cette particularité entraînera des appréciations discutables et variables.

L'ordonnance définit la silicose comme consécutive à l'inhalation de poussières renfermant de la silice libre ou de l'amiante ; dans ces conditions, les pneumopathies décrites sous le nom de silicatoses, telles celles de l'ordonnance, seront-elles indemnisées ?

Le texte, en outre, est contradictoire puisque l'on indemnise les pneumoconioses dues à l'amiante qui est une silicate. Il eût été préférable de ne pas préciser la nature chimique de l'amiante siliceuse.

En cas de contestation, l'expertise sera obligatoirement confiée à un médecin Inspecteur du Travail ; ce choix est sans doute judicieux, mais est en opposition avec le Code de procédure civile et les principes fondamentaux de la magistrature française qui laissent au juge le soin de choisir l'expert.

L'auteur insiste sur le peu d'importance pécuniaire donné à l'évaluation de l'indemnité pour changement d'emploi.

Il faut cependant reconnaître que l'ordonnance, même difficilement applicable, fait disparaître une lacune préjudiciable au renom de la législation ouvrière française.

— M. **Leclercq.** Dans quelle mesure les mineurs travaillant au charbon et présentant des lésions analogues à celles de la silicose seront-ils indemnisés ?

— M. **Dérobert.** Y-a-t-il de la silice libre dans le charbon ?

— M. **Leclercq.** Peu, mais ces mineurs sont au contact de poussières provenant de coups de mine éclatant dans la roche.

— M. **Lafarge.** Les arrêtés prévus à l'article 2 préciseront les conditions dans lesquelles les prescriptions seront admises.

— M. **Leclercq.** Nous assistons actuellement à une augmentation très notable des cas de silicose dans la région du Nord où ces cas étaient peu fréquents avant la guerre. Cette augmentation peut être due à ce que pendant l'occupation la ventilation des galeries fut moins bonne, le travail intensif et prolongé. En outre, il y a affaiblissement de l'état général : il est probable qu'un grand nombre de mineurs vont devoir changer de poste, il y a là un problème inquiétant.

— M. **Desoille.** L'indemnité allouée pour changement de poste est d'ailleurs nettement insuffisante.

Quelques notions étiologiques sur le vanillisme. — MM. **H. Desoille, A. Méyer** et **A. Massinot** précisent que les sujets roux et blonds présentent une susceptibilité particulière : les symptômes sont plus violents et ces sujets ne peuvent généralement s'habituer à la vanille.

Plus un individu est brun, moins il est sensible ; il ne fait que des formes discrètes qui ne récidivent pas.

Les altérations et les falsifications de la vanille ne jouent pas de rôle.

Le « vanillon Guadeloupe » est le plus souvent en cause. La « vanille Tahiti » est moins dangereuse. La « vanille Bourbon » à peu près inoffensive. A remarquer que les vanilles de Guadeloupe et de Tahiti, qui provoquent volontiers le vanillisme, sont celles qui renferment le moins de vanilline.

Henri Desoille.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE FRANCE

28 Octobre 1945.

Tatouage par disque vulcarbo. — M. **Carvallo** (Marseille). Accident résultant d'une coupure superficielle de la lèvre par échappée d'un disque vulcarbo de nouvelle fabrication et de l'incrustation dans la plaie de poussière noire dégagée par le disque de mauvaise qualité.

Guérison express de l'angine de Vincent par l'acide trichloracétique. — Médecin commandant **Jacowski.** Après lavage à la poire et sous forte pression de l'ulcération, écouvillonnage et nouvelle irrigation, appliquer l'acide trichloracétique, à l'aide d'un porte-coton, dans les anfractuosités de l'amygdale. Ce traitement doit être appliqué 3 jours consécutifs.

Une forme fruste d'ostéomyélite du maxillaire inférieur. — M. **G. Hamon** (Orléans). Observation d'une patiente de 25 ans présentant des signes d'ostéomyélite de l'angle mandibulaire droit avec signe de Vincent (Alger). Prescription de fontamide. Guérison apparente après 6 jours de traitement. Rechute 20 jours après, compliquée de petits furoncles cutanés. Nouveau traitement sulfamidé : 3 jours après, nouvel amendement des symptômes locaux et généraux, mais persistance d'une fièvre légère et d'une douleur à la pression de l'angle mandibulaire. Pas de signe radiologique.

Réduction de la linguo-elusion des incisives supérieures par le « Ressort de Jackson » et par le « plan incliné ». — MM. **Cauhepé, Fieux** et **Oliveri.** Deux dispositifs très simples permettant une réduction rapide, applicables aux cas où les malpositions incisives sont isolées sur des arcades par ailleurs normales de forme, de dimensions et d'articulé.

Les odontalgies d'origine nasale. — M. **G. Soleil** (Lille). Synalgies simulant des odontopathies des 2es molaires supérieures droite ou gauche. Existence d'une aire de 1 cm^3, douloureuse à la pression, de siège immuable à 1 ou 2 mm. au-dessus de l'apex de la racine disto-vestibulaire de la dent de 12 ans.

La lésion nasale concomitante est une rhinite aiguë ou chronique, uni- ou bilatérale. La guérison de l'infection nasale entraîne la disparition de l'aire douloureuse maxillaire. Celle-ci reparaît à chaque nouvelle infection des fosses nasales, ou persiste avec une acuité réduite dans les cas de rhinite chronique.

A propos des hémorragies alvéolaires post-opératoires. — M. **Py** (Toulouse) se basant sur l'action coagulante des solutions hypertoniques, l'auteur a obtenu de bons résultats dans la prévention et le traitement des hémorragies alvéolaires par l'emploi, en bains de bouche, d'un chlorate double de potasse et de magnésie.

Une épidémie de stomatite ulcéro-sanieuse. — MM. **Cadenat, Bouyssou** et **Charouleau** (Toulouse).

Présentation d'un cas de lymphangiome congénital de la face après intervention chirurgicale. — **M. L. Lebourg.**

Les onlays supports de bridge. Leurs indications. Leur préparation. — **M. R. Thibault.**

Reconstitution d'un angle d'incisive par inlay à arçon. — **M. Lehuche.**

La broche de Kirschner dans le traitement des fractures du maxillaire inférieur. — MM. **Cadenat** et **Bouyssou** (Toulouse). R. V[illegible]

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

PUBLIÉES PAR LES SOINS DE L. ROUQUÈS

L'aménorrhée consécutive à la radiothérapie péripelvienne

La grande radio-sensibilité des ovaires les rend particulièrement vulnérables et la radiothérapie péripelvienne la mieux conduite est susceptible de provoquer des aménorrhées temporaires ou définitives; un article de MM. P. Gibert et Cl. Béclère [1] en montre bien la possibilité.

La radiothérapie de la *sciatique* nécessite des irradiations larges de toutes les racines du plexus sacré au moins jusqu'au point où elles se réunissent pour former le tronc du nerf et l'emploi d'un rayonnement pénétrant. Habituellement, tout se passe bien, mais les auteurs ont observé une aménorrhée persistant depuis plus de trois ans qu'il y a lieu de croire définitive chez une femme de 32 ans et une aménorrhée temporaire chez une femme de 39 ans; dans ces deux cas, le traitement avait été appliqué d'un seul côté et dans des conditions techniques irréprochables; le calcul montra que les ovaires n'avaient pu recevoir qu'une dose de rayons très inférieure à celle qui est généralement nécessaire pour provoquer la stérilisation; les auteurs ne voient que deux explications possibles: ou une situation très rapprochée des deux ovaires et voisine de l'axe médian du corps ou une fragilité particulière des follicules que rien ne peut laisser prévoir en dehors des dosages hormonaux. Ces faits doivent rendre circonspect quant à la radiothérapie de la sciatique chez la femme jeune: les auteurs pensent que la patiente et son médecin doivent être prévenus d'un risque peut-être léger mais certain, surtout si on utilise des doses et une tension élevées.

Dans *les arthrites de la hanche*, le danger semble moins immédiat pour l'ovaire: il est en effet possible de limiter plus strictement la surface d'irradiation à la zone articulaire; par contre, il faut atteindre des doses plus élevées que pour le traitement de la sciatique: la protection de l'ovaire est illusoire, car si une orientation correcte lui évite le rayonnement direct, il est impossible de le soustraire au rayonnement diffusé. Si la lésion coxale est unilatérale et l'irradiation uniquement antérieure et bien limitée, le risque d'aménorrhée paraît inexistant, il est possible lorsqu'on irradie par deux champs; il est à peu près certain si la lésion articulaire est bilatérale et traitée avec les doses nécessaires.

Dans le *prurit ano-vulvaire*, les conditions du traitement sont différentes: on n'utilise généralement que des rayonnements peu pénétrants, peu ou pas filtrés, qui s'amortissent dans les premiers centimètres de tissu; on peut et on doit d'autre part, employer des irradiations tangentielles. Cette technique compte une grande proportion de résultats favorables, sans incidents ovariens; ceux-ci restent possibles et les auteurs en rapportent plusieurs cas; il leur paraît, d'ailleurs, qu'en pratique gynécologique, la radiothérapie est très rarement indiquée dans le prurit vulvaire; celui-ci dépend souvent d'un abus d'injections vaginales trop chaudes ou trop antiseptiques; dans d'autres cas, il relève d'une vulvo-vaginite méconnue ou encore d'une paramétrite chronique curable par un traitement anti-infectieux et diathermique, ou enfin de certaines insuffisances folliculiniques, même chez les femmes encore réglées; le diagnostic étiologique est particulièrement important dans ce cas, les risques de la radiothérapie étant beaucoup plus grands sur des ovaires dont le fonctionnement hormonal est déjà déficitaire.

La conclusion des auteurs est que d'une façon générale, la rœngenthérapie péripelvienne doit être utilisée avec modération chez les femmes réglées, surtout lorsqu'elles ont des règles insuffisantes ou lorsqu'elles ont subi l'ablation chirurgicale d'un ovaire; sans compter que, théoriquement tout au moins, les rayons de courte longueur d'onde paraissent capables de provoquer des mutations.

1. Paul Gibert et Claude Béclère : Des inconvénients possibles pour l'ovaire de certains traitements de rœntgenthérapie péri-pelvienne chez la femme. *La Semaine des Hôpitaux*, 1945, **21**, 800-802.

Que doit-on faire des mort-nés et des embryons ?

Répondre à cette question embarrasserait sans doute la plupart d'entre nous; nous ne serions pas sans excuse car ce chapitre est généralement omis dans les traités de médecine légale. MM. Duvoir et Dérobert [1] viennent de préciser la législation qui est, à vrai dire, obscure et vague.

La déclaration des *mort-nés* est obligatoire et réglementée par un décret du 4 Juillet 1806 toujours en vigueur; ses termes sont assez ambigus; ils n'indiquent pas au bout de combien de mois de gestation l'enfant sans vie doit être déclaré; les tribunaux admettent en général l'obligation de la déclaration pour les fœtus de six mois ou encore pour ceux qui ont des cheveux et des ongles ou dont le sexe est différencié: mais il ne s'agit là que d'une interprétation. Le décret ne précise pas qui doit faire la déclaration; le médecin peut s'en charger, mais il n'y est pas obligé. En l'absence de dispositions particulières, les inhumations des mort-nés suivent la règle générale (article 77 du code civil et décret du 31 Décembre 1941).

Aucune règle générale ne concerne les *embryons* et *produits de conception*; dans la majeure partie du territoire, les municipalités n'ont pas pris de mesures réglementaires et les praticiens, ne sachant que faire des embryons, cherchent à s'en débarrasser en les incinérant ou en les enterrant; mais cette pratique peut exposer ultérieurement les médecins à des ennuis, notamment à des dénonciations pour pratiques abortives.

Pour le département de la Seine et plus spécialement pour Paris, il existe une réglementation élaborée par Haussmann en 1868, d'accord avec le procureur impérial; elle a été complétée pour la dernière fois en 1903 et est encore en vigueur.

Les textes préfectoraux indiquent que la déclaration des produits de conception ayant de six semaines à quatre mois de vie intra-utérine ou embryons est obligatoire; elle doit être faite par l'accoucheur, la sage-femme ou la famille; l'officier d'état civil ne peut exiger du déclarant ni le nom de l'accouchée, ni le lieu de l'avortement, mais seulement l'affirmation que l'avortement a eu lieu sur le territoire de l'arrondissement. Une disposition prévoit que le dépôt de l'embryon pourra être fait dans une caisse spéciale n'ayant pas la forme d'une bière, placée dans un local de la mairie et que le médecin de l'état civil examinera l'embryon. Les familles restent libres, semble-t-il, de faire inhumer dans les formes ordinaires les embryons.

En résumé donc, à Paris, les produits de conception de moins de six semaines de vie intra-utérine ne sont l'objet d'aucune réglementation pour leur déclaration et leur enlèvement. Les produits de conception de six semaines à quatre mois ou embryons doivent être obligatoirement déclarés et déposés à la mairie. Les produits de conception de plus de quatre mois de vie intra-utérine, dénommés mort-nés ou fœtus, doivent être obligatoirement déclarés et inhumés suivant les prescriptions habituelles.

MM. Duvoir et Dérobert critiquent ces dispositions; ils remarquent que les définitions préfectorales de mort-nés, fœtus et embryons sont discutables. Le mort-né est un enfant mort dans le sein de sa mère, mais qui aurait pu vivre; c'est donc un produit de conception viable; la limite de viabilité a été fixée par l'article 312 du Code civil au cent quatre-vingtième jour de la grossesse et on peut admettre qu'à ce stade, le produit de conception a une taille moyenne de 23 *cm*. du vertex au coccyx, c'est-à-dire replié, ou de 34 *cm*. 5 du vertex à la plante des pieds, c'est-à-dire allongé; on devrait considérer comme des embryons, les produits de conception ayant des tailles inférieures à ces chiffres, comme des fœtus auxquels seraient appliquées les dispositions du décret du 4 Juillet 1806, les produits de conception ayant des tailles égales ou supérieures. C'est ce que font, d'ailleurs, la plupart des tribunaux, en contradiction avec les textes préfectoraux.

MM. Duvoir et Dérobert remarquent d'autre part qu'une simple circulaire ne peut pas imposer la déclaration; un arrêté doit rendre obligatoire les décisions préfectorales et l'arrêté n'a jamais été pris; seul, le décret de 1806 a force de loi et son imprécision a déjà été soulignée. Il serait désirable, ajoutent les auteurs, qu'un texte ayant force de loi précise définitivement et pour l'ensemble du territoire, la conduite à tenir devant les cadavres des fœtus et des embryons.

En attendant et puisque la circulaire préfectorale donne tous apaisements sur la conservation du secret professionnel, les médecins parisiens, désireux d'éviter des tracasseries administratives ou policières, agiront sagement en s'y conformant.

1. M. Duvoir et L. Dérobert : Que doit-on faire des mort-nés et des embryons? *Annales de Médecine légale*, 1945, **25**, 8-16.

Traitement du zona par l'infiltration des ganglions sympathiques

Parmi les multiples traitements du zona, la méthode préconisée par Rosenak en 1938 semble mériter une place spéciale par la rapidité de son action sur la douleur; elle consiste à infiltrer les ganglions sympathiques correspondant aux territoires radiculaires de l'éruption avec une solution de novocaïne à 1 pour 100; la douleur disparaît presque instantanément et l'évolution des vésicules est nettement accélérée.

Findley et Patzer [1] viennent de rapporter 4 succès de la méthode: le premier est celui d'un homme de 68 ans ayant un zona en D_2 et D_3 malgré de fortes doses d'acide acétyl-salicylique et de sulfate de codéine, il n'avait pratiquement pas dormi depuis le début, tellement les douleurs étaient vives; dix jours après ce début, on infiltre par voie antérieure le ganglion stellaire et les ganglions thoraciques supérieurs; la douleur cesse et on peut supprimer les anti-algiques. Le second cas est celui d'un homme de 50 ans ayant un zona du flanc et de l'aîne: l'infiltration des 4 premiers ganglions lombaires ne le soulage pas, celle des 11e et 12e ganglions thoraciques le soulage aussitôt. Le troisième cas est celui d'un enfant de 7 ans, traité avec succès pour un zona du flanc. Le quatrième cas est celui d'un homme de 52 ans ayant un zona cervical; une première infiltration ne donne qu'une amélioration partielle et passagère, mais l'injection avait été mal faite comme le prouvait le caractère incomplet et transitoire du syndrome de Claude Bernard-Horner: une injection bloquant réellement le ganglion stellaire et les deux premiers thoraciques supprime la douleur sauf à la périphérie, vers l'épaule: l'infiltration du 3e ganglion thoracique amène une guérison totale.

Sur 29 cas publiés (les 4 précédents, ceux de Rosenak et ceux de Street), la disparition rapide des douleurs a été obtenue dans 27.

1. Th. Findley et R. Patzer : The treatment of herpes zoster by paravertebral procaine block. *J. of the Amer. Med. Assoc.* 1945, **128**, 1217-1219.

CHRONIQUES

A L'OCCASION DU CINQUANTIÈME ANNIVERSAIRE DE LA MORT DE PASTEUR

LA PRESCIENCE DE PASTEUR

à la lueur de nos connaissances actuelles

Pasteur ne fut pas seulement un génial inventeur et un grand réalisateur, tirant lui-même les plus belles applications de ses découvertes, il fut aussi un prodigieux semeur d'idées, lesquelles, depuis plus d'un demi-siècle, ont germé et ont abouti à de riches moissons, en attendant de plus magnifiques récoltes encore.

Quel plus bel hommage lui rendre, après que tout a été dit de lui, que de montrer, par quelques exemples, ses dons merveilleux de perspicacité, d'intuition, en un mot sa prescience.

Dès 1859, Pasteur ayant à peine dépassé le seuil de sa vie scientifique, écrivait :

« De tous les phénomènes de la Chimie organique, le phénomène de la fermentation est peut-être le plus digne d'attention. Il a servi de type à une multitude d'autres analogues et le mot de fermentation est devenu générique. A mesure que la science se perfectionne, poursuit Pasteur, on sent de plus en plus que c'est par des réactions de cet ordre que l'organisme procède et quand la lutte de la vie et de la mort a laissé celle-ci victorieuse, aussitôt l'être animé, quel qu'il soit, animal ou plante, subit des métamorphoses de fermentation qui peu à peu ramènent toutes ses parties à des combinaisons propres à faire rentrer ses éléments dans le cercle indéfini de la vie et de la mort. Tout annonce également que c'est à des causes de cette nature que les maladies contagieuses doivent leur existence [1]. »

Et de fait, après avoir tiré, du point de vue théorique comme du point de vue pratique, un très grand parti de ses études sur les fermentations proprement dites, Pasteur était conduit à la conception et à la démonstration du rôle des « germes » dans ces maladies infectieuses. Sans cesse il comparait, dans cette démonstration, les germes pathogènes à les ferments figurés. Il avait fait connaître de prime abord : « Qu'une des affections les plus graves du ver-à-soie est la conséquence de la fermentation anormale de la feuille du mûrier dans le canal intestinal, fermentation produite par des organismes divers, notamment par ces mêmes vibrions qui ressemblent grandement aux agents actifs de la putréfaction ».

En 1878, à propos de la « septicémie », il s'exprima en ces termes : « Nous venons de rencontrer, dans le vibrion de la septicémie, un microbe exclusivement anaérobie puisqu'il ne peut se développer que dans le vide ou en présence de gaz inertes. Il doit donc être ferment. C'est ce qui existe [2]. »

Bientôt, Pasteur, s'inspirant des constatations de quelques-uns de ses devanciers comme Rayer, Davaine, Delafond, etc., prouve d'une façon irréfutable que « la maladie charbonneuse est bien due à un micro-organisme spécifique, comme la fermentation butyrique est due à un ferment spécifique ». Vingt années après l'avoir prophétisée, Pasteur établissait donc lui-même l'origine microbienne des maladies contagieuses.

Cependant, avant de se prononcer d'une manière aussi catégorique, il avait envisagé diverses hypothèses. Il s'était demandé en particulier si, en dehors de la bactéridie de Davaine, il n'existe pas une « substance diastasique soluble » qui serait la cause de la maladie charbonneuse. « Un ferment diastasique soluble pourrait être, suppose-t-il, un produit de la bactéridie, se régénérer par conséquent en même temps que celle-ci, et se trouver dès lors dans la dernière comme dans la première culture [3] ».

Cette substance diastasique soluble et « virulente » nous dirions aujourd'hui pathogène, capable de traverser les filtres (de plâtre ou de porcelaine) dont Pasteur avait soupçonné l'existence en 1878 mais qu'il n'avait pu isoler des liquides de culture de la bactéridie, parce qu'en réalité elle n'y existe pas ou seulement en trop petite quantité pour y être décelée, il fut donné à deux de ses disciples, Roux et Yersin, de la découvrir dix ans après (1888) [4], dans le bouillon dans lequel a végété le bacille de Löffler ; il s'agit de la toxine diphtérique, laquelle est responsable des troubles enregistrés au cours de la maladie ; c'est grâce à elle que le bacille diphtérique manifeste son pouvoir pathogène.

On constata bientôt que les filtrats de culture de très nombreux germes renferment soit des poisons du genre de celui de Roux et Yersin, soit de véritables ferments solubles, soit à la fois les uns et les autres et c'est par les toxines et par les enzymes que les microbes agissent. Il n'est pas jusqu'à la pénicilline de Fleming et autres produits semblables responsables de l'antagonisme microbien, sur lesquels actuellement l'attention est puissamment attirée et retenue, qui ne doivent être rapprochés des enzymes par le mécanisme de leur action.

Mais cet antagonisme microbien, n'est-ce pas Pasteur, comme nous l'avons nous-même rappelé récemment [5], qui en constata les toutes premières manifestations et qui envisagea d'emblée les diverses conséquences, y compris les conséquences utilitaires, qu'on en pouvait tirer : « Un liquide envahi par un ferment organisé ou par un être aérobie permet difficilement la multiplication d'un autre organisme inférieur, alors même que ce liquide considéré dans son état de pureté est propre à la nutrition de ce dernier, déclare Pasteur en **1877**. Chose bien remarquable, poursuit-il, ce même phénomène se passe dans le corps des animaux [6]. » Et, emporté par son imagination féconde jusqu'aux hypothèses les plus hardies, Pasteur eut l'intuition géniale que cet antagonisme microbien pourrait être utilisé en thérapeutique « les faits (d'antagonisme), annonce-t-il, autorisent peut-être les plus grandes espérances au point de vue thérapeutique ». Aujourd'hui ces espérances sont comblées.

Transportons-nous maintenant dans le domaine des études sur la Rage et nous allons avoir de la prescience de Pasteur de nouveaux exemples et des plus frappants. En 1885, Pasteur vient de mettre au point sa « méthode pour prévenir la rage après morsure ». On pensait alors, et chose très curieuse on croit assez généralement à l'heure actuelle encore, que cette méthode est basée sur l'emploi comme vaccin d'un virus rabique atténué dans sa virulence selon un mécanisme identique à celui du vaccin charbonneux. En réalité, il n'en est rien et c'est Pasteur qui nous en prévient dans sa communication princeps sur le traitement de la rage [7] : « En se reportant, dit-il dans cette communication, aux méthodes d'atténuation progressive des virus mortels et à la prophylaxie qu'on peut en déduire ; étant donné, d'autre part, l'influence de l'air dans l'atténuation, la première pensée qui s'offre à l'esprit pour rendre compte des effets de la méthode c'est que le séjour des moelles rabiques au contact de l'air sec diminue progressivement l'intensité de la virulence de ces moelles jusqu'à la rendre nulle. On serait, dès lors, porté à croire que la méthode prophylactique dont il s'agit repose sur l'emploi de virus d'abord sans activité appréciable, faibles ensuite et de plus en plus virulents. Je montrerai ultérieurement, indique Pasteur, que les faits sont en désaccord avec cette manière de voir. Je prouverai que les retards dans les durées d'incubation de la rage communiquée, jour par jour, à des lapins pour éprouver l'état de virulence de nos moelles desséchées au contact de l'air, sont un effet d'appauvrissement en quantité du virus rabique contenu dans ces moelles et non un effet de son appauvrissement en virulence. » Pasteur reviendra à différentes reprises, et en particulier dans sa célèbre lettre à Duclaux (1886), sur ce sujet, tant lui paraît grande son importance doctrinale et pratique [8] « Dans l'application de la méthode prophylactique de la rage après morsure — écrit Pasteur dans cette lettre — nous n'aurions donc pas affaire à des virus faibles et de plus en plus forts. La virulence serait toujours la même, elle obéirait seulement à la loi de la durée variable de l'incubation par des quantités de plus en plus petites d'un virus qui ne changerait pas [9]. En conséquence de différentes observations ayant constaté en particulier des cas d'immunité chez le chien, à la suite d'inoculations sous la peau par des quantités assez notables de virus rabique quelconques et sans phénomène morbide, Pasteur en arrive à l'idée d'une « matière vaccinale » associée au virus de la rage. « Comment, souligne-t-il dans sa lettre à Duclaux, comprendre sans l'existence d'une matière vaccinale, cette expérience de 2 chiens inoculés, chacun sous la peau, par 10 seringues d'un virus très virulent de cent vingt-deuxième passage de lapin à lapin, et qui sont d'emblée rendus réfractaires à la rage [10]. » Partant de cette idée de l'existence d'une « matière vaccinale rabique », Pasteur cherche à obtenir l'immunité « à l'aide de moelles qui, tout en étant dépourvues de virulence, détermineraient l'état réfractaire parce que le microbe (virus) perdrait sa virulence avant que la matière vaccinale perdît elle-même sa vertu préservatrice ». Il y réussit, mais inconstamment. Néanmoins, il engage les expérimentateurs à répéter ses propres essais, en spécifiant que le succès de ce genre d'épreuve doit consister dans l'usage de moelles desséchées à la température la plus voisine possible de celle qui supprime toute virulence dans le microbe rabique. Et Pasteur de conclure à cette époque : « L'intérêt qu'offrirait la vaccination par des moelles non virulentes n'a pas besoin d'être signalé. Ce serait à la fois un fait scientifique de premier ordre et un progrès inappréciable de la méthode de prophylaxie de la rage. » Ce progrès inappréciable envisagé, désiré par Pasteur, a été réalisé dans la suite, et depuis plus d'un quart de siècle il existe, en dehors de la méthode classique basée sur l'emploi du virus-vaccin pastorien, des procédés mettant en œuvre le virus rendu avirulent par l'action soit du phénol, soit de l'éther, soit du formol, etc. Ces procédés sont maintenant d'un usage courant dans divers pays, aussi bien pour le traitement après morsure chez l'homme et chez les animaux domestiques que pour l'immunisation préventive contre la rage chez ces derniers (chien).

Ce n'est pas seulement contre la rage, mais encore contre d'autres maladies microbiennes qu'à l'époque de Pasteur on se préoccupait de vacciner à l'aide d'une substance soluble, d'un « vaccin chimique » comme l'on disait alors. Cette vaccination chimique semblait à Pasteur, et pour nombre de raisons, bien préférable à sa propre méthode d'immunisation par

1. Cité par PASTEUR VALLERY-RADOT : « Les plus belles pages de Pasteur » *Editions Flammarion*, Paris.
2. L. PASTEUR, JOUBERT et CHAMBERLAND : *Bull. Acad. de Méd.*, 1878, **7**, 2ᵉ série, 432.
3. L. PASTEUR et JOUBERT : *C. R. de l'Acad. des Sciences*, 1877, **84**, 900.
4. E. ROUX et A. YERSIN : *Annales Institut Pasteur*, 1888, **2**, 629 ; 1889, **3**, 273 ; 1890, **4**, 385.
5. G. RAMON : *La Presse Médicale*, 1945, n° 30, 405.
6. PASTEUR et JOUBERT, *Bull. Acad. de Méd.*, 1877, 2ᵉ série, **6**, 781.
7. L. PASTEUR : *C. R. de l'Acad. des Sciences*, 1885, **101**, 765 ; *Bull. Acad. de Méd.*, **14**, 2ᵉ série, 1431.
8. Voir *Annales Institut Pasteur*, 1887, **1**, 1.
9. En *post scriptum* à sa lettre à DUCLAUX, PASTEUR écrit ceci : « On peut objecter à l'hypothèse que j'expose que le vaccin du charbon reprend sa virulence lorsque, accidentellement, il amène la mort d'un mouton ou d'une vache. On peut objecter aussi que la bactéridie charbonneuse chauffée et qui devient vaccinale à 55° reprend sa virulence par une simple culture. Il y aura lieu d'essayer de produire l'état réfractaire par des quantités très petites de virus rabique quotidiennement croissantes en quantité. Cependant, pour le charbon, on ne réussit pas à vacciner par cette méthode. Cette vaccination par de très petites quantités de virus rabique que préconisait PASTEUR était essayée peu après, puis utilisée dans la pratique, c'est la méthode des dilutions d'Högyes.
10. Dans d'autres expériences, PASTEUR, en opérant de la même façon, transmettait aux chiens tantôt la rage, tantôt l'état réfractaire.

les virus-vaccins. En Janvier 1888, Pasteur présentait à l'Académie des Sciences [11] un mémoire de ses disciples, Roux et Chamberland, prouvant que « la vie du vibrion septique développe dans le milieu de culture des produits chimiques solubles qui, introduits en quantité suffisante dans le corps des cobayes, confère à ces derniers l'immunité pour la maladie mortelle que provoque ce vibrion ». A cette occasion, Pasteur rappelait que, dès 1884, ses expériences sur la prophylaxie de la rage l'avaient persuadé que le virus rabique devait être accompagné de la présence de matières chimiques non vivantes pouvant déterminer l'immunité contre la rage. Il rappelait également qu'il avait cherché à produire l'immunité chez les poules au moyen des produits solubles formés dans le bouillon de culture par la vie du microbe du choléra des poules et qu'il vit apparaître les symptômes de la maladie mais non l'immunité, etc. Il évoquait encore les préoccupations et les résultats expérimentaux dans ce même ordre d'idées de Chauveau, de Charrin, de Chantemesse et Widal. « Dans mon laboratoire, ajoutait-il, nous en parlions souvent, toujours émus à la pensée que les preuves d'une telle découverte (celle des vaccins chimiques) constitueraient un progrès de premier ordre et donneraient à la microbiologie les plus fécondes applications thérapeutiques. » Et il terminait ainsi : « Malgré des faits si inductifs en ce qui concerne le charbon (allusion à des faits expérimentaux qu'il venait de citer), malgré les résultats des expériences de ma lettre à M. Duclaux sur la rage, il restait à donner la preuve sans réplique d'une immunité complète produite par des substances privées de vie, incapables de se reproduire et nées de la présence de microbes mortels. Ce fut une inspiration des plus heureuses de rechercher cette preuve dans une maladie autre que le charbon et la rage et de s'adresser à la maladie septicémique du cobaye, maladie qui par toutes les conditions de sa nature devait conduire cette fois à la preuve indiscutable que nous cherchions. Ma joie est grande d'avoir pu être témoin de ce nouveau progrès réalisé dans mon laboratoire. »

Cependant, quelques années plus tard, E. Roux [12] examinant, dans son ensemble, le problème de la vaccination chimique plus difficile à résoudre qu'il n'était apparu dès l'abord, montre que lorsque les cultures privées de microbes (vivants) sont injectées à doses trop fortes, elles provoquent chez les animaux des symptômes tout à fait semblables à ceux que l'on observe dans la maladie spontanée : « La culture stérilisée (par l'action de la chaleur ou par filtration) donne ainsi, suivant les doses, la maladie ou l'état réfractaire ». Envisageant, par exemple, le cas spécial de la culture du bacille diphtérique dont il venait avec A. Yersin de mettre en évidence la « toxicité », E. Roux écrit : « Une même culture privée de microbes (par filtration) peut, selon les doses injectées, être vaccinante ou toxique. C. Fränckel rend les cobayes réfractaires à la diphtérie en leur injectant le liquide toxique des cultures, chauffé à 65°. On ne peut cependant pas dire, précise E. Roux, que l'on ait encore complètement réussi à séparer la fonction préservatrice de la fonction toxique. Les substances vaccinantes dérivent probablement des toxines modifiées et d'ailleurs elles ne sont point inoffensives à fortes doses. »

Ce n'est qu'au bout de trente années, en 1923, que la séparation entre la fonction préservatrice, c'est-à-dire immunisante, et la fonction toxique des substances solubles, diphtériques ou autres, pouvait être opérée d'une façon indiscutable à coup sûr et à volonté, grâce à l'influence simultanée du formol et de la chaleur agissant dans des conditions bien déterminées sur la toxine de Roux et Yersin. Ainsi était menée à bonne fin la réalisation pratique, aussi parfaite que possible, tant souhaitée et cherchée par Pasteur et ses disciples et leurs contemporains, de « vaccins chimiques » doués tout à la fois de l'innocuité la plus totale, la plus stable et d'une activité immunisante très élevée. Et la satisfaction de M. Roux en faisant connaître à l'Académie des Sciences la découverte des anatoxines [13] n'avait d'égale que la grande joie éprouvée jadis par Pasteur en annonçant à la même Compagnie la possibilité démontrée précisément par E. Roux et son collaborateur Chamberland, de vacciner des cobayes contre la septicémie, à l'aide de « substances solubles ».

Cinquante ans après sa mort et à la lumière de plus en plus forte de nos connaissances en microbiologie, Pasteur apparaît toujours comme le modèle du savant, possédant au plus haut degré le génie de l'invention et de ses applications et se révélant en outre capable de discerner, de mesurer les imperfections, si petites soient-elles, des principes qu'il a posés, des méthodes qu'il a créées, cherchant sans cesse à améliorer celles-ci, à les transformer, appelant de tous ses vœux et avec toutes les ressources de son esprit le Progrès, se réjouissant et exaltant la valeur des résultats obtenus à ses côtés ou en dehors de lui. Oui, en vérité, Pasteur demeure à l'heure présente, plus qu'hier encore, le modèle suprême de l'homme de science, de cette Science qui vise uniquement au bien de l'Humanité.

G. Ramon.

11. L. Pasteur : *C. R. Acad. des Sciences*, 1888, 106, 3??. Voir également E. Roux et Chamberland : *Annales Institut Pasteur*, 1887, 1, 561.
12. E. Roux : *Annales Institut Pasteur*, 1891, 5, 517.
13. Note de G. Ramon présentée par E. Roux : *C. R. de l'Acad. des Sciences*, 1923, 177, 1338.

Fred Vlès

(1885-1944)

Peu de temps après la libération, le bruit courut que le Prof. Vlès, de la Faculté de Médecine de Strasbourg, avait été déporté en Allemagne et qu'on était sans nouvelle de lui. Nous savions déjà qu'en Mars 1944 il avait été arrêté et emprisonné par la Gestapo, mais nous gardions l'espoir de le revoir après l'évacuation du territoire.

Il n'en fut rien, hélas! et nous devions bientôt apprendre son affreuse odyssée : Compiègne, le voyage fatal dans un wagon à bestiaux et sa fin dans des conditions épouvantables par manque d'air et d'eau... Un jeune médecin alsacien, qui partagea son sort pendant ces heures tragiques et eut la chance d'y survivre, a donné des détails émouvants sur sa sérénité devant la mort, son ultime générosité envers ses malheureux compagnons, ses dernières pensées sur les siens et son laboratoire.

Vlès fut un des esprits les plus originaux et les plus féconds qui illustrèrent la science française dans ces dernières années. Il était venu à la physique biologique par la zoologie, ayant débuté comme élève et préparateur de Delage. Sa thèse de doctorat ès sciences sur « Les propriétés optiques du muscle » (1911) est demeurée classique. Elle a conduit à concevoir la genèse de la striation musculaire comme le résultat des ébranlements mécaniques subis par la fibre pendant sa contraction. Par l'emploi que l'auteur y a fait des méthodes physiques on voit percer la nouvelle orientation qui l'amena à la biophysique où il devait acquérir une réputation mondiale.

Nous ne pouvons citer tous ses travaux, laissant à d'autres le soin d'exposer plus complètement dans les périodiques spécialisés tout ce que la science doit à cet infatigable chercheur. Rappelons seulement ses études de biologie cellulaire qui ont mis en évidence cette notion si importante qu'un être vivant ne peut fonctionner qu'entre certaines limites de p_H ; ses recherches (avec de Coulon) sur le cancer expérimental au cours desquelles il définit un terrain physico-chimique général de l'organisme déterminant le développement des tumeurs ainsi que la réceptivité aux infections. A côté d'un intérêt théorique indiscutable et l'apport de vues nouvelles sur la pathogénie du cancer, ces travaux ont abouti à l'institution d'une thérapeutique par les acides aminés qui a provoqué la régression des tumeurs chez la souris et dont les applications au cancer humain ont été interrompues par la guerre.

L'activité de Vlès s'est exercée avec fruit dans bien d'autres domaines : en spectrographie, il a mis au point des techniques d'une haute précision qui lui ont permis d'approfondir la constitution des pigments et des protides ; en locomotion animale il a étudié la reptation des gastéropodes et la locomotion ondulatoire. Enfin, il a soumis à une expérimentation minutieuse les conditions biologiques créées par les propriétés électriques de l'atmosphère. Sur ce sujet, qui intéresse directement les médecins, on lui doit de curieuses expériences montrant que la croissance des organismes est différente suivant que ceux-ci sont électriquement isolés ou mis en relation avec le sol.

L'influence de l'état électrique du milieu s'est fait également sentir sur le processus de la cancérisation. Cette brève énumération ne donne qu'une idée bien imparfaite de la richesse et de la variété d'une telle œuvre.

Arrivé, en 1919, à Strasbourg, comme chargé du Cours de Physique biologique à la Faculté des Sciences, Vlès devait, plus tard, passer à la Faculté de Médecine où il succéda, en 1930, à M. le Doyen Weiss dans la chaire de physique. Il y créa un centre de recherches des plus actifs, fréquenté par de nombreux élèves dont plusieurs sont devenus, à leur tour, des maîtres. Véritable animateur, il savait communiquer à son entourage sa foi dans le rôle du physicien biologiste qu'il concevait, suivant sa propre expression, comme « l'Ingénieur de la Vie ».

Son enseignement à la Faculté se doubla de plusieurs publications didactiques : *Précis de chimie physique biologique*, *Précis de photo-chimie biologique*, *Cours de Physique biologique* (en cours de parution), etc. En 1921, il fonda les *Archives de physique biologique* et, tout récemment, la société du même nom.

Vlès a su inspirer à ses collaborateurs un profond attachement fait d'admiration et de respectueuse affection. Douloureusement frappés par la fin prématurée de leur Maître, ils en conservent pieusement le souvenir et s'efforceront de continuer son œuvre.

A Madame Vlès, déjà cruellement éprouvée par la disparition de son fils, jeune aviateur du groupe Guyenne, et à la Faculté de Médecine de Strasbourg qui perd un de ses plus éminents professeurs, nous adressons l'expression de nos sympathiques condoléances.

André Strohl.

Livres Nouveaux

La réadaptation professionnelle et sociale du tuberculeux guéri ou en voie de guérison, par E. Berthet. Préface du Dr A. Courcoux. Une brochure de 50 pages (*Masson et Cie*, édit.), 1945. — Prix : 75 fr.

Dans cet opuscule sont envisagés la place de l'assistance post-sanatoriale dans la lutte antituberculeuse et l'aspect médical et social de la réadaptation du tuberculeux ; le dernier chapitre est consacré aux réalisations pratiques déjà effectuées dans notre pays.

Cette monographie met au point les divers aspects de ce problème d'actualité.

G. P.

Les images radiologiques pulmonaires qui peuvent être confondues avec celles de la tuberculose pulmonaire, par Rudolf Zeerleder (Lungenroentgenbilder die mit den Bildern der Lungentuberkulose verwechselt werden können). I vol. de 174 pages avec 75 reproductions, préface de J. Monix, de Leysin (*Hans Huber*, éditeur), Berne, 1943. — Francs suisses : 13.50.

Il s'agit là, en langue allemande, d'un travail de diagnostic différentiel pathologique. Le titre en exprime parfaitement l'intention.

Budolf Zeerleder est conduit à schématiser les images radiologiques en quelques types élémentaires (images miliaires, opacités arrondies, images annulaires, en bandes, anomalies de transparence, etc.).

Au début de chaque chapitre on trouve dessiné le schéma de l'image, puis la reproduction d'un film typique et la description de la variété d'ombre envisagée. Vient ensuite l'énoncé des formes cliniques de la tuberculose pulmonaire, au cours de laquelle cette ombre peut s'observer, puis celui des affections pulmonaires non tuberculeuses qui peuvent donner de semblables images radiologiques.

Ce livre est présenté avec une belle typographie et dans des conditions qui en rendent la lecture agréable.

Maurice Bariéty.

INFORMATIONS

CONSEILS DÉPARTEMENTAUX DES MÉDECINS

Comité de coordination

(Région parisienne)

Le Comité de Coordination des Conseils Départementaux provisoires des Médecins de la Région parisienne a tenu sa dernière réunion le 25 Novembre 1945 à son siège social, 28, rue Serpente, sous la présidence de M. Tissier-Guy, Président.

Seules des questions ressortissant aux attributions du nouvel Ordre des Médecins ont fait l'objet des débats, les autres questions ayant été réservées pour la réunion du Comité Intersyndical des Médecins de la Région parisienne qui devait se tenir immédiatement après celle du Comité de Coordination.

Avant de se séparer, les membres du Comité de Coordination ont à l'unanimité exprimé le désir de voir les futurs Conseils Départementaux de l'Ordre faire revivre le Comité de Coordination. A l'unanimité également ils ont voté la motion suivante :

« Le Comité de Coordination des Conseils Départementaux des Médecins de la Région parisienne constate que le nombre des plaintes portées par la Caisse d'Assurances Sociales contre les Médecins de la Région parisienne, tant pour les dépassements abusifs d'honoraires que pour tout autre motif, est infime, eu égard aux quelque 8.000 Médecins exerçant dans les 5 départements de la Région parisienne. Il ne saurait porter atteinte à la dignité du Corps Médical ni prouver que les conventions Union des Caisses-Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins, signées en Avril 1942 et toujours en vigueur, n'ont pas été respectées. »

COMITÉ INTERSYNDICAL DES MÉDECINS de la Région de Paris

Le 25 Novembre 1945 à l'issue de la réunion du Comité de Coordination des Conseils Départementaux des Médecins de la Région parisienne a été reconstitué le Comité Intersyndical des Médecins de la Région de Paris (Seine, Seine-et-Oise, Seine-et-Marne, Eure-et-Loir, Oise) dont le siège social a été fixé à Paris, 28, rue Serpente. Le Bureau provisoire a été ainsi constitué :

Président : Dr Rouzaud (Seine-et-Oise) ; *Vice-Président :* Dr Dupas (Seine). Dr Pelbois (Seine-et-Oise) ; *Secrétaire général :* Dr Drouet ; *Secrétaire général adjoint :* Dr Gautrelet ; *Trésorier :* Dr Duvellenoy ; *Secrétaire administratif :* Dr Coquin.

Après avoir procédé à un certain nombre de désignations pour différentes fonctions : Conseil d'Administration de la Confédération des Syndicats Médicaux, Conseil l'Administration de l'Union des Caisses de la Région parisienne et de la Caisse Interdépartementale de Seine et Seine-et-Oise, Commission Consultative Régionale des Hôpitaux Publics de la Région parisienne, etc., ; le Comité Intersyndical s'est surtout occupé des questions d'Assurances Sociales, particulièrement délicates en ce moment. Les avis ont été divisés au sujet de l'attitude à prendre en présence de la récente ordonnance. Aucune décision n'a été prise, le Comité Intersyndical étant surtout un organisme régional d'études et de liaison respectant l'autonomie de chaque syndicat constituant.

HOMMAGE au Professeur DUVOIR

Le Prof. M. Duvoir doit quitter prochainement son service de l'Hôpital Saint Louis. Ses amis, ses collègues, ses élèves veulent lui témoigner leur affection en lui offrant une médaille dont l'exécution a été confiée au talent du sculpteur G. N. Rispal.

Les souscriptions sont reçues par M. Georges Masson, trésorier, 120, boulevard Saint-Germain, Paris-6e.

CONCOURS SPÉCIAUX de Médecins, Chirurgiens, Spécialistes et Assistants des hôpitaux

Les concours spéciaux seront ouverts aux candidats qui se sont trouvés dans l'une des situations suivantes et, de ce fait, n'ont pu se présenter au dernier concours normal :

1° Les déportés ou internés pour des motifs politiques ou militaires ;

2° Les prisonniers de guerre ;

3° Les mobilisés ou engagés dans les formations militaires françaises de terre, de mer et de l'air ;

4° Les mobilisés ou engagés dans les forces alliées ayant réintégré les forces françaises avant le 1er Décembre 1942 ;

5° Les combattants des forces françaises de l'intérieur ou assimilés dont la qualité a été homologuée par l'autorité militaire ;

6° Ceux qui pendant six mois au moins se sont soustraits aux recherches ou aux réquisitions des autorités ennemies ou du pseudo-gouvernement de Vichy ;

7° Ceux qui n'ont pu faire acte de candidature en raison des mesures prises contre certaines catégories de Français ;

8° Ceux qui ont dû travailler pendant six mois sous la contrainte de l'ennemi (S. T. O.) ;

9° Ceux qui ont été atteints d'infirmités dans les conditions prévues par la législation en vigueur sur les victimes civiles de la guerre.

Les candidats bénéficieront de majorations dont le taux variera suivant la nature et la durée du préjudice qu'ils ont subi, ainsi que des mérites patriotiques exceptionnels dont ils pourraient, le cas échéant, faire la preuve.

Une majoration supplémentaire pourra être également prévue au profit des candidats déjà inscrits avant la guerre et qui se trouvent désavantagés par rapport aux plus jeunes concurrents.

Les candidats pourront, en outre, bénéficier de dispenses portant sur tout ou partie du temps minimum d'internat, de clinicat ou d'assistanat requis par les règlements en vigueur pour l'accès aux concours normaux.

Les dispositions ci-dessus ne seront pas applicables aux candidats qui, par suite d'échecs successifs avaient antérieurement perdu le droit de se représenter au concours.

Une commission nationale de cinq membres sera constituée par le ministère de la population pour examiner les propositions visées ci-après et statuer sur les contestations auxquelles la vérification des titres pourrait donner lieu :

Dans un délai de quinze jours à dater de la constitution de la commission nationale, les directeurs régionaux de la santé et de l'assistance devront, conformément aux articles 114 et 180 du règlement d'administration publique provisoirement applicable du 17 Avril 1943, adresser au ministre leurs propositions en vue de l'organisation des concours spéciaux prévus par le présent arrêté.

Le ministre statuera, après avis de la commission nationale, sur ces propositions qui devront préciser notamment la nature et la durée des épreuves, le mode de cotation et le taux des majorations envisagées.

Elles seront accompagnées d'une liste de candidats avec mention, pour chacun d'eux, des justifications qu'il aura produites en vue de bénéficier des dispositions du présent arrêté.

La commission nationale devra être également consultée pour tous les concours sur titres ouverts dans les conditions prévues à l'article 219 du règlement d'administration publique du 17 Avril 1943, lorsque parmi les candidats au poste vacant figureront des médecins qui se sont trouvés dans l'une des situations énumérées.

Les mesures prises conformément aux directives formulées ci-dessus pour les hôpitaux relevant des administrations de l'assistance publique de Paris, Lyon et Marseille seront homologuées par le ministre de la Population, après avis de la commission nationale.

(*J. O.* du 14 Décembre 1945.)

PRIX DE l'Académie des Sciences attribués en 1945

Chimie.

Prix Emile Jungfleisch (50.000 fr.). — Au Prof. Henri Hérissey, pour l'ensemble de ses travaux de chimie organique.

Botanique.

Prix Montagne (5.000 fr.). — A M. Maurice Langeron, pour son *Précis de mycologie.*

Médecine et Chirurgie.

Prix Montyon. — Deux prix de 6.000 fr. sont décernés : l'un au Prof. Henri Bénard (Paris), pour ses recherches sur la physio-pathologie du foie et de la rate — l'autre à MM. Raymond Garcin (Paris), et Jean Guillaume (Paris), pour leur *Traitement des blessures et des lésions traumatiques cranio-cérébrales récentes.*

Prix Barbier (5.000 fr.). — A MM. Jean Creyssel (Lyon) et Pierre Suire (Niort), pour leur ouvrage intitulé : *Choc traumatique. Etude clinique, physio-pathologique et thérapeutique.*

Prix Bréant (20.000 fr.). — A MM. Jacques Genevray, Louis Souchard et Jean Raynal (Instituts Pasteur de Hanoï, Dalat [Annam] et Shanghaï, Jean Guillerm (Instituts Pasteur d'Indochine), Jean Gallut (Institut Pasteur de Hanoï), pour leurs recherches sur le choléra en Indochine en 1937-1938.

Prix Dusgate (7.500 fr.). — A M. Maurice Aubry (Paris), pour son ouvrage intitulé : *Oto-neurologie.*

Prix Bellion (4.000 fr.). — A M. Henri Bayle (Paris), pour sa contribution à l'étude de la stérilité chez l'homme et son traitement.

Prix Argut (3.000 fr.). — A M. Nguyen-van-Thoai (Marseille), pour ses recherches sur les phosphates.

Prix Jean Dagnan-Bouveret (10.000 fr.). — Partagé entre : M. Pierre Cazal, pour son ouvrage intitulé : *Un nouvel aspect de la médecine tissulaire : Les réticulopathies et le système réticulo-histiocytaire* — et M. Charles Jaulmes, médecin lieutenant-colonel, pour se recherches sur les exercices physiques et les ration alimentaires.

Cancer et Tuberculose.

Prix Eugène et Amélie Dupuis (7.000 fr.). — A M. Antoine-Camille Mauloup, pour ses recherches sur l tuberculose.

Physiologie.

Prix Montyon (6.000 fr.). — A M. Bernard Natali Halpern, pour son travail sur les antihistaminiques d synthèse.

Prix Fanny Emden (3.600 fr.). — A M. Daniel Bargeron (Paris), pour ses études sur le travail musculaire

Prix Généraux.

Prix Parkin (9.000 fr.). — A M. Robert Tiffenea (Paris), pour ses recherches sur les aérosols pharmaco dynamiques.

Prix Louchampt (6.500 fr.). — Au Prof. Philipp Lasseur (Nancy), pour ses travaux sur la culture de bactéries en milieux définis et l'influence de certain métaux sur leur fonctionnement physiologique.

Prix du Général Muteau (25.000 fr.). — Au Prof Roger Heim, pour ses travaux de mycologie et phyto pathologie tropicales.

Prix Laura Mounier de Saridakis (16.500 fr.). — A Prof. Antoine Lacassagne (Paris), pour ses travaux d radiophysiologie expérimentale.

Prix Marie-Guido Triossi (60.000 fr.). — Au Prof Emile Jeanbrau (Montpellier), pour l'ensemble de se travaux sur les transfusions sanguines.

Fonds généraux de Recherches scientifiques.

Fondation Loutreuil. — Deux subventions sont accor dées : 3.000 fr. au Prof. François Maignon (Alfort), pou la poursuite de ses travaux sur l'explication fermentair de l'anaphylaxie et son application à une nouvell méthode générale de traitement des maladies micro biennes, notamment de la tuberculose. — 5.000 fr. a Prof. Charles Sannié, pour l'achat de 10 années de *Bio chemical Journal* pour la Bibliothèque du Laboratoir de Chimie.

Fondations spéciales.

Fondation Girbal-Baral. — Deux allocations de 10.000 fr sont attribuées : à M. Pierre Guimard, étudiant d 2e année et à M. Jean Lespargot, étudiant de 3e anné à la Faculté de Médecine de Paris.

Université de Paris

Cours de Parasitologie et Histoire naturelle médicale (Prof. M. Brumpt). — M. le Prof. G. Lavier, de l Faculté de Médecine de Lille, chargé d'enseignement commencera le Cours de Parasitologie et Histoire naturell médicale, le 5 Janvier 1946, à 16 heures, au Peti Amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les mardis jeudis et samedis suivants, à la même heure. Sujet d cours : *Protozoaires parasites de l'homme.*

Cours de Bactériologie. — M. le Dr Girard, Chef d Service à l'Institut Pasteur, fera le mercredi 16 Janvie 1946, à 17 heures, à l'Amphithéâtre Vulpian, une leço sur : *Le Bacille de Yersin et l'épidémiologie de la Peste*

Universités de Province

Faculté de Médecine de Clermont-Ferrand. — M. Willemin-Clog, est nommé, à compter du 1er Octobr 1945, professeur titulaire de la chaire de *clinique médi cale infantile* (chaire créée).

Faculté de Médecine de Strasbourg. Institut d Médecine légale et de médecine sociale (Directeur : Prof Simonin). — I. *Diplôme de médecine légale et de psy chiatrie.* Enseignement théorique (Prof. Simonin, Gelma Dr Fourcade) : Médecine légale judiciaire ; médecin légale psychiatrique ; médecine légale sociale ; médecin légale professionnelle ; éléments de criminologie et d procédure judiciaire. — Enseignement pratique : Autop sies médico-légales ; cliniques psychiatriques ; travau de laboratoire ; expertises d'invalidité.

II. *Diplôme de médecine du travail.* Enseignemen théorique (Prof. Simonin, Kayser, Tulasne, Dr Fourcade) : But et doctrine de la médecine du travail ; phy siologie du travail ; pathologie du travail ; protectio des travailleurs. — Enseignement pratique : Travaux d laboratoire : examens hématologiques ; recherches toxi cologiques simples ; examens d'embauchage et de dépis tage ; visites d'usines, d'ateliers, de centres médicaux e sociaux du travail.

Ecole de Médecine de Limoges. — Sont chargé pour l'année scolaire 1945-1946 du service des chaire ci-après :

Physiologie : M. Basset. — Anatomie : M Vincent

Ecole de Médecine de Reims. — Sont chargés pour l'année scolaire 1945-1946 du service des chaires ci-après :

Chir. max. fac. : M. Thamuset. — Pharm. chim. : M. Leblier.

Hôpitaux de Paris

Mutations et titularisations des Chefs de service

Gynécologues-Accoucheurs

A *Beaujon* : M. Desnoyers, de Bichat. — A *Bichat* : M. Suzor, titularisé. — A *La Pitié* : M. Lacomme, de Saint-Antoine. — A *Saint-Antoine* : M. Sureau, de Bretonneau. — A *Bretonneau* : M. Séguy, titularisé. — A *Lariboisière* : M. J. Ravina, de Saint-Louis. — A *Saint-Louis* : M. Digonnet, de Tenon. — A *Tenon* : M. Lepage : titularisé.

Ophtalmologistes

A *Lariboisière* (réouverture) : M. Hartmann, chef de service. — A *La Pitié* (réouverture) : M. Dollfus, titularisé. — A *Beaujon* (réouverture) : M. Hudelo, titularisé.

Concours et places vacantes

Pharmaciens des Hôpitaux de Paris (2 places). — Ont été nommés : MM. Dorius et Germain.

Assistants d'Ophtalmologie des Hôpitaux de Paris. — *Jury définitif* : MM. Coutela, Bollack, Prelat, Favory, Renard, Dollfus, Hudelo; médecin : M. Jacquelin ; chirurgien : M. Houdart.

Internat des Hôpitaux de Paris (*Concours de remplacement*). — *Jury définitif*. Médecins : MM. A. Ravina, Bariéty, Boltanski, Lereboullet, Brouet ; chirurgiens : MM. Funck-Brentano, Aurousseau, Huet, Bourdeaux, Poilleux ; gynécologue-accoucheur : M. Lepage ; oto-rhinolaryngologiste : M. Bourdier.

Nouvelles diverses

Médaille du Prof. A. Sézary. — La médaille du Prof. Sézary lui a été remise sans aucune cérémonie, suivant le désir qu'il a exprimé. A ses nombreux collègues, élèves et amis qui ont bien voulu participer à la souscription, le Prof. Sézary nous prie de transmettre ses remerciements les plus vifs, et de dire combien il a été touché par ces témoignages d'affection.

La Société Médico-chirurgicale des Hôpitaux libres, réunie en Assemblée Générale le 3 Décembre 1945 a procédé au renouvellement de son bureau pour 1946 *Président*, M. Vaudescal ; *Vice-Présidents* : MM. Blechmann, de Fourmestraux, Leriche, Lonjumeau; *Secrétaires généraux* (pour 3 ans) : MM. Delort, J.-A. Huet ; *Trésorier* : M. Ribardière ; *Membres* : MM. Aussét, Baumel, Chailly, Courtois, Denet, Desaux, Nora, Renard Dannin.

Nos Échos

Naissance.

— Alain, Jean-François et Martine font part de la naissance de leur frère *Patrice* (de la part du docteur et Madame M. Duhamel, Le Perreux [Seine], 12 Décembre 1945).

Décès.

— On annonce le décès, à Paris, le 25 Novembre 1945 de M. Georges Charpy, membre de l'Institut, Officier de la Légion d'honneur, professeur honoraire de l'Ecole Polytechnique (de la part du docteur et Madame Jacques Charpy 1, rue Montmartre, Dijon).

— On annonce la mort du docteur Guy Leroux, interne des hôpitaux de Strasbourg (Illkirch-Graffenstaden, 13 Décembre 1945).

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

Les Petites Annonces dans* La Presse Médicale *sont acceptées sous réserve d'un contrôle extrêmement sérieux. Aucune annonce commerciale n'est acceptée.
Prix : 30 fr. la ligne (20 fr. pour les abonnés).

MEDECIN fer échange client. et bel appartem. 5 p., quartier bourgeois Paris, contre gros poste M. G. banl. 10-15 kms Paris max. Ecr. *P. M.*, n° 704.

MEDECIN très capable, âgé de 37 a., sans avoir, double amputé des cuisses du fait de la guerre, mais appareillé, ch. situat. sédentaire convenant à son état, en toute région. Ecr. *P. M.*, n° 777.

ACHETE bon appareil scopie graphie. Ecr. *P. M.*, n° 781.

GYNECOLOGUE-ACCOUCHEUR cherche place assistant dans clinique ou association. Ecr. *P. M.*, n° 795.

MEDECIN, 13 ans pratique, cherche remplacement, toutes contrées, toute durée. Ecr. *P. M.*, n° 796.

REDACTEUR CORRESPONDANCIER, tr. bonne cult. intellectuelle et format. scientif., possédant en même temps sens commercial, pour rédaction textes publicit. et correspond. import. avec les milieux les plus divers, est demandé par Labo de Spécialités pharmaceut. Situat. d'avenir. Spély, 4, rue Cambon, Paris, 1er.

ECHANGERAIS appartement Soissons (Aisne), 3 pièces, cuisine, cab. toil., belle exposition ensoleillée, dans immeuble moderne, centre ville, contre appartement Paris. Ecr. *P. M.*, n° 811.

GROSSE CLIENTELE à céder en banl très agréable à 20 minutes de St-Lazare, à confr. qui procurer. appart conf., 6 à 7 pièces, à Paris. Ecr. *P. M.*, n° 821.

JOURNAL scientifique recherche médecins instruits, polyglottes, pour faire analyses, livres et périodiques médicaux étrangers. Ecr *P. M.*, n° 859.

BOITE OPHTALMO, 80 verres, à vendre. Ecr. *P. M.*, n° 863.

RECHERCHONS d'occasion bon état « Illustration » ou autres revues illustrées, luxe, années quelconques, même incomplètes. Laboratoire Hinglais, 30, rue Miromesnil, Paris.

MEDECIN MILITAIRE RETRAITE cherche à Paris occupation rétribuée. Ecr. *P. M.*, n° 871.

INFIRMIERE conscienc. dipl. d'Etat, franç., 26 a., ay. excell. connaiss. sténo-dact., ch. pl. assistance aupr. méd., chirurg. ou dispens. polyv. Paris ou banlieue. Ecr. *P. M.*, n° 877.

A VENDRE étuve à yoghourt Carrion, 8 plateaux. Conten. tot. 384 pots. Fonctionnant sur gaz, av. régulateur, ainsi que 500 pots faïence et matériel divers. Le tout parf. état fabric. av. guerre. Moignet, 7, rue A. Fournier, Chaville (S.-et-O.), T. 149.

A VENDRE, très belle salle à manger moderne. S'adresser chez M. Hamm, 38 *bis*, rue Fabert, Paris-7e.

BON POSTE CAMPAGNE à céder dans chef-lieu de canton, seul médecin, raison santé. Ecr. *P. M.*, n° 884.

INFIRMIERE-SECRETAIRE, diplômée, dactylo si possible, jeune, active, demandée par médecin Paris. Téléphoner à SOB. 47-87, matin 8 à 9 h.

Jne HOMME, 30 a., excell. présentat., désireux se créer situat. stable, famille de pharmac. et médec., nombreuses connaiss., ch. bonne représentat. ou dépôt de prod. pharmaceut. et chimiques, pour les départem. des Haut et Bas-Rhin, cautionnement sur demande. Ecr. *P. M.*, n° 889.

A CEDER urgence, bonne clientèle médec. générale, campagne, Drôme. Ecr. *P. M.*, n° 894.

CHERCHE poste ass. sana. pulm., bonnes réf. ; à défaut coll. méd. surch., 31 ans, marié, 1 enf. Ecr. *P. M.*, n° 904.

Dr VEND : appareils photographiques ; 1 jumelle Bellieni ; objectif Zeiss à plaques 9 × 12 = 6.500 fr. ; 1 stéréo cycle Leroy à plaques 6 1/2 × 9 = 4.500 fr. ; matériel pour développement de clichés : cuvettes, dimensions multiples ; châssis ; bac pour rinçage. Téléph. à ALE 36-03, de 8 h. à 9 h. matin et soir.

RECHERCHE jne médec., anc. externe en 1er, ou interne prov. pr assist. puis associat. Ecr. *P. M.*, n° 906.

A VENDRE : 1° grand Poupinel électr. (55 × 45 × 45), 10 v., très bon état ; 2° grand autoclave Lequeux n° 9, type industriel, 0 m. 80 × 1 m., chauffé au gaz. Ecr. *P. M.*, n° 907.

Jne FILLE, gde cult. gén., dipl. Universit. cherche poste secrét. médic. Paris. Ecr. *P. M.*, n° 908.

REPRESENTANT gde marque parfum., tr. introd. client. pharmac. rég. Nord et Normandie, ch. carte labo sér. Ecr. *P. M.*, n° 909.

Jne Dr, anc. int. pr. hôp. Paris, assisterait confr. Paris, proche banl. Ecr. *P. M.*, n° 910.

RECHERCHONS représentants déjà introduits pharmacies. Ecr. *P. M.*, n° 911.

ALGERIE : à céder plein centre Constantine, import. cab. médic., très gros rapport, av. appartem. 6 p. entièrem. meublées, tt dernier confort. Ecr. *P. M.*, n° 912.

VISITEUR MEDIC. tr. introd., 15 a. de prat. et d'expér. rech. 2e labo rég. Est, 12 départem. Alsace-Lorraine compris. Ecr. *P. M.*, n° 913.

Dr VEND, en parf. ét. 1 vélo Peugeot grand luxe ; 1 téléphone Teprina av. poste intérieur ; 1 poste TSF Ducretet 7 lampes ; 1 manteau cuir homme gde taille ; 1 manteau hermine été gde taille. Tél : ODE. 66-82.

CHERCHE personne sérieuse pour garde et entretien cabinet médical Paris. Ecr. *P. M.*, n° 915.

Dr VEND mach. écrire portative Continental. Tél. le matin MON. 85-73.

A VENDRE : Electrocardiographe Siemens à amplificateur portatif. Poste radioscopie, châssis vertical, 80 kv-100 mA, complet C.G.R. ; microscope 3 obj. dont 1 imm. Stiassnié. Ecr. Berger, 90, rue Raynouard, JAS. 66-45.

EMPLOYEE SUPERIEURE administration hôpital, au cour. Personnel, comptabilité, taxation actes opératoires, économat, libre, cherche direction clin. Paris. Ecr. *P. M.*, n° 918.

A VENDRE dilatateur de Kohlmann courbe, neuf, 102, rue des Monts-Clairs, Colombes (Seine). Dr Raisonnier.

POUR MAISON DE REPOS ou retraite à Viroflay (S.-et-O.), lis. forêt, vaste villa, 20 p. princ., eau, gaz, électr., vastes communs. S'adres. M. B. G. à ELB. 57-91 le matin.

A VENDRE belle table gynécol. formant fauteuil, lavabo, guéridon, table, Vaquez, oscillomètre, instruments pour gynécologue, etc. Tél. le matin, ETO. 21-33.

PHARMACIEN vend belle villa Garenne-Colombes, 7 gdes p., ch. de bonne, débarras, salle de bains, toilette, chauf. central, tt confort. Ecr. *P. M.*, n° 922.

A VENDRE : appareil de radioscopie Gaiffe-Gallot et Pilon ; microscope E. Leitz, Wetzlar., ét. neuf. S'adress. à Mme Dantier, Haut-Langoiran (Gironde).

INFIRMIERE, dipl. Croix-Rouge, cherche place Paris. G. Vannier, 46, av. d'Italie, Paris-13e.

A VENDRE : 1 grande lampe U. V. ; 1 armoire pour dentiste ; 2 tables dentiste ; 1 vibro-masseur. Tél. CAR. 62-88 av. 10 h., de 12 à 14 h., ou apr. 19 h.

Jne FILLE, bonne éducat., ayant assuré 2 ans serv. médico-social, dactylo, ch. situat. secrétaire ch. Dr. Ecr. à Mlle O. Le Magnen, 36, r. des Cordelières, Paris-13e.

SERAIS ACQUEREUR laboratoire analyses ou spécialités pharmaceutiques, région parisienne. Ecr. *P. M.*, n° 927.

RECHERCHONS Messieurs 25 à 45 ans, b. présentat., b. instruction, présentés par confrères pour visites médicales province. Ecr. *P. M.*, n° 928.

Jne MED. ch. échang. app. 3 p. tt conf. 19e, contre 4-7 p. ds 19e, 20e, proche banl. pr. install. ; ch. également pl. méd. d'entreprise temps partiel. Ecr. *P. M.*, n° 929.

Dr MED., jne, actif, ay. 2 an. de prat. des analys. chim., bact. sérol. et biol. ch. pl. ds labo. Ecr. *P. M.*, n° 930.

Jne RADIOLOGUE, anc. E.H.P. terminant certificat élect. rad. Paris, ayant habitude clientèle, posséd. appareillage, rech. associat. ou success. confrère surchargé, ou poste à créer. Ecr. *P. M.*, n° 931.

Dr VEND chauf. eau électr. abs. neuf, 50 l. Ecr. *P. M.*, n° 932.

EXTERNE FEMME ay. passé cliniques prat., phtysiol. et dermat., libre apr. midi, ch. assistance ou remplacem., piqûres, anesth., Paris ou banl. Ecr. *P. M.*, n° 933.

St-CLOUD, propriété de 15 p., 3.000 m2, conviendr. Mais. Santé ou Clin. Ecr. *P. M.*, n° 934.

SIMCA 5, 1938, mot. nf. ; 4 pns très bon état. Fair offres Dr Vincent, 6 *bis*, r. Versailles, Orsay (S.-et-O.).

MENAGE médecins céderait importante clientèle dans rég. industrielle, 20 kms Marseille, ou l'échangerait contr clientèle dans région parisienne, rayon 10 km. Ecr *P. M.*, n° 936.

MEDECIN, A. E. H. P., parlant anglais et espagnol, rech pr., raison de santé, et pour Juin 1946, poste médec. infantile, gynécologie et accouchem. ds ville importante d Savoie. Possède appar. diathermie, O.C., U.V. et I.R. collab volontiers début en vue succession ultér. Ecr. *P. M.*, n° 937.

Dr VEND : Paletot homme, genre canad., gde taille lainage bl. mar., doublé molleton beige, col façon castor Valise souple dite avion, box hav. 52 × 35 × 16, doublé moire, état neuf. Ecr. *P. M.*, n° 938.

A CEDER, cause départ, importante clientèle dans petit ville des Basses-Pyrénées. Ecr *P. M.*, n° 939.

A VENDRE : électrocardiographe portatif Lian-Minot, modèle récent, en deux valises métalliques. Ecr. *P. M.*, n° 940.

RECHERCHE : colorimètre de Dubosq ; balance à amortisseur sensible au 1/10 de mg. ; microtome Minot, grand modèle neuf ; bain-marie à 56° ; centrifugeuse électr. 1 étuve à chimie à 100° ; 1 spectroscope prolabo ou autre 1 polariseur analyseur. Ecr. *P. M.*, n° 941.

ACHETERAIS : Masson Tumeurs ; Encyclopédie méd. chir (foie, syphilis, tub., rein, organes génit.) ; balance méd. Ecr *P. M.*, n° 942.

SAGE-FEMME, 10 a. clientèle, désirerait prendre petit maison d'accouchem. ou travail en maternité ou clinique Paris ou banl. parisienne de préf. Ecr. *P. M.*, n° 943.

ACHETERAIS poste scopie-graphie, b. état de marche Ecr. *P. M.*, n° 944.

LABORATOIRE spécialités pharmaceut. demande représentants dépositaire exclusifs pr colonies et pays étrang Ecr. *P. M.*, n° 945.

MEDECIN, 32 a., actif, tr. au courant clientèle, aiderai confrère surchargé ou mal. : fer. remplacem. lgue durée Ecr. *P. M.*, n° 946.

ACHETERAIS photomètre de Vernes. Dr Lignac, Nérac (Lot-et-Garonne).

ACHETERAIS appareil RX autotransformateur ou kénotron. Puissance minimum 100 kw-130 MA, à table basculante. Ecr. *P. M.*, n° 948.

SANATORIUM D'ALTITUDE, région Est, cherche médecin assistant, ayant notions en phtisiologie. Ecr. *P. M.*, n° 949.

PAS-DE-CALAIS : à céder très bon poste rural, propharmacie, S. N. C. F., 10 km gd ville. Vaste et confortable maison avec grand jardin. Ecr. *P. M.*, n° 950.

MEDECIN, 32 a., tr. bonne présent., cour. psych., électrochoc, cherche assistance maison santé. Ecr. *P. M.*, n° 951.

A VENDRE : Cabinet dentaire entièrem. équipé, complet et neuf. Modèle d'exposition. Fabrication entièrement suisse. Photo à disposition. Pr tous renseignements, s'adress. : Gallay 10, place du Marché-Carouge, Genève (Suisse).

LA BIBLIOTHEQUE DE LA CLINIQUE PSYCHIATRIQUE DE L'HOPITAL CIVIL DE STRASBOURG serait désireuse d'acquérir d'occasion des ouvrages de psychiatrie anciens et modernes. Faire offres à la Clinique Psychiatrique de Strasbourg (hôpital civil).

INFIRMIERE dipl. d'Etat, spécialis. salle d'opérat. chirurgie, ch. place infirmière usine, dispensaire, salle d'opérations Paris. Ecr. *P. M.*, n° 954.

Jne MEDECIN étranger, connaiss. phtisiologie, ancien malade ch. place d'assistant sanat., assisterait confrère spécialiste 1/2 journées. Ecr. *P. M.*, n° 955.

AVIS. — Prière de joindre aux réponses un timbre de 2 francs pour transmission des lettres.

Le gérant : F. Thomas.

Imprimé par l'Ancne Imprimerie de la Cour d'Appel, 1, rue Cassette, à Paris (France).